

Universität Bielefeld

Fakultät für Gesundheitswissenschaften

AG 2: Bevölkerungsmedizin und biomedizinische Grundlagen

Pilotstudie

Reisen und Gesundheit

**Auswirkung des Reisens auf den Gesundheitszustand
der Reisenden. Beurteilung der Qualität
reisemedizinischer Beratung. Eine Einschätzung aus
Klientensicht**

Dissertation

Abgabe: 01. September 2003

Disputation: 17. Dezember 2003

Vorgelegt von:

Karin Schmidt

Karpfangerstraße 9

20459 Hamburg

Betreuender Prüfer: Dr. Hajo Zeeb, Universität Bielefeld

Zweiter Prüfer: Prof. Dr. Alexander Krämer, Universität Bielefeld

about wanderslust...

V o r w o r t

Durch meine Arbeit als wissenschaftliche Angestellte für eine Studie zum Thema Reisen und Gesundheit entstand die Idee und die Durchführung dieser Promotionsarbeit. Den Anstoß dazu hat Herr Dr. Helmut Jäger, Hamburg, Leiter der reisemedizinischen Beratung, gegeben. Ihm gilt dafür mein besonderer Dank. Dem Team des RMZ, insbesondere Carlos für seine Geduld und freundliche Art und Barbara fürs Dasein, ebenfalls ein großes Dankeschön. Das gemeinsame Arbeiten hat sehr viel Spaß gemacht.

Ebenso möchte ich Prof. Dr. Alexander Krämer, Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften für die zweite Betreuung dieser Dissertation danken. Das freundliche und aufgeschlossene Entgegenkommen, die Akzeptanz meiner bisherigen Leistungen und die unkomplizierte Zusammenarbeit haben wesentlich zum Entstehen dieser Arbeit beigetragen.

An dieser Stelle möchte ich mich auch herzlich bei Dr. Hajo Zeeb, Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften für die Übernahme der Erstbetreuung meiner Doktorarbeit bedanken. Die wertvollen, qualifizierten, ermutigenden, witzigen und ideenreichen Hinweise zu meiner Arbeit habe ich sehr geschätzt. Es war eine sehr gute, fruchtbare und ausgesprochen angenehme Zusammenarbeit.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
2	Theorie	4
2.1.	Reisen und Gesundheit	4
2.1.1.	Ausgangsdaten zum Reiseverhalten	4
2.1.2.	Ausgangsdaten zur Reisegesundheit	5
2.1.2.1.	Reisediarrhöe und nahrungsassoziierte Erkrankungen	9
2.1.2.2.	Hepatitis A und E	10
2.1.2.3.	Kinderlähmung (Polio)	11
2.1.2.4.	Typhus	11
2.1.2.5.	Cholera	12
2.1.2.6.	Ciguatera	12
2.1.2.7.	Umweltbelastung	12
2.1.2.8.	Atemwegserkrankungen	13
2.1.2.9.	Spezifische Infektionen	14
2.1.2.9.1.	Malaria	16
2.1.2.9.2.	Japan-B-Enzephalitis	17
2.1.2.9.3.	Denguefieber	17
2.1.2.9.4.	Tollwut	18
2.1.2.9.5.	Bakterielle Meningitis	19
2.1.2.9.6.	Sexuell übertragbare Infektionen (STI)	19
2.1.2.10.	Verkehrs- und Flugrisiken	21
2.1.2.11.	Sport- und Freizeitunfälle	22
2.1.2.12.	Reisebelastung und Stressverarbeitung	24
2.1.2.13.	Aussichten und Trends	25
2.1.3.	Compliance in der Reisemedizin	26
2.2.	Dienstleistung und Qualitätsorientierung	29
2.2.1.	Annäherung an den Qualitätsbegriff	29
2.2.2.	Kennzeichen von Dienstleistungen	33
2.2.2.1.	Kennzeichen aus betriebswirtschaftlicher und soziologischer Sicht	33
2.2.2.2.	Kennzeichen aus psychologischer Sicht	39
2.2.3.	Qualitätsorientierung und individueller Standort	40
2.2.4.	Der Blick von außen auf das System	43
2.2.4.1.	Das Modell von Donabedian	43
2.2.5.	Qualitätsmodelle mit Fokussierung von innen nach außen	45
2.2.5.1.	Dienstleistungsqualitätsmodell von Grönroos	45
2.2.5.2.	Das Qualitätsmodell von Zeithaml, Berry und Parasuraman	47
2.2.5.3.	Das Dienstleistungsqualitätsmodell von Meyer und Matzmüller	53

2.2.6.	Qualitätsmodelle mit dem Fokus von außen nach innen.....	58
2.2.6.1.	Das Modell von Bitner.....	58
2.2.6.2.	Das Modell von Klaus.....	60
2.2.6.3.	Das Strukturmodell der Dienstleistungen von Nerdinger.....	63
2.2.7.	Das personalausgerichtete Qualitätsmodell.....	67
2.2.8.	Der weite Weg vom Wunsch nach Veränderung bis zum Handeln.....	67
2.2.9.	Qualitätssicherung durch die Pilotstudie.....	73
2.3.	Verfahren zur Evaluation von Interviewfragen.....	74
2.3.1.	Einführung.....	74
2.3.2.	Der Standard Pretest.....	75
2.3.2.1.	Einleitung.....	75
2.3.2.2.	Vorgehensweise des Standard Pretest.....	75
2.3.2.3.	Bewertung des Standard Pretest.....	76
2.3.2.4.	Einsatz des Standard Pretest für die Pilotstudie.....	76
2.3.3.	Kognitive Verfahren.....	78
2.3.3.1.	Einführung.....	78
2.3.3.2.	Überblick zu kognitiven Verfahren.....	78
2.3.3.3.	Probing.....	80
2.3.3.4.	Vorgehensweise bei kognitiven Techniken.....	80
2.3.3.5.	Bewertung kognitiver Verfahren.....	81
2.3.3.6.	Einsatz des Probing für die Pilotstudie.....	81
2.3.4.	Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayering.....	82
2.3.4.1.	Einleitung.....	82
2.3.4.2.	Vorgehensweise bei der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayering.....	83
2.3.4.3.	Arten der Analysetechnik nach Mayering.....	84
2.3.4.4.	Bewertung der qualitativen Inhaltsanalyse.....	85
2.3.4.5.	Einsatz der qualitativen Inhaltsanalyse in der Pilotstudie.....	86
3	Methodik.....	87
3.1.	Studiendesign.....	87
3.2.	Fragendesign.....	90
3.3.	Ethische Aspekte der Pilotstudie.....	91
3.4.	Durchführung der Datenerhebung.....	91
3.5.	Datenverarbeitung.....	92
3.6.	Datenschutz.....	92
3.7.	Datenauswertung.....	93
3.8.	Plausibilitätskontrollen.....	93

4	Ergebnisse	95
4.1.	Beschreibung der Studienpopulation	95
4.2.	Informationen zur Reisevorbereitung und zum Reiseverhalten.....	95
4.3.	Fragen zur Gesundheit	99
4.3.1.	Gesundheitszustand	99
4.3.2.	Veränderung des Gesundheitszustands.....	100
4.3.3.	Impfempfehlungen	101
4.4.	Qualitätssicherung	103
4.4.1.	Beurteilung der Reiseberatung des RMZ durch die Studienteilnehmer.....	103
4.4.2.	Kommentare der Interviewteilnehmer zur RMZ-Beratung	104
4.4.2.1.	Layout	104
4.4.2.2.	Malariaprophylaxe.....	105
4.4.2.3.	Beratungsdefizite.....	105
4.4.2.4.	Kritik	105
4.4.2.5.	Verbesserungsvorschläge	105
4.4.2.6.	Sonstige.....	106
4.4.3.	Anmerkung der Interviewerinnen	106
4.4.3.1.	Malariaprophylaxe.....	106
4.4.3.2.	Gesundheit	106
4.4.3.3.	Sonstige.....	107
4.4.3.4.	Verbesserungsvorschläge	107
4.5.	Beurteilung der Pilotstudienfragen.....	107
4.5.1.	Beurteilung der Fragen durch die Interviewteilnehmer	107
4.5.2.	Kommentar zu den Fragen durch die Interviewerinnen.....	108
4.6.	Zeiteinschätzung der Interviews	110
5	Diskussion	111
5.1.	Beurteilung der Pilotstudienfragen.....	111
5.1.1.	Beurteilung durch die Interviewteilnehmer	111
5.1.2.	Beurteilung durch die Interviewerinnen	111
5.2.	Qualitätssicherung für das RMZ durch die Pilotstudie	112
5.2.1.	Telefonischer Kundenkontakt.....	114
5.2.2.	Layout	115
5.2.3.	Malariaprophylaxe.....	116
5.2.4.	Sonstiges	117
5.3.	Fragen zur Gesundheit	117
5.4.	Anwendung von EpilInfo2000 als Interviewgrundlage	119

5.5. Diskussion des Design	120
5.5.1. Stichprobe	120
5.5.2. Untersuchungsbedingungen	121
5.6. Grenzen und Leistungen der Studie	122
5.7. Bedarf an weiterführenden Studien und deren Fokus	126
6 Zusammenfassung	127
7 Literaturverzeichnis.....	128
8 Tabellenverzeichnis.....	154
9 Abbildungsverzeichnis.....	155

Eidesstattliche Erklärung

Anhang

1 Einleitung

Das Thema Reisemedizin hat aufgrund der zunehmenden weltweiten Mobilität in den letzten Jahren immer mehr an Bedeutung gewonnen. Es liegen zahlreiche Publikationen zu Reiseaufkommen, Reiseverhalten und Reisegesundheit vor, welche allerdings nicht oder nur kaum gesundheitswissenschaftliche Aspekte berücksichtigen. Untersuchungen zur Auswirkung des Reisens auf alle Gesundheitsbereiche fehlen, insbesondere die Perspektive der positiven Konsequenzen von Reisen und Reiseverhalten auf den individuellen Gesundheitszustand der Reisenden. Studien zum Thema Reisen unter gesundheitsökonomischer Aspekten liegen ebenfalls kaum vor.

Im Rahmen der von Juli 2002 bis Februar 2003 stattfindenden Untersuchung Reisen und Gesundheit des Reisemedizinischen Zentrum Hamburg (RMZ) wurde die Pilotstudie Reisen und Gesundheit konzipiert. Während sich die Hauptstudie Reisen und Gesundheit primär mit dem Thema Reisen und dessen Einfluss auf den Gesundheitszustand der Reisenden¹ auseinandersetzt, hat die Pilotstudie zum Ziel, den Fragenkatalog für die Hauptstudie zu erarbeiten und zu testen. Die Fragen für die Hauptstudie sollen hinsichtlich ihres qualitativen und quantitativen Umfangs mit Hilfe des sogenannten Pretest / Standard Pretest (Belson, 1981) untersucht werden und von den Reisenden und Interviewenden unter Einbeziehung kognitiver Verfahren (Forsyth & Lessler, 1991) und der quantitativen Inhaltsanalyse nach Mayering (Mayering, 1983) zu ihrem Inhalt und ihrer Konstruktionsweise bewertet werden.

Das Computerprogramm EpilInfo 2000 (<http://www.cdc.gov>, 14.04.02) wird erstmals als CATI-Interview (Computer Assisted Telephone Interviewing, Aday, 1996) eingesetzt und die Fragen der Pilotstudie auf ihre EpilInfo 2000 Tauglichkeit geprüft.

Da die Pilotstudie mit Kunden des RMZ durchgeführt wird, soll die Studie durch die Befragung retrospektiv eine Qualitätsbeurteilung der Reiseberatung des RMZ zeigen. Teilnehmer der Interviews werden bezüglich ihrer Einschätzung der Beratungsqualität befragt und zur Nennung von Verbesserungsvorschlägen gebeten.

¹ Die Formulierungen der Begriffe sind für beide Geschlechter gemeint. Um den Blick auf den Inhalt der Arbeit nicht zu verstellen, wird aber auf die Nennung beider Geschlechter verzichtet und nur das männliche Genus verwendet.

Die Pilotstudie soll auch ermöglichen, erste Hinweise zu eventuell positiven Auswirkungen des Reisens auf die Gesundheit zu geben, um diese dann in der Hauptstudie Reisen und Gesundheit differenzierter untersuchen zu können. Neben ausgewählten soziodemografischen und reisetypischen Hintergrundinformationen wurden während des Aufenthalts aufgetretene gesundheitliche Probleme und Erkrankungen erfragt. Dabei wurden Auswirkungen auf das subjektive Gesundheitsempfinden der Reisenden untersucht. Ferner sollte auf die Fragestellung eingegangen werden, inwieweit die Reisevorbereitung und die nachfolgende Compliance den Gesundheitszustand nach der Reise beeinflussen. Als Nebenaspekte sollten bezüglich der Reisvorbereitung die Vorbereitungszeit, die Art der Informationsgewinnung durch den Reisenden, die Art der Reisegesundheitsberatung, die durchgeführten Impfungen und die Ausgaben für die Gesundheitsvorsorge betrachtet werden. Insgesamt stellt die vorliegende Studie den ersten Versuch einer populationsbasierten systematischen Evaluation der Auswirkung des Reisens auf Gesundheitsaspekte dar und dient als Pilotstudie der Grundlage einer nachfolgenden prospektiven Kohortenstudie, welche ebenfalls den Einfluss von Reisen auf den Gesundheitszustand der Reisenden zum Gegenstand hat.

Im zweiten Kapitel dieser Dissertation, dem Theorieteil, wird der theoretische Hintergrund des Themas Reisen und Gesundheit bzw. Krankheit dargestellt. Es wird auf Bereiche des Reiseverhaltens, der Reisegesundheit und der Compliance in der Reisemedizin eingegangen. Weiter beschäftigt sich der Theorieteil mit dem Thema Qualität und Dienstleistung, insbesondere der Qualitätsorientierung einer Beratungseinrichtung. Da die vorliegende Arbeit einen Pretestcharakter hat, wird gezielt auf Verfahren zur Evaluation von Interviewfragen eingegangen.

Das dritte Kapitel der vorliegenden Arbeit beschreibt die Methodik der Pilotstudie. Das Studiendesign, die Art und Weise der Fragen- und Fragebogenkonstruktion und die Untersuchungsdurchführung werden dargestellt. Bezüglich der erhobenen Daten wird näher auf ihre Verarbeitung im EpiInfo2000 Programm, hinsichtlich des Datenschutzes und der Datenauswertung eingegangen. Die anschließende Plausibilitätskontrolle geht auf die Form der Datenexploration ein.

Im vierten Abschnitt dieser Pilotstudie werden die Ergebnisse dargestellt. Die Studienpopulation wird genau beschrieben, Informationen zur allgemeinen Reisevorbereitung und zum Reiseverhalten werden dargestellt. Auf Fragen der eigenen Einschätzung des Gesundheitszustands der Reisenden vor, während und nach der Reise wird speziell eingegangen. Der Bereich der Qualitätssicherung thematisiert die Beurteilung der Reiseberatung des Reisemedizinischen Zentrums aus Sicht der Interviewteilnehmer und der Interviewerinnen. Die Ergebnisse der kognitiven Beurteilung befassen sich mit Anwendbarkeit der Fragen des Fragebogens.

Im Kapitel fünf, dem Diskussionsteil der Arbeit, werden die Forschungsfragen, die sich für diese Studie ergeben, das für die Evaluierung gewählte Design, die Stichprobe und die Instrumente sowie die Durchführung der Studie diskutiert. Grenzen und Leistungen der Studie werden erörtert.

Kapitel sechs enthält eine Zusammenfassung der vorliegenden Arbeit.

2 Theorie

2.1. Reisen und Gesundheit

2.1.1. Ausgangsdaten zum Reiseverhalten

Im Jahr 2001 betrug die Zahl aller Touristen (registriert bei Ankunft an ihren Reisezielen) weltweit 693 Millionen. Gegenüber dem Jahr 2000 bedeutete dies eine Verringerung der Touristenzahlen um 0,6%. Diese Einbuße in einem Sektor, der noch zwischen 1999 und 2000 eine Steigerungsrate von 7,4% zu verzeichnen hatte, wird vor allem auf die Terroranschläge vom 11. September 2001 und die weltweite Wirtschaftskrise zurückgeführt (http://www.worldtourism.org/market_research/data, 12.03.02). Die World Tourism Organisation schätzt den Anteil der Touristen an allen Fernreisenden auf 62% und den Anteil der beruflich Reisenden auf 18%, während die übrigen Reisenden andere Reisegründe angeben. Weit über 75 Millionen internationale Flugreisende suchen tropische Regionen auf, davon mindestens 20 Millionen aus Industrieländern (Office of National Statistics, 1998). Die Zahl der ausländischen Touristenankünfte in Entwicklungsländern stieg zwischen 1990 und 1998 um 46% auf 190 Mio., dabei ist in jedem dritten Entwicklungsland der Tourismus die Haupteinnahmequelle für Devisen (Aderhold et al., 2000). 83,4 Millionen Deutsche wurden im Jahr 2001 bei der Ankunft in Zielregionen registriert (davon 6,1% Fernziele, 35,7% Urlaubsziele rund um das Mittelmeer und auf den Kanaren sowie 58,2% Zielgebiete in Deutschland und den Nachbarländern). Die Vergleichszahl für 2000: 85,7 Millionen. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug 2000 und 2001 gleichbleibend 12 Tage. Der Umsatz der deutschen Reiseindustrie hat sich zwischen 1990 und 2000 nahezu verdoppelt (1990: 26,8 Mrd. DM; 2000: 49,1 Mrd. DM). 2001 betrug der Umsatz 20,2 Mrd. Euro. Die Zahl der Arbeitsplätze in der deutschen Tourismuswirtschaft wird von der Bundesanstalt für Arbeit auf 2,8 Millionen (8% der Erwerbstätigen) geschätzt (Deutscher Reisebüro und Reiseveranstalter Verband e.V., <http://www.driv.de>, 12.03.02).

2.1.2. Ausgangsdaten zur Reisegesundheit

Epidemiologische Studien zur Reisemedizin sind bislang selten. Bei Literaturrecherchen in Medline fanden sich bei den Suchbegriffen "travel-health-risk" zwar weit über 4.000 Arbeiten der letzten drei Jahre. Meist wird jedoch über einzelne Erkrankungen und lokale Beobachtungen berichtet. Einige relativ seltene Gesundheitsaspekte des Reisens sind sehr ausführlich untersucht, andere (sehr häufige) nur sporadisch erforscht. Epidemiologisch gesicherte prospektive Kohortenstudien fehlen zu:

- ? Auswirkungen des Reisens auf alle Gesundheitsaspekte
- ? zahlreichen speziellen Reiserisiken wie Tauch- oder Verkehrsunfälle, Atemwegserkrankungen, Erkrankungen aus dem Bereich der Augen- oder Hals-Nasen-Ohrenheilkunde sowie sexuell übertragbaren Erkrankungen
- ? gesundheitsökonomischen Aspekten des Reisens

Es ist nicht klar, ob das Reiseziel "Entspannung und Erholung" von Urlaubern erreicht wird, und wenn ja, zu welchem Grad. Unbekannt ist weiterhin, welche gesundheitlichen Konsequenzen und daraus entstehende Kosten kurz- und mittelfristig aus Erkrankungen erwachsen, die Reisende sich im Ausland zugezogen haben. Studien zur Thematik Reisen und Gesundheit beruhen meist auf sogenannten „convenience samples“ (Befragungen an Flughäfen oder Befragungen von Kunden reisemedizinischer Beratungsstellen). Die einzige derzeit bekannte populationsbasierte Erhebung zu Gesundheitsrisiken auf Reisen wurde 1998 durchgeführt. Dabei fanden telefonische Befragungen von 369 Einwohnern Hongkongs statt, welche zufällig nach ihren Telefonnummern ausgewählt worden waren (Abdullah et al., 2001). Die Ergebnisse einer groß angelegten, bevölkerungs-basierten Befragung in Holland liegen vor (International Travel Consulting Group, 2002). Die Studie wurde jedoch nicht publiziert und ist daher hinsichtlich ihrer Methodik nicht beurteilbar.

Reisemedizinische Empfehlungen müssen zur Zeit häufig ohne die notwendige wissenschaftliche Klarheit und epidemiologisch begründete Evidenz ausgesprochen

werden. Sie beruhen oft auf unterschiedlichen Expertenmeinungen oder auf dem Konsensus einer Gruppe von Experten und nur selten auf randomisierten, prospektiven Studien an Reisenden (Teitelbaum, 2000; Godlee, 2000). Publierte Inzidenzraten spezifischer Infektionen in Reiseländern, die reisemedizinische Empfehlungen begründen, oder die vermuteten Schutzraten nach Impfungen beziehen sich oft auf einheimische Populationen, während Studien zur Übertragbarkeit dieser Informationen auf Touristen meist fehlen. Der Grad der Bekanntheit eines Reiserisikos in der Presse muss nicht unbedingt mit dem tatsächlichen Gefährdungsgrad bei Fernreisen überein stimmen. Prospektive Kohortenstudien zur Verbesserung der Aussagekraft reisemedizinischer Forschung und zur Bestätigung des vermutet günstigen Risiken-Nutzen-Vergleichs bei empfohlenen Maßnahmen sind dringend erforderlich (Hall & Clemens, 2000), scheitern aber bislang oft an fehlender Finanzierung.

Die Gesundheit der Reisenden kann (abhängig von Alter, Geschlecht, Vorerkrankungen, Reiseziel, Klima, Reiseart, Verhalten und Lebensstil) prinzipiell durch folgende Risiken gefährdet werden:

- Verschlimmerung vorbestehender Erkrankungen/Leiden durch die Reisebelastung
- Verkehrs- und Sportunfälle, Durchfall- und Atemwegserkrankungen
- Stressbelastungen und Anpassungsstörungen an Klima, Umwelt und Kultur
- Allgemeine und spezifische Infektionskrankheiten
- Gewaltereignisse

Die Erkrankungen und Gesundheitsstörungen nach einer Reiserückkehr werden in nahezu allen medizinischen Fachdisziplinen der ambulanten und stationären Versorgung gesehen. Diese unterschiedlichen Sichtweisen wurden bisher aber noch zu keinem Gesamtbild zusammengetragen. Die Wahrscheinlichkeit, im Ausland zu versterben, beträgt für alle Reisenden etwa 1:100.000. Als häufigste Ursachen von Mortalität auf Reisen werden bereits bestehende kardiovaskuläre Erkrankungen (50-70% der Todesfälle, ältere Altersgruppen) und Unfälle (Verkehr, Ertrinken, Gewalteinwirkung; 20-26% der Todesfälle in jüngeren Altersgruppen) angegeben

(Hargarden, 1989; Paixao et al., 1991; Prociw, 1995; Hoge et al., 1996; MacPherson et al., 2000a; Thomas, 2000). Häufigste Morbiditätsgründe sind Unfälle, Herz-Kreislaufkrankungen und die Reisediarrhöe. Ein häufig angeführtes Fachbuch (Steffen & DuPont, 1999) zitiert zu Morbiditätszahlen bei Reisenden im wesentlichen Daten aus lang zurückliegenden Studien (Steffen et al., 1978, Steffen et al., 1987), die sich auf Infektionserkrankungen konzentrieren. Nach diesen Informationen trat bei 30–80% der Reisenden ein Gesundheitsproblem auf, und 8% suchten einen Arzt auf. Eine neuere Studie liefert ähnliche Ergebnisse: von 2.567 Personen, die in Entwicklungsländer oder nach Osteuropa gereist waren, erfuhr 37,9% eine gesundheitliche Beeinträchtigung. 10,6% der Reisenden konsultierten während und nach der Reise aus diesem Grund einen Arzt; 0,4% wurden stationär behandelt (Bruni M, Steffen R, 1997). In einer grundlegenden Untersuchung von 1975-84 gibt Steffen Häufigkeiten von subjektiven Erkrankungen von 21,5% für Tropenreisende an, die Frequenz von (auch geringfügigen) Beschwerden lag jedoch bei 74,9%, die Frequenz der Inanspruchnahme medizinischer Hilfe bei 5,3% (Steffen R, 1984).

In England wurden die Kosten reiseassoziiertes Erkrankungen 1993 auf 11 Mio. Pfund geschätzt (Kalkulationsbasis: 14% Erkrankungen bei 3.049 Fernreisenden, 1% stationäre Krankenhausaufenthalte) (Reid & Cossar, 1993). In einer Studie bei 500 schwedischen Tropenreisenden lag die Häufigkeit von Reisediarrhöe bei 36% und die Zahl von Atemwegserkrankungen bei 21% (mittlere Erkrankungsdauer: 4,5 Tage, Bettruhe für 2 Tage: 30%, Einnahme von (ärztlich verordneter oder Selbstmedikation 75%) (Ahlm et al., 1994). Bei Heimtransporten nach Skandinavien wegen Erkrankung im Ausland fand sich 1997 folgende Verteilung (Rombo, 1999):

Diagnose	Krankheit	Todesfälle	Anmerkung
Unfälle	1.229	69	Überwiegend Skeletttrauma, 12 Tote durch Ertrinken, 2 Morde
Herz-Kreislaufkrankungen	347	262	
Magen-Darmerkrankungen	338	13	Inkl. Appendizitis in 54 Fällen
Psychische Krankheiten	251	0	
Atemwegserkrankungen	167	17	
Neurologische Krankheiten	147	16	
Infektionen	141	2	
Orthopädische und rheumatologische Erkrankungen	87	0	
Harnwegserkrankungen	43	0	
Erkrankungen an den Genitalorganen	37	0	
Tumore (benigne oder maligne)	33	3	
Schwangerschaftserkrankungen	24	1	
Diabetes	14	4	
Rücktransporte 1997 gesamt	2.848	387	Zwei Diagnosen in 10 Fällen

Tabelle 1: Reiseerkrankungen in Schweden 1997 (Rombo, 1999)

Reiseassoziierte Risiken von Journalisten und humanitärem Personal in einem Krisengebiet (Sharp et al., 1995):

- Diarrhöe (33%)
- akute respiratorische Erkrankung (21%)
- Trauma (13% leichtes Trauma, 6% schweres Trauma, 2 Todesfälle), fieberhafte Erkrankungen (11%), Hepatitis (2%)

Auch nach einer Untersuchung an deutschen Fernreisenden in ausgewählten Reisezielen litten mehr als die Hälfte der Fernreisenden (54%) während der Reise an - überwiegend leichten - Erkrankungen. Arztbesuche waren für 7% dieser Reisenden erforderlich, Unfälle traten bei 4% auf. Bei dieser Untersuchung waren Fragebögen an Flugpassagiere verteilt worden (Tiemann et al., 1998).

In einer britische Studie wurden im Jahr 2001 1.469 Pauschalreisende bei Abflug und zwei Wochen nach Rückkehr bezüglich ihres Gesundheitsverhaltens und ihrer

Erkrankungen während der Reise befragt. Auch hier führten Reisediarrhöe (25,7%), Sonnenbrände (24,4%) und Atemwegserkrankungen (7,6%) die Liste der Reiseerkrankungen an. Interessanterweise waren die Erkrankungsraten höher, je kurzfristiger die Reise geplant worden war, jedoch signifikant niedriger für Reisende, die vor Abreise Ratschläge ihres Arztes eingeholt hatten (Evans et al., 2001).

Untersuchungen zur Häufigkeit von Verkehrsunfällen bei Touristen finden sich nur selten. Auf Kreta waren in den Jahren 1995 bis 1999 40% aller Verletzungen von ausländischen Touristen auf Verkehrsunfälle zurückzuführen, bei der einheimischen Bevölkerung betrug dieser Anteil nur 15%. Dies könnte darauf hinweisen, dass Straßenverkehrsunfälle bei Touristen gehäuft auftreten (Petridou E et al., 1999). Bei einer Erhebung auf Bermuda ergab sich für Unfälle mit Motorrädern oder Mopeds eine Inzidenz von 1,57 Unfällen je 1.000 Touristen während eines 6-monatigen Beobachtungszeitraums (Purkiss SF, 1990). Als mögliche Ursachen für eine auffällige Unfallhäufigkeit bei Touristen wurden Alkoholkonsum und überhöhte Geschwindigkeit diskutiert. Ebenso waren Unfälle häufiger bei Fahrern, für die der Rechtsverkehr auf Kreta ungewohnt war, z.B. Briten (Petridou E et al., 1997). Als weitere Ursachen wären ungewohnte Verkehrs- und Straßenbedingungen, mangelhafter Sicherheitszustand der (Miet-) Fahrzeuge und mangelndes Sicherheitsverhalten der Reisenden (Sicherheitsgurte, Helm) zu diskutieren. Systematische Untersuchungen hierzu wurden allerdings nicht gefunden.

2.1.2.1. Reisediarrhöe und nahrungsassoziierte Erkrankungen

Die Häufigkeit von Durchfallerkrankungen wird in unterschiedlichen Studien je nach Definition mit 20-70% bei Fernreisenden angegeben (Castelli & Carosi, 1995; Steffen et al., 1999; von Sonnenburg et al., 2000; Markwalder, 2001). Die Inzidenzrate von Diarrhöe bei 30.369 Kurzreisenden nach Jamaika (1996-1997) (Steffen et al., 1999) lag bei 20,9%. Die Inzidenz schwerer Diarrhöe, definiert als drei ungeformte Stühle in 24 Stunden plus mindestens einem zusätzlichen Symptom wie Erbrechen, Fieber, blutiger Stuhl oder Krämpfe, lag in dieser Studie bei 11,7%.

In welchem Umfang bei der Reisediarrhöe (zumindest bei den häufigen leichten Formen) als Auslöser spezifische Infektionen oder auch andere Faktoren wie Stress und Anpassungsstörungen eine Rolle spielen, wurde bisher nicht abschließend untersucht. Durchfallerkrankungen sind jedoch ebenfalls häufig bei Migranten, die nach Europa einreisen, oder, wie eine Studie 1999 untersuchte, auch bei Touristen, die nach Paris reisen (Prazuck et al., 1998). Die Rate der von Diarrhöe Betroffenen wurde in einer Fall-Kontrollstudie bei Nepaltouristen auf 49% (37-61%) geschätzt (Hoge et al., 1996). Bei einer prospektiven Kohorte von 743 niederländischen Reisenden (Cobelens et al., 1998) wurde eine Neuerkrankungsrate von 52% gefunden, wobei 11% über zwei Episoden berichteten (Inzidenzrate pro 100 Personen: 22). In einer Multicenter-Studie mit 67.231 Befragungen und Stuhlprobenuntersuchungen (Sonnenburg et al., 2000) fanden sich Neuerkrankungsraten von 53,9% (Indien), 54,6% (Kenia), 23,6% (Jamaica) und 13,6% (Brasilien) mit Hospitalisierungsraten zwischen 1 und 13%. Wesentlicher identifizierter Durchfallerreger war enterotoxische Escherichia coli (ETEC). Andere Studien nennen als wesentliche Keime ebenfalls ETEC und Campylobacter, ferner Salmonellen, Yersinien und virale Erreger (Mattila et al., 1995; Castelli et al., 1998; Paredes et al., 2000). Im Jahr 2001 wurden 1.618 Fälle von Shigellose in Deutschland gemeldet, wovon ca. 70% aus dem Ausland importiert waren. Die häufigsten Infektionsländer waren Ägypten, Türkei, Tunesien, Indien, Marokko und die Dominikanische Republik (Epidemiologisches Bulletin 34/2002).

2.1.2.2. Hepatitis A und E

Hepatitis A ist die häufigste Reiseerkrankung, gegen die eine Vorbeugung durch Impfung möglich ist (<http://www.who.int/ith/english/viral.htm>, 02.04.02). Die Inzidenz von reiseassoziiertes Hepatitis A wurde in Großbritannien auf 0,05% geschätzt, wobei davon ausgegangen wird, dass 30% der Reisenden immun sind und etwa 24% eine Impfung erhielten (Behrens und Roberts, 1994). Das Risiko von Hepatitis E wurde offenbar bisher noch nicht systematisch untersucht (Potasman et al., 2000). Eine kleinere Studie wurde an lediglich 356 Patienten in US-amerikanischen Reisekliniken

durchgeführt, deren HEV-Titer vor Abreise und nach der Rückkehr bestimmt wurden. Vier ungeimpfte Personen zeigten eine Serokonversion 6 Monate nach Reiseende, die Reiseziele dieser Personen waren sehr unterschiedlich: Thailand, China, Russland und Peru (Oii et al., 1999).

2.1.2.3. Kinderlähmung (Polio)

Das weltweite Ziel der Ausrottung der Polio ist greifbar nahe gerückt (Epidemiologisches Bulletin 47/2000; MMWR 50(16), 2001). Das korrigierte Ziel der Polio-Eradikation ist jetzt das Jahr 2005. Nord- und Südamerika, Europa, die Westpazifik-Region und große Teile Asiens (u.a. China) sind poliofrei (Press Release WHO 25/16.4.2002). Hier traten in 2002 bislang auch keine Poliofälle auf, die durch orale OPV-Impfstoffe verursacht wurden (http://www.who.int/vaccines/casecount/-case_count.cfm, 02.04.02). Nur noch in zehn Ländern der Erde ist Polio endemisch: Indien, Pakistan, Nigeria, Afghanistan, Niger, Somalia, Ägypten, Angola, Äthiopien und Sudan. Über Länder, deren Infrastruktur weitgehend zusammengebrochen ist, wie z.B. in Bürgerkriegsregionen, ist keine Aussage möglich.

Weltweit wurden im Jahr 2001 nur noch 537 Erkrankungen registriert (Press Release WHO 25/16.4.2002), allerdings gibt es Befürchtungen, dass die beträchtlichen Ströme teilweise nicht geimpfter Flüchtlinge zwischen Afghanistan und Pakistan erneute Ausbrüche von Polio und Masern in der Region nach sich ziehen könnten (Ahmad, 2002).

2.1.2.4. Typhus

Die Zahl der Typhusfälle wird weltweit auf jährlich 16 Millionen Erkrankungen und 600.000 Todesfälle geschätzt (<http://www.who.int/vaccines/en/typhoid.shtml>, 13.04.02). 2001 wurden in Deutschland 87 Fälle gemeldet, in 2002 bis zur 35. KW 35 Fälle. 80-90% der Typhusfälle in Deutschland sind importiert. Mit 73 Erkrankungen im Jahr 2001 stieg die Zahl der Paratyphusfälle leicht an (2000: 66 Erkrankungen),

knapp die Hälfte der Infektionen hatte ihren Ursprung im Ausland (ohne Impfmöglichkeit) (Epidemiologisches Bulletin 34/2002).

2.1.2.5. Cholera

Die Gefahr, als Reisender an Cholera zu erkranken, ist selbst in entsprechenden Ländern während einer Cholera-Epidemie nur gering. Während 1999 in Deutschland drei importierte Cholera-Erkrankungen bei indischen und pakistanischen Staatsbürgern registriert wurden, erkrankten im Jahr 2000 nur zwei junge Deutsche an Cholera, die sich gemeinsam in Indien aufgehalten hatten (<http://www.rki.de>, 13.04.02). Im Jahr 2001 erkrankte ein junger Mann nach einer Reise nach Pakistan; eine weitere Person erkrankte nach dem Verzehr von Lebensmitteln, die privat aus Nigeria eingeführt worden waren (Epidemiologisches Bulletin 34/2002).

2.1.2.6. Ciguatera

Die wichtigste Nahrungsmittelvergiftung ist Ciguatera durch Genuss toxinhaltiger Raubfische. Sie tritt überwiegend in der Karibik und im Südpazifik auf. Die jährlichen Inzidenz bei der einheimischen Bevölkerung beträgt 50-500 je 10.000 Einwohner (Rakita, 1995).

2.1.2.7. Umweltbelastung

Risiken für Reisende durch Umweltschäden sind nicht systematisch untersucht. Es wird allgemein vermutet, Reisende seien wegen der in der Regel kurzen Aufenthaltsdauer kaum von Umweltbelastungen betroffen. Ob dies auch für Smog-belastete Großstädte wie Mexiko-City, Los Angeles, Bangkok, Peking, Kalkutta u.v.a. zutrifft, ist fraglich (und eine Studie wert). Untersuchungen zu Langzeitaufenthalten in Gegenden mit höherer Schadstoffbelastung von Luft, Wasser und Nahrung sind nicht bekannt.

2.1.2.8. Atemwegserkrankungen

Kontrollierte Studien zu Atemwegserkrankungen wurden nicht gefunden, obwohl sie häufige Reisekomplikationen darstellen (Habib & Behrens, 2000). Einige Faktoren, die (neben bestehenden Vorerkrankungen) eine wesentliche Rolle bei Atemwegsinfektionen spielen, sind verhaltensabhängig; so z.B. die Art der Nutzung von Klimaanlage und Rauchen. Meist treten Atemwegsinfektionen in den Tropen zu Jahreszeiten mit hoher Temperatur und niedriger Luftfeuchtigkeit auf (vor der Regenzeit). Influenza-Epidemien verbreiten sich sehr rasch und global (Pandemie 1918- 1919: 20 Mio. Tote). In den USA rechnen die Gesundheitsbehörden bei der nächsten Pandemie mit über 200.000 Toten und 71,3-166,5 Mrd US\$ Folgekosten (Meltzer et al., 1999). Das globale Influenza-Überwachungs-Netzwerk der WHO sammelt in 110 Zentren in 83 Ländern ständig Daten, um jährlich eine aktuelle Impfstoff-Mischung zu gewährleisten (Owen, 2001; Influenzaberichte 2000/2001 der Arbeitsgemeinschaft für Influenza am Robert-Koch-Institut (<http://www.rki.de>, 13.04.02). In Europa steigen Influenzaerkrankungen typischerweise im Winter (Nov.-Feb.) an. Beispielsweise entfielen 32% der Praxiskontakte bei Kinderärzten und 12,4% bei Allgemeinärzten in Deutschland in der 5. Kalenderwoche 2000 auf Infuenzaerkrankungen. In der Saison 2001/2002 berichtete das Robert-Koch Institut bis zur ersten Woche 2002 allerdings nur über eine geringe Influenzaaktivität. Legionellen-Infektionen sind häufig in Gebieten mit unzureichender Wasserhygiene und treten häufiger bei älteren Reisenden und bei Personen mit geschwächtem Immunsystem oder mit vorgeschädigter Lunge (Raucher, Emphysematiker) auf (Decludt und Etienne, 2000). 1997 waren von 1.360 in Europa registrierten Fällen 22% reiseassoziiert (Freedman & Woodall, 1999). Im August 2002 wurden von einem Ausbruch der Legionellose in England 130 Personen betroffen, vier infizierte Personen zwischen 54 und 88 Jahren verstarben. Quelle der Ansteckung war vermutlich eine defekte Kühlanlage (<http://www.promedmail.org>, 06.10.02). Beim letzten größeren Ausbruch dieser Infektion in England 1985 starben 23 von 68 infizierten Personen. Bei einem Ausbruch in der spanischen Stadt Murcia im Juli 2001 wurden 600 Infizierte und zwei Todesfälle registriert. Kleinere Ausbrüche kommen

regelmäßig vor. Praktisch zeitgleich zu dem obigen Ereignis in England wurden im August 2002 aus der japanischen Stadt Hyuga Legionellenerkrankungen gemeldet, es kam zu einem Todesfall. In Europa gab es zwischen 1997 und 2001 51 kleinere Ausbrüche der Erkrankung. Meist sind Legionellenerkrankungen jedoch Einzelfälle. Die Gesamtzahl der in Europa gemeldeten Legionella-Infektionen in den ersten sieben Monaten des Jahres 2002 liegt mit 255 Fällen etwas über der Zahl der Vorjahres im gleichen Zeitraum (219) (Joseph, 2002; <http://www.ewgli.org>; <http://www.promedmail.org>, 06.10.02). Das Tuberkuloserisiko von Kurzzeitreisenden ist sehr niedrig, obwohl in Einzelfällen über Tuberkulose-Übertragung in Flugzeugen berichtet wurde (Kenyon et al., 1996). Die Inzidenz eines positiven Hauttestes bei 1.072 Langzeitreisenden aus Holland betrug 2,8 je 1000 (Nichtmedizinisches Personal) und 3,5 je 1000 (bei Einschluss medizinischen Personals) (Cobelens et al., 2000).

2.1.2.9. Spezifische Infektionen

Das Monitoring von Infektionserkrankungen hat in den letzten Jahren große Fortschritte gemacht. Infektionsepidemiologische Netzwerke (u.a. "promed", "tropnet europe") erlauben ein zeitnahes Monitoring bei Ausbruchereignissen. Zum Beispiel wurde über einen Nipah-Enzephalitisausbruch (Malaysia, Febr./März 1999, 90 Tote, 270 Erkrankte) oder Ebolaepidemien (in Uganda, Okt./Nov. 2000, 224 Tote bei 425 Erkrankungen (53%) und in Gamon/Rep. Kongo, Dez.2001/Jan.2002, 24 Tote bei 33 Erkrankungen (72%)) (MMWR, 50(5)/2001, <http://www.promedmail.org>, 06.10.02) umgehend weltweit berichtet. Bei solchen Ereignissen erfolgt nicht nur eine unmittelbare Information von Instituten, sondern auch der Presse, lange bevor eine sorgfältige epidemiologische Klärung erfolgen kann. Die Relevanz für das tatsächliche Risiko der Reisenden ist bei solchen Epidemien meist noch nicht untersucht. Sehr schnell durch die Medien ins öffentlichen Bewusstsein gebrachte örtliche Ausbrüche von Virusinfektionen (Beispiel: West-Nile-Fieber in New York (MMWR 50(3)/2001, MMWR 50(29)/2001) sind für Reisende oft ohne wesentliche Bedeutung (Jänisch und Junghanss, 2000, Nash et al., 2001). Reiseveranstalter und

betroffene Gesundheitsbehörden (u.a. auch in deutschen Bundesländern z.B. bei Meningitisausbrüchen) sehen in sehr schneller, aber oft ungenauer Berichterstattung über Infektionsausbrüche eine Bedrohung, da eine plötzliche Veränderung des Reiseverhaltens zu erheblichen wirtschaftlichen Schäden führen kann. Beispielsweise verursachte der Ausbruch des Nipah-Virus in Malaysia 1999 nicht nur den Tod von über einhundert Personen in ländlichen Regionen sondern auch einen geschätzten Verlust von 395 Mio. Dollar durch stornierte Reisen von nicht betroffenen Personen und einen erheblichen Einbruch bei der Tourismusindustrie ([http:// www.lanka.net/-lakehouse/1999/05/19](http://www.lanka.net/-lakehouse/1999/05/19), 06.10.02). Die Zunahme von tropischen Infektionen (insbesondere auch die Verbreitung seltener Virusinfektionen) ist in den letzten Jahrzehnten wahrscheinlicher geworden. Das Wachstum von Nagetier- und Insektenpopulationen in Entwicklungsländern wird durch Abholzung von Primärwäldern, Monokulturanbau und Ausweitung städtischer Armutszonen gefördert. Soziale, ökologische und politische Krisen erhöhen die Gefährdung durch Epidemien. Beispielsweise traten in Ost- und Zentralafrika in den vergangenen 20 Jahren wiederholt größere Epidemien der Schlafkrankheit (Trypanosomiasis) auf, obwohl die Erkrankung Mitte der 60er Jahre bereits effektiv eingedämmt worden war. Das Wiederauftreten dieser Epidemien seit den 70er Jahren ist im wesentlichen darauf zurückzuführen, dass effektive Kontrollprogramme durch Kriege unterbrochen wurden, wie zuletzt im Sudan, in Angola und der Republik Kongo. Die WHO geht davon aus, dass in den Endemiegebieten Afrikas gegenwärtig etwa 500.000 Personen mit Trypanosomen infiziert sind. Unbehandelt führt die Krankheit zum Tod. (Gubler, 1998, Stich et al., 2002). Nachdem in den letzten 15 Jahren weniger als 15 Fälle von Schlafkrankheit außerhalb Afrikas diagnostiziert wurden, traten 2001 9 Fälle bei Touristen auf, die Nationalparks in Tansania besucht hatten. Dies unterstreicht die zunehmende Bedeutung der Schlafkrankheit in den Endemiegebieten, kann aber auch auf regionale Veränderungen der Übertragungshäufigkeit in den betroffenen Parks zurückzuführen sein (Jelinek et al., 2002; Ripamonti et al., 2002). Bei zunehmender Migration und Mobilität können Infektionserreger, ihre Vektoren und Infizierte in der Inkubationsperiode rasch und sehr weit transportiert werden. Das Risiko von Viruserkrankungen mit hoher Mortalität für Reisende ist bisher

glücklicherweise gering (in Deutschland: ein Gelbfieberfall, 1999; zwei Lassafälle, 2000).

2.1.2.9.1. Malaria

Jährlich reisen etwa 25-30 Millionen Menschen aus nicht-tropischen Ländern in Malaria-Endemiegebiete, von denen etwa 10.000 - 30.000 an Malaria erkranken (Croft, 2000). Die weitaus meisten Malariaerkrankungen kommen im tropischen Afrika vor. Zu etwa 12% verläuft die Malaria kompliziert. Bei verzögerter Diagnose einer zerebralen Malaria liegt die Sterblichkeit bei 2-6%. Von 1993-1996 starben in Deutschland 89 Personen an Malaria, bei etwa 800-1000 gemeldeten Erkrankungen pro Jahr (2001: 1.040 Erkrankungen, 8 Todesfälle). In Europa wurden 1999 13.000 importierte Malariaerkrankungen gemeldet, die meisten davon in Frankreich, Deutschland, Italien und Großbritannien (Epidemiologisches Bulletin 34/2002). Die Inzidenz bei Kenia-Reisenden wird mit 18207 je 100.000 angegeben (Muentener et al., 1999). Der Anteil der Deutschen an der nach Deutschland importierten Malaria beträgt etwa 60%. 67% der Patienten hatten keine Chemoprophylaxe eingenommen, ein Großteil der übrigen Erkrankten hatte die Prophylaxe nicht vorschriftsmäßig durchgeführt. Besonders gefährdet sind auch Immigranten, da sie bei Besuchen ihrer Verwandten in Malaria-Endemiegebieten häufig keine Schutzmaßnahmen ergreifen und sich im Erkrankungsfall besonders spät in ärztliche Behandlung begeben (Surveillance importierter Infektionskrankheiten in Deutschland, März 2002). Die überwiegende Zahl der Erkrankungen wird aus Afrika importiert (87% Plasmodium falciparum). 2000 wurden 9 aus der Dominikanischen Republik importierte Malariafälle gemeldet, im Vorjahr waren es noch 21. Dagegen stieg im Jahr 2001 die Zahl der in Indonesien erworbenen Malariaerkrankungen im Vergleich zum Vorjahr deutlich an (von 23 im Jahr 2000 auf 52 in 2001) (Epidemiologisches Bulletin 34/2002).

Mit Einführung des Infektionsschutzgesetzes hat sich die Malariabeobachtung verändert: Der diagnostizierende Arzt muss den RKI-Fragebogen (mit Unterstützung des behandelnden Arztes) ausfüllen. Die Umstellung des Meldesystems bei Malaria-

Erkrankungen erschwert den Vergleich mit den Vorjahren. In 2001 wurden dem RKI insgesamt 1.040 Malariafälle gemeldet, damit ergibt sich eine Rate von 1,27 Neuerkrankungen pro 100.000 Einwohner. Wie im Vorjahr liegen diese Zahl der Neuerkrankungen für Hamburg (7,6) und die anderen Stadtstaaten deutlich höher als in den Flächenländern und in den alten höher als in den neuen Bundesländern. Dies kann durch Unterschiede im Reiseverhalten bedingt sein und im unterschiedlichen Anteil von Bürgern aus Malaria-Endemiegebieten (Epidemiologisches Bulletin 34/2002).

2.1.2.9.2. Japan-B-Enzephalitis

Das Risiko einer Japan-B-Infektion für Reisende ist unklar. CDC-Atlanta schätzte es 1993 auf 1:5.000 bis 1:20.000 pro Woche des Aufenthaltes in ländlichen Endemiegebieten (MMWR 42(RR-1)/1993). Die Erkrankung ist weiterhin in ländlichen Gebieten Südostasiens präsent; von Papua Neu Guinea ausgehend dehnte sie sich 1995 und 1998 erstmalig bis auf die Torres Strait Inseln und die Cape York Halbinsel Australiens aus (<http://www.promedmail.org> vom 23.4.1996 und 9.5.1998). In nördlichen, gemäßigten Breiten Asiens treten in den Sommermonaten (etwa Mai bis Oktober) Epidemien der Japan-B-Enzephalitis auf. Im südlicheren, tropischen Asien ist die Krankheit endemisch, sporadische Fälle kommen das ganze Jahr über vor (Shlim und Solomon, 2002).

2.1.2.9.3. Denguefieber

1998 wurden in Nord-, und Süd-Amerika 742.000 Fälle von Dengue registriert (1997: 365.000), davon in den USA (1997) 200 Verdachtsfälle und 150 bestätigte Fälle (überwiegend Import) (MMWR 49(12)/2000). Die tatsächliche Inzidenz wird bis zu doppelt so hoch geschätzt (MMWR Feb. 2000). Bei 43 (6,4%) von 670 deutschen Entwicklungshelfern, die aus Endemiegebieten zurückkehrten, wurden Dengue-Antikörper nachgewiesen (bei Rückreisenden aus Thailand: 19,4%, aus Benin: 14,8%) (Eisenhut et al., 1999). Im Jahr 2001 wurden in Deutschland 60 Fälle von

Dengue-Fieber gemeldet, hämorrhagische Verlaufsformen traten nicht auf (Epidemiologisches Bulletin 34/2002). Die Inzidenz unter Reisenden in Risikogebiete lag damit etwa bei 2 / 100.000. Die Hälfte der Infektionen wurde in Südostasien erworben, allein 37% der Fälle stammten aus Thailand. Im ersten Halbjahr 2002 zeigte Brasilien einen starken Anstieg der Dengue-Erkrankungen (27% aller importierten Fälle). Da in vielen Ländern Asiens, Mittel- und Südamerikas gegenwärtig Dengue-Epidemien grassieren, wird für das Jahr 2002 mit einem deutlichen Anstieg der Inzidenz unter Reisenden gerechnet. Bereits im ersten Halbjahr 2002 wurden in Deutschland 122 Fälle von Dengue-Fieber gemeldet (2001:19) (Epidemiologisches Bulletin 34/2002).

2.1.2.9.4. Tollwut

Für große Teile der Welt liegen keine verlässlichen Daten zur Verbreitung der Tollwut vor. Nach Schätzungen der WHO versterben jährlich zwischen 40.000 und 70.000 Menschen an Tollwut; 30-60 % der Betroffenen sind Kinder unter 15 Jahren. 90 % der Todesfälle ereignen sich in Asien. Die wichtigste Infektionsquelle für den Menschen sind Hunde, in den letzten Jahren neu aufgetreten ist der Übertragungsweg durch Fledermäuse (<http://www.who.int/inf-fs/en/fact99.html>, <http://www.who.int/emc/pdfs/Canine%20Rabies%20in%20Children.pdf>, 02.04.02). In Europa wurden im ersten Quartal 2002 2549 Fälle von Tollwut bei Tieren gemeldet, mit einer deutlichen Häufung in Osteuropa. Infektionen beim Menschen traten in Europa in diesem Zeitraum nicht auf (Rabies Bulletin Europe 26(1)/2002). Das Tollwutrisiko für Reisende ist nicht systematisch untersucht und beruht auf Einzelfallberichten (Hojer et al., 2001), in diesem Fall einer Bissverletzung mit Todesfolge in Thailand. Über Tollwutinfektionen, die durch Impfung beherrscht werden konnten, und über tödlich verlaufende Erkrankungen wird nach Bissverletzungen insbesondere in Südostasien immer wieder berichtet (Epidemiologisches Bulletin 9/2001). Die Inzidenz von Tollwut in Tierpopulation in Entwicklungsländern ist z.T. sehr hoch. Das Robert-Koch-Institut schätzt das Risiko für Tierbissverletzungen pro Monat auf weniger als einen pro 1000 Reisende in

tropischen Ländern, mit einer besondern Gefährdung in Nepal. Systematische Untersuchungen zur Anzahl der Bissverletzungen bei unterschiedlichen Gruppen von Reisenden wurden nicht gefunden.

2.1.2.9.5. Bakterielle Meningitis

Die bakterielle Meningitis ist im wesentlichen ein saisonal auftretendes Gesundheitsproblem des afrikanischen Meningitisgürtels zwischen Senegal und Äthiopien (de Chabaliere et al, 2000; Weekly Epidemiological Record 76/2001). Die WHO berichtete im Dezember 2001 von aktuellen Ausbrüchen in Äthiopien und Somalia (<http://who.int/disease-outbreak-news>, 02.04.02). Das Risiko in Asien ist wesentlich geringer (Pancharoen et al., 2000). Im Zusammenhang mit Pilgerreisen nach Mekka kommt es häufig zur Übertragung von *Neisseria meningitidis*, im Jahr 2000 entstand daraus international ein Ausbruch der bakteriellen Meningitis (Wilder-Smith et al., 2002). Das Risiko einer Meningokokkeninfektion scheint für andere Reisende im Durchschnitt gering zu sein; es wird für Reisen in Länder, in denen die bakterielle Meningitis hyperendemisch ist, auf 0,4 / 1 Mio. Reisende pro Monat geschätzt. Bei engem Kontakt zur einheimischen Bevölkerung und einfachen Reisebedingungen steigt das Risiko jedoch an (Pollard & Shlim, 2002).

2.1.2.9.6. Sexuell übertragbare Infektionen (STI)

Epidemiologische, prospektive Studien zu STI bei Reisenden sind nicht gefunden worden. Schätzungen der UNO zufolge lebten Ende 2001 weltweit 40 Mio. Menschen mit HIV. Die Infektionsraten in vielen Reiseländern sind sehr unterschiedlich, aber in der Regel hoch (HIV-Prävalenz bei weiblichen Prostituierten: Ghana: 72%, Gambia: 13%, Kenia 55%, Thailand 13%, <http://www.unaids.org>, 02.04.02).

Zahlreiche STD (u.a. Chlamydien) sind weltweit verbreitet. Sie sind ein Indikator für Risikoverhalten und häufig Kofaktoren der Übertragung von HIV (Koch et al., 1997, Burstein et al, 1998). Die Prävalenz von STD wie *Ulcus molle* oder Syphilis ist, kompliziert durch zunehmende Antibiotikaresistenz, ein wesentliches

Gesundheitsproblem in Entwicklungsländern, insbesondere in Regionen mit schlechter Gesundheitsversorgung und sozialem Elend. Die Zahl weiblicher und männlicher Prostituiertes ist in diesen Ländern aufgrund sozialer Ausweglosigkeit ebenfalls oft sehr hoch. In Thailand wird allein die Zahl der „Kinder-Sex-Sklaven“ auf 50.000 bis 150.000 geschätzt (<http://www.unaids.org>, http://www.childhood.com/de/home_p622.html, 02.04.02).

Die Rate importierter sexuell übertragbarer Erkrankungen aus diesen Ländern ist nicht systematisch untersucht (Jones, 1999); ebenso wenig der Infektions-Export in diesen Ländern. Befragungen von Reisenden zeigen unterschiedliche Raten der Kondombenutzung (75% in einer englischen Untersuchung und 10% in einer Untersuchung in Hongkong) (Bloor et al., 1998, Abdullah et al., 1999), während in unterschiedlichen Befragungen 5 bis 50% der Kurzzeitreisenden angeben, auf Reisen Sex mit Partnern zu haben, die ihnen vor der Reise nicht bekannt waren (Correia et al., 2001; Matteelli & Carosi, 2001). Die Studie „AIDS, Sex und Tourismus“ von Kleiber und Wilke (1995) lieferte umfangreiches Datenmaterial zu Charakteristika und Risikoverhalten deutscher Sextouristen in verschiedenen Urlaubsländern. In dieser Arbeit wurde die Zahl deutscher Sextouristen in Thailand für das Jahr 1990 auf 40.000 bis 60.000 geschätzt.

Die AIDS-Epidemie in Thailand wurde von Müller (1993) als ein „Extrembeispiel für das explosive Ausbreitungspotential des HIV“ bezeichnet. Die HIV-Pävalenz bei weiblichen Prostituierten lag 1989 bei 0,2% - 1997 wurde sie je nach Region mit 7 bis 57% angegeben (Müller, 1993, <http://www.unaids.org>, 02.04.02).

Eine Risikogruppe für „Unsafe-Sex“ sind ältere, alleinreisende, verheiratete Männer. Das Sexualverhalten unterschied sich bei Männern im Ausland meist nicht von dem im Herkunftsland (UK), während es sich bei Frauen oft dem ihrer Sexualpartner im Ausland anpasste. Männer hatten häufiger Sexualkontakte im Ausland, Frauen waren häufig bei Sexualkontakten ungeschützt (Bloor et al., 1998).

Seit Mitte der 90er Jahre werden in vielen europäischen Ländern wieder steigende Prävalenzen von STD (HIV, Gonorrhoe, Syphilis) beobachtet. In England verdoppelte sich zwischen 1998 und 2000 die Zahl der neu diagnostizierten Syphilis-Erkrankungen von 172 auf 372. Die Zunahme an Geschlechtskrankheiten, deren

Inzidenzen in den 80er und frühen 90er Jahren deutlich rückläufig waren, wird u.a. darauf zurückgeführt, dass das Bewusstsein für STI in der Bevölkerung mit dem Abflauen der Anti-AIDS-Kampagnen wieder sinkt (Nicoll & Hamers, 2002; Doherty et al., 2002).

Die Hepatitis-B-Erkrankungen bei Reisenden sind durch zunehmende Impfungen wahrscheinlich rückläufig. Berichtete Serokonversionsraten bei Entwicklungshelfern von 80-400 pro 100.000 (Steffen, 1990) wären bei heutigen Untersuchungen sehr überraschend. Ein großer Teil der Reisenden, die sich Risiken aussetzen, sind allerdings weiterhin nicht gegen Hepatitis-B geimpft (Zuckermann & Steffen, 2000).

2.1.2.10. Verkehrs -und Flugrisiken

Stress-Belastungen können bei allen Arten des Reisens Krankheitsfolgen (z.B. kardiale Ereignisse) auslösen. Die Rate tödlicher Unfälle bei Nutzung amerikanischer Flugzeuge lag zwischen 1990 und 1994 bei 0,27 pro 1 Mio. Starts (Berwick & Leape, 1999). Im Vergleich dazu wurde in amerikanischen Studien die Rate ernsthafter medizinischer Fehler auf 3,7 - 6,7 pro 100 stationäre Patienten geschätzt, mit Todesfolge in 13,6% (Brennan et al., 1991; Bates et al., 1995). Allerdings hat allein der Concorde-Unfall 2000 wahrscheinlich mehr Todesfälle unter deutschen Touristen gefordert als spezifische Tropenkrankheiten. Studien zum Risiko von tiefen Beinvenenthrombosen und Lungenembolien nach Langstreckenflügen lieferten widersprüchliche Ergebnisse. Es scheint jedoch festzustehen, dass das Risiko eines Reisenden für beide Krankheitsbilder wesentlich von der Länge des Fluges und dem Vorhandensein von gesundheitlichen Risikofaktoren für thromboembolische Ereignisse abhängt (Giangrande, 2002, Landgraf et al., 2002). Verkehrs- und Sportunfälle sind insbesondere bei Jugendlichen eine führende Todesursache in Europa (Di Giuseppe, 1998). Das Risiko von Verkehrsunfällen in bestimmten Reiseländern nimmt zu (Murat, 1997, Sachdev, 2000). Weltweit entfallen 85 % aller Verkehrstoten auf die Entwicklungsländer, wobei in diesen Regionen hauptsächlich Fußgänger, Businsassen und Radfahrer bei Verkehrsunfällen versterben (Nantulya & Reich, 2002). Sichere Daten aus prospektiven Studien bei Reisenden wurden

allerdings nicht gefunden. Die Unfallgefahr für Touristen lag in einem Reiseland bei 1,57 Unfällen pro 1.000 Touristen (Hospitalisierungsrate 1/16.000 Touristen) (Purkiss, 1990). Die Auswirkungen der erhöhten Strahlenbelastung auf die Gesundheit des fliegenden Personals wurde in einer europäischen Kohortenstudie untersucht (Zeeb et al., 2003). Insbesondere wurde hier auf die Krebs- und Mortalitätsinzidenz des Kabinen- und Cockpitpersonals eingegangen. Das Ergebnis zeigte eine insgesamt niedrige allgemeine und spezifisch durch Krebs verursachte Mortalitätsrate.

2.1.2.11. Sport -und Freizeitunfälle

Bei Sport- und Abenteuerurlauben steht die Unfallgefahr deutlich im Vordergrund (Cooke et al., 2000). Allerdings wurden nur wenige systematische Untersuchungen zu Sportunfällen gefunden. Beispielsweise wurde die Häufigkeit von Bergunfällen in den europäischen Alpen anhand von Aufzeichnungen der Bergrettungsdienste untersucht. Dabei zeigte sich, dass zwischen 1987 und 1997 die Anzahl der Rettungseinsätze und der verletzten Bergsteiger zwar deutlich zugenommen hat, die Anzahl der Todesfälle jedoch nicht anstieg (Lischke et al., 2001).

Man weiß nicht, ob Ereignisse wie Badeunfälle, zum Beispiel auf den Balearen, zu- oder abnehmen. In diesem Bereich liegt sicher ein zu wenig beachtetes Problem, wie allein die Aufzählung üblicher Trend-Sportarten zeigt: Gerätetauchen, Surfen, Wasser- und Jet-Ski, Skaten, Ski- und Snowboard-Fahren, Free-riding, Hundeschlittenrennen und Wüstendurchquerungen, Mountainbiking, Paragliding, Skysurfing, Drachenfliegen, Building-Antenna-Span-Earth-Jumping, Canyoning (Abseilen in Schluchten), Rafting, Bergtrekking, Free-Climbing u.v.a. Dabei gilt oft das Motto „Höher oder tiefer, schneller und weiter“ mit entsprechender Unfallgefahr.

Ausländische Touristen in Australien scheinen besonders durch Wassersportunfälle gefährdet zu sein. Die meisten Unfälle geschehen beim Gerätetauchen und bei der Nutzung von Wasserfahrzeugen. Die zahlenmäßig bedeutendsten Folgen dieser Unfälle sind die Dekompressionskrankheit (54,7%), Frakturen und Luxationen (15,5%) sowie Ertrinken und Beinahe-Ertrinken (14,9%) (Wilks & Coory, 2000). Eine Studie zu den Risiken des Abenteuerismus in Neuseeland ergab, dass jeweils

etwa 20% aller Unfälle und Todesfälle unter Touristen in Neuseeland in Zusammenhang mit „Adventure“-Sport standen. Die Inzidenzen von Unfällen bzw. Todesfällen unter Touristen, die Abenteuersportarten betreiben, betrug 8 je 100.000. Der Begriff der „Abenteuersportart“ wurde weit gefasst und reichte von Paragleiten und Bungee-Jumping über Hubschrauberflüge, Wildwasser-Rafting und Whale-watching bis hin zu Bergwandern, Reiten und Fahrradfahren. Die höchsten Unfallraten ergaben sich für Bergwandern, Klettern, Skifahren, Reiten und Radfahren (Bentley et al., 2001). Die Mortalitätsrate bei Trekkern in Nepal lag von 1984-1991 bei 14-15 pro 100.000 (Shlim & Gallie, 1992). Steigerungen der Häufigkeit von akuter Bergkrankheit, Höhen-Lungenödem und Höhen-Hirnödem wurden zwischen 1983-1995 trotz eines linearen Anstiegs der Touristenzahlen nicht beobachtet, was für größere Aufmerksamkeit und Vorsicht bei den Reiseveranstaltern spricht (Basnyat et al., 1999). Allerdings bezieht sich diese Vorsicht nicht notwendigerweise auch auf die einheimischen Träger (porter), wie eine zwischen 1993 und 1995 in Zentral-Nepal durchgeführte Studie zeigte: Die Inzidenz medizinischer Probleme während des Trecks lag bei den Trägern wie bei den westlichen Touristen bei über 50%; allerdings erkrankten die Träger deutlich schwerer, und sämtliche Personen, die aus medizinischen Gründen evakuiert werden mussten (5%), waren aus der Gruppe der Träger (Basnyat & Litch, 1997).

Die Analyse von Todesfällen durch Ertrinken im Süden der USA zeigten einen deutlichen Zusammenhang mit dem Missbrauch von Alkohol und illegalen Drogen einerseits und dem Verzicht auf Schwimmwesten andererseits (MMWR 50(20)/2001). In Südafrika wurden von 1988-1997 alle Wildtierunfälle analysiert: sieben Touristen wurden getötet, 14 Attacken endeten mit z.T. schweren Verletzungen. Nahezu alle beruhten auf Unvorsichtigkeit (z.B. Alkoholmissbrauch, zu schnelles Fahren, etc.) (Durrheim et al., 2001). Auch nach den - allerdings subjektiven - Beobachtungen neuseeländischer Veranstalter von Abenteuerreisen waren Unfälle bei Abenteuerreisenden am häufigsten auf deren Unvorsichtigkeit oder auf das Nicht-Befolgen von Anweisungen zurückzuführen (Bentley et al., 2000).

2.1.2.12. Reisebelastung und Stressverarbeitung

Störungen der Anpassung an zunächst fremde Kultur und Umwelt (engl.: „culture shock“) sind vielfach beschrieben (Oberg, 1958; Petersen, 1995; Furukawa, 1997; Mumford, 1998; Potasman, 2000). Diese Gesundheitsprobleme entstehen durch konfliktive Verarbeitung des persönlichen Kontextwechsels. Sie sind vor allem bei der Vorbereitung und Entsendung von Langzeitauslandspersonal von Bedeutung. Nach der Rückkehr kann es zu einem sogenannten „reverse culture shock“ kommen.

Der Lebensrhythmus kann an Zielorten mit starken, gesundheitsgefährdenden Stressoren belastet sein (Beispiel: Übersterblichkeit von 134% an ischämischer Herzerkrankung bei Besuchern von New York 1985-1994 (kontrolliert für Pendler und Immigranten) (Christenfeld et al., 1999).

In einer Untersuchung von Weltbank-Personal fand sich 1997 ein dreifach höheres Risiko für psychische Krankheitserscheinungen bei Berufs-Fernreisenden im Vergleich zu Nicht-Reisenden, und ferner eine deutlich größere Häufigkeit für zahlreiche andere Allgemeinerkrankungen (Liese, 1997). Die Auslösung von Folgeerkrankungen durch psychischen Stress ist in arbeitsmedizinischen Studien vielfach belegt. Eine Folgestudie der Weltbank (Striker et al., 1999) entdeckte nicht nur die Reisebelastung (inkl. Jetlag) als stress- und krankheitsauslösend, sondern auch die mit der Reise verbundene hohe, oft extreme Arbeitsbelastung, insbesondere während und unmittelbar nach der Reise (ohne Ruhetage einlegen zu können), sowie Probleme im familiären Bereich durch häufige Trennungen. Mehr als ein Drittel der Befragten 498 Weltbank-Reisenden berichteten von hoher bis sehr hoher Stressbelastung (wobei der Zeitonenwechsel nicht als wesentliche Belastung empfunden wurde). Ein Drittel der Abbrüche von Langzeitaufenthalten im Rahmen des Auswärtigen Amtes erfolgen aus psychischen Gründen (Platiel, 2000). Sehr häufige Kurzzeitreisen z.B. bei fliegendem Personal sind mit einer besonderen psychischen Belastung verbunden (umfassende Studien wurden allerdings nicht gefunden).

In der Presse erscheinen immer wieder Berichte über Einzelfälle zu Gewalt und Kriminalität (z.B. Entführungsereignisse 1999 in Kaschmir, 2000 auf Jolo, 2001 in

Kolumbien und Jemen). Systematische Untersuchungen zu diesen Themen wurden allerdings nicht gefunden. Bei einer Reise in ein Land mit Wohlstandsgefälle ist aufgrund der Kriminalitätsrate bei unvorsichtigem Verhalten sicher mit einem sehr hohen Gesundheitsrisiko zu rechnen. In Kanada wurden 1995 1.086 Verhaftungen bei kanadischen Reisenden untersucht (57,5% waren unter 40 Jahre alt, Männer : Frauen = 5,6:1). 33,1% Prozent der Verhaftungen standen im Zusammenhang mit Drogen (MacPherson et al., 2000b).

2.1.2.13. Aussichten und Trends

Die zuvor durchweg optimistischen Aussichten der internationalen Reiseindustrie sind infolge der Terroranschläge vom September 2001 und der weltweiten Wirtschaftskrise getrübt worden. Der Schaden für die gesamte Reisebranche ist beträchtlich, fällt jedoch geringer aus als befürchtet. Im Jahr 2002 zeichnet sich bereits wieder eine Erholung des Reiseverkehrs ab, und die World Tourism Organisation erwartete, dass bis Jahresende das Wachstum der Branche wiederhergestellt sein sollte (<http://www.world-tourism.org>, 12.03.02). Nach einer Dimap- Umfrage vom Januar 2002 planen in diesem Jahr 39% der Deutschen, ihren Urlaub im Inland zu verbringen, dies würde einen Anstieg der Inland-Urlaube um ca. ein Drittel im Vergleich zum Vorjahr bedeuten. Je nach Reiseveranstalter erreicht der Deutschland-Tourismus im Sommer 2002 z.T. zweistellige Zuwachsraten (<http://www.driv.de>, 06.10.02, Pressemitteilungen 2002 Nr.1 und 76). Bus- und Schiffsreisen werden verstärkt nachgefragt, während Flugreisen Buchungsrückgänge verzeichnen (<http://www.driv.de>, 06.10.02, Pressemitteilungen 2002 Nr. 37 und 99). Weitere Entwicklungen im internationalen Reiseverhalten bleiben derzeit abzuwarten. Dennoch ist eine anteilige Zunahme sehr junger Reisender (Säuglinge, Kinder, Jugendliche) aufgrund der Erfahrungen des Reiseverhaltens im Touristikbereich der letzten Jahre wahrscheinlich. Eine starke Zunahme älterer, sehr alter und oft gebrechlicher Reisender ist aufgrund des demographischen Faktors „steigende Lebenserwartung“ und Veränderung des Reiseverhaltens dieser Personengruppen sicher. Auch die Zahl der Reisenden mit chronischen Leiden wird zunehmen

(Ursache: demographischer Faktor und bessere Reiseangebote für diese Zielgruppe). Die WHO erwartet in den kommenden Jahren einen weiteren deutlichen Anstieg von psycho-mentalen Krankheiten insbesondere in Industrieländern (z.Zt. 23% der Krankheitskosten) (Brundlandt, 2000). Welche Auswirkung diese Entwicklung auf die Häufigkeit von Reise-Stress-assoziierten Erkrankungen hat, ist nicht untersucht. Die Ausrottung der Polio in den kommenden zwei Jahren ist in den Bereich des Möglichen gerückt. Für Masern/Mumps/Röteln und Hepatitis B sind infolge der verstärkten, flächendeckenden Impfung bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland wesentlich höhere Durchimpfungsraten zu erwarten. Für die kommenden Jahre wird eine deutliche Zunahme des Last-Minute-Tourismus erwartet; dies lässt negative Auswirkungen auf die Qualität und den Umfang der Reisevorbereitungen, vor allem der Gesundheitsvorsorge, befürchten (Vielhaber et al., 1997). Zur Reisevorbereitung werden voraussichtlich zunehmend elektronische Medien genutzt werden (Vielhaber et al., 1997), was die Bedeutung fundierter Informationsangebote z.B. im Internet unterstreicht.

2.1.3. Compliance in der Reisemedizin

Die Qualität medizinischer Empfehlungen ist naturgemäß variabel (Donabedian, 2000). Ebenso sind die Informationsstandards in der Reisemedizin unterschiedlich und weisen Lücken auf (Teidelbaum, 2000). Vor allem aber ist der Grad ungewiss, bis zu dem sich Reisende an unterschiedliche Anweisungen oder Ratschläge in der Reiseberatung halten (Kozicki et al., 1985).

Sehr treffend wird die Situation wie folgt beschrieben: „Empfehlungen ... werden oft nicht eingehalten ... Es bleibt unklar, ob Ratschläge verdrängt oder bereits im Sprechstundenzimmer nicht ernstgenommen werden ... (viele deutet auf) ... Kommunikationsprobleme (hin), wie z.B. unpräzise, schwer verständliche oder nicht auf die spezielle Situation ausgerichtete Empfehlungen hin. So unterschiedlich die Gründe für eine fehlende Compliance ... auch sein mögen, wichtig ist die Tatsache, dass sich viele ... gleichzeitig Informationen von verschiedenen Seiten einholen“ (Kretschmer et al., 1999).

Von 933 Reisenden hielten sich in einer realen Reisesituation nur 5% strikt an gegebene Empfehlungen, während 45% fünf oder mehr Entscheidungen gegen die Empfehlungen trafen (Mattila et al. 1995). Es wurde in der gleichen Studie keine Assoziation zwischen der Häufigkeit der Verstöße gegen die Empfehlungen und der Inzidenz von Erkrankungen festgestellt. Die Rate der Compliance bei Malariaprophylaxe lag in zwei englischen Studien jeweils unter 50% (Phillips-Howard et al., 1986), (Lobel et al., 1990). Kurzzeittouristen halten sich dabei im Gegensatz zu Geschäftsreisenden, Reisenden, Verwandten oder Langzeitreisenden oft noch relativ gut an Expertenratschläge.

Das Verhalten von Patienten und das Befolgen gegebener Empfehlungen (Compliance) korreliert u.a. mit Zufriedenheit, Verständnis und Vertrauen in der Arzt-Patient-Beziehung. Information allein ist wenig wirksam (Hall et al., 1988): Eine Veränderung der Arzt-Patient-Beziehung von einer paternalistisch-belehrenden zu einer gleichberechtigten Kommunikationsebene führt zur Verbesserung der Gesundheitsergebnisse (Stewart, 1995). Empfehlungen sind, wenn sie auf möglichst viele Reisende zutreffen sollen, notwendigerweise pauschal: "Essen Sie keine Salate". Ob von dem Essen eines bestimmten Salates aber tatsächlich ein Risiko ausgeht und wie groß dieses ist, hängt von zahlreichen Variablen ab (Art des Restaurants, des Ortes, des Küchenpersonals,...). Diese Faktoren können möglicherweise von erfahrenen Reisenden eingeschätzt werden, seltener jedoch vom in der Reiseberatung des weit entfernten Heimatlandes.

Synonyme von "Compliance" sind "do as asked, accord, agree to, adhere to, consent to, obey, ...". Dieses Verhalten ist in der Medizin vor allem in Situationen wirksam, in denen sehr wenige, einzelne Faktoren oder Variablen dominieren und dem "Laien" wenig Wahlmöglichkeiten bleiben. Die Qualität eindeutiger Expertenempfehlungen sollte möglichst durch kontrollierte Studien gesichert sein ("Evidence Based Medicine", Sackett et al., 2000). Bei hoher Qualität einer Expertenempfehlung ("Evidence based Information") sind die Vor- und Nachteile einer Handlung oder Intervention sowohl dem Arzt als auch dem Patienten bekannt (http://134.100.62/prof-portal/pp_redaktion/grundlagen/, 13.04.02). Selbst bei eindeutiger und gesicherter Information ist jedoch die Compliance schon vor dem Abflug häufig unsicher, weil

sich der Reisende z.B. nach Lektüre des Beipackzettels gegen die Einnahme einer Malariaprophylaxe entscheidet, eine orale Impfdosis nicht ordnungsgemäß einnimmt oder die Reiseapotheke doch lieber nach dem Rat der Nachbarin zusammenstellt. Ein Pharmaunternehmen kann deshalb das oft geringe Vertrauen in die Handlungsweisen Reisender für die Werbung einer i.m.-Impfung nutzen, bei der, gegenüber der oralen Alternative, eine 100%ige Compliance garantiert sei. Die Compliance wäre also dann am besten, wenn eigenständiges Handeln ausgeschlossen ist. Das trifft bei Reisen nicht zu.

Reisesituationen verlaufen nur bedingt nach einem für Experten leicht durchschaubaren Plan, in dem an Gabelungen jeweils Wegweiser auf richtige und falsche Entscheidungswege hinweisen. Ebenso wie der Reisende selbst ist die Reise komplex und gekennzeichnet durch Eigendynamik, unerwartete Wendungen und Bewegung in einem weit verzweigten Netz von Einflussfaktoren. Als Ganzes ist die Reise relativ gut überschaubar ("Daten von Hin- und Rückflug"). Im Detail ("überraschende Urlaubsbekanntschaft") verläuft sie aber unvorhersagbar und manchmal auch chaotisch. Der Reisende, der sich strikt an Normen halten will, wird plötzlich mit einer Realität konfrontiert, in der er eine eigene Entscheidung treffen muss. Die Suche nach dem "einen einzig richtigen" Lösungsweg, dem er (gemäß Compliance) unbedingt folgen muss, schränkt die Möglichkeiten angepassten Verhaltens ein (wie bei einem Segelschüler, der in einer Windböe versucht, sich an klare Anweisungen im Lehrbuch zu erinnern, und inzwischen deshalb ins Wasser fällt). Erfahrene Reisende können lernen, sich immer wieder flexibel an neue Umweltfaktoren und -bedingungen anzupassen. Dabei hilft ihnen neben der Betrachtung von Einzelfaktoren die Aufmerksamkeit für Verknüpfungen, Beziehungen, Blockaden, Hemmungen und Verständnis für interne und externe Dynamik in neuen Situationen.

Eine effektive, verständnisvolle und individuelle Reiseberatung kann mithelfen, Reisende zu befähigen, selbständig Risiken zu erkennen sowie spontan und flexibel zu handeln. Damit verändert sich der Charakter der Reisemedizin vom "warnend erhobenen Zeigefinger der Expertenautorität" zur Vermittlung von nützlichen

Sichtweisen, die nie allgemeingültig sind und sich immer wieder in Überprüfungen bewähren müssen.

Informationsqualität in der Reiseberatung ist beurteilbar (Donabedian, 2000) und beinhaltet u.a. Fähigkeiten zu hören, zu verstehen und Offenheit zu schaffen, Raumgeben für Fragen, Einstellung auf Sprache, Verständnis und persönlichen Bedarf der Reisenden. Gesicherte und nützliche Informationen aus dem Internet können dem Nutzer helfen, Wesentliches von Unwichtigem zu trennen und angepasste Wege zu finden, Serviceleistungen oder Produkte auf einer rationalen Basis auszuwählen (<http://www.afgis.de>, 13.04.02). Durch das erworbene Wissen können Reisende mit Ärzten oder Apothekern o.a. auf einer kenntnisreichen Ebene, d.h. effektiv, kommunizieren. Das vertrauensvolle Gespräch in einer persönlichen Reiseberatung ersetzt ein Internetportal nicht.

2.2. Dienstleistung und Qualitätsorientierung

2.2.1. Annäherung an den Qualitätsbegriff

Das Wort „Qualität“ hat seinen Ursprung im Lateinischen („qualis“ = wie beschaffen) und umschreibt nach allgemein sprachlicher Auffassung „Güte“, „Beschaffenheit“ oder „Wert“ eines Objektes. Mit dieser semantischen Betrachtung des Begriffes wird eine grundlegende Richtung des Verständnisses skizziert. Es fehlt die Instanz, die eine Einschätzung des „Wertes“ vornimmt. Die öffentliche Qualitätsdiskussion ist geprägt von Missverständnissen und Fehldeutungen, die auch dadurch zustande kommen, dass bei Unternehmungen, egal welcher Art, eine globale Außenorientierung angenommen bzw. gefordert wird („der Markt“, „der Wettbewerb“), ohne auf den einzelnen Mitarbeiter oder den Kunden Bezug zu nehmen. Bruhn (1997) resümiert für den Bereich der Dienstleistungen:

„Die heterogenen und diffusen Auffassungen über ‚Qualität‘, die vielfach sowohl für Sach- als auch für Dienstleistungen gültig sind, machen deutlich, dass es bis heute nicht gelungen ist, ein tragfähiges und allgemein akzeptiertes Qualitätsverständnis zu schaffen. Die Ausführungen zum Verständnis der Qualität reichen von umgangssprachlichen Wortbedeutungen bis hin zu sehr abstrakten Definitionen des Qualitätsbegriffes für die Praxis“ (S. 23).

Bezogen auf die Qualität der durch Ärzte erbrachten Dienstleistungen kommt Jaster (1997) zu dem Schluss:

„Eine einheitliche Meinung von Ärzten über ein Thema in der Medizin zu erzielen, ist sehr selten möglich. Das Thema Qualität macht eine Ausnahme: Es besteht ein nahezu allgemeiner Konsens, dass es keine, die Realität widerspiegelnde Aussage darüber gibt, was Qualität ärztlichen Handelns bedeutet“ (S.25).

Als grob umfassende Arbeitsdefinition bezeichnet Jaster (1997) Qualität als etwas, „ was in einem ständigen Beobachtungs- und Anpassungsprozess verbessert werden kann“ (S.25).

Die amerikanische „Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization“ versteht unter Qualität, den

„unter Anwendung des derzeitigen Wissens vom jeweiligen Versorgungssystem erreichten Grad der Wahrscheinlichkeit, für den Patienten erwünschte Therapieresultate zu erzeugen und unerwünschte Behandlungsergebnisse zu vermeiden“ (Härter, Stieglitz & Berger, 1999; aus Vauth & Stieglitz, 2000, S. 121).

„Qualität ist die Gesamtheit von Eigenschaften und Merkmalen eines Produktes oder einer Tätigkeit, die sich auf deren Eignung zur Erfüllung gegebener Erfordernisse bezieht. Die Erfordernisse ergeben sich aus dem Verwendungszweck des Produktes

oder dem Ziel der Tätigkeit unter Berücksichtigung der Realisierungsmöglichkeiten“ (DIN ISO 8402, 1992).

Aus der Definition des Deutschen Instituts für Normung e.V. kann abgeleitet werden, dass sich das Gesamtqualitätsurteil einer Dienstleistung aus mehreren Merkmalen oder Teilqualitäten zusammensetzt, welchen jeweils eine bestimmte Qualität zukommt. Diese Definition setzt voraus, dass jede Tätigkeit mit festgelegten Anforderungen eingeschätzt werden kann, wobei wiederum nicht konkretisiert wird, von welcher Institution bzw. von welchem Personenkreis (Kunde, Mitarbeiter, ...) die Maßstäbe zur Qualitätsbeurteilung festgelegt werden (Bruhn, 1995). Mehrdimensionale Raster versuchen, unterschiedliche Sichtweisen auf das Konstrukt Qualität zu ermöglichen. Im Resultat ergeben sich verschiedene Ansätze, Qualität zu definieren (Quartapelle & Larsen, 1996). Berkel (1998) konstruiert ein dreidimensionales Schema, mit den Dimensionen

- objektiv vs. subjektiv,
- inhärent vs. instrumentell,
- endogen vs. exogen.

Objektiv vs. subjektiv

Hier steht die Frage im Mittelpunkt, wer die Maßstäbe der Qualität festlegt. Wird die Qualität einzig durch die Leistungsmerkmale eines Gutes festgelegt, kann von „objektiver“ Qualität gesprochen werden. Die Qualitätsparameter müssen dem Gut dabei latent „innewohnen“ (Berkel, 1998, S.19), womit Dienstleistungsinteraktionen nur unzureichend beschrieben sind. In der Regel werden die Qualitätsparameter im Dienstleistungsbereich durch Einzelpersonen oder Gremien (Mitarbeiter, Abteilungen etc.) subjektiv festgelegt. Auch bei der Festlegung von Qualitätskriterien und -erfordernissen durch den Kunden handelt es sich um eine „subjektive“ Qualität.

Inhärent vs. instrumentell

Hier geht es um die Frage, wo die Qualität liegt und wann sie messbar wird. Eine „inhärente“ Qualität haftet einem Produkt überdauernd an. Entwickelt sich die Qualität beim Konsum bzw. bei der Durchführung der Dienstleistung, spricht man von „instrumenteller“ Qualität. Häufig werden bei der Durchführung von Dienstleistungen Objekte mit inhärenter Qualität (Dokumentationssystem mit ermittelten Gütekriterien, Therapiematerial) bei der konkreten Durchführung instrumentell eingesetzt.

Endogen vs. exogen

Fließt bei der Beurteilung der Qualität die Bewertung der organisatorischen Prozesse und Strukturen im Unternehmen mit ein, spricht man nach Berkel (1998) von „endogener“ Qualität; wird das dahinter stehende organisatorische System mit seinen Prozessabläufen nicht mit berücksichtigt, dagegen von „exogener“ Qualität. Diese Differenzierung verweist darauf, dass Qualität als Konstrukt einen aktiven Prozess der Qualitätsbeurteilung benötigt. Endogen und exogen differenzieren daher zwischen der Beurteilung bezogen auf die Oberflächen- bzw. Tiefenstruktur einer Dienstleistung.

Nach Berkel (1998) ergibt sich die Qualität einer Dienstleistung durch ihren subjektiven, instrumentellen und endogenen Wert. Diese Sichtweise entspricht einem kundenbezogenen Ansatz: die Qualitätserfordernisse werden durch die Kunden bzw. Mitarbeiter subjektiv festgelegt. Die Qualität der Dienstleistung entwickelt sich instrumentell, d.h. erst beim „Konsum“ der Dienstleistung und in die Beurteilung der Qualität fließt auch die Bewertung der organisatorischen Prozesse und Strukturen des Unternehmens mit ein (endogen). Dieser Orientierung wird auch hier weitestgehend entsprochen, wobei der Fokus auf den Mitarbeitern und Kunden der reisemedizinischen Beratung liegt.

2.2.2. Kennzeichen von Dienstleistungen

2.2.2.1. Kennzeichen aus betriebswirtschaftlicher und soziologischer Sicht

„Versuche, Dienstleistungen ökonomisch zu definieren, können scheinbar direkt in die Verzweiflung führen“ (Nerdinger, 1994, S.46).

Um ein Verständnis für die Besonderheiten bei der Erbringung von Dienstleistungen aufzubauen, ist es neben einem Verständnis des Qualitätsbegriffs nötig, vorab charakteristische Besonderheiten von Dienstleistungen herauszuarbeiten. Von Bruhn (1997) werden vier Ansätze zur Definition des Dienstleistungsbegriffs unterschieden:

I. Tätigkeitsorientierte Definition: Diese Auffassung vertritt Schüller (1976). Er klassifiziert jede menschliche Tätigkeit als Dienstleistung.

„Das, was der Mensch tut, um seine physische und psychische Arbeitskraft mit oder ohne Verbindung zur materiellen Güterwelt in den Zweckbereich der menschlichen Bedürfnisbefriedigung zu bringen, ist eine Dienstleistung“ (Schüller, 1976, S.19).

Nach Meffert und Bruhn (1996) überzeugt der Ansatz nur bedingt, da die Begriffsauffassung sehr weit gefasst ist. Außerdem bietet er wenig Raum zur Ableitung von dienstleistungsmarketingspezifischen Besonderheiten.

II. Potentialorientierte Definition: Dienstleistungen werden von Meyer & Mattmüller (1987) beschrieben, als das durch Menschen oder Maschinen geschaffene Potential eines Dienstleistungsanbieters. Die personellen und materiellen Ressourcen zur Erstellung einer Dienstleistung stehen demnach im Vordergrund dieser Definition, weil sie die Erstellung maßgeblich determinieren.

III. Prozessorientierte Definition: Auch bei der prozessorientierten Definition steht die auszuführende Tätigkeit im Vordergrund. Bedeutsam erscheint hier die Gleichzeitigkeit von Produktion und Konsumption („uno-actu-Prinzip“). Im hier untersuchten Feld geht es in diesem Zusammenhang um die Art und Weise der Durchführung von telefonischer Beratung.

IV. Ergebnisorientierte Definition: Diese Perspektive nimmt auf das tatsächlich produzierte immaterielle Gut als Konkretisierung des Dienstleistungsprozesses Bezug. Die Ergebnisse einer Beratung können auf vielen verschiedenen Ebenen betrachtet werden, z.B. Zufriedenheit des Kunden, individuell ausgerichtete Inhalte, etc. In Anlehnung an Meffert und Bruhn (1996) wird hier folgende Definition zugrunde gelegt:

„Dienstleistungen sind selbstständige, marktfähige Leistungen, die mit der Bereitstellung und/oder dem Einsatz von Leistungsfähigkeiten verbunden sind (Potentialorientierung). Interne und externe Faktoren werden im Rahmen der Leistungserbringung kombiniert (Prozessorientierung). Die Faktorkombination des Dienstleistungsanbieters wird mit dem Ziel eingesetzt, an den externen Faktoren – Menschen oder anderen Objekten – nutzenstiftende Wirkungen zu erzielen (Ergebnisorientierung)“ (S.25).

Das Spektrum von Dienstleistungsangeboten ist äußerst breit. Im Einzelfall kann sich als schwierig erweisen, eine Unternehmung dem Dienstleistungssektor eindeutig zuzuordnen. Die folgenden Charakteristika werden im betriebswirtschaftlichen Sinne zur Abgrenzung der Dienstleistungen von Sachleistungen genutzt. Das traditionell am Ergebnis der Produktion von Gütern orientierte ökonomische Denken macht eine Klassifikation offensichtlich schwierig. Dienstleistungen werden bis heute in erster Linie durch „Negativ-Prädikate“ (Nerdinger, 1994, S.47) beschrieben.

- Immaterialität
- Intangibilität
- Unteilbarkeit und Vergänglichkeit
- Integration des externen Faktors
- Standortgebundenheit
- Individualität
- Komplexität

Immaterialität

Nach Corsten (1985) haben Dienstleistungen grundsätzlich immateriellen Charakter. Die eigentliche Kernleistung ist somit nicht „greifbar“. Dies heißt jedoch nicht, dass Dienstleistungen ohne Sachleistungsanteile darstellbar wären. Dienstleistungen in der reisemedizinischen Beratung werden erst durch die Ausstattung des Reisemedizinischen Zentrums komfortabel leistbar. Außerdem ist die Art und Weise der Beratung als Dienstleistung an das Konzept des Reisemedizinischen Zentrums gekoppelt. Die Beratung muss bestimmten Standards entsprechen. Die Dienstleistung wird in der Regel nicht außerhalb der Praxenräume durchgeführt, ist aber standortungebunden.

Intangibilität

In engem Zusammenhang zur Immaterialität steht ihre Intangibilität (Bruhn, 1997). Die Qualität von Dienstleistungen kann vor dem „Kauf“ nur bedingt sinnlich wahrgenommen werden. Im Falle reisemedizinischer Beratungsdienstleistungen erschließt sie sich dem Großteil der Kunden nicht einmal während des Dienstleistungsprozesses, sondern lediglich aufgrund der angefertigten Dokumente. Bei Dienstleistungen im Gesundheitswesen sind somit für einige Kundengruppen häufig lediglich Nebenprodukte der Dienstleistung wahrnehmbar, anhand derer sie über die Güte entscheiden müssen (Anwendung der Empfehlungen unter Feldbedingungen, also vor, während und nach der Reise). Der eigentliche Dienstleistungsprozess bleibt verborgen.

„Images“ der Dienstleister entstehen in der Regel indirekt durch Mund-zu-Mund-Kommunikation (siehe Qualitätsmodell von Grönross).

Unteilbarkeit und Vergänglichkeit

Dienstleistungen sind im Gegensatz zu Sachgütern unteilbar: Produktion und Konsumption erfolgen simultan („uno-actu-Prinzip“). Die Leistung per se entsteht erst in der Situation, in der sich der Kundenkontakt realisiert. In diesen „moments-of-truth“ (Albrecht, 1988; aus Berkel, 1998) wirkt der Kunde entscheidend bei der Qualität der Dienstleistung mit, indem er z.B. versucht, eine optimale Befriedigung seiner

Bedürfnisse zu erlangen. Dienstleistungen können nicht gelagert werden (vgl. Corsten, 1985). Allerdings können Nebenprodukte der Dienstleistungserstellung (wie z.B. die Dokumentation einer empfohlenen Beratung) gespeichert werden, womit dem Kriterium der Vergänglichkeit von einigen Autoren widersprochen wird (Maleri, 1994).

Integration des externen Faktors

In der Regel ist ein direkter Kontakt zwischen Anbieter und Nachfrager einer Dienstleistung erforderlich. Bei der Leistungserstellung muss der Kunde beteiligt sein. Dies wirft die Frage nach den einzelnen Kundengruppen auf. Sie können direkt bzw. primär oder indirekt bzw. sekundär in den Erstellungsprozess eingebunden sein. Gerade bei der reisemedizinischen Beratung spielt die Einbeziehung der Kunden durch Erfassung der individuellen Situation im Prozess der Dienstleistungserstellung eine wesentliche Rolle. Sie hat augenscheinlich große Auswirkungen auf die Erstellung der Beratung. Erst in der Interaktion zwischen Dienstleister und Kunden wird die Dienstleistung „reisemedizinische Beratung“ zu einem Erfolg bzw. Misserfolg.

Standortungebundenheit

Die Besonderheit des Kontaktes am Telefon bzw. über das Internet führt zum Kriterium der Standortungebundenheit. Eine reisemedizinische Dienstleistung kann transportiert werden. Sie muss in der Regel nicht im eigentlichen Kundenzentrum erstellt werden und ist daher bequem vom Kunden abzurufen.

Individualität

Die reisemedizinische Beratung wird für jeden Kunden neu erstellt. Art der Leistungen und Leistungsumfang können individuell sehr verschieden sein. Eine „Kundenorientierung“ in diesem Sinne führt bislang in der reisemedizinischen Beratungspraxis zu individuell angefertigten Beratungsergebnissen, zugeschnitten auf Reiseumstände, Reiseland und persönliche Voraussetzungen.

Komplexität

In der Literatur fehlt eine klare Abgrenzung komplex strukturierter Dienstleistungen von einfach strukturierten (Güthoff, 1995). Der Begriff wird als weiteres Charakteristikum von Dienstleistungen insgesamt benannt und zur Kennzeichnung der Heterogenität innerhalb des Dienstleistungssektors genutzt (Benkenstein, 1993). Bei Konzeption und empirischer Analyse ausgewählter Wahrnehmungsdimensionen wurde von Güthoff (1995) versucht, Klassifikationsmerkmale zusammenzustellen, welche die Charakteristika der Komplexität berücksichtigen. Das Postulat der „Kundenorientierung“, im Sinne von Anpassung der Dienstleistung an die Kundenbedürfnisse, bildet den Ausgangspunkt ihrer Auswahl. Güthoff (1995) wählte folgende Leistungsmerkmale als Komplexitätsdimensionen aus:

Anzahl der Teilleistungen: Nach Güthoff (1995) knüpft diese Dimension direkt an die Definition aus der Systemtheorie an, wonach die Komplexität durch die Anzahl der Elemente eines Systems und ihrer Verknüpfungen bestimmt wird. Sie stellt den Krankenhausaufenthalt als Beispiel für eine Dienstleistung mit vielen Teilleistungen heraus.

Multipersonalität: Güthoff (1995) definiert dieses Kriterium als die „Anzahl der Personen, mit denen der Nachfrager im Rahmen der Dienstleistungserstellung in Kontakt kommt“ (S.32).

Güthoff (1995) dazu:

„Die Komplexität resultiert u.a. daraus, dass der Kunde zusätzliche Informationen erhält, die auf den Erfahrungen Dritter basieren und die indirekt seine eigenen Erwartungen bzw. Beurteilungen beeinflussen. (...). Dem Merkmal der Multipersonalität kommt insofern eine besondere Bedeutung zu, als das Auftreten des Personals und die Kontaktqualität die wichtigsten Determinanten hinsichtlich der Zufriedenheit oder Unzufriedenheit eines Konsumenten mit einer Leistung sind“ (S.33).

Heterogenität der Leistungen: Aufgrund dieses Merkmals können Dienstleistungen in Bezug auf die Unterschiedlichkeit ihrer Teilleistungen voneinander abgegrenzt werden. Je homogener die Teilleistungen, desto geringer die Komplexität.

Länge der Dienstleistungserstellung: Dies kann insofern als Komplexitätsindikator die Qualitätseinschätzung einer Dienstleistung sein, da bei langen Zeiträumen die Erstellung in Teilabschnitte untergliedert werden kann und ihre Qualität dann phasenweise beurteilt wird. Im Zusammenhang mit der innerhalb dieser Konzeption vorgeschlagenen Zielerreichungsskalierung (Kiresuk, Smith & Cardillo, 1994) wird der Prozess anhand von festgelegten Zielstrukturen ebenfalls zergliedert, um ihn phasenweise beurteilen zu können.

Individualität der Leistung: Je stärker der Kunde das Gefühl vermittelt bekommt, die Dienstleistung wird speziell auf seine individuellen Bedürfnisse ausgerichtet, desto höher beurteilt er die Komplexität (Güthoff, 1995).

Wahrgenommenes Risiko: Nach Kupsch & Hufschmied (1979) bezeichnet dies das Gefühl des Kunden hinsichtlich negativer Eigenschaften der Dienstleistung und der damit verbundenen Konsequenzen. Es ist zu vermuten, dass je höher die wahrgenommene Komplexität einer Dienstleistung für den Kunden ist, desto höher ihm auch das wahrgenommene Risiko erscheint.

Involvement: Unter dem Konstrukt Involvement versteht man in Bezug auf die Dienstleistungserstellung nach Trommsdorf (1989) den Grad der Ich-Beteiligung des Kunden im Erstellungsprozess der Dienstleistung. Aufgrund vieler unterschiedlicher Klassifikationskriterien und somit der scheinbar beliebigen Zuordnung von Tätigkeiten zum Dienstleistungsbereich ergibt sich eine Fülle möglicher Taxonomien (Corsten, 1988), die für eine psychologische Auseinandersetzung mit der Thematik zumeist wenig hilfreich erscheinen.

„Betriebswirtschaftliche Taxonomien sind durch ihren a-priori-Charakter gekennzeichnet, wobei sie nach ökonomischer Logik das Feld zu strukturieren suchen. Damit wird aber das Untersuchungsfeld bereits vor jeder Untersuchung in einer Weise determiniert, die das Ergebnis der Untersuchung voraussetzt. Psychologisches Denken setzt dagegen bei den Betroffenen an und fragt, wie

Dienstleister und Bediente das Tätigkeitsfeld wahrnehmen, d.h. wie die Tätigkeiten kognitiv strukturiert werden“ (Nerdinger, 1994, S.55).

2.2.2.2. Kennzeichen aus psychologischer Sicht

Es gibt bislang keine explizit psychologische Theorie der Dienstleistung. Einige Anknüpfungspunkte an bestehende psychologische Theorien stellt Nerdinger (1994) zusammen, die im Folgenden als Orientierung dienen. Aus psychologischer Perspektive kann zunächst festgestellt werden, dass das Resultat einer Dienstleistung eine Erfahrung darstellt. Von der Tätigkeit her betrachtet, sind Dienstleistungen u.a. dann psychologisch bedeutsam, wenn sie persönliche Kommunikation erfordern. Nerdinger nennt insgesamt vier Definitionsmerkmale von Dienstleistungen:

- Face-to-face Interaktion
- Lösen eines persönlichen Problems
- Keine Verpflichtungen zwischen Dienstleister und Bedientem über die Dienstleistungsbeziehung hinaus
- Leistung gegen Geld

Nach Goffman (1972) kann bei Dienstleistungen idealtypisch eine Begegnung zwischen voneinander unabhängigen Menschen unterstellt werden. Damit unterliegen Dienstleistungen lediglich den Normen des Umgangs zwischen fremden Menschen.

„Eine spezifisch psychologische Anforderung ergibt sich demnach, wenn zwei autonome Persönlichkeiten in Kontakt treten, wobei die eine einen Dienst erwartet, den die andere ihr erweisen soll“ (Nerdinger, 1994, S.52).

Somit schließt die für Dienstleistungen charakteristische Face-to-face-Interaktion die Kommunikation zwischen Mitarbeitern einer Organisation aus, deren Kooperation durch eine hierarchische Ordnung geregelt wird. Nerdinger (1994) definiert das

Ergebnis der Dienstleistungsinteraktion, passend zum reisemedizinischem Setting, als „die Erfahrung einer (versuchten) Lösung der persönlichen Probleme von Bedienten“ (S.52). Diese versuchten Problemlösungen stehen im Mittelpunkt der Beziehung zwischen Dienstleister und Bedientem. Daneben ist für die Beziehung entscheidend, dass die Dienste bezahlt werden und dass eine Tauschbeziehung „Leistung gegen Geld“ zugrunde liegt. Mit dieser sehr engen psychologischen Kennzeichnung werden eine Reihe von Personengruppen mit ihren Tätigkeiten, die klassisch dem „tertiären Sektor“ zugeordnet werden, ausgeschlossen. Nerdinger (1994) nennt beispielhaft Putzfrauen, Polizisten, Fahrkartenkontrolleure und Gerichtsvollzieher, deren Tätigkeit die in wenigstens einem kennzeichnenden Merkmal abweichen. Für die reisemedizinischen Beratungsdienstleistungen treffen alle vier Merkmale zu; hier wird angenommen, dass sie psychologisch entscheidende Gemeinsamkeiten mit anderen in diesem Sinne klassifizierten Dienstleistungen aufweisen.

2.2.3. Qualitätsorientierung und individueller Standort

„Qualität ist relativ. Sie ist abhängig von der Position des Betrachters und damit abhängig von Zielen, Erwartungen, Festlegungen“ (Nübling & Schmidt, 1998, S.55).

Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement setzt das Wissen über Qualitätsmerkmale voraus. Um die Qualität einer Dienstleistung zu beurteilen, müssen im Vorfeld Soll-Anforderungen festgelegt werden, deren Erreichen schließlich Auskunft über das Qualitätsniveau der einzelnen Merkmale, ihrer Elemente und Dimensionen, mit dem Ziel, zu einem differenzierten Qualitätsurteil über den Dienstleistungsanbieter zu kommen, geben kann. Meffert & Bruhn (1996) dazu:

„Dienstleistungsqualität ist die Fähigkeit eines Anbieters, die Beschaffenheit einer primär intangiblen und der Kundenbeteiligung bedürftigen Leistung gemäß den Kundenerwartungen auf einem bestimmten Anforderungsniveau zu erstellen. Sie

bestimmt sich aus der Summe der Eigenschaften bzw. Merkmale der Dienstleistung, bestimmten Anforderungen gerecht zu werden“ (S.199).

Der Ist-Soll-Vergleich sollte sich dabei möglichst an Standards orientieren, die sich als „empirisch legitimiert“ (Vauth & Stieglitz, 2000, S.126) erwiesen haben. Hier fehlt für die reisemedizinische Beratung innerhalb der Bundesrepublik Deutschland ein weitgehend evidenzbasierter Konsensus. Daher müssen sich die einzelnen Dienstleister an Konsensusprozessen ihrer professionellen Gemeinschaft (Berufsverbände, wissenschaftliche Foren, etc.) orientieren (vgl. Winter, 1997). Zur Zeit kann auf der berufspolitischen Ebene nicht von einem Konsens über Qualitätsmerkmale in der reisemedizinischen Beratung ausgegangen werden.

Da die Beurteilung der Dienstleistungsqualität der Einzelpraxis und auch die Ausrichtung eines internen Qualitätsmanagements stark von unterschiedlichen Interessengruppen beeinflusst wird, spielt der Standort des Beurteilers eine entscheidende Rolle. Eine daraus abgeleitete generelle Vorgehensweise fordert, möglichst viele Interessengruppen mit einzubeziehen, um unterschiedliche Sichtweisen bei der Ausrichtung reisemedizinischer Dienstleistungen zu berücksichtigen. So kann die interne (Mitarbeiter-) Sicht der externen (Kunden-) Sicht gegenübergestellt werden. Dies versuchen auch Autoren, die aus ihren Überlegungen bzw. empirischen Forschungstätigkeiten relativ branchenunabhängige Qualitätsmodelle entwickelt haben. Die Qualitätsorientierung als „Blick auf das System mit einem spezifischen Standort im System“ spielt bei der Ausrichtung dieser Modelle eine wesentliche Rolle.

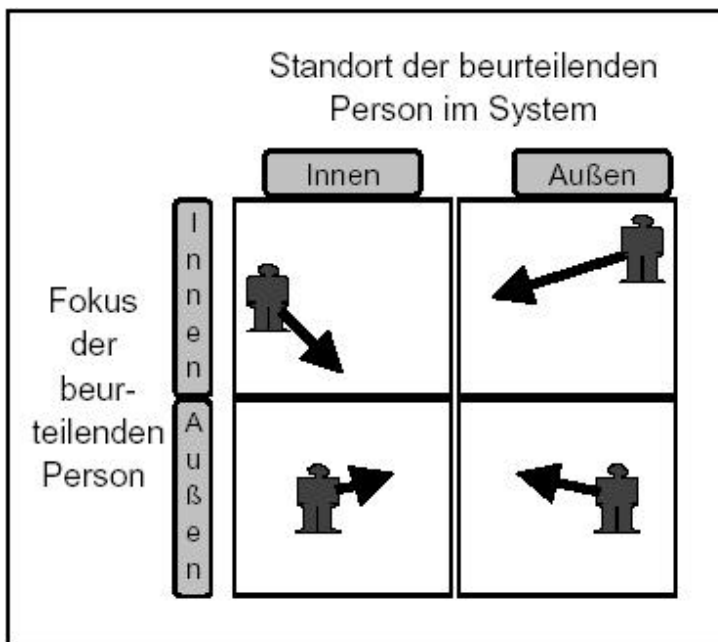


Abbildung 1: Qualitätsorientierung in Abhängigkeit vom Standort des Beurteilers und seiner Blickrichtung auf das System

Branchenunabhängige Qualitätsmerkmale werden zur Zeit meistens in einzelnen Qualitätsmodellen abgebildet. „Modell“ kennzeichnet in diesem Zusammenhang lediglich, dass die verschiedenen Merkmale zueinander in Verbindung gesetzt werden. Die folgenden Modelle dienen daher in erster Linie als theoretisch-konzeptionelle Ansätze zur Operationalisierung der Dienstleistungsqualität. Ihnen fehlt weitgehend eine empirisch fundierte Grundlage. Sie können daher nur bedingt als Ausgangspunkt für die Messung des hypothetischen Konstruktes „Dienstleistungsqualität“ herangezogen werden. Außerdem sind die einzelnen Qualitätsmerkmale aufgrund des hohen Abstraktionsniveaus in der Regel keiner direkten Messung zugänglich. Die subjektive Festlegung von Soll-Vorgaben und Standards aufgrund Konsensus (Winter, 1997) ist im Qualitätsmanagement gebräuchlich, geht aber meist nicht auf erprobte „empirische“ Standards zurück. An dieser Stelle soll auf eine Auseinandersetzung über die Gütekriterien einer solchen empirischen Sozialforschung verzichtet werden (vgl. dazu Hentschel, 1992).

2.2.4. Der Blick von außen auf das System

2.2.4.1. Das Modell von Donabedian

Der Ausgangspunkt für die Entwicklung des Modells von Donabedian (1980) war die Beurteilung der medizinischen Versorgung. Es handelt sich demnach um einen „Blick von außen auf das System“. Das Modell ist daher von der Qualitätsorientierung eher extern ausgerichtet. Mit seiner Unterscheidung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität bieten das Modell und seine Weiterentwicklungen einen zentralen Ausgangspunkt für das Verständnis der Qualität von Dienstleistungen.

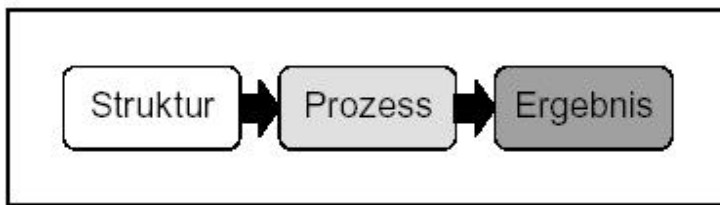


Abbildung 2: Qualitätsmodell nach Donabedian (1980)

Strukturqualität

Hier steht die Wahrnehmung der Strukturen und Potentiale des Dienstleistungsanbieters im Vordergrund. Im Fall des Reisemedizinisches Zentrum könnten dies die Anzahl und der Ausbildungsstand der Mitarbeiterinnen, die räumliche Ausstattung der Praxis bzw. deren Größe sein. Es handelt sich demnach um relativ überdauernde Qualitätsmerkmale, die u.a. Grundlage organisatorischer Abläufe sind. Die Strukturqualität kann nach Güthoff (1995) nur tendenzielle Hinweise auf die Gesamtqualität geben, da über die Zusammenhänge zwischen Struktur, Prozess und Ergebnis der Dienstleistung keine konkreten Aussagen gemacht werden können. Donabedian (1980) sieht die Struktur als generelle Voraussetzung für eine gute Qualität. Die einzelnen Elemente geben eher Auskunft über die Qualität der gesamten Einrichtung.

Prozessqualität

Die Prozessqualität umfasst die Erfassung und Festlegung des reisemedizinischen Beratungsbedarfs. Sie beinhaltet u.a. die Qualität von Beratungsgesprächen, den Ablauf der Informationserfassung, deren Weiterleitung an das ärztliche Personal und die Herausgabe der Beratung. Die Prozessqualität hat nach Donabedian (1980) als einzige Dimension direkte Wirkung auf das Gesamtqualitätsurteil. Dies hängt damit zusammen, dass die konkreten Handlungen, deren Ergebniswirkungen als positiv oder negativ erachtet werden können, maßgeblich Einfluss auf das Qualitätsurteil hat.

Ergebnisqualität

Diese Perspektive rückt die Beurteilung der erfolgten Leistung bzw. des Ergebnisses des Dienstleistungsprozesses in den Vordergrund. Hierunter kann beispielsweise die herausgegebene Beratung und deren Umsetzung vor, während und nach der Reise fallen. Die Ergebnisdimension betrachtet Donabedian (1980) als indirekten Qualitätsindikator, da externe, intervenierende Faktoren Einfluss auf das Ergebnis nehmen können. Der Zusammenhang zwischen dem Prozess und dem Ergebnis könne daher nicht eindeutig bestimmt werden.

Zusammenfassend unterstellt Donabedian (1980) einen funktionalen Zusammenhang zwischen Struktur, Prozess und Ergebnis. Das konzeptionell eingängige Modell lehnt sich eng an die Phasen der Dienstleistungserstellung an. Eine differenzierte Bestimmung der einzelnen Qualitätsmerkmale und eine darauf aufbauende Messung der Dienstleistungsqualität ist nicht ohne weitergehende Operationalisierung möglich. Im Modell wird zudem nicht zwischen Anbieter- und Kundenperspektive differenziert. Es lässt eine gewisse Willkür in der Zuordnung von Leistungen und Verantwortlichkeiten im Erstellungsprozess erkennen. Donabedian (1980) wählte die medizinische Versorgung als Untersuchungsobjekt. Er fokussierte demnach eher allgemein auf ein komplexes Bestimmungsfeld. Für die Anwendung auf reisemedizinische Beratungsdienstleistungen und zur Bestimmung der Qualität solcher Einrichtungen bedarf es einer umfassenden Operationalisierung.

2.2.5. Qualitätsmodelle mit Fokussierung von innen nach außen

Ausgangspunkt der folgenden, eher in betriebswirtschaftlicher Tradition stehenden Modelle der Dienstleistungsqualität, ist die Frage, wie der Kunde die Qualität einer Dienstleistung wahrnimmt, und welche Faktoren diese Wahrnehmung beeinflussen. Hinsichtlich der Qualitätswahrnehmung orientieren sich die Autoren u.a. an Erkenntnissen zum Käuferverhalten (Güthoff, 1995). Was ist nun das Ziel einer solchen „externalen Qualitätsorientierung“ bei der Betrachtung einzelner Qualitätsdimensionen? Bruhn (1997) dazu:

„Die Gesamtheit aller Qualitätsdimensionen fokussiert letztlich auf den Wunsch, tiefergehende Einsichten über den Dienstleistungsbedarf zu gewinnen. Nur die genaue Spezifikation der Anforderungen an eine Dienstleistung aus der Nachfragerperspektive ermöglicht schließlich den gezielten Einsatz des Marketing- und Qualitätsinstrumentariums für den Dienstleistungsanbieter“ (S.33).

2.2.5.1. Dienstleistungsqualitätsmodell von Grönroos

Ausgangspunkt der Modellkonzeption von Grönroos (1984; siehe auch Corsten, 1994) ist ein vom Nachfrager vorgenommener Beurteilungsprozess, in welchem jener seine ursprünglichen Erwartungen bezüglich der Dienstleistung mit der tatsächlich erhaltenen Leistung vergleicht. Das Ergebnis dieser Bewertung ist die „erfahrene Dienstleistungsqualität“. Die dabei erstellte Dienstleistung teilt Grönroos (1984) hinsichtlich ihrer Qualität in zwei Komponenten ein – in eine technische und eine funktionale. Die technische Komponente kann dabei durchaus objektiv beurteilt werden und will einschätzen, „was“ der Nachfrager erhält. Dagegen steht die funktionale Komponente, die einer weitgehend subjektiven Beurteilung für die Art und Weise, „wie“ dem Nachfrager die Qualität dargeboten wird, unterliegt.

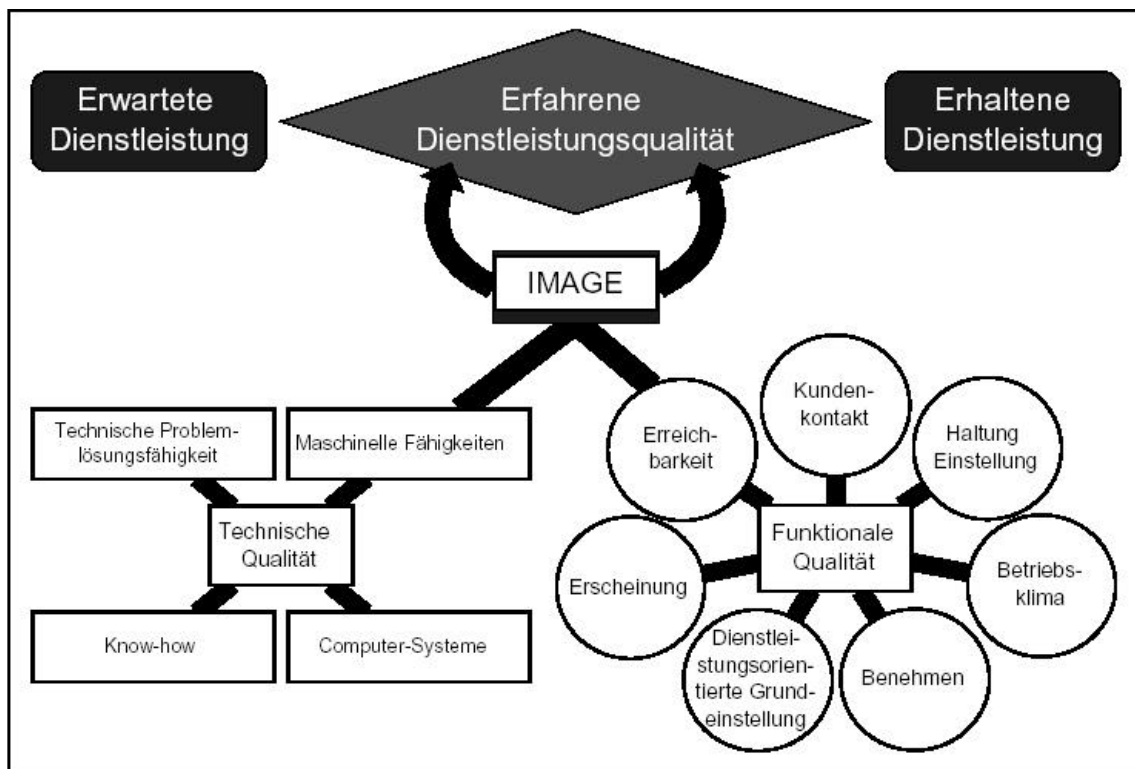


Abbildung 3: Das Dienstleistungsmodell von Grönross (1984; aus Corsten, 1994)

Darüber hinaus werden beide Teilbeurteilungen durch das vorhandene Image des Dienstleisters gefiltert. Das spezifische Image bildet sich als Auswirkung der Dienstleistungserstellung an früheren Nachfragern, die dies u.a. durch direkte Kommunikation bei anderen potentiellen Nachfragern verbreitet haben und aus dem ersten Eindruck, den der Nachfrager vom Anbieter erhält. Das „Image einer Dienstleistung“ in den Mittelpunkt der Modellbetrachtung zu stellen, geht von einem relativ stabilen Einstellungskonzept aus. Dies führt zu konzeptionellen Problemen: zum einen ist die reale Erfahrung einer Dienstleistung erforderlich, um aus dem Abgleich von Erwartung und Erfahrung das Image zu konstruieren. Ein Image kann sich aber sehr wohl ohne die reale Erfahrung von technischen bzw. funktionalen Qualitäten bilden. Nerdinger (1994) zu diesem Aspekt:

„Nach der Erfahrung einer Dienstleistungsinteraktion, die öfter in Anspruch genommen wird, wäre demnach Zufriedenheit gleich Qualität, bei der ersten Begegnung mit einem Dienstleister gäbe es noch gar keine Qualität“ (S.195).

2.2.5.2. Das Qualitätsmodell von Zeithaml, Berry und Parasuraman

Dem Qualitätsmodell von Zeithaml, Berry und Parasuraman (1992), auch als „GAP-Modell“ (Lücken-Modell) bezeichnet, liegt der kundenorientierte Qualitätsbegriff zugrunde, wobei die Ursachen der wahrgenommenen Qualität im Unternehmen gesucht werden.

„Ganz im praxeologischen Selbstverständnis des Marketing verhangen, möchten die Autoren damit Praktikern ein Modell an die Hand geben, das die Gestaltung organisatorischer und kommunikativer Maßnahmen im Sinne der durch Marktforschung eruierten Kundenerwartungen steuern kann“ (Nerdinger, 1994, S.201).

Dem Modell liegt demnach eine „externale“ Qualitätsorientierung zugrunde. Vorrangig ist die praktische Umsetzung von Kundenwünschen. Es handelt sich um ein statisches, dem Anspruch nach branchenunabhängiges Modell der Dienstleistungsqualität, wobei es empirisch in vier Branchen erprobt wurde, die nicht Teil des Gesundheitswesens sind (Privatkundengeschäft von Banken, Kreditkartengeschäft, Wertpapiermakler, Reparaturwerkstätten). Mit Fokusgruppeninterviews wurde analysiert, in welcher Weise Nachfrager die Qualität von Dienstleistungen bewerten. Die Ergebnisse dieser Interviews lassen sich nach Bruhn (1997) wie folgt zusammenfassen:

Trotz der relativ großen Divergenz hinsichtlich der einzelnen Branchen wurde beobachtet, dass sich die Qualitätsbeurteilung nach vielfach ähnlichen Merkmalen vollzieht. Besondere Servicequalität wird einem Dienstleistungsanbieter vor allem dann attribuiert, wenn die Erwartungen der Kunden (über-)erfüllt werden.

Grundsätzlich bestimmt sie sich aus der Abweichung zwischen der erwarteten (erwünschten) Leistung und dem erlebten (wahrgenommenen) Leistungsniveau.

Die Kundenerwartungen an die Dienstleistungsqualität werden hauptsächlich durch vier Impulse geprägt: mündliche Kommunikation der Kunden, persönliche Situation der Kunden, zurückliegende Erfahrungen mit dem Anbieter, Kommunikation des Anbieters.

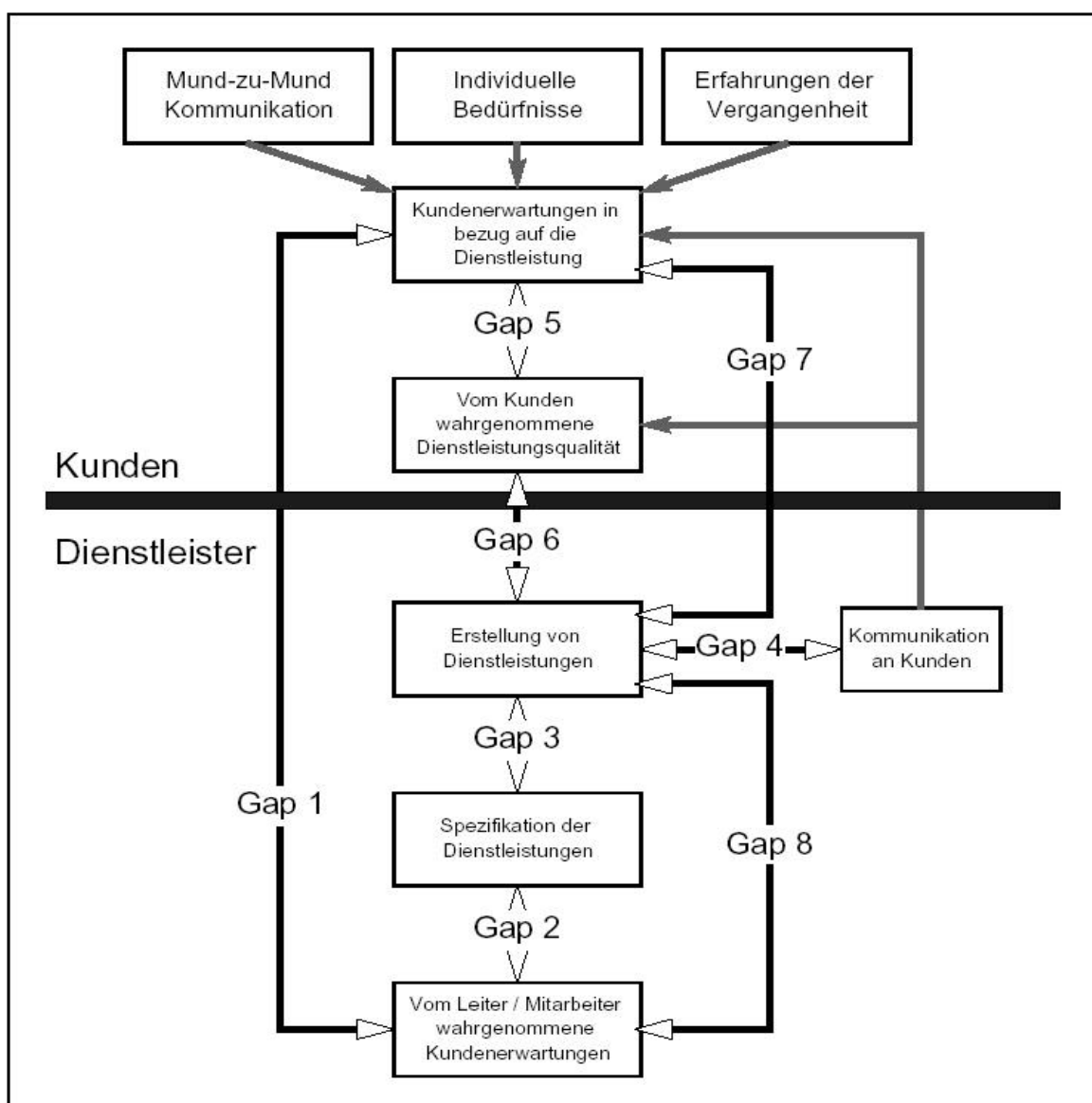


Abbildung 4: Das Dienstleistungsmodell von Parasuraman, Zeithaml und Berry (1984), erweitert durch Lewis (1987)

Als zentrales Ergebnis der durchgeführten Befragungen konnten darüber hinaus zehn Qualitätsmerkmale isoliert werden, die bei den Kunden eines Dienstleistungsanbieters zur Beurteilung der erfahrenen Qualität zur Geltung kamen.

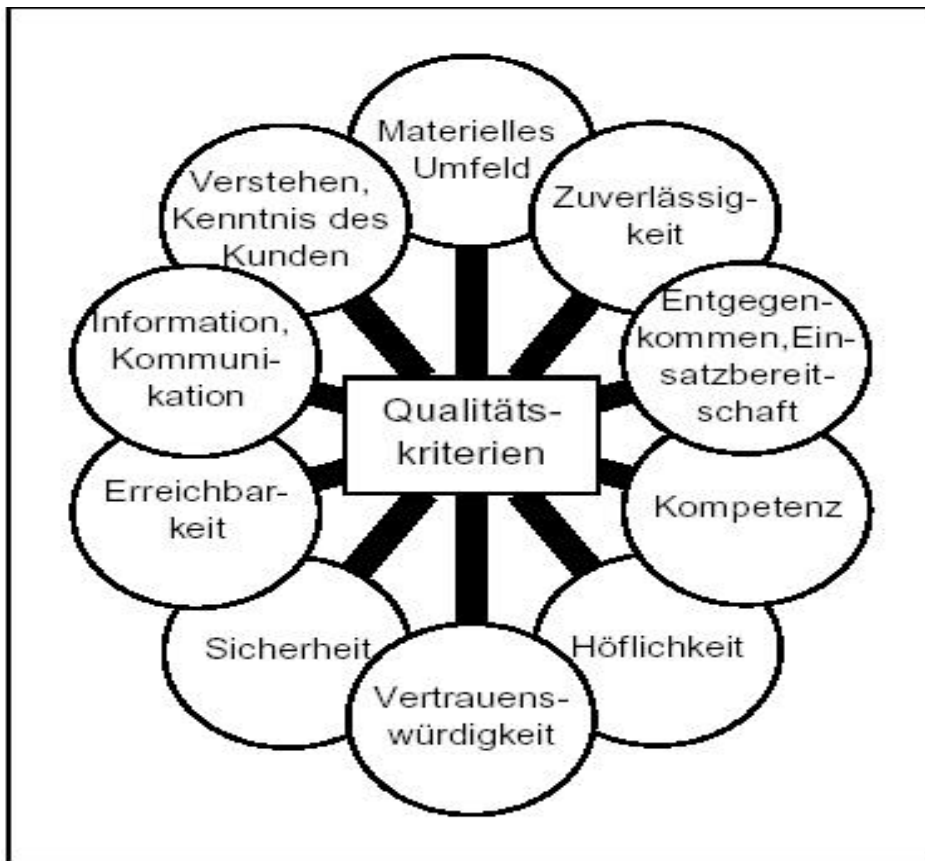


Abbildung 5: Empirisch ermittelte Qualitätskriterien der Untersuchungen von Zeithaml, Berry & Parasraman (1992)

Ein und dieselbe Person kann die Qualität einer Dienstleistung unter verschiedenen Blickwinkeln wahrnehmen. Beispielsweise ist bei Kunden, die ihre Beratung selbst bezahlen, eine höhere Erwartungshaltung anzunehmen, als bei Patienten, die von der Krankenkasse unterstützt werden. Vergleichbare Leistungen werden bei unterschiedlichen Rahmenbedingungen somit unterschiedlich bewertet.

Das „Lücken-Modell“ liefert einen Ansatzpunkt zur Erklärung unterschiedlicher Wahrnehmungen von verschiedenen Leistungsattributen durch Kunden bzw. Dienstleistungsanbieter. Die ersten fünf „Lücken“ bzw. „Gaps“ entstammen dem

ursprünglichen Modellansatz (Zeithaml, Berry & Parasuraman, 1992). Nach Forschungsarbeiten von Lewis (1987) bzw. Lewis & Chamber (1989) im Hotelgewerbe wurde das Modell zu einem erweiterten Erklärungssystem der Wahrnehmung von Dienstleistungsangeboten auf acht „Gaps“ ausgebaut. Sowohl auf der Anbieter- als auch auf der Nachfragerseite sind mehrere qualitätsrelevante Lücken zu erkennen, die nach Meinung der Autoren eine Erklärung dafür sein könnten, warum die Wahrnehmungen der Qualität bei den am Prozess der Dienstleistungserstellung beteiligten Personengruppen (Anbieter und Nachfragergruppen) häufig deutlich voneinander abweichen.

Gap 1 deutet auf eine mögliche Diskrepanz zwischen den Kundenerwartungen und deren Wahrnehmung durch den Dienstleister hin. Die Erwartungen der Kunden gegenüber dem Dienstleister gründen sich auf Erfahrungen in der Vergangenheit und den durch Mund-zu-Mund-Kommunikation aufgebauten Einstellungen. Drei zentrale Einflussfaktoren beeinflussen Gap 1 (Zeithaml, Parasuraman & Berry, 1992): im direkten Kontakt zum Kunden werden in spezifischen Situationen einer Interaktion die Erwartungen und Bedürfnisse der Kunden erfasst. Es sollte also möglichst viel direkter Kundenkontakt angestrebt werden, was bei telefonischer Beratung sehr gut möglich ist. Bei der Minimierung der Diskrepanz muss weiterhin der Erfassung der Kundenanforderungen durch Marktforschung (Konkurrenz, Produkt, Kunden) besonderes Gewicht beigemessen werden. Schließlich spielt das unterschiedliche Qualitätsverständnis von Kunden und Anbietern eine wichtige Rolle.

Gap 2 bezieht sich auf die Schwierigkeit der Umsetzung wahrgenommener Kundenerwartungen in konkrete Dienstleistungsspezifikationen (Hentschel, 1990). Hier spielt die interne Unternehmenskommunikation eine wesentliche Rolle. Informationen über Zustände, Veränderungen, Aktivitäten und Probleme sollten demnach schnellstmöglich durch verantwortliche Personen in rechtzeitige und zielgerichtete Maßnahmen umgesetzt werden. Für die Ausrichtung eines Callcenters bedeutet dies, dass eine funktionierende „Besprechungskultur“ angeregt werden sollte, die mit Einzelverantwortlichen bzw. kleinen Arbeitsgruppen schnell

Maßnahmen umsetzen kann. Neben der internen Kommunikation hat auch die Einstellung der Anbieter zu ihren Dienstleistungen einen großen Einfluss auf die Spezifikation.

Gap 3 resultiert aus der Diskrepanz zwischen den Spezifikationen der Dienstleistungsqualität und der tatsächlichen Dienstleistungserstellung. Die Qualifikation und Motivation der Mitarbeiter, die technische Ausstattung und die Umfeldfaktoren in der Mikro- und Makroumwelt des Unternehmens beeinflussen die Realisierung. Für eine hochwertige Dienstleistungserstellung benötigen Callcenter Standards für die Beratungsdurchführung, die Dokumentation, die Erfolgskontrolle und schließlich die Kommunikation der Ergebnisse nach außen.

Gap 4 entsteht, wenn mehr versprochen wird, als im Endeffekt geleistet werden kann. Mögliche Quellen der Kommunikation sind dabei Massenmedien sowie die Handlungen und Aussagen der Mitarbeiter im Dienstleistungserstellungsprozess. Bei reisemedizinischen Beratungsdienstleistungen ist es u.a. notwendig, die gegebenen Empfehlungen an Kunden abzuwägen und individuell anzupassen, zumal es wenige wissenschaftlich gesicherte Aussagen über Wirksamkeit einzelner Interventionen gibt. Auch Aussagen über den zu erwartenden Zeitraum einer vermutlichen Veränderung sind äußerst unsicher. Missverständliche Aussagen, die Interpretationsspielräume über das tatsächlich zu erwartende Niveau der Dienstleistungsqualität eröffnen, rufen bei den Kunden im Falle der Nichterfüllung Unverständnis bzw. Verärgerung hervor (Zeithaml et al. 1992). Bei der Zielformulierung und der Entwicklung prognostischer Aussagen sollten Kunden daher beteiligt werden.

Wichtigste Lücke im Sinne dieses external ausgerichteten Modells ist Gap 5, beeinflusst durch andere Gaps. Die hier zugrundeliegende Diskrepanz zwischen der erwarteten und der real erlebten Dienstleistungsqualität kann durch Minimierung der vorherigen vier Gaps verringert werden.

Nach Lewis (1987) sind noch weitere Lücken zu beachten, die ihrerseits die Kundenzufriedenheit beeinflussen können und Ansätze zum Qualitätsmanagement

liefern. Für die praktische Ausrichtung in der reisemedizinischen Beratungspraxis erscheinen diese Aspekte allerdings zu abstrakt. Aus diesem Grund werden sie hier nur der Vollständigkeit halber dargestellt.

Gap 6 beschreibt die mögliche Diskrepanz zwischen der erfahrenen Qualität aus Kundensicht und dem, was aus Anbietersicht geleistet wurde, bzw. hätte geleistet werden sollen. Da Gap 6 in der Hotelbranche erprobt wurde, lässt sie sich mit einer Frage verdeutlichen, die Lewis (1987) dem Management und den Kunden eines Hotels stellte:

„What do you find particularly satisfying and dissatisfying about this hotel?“

Maßgebliche (Un-)Zufriedenheitsfaktoren konnten ermittelt werden, und es zeigten sich erhebliche Unterschiede zwischen der Sichtweise der Kunden und der Sichtweise des Managements. Eine solche Untersuchung erscheint auch bei Dienstleistungen im Gesundheitswesen angezeigt, um relevante Attribute aus Kunden- bzw. Anbieterperspektive herauszuarbeiten.

Mit Hilfe des Gap 7 wird der Unterschied zwischen Kundenerwartung in Bezug auf die Dienstleistung und der aus Sicht des Anbieters erstellten Leistung deutlich. Nur in zwei von 44 Attributen (in der Studie von Lewis, 1987) nahm das Management an, schlechter zu sein als die Kundenerwartungen.

Gap 8 thematisiert schließlich die unternehmensinterne Frage, ob der Anbieter glaubt, die Dienstleistung im Sinne der Kundenerwartung zu erstellen.

Das vorgestellte erweiterte Gap-Modell zeigt mögliche Diskrepanzen zwischen Wahrnehmungen bzw. Einstellungen bei Kunden und Dienstleistern. In der Betriebswirtschaftslehre wird meist auf die langfristig positiven Auswirkungen einer hohen Kundenzufriedenheit vertraut. Der Fokussierung auf den Kunden (Kundenbefragungen etc.) kommt in dieser Sichtweise entscheidende Bedeutung zu. Es geht letztendlich um angenommene Erwartungen des Kunden, die es zu

befriedigen gilt. Wie der Name „Gap“ schon sagt, handelt es sich um ein defizitorientiertes Qualitätsmodell, dass eine „Punktlandung“ zwischen Kundenerwartungen und den Aktionen bzw. Reaktionen des Dienstleisters postuliert, um maximale Kundenzufriedenheit zu schaffen. Mögliche Widersprüche zwischen Unternehmenskultur, Organisationsstruktur und Kundenerwartungen werden nicht thematisiert.

2.2.5.3. Das Dienstleistungsqualitätsmodell von Meyer und Mattmüller

Das Qualitätsmodell von Meyer und Mattmüller (1987) verbindet die Modellkomponenten von Donabedian (1980) mit den Ausführungen von Grönroos (1984). Es integriert und detailliert die drei Qualitätskomponenten Potential-, Prozess- und Ergebnisqualität und differenziert in die Anbieter- und die Nachfragerseite.

Die Potentialqualität des Anbieters kennzeichnet die Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter und der sie unterstützenden materiellen Ausstattung. Das „Spezifizierungspotential“ meint dabei die Fähigkeit des Anbieters, individuelle Problemlösungen anzubieten. Das „Kontaktpotential“ kennzeichnet die marketingorientierte Ausrichtung der Mitarbeiter. Durch das „Kontaktpotential“ in der Phase vor dem eigentlichen Beginn der Dienstleistungserstellung, soll dem Kunden ein Gefühl des Vertrauens und der Kompetenz vermittelt werden. Durch die Potentialqualitäten des Anbieters soll das bereits erwähnte vom Kunden subjektiv wahrgenommene Risiko der Inanspruchnahme der Dienstleistung verringert werden.

Auch die Potentialqualität des Nachfragers ist in zwei Teilqualitäten aufgegliedert. Mit dem Begriff des „Integrationspotentials“ wird die Wirkung potentieller Nachfrager auf den Anbieter umschrieben. Problemverständnis, Erfahrung und individuelle Wünsche des Nachfragers beeinflussen bereits vor Beginn der Beratung das mögliche Ergebnis des Dienstleistungsangebots. Die genaue Exploration des Integrationspotentials durch den Anbieter kann den späteren Erstellungsprozess maßgeblich beeinflussen. Dem „Interaktionspotential“ werden die möglichen Auswirkungen von Kontakten und Interaktionen zwischen unterschiedlichen Kunden zugerechnet. Die

Interaktivität der Nachfrager untereinander kann sich beispielsweise in Form von Empfehlungen von Angehörigen und Freunden oder anderem medizinischem Fachpersonal ausdrücken. Die Prozessqualität ist das Ergebnis des Aufeinandertreffens und Interagierens von Anbieter und Nachfrager und somit abhängig von den jeweiligen Potentialen. Sämtlichen Teilqualitäten gemeinsam ist ihr im Kern geteiltes Wesen. Diese Zweiteilung orientiert sich an den Teilqualitäten im Ansatz von Grönroos (1984) und unterscheidet entsprechend danach „was“ der Nachfrager erhält und „wie“ dies geschieht. Neben der rein funktionalen Abwicklung der einzelnen Phasen des Erstellungsprozesses („ was“; Tech Quality) ist bei allen Teilqualitäten dieses Modells die emotionale bzw. menschliche Erbringungsqualität („ wie“; Touch Quality) für die Entwicklung der Kundeneinschätzung von Dienstleistungsqualität von wesentlichem Erklärungswert. Die Tech Quality wird auch als „physical quality“ und die korrespondierende Touch Quality als „interactive quality“ bezeichnet (Lethinen & Lethinen, 1991, S. 288f.).

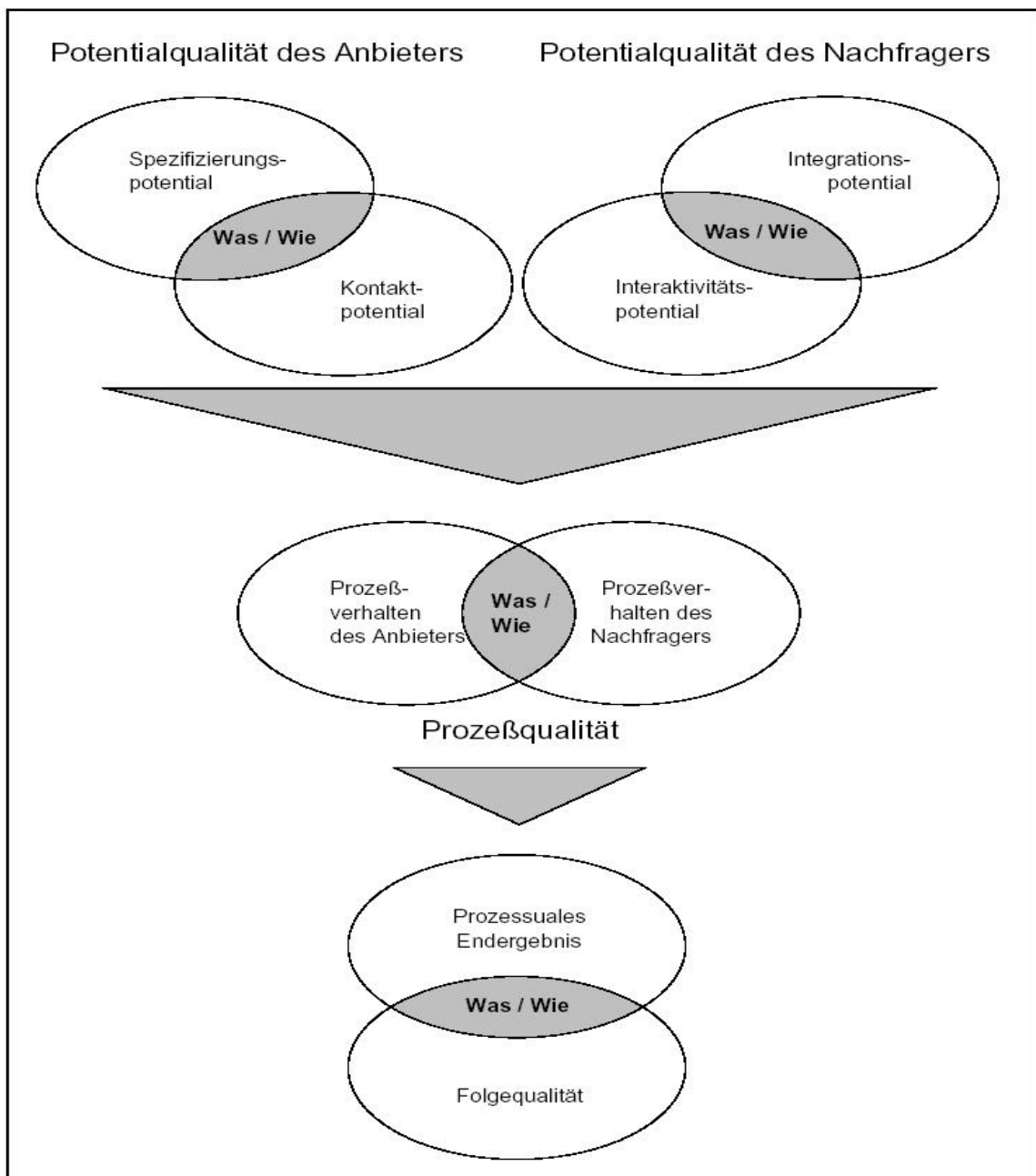


Abbildung 6: Das Dienstleistungsqualitätsmodell von Meyer und Mattmüller (1987)

Ob sich beide Qualitätsmerkmale ergänzen bzw. kompensieren oder in der Sicht des Anbieters bzw. Nachfragers unabhängig voneinander sind, ist bislang empirisch nicht geklärt (Westerbarkey, 1996).

Die resultierende Ergebnisqualität im Modell von Meyer und Mattmüller stellt die Wirkung heraus, die der Prozess der Dienstleistungserstellung beim Kunden

hinterlässt. Dabei unterteilen die Autoren diese Qualitätskomponente in einen sofort wahrnehmbaren Teil, der in Anlehnung an Donabedian (1980, S.90) als „prozessuales Endergebnis“ bezeichnet wird, und eine „ Folgequalität“, die häufig erst nach einem längeren Zeitraum wahrnehmbar ist.

Auch diese Unterteilung erscheint für die Auseinandersetzung mit einem Qualitätsmanagement für eine reisemedizinische Beratungsleistung wesentlich, da sich die Folgen einer Beratung häufig erst im Urlaub zeigen. In jeder der drei Phasen konkretisiert sich die Qualitätswahrnehmung an Teilqualitäten, die für sich genommen Ansatzpunkte zum Qualitätsmanagement von Dienstleistungen bieten. Wie schon erwähnt, wird von allen bislang aufgezeigten Modellen die Nachfragerperspektive in den Mittelpunkt gestellt und die Anbieterperspektive vernachlässigt, obwohl sie einen entscheidenden Ausgangspunkt für die Ausgestaltung und Schwerpunktbildung im Erstellungsprozess der Dienstleistung darstellt. Die Autoren verstehen unter Potentialqualität der Anbieter „die subjektive Einschätzung von Dienstleistungsangeboten durch potentielle Nachfrager“ (Meyer & Westerbarkey, 1991, S. 90). Da sich die Potentialqualität im Wesentlichen vor der eigentlichen Leistungserstellung auswirkt, soll dem Kunden durch Ausstattung des Kontaktumfeldes und die Wahl der Mitarbeiter ein Gefühl des Vertrauens und der Kompetenz vermittelt werden. Dies entspricht dem „Kontaktpotential“ im Modell.

Die erste Kontaktaufnahme mit dem RMZ geschieht im Regelfall per Telefon. Aus diesem Grund erscheint gerade dieser „Kanal“ des Kontaktumfeldes wesentlich. Neben dem „Kontaktpotential“ muss der Anbieter über ein gewisses „Spezifizierungspotential“ verfügen, d.h. er muss in der Lage sein, das Dienstleistungsangebot speziell auf die Wünsche der Kunden auszurichten. Interessant an dem Modell ist, dass auch die Nachfragerperspektive in zwei Teilqualitäten aufgeteilt ist. Der Anbieter sollte das „Integrationspotential“ des Kunden kennen und möglicherweise auch gezielt beeinflussen, um den Erstellungsprozess in eine bestimmte Richtung zu lenken und somit bereits das Ergebnis der Dienstleistung mitzubestimmen. Neben dem Integrationspotential spielt das „Interaktivitätspotential“ als Teilqualität eine wesentliche Rolle (Westerbarkey, 1995). Dabei geht es um die Fähigkeit der Nachfrager, sich im Dienstleistungsprozess gegenseitig zu unterstützen

(Meyer, 1994). Die Interaktivität der Nachfrager untereinander kann sich beispielsweise in Form von Empfehlungen ehemaliger Kunden (bzw. deren Angehörigen) ausdrücken.

Potentialqualität des Anbieters	Spezifizierungspotential	-Welche Möglichkeiten und Grenzen erlaubt die Therapie bei der individuellen Ausrichtung auf den Kunden? -Zeitflexibilität, flexibler Einsatzort, Informationsmaterial -Wie wird die Beratung flexibel auf die Anforderungen des Kunden zugeschnitten?
	Kontaktpotential	-Welche Kontaktmöglichkeiten hat der Kunde? -Möglichkeiten der persönlichen Kontaktaufnahme -Warteräume, etc. -Wie sind die Kontaktmöglichkeiten gestaltet? -Umgangsformen am Telefon -Gestaltung des Wartebereichs
Potentialqualität des Nachfragers	Integrationspotential	-Welche Erwartungen hat der Kunde? -Was schätzt er als einen Erfolg bzw. Misserfolg der Beratung ein? -Welche Möglichkeiten und Grenzen sieht der Kunde bei der Kooperation mit dem Berater?
	Interaktivitätspotential	-Welche externen Bedingungen (Reiseart, Unterbringung, etc.) erleichtern bzw. erschweren die Übertragung der Erfahrungen in den Alltag? -Wie sieht das soziale Netzwerk des Kunden aus?
Prozessqualität	Anbieter	-Wie ist der Ablauf einer Beratung gestaltet? -Wo gibt es Stärken bzw. Schwachstellen in der Ablaufgestaltung?
	Nachfrager	-Welche Fähigkeiten hat der Kunde, die angebotenen Beratung im Alltag umzusetzen? -Wie setzt der Kunde die Maßnahmen um? -Wo liegen seine Stärken bzw. Schwächen bei der Umsetzung im Alltag?
Ergebnisqualität	Prozessuales Endergebnis	-Welche Verfahren werden zur Bestimmung der Ergebnisqualität angewendet? -Wie werden die Verfahren angewendet?
	Folgequalität	-Gibt es eine Nachbetreuung des Kunden? -Wie wird der Kunde nachbetreut?

Tabelle 2: Leitfaden zur Spezifizierung der Qualitätsmerkmale von Meyer & Mattmüller (1987) auf reisemedizinische Beratungspraxis

Das Qualitätsmodell von Meyer und Mattmüller hat heuristischen Wert. Es hilft, bei einem strukturierten Vorgehen zur Einführung eines umfassenden Qualitätsmanagement-Systems, die einzelnen Schwerpunkte klarer voneinander abzugrenzen. In der Übertragung auf reisemedizinischen Beratungsdienstleistungen könnte das Modell eine Reihe von Ansatzpunkten liefern. Obwohl das Modell stark auf die Nachfragerseite ausgerichtet ist, kann es doch innerhalb eines Beratungsprozesses dazu dienen, zu Maßnahmen der internen Qualitätssicherung anzuregen.

2.2.6. Qualitätsmodelle mit dem Fokus von außen nach innen

„Wenn man sich vergegenwärtigt, dass Qualitätssicherung zunächst – nicht immer aber doch sehr oft – als interne Qualitätssicherung beginnt, und die externe Qualitätssicherung auf der Internen aufbaut, dann wird deutlich, dass es falsch ist, einen schroffen Gegensatz zwischen interner und externer Qualitätssicherung zu sehen. (...). Die ersten Schritte werden häufig interner Natur sein. Erst wenn man festeren Boden unter den Füßen hat, wird man Dritte, insbesondere die Kostenträger, einbeziehen wollen“ (Luithlen, 1995, S.26).

Ziel intern ausgerichteter Qualitätsmodelle ist es, die Prioritäten auf die Kunden als Maßstab der Qualität zu ergänzen.

2.2.6.1. Das Modell von Bitner

Bitner (1990) erweitert das Gap-Modell um den kognitiven Prozess im Rahmen der Interaktion zwischen Dienstleister und Kunde. Diese direkte Begegnung stellt sie als grundlegende Einheit in den Mittelpunkt ihrer Überlegungen. Beeinflusst werden die Erwartungen an die Interaktion durch die Einstellungen des Kunden gegenüber der Dienstleistung und gegenüber dem Dienstleister.

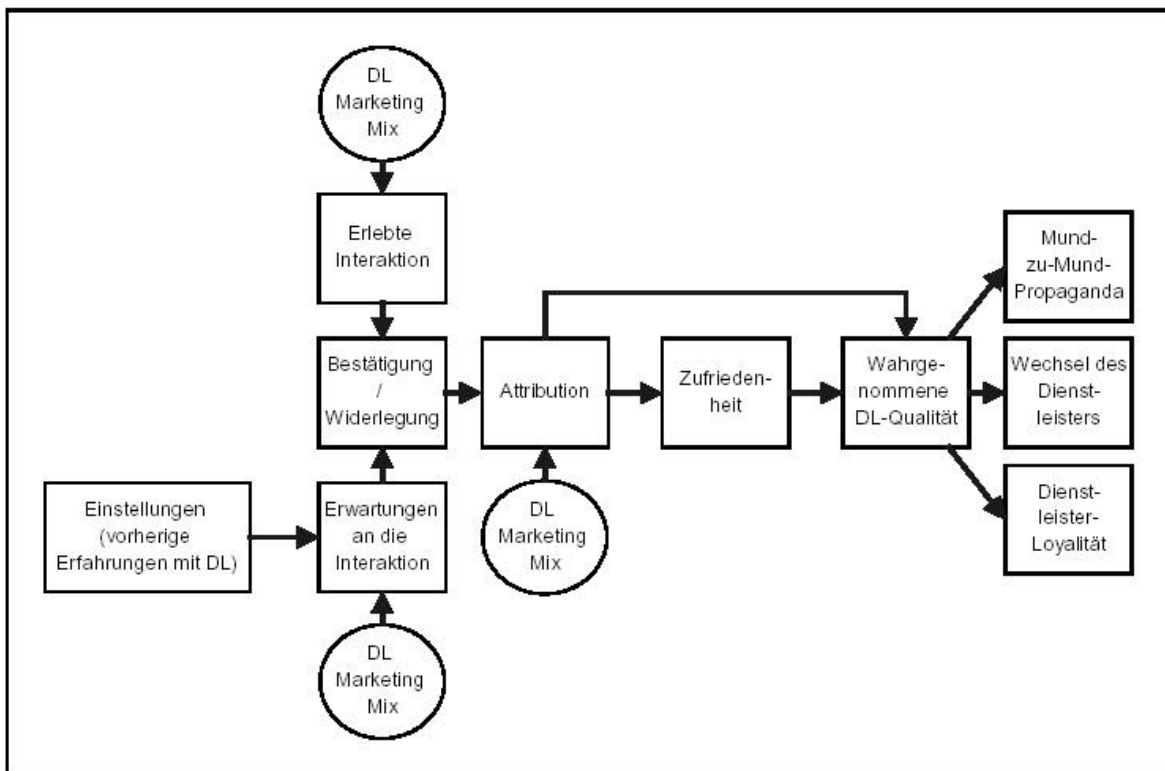


Abbildung 7: Attributionsmodell der Dienstleistungsqualität von Bitner (1990)

Das Neue an der Konzeption von Bitner (1990) ist die Verknüpfung und Integration von erwartungs-theoretischen Überlegungen mit Prozessen der Kausalattribution als intervenierende Variable, Bezug nehmend auf die Attributionstheorie von Kelly (Berkel, 1998). In dieser Übertragung bedeutet dies, dass Kunden nach einer Ursache für ihre (Un-) Zufriedenheit im Rahmen der Interaktion mit dem Dienstleister suchen. Der Ausgang dieses Attributionsprozesses führt schließlich zur (Un-) Zufriedenheit des Kunden. Die Zufriedenheit des Kunden stellt in dieser Konzeption demnach die unabhängige Variable dar, die sich je nach Ausprägung in der wahrgenommenen Dienstleistungsqualität zeigt, die im Resultat zu positiven bzw. negativen Auswirkungen für den Dienstleister führt. Bitner (1990) überprüfte ihre Annahmen anhand eines Experiments. Es wurden verschiedene „Fehler im Service“ als Situationen in einem Reisebüro nachgestellt. Sie konnte nachweisen, dass die Attribution der Ursachen für einen Fehler einen Einfluss auf die Zufriedenheit der Kunden hatte. Berkel (1998) fasst die Ergebnisse wie folgt zusammen:

„Kunden, die glaubten, dass der aufgetretene Fehler nicht unter Kontrolle des Dienstleisters steht, sind zufriedener als die Kunden, die glaubten, dass der Fehler bei dem Dienstleister liegt. Weiterhin zeigte sich, dass sowohl externale Erklärungen als auch das Angebot einer Wiedergutmachung und ein ordentlicher räumlicher Eindruck als entschuldbare Ursachen für das Zustandekommen des Fehlers angesehen werden“ (S.40).

Das Modell von Bitner (1990) nutzt aufgrund seiner attributionstheoretischen Ausrichtung psychologische Variablen. Die Ausrichtung bleibt allerdings external, da im Mittelpunkt Erklärungsversuche zu Problemen der Bedienten-Zufriedenheit stehen. Nerdinger (1994) resümiert zu der Ausrichtung einer solchen Forschungsstrategie:

„Die weitere Erforschung der psychologischen Prozesse kann letztlich ‚nur‘ zu einem immer vertiefteren Verständnis dessen führen, wie Bediente zu Qualitätsurteilen kommen. Solche Urteile müssen aber zwangsläufig hoch mit der Zufriedenheit korrelieren, was nur bedeutet, dass damit das Qualitätskonzept redundant wird“ (S.205).

Im folgenden Ansatz von Klaus (1991) rückt die authentische Interaktion zwischen Dienstleister und Bedienten in den Mittelpunkt, wobei der Fokus auf den Dienstleister stärker ausgestaltet wird.

2.2.6.2. Das Modell von Klaus

„ ‚Bedienungsqualität‘, die nicht authentisch ist, wird als Schein-Qualität empfunden und negativ bewertet“ (Klaus, 1991, S.249).

Klaus (1991) setzt sich wie Bitner (1990) mit der Interaktion zwischen Dienstleister und Bedientem auseinander. In seinem Modell wird die Zufriedenheit des Kunden allerdings nicht als Einflussgröße für Qualität verwendet. Er grenzt die

zwischenmenschlich-interaktionelle Dienstleistung von der quasi-industriellen Dienstleistung ab.

„ ‚Quasi-Industrielles‘ Dienstleistungsmanagement ist gefordert, wo physischtechnische, ‚gegenständliche‘ Agenten bzw. Produktionsmittel auf gegenständliche Objekte einwirken, um vorwiegend materielle Wirkungen zu erzielen (z.B. automatisierte Reinigungs-, Reparatur- und Wartungsdienstleistungen; mit einem Quentchen weniger Materialität: Gütertransport- und andere Logistikdienstleistungen, Fast-Food-Service). Für die Analyse und Gestaltung quasi-industrieller Dienstleistungen ist das ganze klassische Instrumentarium des industriellen Rationalisierungs- und Marketingmanagements anwendbar“ (Klaus, 1991, S.253).

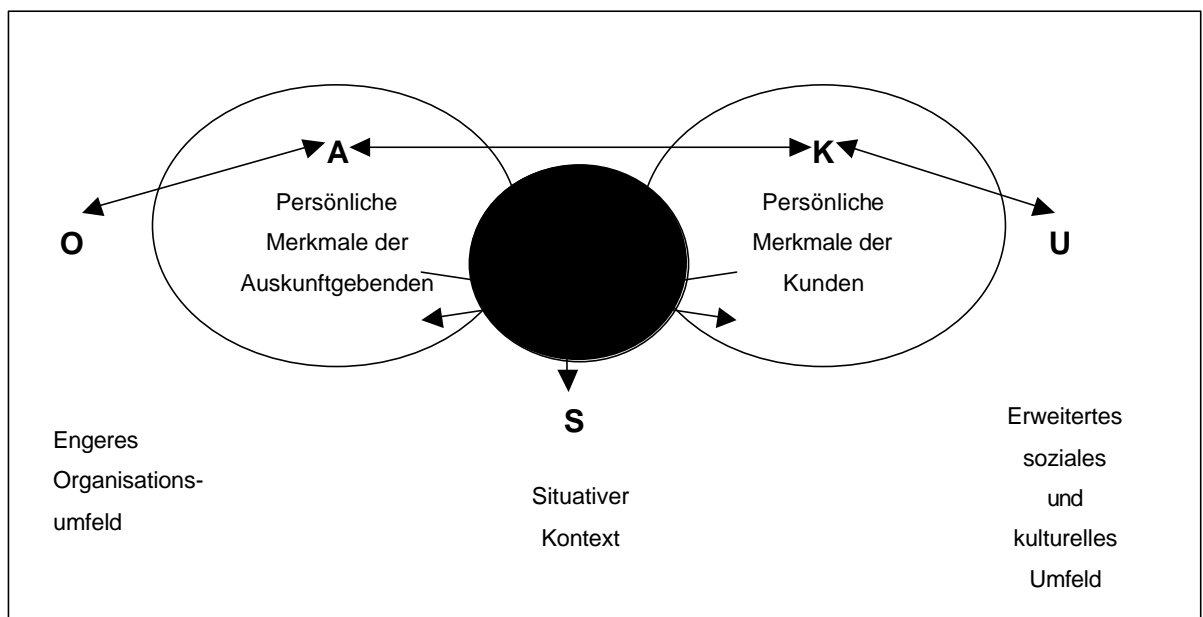


Abbildung 8: Modell der Bedienungsqualität nach Klaus (1991)

Klaus fokussiert allerdings auf zwischenmenschlich-interaktionelle Dienstleistungen und verwendet dafür den Begriff „Bedienungsqualität“.

„ ‚Zwischenmenschlich-interaktionelles‘ Dienstleistungsmanagement ist gefordert, wo soziale Interaktionen im Mittelpunkt stehen, die die Herbeiführung nicht-materieller

Veränderungen zwischen den Agenten und Klienten im intellektuellen und emotionalen Bereich zum Zweck haben (z.B. persönliche Bildungs-, Unterhaltungs- und Beratungsdienstleistungen; Gesundheits- bzw. Schönheitsdienste, die ein Quentchen mehr Materialität enthalten). Analyse und Gestaltung zwischenmenschlich-interaktionsorientierter Dienstleistungen erfordert primär den Einsatz psychologischer und sozialpsychologischer Prozesse und Instrumente“ (Klaus, 1991, S.253).

Klaus (1991) sieht in der Bedienungsqualität ein Epiphänomen, das keiner gezielten Gestaltung und Kontrolle unterliegt, sondern aus der Konfiguration der beteiligten Elemente resultiert. Bei diesem sozialpsychologischen Phänomen lassen sich nach Klaus (1991, S.260) „wiederkehrende, stabile und somit messbare Verhaltensstrukturen der Dienstleistungs-Interaktionspartner erkennen (...), die sinnvoll als Widerspiegelungen eines bestimmten Qualitätsniveaus der Interaktion zu interpretieren sind.“

Ausgangspunkt bei Klaus (1991) ist das Postulat der „Nicht-Trivialität“ von Dienstleister und Bedientem. Er greift die These Foerstes (1991) auf, nach der psychische Systeme selbstreferenziell sind. Sie können von ihrer Umwelt nur zu internen Operationen angeregt werden, nicht aber von außen deterministisch gesteuert werden.

„ Die Anwendung von Instrumenten und Theorien zum Qualitätsmanagement, die in der Welt ‚trivialer Maschinen‘ bei industrialisierbaren Dienstleistungen hervorragende Erfolge bringen mögen, wird im Bereich zwischenmenschlich-interaktiver Dienstleistungen nicht funktionieren“ (Klaus, 1991, S.256).

Ziel eines Qualitätsmanagements nach einem solchen Ansatz ist, die Qualität dadurch zu erhöhen, dass negative selbstreferenzielle Handlungs- und Wirkungskreise verändert und schließlich aufgelöst werden. Gestalten und Kontrollieren sind nur die Elemente der Konfiguration. Somit müssen in einem ersten Schritt die Elemente aufgedeckt werden und durch bewusstes, schrittweises Variieren nach dem Prinzip von „Versuch-und-Irrtum“ lassen sich die gegebenen

Konfigurationen verändern, ohne dass gezielte Wirkungen durch einen vorherigen Planungsprozess vorhersagbar gemacht werden könnten. Im Modell sind die allgemeinen Elemente einer Konfiguration der Bedienungsinteraktion dargestellt. Als Ergebnis einer empirischen Untersuchung von Bedienungsinteraktionen im Fahrkartenverkauf der Eisenbahnen (Klaus, 1983; aus Klaus 1991) resultierte „gute“ Bedienungsqualität aus dem kumulativen Zusammentreffen von drei Aspekten: „Kongruenz der Verhaltensweisen“, „Grad an sachlicher Aufgabenerfüllung“ und „Grad an emotionaler Zufriedenheit“.

Kongruenz bezieht sich auf die angemessene Beachtung der Normen und „Zeremonien“ im sozialen Umgang der Akteure. Die sachliche Aufgabenerfüllung bezieht sich auf die Erreichung des Sachzwecks der Interaktion.

Schließlich meint die emotionale Zufriedenheit das Maß an Erfüllung elementarer psychologischer Bedürfnisse, die Menschen im zwischenmenschlichen Umgang suchen. Klaus (1991) nennt in diesem Zusammenhang folgende drei Bedürfnisse : „Kontrolle in der Interaktionssituation“, „Gefühl der Einbeziehung“ und „Gefühlswärme“. Er nutzt in seinem Modell die Interaktion als zentrale Dienstleistungseinheit und integriert sie in die Definition einer Dienstleistungsqualität. Problematisch ist dabei nach Nerdinger (1994), dass eine so verstandene Qualität einer direkten empirischen Erfassung nicht zugänglich ist. Klaus' Argumentation, dass dies in der Natur der Sache liege (Qualität = „Epiphänomen“), erscheine allerdings durchaus berechtigt.

2.2.6.3. Das Strukturmodell der Dienstleistungen von Nerdinger

Nerdinger (1994) setzt sich kritisch mit Modellen der Dienstleistungsqualität auseinander und resümiert :

„Die Chronologie der Modelle verweist darauf, dass mit der ‚Entdeckung‘ der interaktiven Natur von Dienstleistungen durch das Marketing Zug um Zug psychologische Variablen immer wichtiger für die Modellbildung wurden“ (S.199).

Dienstleistungen umfassen als sozio-ökonomische Phänomene mehrere psychologisch relevante Merkmale und setzen sich aus spezifischen Strukturen zusammen. Nerdinger (1994) plädiert dafür, Qualität von Zufriedenheit zu differenzieren. Die Wahrnehmungen beider Akteure (Dienstleister und Bedienter) müssen bei der Qualitätsdefinition stärker berücksichtigt werden.

„ Die Kopplung zwischen Organisation und Dyade erfolgt über die Person der Dienstleister, sie kennt sowohl die Wünsche, Bedürfnisse, Erwartungen und Ansprüche der Bedienten, als auch die Bereitschaft und Fähigkeit der Organisation, diese zu erfüllen. Gerade die Wahrnehmung, inwieweit die organisatorischen Strukturen und Prozesse sie in der konkreten Interaktion mit den Bedienten unterstützen oder behindern, kann nicht ohne Folgen für ihr eigenes Verhalten gegenüber den Bedienten bleiben. (...) Damit konstituiert sich eine psychologische Verknüpfung zwischen den Strukturen und Prozessen der Organisation und den Bedienten über die im Verhalten der Dienstleister reflektierten Wahrnehmungen eben dieser Prozesse. Unter dieser Annahme kann aber die Qualität der Dienstleistungen als die von Dienstleistern wahrgenommene Ausrichtung innerorganisatorischer Prozesse an den Erfordernissen der Dienstleistung bestimmt werden“ (Nerdinger, 1994, S.218).

Nerdinger (1994) versucht, anhand des hier vorgestellten Strukturmodells zu theoretischen Grundlagen einer Psychologie der Dienstleistung zu gelangen. Dieses Modell schließt explizit die Organisation, in der die Dienstleistung erbracht wird, mit ein. Bei der Ausrichtung eines Qualitätsmanagements als Maßnahme der Organisationsentwicklung innerhalb einer reisemedizinischen Beratungspraxis kann es daher nützliche Implikationen bieten: Im hier betrachteten Feld haben die einzelnen Mitarbeiter demnach die Aufgabe, die organisatorischen Strukturen und

Prozesse innerhalb des Callcenters im Hinblick auf die in ihrer Tätigkeit unterstützenden oder hindernden Abläufe zu bewerten. Nach diesem Modell sollte sich jede Beratungspraxis um ein gutes Dienstleistungsklima bemühen, das Möglichkeiten für Interaktionen bietet, die sowohl Dienstleister als auch Bediente als „gute Beratung“ bewerten. Nach Nerdinger (1994) könnte die Erfassung des Dienstleistungsklimas in Anlehnung an die Erhebung des Betriebsklimas geschehen, die Bewertung der Qualität kann unabhängig vom Bedienten vorgenommen werden. Davon zu trennen ist die Zufriedenheit des Bedienten. Sie orientiert sich ausschließlich an seinem subjektiven Urteil und kann mit Fragebögen bzw. Interviews erfragt werden. Den Ausgangspunkt des Modells bildet die Struktur der Dyade von Dienstleister und Bedientem.

„Gewöhnlich gehen Bediente wegen eines Problems zu einem Dienstleister, um im Tausch gegen finanzielle Mittel eine Lösung ihres Problems zu erhalten“ (Nerdinger, 1994, S.59).

Diese strukturelle Vereinfachung erlaubt es, die zeitlich dynamischen Prozesse zu beschreiben. Es muss aber schon hier hervorgehoben werden, dass ein Großteil der Spezifik und Problematik des hier analysierten Feldes durch die systemische Kopplung der einzelnen Bedienten zustande kommt, die jeweils eigene Standpunkte und Rollen einnehmen und somit subjektive Neudefinitionen „des Problems“ liefern. Das Problem „gehört“ in dieser Darstellung dem Bedienten. Der Dienstleister ist allerdings auf die Zusammenarbeit mit dem oder den Bedienten angewiesen.

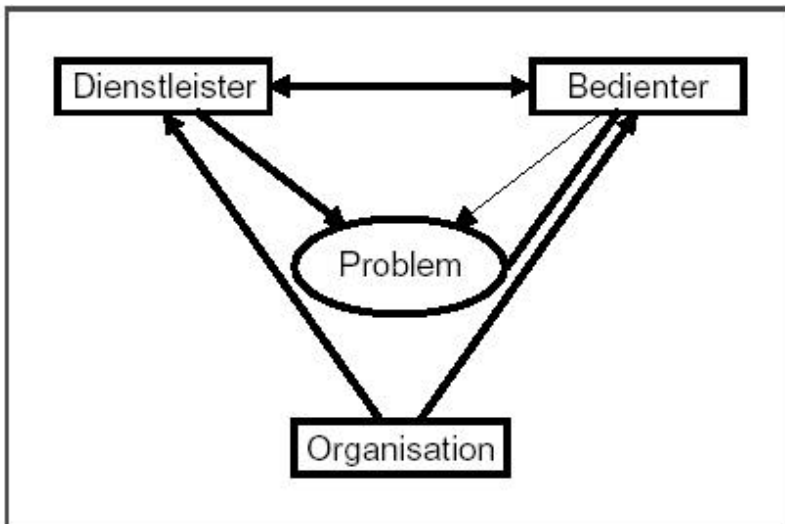


Abbildung 9: Das Strukturmodell von Nerdinger (1994)

Bei der systemverträglichen Einführung eines QM-Systems steht die Beziehung zwischen Organisation und Dienstleister und die soziale Ordnung (differenziert in Leitung und Mitarbeiter) im Mittelpunkt der Betrachtung und weniger die Problematik der Tauschebene zwischen Dienstleister und Bedientem. Zentral im hier bezeichneten Zusammenhang ist der dritte Akteur: die Organisation.

Wie in der Abbildung 9 durch die Pfeile angedeutet, wirkt die Organisation auf beide Elemente der Dienstleistungsbeziehung ein.

„Eine Psychologie der Dienstleistung hat demnach die Wirkungen der Organisation auf Dienstleister und Bediente zu untersuchen, nicht die Organisation selbst“ (Nerdinger, 1994, S.73).

Das RMZ ist eine quasi-non-profit Dienstleistungsorganisation. Die Leistungserstellung wird unter das Prinzip der Kapitalverwertung gestellt. Der Gebrauchswert der Leistungen orientiert sich demnach nicht allein an den Bedürfnissen der Bedienten, sondern muss so aufgebaut sein, dass dadurch der für die Organisation erwirtschaftete Gewinn („Tauschwert“) optimiert wird. Gleichzeitig bestehen aber auch in einer Beratungspraxis potentiell Interessenkonflikte zwischen Leiter (Inhaber, Behörde) der Praxis sowie Mitarbeitern, die Dienstleistungen

erbringen. Es können komplexe Rollenkonflikte durch die widersprüchlichen Erwartungen der Bedienten, der Organisation (bzw. deren Leitung) und der Eigeninteressen der einzelnen Dienstleister entstehen.

2.2.7. Basisannahmen des Fokussierungs-Prozess-Modells als personal ausgerichtetes Qualitätsmodell

Bei der postulierten „internalen Qualitätsorientierung“ als Ausgangspunkt ist die Dienstleistungsqualität das Ergebnis eines Verarbeitungsprozesses des Dienstleisters. Qualitätskriterien werden in dieser Ausrichtung in Annäherung an Nerdinger (1994) in einem ersten Schritt ausschließlich durch den Dienstleister definiert. Er stellt die Verknüpfung zwischen dem Bedienten und den Strukturen bzw. Prozessen der Organisation her. Qualitätsmanagement hat hier zum Ziel, die von Dienstleistern wahrgenommenen innerorganisatorischen Prozesse an den Erfordernissen der Dienstleistung auszurichten. Organisationsstrukturen werden geändert und dies wirkt direkt bzw. indirekt auf das Verhalten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Schließlich soll bei einem solchen Ansatz im Sinne von Klaus (1991) die Qualität dadurch erhöht werden, dass negative selbstreferenzielle Handlungs- und Wirkungskreise verändert werden.

2.2.8. Der weite Weg vom Wunsch nach Veränderung bis zum Handeln

Die Einführung eines QM-Systems wird von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Praxis „absichtsvoll organisiert“. Man möchte Einfluss nehmen, um die berufliche Existenz innerhalb der reisemedizinischen Beratung zu sichern und auszubauen. Die „internale Qualitätsorientierung“ soll als Einstellung Handlungen (oder Unterlassung von Handlungen) anregen, um direkt oder indirekt die Konzeption des Arbeitsplatzes und die Qualität der eigenen Tätigkeit zu beeinflussen. Somit bilden einzelne Handlungsintentionen der Berater die psychologische Basis für die Umsetzung eines

funktionierenden QM-Systems. Dabei wird der Annahme entsprochen, dass dieses System grundsätzlich zielgerichtet beeinflussbar ist und der Einzelne aktiv gestaltend auf Strukturen und Prozesse der Praxis einwirken kann. Die intentionale Gestaltung kann in zweierlei Hinsicht erfolgen:

Veränderungen in der Qualität der eigenen Tätigkeit werden zu kompensatorischen Handlungsintentionen (Allmer, 1997), wenn der aktuell ermittelte Zustand subjektiv noch nicht oder nicht mehr als zufriedenstellend beurteilt wird. Es wird die Intention entwickelt, das gegenwärtige Qualitätsniveau, ob nun individuell oder kollektiv, zu verändern, um so einen gewünschten Zustand (wieder-) herzustellen. Zum anderen können präventive Handlungsintentionen wirksam werden, wenn ein aktuell gegebenes Qualitätsniveau als (noch) zufriedenstellend erlebt wird und angesichts antizipierter bzw. aktuell wirksamer negativer (meist externer) Einflüsse aufrecht erhalten werden soll.

Aus vielen Experimenten zur Handlungsintention (Heckhausen, Gollwitzer & Weinert, 1987) ist bekannt, dass die kompensatorischen Handlungsintentionen gegenüber der Bildung präventiver Handlungsintentionen eindeutig überwiegen. Die meisten Menschen wollen erst dann etwas tun, wenn bedrohliche Veränderungen spürbar werden, ob nun als Krankheiten am eigenen Körper oder durch Eskalation von Problemen an ihrem Arbeitsplatz. Augenscheinlich kann daher von einer „präventionsfernen Qualitätsorientierung“ gesprochen werden. Beratung wird dementsprechend tendenziell erst bei akuten Problemen in Anspruch genommen. Selbst negative Veränderungen innerhalb oder außerhalb der Praxis, mit deutlich antizipierten Auswirkungen auf die eigene Arbeit, werden eher passiv zugelassen. Es besteht die Intention, die Situation nicht aktiv zu beeinflussen, obwohl die einzelnen Personen grundsätzlich dazu in der Lage wären. Der potentiell Handelnde unterlässt es eventuell zu handeln, weil er „unrealistisch optimistisch“ der Ansicht ist, dass sich die berufliche Situation auch ohne sein Zutun zu seinen Gunsten verändern werde. Wird die „internale Qualitätsorientierung“ als Ausgangspunkt handlungsleitender Intentionen wirksam, kann dies auf der Ziel-, Zweck- und Sinnebene geschehen:

Die Einführung eines QM-Systems als Handlungsziel: Der Zielbezug des Handelns ist dadurch bestimmt, dass die einzelnen Handlungen durch ein antizipiertes Ergebnis

geleitet werden. Dieses Ziel gibt vor, was erreicht werden soll. In diesem Sinne kann die Führung einer reisemedizinischen Einrichtung Beratung zum Qualitätsmanagement in Anspruch nehmen, um die Funktionsfähigkeit einzelner Praxenabläufe zu verbessern bzw. ganz neue Bestandteile hinzuzufügen (z.B. die Zielerreichungs-Skalierung).

Die Einführung eines QM-Systems als Handlungszweck: Der Zweckbezug des Handelns meint, dass mit dem Handlungsergebnis wünschenswerte Effekte angestrebt werden, die allerdings nicht zwangsläufig eintreten müssen. Wenn ein Mitarbeiter im Zuge der Einführung eines QM-Systems an einer Fortbildung teilnimmt, um so seine beruflichen Kompetenzen zu erhöhen, kann er damit beispielsweise den Zweck verfolgen, kontinuierlichen beruflichen Stress aufgrund überfordernder Anforderungen durch die Eltern von Patienten zu vermeiden.

Die Einführung eines QM-Systems als Handlungssinn: Der Sinn des Handelns verweist darauf, dass Handlungen sich auf übergeordnete, subjektiv als verbindlich erlebte Normen und Werte richten können. Eine qualitativ hochwertige Tätigkeit auszuüben und diese kontinuierlich zu verbessern wird somit zum verinnerlichten gesellschaftlichen Grundwert, dessen Erfüllung u.a. durch die Einführung eines QM-Systems verwirklicht bzw. unterstützt werden soll. Die „internale Qualitätsorientierung“ kennzeichnet als Ausgangspunkt eine mehr oder weniger dauerhafte Arbeits- und Lebenshaltung, die als Leitlinie dem alltäglichen Handeln Sinn verleihen soll.

Die einzelnen Ebenen vermischen sich, so dass intentionale Handlungen aufgrund einer „internalen Qualitätsorientierung“ insgesamt als zielgerichtet, zweckbestimmt und sinngleitet aufgefasst werden. Der Weg vom Wunsch nach Veränderung bis zum Handeln ist weit. Zur Verdeutlichung dieses Prozesses wird auf ein Erklärungsmodell der Intentions- und Vorsatzbildung von Allmer (1990, S.122) zurückgegriffen. Wie bildet eine Person (z.B. der Leiter einer Beratungseinrichtung) Intentionen, um Strukturen und Prozesse der Praxis zu verändern? Hier wird davon ausgegangen, dass solche Intentionen nicht „ur-plötzlich“ da sind, sondern das Ergebnis einer aktiven Auseinandersetzung der Person mit ihrer Umwelt darstellen.

Wenn jemand etwas für die Qualität der eigenen Tätigkeit bzw. für die Qualität der Strukturen und Prozesse der Praxis tun will, handelt es sich nach Allmer (1990) um einen „subjektiven Bewertungsprozess des aktuell gegebenen Person-Umwelt-Bezugs“ (S.120). Anregungen für einen solchen Prozess kommen häufig von außen, z.B. indem die Person über Erzählungen von anderen Praxisleitern über eine solche Entwicklung hört, Sanktionen seitens der Finanziere und Partner angedroht werden oder in Fachzeitschriften Artikel zum Thema erscheinen. Damit das Thema „Qualität“ überhaupt für die einzelne Person relevant wird, muss es in der „Intentionshierarchie“ (Allmer, 1990, S.121) einen anderen Stellenwert zugewiesen bekommen. Bei diesem Prozess wird die mögliche Intention zunächst hinsichtlich ihrer subjektiven Bedeutsamkeit eingeschätzt, die sich aus der antizipierten Bewertung der möglichen positiven und negativen Effekte für den Fall ergibt, dass die bisherige Einschätzung der „Qualitätsintention“ geändert bzw. nicht geändert wird.

„Wichtig ist dabei, dass die Einschätzung unabhängig von den Realisierungsmöglichkeiten vorgenommen werden kann, d.h. es geht um die Beurteilung der Intentionen ‚an sich‘. Die subjektive Bedeutsamkeit einer Intention – ohne dass Realisierungsmöglichkeiten eingeschlossen sind – wird in Anlehnung an Heckhausen und Kuhl (1985) als Wunsch definiert“ (Allmer, 1990, S.121).

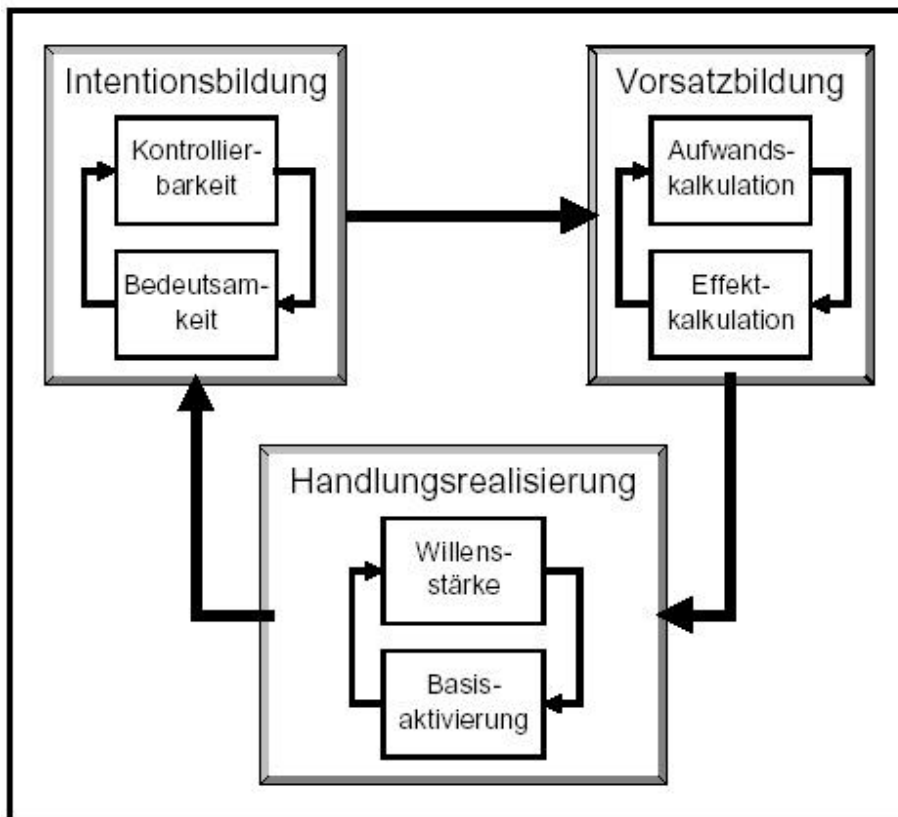


Abbildung 10: Erklärungsmodell der Intensions- und Vorsatzbildung nach Allmer (1990)

Der Wunsch, „die Qualität der eigenen Arbeit zu sichern und zu verbessern“, basiert dabei u.a. auf normativen Überzeugungen einer Person (Ajzen & Fishbein, 1980), die sich daran ausrichten, für wie verbindlich die Erwartungen relevanter Bezugsgruppen (u.a. Ärzte, Patienten, Kunden) gehalten werden. Der Wunsch wird zudem von subjektiven Überzeugungen beeinflusst, die sich auf bisherige Erfahrungen (u.a. qualitätsrelevantes Wissen, Mitarbeit in Arbeitsgruppen, Teilnahme an Qualitätszirkeln) stützen. Hier fließt auch das Empfinden einer potentiell persönlichen Bedrohung ein, aufgrund des Fehlens eines adäquaten QM-Systems in Zukunft Nachteile (finanziell, personell) zu haben. Neben der subjektiven Bedeutsamkeit des Wunsches hängt die Intentionsbildung außerdem davon ab, ob die Person glaubt, durch eigenes Handeln die Praxisstrukturen und –prozesse nachhaltig verändern zu können („Selbstwirksamkeitserwartung“; Bandura, 1997). Die angenommene Kontrollierbarkeit ist auch Voraussetzung dafür, dass Mitverantwortung für die

Gestaltung bei den einzelnen Mitarbeitern entsteht. „Auf der Grundlage der Kontrollierbarkeitsannahme werden die subjektiv bedeutsamen Wünsche realitätsorientierter und bekommen den Status von realisierbaren Intentionen der motivationalen Ausprägung ‚ich möchte‘ “ (Allmer, 1990, S.121). Das Ergebnis dieses Abwägeprozesses ist eine Art „Selbstverpflichtung“ der Person, dem Wunsch nachzukommen und aktiv zu werden. Die Person hat sich demnach entschieden, etwas für die Qualität der eigenen Tätigkeit zu tun. Die Qualität einer solchen Selbstverpflichtung kann an der Präzisierung der Vorsatzformulierung abgelesen werden. Je konkreter der Wunsch formuliert wird, desto höher erscheint dabei die Umsetzungswahrscheinlichkeit. Jetzt muss die Person sich die Frage stellen, wie die gebildeten Intentionen am besten verwirklicht werden können.

Für die Umsetzung eines QM-Systems in der Praxis stehen naturgemäß unterschiedliche Möglichkeiten zur Verfügung, wobei im Feld reisemedizinischer Beratungseinrichtungen bislang kaum oder keine ausformulierten Konzepte bestehen. Trotzdem kann die einzelne Person ganz unterschiedliche Handlungen zur Umsetzung nutzen. Allein die Frage: „Womit soll ich beginnen?“ evoziert eine Reihe von Handlungsmöglichkeiten. Das Ergebnis des Abwägeprozesses der zur Verfügung stehenden Handlungsalternativen führt zu dem Vorsatz, die erstrebenswerte Intention auf einem bestimmten Wege zu verwirklichen. Ein Vorsatz wird dabei als ein „bereits entwickelter, aber noch nicht ausgeführter Plan“ bezeichnet (Allmer, 1990, S.123). Ob es schließlich zur Handlungsrealisierung kommt oder nicht, hängt vom Ergebnis der Aufwands- und Effektkalkulation ab.

„Im Fall der Aufwandskalkulation wird abgeschätzt, welchen psychophysischen sowie zeitlichen, finanziellen und organisatorischen Aufwand die Realisierung der einzelnen Handlungsalternativen erfordert.(...). Die Effektkalkulation meint die Einschätzung der mit den Handlungsalternativen jeweils antizipierten positiven und negativen Konsequenzen“ (Allmer, 1990, S.123f.).

Schließlich erfordert die Realisierung von Handlungen eine gewisse „Willensstärke“, um aversiven Stimulationen wirkungsvoll entgegenzutreten zu können. Es kann erwartet werden, dass die Einführung eines QM-Systems zu Anfang einen erheblichen

Arbeitsmehraufwand mit sich bringt. Auch während des Einführungsprozesses muss individuell dafür gesorgt werden, dass die gewählten Handlungen angesichts situativer Erschwernisse (z.B. organisatorische Probleme, ein Teamgespräch mit allen Beteiligten zu führen) fortgesetzt werden. Schließlich muss eine optimale Basisaktiviertheit vorhanden sein. Eine überhöhte Basisaktiviertheit könnte dazu führen, dass man vorschnell Entscheidungen trifft und in die Umsetzungsplanung geht, ohne Alternativvorschläge zu prüfen. Im anderen Extrem werden z.B. keine Entscheidungen umgesetzt, weil ständig auf bessere Gelegenheiten in der Zukunft gewartet wird.

2.2.9. Qualitätssicherung durch die Pilotstudie

Durch die Pilotstudie wurden Interviewteilnehmer ausgewählt, die bereits eine reisemedizinische Beratung durch das RMZ erhalten hatten. Der Interviewteilnehmer hat also schon mal die Dienstleistung „Reisemedizinische Beratung“ als Kunde in Anspruch genommen. Retrospektiv wurde der Studienteilnehmer gebeten, die Qualität dieser erhaltenen Dienstleistung im Sinne einer Prozessqualitätsausrichtung nach Donabedian aus seiner Sicht zu beurteilen.

Dadurch, dass der Interviewteilnehmer die Reise schon hinter sich hat, ist auch die Praktikabilität der empfohlenen Beratung hinsichtlich der Ergebnisqualität von Donabedian und im Sinne des Dienstleistungsqualitätsmodells nach Grönross bewertbar.

Die Beurteilung der Qualität der RMZ-Beratung stellt ebenfalls einen Ansatz zur Einführung eines QM-Systems nach dem Konzept von Allmer dar.

Der Wunsch, den Erwartungen der Kunden entgegen zu kommen und so die Qualität der eigenen Arbeit zu sichern und zu verbessern, gilt hierbei als Ausgangsbasis für die Fragen zu Qualitätssicherung innerhalb der Pilotstudie.

2.3. Verfahren zur Evaluation von Interviewfragen

2.3.1. Einführung

In der Umfrageforschung ist es allgemein üblich, Fragen vor ihrem endgültigen Einsatz zu testen (Prüfer & Rexroth, 1996). Wer Daten im Rahmen von Gesundheitssurveys und Interviews erhebt, stellt sich immer wieder der Frage, ob die entworfenen Fragebögen zur Datenerhebung zuverlässig das messen, was sie auch messen sollen. Reliable und valide Fragen und Antworten sollten das Grundgerüst zur Qualität eines Interviews und seines daraus entstehenden Berichtes bilden. Das wesentliche Problem, mit dem sich der Fragebogenkonstrukteur in der Praxis konfrontiert sieht, ist der Mangel an verbindlich festgelegten, empirisch fundierten, konkreten Konstruktionsrichtlinien. Die Vielzahl an Themen der Gesundheitsberichterstattung, welche ihrerseits ein jeweils maßgeschneidertes individuelles Design benötigen, machen es ebenfalls nicht einfach, generelle Aussagen zur klaren Frageformulierung zu treffen.

Zur Erstellung von Fragen gibt es in der methodologischen Literatur eine Reihe von Regeln und Empfehlungen (z.B. Sudman & Bradburn, 1982; Aday, 1996; McDowell & Newell, 1996). In der Praxis jedoch erweisen sich die vorhandenen Informationen lediglich als hilfreich, wenn es um die Vermeidung grober Fehler geht. Daraus ergibt sich die defizitäre Situation, dass trotz Befolgung aller vorhandenen Regeln und Informationen bei der Konstruktion von Fragen Unsicherheit zur ihrer Qualität verbleibt, welche auch durch große Erfahrung des Fragebogenkonstrukteurs nicht gänzlich vermieden werden kann. Um die Existenz von Mängeln mit höchster Wahrscheinlichkeit auszuschließen, sollte möglichst jede Frage eines Fragebogens vor ihrem endgültigem Einsatz in einem bzw. einer Reihe von Evaluationsverfahren, sogenannten Pretests überprüft werden (Prüfer & Rexroth, 1996).

2.3.2. Der Standard Pretest

2.3.2.1. Einleitung

Viele Jahre hat man sich bei der Evaluation von Survey-Fragen dabei ausschließlich eines Verfahrens, dem sogenannten Standard Pretests (Belson, 1981) bedient, bei dem unter Einsatz von Interviewern das Funktionieren von Fragen bei der Erhebung im Feld beobachtet wird. Ziel dieser Methode ist es, eventuell vorhandene Probleme zu identifizieren (Oksenberg, Canell & Kalton, 1991). Bei der Methode des Standard Pretests wird üblicherweise bei einer kleinen Stichprobe unter Feldbedingungen der Fragebogen erhoben und beobachtet, wo Mängel beim reibungslosen Ablauf des Ausfüllens auftauchen. Bis zum endgültigen Einsatz der Fragebögen werden diese dann geändert. Bei dieser Vorgehensweise liegt das Prinzip zugrunde, aus der Reaktion bzw. Antwort der Befragten Rückschlüsse auf das Fragenverständnis zu ziehen. Dabei werden ganz allgemein Probleme der Befragten bei bzw. mit einer Frage auf Konstruktionsmängel der jeweiligen Fragen zurückgeführt, während Fragen, bei denen Befragte formal ‚korrekt‘ antworten, als ‚gut konstruiert‘ angesehen werden.

2.3.2.2. Vorgehensweise des Standard Pretest

Es existieren unterschiedliche Möglichkeiten, wie ein Interviewer seine Pretest-Erkenntnisse an den Forscher weiterleitet:

Report des Interviewers, und zwar entweder:

- schriftlich in Form eines Erfahrungsberichtes bzw. Pretest-Reports (meist über jedes durchgeführte Interview)
- mündlich als ‚Debriefing‘, und zwar in Einzel-Sitzungen
- alle am Standard-Pretest beteiligten Interviewer berichten in einer gemeinsamen Sitzung über ihre Interviewerfahrungen

2.3.2.3. Bewertung des Standard Pretest

Vorteile des Verfahrens:

- schnell und problemlos durchführbar, der organisatorische Aufwand hält sich in Grenzen
- die Kosten sind relativ niedrig
- eine annähernd realistische Schätzung der Befragungsdauer ist möglich

Nachteile des Verfahrens:

- diesem Pretest-Verfahren liegt die Annahme zugrunde, dass Fragen, die Befragte formal ‚korrekt‘ beantworten, als ‚gut konstruiert‘ angesehen werden könnten. Dies ist grundsätzlich unzulässig. Belson (1996) kann überzeugend nachweisen, dass trotz formal korrekter Antwort ein falsches Fragenverständnis zu Grunde liegen kann
- die Anweisung an die Interviewer, wie sie die Fragen bzw. das Interview selbst evaluieren sollen, ist meist sehr unkonkret. Die abgegebene Beschreibung der Interviewer ist dementsprechend unpräzise und unsystematisch
- Interviewer berichten trotz Schulung nicht alle aufgetretenen Probleme (Kreiselmeier, Prüfer & Rexroth 1998)
- insgesamt handelt es sich beim Standard Pretest –allein schon wegen der geringen Fallzahl- um ein sehr ‚grobes‘ Verfahren

2.3.2.4. Einsatz des Standard Pretest für die Pilotstudie

Bei jeder epidemiologischen Studie, bei der Primärdaten erhoben werden, sollte vor Studienbeginn geprüft werden, ob die Durchführung einer Pilotstudie erforderlich ist. Unter einer solchen Pilottestung ist eine Simulation der Hauptstudie oder die Überprüfung wesentlicher Elemente der Hauptstudie zu verstehen. Prozeduren und Verfahrensweisen werden in kleinerem Maßstab aber sonst in identischer Weise wie in der Hauptstudie getestet. Die Durchführung einer Pilotstudie wird von der

Deutschen Arbeitsgemeinschaft Epidemiologie allgemein empfohlen, wenn ein neues Erhebungsinstrument eingesetzt werden soll, eine besondere Stichprobe gezogen werden soll, ungewohnte Kontaktbedingungen herrschen oder andere studienrelevante Aspekte noch nicht ausreichend erprobt sind (Bellach et al., 1999).

Durch die Pilotstudie Reisen und Gesundheit wurde an einer kleinen Anzahl von Interviewteilnehmern (ca. 10% der Hauptstudienteilnehmer) die Verständlichkeit und Bewertung der konstruierten Fragen für die Hauptstudie getestet. Kommentare konnten sowohl von den Interviewteilnehmern während des Interviews als auch von den beiden Interviewerinnen während des Interviews und danach abgegeben werden. Hauptsinn dieses Pretest war, einen möglichst unkomplizierten Verlauf der Hauptstudie zu erreichen und so mögliche Fehlerquellen a priori aufzuzeigen und zu beseitigen.

Die Fragestellung, die durch die Pilotstudie beantwortet werden sollten, waren im Einzelnen:

- Welche Fragen des Interviews sind missverständlich?
- Wo gibt es Schwierigkeiten im reibungslosen Ablauf des Telefoninterviews?
- Wie werden die Interviewfragen aus Sicht der Interviewer bewertet?
- Wie werden die Interviewfragen aus Sicht der Teilnehmer bewertet?
- Wie lange dauert das einzelne Interview?
- Wo existieren Schwierigkeiten mit der Software der Interviewmaske?
- Welchen Einfluss hat Reisen auf das subjektive Gesundheitsempfinden?
- Welche Reisebedingungen führen zu mehr Wohlempfinden?
- Sind Störungen des Gesundheitszustands aufgetreten und wenn ja, in welchen Bereichen?
- Wie wird die Reisemedizinische Beratung des RMZ aus Sicht der Kunden bewertet?
- Wo gibt es Defizite in der Reisemedizinischen Beratung des RMZ und was soll geändert werden?

2.3.3. Kognitive Verfahren

2.3.3.1. Einführung

Im Rahmen einer Prozessevaluation kann während oder kurz nach Stattfinden eines Interviews der Befragte selbst oder der Interviewer zur Qualität der gestellten Fragen zu Rate gezogen werden. Diese speziell zum Fragenverständnis eingesetzten Verfahren wurden in den letzten Jahren im Bereich der Kognitionspsychologie entwickelt (Forsyth & Lessler, 1991). Die hier benutzten kognitiven Techniken ermöglichen es, gezielt und systematisch Informationen speziell über das Fragenverständnis seitens der Befragten zu sammeln; eine Fähigkeit, die der Standard-Pretest nicht besitzt (Prüfer & Rexroth, 2000). Man bezeichnet die Techniken als aktive Techniken (Prüfer & Rexroth, 1996), denn im Gegensatz zum Standard Pretest, bei dem Probleme nur dann explizit werden, wenn Befragte diese von sich aus formulieren, werden beim Einsatz von kognitiven Techniken Befragte - unabhängig von ihren Antwortreaktionen - gezielt zu Erklärungen, Begründungen oder einer Offenlegung von Gedankengängen aufgefordert. Dadurch sind solche Techniken gut geeignet, Verständnisprobleme bei Fragen aufzudecken.

2.3.3.2. Überblick zu kognitiven Verfahren

Im Folgenden werden die Verfahren Think Aloud (Bishop, 1992), Confidence Rating (Prüfer & Rexroth, 1996), Paraphrasing (Prüfer & Rexroth, 1996), Sorting-Verfahren (Prüfer & Rexroth, 1996), Response Latency (Prüfer & Rexroth, 1996) und das Probing (Oksenberg, Cannell & Kalton, 1991) vorgestellt:

Methode	Variante	Beschreibung
Think Aloud	Concurrent Think Aloud	Der Befragte wird aufgefordert, während der Beantwortung der Frage laut zu denken, d.h., alle Gedankengänge, die zur Antwort führen, laut zu formulieren
	Retrospective Think Aloud	Nach Beantwortung der Frage wird die Zielperson gefragt, aufgrund welcher Überlegungen ihre Antwort zustande kam
Confidance Rating		Der Befragte bewertet nach der eigentlichen Antwort den Grad der Verlässlichkeit dieser Antwort (meist mittels einer Skala)
Paraphrasing		Der Befragte wird nach Beantwortung der Frage aufgefordert, den Fragentext in eigenen Worten zu wiederholen
Sorting-Verfahren	Free Sort	Befragte sollen vorgegebene Items nach eigenen Kriterien gruppieren. Die Items werden dabei auf Kärtchen vorgegeben und sollen in selbstdefinierten Gruppen sortiert werden
	Dimensional Sort	Items werden nach vorher festgelegten Kriterien von den Befragten in Gruppen sortiert
	Vignette Classifications	Befragte lesen kurze Situationsbeschreibungen (Vignettes) und entscheiden jeweils, ob diese ihrer Meinung nach in die Überlegungen mit einbezogen werden sollen oder nicht
Response Latency		Messung der Zeit zwischen Präsentation der Frage und der Antwort
Probing	Special Comprehension Probing	Der Befragte soll bestimmte Aspekte oder Begriffe einer Frage erklären
	Information Retrieval Probing	Der Befragte soll den Vorgang der Informationsbeschaffung beschreiben
	Category Selection Probing	Der Befragte soll begründen, warum er sich für bestimmte Antwortvorgaben oder Skalenwerte entschieden hat
	General Probing	Dem Befragten wird eine sehr allgemeingehaltene Zusatzfrage, z.B. nach dem Verständnis gestellt (Gibt es etwas, was Sie nicht verstanden haben?)

Tabelle 3: Überblick zu kognitiven Verfahren

2.3.3.3. Probing

Beim Probing handelt es sich um eine altbekannte Interview-Technik, die z.B. als zentrales Element Bestandteil der Random Probe von Schuman (1966) und Intensive Interview von Belson (1981) sind. Um mehr Informationen zu erhalten, wird dabei eine gegebene Antwort vom Interviewer durch eine oder mehrere Zusatzfragen (Probes) hinterfragt. Je nachdem, ob das Probing während des Interviews oder danach durchgeführt wird, werden folgende Bezeichnungen verwendet (Oksenberg, Canell & Kalton, 1991):

Follow-Up-Probing: Probing sofort nach der spontanen Antwort

Post-Interview-Probing: Probing nach dem Interview

Unabhängig vom Probing-Zeitpunkt kann auch nach der Aufgabenstellung, auf die sich das Probing bezieht, unterschieden werden (Oksenberg, Canell & Kalton, 1991). Dabei handelt es sich schon um das in der Tabelle 2 beschriebene Special Comprehension Probing, Information Retrieval Probing, Category Selection Probing und General Probing.

2.3.3.4. Vorgehensweise bei kognitiven Techniken

In der Regel werden in sozialwissenschaftlichen Studien kognitive Verfahren unter sog. Laborbedingungen von Experten – häufig von Wissenschaftlern und Mitarbeitern des Teams - bei nur wenigen, d.h. bis maximal zehn Testpersonen in einer weitgehend offenen Gesprächsform angewandt (Prüfer & Rexroth, 2000). Dabei wird meist auf die klassische Anwendung von Videorecordern verzichtet. Zwingend notwendig ist jedoch die Aufzeichnung der Gespräche auf ein Tonband. Charakteristisch für den traditionellen Einsatz kognitiver Techniken ist eine eher unstrukturierte Vorgehensweise. Es bleibt in das Belieben der Experten gestellt, wie er bei der Überprüfung einer Frage vorgeht, wie intensiv er z.B. die Reaktionen der Zielperson hinterfragt und welche Techniken er im einzelnen anwendet. Voraussetzung dabei ist, dass der Experte die Techniken in genauer Kenntnis der

Zielsetzung der zu überprüfenden Frage anwendet. Als ein Weg zur Systematisierung kann anstatt eines Experteninterviews auch ein standardisierter Evaluationsfragebogen eingesetzt werden (Prüfer & Rexroth, 2000). Dieser Evaluationsfragebogen enthält sowohl die eigentlichen Fragen, die auf ihre Qualität hin überprüft werden sollen, als auch die entsprechenden kognitiven Techniken, mittels derer die Überprüfung vorgenommen werden soll.

2.3.3.5. Bewertung kognitiver Verfahren

Als Gesamtbewertung aller hier dargestellten kognitiven Verfahren lassen sich folgende Vor- und Nachteile nennen.

Vorteile dieser Techniken:

- schnelle Durchführung
- niedrige Kosten
- Anwendbarkeit innerhalb verschiedener Stadien der Fragebogenkonstruktion

Nachteile dieser Techniken:

- Beschränkung vorwiegend auf die Evaluation einzelner Fragen und nicht auf den vollständigen Fragebogen, d.h., dass diese Labortechniken keinesfalls einen Test als gesamtes Instrument ersetzen werden können
- Keine Angabe über den Gesamtzeitraum für das Ausfüllen des Fragebogens
- Relativ willkürliche Auswahl der Fragen

2.3.3.6. Einsatz des Probing für die Pilotstudie

Mit dieser Arbeit wird das Probing als Evaluationsinstrument zur Fragenqualität der Interviewfragen für die Studie Reisen und Gesundheit eingesetzt. Das Thema der Evaluation bezieht sich auf die Akzeptanz der Patienten und Interviewerinnen hinsichtlich der Fragen sowie auf mögliche Konstruktionsmängel der Fragen.

2.3.4. Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayering

2.3.4.1. Einleitung

Der Trend zur qualitativen Forschung als Ergänzung und Alternative zu einem einseitigen quantitativ-naturwissenschaftlich orientierten Vorgehen verstärkt sich in den letzten Jahren in fast allen Humanwissenschaften. Viele der neuen qualitativen Ansätze bleiben jedoch vage, unsystematisch und schwer nachvollziehbar (Mayering, 2003). Die Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayering ermöglicht demgegenüber eine streng systematische, das heißt von Theorie und Regel geleitete Analyse des sprachlichen Materials. Zur Begründung des Vorgehens werden Kommunikationswissenschaften, Hermeneutik, Qualitative Sozialforschung, Literaturwissenschaften und Psychologie herangezogen (Mayering, 2003).

Inhaltsanalyse ist eine klassische Vorgehensweise zur Analyse von Textmaterial gleich welcher Herkunft – von Medienerzeugnissen bis zu Interviewdaten (Flick, 1998). Ein wesentliches Kennzeichen ist die Verwendung von Kategorien, die häufig aus theoretischen Modellen abgeleitet sind:

Kategorien werden an das Material herangetragen und nicht unbedingt daraus entwickelt, wenngleich sie immer wieder daran überprüft und ggf. modifiziert werden. Im Gegensatz zu anderen Ansätzen ist das Ziel hier vor allen Dingen die Klassifikation und Reduzierung des Materials durch Zuordnung zu einem Kategoriensystem.

Die von Mayering (1983) entwickelte qualitative Inhaltsanalyse von Interviewfragen zielt entsprechend stärker auf die Interpretation von Aussagen und Inhalten ab.

2.3.4.2. Vorgehensweise bei der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayering

Vorgehensweise in neun Schritten:

1. Festlegung des Materials: Auswahl der Interviews bzw. der daraus für die Fragestellung interessanten Teile.
2. Analyse der Erhebungssituation: Wie ist das Material zustande gekommen? Wer war beteiligt? Wer war in der Interviewsituation anwesend? Woher stammen die zu analysierenden Dokumente?
3. Formale Charakterisierung des Materials: Wie wurde erhoben - Aufzeichnung oder Protokoll? Wie wurde es aufbereitet - Einfluss der Transkription auf die Texte?
4. Richtungsfestlegung der Analyse von ausgewählten Texte: Was möchte man eigentlich daraus interpretieren?
5. Festlegung der Analysetechnik: zusammenfassende, explikative oder strukturierende Inhaltsanalyse.
6. Festlegung der Analyseeinheiten: Die ‚Kodiereinheit‘ definiert, was ‚der kleinste Materialbestandteil‘ ist, der ausgewertet werden darf, was der minimale Textanteil ist, der unter eine Kategorie fallen kann. Die ‚Kontexteinheit‘ legt fest, was der größte Textbestandteil ist, der unter eine Kategorie fallen darf. Die Auswertungseinheit bestimmt, welche Textteile jeweils nacheinander ausgewertet werden.
7. Durchführung der Analysen.
8. Interpretation der Ergebnisse in Bezug auf die Fragestellung.
9. Prüfung der Geltungsbegründung.

2.3.4.3. Arten der Analysetechnik nach Mayering

In der zusammenfassenden Inhaltsanalyse wird das Material auf seine Hauptaussagen reduziert: weniger relevante Passagen und bedeutungsgleiche Paraphrasen werden gestrichen (erste Reduktion), ähnliche Paraphrasen werden gebündelt und zusammengefasst (zweite Reduktion).

Die explizierende Inhaltsanalyse klärt diffuse, mehrdeutige oder widersprüchliche Textstellen durch die Einbeziehung von Kontextmaterial auf. Dabei werden lexikalisch-grammatische Definitionen für die jeweilige Textstelle herangezogen bzw. formuliert: Die *enge Kontextanalyse* greift zusätzliche Aussagen zur Erläuterung der zu analysierenden Textstelle auf, während die *weite Kontextanalyse* Informationen außerhalb des Textes (über den Verfasser, die Entstehungssituation, aus der Theorie) sucht. Daraus wird jeweils eine explizierende Paraphrase formuliert und überprüft.

Die strukturierende Inhaltsanalyse sucht Typen oder formale Strukturen im Material. Dabei werden formale inhaltliche, typisierende oder skalierende Strukturierungen vorgenommen:

„Nach formalen Strukturierungsgesichtspunkten kann eine innere Struktur herausgefiltert werden (formale Strukturierung); es kann Material zu bestimmten Inhaltsbereichen extrahiert und zusammengefasst werden (inhaltliche Strukturierung); man kann auf eine Typisierungsdimension nach einzelnen markanten Ausprägungen im Material suchen und diese genauer beschreiben (typisierende Strukturierung); schließlich kann das Material nach Dimensionen in Skalenform eingeschätzt werden (skalierende Strukturierung)“ (Mayering, 1983, Seite 83).

Die Methode zielt auf eine Klassifikation des Inhaltes der Daten ab und schenkt der formalen Qualität dabei wenig Aufmerksamkeit. Strukturierung der Daten wird dabei zwar angestrebt, die dem Text zugrunde liegende Struktur bleibt dabei unverändert. Hauptziel ist die Reduzierung der Daten auf Kategorien, Erweiterungen in Form von

Explicationen dienen als Zwischenschritt bei der Bearbeitung unklaren Materials, um es dann eindeutig klassifizieren zu können.

2.3.4.4. Bewertung der qualitativen Inhaltsanalyse

Vorteile der qualitativen Inhaltsanalyse

- Die schematische Aufbereitung des Vorgehens lässt das Verfahren übersichtlicher und eindeutiger als andere Auswertungsverfahren erscheinen.
- Durch die skizzierte mögliche Reduktion des Materials ist es bei großen Textmengen besser handhabbar als andere qualitative Verfahren.
- Die vielen Regeln, die formuliert werden, vermitteln den Eindruck einer größeren Klarheit und Eindeutigkeit.
- Der Ansatz eignet sich vor allem für die reduktive und an der Oberfläche von Texten orientierte Auswertung von großen Textmengen.
- Die Formalisierung des Vorgehens hat nicht zuletzt ein einheitliches Kategorienschema zu Folge, das den Vergleich von verschiedenen Fällen, auf die es durchgängig angewendet wird, erleichtert.

Nachteile der qualitativen Inhaltsanalyse

- Häufig erweist sich jedoch die Umsetzung der Regeln als mindestens ähnlich aufwendig wie bei anderen Methoden.
- Die schnelle Kategorisierung mit von außen herangetragenen, theoretisch begründeten Kategorien verstellt möglicherweise eher den Blick auf den Inhalt des Textes, als dass sie den Text und seine (Un-)Tiefen auszuloten erleichtert.
- Interpretationen subjektiver Daten im Sinne der meisten anderen qualitativen Auswertungsverfahren wird eher schematisch angepeilt, ohne jedoch wirklich in die Tiefe zu dringen.

- Paraphrasen werden nicht zur Erklärung des Ursprungstextes verwendet, sondern treten vor allem bei der zusammenfassenden Inhaltsanalyse an dessen Stelle.

2.3.4.5. Einsatz der qualitativen Inhaltsanalyse in der Pilotstudie

Die neun Schritte der Mayerischen Inhaltsanalyse sind durch das Konzept des Studiendesigns der Pilotstudie relativ klar umrissen. Um die Unterschiedlichkeit und Fülle von Informationen bei den Kommentaren seitens der Interviewteilnehmer und der Interviewenden übersichtlicher zu gestalten, soll es lediglich zu einer zusammenfassenden Inhaltsanalyse bezüglich bestimmter Kategorien (z.B. Kommentare zum Layout, zu Beratungsdefiziten, zur Malariaphylaxe, zur Formulierung der Fragen, etc.) kommen. Dadurch werden die gemachten Aussagen übersichtlicher und so leichter interpretierbar.

3 Methodik

3.1. Studiendesign

Insgesamt sollten 140 Teilnehmer, nämlich 10% der Hauptstudienteilnehmer (1.400=100%) im Rahmen der Pilotstudie interviewt werden. Die Interviews durften eine Interviewdauer von max. 10 Minuten nicht überschreiten. Die Auswahl der Studienteilnehmer für die Pilotstudie fand aus dem Datensatz Omnis des Reisemedizinischen Zentrum des Bernhard-Nocht-Institut für Tropenmedizin in Hamburg statt. Bis zur Auswahl der Studienteilnehmer im Mai 2002 erhielt der Datensatz in Omnis Daten zu 10.027 Personen, die eine Auslandsreise geplant hatten. Die Selektion fand unter folgenden Kriterien statt:

- Vorliegen einer Einverständniserklärung für Studien
- Reiseende liegt im Intervall vom 01.04.02 – 30.04.02

Insgesamt ergab die Suchabfrage eine Anzahl von 297 Personen, deren Reiserückkehr im April 2002 lag. Um mindestens 140 Interviews (10% der Anzahl der Hauptstudie) möglich zu machen, aber auch nicht 297 Personen anrufen zu müssen, wurden von diesen 297 Personen dann jede dritte Person zufällig aus dem Datensatz herausgenommen, bis eine endgültige Anzahl von 200 Personen vorlag, die angerufen werden konnten.

Die Teilnehmer wurden bis zu fünf Mal telefonisch zu unterschiedlichen Tageszeiten (8.30h –20.00h) kontaktiert, um ein Interview möglich zu machen. Bis zum Erreichen der Gesamtteilnehmerzahl von 140 Interviewpartnern, fanden insgesamt ca. 482 Telefonate statt. Es wurden nur die Personen interviewt, die sich zuvor persönlich bzw. schriftlich via snail-mail oder mail haben beraten lassen. Mitreisende Angehörige wurden nicht zum Interview herangezogen, da die Informationen aus dem Datensatz Omnis immer nur auf eine Person, nämlich die, die sich hat beraten lassen, zutraf. Ausnahme war ein Interview, bei dem Angaben zu einem zweijährigen Sohn vorlagen, dessen Vater aber die Auskunft zur Reiseberatung eingeholt hatte.

Interviewt wurde der Vater zum Befinden des Sohnes. Der Datensatz von EpilInfo2000 zeigte eine Gesamtzahl 143 interviewten Personen. Nach Einsicht der einzelnen Records stellte sich heraus, dass es drei leere Fragebögen im Datensatz gab und somit insgesamt 140 Personen für die Pilotstudie interviewt worden sind. Um einen Recall Bias bezüglich der Reise zu vermeiden bzw. möglichst gering zu halten, wurde die Einschränkung der Studienteilnahme auf das Reiseende im April festgelegt. Hätte man nur Personen, deren Reisezeit im Jahr 2002 lag, genommen, wäre das Erinnerungsvermögen vermutlich noch besser gewesen, man hätte dann aber die Langzeitreisenden nicht miterfasst. Um auch evtl. auftretende Gesundheitsveränderungen nach der Reise zu erfassen, fanden die Interviews mindestens zwei Wochen nach Ende der Rückkehr statt.



Abbildung 11: Auswahl der Interviewteilnehmer

Zum Hintergrund der Datenbank des RMZ lässt sich erklärend ergänzen, dass Daten zu Personen in elektronischer Form seit Februar 2001 vorhanden waren. Diese Daten enthielten Informationen zu:

- Persönlichen Daten wie Name, Adresse, Einverständniserklärung, etc.
- Reisedaten
- Medizinischen Daten wie: sportlichen Aktivitäten, frauenspezifischen Angaben, Vorerkrankungen/Leiden, Medikamenteneinnahme, bestehender Impfschutz

Die Omnis-Datenbank wurde speziell von Mitarbeitern des RMZ als reisemedizinisches Beratungsinstrument entwickelt und funktioniert folgendermaßen: Der Kunde hat entweder die Möglichkeit, online einen Fragebogen (siehe Anhang) zur seinem persönlichen Reiseprofil zu erstellen, anzurufen bzw. persönlich vor Ort zu erscheinen. Persönliche Kundendaten werden danach mit Informationen einer Länderdatenbank und einzelnen Satzbausteinen zu speziellen Risiken verbunden und so ein persönliches Beratungsprofil zusammengestellt, welches dann noch einmal von einem Tropenmediziner überprüft wird. Nach Vervollständigung wird es dem Kunden zugesandt. Er erhält zusätzlich eine Broschüre, die allgemeine Reiseinformationen enthält. Die Länderdatenbank und die einzelnen Satzbausteine werden täglich aktualisiert.

Das Reisemedizinische Zentrum ist ein Service des Bernhardt-Nocht-Institut für Tropenmedizin und wurde Anfang 2000 ins Leben gerufen. Neben frei zugänglichen Länderseiten (www.gesundes-reisen.de), Reisetipps u.a. erhält man auf Wunsch individuelle, ärztlich bearbeitete reisemedizinische Informationen mit Empfehlungen je nach Reiseroute, persönlichen Gegebenheiten und Reiseart. Die nach individuellem Bedarf zusammengestellten Informationen sollen den Kunden helfen, gesundheitliche Aspekte einer Reise umfassend und sicher einzuschätzen. Herausgegebene Informationen beruhen auf den langjährigen Erfahrungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Ausland. Ergebnisse tropenmedizinischer Forschung und Behandlungserfahrungen bei erkrankten Reisenden fließen ebenso in die Information ein. Aktuelle Ereignisse führen täglich zu Updates der Reiseberatung.

Die genannten Empfehlungen sind, gemäß aktuellem Wissensstand, wissenschaftlich begründet. Die Zusammenstellung der Informationen erfolgt strikt unabhängig von der Vermarktung von Medizinprodukten. Kooperationspartner und Sponsoren des Bernhard-Nocht-Instituts für Tropenmedizin nehmen auf die inhaltliche Gestaltung des Beratungsangebotes keinen Einfluss. Hinweise zur wissenschaftlichen Nachprüfbarkeit (Evidenz) sind in den Fachinformationen zusammengestellt. Die interne Qualitätssicherung erfolgt anhand verbindlicher Kriterien (Discern, Afgis, HON).

Bei Durchführung der Reisemedizinischen Beratung (entweder online, per Telefon oder Brief) wird immer nach einer allgemeinen Einverständniserklärung für weitere Studien gefragt. Ferner werden die Kunden gebeten, eine Telefonnummer anzugeben, unter der sie tagsüber erreichbar sind.

Die Teilnehmer der Pilotstudie hatten also bis zum Zeitpunkt des Anrufs keine Informationen zur Studie Reise und Gesundheit und wurden bei Kontaktierung spontan nach Teilnahme an der Studie gefragt. Das Telefoninterview fand dann entweder sofort oder zu einem anderen, vereinbarten Termin statt.

3.2. Fragendesign

Das Fragendesign der vorliegenden Studie orientierte sich an den Leitlinien und Empfehlungen „Gute epidemiologische Praxis“ der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Epidemiologie (DAE), Arbeitsgruppe „Epidemiologische Methoden“ (Bellach, 1999).

Zu Beginn des Fragendesigns stand die Suche nach einem validen, reliablen Instrument zur Befragung von Reisenden zur Einschätzung ihrer subjektiven Gesundheit. Auf diesem Gebiet fand sich aber kein passendes Instrument, welches annähernd diesen speziellen Inhalt erfassen konnte. Instrumente wie der SF 36 oder der Euroqol z.B., können als standardisiertes Instrument zur Erfassung der gesundheitlichen Lebensqualität zwar sehr gut eingesetzt werden, hätten aber den Rahmen eines maximal zehnminütigen Telefoninterviews zur speziellen Frage des Gesundheitsempfindens Reisender völlig gesprengt. So entstand ein CATI- Interview, dessen Fragen zur Messung und Quantifizierung soziodemografischer Merkmale aus

der Empfehlung der DAE genommen wurden. Fragen zur Einschätzung des subjektiven Gesundheitsempfindens vor, während und nach der Reise, Fragen zur Qualitätseinschätzung der Reiseberatung des RMZ und Fragen zur eigentlichen Fragenqualität wurden selbständig konstruiert.

3.3. Ethische Aspekte der Pilotstudie

Die Entwicklung des Studiendesign, die Erarbeitung des Studienprotokolls, die Entwicklung der Fragebögen, die Durchführung der Interviews sowie die Auswertung der Studienergebnisse erfolgten im Bernhard-Nocht-Institut für Tropenmedizin, Hamburg. Kooperationspartner für die Entwicklung des Studiendesigns und die wissenschaftliche Auswertung waren die Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Arbeitsgemeinschaft Epidemiologie, sowie die Hochschule für angewandte Wissenschaften (HAW), Hamburg, Abteilung für Gesundheitswissenschaften. Das Studiendesign wurde von Prof. Dr. Dr. Wehkamp und Herrn Menzel, Ethikrat, Hochschule für angewandte Wissenschaften in Hamburg begutachtet und vom ethischen Standpunkt her für unbedenklich erklärt.

Ebenso wurde das Studiendesign dem Hamburgischen Datenschutzbeauftragten vorgelegt, der bezüglich der geplanten Durchführung der Studie keine wesentlichen Vorbehalte hatte.

3.4. Durchführung der Datenerhebung

Nach einer ausführlichen Information und generellen Schulung der Praktikantin bezüglich der Durchführung der Pilotstudie wurden die Interviews in den Räumen des RMZ in Hamburg durchgeführt. Das Einverständnis lag bereits durch die spezielle Studienteilnehmerauswahl vor, die angerufenen Teilnehmer wurden aber bei telefonischem Kontakt noch einmal um das Einverständnis zur Pilotstudie gebeten.

Die Teilnehmer erhielten generelle Informationen über die Studie und ihnen wurde vertrauliche Behandlung der Daten zugesichert.

Das Interview bestand aus zwei Teilen, nämlich dem Teil der Fragen, die dem Interviewteilnehmer am Telefon gestellt wurden, und dem Teil der Informationen aus dem OMNIS Datensatz, der schon vorlag und nicht mehr abgefragt wurde, aber nach Ende eines Interviews von den Interviewerinnen dem Interviewbogen beigefügt wurde.

Die Interviews fanden innerhalb von fünf Wochen vom 07.05.02 –10.06.02 statt und wurden von Karin Schmidt (Autorin der vorliegenden Arbeit) und Anne-Kathrin Sommer (Praktikantin) durchgeführt.

3.5. Datenverarbeitung

Die Daten zur Pilotstudie wurden durch die Interviewerinnen direkt während des Telefoninterviews in eine Datenmaske des Computerprogramms EpiInfo2000 eingegeben. Diese Datenmaske stellt gleichzeitig den Datensatz dar und speichert die Daten nach Beendigung jeden Interviews auf einen Server, auf dem nur die an der Studie beteiligten Personen Zugriff hatten. Die Fehlerkontrolle und Fehlerbereinigung fand ebenfalls durch die Interviewerinnen am Ende aller durchgeführten Interviews statt.

3.6. Datenschutz

Der gesamte übermittelte Datensatz inklusive aller Kopien wurde auf dem institutseigenen Server kennwortgeschützt gesichert. Die Kennwörter waren nur den Mitarbeitern bekannt, die unmittelbar mit der Studie beschäftigt waren. Diese waren zu Beginn ihrer Tätigkeit bezüglich des Datenschutzes belehrt worden. Sämtliche personenbezogenen Daten wurden nach Abschluss der Datenauswertung vernichtet. Ausschließlich anonymisierte Datensätze wurden archiviert, um die Nachprüfbarkeit der Ergebnisse zu gewährleisten.

3.7. Datenauswertung

Bei einer kleinen Grundzahl (N= 140 Fälle) wird jede statistische Datenverarbeitung problematisch (Heinemann, 1998). Gefundene Auffälligkeiten können eher zufällig auftreten und Konfidenzintervalle werden so groß, dass Ergebnisse kaum aussagekräftig sind.

Aus diesem Grund wurde mit der einfachsten statistischen Möglichkeit nämlich der Häufigkeitsverteilung zwischen zwei oder drei Merkmalen gearbeitet, die einen Vergleich von Merkmalsgruppierungen gestattet.

Die Auswertung der Daten erfolgte mit dem Programmsystem zur statistischen Datenanalyse EpiInfo2000. Die Datenanalyse umfasste verschiedene Arten von Berechnungen:

Methoden der deskriptiven Statistik:

Diese wurden zur Darstellung der Stichprobencharakteristika verwendet. Häufigkeitszählungen wurden anhand von Mean, Modus, Median, Standard Abweichung, Minimum und Maximum durchgeführt.

Die vorliegende Untersuchung hat den Charakter eines Pretest für die Hauptstudie „Reisen und Gesundheit“. Sie dient somit dem Ziel, den reibungslosen Ablauf der Hauptstudie weitgehend zu gewährleisten. Da es sich in der Pilotstudie „Reisen und Gesundheit“ hauptsächlich um nominalskalierte Variablen handelt und somit den einzelnen Zahlen der Ergebnisse weniger empirische Relevanz zukommt, wurde auf eine analytische Statistik verzichtet.

3.8. Plausibilitätskontrollen

Ein Teil der Plausibilitätsprüfung erfolgte bereits bei der Dateneingabe. Durch entsprechende Maskensteuerung im EpiInfo2000-Programm war für die überwiegende Anzahl der Variablen eine Eingabe von Werten außerhalb plausibler Geltungsbereich nicht möglich. Eine abschließende Fehlerkontrolle fand ebenfalls durch die Interviewer am Ende aller Interviews statt.

Datenprüfungen erfolgten regelmäßig parallel und zeitnah zur Datenerhebung. Für die Plausibilitätskontrolle wurden Merkmalskombinationen identifiziert, die hochgradig unwahrscheinlich bzw. nicht möglich waren. Dies diente der Prüfung der Konsistenz des Datensatzes und ermöglichte es, unplausible Daten zeitnah zu überprüfen. Es wurden Häufigkeitsauszählungen der Werte der auftretenden Variablen erstellt, um sachlogisch unmögliche Werte zu erkennen. Die Plausibilitätskontrollen der Pilotstudie beinhalten im Detail:

- Missings
- Frage zur Schwangerschaft beantwortet, aber Geschlecht männlich

4 Ergebnisse

4.1. Beschreibung der Studienpopulation

Insgesamt wurden 140 (100%) Kunden mit den Fragen der Pilotstudie interviewt. Davon waren insgesamt 73 (52,1%) Männer und 67 (47,9%) Frauen. Das Durchschnittsalter lag bei 40,2 Jahren, der Median bei 39,5 Jahren, das am häufigsten auftretende Alter war 30 Jahre. Die Standard Abweichung lag bei 13,9 Jahren. Der jüngste Teilnehmer war 13. Ein Proxyinterview wurde mit einem Vater durchgeführt, der die Impfberatung für seinen 2 jährigen Sohn hatte ausstellen lassen, der älteste 82 Jahre alt. 67 (47,9%) der insgesamt 140 Personen waren verheiratet, 89 (63,9%) lebten mit einem festen Partner zusammen, 65 (46,4%) waren ledig, 6 (4,3%) waren geschieden und 2 (1,4%) waren verwitwet.

Bei der Frage nach dem Berufsabschluss gaben 10 (7,1%) Personen keinen an, 5 (3,6%) waren noch in einer Ausbildung, 46 (32,9%) hatten eine Lehre abgeschlossen, 12 (8,6%) haben eine Fachschulausbildung (Meister, o.ä.) absolviert, 21 (15%) verfügten über einen Fachhochschulabschluss, 46 (32,9%) über einen universitären Abschluss.

14 (10%) waren zum Zeitpunkt des Interviews nicht erwerbstätig, 2 (1,4%) waren beurlaubt, 2 (1,4%) arbeitslos, 9 (6,4%) berentet, 3 (2,1%) geringfügig beschäftigt, 13 (9,3%) teilzeit-beschäftigt, 6 (4,3%) waren in der Ausbildung bzw. Umschulung, 87 (62,1%) voll berufstätig, 4 (2,8%) Systemmissings.

4.2. Informationen zur Reisevorbereitung und zum Reiseverhalten

115 (82,1%) Personen haben sich mehr als einen Tag auf die Reise vorbereitet, bei 25 (17,9%) nahm die Reisevorbereitung einen Tag oder weniger Zeit ein. Ihre

Reiseinformationen erhielten 97 (69,3%) Studienteilnehmer durch Studium von Literatur, 60 (42,9%) griffen auf Informationen durch Bekannte und Familienangehörige zurück, 31 (22,1%) Personen sind durch eine Apotheke informiert worden und insgesamt 99 (70,7%) Personen verfügten über sonstige Auskünfte, wozu auch die Beratung durch den Hausarzt gezählt wurde. Bezüglich ihrer Reisegesundheitsinformation gaben 49 (35,0%) Personen an, dass sie sich ausschließlich durch das RMZ informiert haben. Während der Reise führten 122 (87,1%) eine Reiseapotheke mit sich.

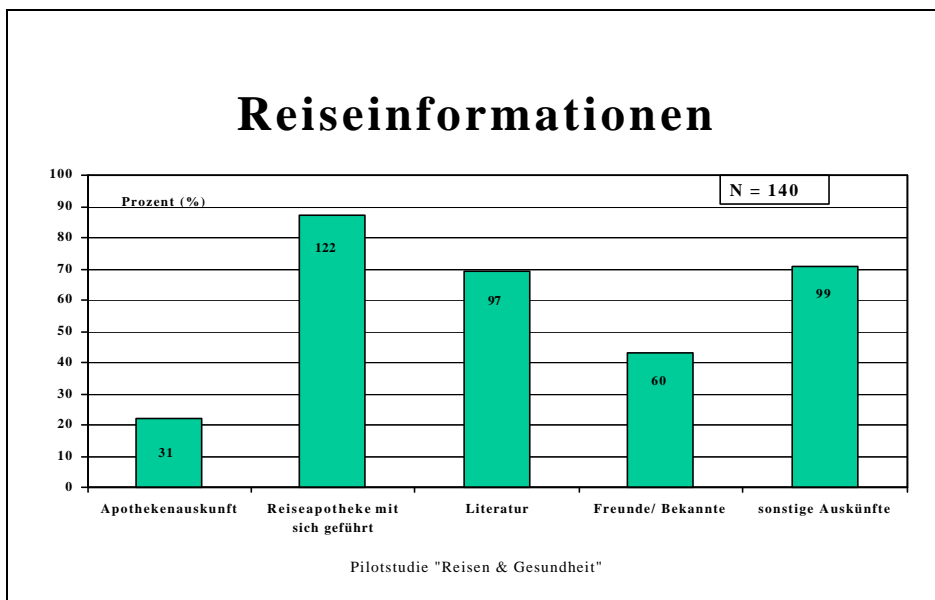


Abbildung 12: Reiseinformationen

Vor der Reise verfügten 117 (83,6%) Personen über eine Reiseversicherung. Die Reiseversicherung bezieht sich hier auf eine Reisekrankenversicherung und/oder eine Reiserücktrittsversicherung.

Reiseinformationen

Für insgesamt 115 (82,1%) Studienteilnehmer war es nicht die erste Fernreise, 25 (17,9%) sind zum ersten Mal ins Ausland gereist. Die meisten 62 (44,3%) der Interviewteilnehmer hatten Asien/Ozeanien als Zielgebiet, gefolgt von 38 (27,1%) Mittel- und Südamerikareisenden und 37 (26,4%) Afrikareisenden, 1 (0,7%) Person

ist nach Europa/Nordamerika gereist und 2 (1,4%) sind auf mehrere Kontinente verreist.

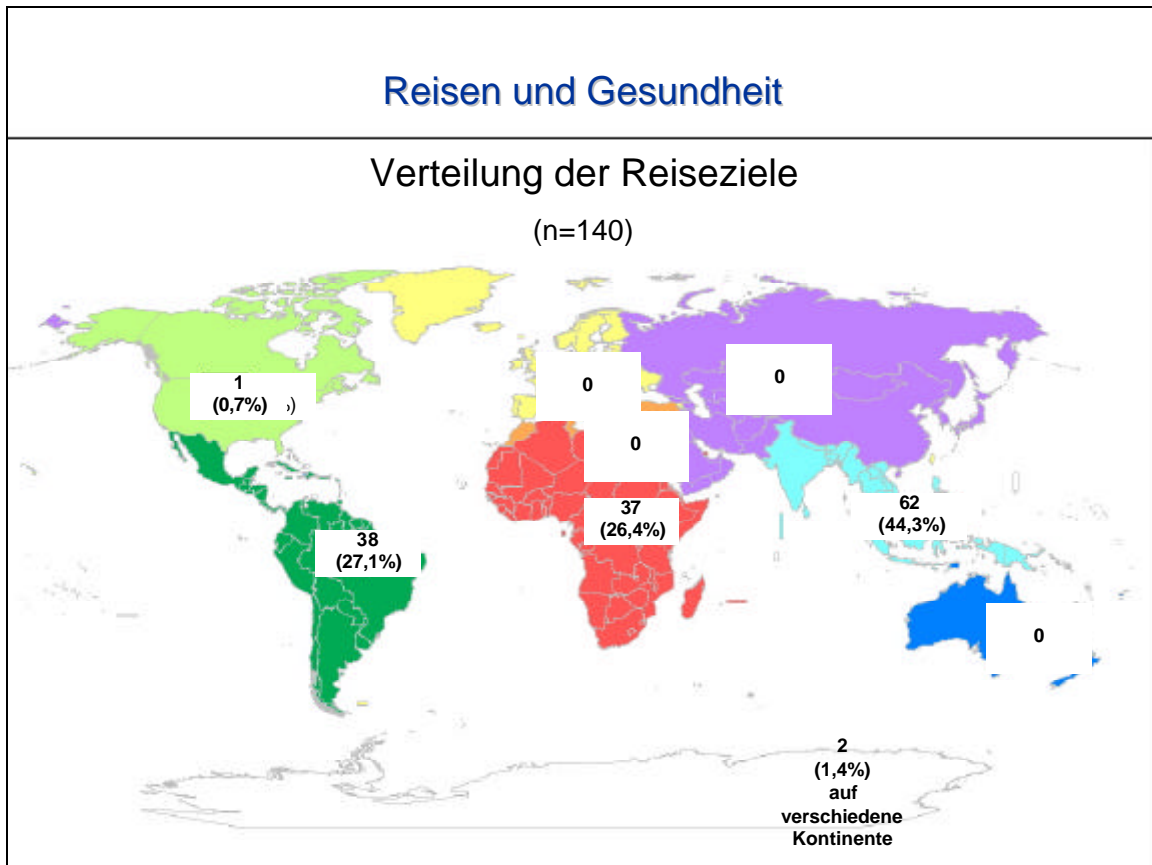


Abbildung 13: Reiseziele

Die Art der Reise wurde von 74 (52,9%) Personen als selbstorganisiert beschrieben, gefolgt von 54 (38,6%) Studienteilnehmern, die im Rahmen eines Pauschal-Arrangements unterwegs waren. Für 12 (8,6%) Personen war der Grund der Reise ein beruflicher Arbeitsaufenthalt in ländlichen Gebieten, 6 (4,3%) Personen waren beruflich in einer Großstadt tätig. 6 (4,3%) Reisende unternahmen eine Kreuzfahrt. 5 (3,6%) gaben sonstige Gründe als Reise an.

45 (32,1%) Personen verreisten gemeinsam mit ihrer Familie, gefolgt von 31 (22,1%) Personen, die allein unterwegs waren. 29 (20,7%) Studienteilnehmer haben ihre Reise mit Freunden unternommen, gefolgt von 19 (13,6%), die Teilnehmer einer Reisegruppe waren. 14 (10,0%) Personen reisten gleichzeitig mit Freunden und

Familienangehörigen. 2 (1,4%) gaben bei der Frage, mit wem sie gereist sind, Sonstiges an.

Bei der Hälfte der Studienteilnehmer (n 68, 48,6%) betrug die Reisedauer 3-4 Wochen, gefolgt von 42 (30,0%) Personen, mit 1-2 Wochen. Für 13 (9,3%) Personen nahm die Reise mehr als 6 Wochen in Anspruch, 11 (7,9%) verreisten 5-6 Wochen. Insgesamt 6 (4,3%) Fernreisende blieben weniger als 1 Woche auf Reisen.

Während der Reise waren 53 (37,9%) Personen ‚gehoben‘ untergebracht. 40 (28,6%) Studienteilnehmer klassifizierten die Unterbringung als ‚einfach‘. 29 (20,7%) waren ‚mittel‘ untergebracht und 18 (12,9%) haben ‚luxuriös‘ gewohnt.

Zur Einschätzung von Sicherheit und Organisation im Urlaub vergaben 56 (40,0%) Personen eine 2, auf einer Skala von 1 (sehr wichtig) bis 6 (überhaupt nicht wichtig).

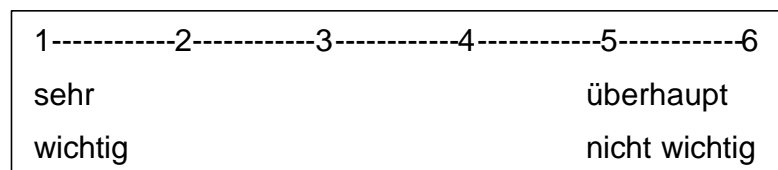


Abbildung 14: Ratingscale

40 (28,6%) Teilnehmer vergaben den Wert 1 auf derselben Skala. 35 (25,0%) schätzen auf dieser Skala den Wert zu Sicherheit und Organisation mit 3 ein, gefolgt von 6 (4,3%) Leuten, die einen Wert von 4 angaben. 2 (1,4%) der insgesamt 140 Studienteilnehmer vergaben einen Wert von 5 und eine Person (0,7%) vergab einen Wert von 6 (überhaupt nicht wichtig).

Bei der Frage nach der Einschätzung von Abenteuer und Risiko auf der gleichen Bewertungsskala von 1 (sehr wichtig) bis 6 (überhaupt nicht wichtig) gaben 39 Teilnehmer (27,9%) den Wert 5, 38 (27,1%) den Wert 3, 28 (20,0%) den Wert 4, 17 (12,1%) den Wert 2 an. 10 (7,1%) Personen schätzten Abenteuer und Risiko mit 6 ein, gefolgt von 8 (5,7%) Personen mit einem Wert von 1.

Bei der Frage nach dem Kontakt zur einheimischen Bevölkerung während der Reise haben 53 (37,9%) einen mittleren Kontakt angegeben, 47 (33,6%) gaben einen

geringen Kontakt an. 34 (24,3%) Personen verfügten über einen intensiven Kontakt zur lokalen Bevölkerung und 6 (4,3%) Personen gaben an, gar keinen Kontakt gehabt zu haben.

4.3. Fragen zur Gesundheit

4.3.1. Gesundheitszustand

41 (29,3%) Interviewte gaben einen sehr guten Gesundheitszustand, 89 (63,6%) einen guten Gesundheitszustand, 10 (7,1%) einen mittleren Gesundheitszustand an. Personen mit einem weniger guten bzw. schlechtem Gesundheitszustand laut Selbsteinschätzung befanden sich nicht unter den Studienteilnehmern.

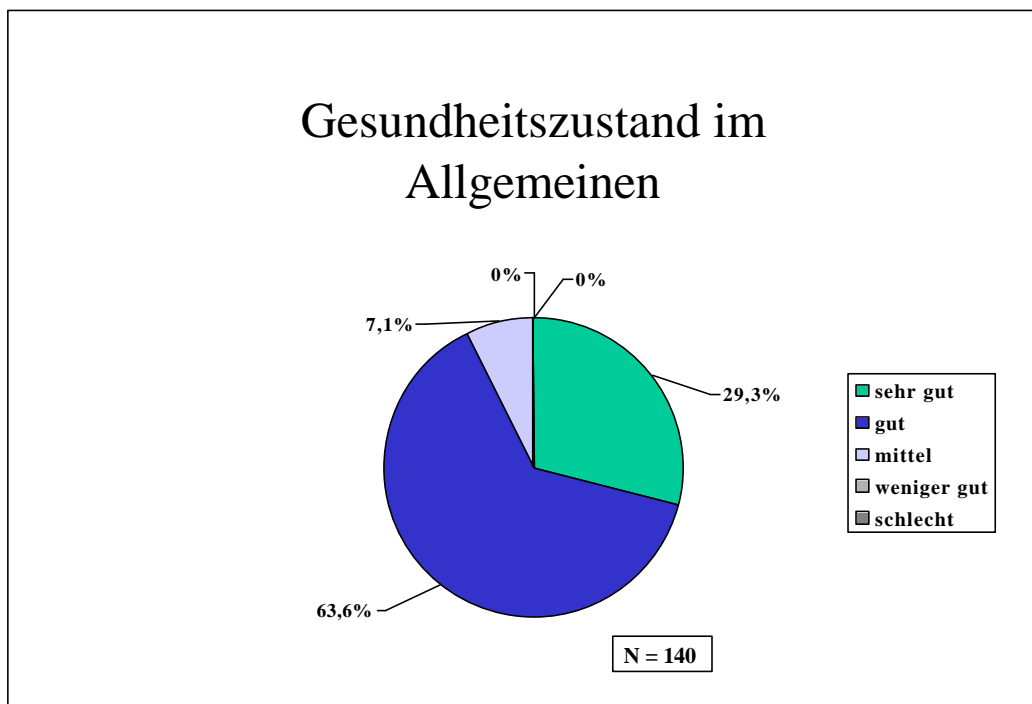


Abbildung 15: Gesundheitszustand im Allgemeinen

4.3.2. Veränderung des Gesundheitszustand

Bei der Frage, ob sich der Gesundheitszustand nach der Reise anders als vor der Reise darstellte, gaben 91 (65%) Personen an, dass ihr Gesundheitszustand nach der Reise genauso war wie vor der Reise. 19 (13,6%) Reisende gaben an, dass ihr Gesundheitszustand nach der Reise etwas besser für sie war, für 14 (10,0%) war er etwas schlechter. 12 (8,6%) schätzten ihren Gesundheitszustand nach der Reise als viel besser ein, 4 (2,9%) gaben an, dass ihr Gesundheitszustand viel schlechter nach der Reise war.

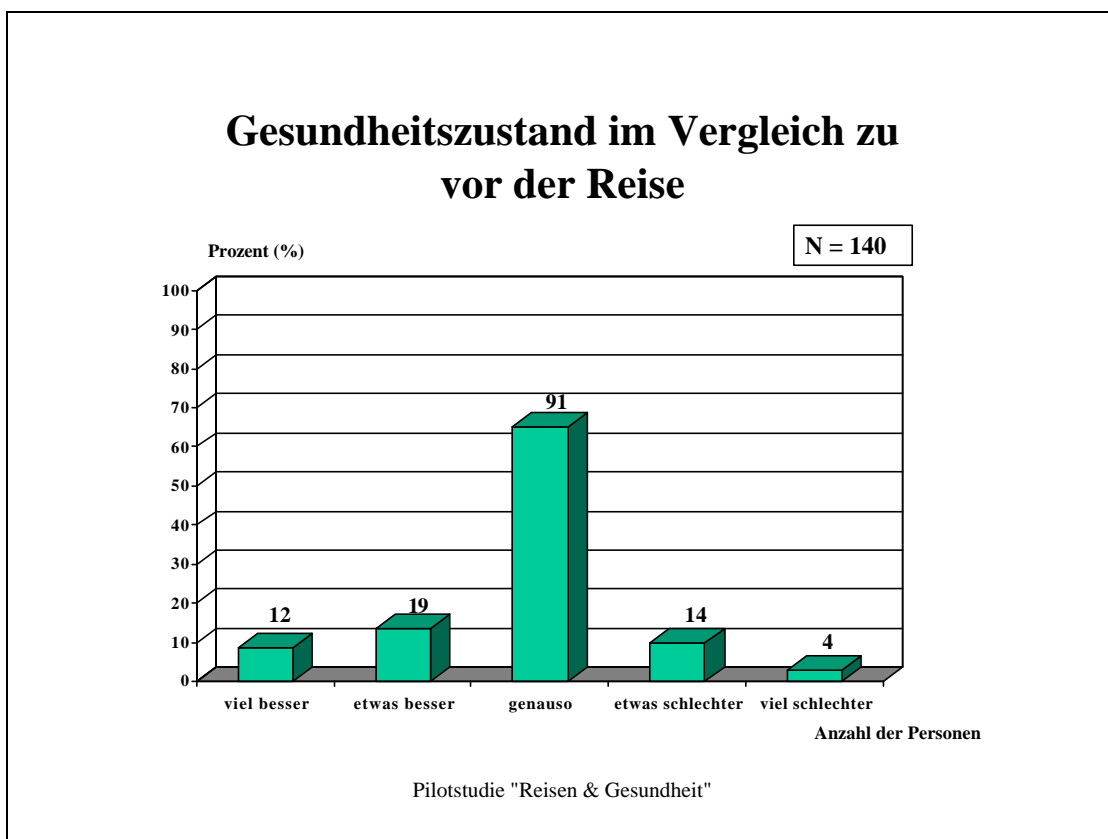


Abbildung 16: Gesundheitszustand im Vergleich zu vor der Reise

Die Veränderung des Gesundheitszustands trat für 42 (30,0%) Personen in Zusammenhang mit der Reise auf, 98 (70,0%) gaben keinen Zusammenhang zwischen Reise und Gesundheitszustandsveränderung an.

Erkrankungen während der Reise

Während der Reise sind von 140 Studienteilnehmern insgesamt 56 (40,0%) Personen laut Selbsteinschätzung erkrankt. Die Art der Erkrankung teilte sich wie folgt auf:

- Diarrhoe: 36 (25,7%) Personen
- Magen/Darmbeschwerden: 19 (13,6%) Personen
- Infektionen: 13 (9,3%) Personen
- Hauterkrankungen: 8 (5,7%) Personen
- Herz/Kreislaufkrankungen: 6 (4,3%) Personen
- Orthopädisch/rheumatische Erkrankungen: 4 (2,9%) Personen
- Unfälle: 2 (1,4%) Personen
- Sonstige Erkrankungen.: 2 (1,4%) Personen
- Verschlimmerung einer bisherigen Erkrankungen: 2 (1,4%) Personen
- Gewaltereignis: 1 (0,7%) Personen

Erkrankungen an Genitalorganen traten laut Auskunft der Studienteilnehmer nicht auf.

Während der Reise ist eine Frau (0,7%) ungewollt schwanger geworden. 14 (10,0%) Frauen benutzen zum Zeitpunkt der Reise orale Kontrazeptiva.

Bei 75 (53,6%) Studienteilnehmern bestand eine chronische Erkrankung, 51 (36,4%) gaben an, dass sie regelmäßig Medikamente einnehmen.

4.3.3. Impfempfehlungen

Laut der Beratung durch das RMZ wurden folgende Impfempfehlungen für die Reise ausgesprochen und folgende Impfungen nach der Beratung durchgeführt:

Ergebnisse

Art der Impfung	Empfohlene Impfungen	Durchgeführte Impfungen
Tetanus	48 (34,3%)	26 (18,6%)
Polio	54 (38,6%)	20 (14,3%)
Diphtherie	71 (50,7%)	24 (17,3%)
Hepatitis A	82 (58,6%)	42 (30,0%)
Hepatitis B	49 (35,0%)	28 (20,0%)
Gelbfieber	25 (17,9%)	22 (15,7%)
Thyphus	39 (27,9%)	25 (17,9%)
Tollwut	12 (8,6%)	8 (5,7%)
Meningitis	16 (11,4%)	6 (4,3%)
Japan B Enzephalitis	25 (17,9%)	6 (4,3%)
Sonstige	1 (0,7%)	6 (4,3%)

Tabelle 4: Empfohlene und durchgeführte Impfungen

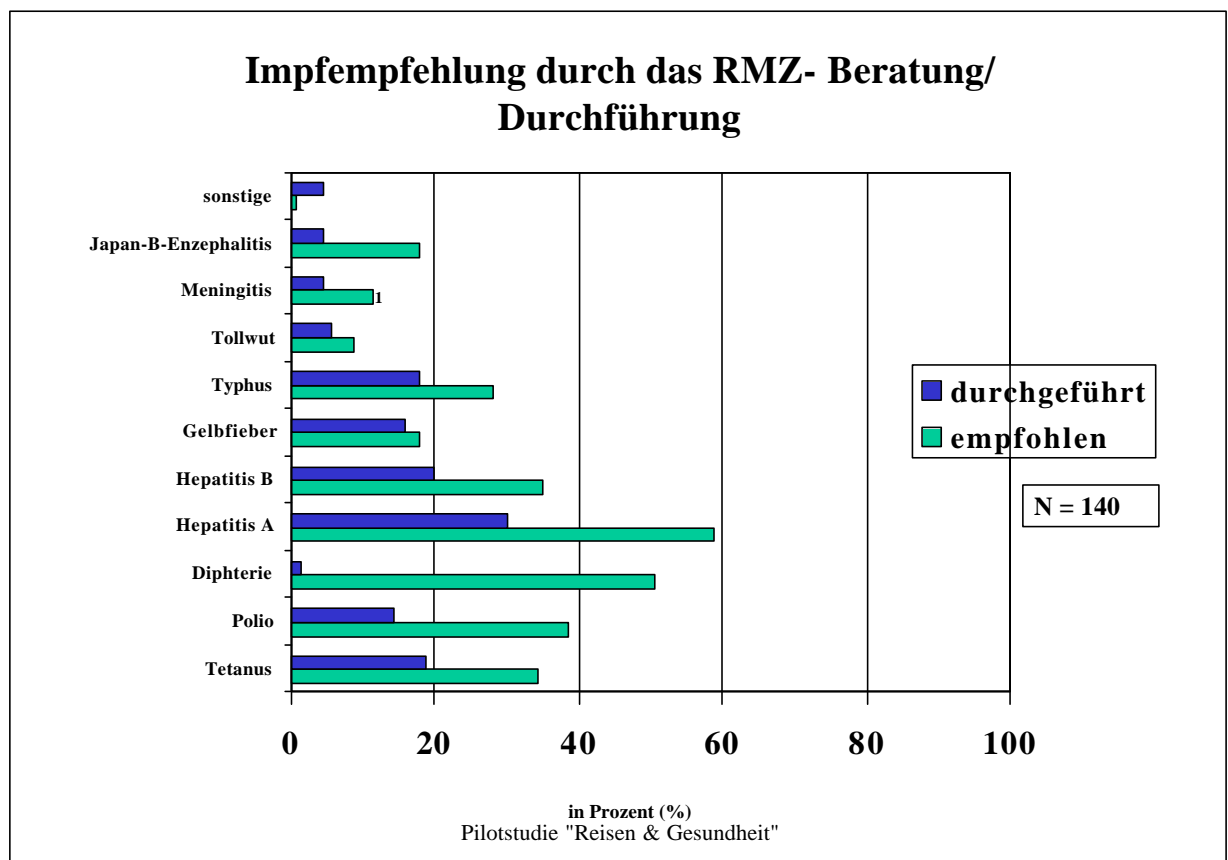


Abbildung 17: Empfohlene und durchgeführte Impfungen

4.4. Qualitätssicherung

4.4.1. Beurteilung der Reiseberatung des RMZ durch die Studienteilnehmer

Auf die Frage, ob die Mitarbeiter des RMZ während der Beratung freundlich und zuvorkommend waren, antworteten alle Studienteilnehmer, die die Beratung via Telefon gemacht hatten, mit ja (100%=n122; 12,9%=n18:Anforderung der Beratung durch ein Online-Formular und somit kein persönlicher Kontakt mit dem Callcenter). Insgesamt fanden 115 (82,1%) den Preis der Beratung angemessen, 25 (17,9%) Personen schätzten den Preis der Beratung als unangemessen ein (zu hoch oder zu niedrig).

Die Bereiche Verständlichkeit, Vollständigkeit, Aktualität, Zuverlässigkeit und Layout der herausgegebenen Reiseberatung konnte von den Studienteilnehmern mit Schulnoten von 1= sehr gut bis 6= ungenügend bewertet werden.

Schulnoten	Verständlichkeit	Vollständigkeit	Aktualität	Zuverlässigkeit	Layout
1=sehr gut	84(60,0%)	94(67,1%)	74(52,9%)	74(52,9%)	39(27,9%)
2=gut	49(35,0%)	38 (27,1%)	57(40,7%)	51(36,4%)	70(50,0%)
3=befriedigend	6(4,3%)	6(4,3%)	7(5,0%)	13(9,3%)	23(16,4%)
4=ausreichend	1(0,7%)	1(0,7%)	1(0,7%)	1(0,7%)	4(2,9%)
5=mangelhaft	/	1(0,7%)	/	/	4(2,9%)
6=ungenügend	/	/	/	/	/
Missing	/	/	1(0,7%)	1(0,7%)	/

Tabelle 5: Bewertung der Reiseberatung

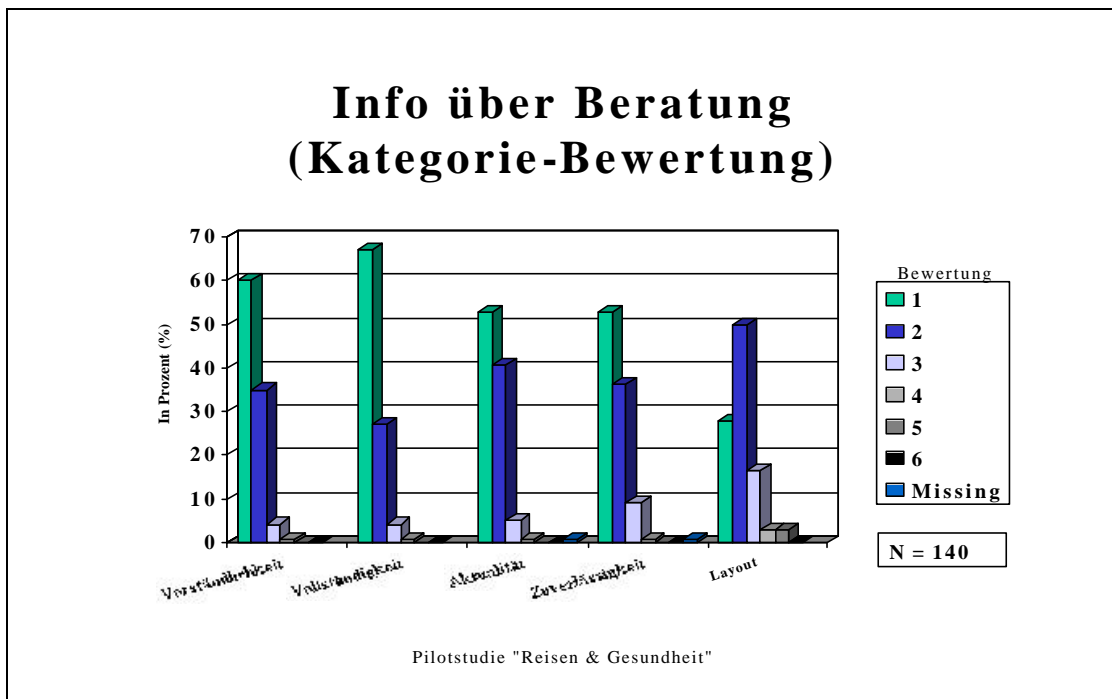


Abbildung 18: Bewertung der Reiseberatung im Vergleich

Die Missings entstanden hier dadurch, dass sich ein Studienteilnehmer nicht in der Lage sah, Aussagen zur Bewertung von Aktualität und Zuverlässigkeit der Beratung zu treffen.

4.4.2. Kommentare der Interviewteilnehmer zur RMZ-Beratung

Alle Kommentare der Interviewteilnehmer und der Interviewerinnen siehe auch im Anhang.

4.4.2.1. Layout

Bezüglich der Gestaltung des herausgegebenen Beratungsfragebogens forderten die Kunden mehr Übersichtlichkeit und eine klarere Struktur beim Aufbau. Dem Preis der Beratung angemessen wäre eine Verbesserung des Layouts.

4.4.2.2. Malariaphylaxe

Insgesamt erhielten die Kunden des RMZ je nach Ort, Person und Institution erstellten Beratung sehr unterschiedliche Informationen zur Malariaphylaxe. Zur persönlichen Entscheidungsfindung, welches Medikament zur Malariaphylaxe eingenommen werden sollte, wurde in vielen Fällen der Hausarzt kontaktiert und dessen Ratschlag befolgt. Die ausgesprochene Malariaphylaxenauskunft war nach Meinung der Kunden nicht immer auf dem aktuellen Stand und wurde im Urlaubsort dann an die gegebene Situation, bzw. Empfehlung angepasst. Ebenfalls wurde um eine detailliertere Beschreibung des Krankheitsbilds Malaria gebeten.

4.4.2.3. Beratungsdefizite

Gezielte Fragen nach bestimmten Krankheiten wurden gar nicht bzw. nur ungenügend durch die erstellte Beratung beantwortet. Konkretere Informationen über die Situation vor Ort wären sinnvoll. Aussagen über eine homöopathische Alternative zur konventionellen Malariaphylaxe sollten mit in der Beratung beschrieben werden.

4.4.2.4. Kritik

Insgesamt wurden die Reiseberatungsempfehlungen immer noch als zu standardisiert und nicht verständlich empfunden. Für diese standardisierte Leistung sei der Preis der Beratung zu hoch. Informationen waren teilweise widersprüchlich, was an deren Glaubwürdigkeit zweifeln ließ und die Kunden in ihrer Entscheidung stark verunsicherte. Stark komplexe Satzbausteine sollten vereinfacht werden. Die Impfstelle des BNI verwarf in einigen Fällen die Empfehlung des RMZ.

4.4.2.5. Verbesserungsvorschläge

Insgesamt verlangten die Kunden eine detailliertere, individuellere Information zu ihrer speziellen Reisesituation. Insbesondere sollte auf die besondere Situation für

Kinder im Urlaub eingegangen werden. Zusätzlich zur reinen Reiseberatung sollten Checklisten für eine Reiseapotheke und eine To-Do-Liste als Vorbereitung für die Checklisten für eine Reiseapotheke, Medikamentenaufstellungen und ihre aktuellen Preise, evtl. auch eine To-Do-Liste als Vorbereitung für den Urlaub beigefügt werden. Wert wurde auch auf eine bessere Übersichtlichkeit des Fragebogens gelegt. Die Kunden des RMZ erwähnten auch, dass sie eine Beschreibungen für selbst durchzuführende Notfallmaßnahmen bestimmter Krankheitsbilder wie z.B. Durchfall, begrüßen würden.

4.4.2.6. Sonstige

Das RMZ sollte die Eigenwerbung insgesamt erhöhen und sie an verschiedenen Orten (nicht nur im Internet) wie z.B. Reiseführern platzieren. Genauere Hinweise über die Erhältlichkeit von Medikamenten vor Ort wären angebracht.

4.4.3. Anmerkung der Interviewerinnen

4.4.3.1. Malariaprophylaxe

Der Rat des Hausarzt wurde eher als die Empfehlung des RMZ in Anspruch genommen. Vor Ort wurde die gegebene Beratung des RMZ an die ortsüblichen Maßnahmen angeglichen. Es sollte eine Liste über die Vor- und nachteile der jeweiligen Malariaprophylaxe erarbeitet werden.

4.4.3.2. Gesundheit

Die Aussagen über den Gesundheitszustand reichten von genauso, bis besser bzw. bis schlechter. Detailliertere Aussagen zu einzelnen im Urlaub erlebten Erkrankungen wurden gegeben. Impfungen wurden nicht durchgeführt, da entweder keine Zeit mehr war, die Apotheke oder der Hausarzt eine andere Empfehlung gegeben hatte oder noch Impfschutz bestand.

4.4.3.3. Sonstige

Die Kunden äußerten eine hohe Zufriedenheit über die RMZ-Beratung und freuten sich über eine genauere Rückfrage nach dem Urlaub durch das Interview der Pilotstudie. Viele Kunden haben die Beratung schon mehrfach genutzt und schätzen die Möglichkeit einer Online-Beratung. Insgesamt wurde die Beratung serviceorientiert und positiv hinsichtlich der zeitlichen Aufwands und der zeitlichen Abwicklung bewertet.

4.4.3.4. Verbesserungsvorschläge

Die Beratung sollte spezieller auf einige Themenbereiche eingehen; insbesondere dann, wenn der Kunde schon auf Erfahrungen aus vorrausgegangenen Reisen zurückgreifen kann. Ein spezieller Service für Kunden, die die RMZ-Auskunft mehrfach und wiederholt in Anspruch nehmen, sollte eingerichtet werden. Die Beratung selber sollte nicht von Studenten, sondern von medizinisch qualifizierterem Personal durchgeführt werden.

4.5. Beurteilung der Pilotstudienfragen

4.5.1. Beurteilung der Fragen durch die Interviewteilnehmer

Die Pilotstudienteilnehmer konnten die einzelnen Fragen für die Bereiche Belastung durch die Fragen, Schwierigkeit mit den Fragen und Verständlichkeit der Fragen ebenfalls mit Schulnoten von 1= sehr gut bis 6= ungenügend bewerten. Dabei bedeuten der Wert 1 bei Belastung und Schwierigkeit keine Belastung bzw. Schwierigkeit, der Wert 6 sehr belastend bzw. sehr schwierig. Die Ergebnisse teilten sich wie folgt auf:

Schulnoten	Belastung	Schwierigkeit	Verständlichkeit
1=sehr gut	129(92,1%)	109(77,9%)	111(79,3%)
2=gut	10(7,2%)	27(19,3%)	24(17,1%)
3=befriedigend	1(0,7%)	4(2,9%)	5(3,6%)
4=ausreichend	/	/	/
5=mangelhaft	/	/	/
6=ungenügend	/	/	/

Tabelle 6: Beurteilung Pilotstudienfragen

4.5.2. Kommentar zu den Fragen durch die Interviewerinnen

Die während der individuell durchgeführten Interviews im Interviewbogen erfassten Verbesserungsvorschläge für die Beurteilung der Fragen befinden sich ebenfalls in den im Anhang genannten Kommentaren der Studienteilnehmer und der Interviewerinnen.

Insgesamt wurden Telefoninterviews über ein Handy als sehr unkomfortabel erlebt, da es häufiger zu Verbindungsstörungen kam. Die Interviewsituation wurde ebenfalls erschwert, wenn Sprachverständnisschwierigkeiten auf Seiten der Teilnehmenden auftraten. Wenn die Teilnehmenden sehr langsam sprachen und nur zögerlich antworteten, wurde die Interviewsituation als kompliziert bewertet.

Weiter bestand für beide Interviewerinnen noch die Möglichkeit, eigene Gedanken und Ideen zusätzlich zu den Kommentaren im Interviewbogen zu äußern. Diese sahen wie folgt aus:

- Erkältung = Infektion, bitte extra Frage zur Erkältung im Land oder nach der Reise
- Viele haben sich noch vom Hausarzt oder Online beraten lassen, das fällt auf Grund der Fragestellung unter "Sonstiges", bei Hausarzt: entweder nur zum Impfen und Rezepte ausstellen hingegangen oder haben auch noch weitere Beratungen durchführen lassen

- Wenn die Beratung nur schriftlich (Internet/Post) erfolgt ist, lässt sich die Frage: wie freundlich und zuvorkommend waren unsere Mitarbeiter, nicht beantworten
- Viele Leute waren nicht mit der Malariaphylaxe zufrieden, haben dann entweder den Rat des Hausarztes befolgt, oder fanden die Beratung z.B. nicht gut genug, wenn z.B. nur wenig Mücken im Urlaubsland vorhanden waren und trotzdem eine Malariaphylaxe gegeben wurde, viele entscheiden sich erst vor Ort, ob sie eine machen oder nicht, Malariaphylaxe flexibler gestalten
- Gesundheit war während der Reise gut, aber nach der Reise wie vor der Reise dann wird dieser Gesundheitszustand nicht mit der Frage erfasst Gesundheitszustand –Verbesserung im Urlaub wird nicht gefragt
- Hausarzt fehlt, wird bei sonstige eingeordnet
- Impfungen nicht durchführen lassen: Gründe: -Nebenwirkungen; -Impfungen waren doch schon vorhanden bzw. Impfungen von anderen Reisen noch vorhanden
- Durchgeführte Impfungen und empfohlene Impfungen weichen aus verschiedenen Gründen ab, entweder die Leute wussten zum Zeitpunkt der Beratung nicht, wie ihr Impfstatus war und haben dann hinterher festgestellt, dass sie die empfohlene Impfung schon hatten, oder die Leute wollten sich doch nicht impfen lassen.
- Sicherheit/ Organisation zwei verschiedene Aspekte
- Abenteuer/ Risiko zwei verschiedene Aspekte
- Reiseversicherung: besser Urlaubsrankenversicherung, sonst meinen viele Reise-Rücktrittversicherung
- Viele erhalten Infos durch ihren Reiseveranstalter
- Gute Frage wäre gewesen: wie die Kunden gerade auf uns gekommen sind
- Mit wem gereist: Partner = Familie
- Art der Unterbringung: als Antwort reicht aus: luxuriös, gehoben, mittel, einfach
- Bei Frage „Verheiratet?“, wenn ja, dann auch bitte bei „leben sie mit festem Partner?“: ja oder nein ankreuzen
- Reisevorbereitungszeit: was gehört dazu? Nur gesundheitliche Vorbereitung

- Zusätzlich zur RMZ-Auskunft: Hausarzt und Internet sehr häufig genannt, fällt aber unter „sonstiges“
- besondere Kategorie bilden Reisende, die Ihre Familie besuchen
- Sicherheit und Organisation: zwei verschiedene Aspekte, oft den Inhalt der Frage nicht verstanden (medizinische und politische Sicherheit oft hoch bewertet, aber dennoch kein streng organisierter Pauschalurlaub, sondern eher flexibel)
- Abenteuer und Risiko: Abenteuerer (etwas besonderes Erleben) ja, aber ohne Risiko einzugehen- abwägen
- Impfungen nach RMZ-Auskunft: oft nicht durchführen lassen, da schon alle Impfungen vorhanden sind oder auf Grund von Nichtwollen nicht durchführten
- Aktualität: schwer als Laie zu beantworten- gehen davon aus, dass Daten dem neuesten Standard entsprechen
- Art der Reise: Rucksacktouristen reisen zwar auch selbstorganisiert, aber anders als Hotelurlauber

4.6. Zeiteinschätzung der Interviews

Insgesamt musste das einzelne Interview bei 118 (84,3%) Personen einmal erklärt werden, 12 (8,6%) Interviewteilnehmer wurde das Interview zweimal erklärt, 3 (2,1%) Personen benötigten eine dreimalige Erklärung der Interviewfragen, vier- oder mehrmals wurde das Interview bei 2 (1,4%) Personen erläutert. Im Datensatz gab es 5 (3,6%) Systemmissings zu dieser Frage.

Die Gesamtdauer des Interviews betrug im Durchschnitt 9 Minuten, das schnellste Interview fand in 5 Minuten statt, das längste dauerte 23 Minuten. Der am häufigsten auftretende Wert bei der Interviewdauer war 7 Minuten.

5 Diskussion

In diesem Kapitel geht es um die Diskussion der dargestellten Ergebnisse mit Fokus auf ihren Bezug zu den Forschungsfragen und ihre Aussagekraft. Ebenfalls werden Empfehlungen für die Hauptstudie Reisen und Gesundheit für das RMZ ausgesprochen.

5.1. Beurteilung der Pilotstudienfragen

5.1.1. Beurteilung durch die Interviewteilnehmer

Bezüglich der Bereiche Belastung durch die Fragen, Schwierigkeiten mit den Fragen und Verständlichkeit der Fragen wird die Pilotstudie von den Interviewteilnehmern eher als verständlich, wenig schwierig und nicht belastend eingeschätzt.

Zu einzelnen Details wurde am häufigsten die Fragen nach Abenteuer/Risiko und Sicherheit/Organisation bemängelt. Viele der Interviewteilnehmer hätten lieber einzeln auf diese Fragen geantwortet. In der Hauptstudie sollten daher die inhaltlichen Bereiche der Fragen klar getrennt aufgeführt werden.

Die meisten der Interviewten haben sich bezüglich ihrer Gesundheit auf Reisen zusätzlich zu der RMZ-Auskunft auch noch von ihrem Hausarzt beraten lassen. Dieser Punkt sollte innerhalb der Hauptstudienfragen abgefragt werden.

5.1.2. Beurteilung durch die Interviewerinnen

Bei der Mehrzahl der Interviews (n= 118, 84,3%) mussten die Fragen des Interviews nur einmal erklärt werden. Insgesamt waren die Interviewfragen in den meisten Bereichen für den Studienteilnehmern leicht verständlich.

Um exaktere Aussagen zu erlangen, sollten einzelne Fragen wie die nach der Reiseberatung, der Reiserücktrittsversicherung, dem Unterschied zur allgemeinen Erkältung und Infektion, Abenteuer/Risiko und Sicherheit/Organisation den mitreisenden Personen detaillierter gestellt werden.

Falls der Gesundheitszustand während der Reise gut und nach der Reise genauso wie vor der Reise war, dann konnte diese Gesundheitszustände mit den Fragen nicht erfasst werden. Eine zusätzliche Frage nach der Gesundheitszustandsverbesserung während des Urlaubs wäre daher für die Hauptstudie angebracht.

Bei beiden (durch die Interviewteilnehmer und die Interviewerinnen) Beurteilungen der Pilotstudienfragen bezüglich der Belastung, Schwierigkeit und Verständlichkeit traten ausschließlich Antworten mit den Werten sehr gut bis befriedigend (siehe Kpt. 4.5.1) auf. Die Beurteilungen ausreichend bis ungenügend wurden nicht angegeben. Hier muss die Gütequalität der Fragen (Heinemann, 1998; Aday 1996) überdacht werden. Werden mit dieser Art der Fragestellung überhaupt alle Antwortbereich abgedeckt, bzw. würden sie bei einer Wiederholung der Untersuchung „in Anspruch“ genommen? Liegt die Beurteilung der Pilotstudienfragen tatsächlich in der Bereichen sehr gut bis befriedigend oder tritt hier ein „Antwortbias“ durch die Formulierung der Fragen bzw. deren Antwortmöglichkeiten auf? Dies kann solange nicht ausreichend beantwortet werden, bis die Fragen selber standardisiert auf ihre Gütequalität durch mehrmaliges Durchführen in weiteren Studien getestet sind.

5.2. Qualitätssicherung für das RMZ durch die Pilotstudie

Gesundheitspolitische und –ökonomische Notwendigkeiten führen auch in Deutschland zunehmend zur Implementierung von Qualitätssicherungsprogrammen in der ambulanten und stationären Versorgung (Eickstädt & Mager, 2001). Hierbei müssen die Patienten selbstverständlich im Mittelpunkt der Bemühungen stehen, da Gesundheit letztlich ein subjektives Wohlbefinden darstellt. Jedoch wird die Patientenmeinung bisher nur zögerlich in die Evaluation der medizinischen Versorgung einbezogen (Eickstädt & Mager, 2001). Im angloamerikanischen Raum

gehören Untersuchungen zur Patientenzufriedenheit dagegen bereits zum Standardrepertoire in der Versorgungsforschung; bereits seit ca. 1955 ist hier die Patientenzufriedenheit Thema der medizinsoziologischen und –psychologischen Forschung (Abdellah & Levine, 1957). Die Analyse der Arzt-Patienten-Beziehung führt zu der Erkenntnis, dass Patientenzufriedenheit die Compliance fördert. Erst ab ca. 1970 entwickelt sich im Rahmen von so genannten „Consumer movements“ die Patientenzufriedenheit zu einem eigenständigen Anspruch und wird nicht mehr nur als Mittel zum Zweck der Compliance-Steigerung, sondern als Teil der Ergebnisqualität verstanden (Hall & Dornan, 1988). 1994 schrieb der britische Psychologe Brian Williams, Zufriedenheit werde zunehmend als ein „eo ipso“ legitimes und erwünschtes Outcome angesehen, und nicht alleine als Mittel, die Compliance zu erhöhen. Sie werde damit zu einem Qualitätsmerkmal, zu einem legitimen Ziel gesundheitlicher Versorgung, schreibt Williams weiter (Williams 1994). Die Patientenbefragung wird somit zum Instrument eines umfassenden Qualitätsmanagements. Ein aussagekräftiges und im streng wissenschaftlichen Sinn validiertes Messinstrument zur Erfassung der Patientenzufriedenheit steht jedoch im deutschsprachigen Raum bis heute jedoch noch nicht in wünschenswerter Form zur Verfügung (Eickstädt & Mager, 2001).

Im Rahmen der Studie handelt es sich um eine Qualitätseinschätzung der reisemedizinischen Beratung durch den Kunden, der die Dienstleistung „Beratungsgespräch“ in Anspruch genommen hat. Vor der Folie eines Total Quality Managements (TQM) (Badura & Strodtholz, 1998) wird hier besonderer Wert auf die Ausrichtung der Reiseberatung des RMZ auf die Wünsche, Erwartungen und Ansprüche der Kunden gelegt. Ziel dieser Qualitätssicherung durch die Pilotstudie ist es, wichtige Punkte für eine kontinuierliche Verbesserung der Ausstattung und Aufbauorganisation und somit der Optimierung der Erstellung einer individuellen Reiseberatung herauszuarbeiten. Letztlich kann diese Befragung ein Instrument zur Qualitätsverbesserung sein und extern zur Transparenzsteigerung bis hin zum Benchmarking wertvolle Dienste leisten. Die Leistung „Beratungsgespräch“ soll hinsichtlich der Qualität und der aktuellen Relevanz überprüft werden.

Die Ergebnisse dieser Evaluierung sollten allerdings vor dem Hintergrund ihres spezifischen Organisationsumfeldes und der damit verbundenen tatsächlich realisierbaren Intervention gesehen werden (Chen, 1990).

Viele wertvolle Kommentare und Verbesserungsvorschläge zur Beratung an sich, zur Art und Weise und zum Inhalt des Gespräches und der darauf basierenden schriftlichen Empfehlung konnten erfasst werden. Dadurch, dass das Pilotstudieninterview nach der Reise stattfand, konnte auch auf Aspekte der Praktikabilität in der Umsetzung der ausgesprochenen Beratung eingegangen werden.

5.2.1. Telefonischer Kundenkontakt

Im Umgang mit den Kunden wurden die Mitarbeiter des RMZ während der telefonischen Erfassung der persönlichen Daten als freundlich und zuvorkommend im Umgang eingeschätzt. Nicht klar ist, inwieweit sich die Kunden aufgrund der Situation des persönlichen Interviews und somit des direkten Kontakts mit dem Interviewpartner nicht zu ihrer Unzufriedenheit äußern wollten oder konnten.

In einer ersten Vergleichsstudie zwischen Telefon- und face-to-face-Interviews, die Mitte der siebziger Jahre von Rogers (1976) in New York durchgeführt wurde, zeigte sich, dass das Telefoninterview etwas weniger sozial erwünschte Antworten erbringt (Schwartz et al., 1991). Eine Vergleichsanalyse des Sample Instituts bestätigte eine „deutlich (=mutigere) Stellungnahme“ beim CATI-Interview (Glasgow & Bühler, 1987). Auch der Interview-Stil wirkte sich in der frühen Studie von Roger (1976) auf das Antwortverhalten beim Telefoninterview weniger stark aus als beim face-to-face-Interview. Ferner eignet sich das Telefoninterview offenbar etwas besser als das face-to-face-Interview, wenn es um die Beantwortung sogenannter „sensibler Fragen“ (z.B. Alkoholgenuss, Sexualverhalten) geht (Cockerham et al. 1990, Farago & Zeugin 1993).

Unterschiede zwischen den Erhebungsmodi CATI oder face-to-face gibt es auch bei offenen Fragen. Hier fallen die Antworten im Telefoninterview kürzer und etwas einfallloser aus als im face-to-face-Interview (Groves & Kahn, 1979). Dieser

qualitative Vorteil des face-to-face-Interviews ist besonders auffällig, wenn es sich um allgemeine und weniger aktuelle Sachverhalte handelt (Glagow & Bühler, 1987). Schwarz et al. (1991) konnten in diesem Zusammenhang zudem vergleichen, dass der recall im Telefoninterview zumindest im Vergleich zur schriftlichen Befragung deutlich schlechter ausfällt. Was für die Pilotstudie heißen würde, dass sich die Kunden nicht an jede Einzelheit ihrer Reiseberatung genau erinnern und so eher ungenau bewerten können, wie sie diese qualitativ einschätzen würden.

Zum schlechteren recall im Telefoninterview trägt die Interviewsituation entscheidend bei. Phasen längeren Nachdenkens sind vor allem im schriftlichen, aber auch bei face-to-face-Interviews eher möglich als beim schnelleren Telefoninterview (Friederichs 1990). Das Vorlesen von Antwortvorgaben im Telefoninterview führt ferner zu recency effects, d.h. die zuletzt vorgesehene Antwortmöglichkeit wird bei der gleichen Frage mit unterschiedlicher Antwortreihenfolge bevorzugt gewählt (Schwarz et al. 1991). Andererseits muss man beim face-to-face-Interview mit primacy effects (zugunsten der zuerst präsentierten Antwortmöglichkeit) in nicht geringerem Ausmaß rechnen, wenn zur Beantwortung von Fragen Antwortkärtchen vorgelegt werden.

5.2.2. Layout

Ingesamt wurde am häufigsten das Aneinanderreihen von Textbausteinen in der schriftlichen Beratung bemängelt. Obwohl die Beratung individuell auf den einzelnen Kunden erstellt und zugeschnitten ist, erweckt das Design den Anschein, pauschal ausgegeben zu sein. Einige der Interviewteilnehmer bemerkten auch, dass ihnen insgesamt weniger Text mit spezielleren Auskünften lieber sei. Das Layout wurde teilweise auch als unübersichtlich und „heruntergeschrieben“ beurteilt. Eine gestalterische Überarbeitung des Layouts scheint angezeigt.

5.2.3. Malariaphylaxe

Allein die Vielfalt und Menge der gegebenen Anmerkungen durch die Interviewteilnehmer und Interviewerinnen zur Malariaphylaxe spiegelt den Zwiespalt von empfohlener und angewandter Malariaphylaxe (Meyer, 2001) wider. Ebenso tritt an dieser Stelle zu Tage, dass die unterschiedlichen (Experten-) Meinungen, wann, wie und mit welchem Medikament eine Malariaphylaxe angewandt wird, dazu beiträgt, den Kunden hinsichtlich der Umsetzung während seines Urlaubs erheblich zu verunsichern. Hinzu kommt, dass die Entscheidung, welche Malariaphylaxe in welcher Form angewandt wird, nicht nur von der rein sachlich ausgesprochenen Empfehlung abhängig ist, sondern in deutlichem Maß mit dem Vertrauensverhältnis zwischen Reisenden und Beratungsinstanz (Hausarzt, Reisemedizinisches Beratungsinstitut, Freunde und Bekannte, Einheimische, siehe auch Kpt. über Compliance in der reisemedizinischen Beratung zu Beginn dieser Arbeit) zusammenhängt. Wichtig erscheint hier, dass in der Erstellung einer Beratung nicht nur Wert auf reine Fakten bzgl. der Krankheit und ihrer Verbreitung auf evidenzbasiertem Konsensus gelegt wird, sondern mit gleichem Gewicht auch eine Stärkung des Empowerment des Kunden hinsichtlich seiner Entscheidung im Umgang mit der Prophylaxe stattfinden sollte.

Unter Berücksichtigung evidenz-basierter Medizin sollte nach der Auffassung von Sackett et al. (2000) die Entscheidungsfindung des Patienten bzw. des Kunden bei der Beratung immer unter folgenden Punkten gesehen werden:

1. Was ist der Vor- und Nachteil für den Kunden?
2. Was stellt sich der Kunde vor? Welche Präferenzen hat er?
3. Was will der Berater mit der ausgesprochenen Empfehlung verhindern bzw. welche Nebeneffekte werden zugunsten der Behandlung in Kauf genommen?

5.2.4. Sonstiges

Insgesamt wurde gebeten, eine Möglichkeit zur detaillierten Beratung bei einzelnen Themen zu ermöglichen. Hier wirft sich z.B. die Frage auf, inwieweit schon eine Differenzierung während des Beratungsgesprächs möglich ist. Denkbar ist z.B. die demografische und persönliche Datenerhebung von weniger qualifiziertem Personal durchführen zu lassen, während die speziell gesundheits- bzw. krankheitsorientierte Beratung von medizinisch qualifizierteren Mitarbeitern erstellt wird.

Ebenfalls sollte ein Angebot für Kunden, die mehr als einmal die reisemedizinische Beratung des RMZ in Anspruch nehmen wollen, ins Leben gerufen werden. Es schafft gleichzeitig auf der einen Seite eine Kundenbindung auf der anderen Seite eine schnellere und komfortablere Informationserfassung.

Von Kundenseite aus wurde auch vorgeschlagen, eine deutlich offensiveres Marketing zu betreiben und so den Bekanntheitsgrad des RMZ zu erhöhen. Leider ist dies aufgrund der Gesellschaftsform des RMZ als Träger einer gesundheitlichen Einrichtung der Hamburger Gesundheitsbehörde nicht möglich. Über die Möglichkeit alternativer Geschäftsformen könnte in diesem Rahmen nachgedacht werden.

Mehrfach wurde darauf hingewiesen, dass es zu einer erheblichen Diskrepanz der reisemedizinischen Empfehlung durch das RMZ und der Empfehlung und Durchführung der Impfungen der dazugehörigen Impfstelle des BNI kam. Um eine Verunsicherung des Kunden zu vermeiden, sollte die Empfehlung und Durchführung auf jeden Fall von beiden Seiten wesentlich besser aufeinander abgestimmt werden.

5.3. Fragen zur Gesundheit

Innerhalb der Pilotstudie wurden Fragen bezüglich des allgemeinen Gesundheitszustandes, des Gesundheitszustandes im Vergleich zu vor der Reise und Fragen zur Veränderung des Gesundheitszustandes in Zusammenhang mit der Reise gestellt. In den Ergebnissen zeigte sich deutlich, dass es sowohl zu Gesundheitsverbesserung als auch zu Gesundheitsverschlechterung während und nach der Reise kam. Ob und wie in diesem Bereich Kausalzusammenhänge bestehen, kann durch die Pilotstudienfragen nicht geklärt werden. Immerhin aber

trägt Reisen nicht nur dazu bei, mehr Krankheiten zu bekommen, sondern hat nach subjektiver Einschätzung der Reisenden auch einen positiven Effekt auf ihren Gesundheitszustand. Um detaillierter auf diesen Zusammenhang eingehen zu können, sollten die Fragen der Hauptstudie in größerem Umfang und auch mit validiertem und reliableren Hintergrund gestellt werden. Nicht klar ist die Validität der Pilotstudie hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen Reisen und dessen Einfluss auf das persönliche, selbsteingeschätzte Gesundheitsempfinden.

Innerhalb der Lebensqualitätsforschung in der Medizin stellt sich zunehmend die Frage nach der „erlebten Gesundheit“, d.h. die subjektive Repräsentation der Gesundheit aus Sicht der Betroffenen, die auch unter dem Begriff Lebensqualität bekannt wurde (Spilker 1996). Die Lebensqualität der Patienten ist eine Größe sowohl in der Bewertung von Therapien, als auch in der Frage nach dem Nutzen der Therapien im gesamtgesellschaftlichen Kontext (Gesundheitsökonomie) (Bullinger 2000). Eingesetzt wird der Begriff auch auf institutioneller Ebene zur Beschreibung von Versorgungsstrukturen als Instrument der Qualitätssicherung. Und neuerdings im Bereich der öffentlichen Gesundheit zur Beschreibung der Lebensqualität bestimmter Bevölkerungsgruppen mit dem Ziel der optimierten Gesundheitsversorgung (Bullinger 1997).

Vor diesem Hintergrund wurde vor der Auswahl der Fragen überprüft, ob bereits entwickelte Fragebögen anderer Autoren speziell im Bereich der Lebensqualität, für die eigene Untersuchung geeignet gewesen wären (Bortz & Döring, 2002). Leider fand sich auf diesem speziellen Wissensgebiet kein vorhandenes passendes Instrument, um die spezielle Fragestellung des positiven Effekts von Reisen auf die subjektive Gesundheitseinschätzung zu messen.

Trotz der theoretischen Auseinandersetzung, die in der operationalen Definition in Messinstrumenten ihren Niederschlag findet, bestehen nach wie vor Probleme mit der Differenzierung zwischen Gesundheitszustand und Lebensqualität (Ravens-Sieberer & Cieza, 2000). Im Prinzip, so könnte man sagen, beinhaltet Lebensqualität - wie auch in der WHO-Gesundheitsdefinition vorgeschlagen - das subjektive Erleben der wesentlichen Gesundheitsdimensionen: nämlich der körperlichen, sozialen und psychischen. Damit wäre Lebensqualität synonym mit subjektiver oder erlebter

Gesundheit im Gegensatz zu medizinisch erfassten gesundheitlichen Parametern. Vielen Kritikern geht diese Definition aber nicht weit genug, da, obwohl positiv zu bemerken ist, dass der Patient bzw. Kunde nach seiner Einschätzung gefragt wird, letztendlich die selbstberichtete Information über den Gesundheitszustand auf verhaltensnahe und funktionale Aspekte begrenzt wird. Wie der Befragte diese Aspekte bewertet, bleibe nach wie vor unklar. Gegner dieser Position wiederum sind der Meinung, dass in der Beschreibung von subjektiv erlebten Gesundheitszuständen sich diese Bewertung bereits widerspiegelt (Hays et al. 1993). Ob die individuelle Relevanz von Komponenten der Lebensqualität unterschiedlich ist und deswegen eine Gewichtung der z.B. in Lebensqualitätfragebögen verwandten Einzelfragen bzw. Dimensionen von Nöten ist, bleibt ungelöst (Guyatt & Cook 1994).

Obwohl sich in der Literatur zum Thema Lebenszufriedenheit viele Autoren mit der Gewichtung beschäftigt haben, bleibt insgesamt festzuhalten, dass die Untersuchungen hierzu keinen großen Erklärungsgewinn durch Einbeziehung von Gewichtungsdimensionen gefunden haben (Ravens-Sieberer & Cieza 2000). Das mag ein methodisches Artefakt dadurch begründet sein, dass wenn Befragte nach der Wichtigkeit von Lebensbereichen gefragt werden, sie tendenziell alle oder zumindest die meisten für „ziemlich“ oder „sehr wichtig“ halten. Es kann aber auch reflektieren, dass diese Lebensbereiche in ihrer Wichtigkeit variieren. Gerade die zeitlichen und individuellen Perspektiven der Lebensqualität und individuellen Einschätzung der Gesundheit, u.a. die Veränderung auch infolge von Bewältigungsprozessen und veränderten Wertmaßstäben, machen auf konzeptioneller Ebene zu schaffen (Guyatt & Cook 1994).

5.4. Anwendung von EpiInfo2000 als Interviewgrundlage

Ingesamt fand ein reibungsloser Interviewverlauf mit der am Computer konzipierten Fragebogenmaske statt. Wert sollte allerdings hierbei auf die von dem CDC herausgegebenen Systemvoraussetzung (www.cdc.gov/epiinfo, mindestens Windows 95, 98, ME, NT 4.0, 2000, oder XP; mindestens 32 MB Arbeitsspeicher, bei

Windows NT 4.0, 2000, oder XP; 200 MHz Prozessor, 50 MB als freier Hardwarespeicherplatz) gelegt werden. Ist dies nicht der Fall, kann es zu ernsthaften Problemen wie „Absturz“ kommen, wenn zwei oder mehrere Interviews zur selben Zeit von verschiedenen Computern aus geführt werden.

Da die Dateneingabe schon während des Interviews stattfindet, sollten alle Arbeitsplätze auf jeden Fall mit Headsets zum Telefonieren ausgestattet sein.

Innerhalb des Programms EpilInfo2000 ist es möglich, Interviewfragen so zu konzipieren, dass sie beantwortet werden müssen. Bei Überspringen der Frage ist ein Fortgang des Interviews nicht möglich. Das hat den Vorteil, dass es beim Interview und somit auch bei Eingabe in den Datensatz kaum oder gar nicht zu Systemmissings kommt.

Das Computerprogramm EpilInfo2000 lässt unterschiedliche Fragetypen (offene oder geschlossene Fragen, wenn/dann Fragen, Fragen, die unbedingt beantwortet werden müssen etc.) zu. Voraussetzung der Dateneingabe zu diesen Fragen ist eine genaue Kenntnis zum Umgang mit den unterschiedlichen Fragetypen und somit auch mit dem Umgang dieser Computersoftware. Auf eine ausführliche und präzise Interviewerschulung sollte daher großen Wert gelegt werden (Bortz & Döring, 2002).

Die Online-Befragung durch ein CATI-Interview macht es möglich, gerade räumlich verstreute Personen auf eine einfache Art und Weise zu erreichen. Es ist eine zeitgleiche Erfassung der Daten und eine schnelle Auswertung möglich (Pfaff & Bentz, 1998).

5.5. Diskussion des Designs

5.5.1. Stichprobe

Bei der kritischen Diskussion der Ergebnisse sind auch die Stichprobe betreffende Aspekte zu berücksichtigen. Insgesamt wurden als Interviewpartner nur Kunden des RMZ ausgesucht. Die daraus 140 zustande gekommenen Interviews basieren daher auf einer Population von Interviewteilnehmern, die sich selbständig zu ihrer Reise bezüglich ihrer Gesundheit haben beraten lassen und so eventuell eher auf ihre

Gesundheit achten, als die ausgewählten Studienteilnehmer für die Hauptstudie. Diese setzten sich ausschließlich aus Mitgliedern der BKK-VBU Berlin zusammen und sind Krankenversicherte, die extra vor und nach ihrer Reise mit den Fragen der Studie konfrontiert wurden. Bezüglich des Gesundheitsverhalten und der Compliance könnte es so zu anderen Verhaltensweisen kommen. Da es aber in der Pilotstudie eher um die Testung der Fragen auf ihre Konstruktionsweise und die Qualitätssicherung für das RMZ geht, treten inhaltliche Fragen bezüglich eines Selektionsbias der Studienpopulation und deren Aussage für die Hauptpopulation in den Hintergrund.

5.5.2. Untersuchungsbedingungen

Um den Einfluss von Kontextfaktoren auf die Ergebnisse zu eliminieren, ist es wichtig, für die gesamte Untersuchung gleiche Untersuchungsbedingungen zu schaffen. Eine in diesem Sinne standardisierte Gestaltung war für die Pilotstudie schon durch die Art der Gestaltung des Fragebogens mit dem Epilinfo Programm gegeben. Nur die einleitenden Worte zu Beginn des Interviews waren von den Interviewerinnen frei variabel. Gab es Verständnisschwierigkeiten bei den Fragen, konnten sie individuell für den einzelnen Interviewpartner geklärt werden.

Die Durchführung der Befragung fand nur durch zwei Personen und ausschließlich in den Räumen des RMZ statt. Die Untersuchungsbedingungen können somit mit Ausnahme der einleitenden Sätze zu Beginn des Interviews und zu Verständnisschwierigkeiten als relativ konstant angesehen werden. Allerdings ist der Kontext der Datengewinnung nicht vollständig kontrollierbar. Der Interviewer kann - obwohl das nonverbale Verhalten als Fehlerquelle durch das Telefon minimiert wird - die Antworten beeinflussen (Pfaff & Bentz, 1998). Der Interviewte kann im Fall eines standardisierten Telefoninterviews seine Sinnbezüge nur im Rahmen der gestellten Fragen ausbreiten. Um dem entgegenzuwirken, wurden innerhalb des Fragebogens der Pilotstudie Möglichkeit zu Kommentaren gegeben. Schriftliche Erinnerungsstützen und Visualisierungsmittel fehlen bei einem Telefoninterview. Außerdem ist die untersuchte Stichprobe auf den Kreis der Telefonbesitzer (Pfaff &

Bentz, 1998) beschränkt. Das stellte in der vorliegenden Untersuchung kein Problem dar, da die Kunden des RMZ sowieso ihre erste Kontaktaufnahme per Telefon hatten und somit klargestellt war, dass überhaupt ein Telefonanschluß vorhanden ist.

Eine Vergleichsuntersuchung zeigte, dass es zwischen dem face-to-face-Interview, der brieflichen Befragung und dem Telefoninterview keine Unterschiede hinsichtlich des Antwortverhaltens gibt. Die Teilnahmequote lag bei den Telefoninterviews jedoch höher als bei dem persönlichen Interview oder der brieflichen Befragung (Reuband & Basius, 1996).

5.6. Grenzen und Leistungen der Studie

Die Ergebnisse müssen unter den Aspekten des limitierten Designs, der relativ konstanten Untersuchungsbedingungen und der Fallzahl gesehen werden.

Da es keine vergleichbaren Untersuchungen zu dem Thema Reisen und deren positive Auswirkungen auf die Gesundheit gibt, können keine vergleichenden Aussagen zur Validität und Reliabilität der Ergebnisse gemacht werden.

Aufgrund der für die Hauptstudie angedachten hohen Anzahl der Interviewteilnehmer (ca. 1.400 Teilnehmer) und der zur Verfügung stehenden Ressourcen sollte die Interviewdauer von zehn Minuten pro Interview nicht überschritten werden. Der Einsatz eines standardisierten Befragungsinstrumentes wie z.B das SF 36 war so nicht angebracht.

Fragen zur Gütequalität der einzelnen Fragen wurden nicht durch die Pilotstudie beantwortet. Die geschlossenen Fragen der Pilotstudie Reisen und Gesundheit sollten in weitergehenden Studien auf ihre Validität und Reliabilität geprüft werden. Folgestudien im Bereich der Reisemedizin zur Beantwortung der Einschätzung subjektiven Gesundheitsempfindens Reisender sollten aus dem Bereich der nicht standardisierten Fragen der Pilotstudie Ansätze zur qualitativen Erfassung des Themas Reisen und Gesundheit entwickeln.

Sowohl die Pilot- als auch die Hauptstudie Reisen und Gesundheit gelten aber als erste Schritte in der Auseinandersetzung mit gesundheitsbezogenen und nicht

krankheitsorientierten Informationen bezüglich des Themas Reisen. Außergewöhnlich an diesen Studien ist also deren gesundheitswissenschaftliche Ausrichtung, die detaillierter und standardisierter in Folgeuntersuchungen zum Thema gemacht werden sollte.

Systematische Untersuchungen über die Auswirkungen des Reisens auf den subjektiven Gesundheitszustand des Reisenden existierten bisher nicht. Es zeigte sich neben dem insgesamt positiven Effekt auch, dass Gesundheitsstörungen über das Reiseende hinausgehende negative Auswirkungen auf das subjektive Gesundheitsempfinden haben können.

Aussagen über die Gesundheitskosten im zeitlichen Zusammenhang mit der Reise wurden in der Pilotstudie nicht erhoben. In der Hauptstudie Reisen und Gesundheit fanden sich allerdings erstmals Hinweise, dass Gesundheitskosten in zeitlichem Zusammenhang mit der Reise sinken. Dies konnte sowohl hinsichtlich privater Ausgaben für Gesundheit als auch für die Kosten gezeigt werden, die durch Arztbesuche oder Krankenhausaufenthalte nach der Reise entstehen. Hier sind jedoch weitere Untersuchungen erforderlich, um die Dauer dieses Effektes abzuschätzen.

Gesundheitsvorsorge, die in der Regel mit Kosten verbunden ist, stellt einen Faktor dar, der zur Verbesserung des Gesundheitszustandes auf Reisen beiträgt. Welche Art der Gesundheitsvorsorge besonders effektiv ist, wurde in der vorliegenden Studie nicht untersucht.

Aussagen über eine Korrelation zwischen der selbst eingeschätzten Präferenz für Sicherheitsbedürfnis und Risikobereitschaft im Urlaub mit dem subjektiven Gesundheitszustand wurden nicht genauer betrachtet.

Die Befriedigung individueller Bedürfnisse - allerdings möglichst aller Personen einer Bevölkerung bzw. eines Landes - ist eine zentrale Vorstellung in modernen Public Health Konzepten (Schwartz et al. 1998). Public Health umfasst alle Analysen und Management-Ansätze, die sich vorwiegend auf ganze Populationen oder größere Subpopulationen beziehen, und zwar organisierbare Ansätze bzw. Systeme der Gesundheitsförderung, der Krankheitsverhütung und der Krankheitsbekämpfung unter Einsatz kulturell und medizinisch angemessener, wirksamer, ethisch und

ökonomisch vertretbarer Mittel. Jedoch sind die Maximen für Planung und Entscheidung im Gesundheitswesen sowie das medizinische System und die darin geleistete Ausbildung gegenwärtig überwiegend auf das Individuum konzentriert. Bei der Frage nach der Lebensqualität und individuellen Gesundheit wird aber gerade unter gesundheitsökonomischer Sicht die Verbindung zur Gesellschaft und deren System gesucht (Schrappe 2001).

Die Gesundheitspolitik steht zur Zeit vor allem vor der Aufgabe, die Finanzierbarkeit des gesetzlichen Krankenversicherungssystems zu gewährleisten. Bei der ökonomischen Steuerung stellen sich hier die folgenden Fragen:

- Welchen Anteil soll das solidarisch finanzierte Krankenversicherungssystem an der Gesundheitsversorgung übernehmen?
- Welche gesundheitspolitischen Prioritäten werden bei der Ressourcenverwendung gesetzt?
- Wie kann mit den vorhandenen Ressourcen der größtmögliche Gesundheitseffekt erzielt werden? (Griesewell & Bernadi 1998).

Welchen Stellenwert Gesundheit im Vergleich zu anderen Gütern innerhalb einer Gesellschaft einnimmt, ist zunächst eine politische Entscheidung. Grundsätzlich ist vorstellbar, dass dem Gut Gesundheit sowohl geringere als auch eine wesentlich höhere Bedeutung beigemessen werden kann, als dies momentan der Fall ist. Dem Finanzierungsproblem des Gesundheitssystems liegt somit eine Werteentscheidung zugrunde. Es stellt sich demnach die Frage, wie viel die Gesellschaft und der Einzelne für Gesundheitsleistungen auszugeben bereit ist, und wie viel „Gesundheit“ bei entsprechendem Mitteleinsatz erzielt werden kann (Schlichterle 2001). Reisegesundheit und reisemedizinischen Beratung sollten konkreter herausstellen, welche Leistungen in der Beratung und Empfehlung erbracht werden müssen, welche eigenfinanziert und welche krankenkassenfinanziert werden können, welche Ressourcen überhaupt eingesetzt werden müssten, um den Erhalt und/oder Verbesserung des individuellen Gesundheitszustands während und nach der Reise zu erreichen.

Das Thema Reisen und Gesundheit wirft die Frage auf, inwieweit Reisen eine Gesundheitsressource, besonders für chronisch Kranke, darstellt und so zu einer Wiederherstellung bzw. Verbesserung der Arbeitskraft beitragen kann. Dies könnte sich vor dem Hintergrund der derzeitigen Altersentwicklung der Gesellschaft als ein interessantes Thema erweisen.

Der salutogenetische Ansatz von Antonovsky (1979) befasst sich ebenfalls mit der Frage, was einen Menschen gesund hält. Antonovsky regte einen Paradigmenwechsel von der reinen Krankheitsforschung zu einer Gesundheitsforschung an (Vogt 1998). In Bezug auf die Reisemedizin bedeutet das eine Verlagerung der ausschließlichen Thematisierung der durch eine Reise entstandene Krankheit hin zu einer Fokussierung auf die gesundheitserhaltenden bzw. -verbessernden Aspekte einer Reise.

Fragen wie:

- Warum bleiben Menschen gesund- trotz vieler potentiell gesundheitsgefährdender Einflüsse?
- Wie schaffen sie es, sich von Erkrankungen wieder zu erholen?
- Was ist das Besondere an Menschen, die trotz extremer Belastungen nicht krank werden?

stellen sich in den Vordergrund. Spätestens seit der Entwicklung der Ottawa-Charta der WHO 1986 steht innerhalb der Gesundheitsförderung das Lebensweisenkonzept im Mittelpunkt. Gesundheitsförderung als ein sozial-ökologisches Gesundheits- und Präventionsmodell betrachtet Gesundheit nicht als Ziel, sondern als Mittel, um Individuen zu befähigen, individuelles und gesellschaftliches Leben positiv zu gestalten (Bröskamp-Stone et. al. 1998). Präventive Maßnahmen werden somit nicht durch das professionelle System verordnet. Sie zielen auf die aktive und selbstverantwortliche Beteiligung der Laien an der Herstellung gesundheitsfördernder Bedingungen, auf den Dialog und die Interaktion zwischen Laien und Professionellen. Mit dieser Zielsetzung zeigt die Gesundheitsförderung große Nähe zum Empowerment-Ansatz (Stark 1996).

5.7. Bedarf an weiterführenden Studien und deren Fokus

Als wichtige Ansätze für weitere Studien kommen nach dem vorliegenden Wissensstand folgende Themen in Frage:

- Eine repräsentative, populations-basierte Folgestudie sollte Nah- und Fernreisende mit Personen vergleichen, die ihren Urlaub zuhause verbringen. Dadurch könnte der Effekt des Reisens von Gesundheitseffekten abgegrenzt werden, die durch einen Urlaub an sich entstehen. Zusätzlich sollte bei einer Folgestudie die Repräsentanz für die deutsche Wohnbevölkerung angestrebt werden.
- Der Einfluss von Gesundheitsberatung und deren Qualität auf die Erkrankungs- und Unfallfrequenzen sollte evaluiert werden, ebenso wie die Relevanz reisemedizinischer Empfehlungen für die Reisenden.
- Prospektive Studien zur Verbesserung der Aussagekraft reisemedizinischer Forschung und zur Bestätigung des vermuteten günstigen Kosten-Nutzen-Vergleichs bei empfohlenen Maßnahmen liegen derzeit nicht vor.
- Nähere Untersuchungen zur Compliance in der Reisemedizin stehen aus. Bei häufig komplexen Empfehlungen beispielsweise zur Malariaprophylaxe oder zur Nahrungshygiene sollten Strategien erarbeitet werden, die Empfehlungen verständlicher und klientenfreundlicher zu gestalten. Empfehlungen sollten auch in Hinsicht auf die Stärkung von Kompetenzen, Eigenverantwortlichkeit und Selbsthilfefähigkeit der Kunden untersucht werden.
- Differenzierte Studien zur Unfallentstehung auf Reisen und deren Verhütung liegen nur für wenige Einzelaspekte vor. Umfassendere Untersuchungen könnten Hilfen zur Unfallvorbeugung evaluieren.
- Für chronisch erkrankte Reisende ist eine genauere Evaluierung notwendig, welche Reiseregionen positive bzw. negative Einflüsse auf Vorerkrankungen haben.

6 Zusammenfassung

Mit der vorliegenden Studie wurden 140 Interviewteilnehmer aus dem Kundensatz des RMZ befragt.

Mit den Methoden Pretest/Standard Pretest (Belson, 1981), Kognitivem Debriefing und der quantitativen Inhaltsanalyse nach Mayering wurden die Teilnehmer und Durchführenden des Interviews zu den Pilotstudienfragen nach ihrem Inhalt und ihrer Konstruktionsweise befragt.

Insgesamt zeigte sich ein problemloser Umgang mit den Fragen. Es wurden kaum Schwierigkeiten beschrieben.

Die Kunden des RMZ gaben retrospektiv eine Qualitätsbeurteilung der Reiseberatung ab, die wertvolle Hinweise zur Serviceverbesserung und Bedarfsorientierung der reisemedizinischen Beratung des RMZ geben.

Das Computerprogramm EpilInfo2000 wurde erstmals als CATI-Interview eingesetzt und die Fragen der Pilotstudie auf ihre EpilInfo2000 Tauglichkeit geprüft. EpilInfo2000 stellte sich als kostengünstiges und nach genauer Einarbeitung leicht handhabbares Interviewinstrument da.

Hinweise zu möglichen positiven Auswirkungen des Reisens auf die Gesundheit wurden aufgezeigt, und somit ein erster Schritt in Richtung einer gesundheitswissenschaftlichen Sichtweise des Themas Reisen angedeutet.

7 Literaturverzeichnis

Abdellah FG, Levine E (1957): Developing a measure of patient and personnel satisfaction with nursing care. 5: 100-2. Nurs Res

Abdullah ABM Hedley AJ, Fielding R (1999): Sexual behaviour in travellers. The Lancet 353(9152): 595

Abdullah AS, McGhee SM, Hedley AJ (2001): Health risks during travel: a population-based study amongst the Hong Kong Chinese. Ann Tropical Med Parasitology, 95: 105-110

Aday LA (1996): Designing and conducting health surveys: a comprehensive guide. San Francisco: Jossey-Bass

Aderhold et al. (2000): Tourismus in Entwicklungsländer. In: Schriftenreihe für Tourismus und Entwicklung, ISBN 3-9804846-7-X

Ahlm M, Lundberg S, Fesse K, Wistrom J (1994): Health problems and selfmedication among Swedish travellers. Scand J Infect Dis 26(6): 711-7

Ahmad K (2001): Fears that Afghan exodus threatens polio eradication. Lancet 358: 1161

Aktionsforum Gesundheitsinformationssystem (afgis), <http://www.afgis.de>, 13.04.02

Ajzen I & Fishbein M (1980): Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs: Prentice-Hall

Allmer H (1990): Gesundheitsverhalten als intentionales und volitives Geschehen. In Schwarzer R (Hrsg.): Gesundheitspsychologie – ein Lehrbuch, S. 117-130. Göttingen: Hogrefe

Allmer H (1997): Intention und Volition. In Schwarzer R (Hrsg.): Gesundheitspsychologie –ein Lehrbuch, S. 67-89. Göttingen: Hogrefe.

Antonovsky A (1979): The salutogenetic model of health. San Francisco: Jossey-Bass

Badura B, Grande G, Janßen H, Schott T (1995): Qualitätsforschung im Gesundheitswesen. Ein Vergleich ambulanter und stationärer kardiologischer Rehabilitation. Weinheim-München: Juventa

Badura B, Strodtholz P (1998): Qualitätsförderung, Qualitätsforschung und Evaluation im Gesundheitswesen. In Schwartz FW (Hrsg.): Das Public Health Buch, Gesundheit und Gesundheitswesen. Seite 574-584. München: Urban und Schwarzenberg

Bandura A (1997): Self-Efficacy. The Exercise of Control. New York: Freeman.

Basnyat B, Litch J (1997): Medical problems of porters and trekkers in the Nepal Himalaya. Wildern Environm Med 8: 78-81

Basnyat B, Savard GK, Zafren K (1999): Trends in the workload of the two high altitude aid posts in The Nepal Himalayas. J Travel Med 6(4): 217-22

Bates DW, Cullen DJ, Laird N, Petersen LA, Small SD, Servi D, Laffel G, Sweitzer BJ, Shea BF, Hallisey R (1995): Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events: Implications for prevention. JAMA 274: 29-34. 26

Behrens RH, Roberts JA (1994): Is travel prophylaxis worthwhile? Economic appraisal of prophylactic measures against malaria, hepatitis A, and typhoid in travellers. *BMJ* 1994 309(6959): 918-22; Comment in: *BMJ*. 1995 Feb 11;310(6976):401-2; *BMJ*. 1995 Feb 11;310(6976):402; *BMJ*. 1995 Jan 7;310(6971):61; *BMJ*. 1995 Jan 7;310(6971):61-2

Bellach BM, Hense HW, Hoffmann W (1999): Leitlinien und Empfehlungen zur Sicherung von guter epidemiologischer Praxis (GEP). Berlin: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Epidemiologie

Belson WA (1981): The design and understanding of survey questions. Aldershot, England: Gower

Belson WA (1996): Validity in survey research. Aldershot, England: Gower

Benkenstein M (1993): Dienstleistungsqualität. Ansätze zur Messung und Implikationen für die Steuerung. *Zeitschrift für Betriebswirtschaft*, 63, 11, 1095-1116.

Berkel I (1998): Die Rolle der Organisationsentwicklung im Dienstleistungsqualitätsmanagement dargestellt am Beispiel einer Kundenbefragung im Privatkundengeschäft. München: Hampp.

Bentley TA, Page SJ, Laird IS (2000): Safety in New Zealand's adventure tourism industry: The client accident experience of adventure tourism operators. *J Travel Med* 7(5): 239-245

Bentley T, Page S, Meyer D, Chalmers D, Laird I (2001): How safe is adventure tourism in New Zealand? An exploratory analysis. *Applied ergonomics* 32: 327-338

Berwick DM, Leape LL (1999): Reducing errors in medicine. *BMJ* 319: 136- 137. Letters: Gaba D (30.07.99), Richman A (28.07.99), Leape LL (16.09.99)

Bishop G (1992): Qualitative Analysis of Question-Order and Context Effects: The Use of Think-Aloud Responses. In: Schwarz N, Sudmann S (eds.): Context Effects in Social and psychological Research. S. 149-162. New York: Springer,

Bitner MJ (1990); The Evaluation of the Marketing Mix und its relationship to Service Quality. In Brown SW, Gummesson E, Edvardson B, Gustavsson BO (eds.): Service Quality. Multidisciplinary and Multinational Perspectives, S.23-37. Mass: Lexington

Bloor M, Thomas M, Hood K, Abeni D, Goujon C, Hausser D, Hubert M, Kleiber D, Nieto JA (1998): Differences in sexual risk behaviour between young men and women travelling abroad from the UK. Lancet 352(9141):1664-8, Comment in: Lancet. 1999 Feb 13;353(9152):595, Lancet. 1999 Feb 13;353(9152):595-6

Bortz J, Döring N (2002): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. Berlin: Springer

Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG (1991):Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study. Engl J Med 324: 370-6.

Brösskamp-Stone U, Kickbusch I, Walter U (1998): Gesundheitsförderung. In: Schwartz et. al. (Hrsg.): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München: Urban und Schwarzenberg. 141-150

Bruhn M (1995): Dienstleistungsqualität: Konzepte – Methoden – Erfahrungen. Wiesbaden: Gabler

Bruhn M (1997): Qualitätsmanagement für Dienstleistungen. Grundlagen, Konzepte und Methoden. Berlin: Springer.

Bruhn M (1998): Wirtschaftlichkeit des Qualitätsmanagements. Qualitätscontrolling für Dienstleistungen. Berlin: Springer

Brundlandt GH (Office of the Director-General) (2000): Global Perspectives on Mental Health, WHO 13/10/2000, <http://www.who.int27>

Bruni M, Steffen R (1997): Impact of travel-related health impairments. J Travel Med, 4: 61-64

Bullinger M (2000): Lebensqualität - Aktueller Stand und neuere Entwicklungen der internationalen Lebensqualitätsforschung. In Ravens-Sieberer U & Cieza A (Hrsg.): Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin. S. 13-24. Landsberg: Ecomed

Bullinger M (1997): Gesundheitsbezogene Lebensqualität und subjektive Gesundheit. Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie. 47: 76-91

Burstein GR, Gaydos CA, Diener-West, Howell MR, Zenilman JM, Quinn TC (1998): Incident of chlamydia trachomatis infection among inner-city adolescent females, JAMA 280: 521-526

Castelli F, Carosi G (1995) Epidemiology of traveler's diarrhea. Chemotherapy 41 Suppl 1: 20-32

Castelli F, Beltrame A, Carosi G (1998): Principles and management of the ambulatory treatment of traveller's diarrhea. Bull Soc Pathol Exot 91(5 Pt 1-2): 452-5

Centre for disease control, <http://www.cdc.gov>, 14.04.02

Chen HT (1990): Theory-Driven Evaluations. London: Sage

Christenfeld N, Glynn LM, Phillips DP, Shrira I (1999): Exposure to New York City as a risk factor for heart attack mortality, *Psychosom Med* 61(6): 740-3

Cobelens FG, Leentvaar-Kuijpers A, Kleijnen J, Coutinho RA (1998): Incidence and risk factors of diarrhea in Dutch travellers: consequences for priorities in pre-travel health advice. *Trop Med Int Health* 3(11): 896-903

Cobelens FG, van Deutekom H, Draayer-Jansen IW, Schepp-Beelen AC, van Gerven PJ, van Kessel RP, Mensen ME (2000): Risk of infection with *Mycobacterium tuberculosis* in travellers to areas of high tuberculosis endemicity. *Lancet* 356(9228): 461-5, Comment in: *Lancet*. 2000 356(9228): 442-3

Cockerham WC, Kunz G, Lüschen G (1990): Sozialforschung per Telefon: BRD und USA im Vergleich – Zur Akzeptanz und Handlungspraxis einer neuen Methode in der Umfrageforschung. In: Forschungsgruppe Telekommunikation (Hrsg.): *Telefon und Gesellschaft*. Bd. 2, Seite 400-412. Berlin: Spiess

Cooke FJ, Sabin C, Zuckerman JN (2000): A study of the incidence of accidents occurring during an Arctic expedition: another important aspect of travel medicine? *J Travel Med*. 7(4): 205-228

Correia JD, Shafer RT, Patel V, Kain KC, Tessier D, MacPherson D, Keystone JS (2001): Blood and body fluid exposure as a health risk for international travellers. *J Travel Med* 8(5): 263-266

Corsten H (1985): *Die Produktion von Dienstleistungen: Grundzüge einer Produktionswirtschaftslehre des tertiären Sektors*. Berlin: Schmidt

Corsten H (1988): *Betriebswirtschaftslehre der Dienstleistungsarbeit*. München: Oldenbourg

Corsten H (Hrsg.) (1994): Integratives Dienstleistungsmanagement. Grundlagen , Beschaffung, Produktion , Marketing , Qualität; ein Reader. Wiesbaden: Gabal

Croft A (2000): Malaria: prevention in travellers. BMJ 321: 154-160

de Chabalier F, Djingarey MH, Hassane A, Chippaux JP (2000): Meningitis seasonal pattern in Africa and detection of epidemics: a retrospective study in Niger, 1990-98. Trans R Soc Trop Med Hyg 94(6): 664-8

Decludt B, Etienne J (2000): European resorts at risk of Legionella. Lancet 356(9247): 2100-1, Comment on: Lancet. 2000 Sep 30;356(9236):1177

Deutscher Reisebüro und Reiseveranstalter Verband e.V., <http://www.driv.de>, 12.03.02, 06.10.02

Di Guiseppi C (1998): Influence of travel patterns on mortality from injury among teenagers in England and Wales, 1985-95: trend analysis. BMJ 316: 904-905

DIN Deutsches Institut für Normung e.V. (1992): DIN ISO 9004, Qualitätsmanagement und Elemente eines Qualitätssicherungssystems, Teil 2: Leitfaden für Dienstleistungen, S. 9. Berlin: Beuth

Doherty L, Fenton KA, Jones J, Paine TC, Higgins SP, Williams D, Palfreeman A (2002): Syphilis: old problem, new strategy. BMJ 325: 153-56

Donabedian A (1980):. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Ann Arbor: Health Administration Press.

Donabedian A (2000): Evaluating physician competence. Bulletin of the World Health Organisation, 78(6): 857-860

Durrheim D, Braak L, Grobler D, Bryden H, Speare R, Leggat P (2001): Safety of travel in South Africa: the Kruger national park. *J Travel Med* 8(6): 176-191

Eisenhut M, Schwarz TF, Hegenscheid B (1999): Seroprevalence of dengue, chikungunya and Sindbis virus infections in German aid workers. *Infection* 27(2): 82-85

Eickstätt U, Mager G (2001): Patientenzufriedenheit. In: Lauterbach KW, Schrappe M (Hrsg.): *Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine*. S. 401-419. Stuttgart: Schattauer

Ellis R, Whittington D (1993): *Quality Assurance in Health Care: A Handbook*. London: Arnold

Epidemiologisches Bulletin (2000): Weiteres Etappenziel der Eradikation der Poliomyelitis erreicht. *Robert-Koch-Institut* 47: 373-379

Epidemiologisches Bulletin (2001): Fallbericht: Tollwutexposition im Zusammenhang mit einer Asienreise. *Robert-Koch-Institut* 9: 66

Epidemiologisches Bulletin (2002): Reiseassoziierte Infektionskrankheiten in Deutschland 2001. *Robert Koch Institut* 34: 285-292

Evans MR, Shickle D, Morgan MZ (2001): Travel illness in british package holiday tourists: prospective cohort study. *J Infect* 43(2): 140-147

Flick U (1998): Auswertungsverfahren. In: Schwartz FW, Badura B, Leidl R, Raspe H, Siegrist J (Hrsg.): *Das Public Health Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen*. München: Urban & Schwarzenberg, 329-345

Foerster H. (1991): Das Konstruieren einer Wirklichkeit. In P. Watzlawick (Hrsg.). Die erfundene Wirklichkeit. Wie wissen wir, was wir zu wissen glauben? Beiträge zum Konstruktivismus, S.39-62. München: Pieper.

Forsyth BH, Lessler JT (1991): Cognitive Laboratory Methods: A Taxonomy. In: Biemer PN et al. (eds.): Measurement Errors in Surveys. New York: John Wiley, 393-418

Freedman DO, Woodall J (1999): Emerging infectious diseases and risk to the traveller. Med Clin North Am 83(4): 865-883

Friedrichs J (1990): Gesprächsführung im telefonischen Interview. In: Forschungsgruppe Telekommunikation (Hrsg.): Telefon und Gesellschaft. Bd. 2, Seite 413-425. Berlin: Spiess

Furukawa T (1997): Sojourner readjustment: mental health of international students after one years Foreign sojourn and ist psychological correlates. J Nerv Ment Dis 185(4):263-268

Giangrande PLF (2002): Air travel and thrombosis, Brit J Haematol 117: 509-12

Glasgow H, Bühler E (1987): CATI: Das Antwortverhalten. Sample workshop Bd. 2. Köln: Sample Institut

Godlee F (Hrgs) (2000) Clinical Evidence. Croft A: Malaria-Prävention, Seite 368-389. Huber-Verlag, Bern

Goffman E (1972):. Asyle. Frankfurt a.M.: Suhrkamp

Griesewell G, Bernadi B (1998): Ökonomische Steuerung im System der gesetzlichen Krankenversicherung. In: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.): Sozialrecht. Bonn, 194

Grönroos C (1984): A service-oriented approach to marketing of services. *European Journal of Marketing*, 18 (4), 36-44

Groves RM, Kahn RL (1979): *Surveys By Telephone: A National Comparison With Personal Interviews*. New York: Academic Press

Gubler D (1998): Resurgent vector-borne diseases as a global health problem. *Emerg Inf Dis* 4(3): 442-450

Güthoff J (1995): *Qualität komplexer Dienstleistungen. Konzeption und empirische Analyse der Wahrnehmungsdimensionen*. Wiesbaden: Deutscher Universitäts Verlag

Guyatt GH, Cook DJ (1994): Health Status, Quality of Life and the Individuall. (Comment) *JAMA* 272: 630-631

Habib NA, Behrens RH (2000): Respiratory infections in the traveller. *Curr Opinion in Pul Med* 6(3): 246-249

Hall JA, Dornan MC (1988): What patients like about their medical care and how often they are asked: a metaanalysis of the satisfaction literature. 9: 935-9. *Soc Sci Med*

Hall JA, Roter DL, Kratz NR (1988): Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. *Medical Care* 26(7): 657-674

Hall A, Clemens J (2000) Editorial: Adverse reactions to vaccines in the tropics. *Tropical Medicine and Health* 5(4): 229-230 Hargarden (1989) Springer, London

Hays RD, Anderson R, Revicki D (1993): Psychometric Consideration in Evaluating Health-Related Quality of Life Measures. *Quality Life Res* 2: 441-449

Heinemann K (1998): Einführung in Methoden und Techniken empirischer Forschung im Sport. Schorndorf: Karl Hoffman Verlag

Hentschel B. (1990): Die Messung wahrgenommener Dienstleistungsqualität mit SERVQUAL. *Marketing ZFP*, 12, 4, 230-240

Hentschel B. (1992): Dienstleistungsqualität aus Kundensicht: vom merkmals- zum ereignisorientierten Ansatz. Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag

Hoge CW, Shlim DR, Echeverria P, Rajah R, Herrmann JE, Cross JH (1996): Epidemiology of diarrhea among expatriate residents living in a highly endemic environment. *JAMA* 275(7): 533-538

Hojer J, Sjoblom E, Berglund O, Hammarin AL, Grandien M, Sperzh (2001): 1996: The first case of rabies in Sweden in 26 years. Inform travellers abroad about risks and treatment following suspected infection. *Lakartidningen* 98(11): 1216-20

Imai M (1992): Kaizen. Der Schlüssel zum Erfolg der Japaner im Wettbewerb. Berlin-Frankfurt/M: Ullstein

International Society for Infectious Diseases, ProMED-mail, <http://www.promedmail.org>, 06.10.02, 9.5.1998, 23.4.1996

International Travel Consulting Group. European Travel Monitor (Unveröffentlichte Daten) München: ITP, 2002

Jaster HJ (Hrsg.) (1997): Qualitätssicherung im Gesundheitswesen. Stuttgart: Thieme.

Jänisch T, Junghanss T (2000): Importierte Virusinfektionen im internationalen Reiseverkehr. Von der virtuellen zur realen Epidemiologie von Seuchen. Medizinische Klinik 95: 392-399

Jelinek T, Bisoffi Z, Bonazzi L, van Thiel P, Bronner U, de Frey A, Gundersen SV, McWhinney P, Ripamonti D (2002): Cluster of African trypanosomiasis in travelers to Tanzanian national parks. Emerg Infect Dis 8(6): 634-635

Jones ME (1999): HIV and the returning expatriate. J Travel Med 6(2): 99-106

Joseph C (2002): New outbreak of legionnaires' disease in the United Kingdom. BMJ 325: 347-348

Kenyon TA, Valway SE, Ihle WW, Onorato IM, Castro KG (1996): Transmission of multidrugresistant Mycobacterium tuberculosis during a long 31 airplane flight. N Engl J Med 334(15):933-8, Comment in: N Engl J Med.1996 Apr 11;334(15):981-2; N Engl J Med. 1996 Aug 29;335(9):675; discussion 675-676

Kleiber D, Wilke M (1995): AIDS, Sex und Tourismus. Ergebnisse einer Befragung deutscher Urlauber und Sextouristen. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 33, Nomos-Verlagsgesellschaft Baden-Baden, ISBN 3-7890-3707-9

Koch J, Kirscher W, Schäfer A (1997): Bestimmung der Prävalenz genitaler HPV- und Chlamydia-trachomatis-Infektionen in einem Querschnitt der weiblichen Normalbevölkerung in Berlin. Infektionsepidemiologische Forschung - Info II/1997: 1-7

Kiresuk TJ., Smith A, Cardillo JE. (eds.) (1994): Goal attainment scaling: applications, theory and measurement. Hillsdale: Erlbaum

Klaus P (1991): Die Qualität von Bedienungsinteraktionen. In Bruhn M, Stauss B (Hrsg.). Dienstleistungsqualität: Konzepte, Methoden, Erfahrungen, S.247-265. Wiesbaden: Gabler

Kozicki M, Steffen R, Schär M (1985): 'Boil it, cook it, peel it or forget it' - does this rule prevent travellers diarrhoea? International Journal of Epidemiology, 14: 169-172

Kreiselmaier J, Prüfer P, Rexroth M (1989): Der Interviewer im Pretest. Mannheim: ZUMA Arbeitsbericht Nr. 89/14

Kretschmer H, Kusch G, Scherbaum H (1999): Reisemedizin, Beratung in der ärztlichen Praxis. München, Urban & Fischer

Kupsch P Hufschmied P (1979): Wahrgenommenes Risiko und Komplexität der Beurteilungssituation als Determinanten der Qualitätsbeurteilung. In H. Meffert, H. Steffenhagen & H. Freter (Hrsg.). Konsumentenverhalten und Information, S.225-227. Wiesbaden: Gabler

Landgraf H, Bauersachs R, Bergau L, Gertzer R, Koppenhagen K, Koscielny J, Partsch H, Riess H, Ruge A, Schellong S, Spannagl U (2002): Air travel thrombosis 2001, Vasa 31: 68-70

Lerner F (1994): Geschichte der Qualitätssicherung. In: Masing W (Hrsg.): Handbuch Qualitätsmanagement, S. 17-29. München-Wien: Hanser

Lethinen U, Lethinen JO (1991): Two Approaches to Service Quality Dimensions. The Service Industries Journal, 11, 3, 287-303

Lewis RC (1987): The measurement of gaps in the quality of hotel services. International Journal of Hospitality Management, 6, 2, 83-88

Lewis RC, Chambers RE (1989): Marketing Leadership in Hospitality: Foundations and Practices. New York: Van Nostrand Reinhold

Liese B (1997): Medical insurance claims associated with international business travel. *Occup Environ Med* 54(7): 499-503

Lischke V, Byhahn C, Westphal K, Kessler P (2001): Mountaineering accidents in the European Alps: have the numbers increased in recent years? *Wildern Environ Med.* 12: 74-80

Lobel HO, Philips-Howard PA, Branding-Bennet AD (1990): Malaria incidence and prevention among European and North American travellers to Kenya. *Bull WHO* 68:209-215

Luithlen E (1995): Der Weg von der Qualitätssicherung zum TQM aus Sicht des Bundesministeriums für Gesundheit. In Spörkel H, Birner U, Frommelt B, John TP (Hrsg.). *Total Quality Management. Forderungen an Gesundheitseinrichtungen*, S. 128-142. München: Quintessenz

MacPherson DW, Guerillot F, Streiner DL, Ahmed K, Gushulak BD, Pardy G (2000): Death and dying abroad: the Canadian experience. *J Travel Med.* 7(5): 227-233. 32

MacPherson DW, Guerillot F, Streiner DL, Ahmed K, Gushulak BD, Pardy G (2000): Arrest and detention in international travellers. *J Travel Med* 7(4): 180-186.

Maleri R (1994): *Grundlagen der Dienstleistungsproduktion*. Berlin: Springer.

Mattila L, Siitonen A, Kyrönseppä H, Simula I, Peltola (1995): Risk Behavior for traveler's diarrhoea among Finnish travelers. *J Travel Med*, 2:77-84

Markwalder K (2001): Reisediarrhöe. *Ther Umsch* 58(6): 367-371

Mattila L, Siitonen A, Kyrönseppä H, Simula I (1995): Risk behaviour for travellers' diarrhoea among Finnish travelers, *J Travel Med* 2(2): 77-84

Matteelli A, Carosi G (2001): Sexually transmitted diseases in travellers. *Clin Infect Dis* 32(7): 1063-1067

Mayring P (1983): *Qualitative Inhaltsanalyse - Grundlagen und Techniken*. 2. Auflage, Weinheim, Deutscher Studien Verlag

Mayring P (2002): *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. 5. Auflage, Weinheim, Beltz Verlag

Mayring P (2003): *Qualitative Inhaltsanalyse- Grundlagen und Techniken*. 8. Auflage, Weinheim, Beltz Verlag

McDowell I, Newell C (1996): *Measuring Health: a guide to rating scales and questionnaires*. New York: Oxford University Press

Meffert H, Bruhn M (1996): *Dienstleistungsmarketing. Grundlagen, Konzepte, Methoden*. Wiesbaden: Gabler

Meltzer MI, Cox NJ, Fukuda K (1999): The economic impact of pandemic influenza in the United States: priorities for intervention. *Emerg Inf Dis* 5(5): 659-671

Meyer A (1994): *Dienstleistungs-Marketing – Erkenntnisse und praktische Beispiele*. München: FGM Verlag

Meyer A, Mattmüller R (1987): Qualität von Dienstleistungen. Entwurf eines praxisorientierten Qualitätsmodells. *Marketing ZFP*, 9 (3), 187-195

Meyer A, Westerbarkey P (1991): Bedeutung der Kundenbeteiligung für die Qualitätspolitik von Dienstleistungsunternehmen. In Bruhn M & Stauss B (Hrsg.):

Dienstleistungsqualität. Konzepte – Methoden – Erfahrungen, S.83-103. Wiesbaden: Gabler

Meyer CG (2001): Tropenmedizin, Infektionskrankheiten. Landsberg: Ecomed

MMWR Morb Mortal Wkly Rep (1993): Inactivated Japanese Encephalitis Virus Vaccine – Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. 42(RR-1)

MMWR Morb Mortal Wkly Rep (2000): Imported dengue , USA, 1997 and 1998. 49(12): 248-253

MMWR Morb Mortal Wkly Rep (2001): Serosurveys for West Nile Virus Infection , New York and Connecticut Counties, 2000. 50(3): 37-39

MMWR Morb Mortal Wkly Rep (2001): Outbreak of Ebola hemorrhagic fever, Uganda, August 2000. 50(5): 73-77 33

MMWR Morb Mortal Wkly Rep (2001): Progress towards global poliomyelitis eradication, 2000 50(16): 320-322, 331.

MMWR Morb Mortal Wkly Rep (2001): Drowning , Louisiana 1998 / National Safe Boating Week. 50(20): 413-414

MMWR Morb Mortal Wkly Rep (2001) West Nile Virus Activity , Eastern United States, 2001. 50(29): 617-619

Müller O (1993): AIDS in Thailand – Stand der Epidemie in einem asiatischen Land mit hoher Inzidenz der HIV-Infektion. AIDS-Forschung 11: 583-592

Muentener R, Schlagenhauf P, Steffen R (1999): Imported malaria (1985-95): trends and perspectives. World Health Organ 77(7): 560-566

Mumford DB (1998): The measurement of culture shock **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol** 33(4): 149-54

Murat JE (1997): Road vehicle accidents during travel and their prevention. Med Trop 57(4Bis): 522-562

Nantulya VM, Reich MR (2002): The neglected epidemic: road traffic injuries in developing countries BMJ 324: 1139-1141

Nash D, Mostashari F, Fine A, Miller J, O'Leary D, Murray K, Huang A, Rosenberg A, Greenberg A, Sherman M, Wong S, Layton M (2001): 1999 West Nile Outbreak Response Working Group. The outbreak of West Nile virus infection in the New York City area in 1999. N Engl J Med. 344(24):1807-14 34

Nerdinger FW. (1994): Zur Psychologie der Dienstleistung: theoretische und empirische Studien zu einem wirtschaftspsychologischen Forschungsgebiet. Stuttgart: Schäffer-Poeschel

Nicoll A, Hamers FF (2002): Are trends in HIV, gonorrhoea and syphilis worsening in western Europe? BMJ 324: 1324-1327

Nübling R, Schmidt J (1998):. Qualitätssicherung in der Psychotherapie: Grundlagen, Realisierungsansätze, künftige Aufgaben. In: Laireiter AR & Vogel H (Hrsg.): Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung. Ein Werkstattbuch. Tübingen: Dgvt-Verlag

Office of National Statistics, London, 1998

Oii WW, Gawoski JM, Yarbough PO, Oankey GA (1999): Hepatitis E seroconversion in United States travellers abroad. *AM J Trop Med Hyg* 61(5): 822-824

Oksenberg L, Cannell Ch, Kalton G (1991): New strategies for pretesting survey questions. In: *Journal of Official Statistics*, 7: 349-365

Owens S (2001): Being prepared. Preparations for a pandemic of influenza. *EMBO reports* 12: 1061-1063

Paixao ML Dewar RD, Cossar JH, Covell RG, Reid D (1991): What do Scotts die of when abroad? *Scott Med J* 36(4): 114-116

Pancharoen C, Hongsiriwon S, Swasdichai K, Puthanakit T, Tangsathapornpong A, Lolekha S, Punpanich W, Tarunotai U, Warachit B, Mekmullica J, Kosalaraksa P, Chokephaibulkit K, Kerdpanich A (2000): Epidemiology of invasive meningococcal disease in 13 government Hospitals in Thailand, 1994-1999. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 31(4): 708-711

Paredes P, Campbell-Forrester S, Mathewson JJ, Ashley D, Thompson S, Steffen R, Jiang ZD, Svennerholm AM, DuPont HL (2000): Etiology of travelers' diarrhea on a Caribbean island. *J Travel Med* 7(1): 15-8 35

Petersen P (1995): Five stages of culture shock , critical incidents around the world, Greenwood Press, London

Petridou E, Askitopoulou H, Vourvahakis D, Skalkidis Y (1997): Epidemiology of Road traffic accidents during pleasure travelling: the evidence from the Island of Grete. *Accid Anal Prev*, 29(5): 687-693

Petridou E, Dessypris N, Skalkidou A, Trichopoulos D (1999): Are traffic injuries disproportionately more common among tourist in Greece? Struggling with incomplete data. *Accid Anal Prev*, 31(6): 611-615

Pfaff H, Bentz J (1998): Qualitative und quantitative Methoden der Datengewinnung. In Schwartz FW (Hrsg.): *Das Public Health Buch, Gesundheit und Gesundheitswesen*. S. 310-328. München: Springer

Phillips-Howard PA, Blaze M, Hurn M, Bradley DJ (1986): Malaria prophylaxis: survey of the response of British travellers to prophylactic advice. *BMJ*, 293:932-934

Platiel L (2000): Vortragsunterlage BAD-Symposium, Hamburg, Februar 2000

Pollard AJ und Shlim DR, (2002): Epidemic Meningococcal Disease and Travel, *J Travel Med* 9(1): 29-33

Potasman I, Beny A, Seligmann H (2000): Neuropsychiatric problems in 2,500 long-term young travellers to the tropics. *J Travel Med* 7(1): 5-9

Potasman I, Koren L, Peterman M, Srugo I (2000): Lack of hepatitis E infection among backpackers to tropical countries. *J Travel Med* 7(4): 208-210

Prazuck T, Semaille C, Halioua B, Burcombe A, Papon B, Espinoza P, Gallichon B, Juel JY, Michel A, Janniere D, Benoist V, Lafaix C, Fisch A (1998): Health hazards in international tourists visiting Paris in August: a five-year retrospective epidemiologic survey. *J Travel Med* 5(4): 178-183

Prociv P (1995): Deaths of Australian travellers overseas. *Med J Aust* 163(1): 27-30; Comment in: *Med J Aust*.1995 Sep 4;163(5): 277

Prof-Portal, <http://134.100.62/prof-portal/ppredaktion/grundlagen/>, 13.04.02

Prüfer P, Rexroth M (1996): Verfahren zur Evaluation von Survey-Fragen: ein Überblick. Mannheim: ZUMA-Arbeitsbericht Nr. 96/05

Prüfer P, Rexroth M (2000): Zwei-Phasen-Pretesting. Mannheim: ZUMA-Arbeitsbericht Nr. 2000/08

Purkiss SF (1990): Motorcycle injuries in Bermuda. *Injury* 21(4): 228-230

Quartapelle A, Larsen G (1996): Kundenzufriedenheit. Wie Kundenzufriedenheit im Dienstleistungsbereich die Rentabilität steigert. Berlin: Springer.

Rakita RM (1995): Ciguatera Poisoning. *J Travel Med* 2(4): 252-254

Ravens-Sieberer U, Cieza A (2000): Lebensqualitätsforschung in Deutschland- Forschungsstand, Methoden, Anwendungsbeispiele und Implikationen. In: Ravens-Sieberer U, Cieza A (Hrsg.): Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin. Landsberg: Ecomed. S. 25-51

Reid D, Cossar JH (1993): *British Medical Bulletin* 49(2): 257-268

Reuband KH, Blasius J (1996): Face to face, telefonische und postalische Befragungen. Ausschöpfungsquoten und Antwortmuster in einer Großstadtstudie. *Kölner Zschr. Soziol. Sozialpsychol.* 48: 296-318

Ripamonti D, Massari M, Arici C, Gabbi E, Farina C, Brini M, Capatti C, Suter F (2002): African sleeping sickness in tourists returning von Tanzania: the 36 first 2 Italien cases from a small outbreak among European travellers. *Clin Infect Dis* 34: 18-22

Robert-Koch-Institut, <http://www.rki.de>, 13.04.02

Rogers TF (1976): Interviews By Telephone And in Person: Quality Of Responses And Field Performance. Public Opinion Quarterly. 40: 51-65

Rombo L (1999): Travel, risks and advice. Certain health recommendations to travellers abroad are not necessary; the non-medical risks are often underestimated. Lakartidningen 96(17): 2088-2091

Sachdev KS (2000): Straßenverkehrsunfälle in Indien. Flug- und Reisemedizin 4: 42-43

Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB (2000): Evidence-Based Medicine. How to practice and teach EBM. Edinburgh: Churchill Livingstone

Schlichtherle St (2001): Gesundheitspolitik und Gesundheitsökonomie. In: Lauterbach KW, Schrappe M (Hrsg.): Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine. Eine systematische Einführung. Stuttgart: Schattauer. 211-214

Schrappe M (2001): Gesundheitsökonomische Evaluation im klinischen Alltag. In: Lauterbach KW, Schrappe M (Hrsg.): Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine. Eine systematische Einführung. Stuttgart: Schattauer. 206-210

Schüller A. (1976): Dienstleistungsmärkte in der Bundesrepublik Deutschland. Köln: Westdeutscher Verlag

Schwarz N et. Al (1991): The Impact of Administration mode on response effects in survey measurement. Applied Cognitive Psychologie. 5 : 193-212

Schwartz FW, Badura B, Leidl R, Raspe H, Siegrist J (Hrsg) (1998): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München: Urban und Schwarzenberg

Sharp TW, DeFraités RF, Thornton SA, Burans JP, Wallace MR (1995): Illness in Journalists and Relief Workers Involved in International Humanitarian Assistance Efforts in Somalia, 1992-93. J Travel Med 2(2): 70-76

Shlim DR, Gallie M (1992): The causes of death among trekkers in Nepal. J Int J Sports Med 13(Suppl1): 74-76

Shlim DR und Solomon T (2002): Japanese encephalitis vaccine for travelers: exploring the limits of risk. Clin Inf Dis 35: 183-188

Spilker B (1996): Introduction to the Field of Quality of Life Trials. In Spilker B (ed.): Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials. S. 1-10. Philadelphia: Lippincott-Raven

Sri Lanka Web Server, Lankanet, http://www.lanka.net/lakehouse/1999/05/19_06.10.02

Steffen R, van der Linde F, Meyer, HE (1978): Erkrankungsrisiken bei 10.500 Tropen- und 1.300 Nordamerika-Touristen, Schweiz. med. Wschr. 108: 1485-1495

Steffen R, Rickenbach M, Wilhelm U, Helminger A, Schar M (1987): Health problems after travel to developing countries. J Infect Dis 156(1): 84-91

Steffen R (1990): Risks of hepatitis B for travellers. Vaccine 8 Suppl: S31-2; discussion S 413-437

Steffen R, DuPont M (1999): Manual of Travel Med. and Health, BC Decker, London

Steffen R, Collard F, Tornieporth N, Campbell-Forrester S, Ashley D, Thompson S, Mathewson JJ, Maes E, Stephenson B, DuPont HL, von Sonnenburg F (1999): Epidemiology, etiology, and impact of traveler's diarrhea in Jamaica. JAMA 281(9): 811-817

Stewart MA (1995): Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. Can Med Assoc. 152(9): 1423-1433

Stich A, Abel PM, Krishna S (2002): Human African trypanosomiasis. BMJ 325: 203-206

Striker J, Luippold RS, Nagy L, Liese B, Bigelow C, Mundt KA (1999): Risk factors for psychological stress among international business travellers. Occup Environ Med 56(4): 245-252

Sudman S, Bradburn N (1982): Asking questions. A practical guide to questionnaire design. San Francisco: Jossey-Bass

Teitelbaum P (2000): Flaws within Travel Medicine. J Travel Med. 7(2): 100-101

Thomas RE (2000) Preparing patients to travel abroad safely

Part 1: Taking a travel history and identifying special risks. Can Fam Phys 46(1): 132-138

Part 2: Updating vaccinations, Can Fam Phys 46: 646-652

Part 3: Reducing the risk of malaria and dengue fever, Can Fam Phys 46: 1126-1131

Part 4: Reducing the risk of accidents, Diarrhoea, and STI, Can Fam Phys 46: 1634-1638

Tiemann F, Grote H, Grote S (1998): Impfschutz und Infektionsprophylaxe bei Fernreisenden. Inf Fo, 2: 18-23

Trommsdorff V (1989): Konsumentenverhalten. Stuttgart: Kohlhammer.

Udris I, Rimann M, Thalmann K (1994): Gesundheit erhalten, Gesundheit herstellen: Zur Funktion salutogenetischer Ressourcen. In B. Bergmann & P. Richter (Hrsg.). Die Handlungsregulationstheorie – Von der Praxis einer Theorie, S.198-215. Göttingen: Hogrefe.

Vauth R, Stieglitz RD (2000): Monitoring-Systeme und Qualitätszirkel in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. In: Freyberger HJ, Heuft G & Ziegenhagen DJ (Hrsg.): Ambulante Psychotherapie. Transparenz, Effizienz, Qualitätssicherung. S.119-143. Stuttgart: Schattauer

Vielhaber A et al. (1997): „Fernreisen 2005. Delphi-Studie in Deutschland, Österreich und der Schweiz. Kurzfassung“, in: Schriftenreihe für Tourismus und Entwicklung, ISBN 3-9804846-2-9 8

Vogt I (1998): Psychologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann K, Laaser U (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim: Juventa

von Sonnenburg F, Tornieporth N, Waiyaki P, Lowe B, Peruski LF Jr, DuPont HL, Mathewson JJ, Steffen R (2000): Risk and aetiology of diarrhea at various tourist destinations. Lancet 356(9224): 133-134

Westerbarkey P (1996): Methoden zur Messung und Beeinflussung der Dienstleistungsqualität. Feedback- und Anreizsysteme in Beherbergungsunternehmen. Wiesbaden: Deutscher Universitäts - Verlag

Wilder-Smith A, Barkham TMS, Earnest A, Paton NJ (2002): Acquisition of W135 meningococcal carriage in Haji pilgrims and transmission to household contacts: prospective study. BMJ 325: 356-366

Williams B (1994): Patient satisfaction, a valid concept? 38: 509-16. Soc Sci Med

Winter L (1997): Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation. Neuwied: Luchterhand.

Wilks J und Coory M (2000): Overseas visitors admitted to Queensland hospitals for water-related Injuries. MJA 173: 244-246

Wkly Epidemiol Rec (2001): Meningococcal disease, African meningitis belt. 76(8): 57

World Health Organisation, <http://www.who.int/vaccines/en/typhoid.shtml>, 13.04.02

World Health Organisation, <http://www.who.int/inf-fs/en/fact99.html>, 02.04.02

World Health Organisation, <http://www.who.int/emc/pdfs/Canine%20Rabies%20in%20Children.pdf>, 02.04.02

World Health Organisation, <http://who.int/disease-outbreak-news>, 02.04.02

World Tourism Organisation, <http://www.worldtourism.org/marketresearch/data>, 12.03.02

United Nations, <http://www.unaids.org>, 02.04.02

Zeeb H, Paridou A, Velonakis E, Langner I, Blettner M, Tzonou A (2003): Mortality among pilots and cabin crew in Greece, 1960-1997. Int. J. Epidemiol. (32): 244-247

Zuckerman JN, Steffen R (2000): Risks of hepatitis B in travelers as compared to immunization status. J Travel Med 7(4): 170-174

Zeithaml VA., Berry LL & Parasuraman A (1992): Qualitätsservice. Frankfurt a.M.: Campus.

8 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Reiseerkrankungen in Schweden 1997.....	8
Tabelle 2: Leitfaden zur Spezifizierung der Qualitätsmerkmale von Meyer & Mattmüller (1987) auf reisemedizinische Beratungspraxis.....	57
Tabelle 3: Überblick zu kognitiven Verfahren.....	79
Tabelle 4: Empfohlene und durchgeführte Impfungen.....	102
Tabelle 5: Bewertung der Reiseberatung	103
Tabelle 6: Beurteilung Pilotstudienfragen	108

9 **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Qualitätsorientierung in Abhängigkeit vom Standort des Beurteilers und seiner Blickrichtung auf das System.....	42
Abbildung 2: Qualitätsmodell nach Donabedian (1980).....	43
Abbildung 3: Das Dienstleistungsmodell von Grönross (1984; aus Corsten, 1994).....	46
Abbildung 4: Das Dienstleistungsmodell von Parasuraman, Zeithaml und Berry (1984), erweitert durch Lewis (1987).....	48
Abbildung 5: Empirisch ermittelte Qualitätskriterien der Untersuchungen von Zeithaml, Berry & Parasraman (1992)	49
Abbildung 6: Das Dienstleistungsqualitätsmodell von Meyer und Mattmüller (1987).....	55
Abbildung 7: Attributionsmodell der Dienstleistungsqualität von Bitner (1990).....	59
Abbildung 8: Modell der Bedinungsqualität nach Klaus (1991).....	61
Abbildung 9: Das Strukturmodell von Nerdinger (1994).....	66
Abbildung 10: Erklärungsmodell der Intentions- und Vorsatzbildung nach Allmer (1990)	71
Abbildung 11: Auswahl der Interviewteilnehmer.....	88
Abbildung 12: Reiseinformationen.....	96
Abbildung 13: Reiseziele	96
Abbildung 14: Ratingscale.....	98
Abbildung 15: Gesundheitszustand im Allgemeinen.....	99
Abbildung 16: Gesundheitszustand im Vergleich zu vor der Reise.....	100
Abbildung 17: Empfohlene und durchgeführte Impfungen.....	102
Abbildung 18: Bewertung der Reiseberatung im Vergleich	104

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter der Angabe der Quelle kenntlich gemacht.



Karin Schmidt

A n h a n g

A Interviewfragebogen

- Interviewfragebogen in Word
- Interviewfragebogen in EpiInfo2000

B OMMNIS

- Fragebogen
- Musterberatung

C Kommentare der Interviewteilnehmer zur RMZ-Beratung

A Interviewfragebogen

- Interviewfragebogen in Word
- Interviewfragebogen in EpiInfo2000

**„Studie: Auswirkung des Reisens auf den Gesundheitszustand
der Reisenden. Beurteilung der Qualität reisemedizinischer
Beratung. Eine Einschätzung aus Klientensicht“**

S2 ID- Nummer : _____

S3 Initialen^T : _____

^T (bei mehreren Vor-/ Nachnamen bitte nur 1. Buchstaben des Vor-/ Nachnamen angeben)

Reiseinformationen

L4 In welches Land sind sie gereist?

L5 Auf welchen Kontinent sind Sie gereist?

- Afrika Asien/ Ozean Mittel-/ Südamerika
 Europa/ Nordamerika sonstiges verschiedene Kontinente

L6 Hat Ihre Reisevorbereitungszeit mehr als einen Tag in Anspruch genommen?

- Ja Nein

L7 Bezüglich Ihrer Reisegeundheit, haben Sie sich nur durch das RMZ beraten lassen?

- Ja Nein

L8 Zusätzlich zur RMZ- Auskunft, woraus bestand Ihre Reisevorbereitung noch?

- L8.1 Apothekerauskunft L8.2 Reiseapotheke L8.3 Literatur
 L8.4 Infos durch Bekannte/ Familie L8.5 sonstiges

L9 Ist das Ihre erste Fernreise?

- Ja Nein

L10 Mit wem sind Sie gereist?

- Allein Familie Freunde/ Familie Freunde
 Reisegruppe sonstige

L11 Wie lange sind Sie verreist?

- 1= < 1 Woche 2=: 1- 2 Wochen 3=: 3- 4 Wochen
 4=: 5- 6 Wochen 5=: > 6 Wochen

L51 Wie war die Art der Reise?

- L51.1 pauschal L51.2 selbstorganisiert L51.3 Kreuzfahrt
 L51.4 beruflich in der Großstadt L51.5 beruflich auf dem Land
 L51.6 sonstiges

L12 Wie war die Art der Unterbringung?

- 1= luxuriöser Standart 2= gehobener Standart 3= mittlerer Standart
 4= einfacher Standart

L50 Wie war der Kontakt zu einheimischen Bevölkerung?

- 1= kein 2= gering 3= mittel 4= intensiv

L13 Wie wichtig ist Ihnen Urlaub Sicherheit und Organisation? Bitte beurteilen Sie das auf einer Skala von 1= sehr wichtig bis 6= überhaupt nicht wichtig

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

L14 Wie wichtig ist Ihnen im Urlaub Abenteuer und Risiko? Bitte beurteilen Sie das auf einer Skala von 1= sehr wichtig bis 6= überhaupt nicht wichtig

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

L15 Haben Sie vor der Reise eine Reiseversicherung abgeschlossen?

Ja Nein

Gesundheitsfragen

G16 Haben Sie Impfungen nach Erhalt der RMZ- Auskunft durchführen lassen?

Ja Nein

Wenn ja, welche?:

- G16.1 Tetanus G16.2 Kinderlähmung G16.3 Diphtherie
G16.4 Hepatitis A G16.5 Hepatitis B G16.6 Gelbfieber G16.7 Typhus
G16.8 Tollwut G16.9 Meningitis G16.10 Japan-B-Enzephalitis
G16.11 sonstige

G17 Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

- G17.1 Sehr gut G17.2 Gut G17.3 Mittel G17.4 Weniger gut
G17.5 Schlecht

G18 Im Vergleich zu der Zeit vor der Reise, wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand nach der Reise beschreiben?

- 1=Viel besser 2=Etwas besser 3=Genauso
4=Etwas schlechter 5=Viel schlechter

G19 Besteht die Veränderung Ihres Gesundheitszustandes in unmittelbarer Verbindung zu der Reise?

Ja Nein

G20 Sind Sie während Ihrer Reise erkrankt?

Ja Nein

G21 Wenn ja, welche Art der Erkrankung hatten Sie?

- G21.1 Unfall G21.2 Gewaltereignis G21.3 Durchfall
G21.4 Magen/ Darm G21.5 Herz/ Kreislauf G21.6 Haut
G21.7 Infektionen G21.8 Orthopädisch/ rheumatisch
G21.9 Erkrankung an den Genitalorganen
G21.10 Verschlimmerung einer bestehenden Erkrankung
G21.11 sonstiges

G22 Sind Sie während der Reise schwanger geworden?

Ja Nein

G23 Wenn ja, Sind Sie geplant schwanger geworden?

Ja Nein

G24 Nehmen Sie regelmäßig Kontrazeptiva („Pille“)?

Ja Nein

Informationen über RMZ- Beratung

Bitte bewerten Sie die Informationen bezüglich Ihrer Reise, die sie durch das RMZ erhalten haben, mit den Noten von 1= sehr gut bis 6= ungenügend, bezüglich folgender Aspekte

Q25 Verständlichkeit der Informationen

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

Q26 Vollständigkeit der Informationen

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

Q27 Aktualität der Informationen

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

Q28 Zuverlässigkeit der Informationen

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

Q29 Layout der Informationen

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

Q30 Waren unsere Mitarbeiter am Telefon Ihnen gegenüber zuvorkommend und freundlich?

Ja Nein

Q31 War der Preis der Beratung angemessen?

Ja Nein

Q32.1 Haben Sie Verbesserungsvorschläge?

Ja Nein

Q32.2 Wenn „Ja“, welche?

--

Sozio- demografische Daten

S33 Welchen beruflichen Abschluss haben Sie?

- Keine berufliche Ausbildung Noch in der Ausbildung
Lehre abgeschlossen Fachschule (Meister, Techniker)
Fachhochschulabschluss Universitätsabschluss

S34 Sind Sie derzeit erwerbstätig?

- Vollzeit Teilzeit Geringfügig beschäftigt Nicht erwerbstätig
Erwerbsunfähig/ krank In Ausbildung/ Umschulung
Rente/ Vorruhestand Arbeitslos
Sozialhilfeempfänger Derzeit beurlaubt (Erziehungsurlaub)
Andere

S35 Wie ist Ihr Familienstand?

- verheiratet ledig geschieden verwitwet

Q36 Leben Sie zur Zeit mit einem festen Partner zusammen?

- Ja Nein

Fragen zum Interview

Bitte beurteilen Sie die Fragen zum Interview zu folgenden Aspekten:

K37 Wie beurteilen Sie die Belastung durch die Fragen auf einer Skala von 1= nicht belastend bis 6= sehr belastend?

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

K38 Wie schätzen Sie die Schwierigkeit der Fragen auf einer Skala von 1= nicht schwierig bis 6= sehr schwierig ein?

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

K39 Bitte beurteilen Sie die Verständlichkeit der Fragen von 1= sehr verständlich bis 6= überhaupt nicht verständlich

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

... vom Interviewer auszufüllen

K41 Wie häufig mussten dem Interviewteilnehmer das Interview erklärt werden?

- 1 Mal 2 Mal 3 Mal >3 Mal

K42 Anmerkung der Interviewer:

**K43 Interviewdauer in Minuten
gesamt :**

Informationen durch OMNIS- Datenbank

K44 Empfehlungen durch die RMZ Beratung:

- K44.1 Tetanus K44.2 Kinderlähmung K44.3 Diphtherie K44.4 Hepatitis
A
 K44.5 Hepatitis B K44.6 Gelbfieber K44.7 Typhus K44.8 Tollwut
 K44.9 Meningitis K44.10 Japan-B-Enzephalitis
 K44.11 sonstige

S45 Geschlecht:

- weiblich männlich

S46

Alter:

G47.1 Besteht bei Ihnen eine chronische Erkrankung?

- Ja Nein

G47.2 Wenn „Ja“, welche?

G48.1 Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

- Ja Nein

G48.2 Wenn „Ja“, welche sind das?

G49 Rauchen Sie?

- Ja Nein

L4 In welches Land sind Sie gereist? L5 Auf welchem Kontinent sind Sie gereist?

L51.6 sonstiges _

L6 Hat Ihre Reisevorbereitungszeit mehr als einen Tag in Anspruch genommen

L7 Bezüglich Ihrer Reisegesundheits, haben Sie nur durch das RMZ beraten lassen?

Zusätzlich zur RMZ-Auskunft, woraus bestand Ihre Reisevorbereitung noch?

L8.1 Apothenauskunft L8.2 Reiseapotheke _ L8.3 Literatur _

L8.4 Infos durch Bekannte/Familie L8.5 Sonstige _

L9 Ist das Ihre erste Fernreise? L10 Mit wem sind Sie gereist?___

L11 Wie lange sind Sie vereist? 1=<1 Wo; 2=1-2 Wo; 3=3-4Wo; 4=5-6 Wo; 5=>6 Wo

L 51 Wie war die Art der Reise? L51.1 pauschal L51.2 selbstorganisiert _

L51.3 Kreuzfahrt L51.4 beruflich Großstadt L51.5 beruflich Land _

L12 Wie war die Art der Unterbringung? 1=luxuriöser Standard; 2= gehobener Stand;
3=mittlerer Stand; 4=einfacher Stand

L50 Wie war der Kontakt zur einheimischen Bevölkerung? 1=kein; 2=gering; 3=mittel;
4=intensiv

L13 Wie wichtig ist Ihnen im Urlaub Sicherheit und Organisation? Bitte beurteilen Sie das auf
einer Skala von 1= sehr wichtig bis 6=nicht wichtig

L14 Wie wichtig ist Ihnen im Urlaub Abenteuer und Risiko? Bitte beurteilen Sie das auf einer
Skala von 1= sehr wichtig bis 6=nicht wichtig

L15 Haben Sie vor der Reise eine Reiseversicherung abgeschlossen?

Wenn ja, dann welche:

G16 Haben Sie Impfungen nach Erhalt der RMZ- Auskunft durchführen lassen?

G16.1 Tetanus G16.2 Kinderlähmung G16.3 Diphterie G16.4 HepA _

G16.5 HepB_ G16.6 Gelbfieber G16.7 Typhus _

G16.8 Tollwut G16.9 Meningitis G16.10 Japan B Enzephalitis

G16.11 sonstige Impfungen

G17 Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben? 1= sehr gut; 2=gut; 3=mittel; 4=weniger gut; 5=schlecht

G18 Im Vergleich zu vor der Reise, wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand nach der Reise beschreiben? 1=viel besser; 2=etwas besser; 3=genauso; 4=etwas schlechter; 5=viel schlechter

G19 Besteht die Veränderung Ihres Gesundheitszustands in unmittelbarer Verbindung zu der Reise

G20 Sind Sie während der Reise erkrankt? Wenn ja, welche Art der Erkrankung hatten Sie?

G21.1 Unfall_ G21.2 Gewaltereignis _ G21.3 Durchfall _

G21.4 Magen/Darm G21.5 Herz/Kreislauf _ G21.6 Haut _

G21.7 Infektionen G21.8 Orthop/rheum G21.9 Erkrankungen an den _
Genitalorganen

G21.10 Verschlimmerung einer bisherigen Erkr. G21.11 Sonstige _

G22 Sind Sie während der Reise schwanger geworden?

G23 Wenn ja, sind Sie geplant schwanger geworden?

G24 Nehmen Sie regelmäßig Kontrazeptiva ("Pille")?

Bitte bewerten Sie die Informationen bezüglich Ihrer Reise, die Sie durch das RMZ erhalten haben, mit den Noten 1= sehr gut bis 6=ungenügend, bezüglich folgender Aspekte:

Q25 Verständlichkeit der Informationen

Q26 Vollständigkeit der Informationen

Q 27 Aktualität der Informationen

Q28 Zuverlässigkeit der Inforamtionen

Q29 Layout der Informationen

Q30 Waren unsere MitarbeiterInnen Ihnen gegenüber zuvorkommend und freundlich?

Q31 War der Preis der Beratung angemessen?

Q32.1 Haben Sie Verbesserungsvorschläge

Q 32.2 Wenn ja, dann welche...

S 33 Welchen beruflichen Abschluß haben Sie?

S34 Sind Sie derzeit erwerbstätig?

S35 Wie ist Ihr Familienstand?
zusammen?

Q36 Leben Sie zur Zeit mit einem festen Partner

Bitte beurteilen Sie die Fragen zum Interview zu folgenden Aspekten:

K37 Wie beurteilen Sie die Belastung durch die Fragen auf einer Skala von 1=nicht belastend bis 6=sehr belastend?

K38 Wie schätzen Sie die Schwierigkeit der Fragen auf einer Skala von 1= nicht schwierig bis 6= sehr schwierig ein?

K39 Wie beurteilen Sie die Verständlichkeit der Fragen von 1=sehr verständlich bis 6= überhaupt nicht verständlich ein?

Nur vom InterviewerIn auszufüllen:

K 41 Wie häufig mußte den TeilnehmerInnen das Interview erklärt werden? 1=1Mal;
2=2Mal; 3=3Mal; 4=>3Mal

K42 Anmerkungen der InterviewerIn K.43 Gesamtinterviewdauer gesamt in Min

Informationen aus der Omnisdatenbank Impfpfempfehlung durch die RMZ-Beratung:

G 44.1 Tetanus G44.2 Kinderlähmung _ G44.3 Diphterie _

G44.4 Hepatitis A G44.5 Hepatitis B G44.6 Gelbfieber _

G44.7 Typhus G44.8 Tollwut G44.9 Meningitis _

G44.10 Japan B Enzeph. G 44.11 Sonstige

S 45 Geschlecht_____

S 46 Alter _____

G 47.1 Besteht bei Ihnen eine chro. Erkr.?

G 47.2 Wenn ja, welche: _____

G 48.1 Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

G48.2 Wenn ja, dann welche:_____

G 48 Rauchen Sie? _____

B OMMNIS

- Fragebogen
- Musterberatung

Fragebogen

Personliche Daten

Vorname

Nachname

Straße u. Hausnummer

PLZ u. Wohnort

Telefon

Telefax

E-Mail Adresse

Alter (Alter in Monaten nur bei Kleinkindern bis 12 Monaten anklicken.)

 Alter in Jahren Alter in Monaten

Körpergewicht (in Kg)

Geschlecht

 weiblich männlich

Falls weiblich, dann bitte das für Sie Zutreffende ankreuzen

Aktueller Kinderwunsch

 ja

bestehende Schwangerschaft

 ja

Stillen

 ja

Reiseteilnehmer (maximal 2 Erwachsene und Kinder)

Anzahl der Reisenden

Bei mehr als einem Reiseteilnehmer werden die Zusatzfragebögen für die Mitreisenden automatisch nach dem Anklicken des "Absenden"-Knopfes dieses Fragebogens angezeigt. Hier sind dann alle Fragen von der Rubrik 'Sport' bis 'Impfungen' für jeden Mitreisenden auszufüllen.

Reiseländer und Malaria-Regionen im Reiseland

(Hinweis: Sobald Sie ein Land ausgewählt haben, öffnet sich ein Fenster mit einer Liste der Regionen mit Malariavorkommen, in der Sie die Gebiete festlegen können, die Sie besuchen. Geben Sie im unteren Feld bitte Ihre Reiseroute (Orte oder Regionen) im Reiseland an.)

1. Reiseland

Bitte ein Land auswählen.

Reiseroute im 1. Land

2. Reiseland

Bitte ein Land auswählen.

Reiseroute im 2. Land

3. Reiseland

Bitte ein Land auswählen.

Reiseroute im 3. Land

4. Reiseland

Bitte ein Land auswählen.

Reiseroute im 4. Land

Reisezeit

vom (tt.mm.jjjj)

tt.mm.2003

Bis (tt.mm.jjjj)

tt.mm.2003

Art der Reise

(Art der Fortbewegung im Land bitte ggf. mit angeben z.B: Zug, Auto, Kanu...)

Pauschalreise an einen feststehenden Ort

ja

Pauschalreise zu verschiedenen Orten

ja

Pauschalreise mit Landesausflügen

ja

selbstorganisierte Individualreise

ja

Kreuzfahrt

ja

Beruflicher Auslandsaufenthalt (Beruf und Tätigkeit im Land).

ja

Beruflicher Auslandsaufenthalt mit Reisen innerhalb des Landes.

ja

Langzeitaufenthalt (Aufenthalt im Gastland von mehr als 4 Wochen)

ja

Art der Unterbringung

Europäischer Standard

Kontakt zur Bevölkerung ?

eher gering eher intensiver

Sport im Reiseland

Gerätetauchen

ja

Höhenaufenthalt, Bergsteigen

ja

Andere Sportarten mit hoher Belastung

ja

Gesundheitssituation/Erkrankungen

(Zusätzliche Hinweise sind für eine genaue Beratung sehr hilfreich.)

Keine

ja

Rauchen

ja

Allergien

ja

Asthma

ja

Augenerkrankungen

ja

Bluthochdruck

ja

Chron. Infektionskrankheit

ja

Depression

ja

Diabetes

ja

Diabetes, Insulinpflichtig

ja

Epilepsie

ja

Hauterkrankungen

ja

Haut-Psoriasis

ja

Herzrhythmusstörungen

ja

Herzschrittmacher

ja

Koronare Herzerkrankung

ja

Krebsleiden

ja

Leberfunktionsstörungen

ja

Milz-Entfernung

ja

Multiple Sklerose

ja

Nierenfunktionsstörungen

ja

Rheuma od. Gicht

ja

Schilddrüsenfunktionsstörung

ja

Venenleiden od. Thrombose

ja

Medikamenteinnahmen (Bitte nur ankreuzen, wenn die Einnahme regelmässig erfolgt. Geben Sie bitte den Namen des Präparates an.)

keine

ja

Orales Kontrazeptivum ("Pille")

ja

Herz-Kreislaufmedikamente

ja

Psychopharmaka

ja

Cortison oder andere Immunsuppressiva

ja

Gerinnungshemmende Medikamente

ja

Schmerzmittel

ja

Andere

ja

Impfungen (Bitte nur ankreuzen, wenn Sie sich sicher sind, dass Ihr Impfschutz noch in Ordnung ist. Nennen Sie ggf. das Datum der letzten Impfung.)

Kein Impfschutz

ja

Impfstatus nicht bekannt

ja

Tetanus

ja

Kinderlähmung

ja

Diphtherie

ja

Hepatitis A

ja

Hepatitis B

ja

Gelbfieber

ja

Typhus

ja

Tollwut

ja

Meningitis

ja

Japan-Enzephalitis

ja

Masern-Mumps-Röteln

ja

Andere

ja

Wir brauchen Ihr Feedback!

Wären Sie mit einer kurzen telefonischen Befragung nach der Reise für unsere Qualitätssicherung einverstanden?

ja

nein

Personliche Fragen

Nutzungsbedingungen

Bevor Sie auf Absenden klicken, vergewissern Sie sich ggf. noch einmal über die Vollständigkeit Ihrer Angaben!

Ihre hier gemachten Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Die Beratung wird mit 20,- EUR berechnet. Mit dem Versand des Fragebogens erklären Sie sich hiermit bereit, diese Kosten zu tragen.

Für den Fall, dass Sie mehr als einen Reiseteilnehmer angegeben haben, wird neben diesem Fragebogen nach dem Klicken auf den 'Weiter'-Knopf für jeden Mitreisenden nacheinander ein weiterer Fragebogen angezeigt.

Falls Sie technische Probleme oder Anregungen zu dem Online-Fragebogen haben, können Sie [hier eine Email hinterlassen](#).

REISEMEDIZINISCHES



ZENTRUM

TROPENINSTITUT HAMBURG

Reisedeizinisches Zentrum - Seewartenstr. 10 - 20459 Hamburg

Muster Musterfrau

Teststr
23490 Musterstadt

REISEMEDIZINISCHES ZENTRUM

Klinische Abteilung
BERNHARD-NOCHT-INSTITUT
FÜR TROPENMEDIZIN - HAMBURG

Reisedeizinisches Zentrum (RMZ)

Standort: Seewartenstr. 10, 20459 Hamburg

Reiseberatung: Mo - Fr: 8⁰⁰ - 19⁰⁰, Sa: 10⁰⁰ - 13⁰⁰

Tel.: 040 - 428 18 - 800, Fax: 040 - 428 18 - 340

Email: rmz@gesund-es-reisen.de

Internet: <http://www.gesundes-reisen.de>

Klinische Abteilung

Bernhard-Nocht-Str. 74, 20359 Hamburg

Tel.: 040 - 428 18 0 (24 Stunden)

Ambulanz: Tel. 040 - 3128 51 (Mo - Fr: 8⁰⁰ - 16³⁰)

Impfsprechstunde (ohne Anmeldung):

Mo - Fr: 12⁰⁰ - 13⁰⁰ Di: 16⁰⁰ - 18⁰⁰

Hamburg, den 16.01.2002

Beratung Nr.: 8754 (Bei Rückfragen bitte angeben!)

Sehr geehrte Frau Musterfrau!

Vielen Dank für das uns entgegengebrachte Vertrauen und Ihren Auftrag vom 16.01.2002.

Die beiliegenden Informationen und Empfehlungen beziehen sich auf Ihre persönliche Reisesituation. Beachten Sie bitte auch die ergänzenden Angaben in unserer Reisebroschüre. Für eventuelle Rückfragen stehen wir Ihnen unter oben genannten Telefonnummern gerne zur Verfügung. Die Verschreibung von Medikamenten und Impfungen besprechen Sie bitte mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt.

Zu Ihrer Reise haben wir die folgenden Angaben aufgenommen:

Beratungsauftrag vom 16.01.2002

Ihre Daten wurden aufgenommen von: Yahya Wardak

Reisezeit: von Mitte Sept 02 bis Mitte Okt 02

Reiseziele:

1. China

Art der Reise:

Pauschalreise mit Landesausflügen

Art der Unterbringung: Standard des Reiselandes

Kontakt zur einheimischen Bevölkerung: eher gering

Persönliche Angaben zu Muster Musterfrau:

Alter (in Jahren): 0 **Geschlecht:** weiblich

Medikamenteinnahme: keine;

bestehender Impfschutz: Impfstatus nicht bekannt;

Malaria und andere durch Insekten oder Zecken übertragene Infektionen:

Regionale Malariainformationen und generelle Richtlinien (Mittel der ersten Wahl) unabhängig von persönlichen Gegebenheiten:

Malariasituation in China:

Vorwiegend Malaria tertiana, Malaria tropica im Süden höher. Regional-vereinfachte Anhaltswerte (!) des Übertragungsrisikos:

ganzjährig: südlich des 25° nördliche Breite (relativ hoch)

Mai bis Dezember: 25° - 33° nördliche Breite (mittel)

Juli-Nov: nördlich 33° nördlicher Breite (gering)

Relativ hohes Übertragungsrisiko: Provinzen Hainan, Yunnan, Guangxi (Süden und Westen)

Mittleres Risiko: Guangxi (Nordosten), Guizhou, Sichuan, Fujian, Zangbo-Tal im SO von Xizang, Yili-Tal im W von Xinjiang, Guangdong.

Geringes Risiko: Hunan, Jiangxi, Hubei, Anhui, Zhejiang (<1500 m), Umgebung von Shanghai, Jiangsu, Shandong, Norden von Hongkong.

Kein Risiko: Höhenlagen über 1.500 m; innere Stadtgebiete und Großstädte; Provinzen: Heilongjiang, Jilin, Nei Monggol, Beijing, Shanxi, Shaoanxi (N), Ningxia, Gansu, Qinghai, Xinjiang ausgenommen Yili-Tal, Xizang (Tibet) ausgenommen Zangbo-Tal im Südosten.

Achtung: Chloroquin-resistente Malaria-tropica-Stämme kommen vor!

Aktuelle Übersicht: <http://www.actmalaria.org/info/china.html>

Malaria-Standardempfehlung für China:

Empfohlene Malariaprophylaxe (1. Wahl) bei hohem Risiko:

- Mefloquin - Prophylaxe (Lariam®)

Empfohlene Malariaprophylaxe (1. Wahl) bei mittlerem Risiko:

- Chloroquin - Prophylaxe

Empfohlene Malariaprophylaxe (1. Wahl) bei geringem Risiko:

- Ein sorgfältiger Mückenschutz (Moskitonetz, Repellents etc.) ist ausreichend.

WHO-Empfehlungen zur Malariaprophylaxe: identisch

DTG-Empfehlung zur Malariaprophylaxe bei hohem und mittlerem Risiko

- Mefloquin-Stand-by-Therapie (Lariam® zur notfallmässigen Selbstbehandlung)

DTG-Empfehlung zur Malariaprophylaxe in Gebieten mit niedrigem Risiko:

- keine Prophylaxe

Hinweis: Die Empfehlungen von DTG und WHO unterscheiden sich!

Die Klinik des Tropeninstitutes Hamburg steht der Empfehlung einer notfallmässigen Selbstbehandlung kritisch gegenüber.

Persönliche, auf Ihre Angaben bezogene, Empfehlungen zu Malaria:

In Ihrem Reiseland besteht ein Malariarisiko. Am besten schützen Sie sich vor Malaria und anderen durch Insekten übertragenen Infektionen ist eine konsequente **Mückenabwehr**: Schlafen unter Moskitonetz, abendliches Tragen langer Kleidung, Auftragen von Insektenabwehrmitteln für die Haut u.a.. Beachten Sie bitte für Ihre Reiseplanung unsere Klimahinweise. Das Übertragungsrisiko steigt in Regenzeiten an und sinkt in Trockenperioden ab. Unsere Empfehlungen zur **Malariavorbeugung** beruhen auf Risikoeinschätzung, Informationen zu Erregerresistenz und auf Ihren persönlichen Angaben.

In Ihrem Reiseland gibt es je nach Region unterschiedliche Empfehlungen für die medikamentöse Malariaprophylaxe. Wir kennen Ihre Reiseroute nicht genau. Daher können wir Ihnen keine konkrete Empfehlung aussprechen. **Beachten Sie bitte die ausgedruckten Standardempfehlungen.** Vergleichen Sie Ihre Reiseroute mit den dort beschriebenen Malariaregionen und den entsprechend empfohlenen Vorbeugungsmaßnahmen. Die beste Malariaprophylaxe ist ein **konsequenter Mückenschutz !** (Moskitonetz, abends lange Kleidung, Insektenabwehr für die Haut u.a.). Beachten Sie bitte für Ihre Reiseplanung unsere Klimahinweise. Das Übertragungsrisiko steigt in Regenzeiten an und sinkt in Trockenperioden ab.

⇒ **Chloroquin**

Chloroquin ist ein seit Jahrzehnten (oft in Kombination mit Proguanil) genutztes, allgemein gut verträgliches Medikament. Resistenzen gegen Chloroquin nehmen leider zu. Chloroquin ist auch in der Schwangerschaft zur Malariaphylaxe zugelassen (obwohl eine Schadensfreiheit für das Ungeborene nie garantiert werden kann). Hinweise: Mit viel Flüssigkeit, nicht auf nüchternen Magen einnehmen. Die Reaktionszeit kann eingeschränkt sein. Nähere Hinweise in der Reisebroschüre.

⇒ **Je nach Risiko bzw. je nach Gebiet wäre Chloroquin / Mefloquin indiziert !!: Mefloquin (LARIAM®).**

Zur Prüfung der Verträglichkeit empfehlen wir Ihnen die Einnahme der ersten Dosis bereits ein bis zwei Wochen vor Reiseantritt (Herstellerempfehlung: 7 Tage vor Reiseantritt). Bei Auftreten von Nebenwirkungen, wie Stimmungsänderung oder Herzbeschwerden, kann dann rechtzeitig auf ein mögliches Alternativmedikament umgestellt werden. Wenn Mefloquin (Lariam) erfahrungsgemäß gut vertragen wird, ist für einen Schutz vor Malaria die Einnahme der ersten Tablette spätestens einen Tag vor Ausreise in das Malariagebiet ausreichend. Zur besseren Verträglichkeit sollten Sie Mefloquin nicht auf nüchternen Magen einnehmen.

⇒ **Wenn Aufenthalt im Hochrisikogebiet <20 Tage kann auch Malarone als Malariaschutz eingenommen werden !: Atovaquon/Proguanil (Malarone®)**

Dieses im Frühjahr 2001 für die Vorbeugung zugelassene Medikament ist v.a. für Kurzeitaufenthalte in einem Malariahochrisikogebiet statt Mefloquin (Lariam®) geeignet (für Personen über 40kg Körpergewicht und eine Aufenthaltsdauer bis zu 28 Tage im Malariagebiet). Eine Packung von 12 Tbl. reicht für einen maximal fünftägigen Aufenthalt. Soweit bisher bekannt, ist Malarone® gut verträglich, aber relativ teuer. Dosierung: 1 Tablette täglich, 1 Tag vor Einreise in das Malariagebiet bis 7 Tage nach Ausreise. Siehe auch Hinweise in unserer Broschüre.

In Ihrem Reiseland kommen Infektionen mit dem Dengue-Virus vor. Diese Erkrankung verläuft grippeähnlich. Starke Kopfschmerzen sind dabei häufig. Schwere Verlaufsformen kommen vor. Dengue wird durch tag(!)- und nachtaktive Aedes-Mücken übertragen. Eine Impfung gegen das **Dengue-Virus** gibt es noch nicht. Die einzig wirksame Vorbeugung besteht im Mückenschutz.

In Ihrem Reiseland werden Infektionen durch Mücken und andere Insekten übertragen. Wir empfehlen Ihnen deshalb einen konsequenten Schutz vor Insektenstichen. Bewährt haben sich die nächtliche Nutzung eines Moskitonetzes, das Tragen langer, luftiger, heller Kleidung (insbesondere abends) und Insektenabwehrmittel für die Haut. Beachten Sie bitte für Ihre Reiseplanung unsere Klimahinweise. Das von der Häufigkeit der Insekten abhängige Übertragungsrisiko zahlreicher Infektionen steigt in Regenzeiten an und sinkt in Trockenperioden ab.

⇒ Auf Ihrer Reiseroute kommen Infektionskrankheiten vor, die durch Zecken übertragen werden. Bitte achten Sie auf lange, angepaßte Kleidung, die Anwendung von Zeckenabwehrmittel und suchen Sie ggf. den Körper nach Spaziergängen in Busch- oder Waldgebieten auf Zecken ab.

Empfohlene Impfungen:

⇒ **Diphtherie-Impfung.** Eine Auffrischung der Impfung ist notwendig, wenn die letzte Impfung mehr als 10 Jahre zurückliegt.

⇒ **Poliomyelitis-Impfung (Kinderlähmung).** Eine Auffrischung der Impfung ist notwendig, wenn die letzte Impfung mehr als 10 Jahre zurückliegt.

⇒ **Hepatitis A - Impfung**

Eine Kombinations-Impfung Hepatitis A- und Hepatitis B ist möglich.

Ergänzende Informationen zu Impfungen:

Aus Ihrem Land wird häufiges **Tollwut**vorkommen berichtet. Bei einer kurzen Reisedauer kann auf eine prophylaktische Impfung vor der Reise verzichtet werden. Nach einem Tierbiss muss jedoch unbedingt eine sofortige Tollwut - Impfung erfolgen! Wenn Sie häufiger Länder mit höherem Risiko bereisen, ist eine Impfung empfehlenswert.

Eine **Typhusimpfung** empfehlen wir bei Reisen und Aufhalten unter sehr einfachen Bedingungen. Die hiermit erreichbare Schutzwirkung beträgt maximal 50-60 % und kann daher nur als zusätzlicher Schutz neben einer konsequenten Nahrungsmittelhygiene verstanden werden. Eine Schutzwirkung gegen Paratyphus und andere Durchfallerreger ist mit der Impfung nicht verbunden.

Eine **Hepatitis B** kann durch den direkten Kontakt mit Blut, Blutprodukten oder sexuell übertragen werden. Eine Impfung vor allem dann sinnvoll, wenn längere Reisen in Regionen mit schlechter Gesundheitsversorgung geplant sind, oder wenn sexuelle Kontakte mit wenig bekannten Partnern oder Partnerinnen im Reiseland möglich sind.

Japan-B-Enzephalitis ist eine durch Viren ausgelöste, häufig ernst verlaufende Infektionskrankheit. Überträger sind tag- und nachtaktive Mücken. **Eine Impfung ist möglich**, aber für Deutschland nicht ausdrücklich zugelassen. Der Impfstoff muss über eine internationale Apotheke importiert werden. Bei längeren Aufhalten in ländlichen Gebieten (mit Reisanbau und Schweinezucht) und bei intensiverem Bevölkerungskontakt ist die Impfung sinnvoll. Die Abwägung von Erkrankungsrisiko und Beeinträchtigungen durch die Impfung muss durch den impfenden Arzt erfolgen.

Choleraerkrankungen treten im Reiseland auf. Wir empfehlen Ihnen deshalb, konsequent auf Nahrungsmittel- und Trinkwasserhygiene zu achten. Eine Impfung wird unter Abwägung des Erkrankungsrisikos bei Ihrer Reiseart nicht empfohlen.

Weitere wichtige Informationen und Empfehlungen für Ihre Reise:

: Hinweise zu frauenspezifischen Fragen finden Sie in unserer Reisebroschüre.

Wir empfehlen Ihnen, insbesondere außerhalb von Hotelanlagen, auf die Trinkwasserqualität zu achten und rohe oder abgekühlte Nahrungsmitteln im Zweifel zu meiden. Nähere Informationen zu Trinkwasser- und Nahrungsmittelhygiene finden Sie in unserer Reisebroschüre.

In Ihrem Reiseland kann es besonders beim Verzehr **von Kresse oder Salaten** oder von landestypischen Gerichten mit **rohem bzw. halbgarem Fisch oder Krabben** zu **Wurmerkrankungen im Darm oder in Gallenwegen** kommen. Im Zweifel sollten Sie solche Gerichte meiden, oder nur in gesicherten, einwandfreien Hotelanlagen zu sich nehmen.

In Ihrem Reiseland kann durch das Baden in Süßwasserseen oder anderen stehenden Gewässern eine ernste **Sturmkrankheit ("Bilharziose oder Schistosomiasis")** übertragen werden. Der Zwischenwirt der Parasiten sind Schnecken an Uferpflanzen. Sie sollten im Zweifel möglichst immer auf Kontakt der Haut mit stehendem Wasser in Ufernähe verzichten.

Die Ihnen vorliegenden Informationen wurden nach bestem Wissen und neuestem Stand in der Reisemedizin erstellt. Sie wurden vor dem Versand sorgfältig geprüft. Das persönliche Gespräch mit Ihrem Arzt wird durch unsere Empfehlungen aber nicht ersetzt! Insbesondere Impfungen und die Einnahme verschreibungspflichtiger Medikamente müssen mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt besprochen werden. Das Tropeninstitut Hamburg kann für eventuelle Schäden, die auf hier angegebene oder fehlende Informationen zurückgeführt werden, keine Haftung übernehmen.

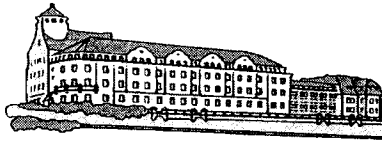
In unserer Reisebroschüre finden Sie nähere Informationen u.a. zur Malariaphylaxe und zu Impfungen. Wir empfehlen Ihnen, während der Reise und in den ersten Wochen nach Rückkehr bei Fieber oder unklaren Beschwerden eine reisemedizinisch erfahrene Ärztin oder einen Arzt aufzusuchen und dabei gezielt auf Ihre Reise hinzuweisen!

WIR WÜNSCHEN IHNEN EINE ERHOLSAME UND ENTSPANNTE REISE !

Ihr reisemedizinisches Beratungsteam
ärztlich verantwortlich: Dr. Grade

Anlagen:

Reiseinformationen zu: China
Gesundheitsinformation für Ihre Reise
Merkblatt: Bilharziose



1900 - 2000

BERNHARD-NOCHT-INSTITUT FÜR TROPENMEDIZIN

Tropeninstitut Hamburg · RMZ · Seewartenstr. 10 · 20459 Hamburg

Muster Musterfrau

Teststr
23490 Musterstadt

Klinische Abteilung
Reisemedizinisches Zentrum (RMZ)
Seewartenstr. 10
20459 Hamburg

Tel.: 040 - 428 18 - 805
Fax: 040 - 428 18 - 340
rmz@gesundes-reisen.de
<http://www.gesundes-reisen.de>

Telefonische reisemed. Beratung:
Mo. - Fr.: 8⁰⁰ - 19⁰⁰
Samstag: 10⁰⁰ - 13⁰⁰



GEBÜHRENBESCHEID NR.: 8754 / 2002

Hamburg, den 17.01.2002

Sehr geehrte Frau Musterfrau,

Vielen Dank für die Inanspruchnahme unserer Beratung. Für diesen Service stellen wir Ihnen eine Gebühr in Höhe von **20,00 Euro** (aufgrund der Gebührenordnung für das öffentliche Gesundheitswesen vom 02. Dezember 1997, Teil III, Tarifnummer 7) in Rechnung.

Bitte überweisen Sie den Betrag innerhalb von 14 Tagen nach Erhalt dieses Bescheides. Richten Sie Ihre Zahlung bitte an:

Empfänger:	Bernhard-Nocht-Institut
Bank:	Postbank Hamburg
Bankleitzahl:	200 100 20
Konto-Nr.:	882 39 - 208
Verwendungszweck:	8754 / 2002 Muster Musterfrau



Geben Sie bitte als Zahlungsgrund (bitte deutlich lesbar) den o.g. Verwendungszweck an, da sonst eine Verbuchung des Zahlungseingangs erschwert wird. Sie helfen damit, eventuelle Irrtümer zu vermeiden.

Vielen Dank für Ihr Interesse an unserer Reisemedizinischen Beratung. Wir hoffen, dass wir Ihre Anfrage zu Ihrer Zufriedenheit beantworten konnten.

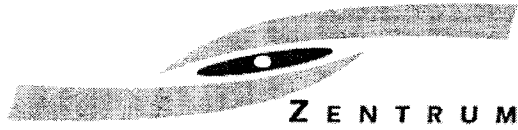
Mit freundlichen Grüßen

Ihr Reisemedizinisches Beratungsteam
Bernhard-Nocht-Institut für Tropenmedizin

Rechtsmittelbelehrung:

Gegen diesen Bescheid können Sie innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe schriftlich oder zur Niederschrift bei der im Kopf bezeichneten Dienststelle Widerspruch erheben. Nach § 80 Abs. 2 Nr. 1 der Verwaltungsgerichtsordnung entbindet die Erhebung eines Widerspruchs nicht von der Verpflichtung, die Gebühren bis zum angegebenen Zeitpunkt zu bezahlen.

DIESER GEBÜHRENBESCHEID IST SERIELL ERSTELLT UND OHNE UNTERSCHRIFT GÜLTIG



Für eine ausführliche, persönliche reisemedizinische Beratung, die eine individuelle Empfehlung zu notwendigen Impfungen und Malariaphylaxe mit einschließt, wenden Sie sich bitte, falls noch nicht erfolgt, an unsere Reiseberatung.

Kurzübersicht:**Kontinent:** Asien**Hauptstadt:** Beijing (Peking)**Flugzeit FFM bis Landeshauptstadt (in Stunden):** 9**Zeitdifferenz zu Deutschland (in Stunden):** +7**Währung:** 1 Renminbi ¥uan (RMB.¥) = 10 Jiao**Telefonvorwahl:** +86**Amtssprachen:**

Mandarin (Hochchinesisch)

Weitere im Land gesprochene Sprachen:

Andere asiatische Sprachen, in Großstädten auch Englisch

Informationen zur Gesundheitssituation:*(Zum Vergleich Angaben für Deutschland in Klammern)*

Lebenserwartung in Jahren Frauen/Männer (79/73):	74 / 70
Kindersterblichkeit pro 1000 Geb. in den ersten 5 J. (10):	40
Wasserversorgung der Bevölkerung in % (100):	95
Krankenhausbetten pro 10.000 Einwohner (75):	15
Bevölkerungszahl pro Arzt (300):	910

**Hinweise auf einen Blick:****Wirtschaftlicher Entwicklungsstand:**

- Kategorie: Schwellenland mit gleichzeitig hoch entwickelten u. weniger entwickelten Regionen. In großen Städten sind Gesundheitseinrichtungen auf gutem Niveau erreichbar. Die Versorgung in sozial schwachen Regionen ist dagegen häufig schwierig. Unterschiedlich guter bis unbefriedigender Zustand der Infrastruktur und der Hygienestandards. (Details: Allgemeine Informationen)

Sicherheitshinweis:

- Im Land sind keine besonderen Sicherheitsrisiken für Reisende bekannt.

Klima:

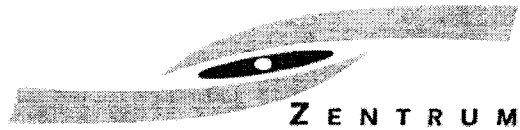
- gemäßigtes Klima
- subtropisches bis arides Klima
- tropisch heiß, hohe Luftfeuchtigkeit
- Wüstenklima mit hoher Luftfeuchtigkeit

Umwelt:

- Vorkommen von Smog in einigen Großstädten
- Gesundheitsrisiken durch starke Umweltverschmutzung in einzelnen Regionen

Gesundheitshinweise:**Risikoeinschätzungen und Empfehlungen zur Vorbeugung erfordern eine persönliche Beratung!**

- Durchfallerkrankungen sind häufig. Typhus und Cholera können vorkommen.
- Bei längeren Aufenthalten in ländlichen Regionen: Japan-B-Enzephalitis-Vorkommen.
- Malariavorkommen in einzelnen Landesteilen.
- Insekten und Zecken können Infektionen übertragen.
- Bei möglichem Tierkontakt: Tollwut ist in einigen Landesregionen häufig.
- Bei sexuellen Kontakten: Infektionsübertragungen sind möglich.

**Allgemeine Informationen:**

In der Volksrepublik China leben über 1,2 Milliarden Einwohner auf einer Fläche von 9,6 Mio. qkm (Rang 4 in der Weltrangliste der größten Länder der Erde). In der Hauptstadt Peking leben etwa 11 Mio. Menschen.

China entwickelt sich seit der Beendigung der Kulturrevolution mit einer beeindruckenden ökonomischen Dynamik. Trotzdem leben weiterhin große Teile der Bevölkerung in Armut.

Landesstruktur: Es gibt 23 Provinzen (einschließlich Taiwan, das von der VR China als 23. Provinz betrachtet wird), 5 autonome Regionen, 4 Stadtbezirke; außerdem 147 territoriale Einheiten mit regionaler Autonomie.

Bevölkerung: 1,27 Milliarden, davon 92 % Han-Chinesen, sowie viele weitere Ethnien.

Bevölkerungsdichte: 130 Einwohner/qkm; Bevölkerungswachstum: 0,88 %.

Bruttosozialprodukt pro Kopf (im Vergleich zu Deutschland: 27.510 US-\$): 620 US-\$.

O Stromspannung 220 Volt Wechselstrom, 50 Hertz, 2-Pol-Steckdosen.

Aktuelle Meldung:

Unverändert gültig seit 09.10.2001

Aus aktuellem Anlaß rät das Auswärtige Amt derzeit von Reisen in das an Pakistan, Afghanistan und Tajikistan grenzende Pamir-Gebiet (Taxkorgan, Kashgar) der chinesischen Provinz Xinjiang (Autonome Region Xinjiang Uighur), ab, wobei jedoch keinen Anlass besteht von Reisen in die Provinz Xinjiang oder die VR China generell abzuraten. Flugrouten von und nach Deutschland sind durch die Ereignisse in Afghanistan nicht beeinträchtigt.

Kulturelle Besonderheiten (u.a. Festtage):

China bildet eine der größten Kulturnationen der Welt mit einer sehr reichen Geschichte. Das Wahrsage- und Weisheitsbuch I-Ging (Yi-ching) ist eines der ältesten, geschriebenen Bücher. Chinesische Philosophie (Tao, Chan, u.a.), traditionelle chinesische Medizin (Akupunktur, u.a.), meditative Bewegungsformen und Kampfkünste (Tai-Chi-Chuan, Qi-Gong, Kung-Fu, Feng Shui) u.v.a. gewinnen auch in Europa zunehmend an Interesse und Aufmerksamkeit. Vor einer Reise nach China ist es lohnend und auch sehr nützlich, sich mit den kulturellen Hintergründen zu beschäftigen.

In China trifft man auf viele verschiedene Religionen, unter denen Konfuzianismus (Ahnen-Kult u.a.), Taoismus und (weniger) Buddhismus vorherrschen. Respektieren Sie die religiösen Gebräuche: Beim Betreten eines Gebäudes zieht man die Schuhe aus. In Klöstern geht man im Uhrzeigersinn umher. Kurze Hosen oder ein Hut sind im Kloster tabu, Fotografieren normalerweise nicht erlaubt. Fragen Sie, bevor Sie jemandem fotografieren. Wenn Sie in Klöstern etwas spenden möchten, sollten Sie es direkt die Mönche geben, nicht in die offiziellen Sammeldosen, von wo die Spenden an die chinesischen Behörden gelangen. Aber Vorsicht: Mönche, die beim Entgegennehmen beobachtet werden, können große Schwierigkeiten bekommen!

Pünktlichkeit ist in China Pflicht! Chinesen empfinden außerdem auffallende Gefühlsausbrüche als peinlich, deshalb sollten Sie auf lautes Schreien und Schimpfen verzichten. Außerdem ist Naseputzen in der Öffentlichkeit tabu, das macht man auf der Toilette. Allerdings ziert sich niemand, mit lautem Geschnaube und im hohen Bogen allerorts (!) auszuspucken oder in Restaurants auf den Fußboden zu aschen.

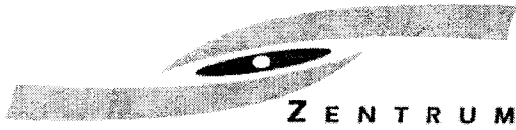
Die linke Hand gilt als unsauber; wenn Sie jemandem etwas geben benutzen Sie die rechte Hand, bei Geschenken ist es höflicher, sie mit beiden Händen zu übergeben.

Kaufen Sie keine "Antiquitäten", denn die meisten Kunstschatze sind bereits zerstört oder von chinesischen Streitkräften geplündert worden. Lassen Sie sich auf keinen Fall darauf ein, wenn Ihnen jemand etwas heimlich verkaufen will.

Der Sozialismus verbietet das Trinkgeldwesen - doch darum kümmert sich in China niemand. Im Gegenteil erscheinen die Trinkgeldforderungen bisweilen geradezu erpresserisch - also aufgepasst vor Neppern!

Dagegen nicht verbietet die Regierung das "Trinkwesen". Zu einem der beliebtesten Spiele gehört es, harmlose Touristen zu einem großen Essen einzuladen, um sie unter dem Banner der Höflichkeit zum vollständigen Leeren prall mit Reisschnaps aufgefüllter Gläser zu ermutigen. Man sollte nicht davon ausgehen, daß man mit einem Glase seiner Höflichkeit genügend Ausdruck verliehen habe, denn dann beginnt der Spaß erst richtig. Also Vorsicht! Es hilft als kleine Notlüge, daß man generell keinen Alkohol trinkt. Notlügen sind generell höflich, solange man es geschickt anstellt.

Gegessen wird in China alles, was auf Erden kriecht und fliecht - und wenn man mal von weißen Pekinesenhunden absieht,



wird man auf den Straßen auch selten Haustiere antreffen. Sie sollten also eine Menge Mut und Neugier (aber auch Vorsicht) mitbringen, wenn Sie zum Essen eingeladen werden sollten. Es wird ihnen aber niemand übelnehmen, wenn sie das eine oder andere dankend ablehnen.

Sprache: Die offiziellen Landessprachen sind Mandarin (Hochchinesisch) und andere. Die wesentliche Verkehrssprache ist Englisch. Jedoch sollte man nicht erwarten, daß jeder Chinese Englisch spricht. Selbst Taxifahrer in Städten wie Beijing tun sich damit schwer. Lassen Sie sich daher von befreundeten Chinesen oder an der Hotelrezeption chinesische Stadtpläne aushändigen.

Nationalfeiertag: 01. Oktober

Weitere Feiertage: 01. Januar, 01. Mai, 01. und 02. Oktober, sowie das sich jährlich verschiebende Frühlingsfest (Chinesisches Neujahr) im Januar / Februar.

Sicherheitssituation (ggf. nach Gebieten):

Die folgenden Informationen beruhen auf Angaben des Auswärtigen Amtes (www.auswaertiges-amt.de, Tel. 01888-17-0):

Unverändert gültig seit 9. 10 2000

Aus aktuellem Anlaß rät das Auswärtige Amt derzeit von Reisen in das an Pakistan, Afghanistan und Tadjikistan grenzende Pamir-Gebiet (Taxkorgan, Kashgar) der chinesischen Provinz Xinjiang (Autonome Region Xinjiang Uighur), ab.

Die Einfuhr und der Besitz schon relativ geringer Drogenmengen kann zu hohen Freiheitsstrafen oder sogar zur Todesstrafe führen. Reisende werden deshalb vor der Mitnahme von Gegenständen unbekanntes Inhalts für Dritte dringend gewarnt. Mittlerweile dürfen sich Ausländer in insgesamt ca. 1.100 chinesischen Orten ohne besondere Erlaubnis bewegen. Für alle übrigen Orte muss eine Sondergenehmigung beantragt werden.

Ausländer müssen ihren Reisepass immer mit sich führen. Fotografieren ist - von Ausnahmen wie militärischen Objekten abgesehen - nicht beschränkt. Bei Aufnahmen von Personen sollte erst um Erlaubnis gefragt werden.

Nähere Informationen zur Sicherheitslage finden Sie auch unter <http://www.auswaertiges-amt.de>.

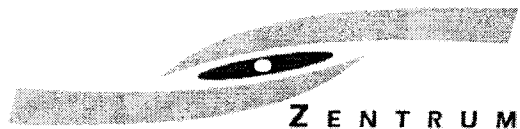
Hygienische Bedingungen/Gesundheitsversorgung:

HIV/Aids wird auch in China zu einem Problem und zu einer Gefahr für alle, die Infektionsrisiken eingehen: Sexualkontakte, unsaubere Spritzen oder Kanülen und Bluttransfusionen können ein erhebliches lebensgefährliches Risiko bergen. Von Einreisenden wird eine Gesundheitserklärung verlangt. Zumindest für Aufenthalte von länger als einem Jahr, ggf. auch schon unter dieser Zeitspanne, wird ein HIV-Test verlangt, gelegentlich zusätzlich ein ausführliches Gesundheitszeugnis in chinesischer und englischer Sprache, beglaubigt von der Chinesischen Botschaft. Die Vorgehensweise ist nicht unbedingt einheitlich und Änderungen unterworfen.

Vor allem in Zentralchina besteht ein erhöhtes Risiko für Durchfallerkrankungen. Cholerafälle werden vereinzelt aus Hongkong gemeldet. Häufige Infektionsquellen sind rohe Meeresfrüchte. Durch hygienisches Essen und Trinken (nur Abgekochtes, nichts lau Aufgewärmtes) und konsequenten Mückenschutz (Repellentien, Mückennetz, bedeckende Kleidung, Verhalten) können die meisten, zum Teil auch gefährlichen, Durchfälle ganz vermieden werden.

Die medizinische Versorgung im Lande ist mit Europa nicht zu vergleichen und vielfach technisch, apparativ und/ oder hygienisch problematisch. Auf dem Land und in vielen auch großen Städten fehlen Englisch/ Französisch sprechende Ärzte. Eine Verständigung kann ohne chinesische Sprachkenntnisse gerade bei medizinischen Inhalten ein großes Problem sein. Zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Volksrepublik China gibt es kein Sozialversicherungsabkommen. Das bedeutet, dass Arzt- bzw. Krankenhausrechnungen in der Regel sofort nach der Behandlung in bar bezahlt werden müssen.

Ein ausreichender, dort gültiger Krankenversicherungsschutz und eine zuverlässige Reiserückholversicherung sind dringend empfohlen. Eine individuelle Reiseapotheke sollte mitgenommen und unterwegs den Temperaturen entsprechend geschützt werden (Kühlkette gesichert?). Auch hierzu ist die individuelle Beratung durch einen Tropenarzt bzw. Reisemediziner sinnvoll.

**Infektionskrankheiten:**

Die folgende Liste der Infektionskrankheiten ist notwendigerweise unvollständig. **Infektionsrisiken mit einer Bedeutung für alle Reisenden sind unterstrichen.** Ob im individuellen Einzelfall darüberhinaus ein erhöhtes Risiko besteht, oder ob von einer seltenen Infektion eine Gefahr ausgehen könnte, ist nur durch eine persönliche Beratung zu klären. Die meisten Infektionen werden durch Wasser, Nahrung, Insekten oder engen körperlichen Kontakt übertragen. **Bei umsichtigem Verhalten sind die Risiken in der Regel sehr klein!**

Durch verunreinigte Nahrungsmittel und Trinkwasser kommen Durchfallerkrankungen häufig vor (Erreger: Hep.A-Virus, Salmonellen - u.a. auch Typhuserreger, Cholera, Amöben u.v.a.).

Beim Baden in Flüssen und Süßwasserseen besteht neben bakteriellen Verunreinigungen die Gefahr einer übertragbaren Wurmerkrankung (Bilharziose), in zentralen und östlichen Landesteilen, vor allem in den Provinzen Hubei, Honan, Jiangxi, Anhui und Jiangsu.

Oionorchiasis (kleiner Leberegel, Wurmerkrankung): Übertragung durch roh oder halbgar gegessene Süßwasserfische aus fäkalienverseuchten Gewässern), vorwiegend im Süden.

Paragonimiasis (Lungenegel, Wurmerkrankung): Übertragung durch roh oder halbgar gegessene Süßwasserkrabben und Krebse.

Rotalgen "red tide": durch direkten Kontakt bzw. über den Genuss von Meeresfrüchten aufgenommene Algentoxine können Vergiftungserscheinungen ausgelöst werden; saisonale Häufung, vor allem in den Küstenregionen.

Durch Insekten/Zecken übertragbare Erkrankungen:

- Leishmaniose: durch Sandmücken übertragen, viszerale Form ("Kala Azar") in südlichen und zentralen Landesteilen: Gansu und Xinjiang; kutane Form sporadisch im Nordwesten: Sichuan, Shanxi, Shandong, Mongolei.
- Lymphatische Filariose: durch Stechmücken übertragene Wurmerkrankung, sporadisch im Süden. Risiko für Reisende gering.
- Japan-B-Enzephalitis: durch Stechmücken übertragene Viruserkrankung, vor allem ländliche Gebiete in den zentralen und östlichen Provinzen, frei sind Xizang (Tibet), Xinjiang und Qinghai.
- Lyme-Borreliose: durch Zecken übertragen, bakterielle Erkrankung mit u.a. Gelenkbefall und Hautveränderungen.
- Fälle von hämorrhagischem (blutenden) Fieber (Krim-Kongo, Hanta-Virus) werden immer wieder berichtet, v.a. in Zentralchina/ Chongqing, Übertragung durch Nagetierurin.
- Fleckfieber: durch Läuse übertragen, Erreger sind kleine Bakterien, sog. "Rickettsien", vor allem im Buschland im Süden.

Geschlechtskrankheiten (z.B. Hepatitis-B, Gonorrhoe/Chlamydien, HIV/Aids u.a.). Empfehlenswerte Adresse für ausführliche Informationen: <http://www.unaids.org> .

Durch mangelnde Hygiene im öffentlichen Gesundheitssystem bestehen besondere Infektionsgefahren bei Inanspruchnahme medizinischer/ärztlicher Hilfe, insbesondere für Hepatitis-B und -C, HIV und Syphilis.

Tuberkulose (Risiko für Reisende gering).

Malariasituation (ggf. nach Gebieten):

Vorwiegend Malaria tertiana, Malaria tropica im Süden höher. Regional-vereinfachte Anhaltswerte (!) des Übertragungsrisikos: ganzjährig: südlich des 25° nördliche Breite (relativ hoch)

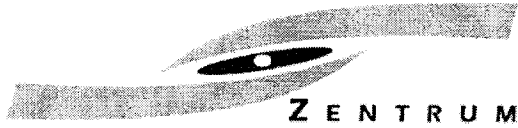
Mai bis Dezember: 25° - 33° nördliche Breite (gering)

Juli-Nov: nördlich 33° nördlicher Breite (gering)

Relativ hohes Übertragungsrisiko: Provinzen Hainan, Yunnan, Guangxi (Süden und Westen)

Geringes Risiko: Guangxi (Nordosten), Guizhou, Sichuan, Fujian, Zangbo-Tal im SO von Xizang, Yili-Tal im W von Xinjiang, Guangdong, Hunan, Jiangxi, Hubei, Anhui, Zhejiang (<1500 m), Umgebung von Shanghai, Jiangsu, Shandong, Norden von Hongkong.

Kein Risiko: Höhenlagen über 1.500 m; innere Stadtgebiete und Großstädte; Provinzen: Heilongjiang, Jilin, Nei Monggol, Beijing, Shanxi, Shoanxi (N), Ningxia, Gansu, Qinghai, Xinjiang ausgenommen Yili-Tal, Xizang (Tibet) ausgenommen Zangbo-Tal im



Südosten.

Achtung: Chloroquin-resistente Malaria-tropica-Stämme kommen vor!

Aktuelle Übersicht: <http://www.actmalaria.org/info/china.html>

Krankheiten/Gefahren, die von Tieren ausgehen:

Vor allem in ländlichen Regionen, aber auch in Großstädten geht insbesondere von streunenden Hunden eine erhöhte Tollwutgefahr aus.

Umweltrisiken:

Luftverschmutzung durch Kohleöfen u.ä., in Industrie- und in Großstädten auch durch Autoabgase. Smog insbesondere in Peking und Shanghai. Waldschäden durch sauren Regen und Abholzungen. Wasserknappheit (besonders im Norden) und Wasserverschmutzung durch ungefilterte Abwässer. Verlust von etwa 1/5 der Ackerlandfläche seit 1949 durch Bodenerosion und wirtschaftliche Entwicklungen. Zunehmende Wüstenbildung. Reduktion der Artenvielfalt durch Handel mit gefährdeten Tierarten.

Klima:

Sehr verschieden; tropisch im Süden und subarktisch im Norden. Chinas Klima teilt man in sieben Klimazonen: (1) Der Nord-Osten Chinas, der kalte Winter und warme Sommer mit sehr viel Regen hat; (2) Zentral-China mit warmen, nassen Sommern, wobei die Küstenregionen gelegentlich von Wirbelstürmen und Taifunen heimgesucht werden; (3) Südchina, wo die Sommer heiß und nass sind; (4) Süd-West-China mit gemäßigten Sommern und milden, relativ trockenen Wintern; (5) Das Hochplateau der Tibet-Region mit Schnee und Frost im Winter und warmen Sommern mit starken Regenfällen und extremen Temperaturabfällen in der Nacht; (6) Das Landesinnere, wo im Westen ein trockenes Wüstenklima mit kalten Wintern herrscht (Niederschlag ganzjährig); (7) Die innere Mongolei, die Bergregionen und Halbwüsten einschließt, hat ein sehr kontinentales Klima mit kalten Wintern und warmen Sommern. Die Durchschnittstemperaturen liegen in Shanghai zwischen 1 und 8 °C im Januar und 23 und 32 °C im Juli oder August.

Nachfolgend finden Sie hier Klimadaten ausgewählter Wetterstationen des Landes:

Klimastation BEIJING (PEKING)

Höhe über NN in m: 55 geographische Position: 116° 17' E, 39° 56' N

	Jan.	Feb.	März	Apr.	Mai	Juni	Juli	Aug.	Sep.	Okt.	Nov.	Dez.
Temp. Ø Max. (°C)	1,6	4,0	11,3	19,9	26,4	30,3	30,8	29,5	25,8	19,0	10,1	3,3
Temp. Ø Min. (°C)	-9,4	-6,9	-0,6	7,2	13,2	18,2	21,6	20,4	14,2	7,3	-0,4	-6,9
Regentage	1	2	2	3	4	6	10	9	4	3	1	1
Niederschlag (mm)	3	6	9	26	29	71	176	182	49	19	6	2
Sonnenstunden Ø	6,5	6,8	7,8	8,2	9,3	9,1	7,2	7,4	8,1	7,3	6,4	6,0
Wasser-Temp. Ø (°C)												
Klimabelastung*	--	--	--	--	--	zs	s	s	--	--	--	--

Klimastation HONGKONG (Observatorium)

Höhe über NN in m: 33 geographische Position: 114° 10' E, 22° 18' N

	Jan.	Feb.	März	Apr.	Mai	Juni	Juli	Aug.	Sep.	Okt.	Nov.	Dez.
Temp. Ø Max. (°C)	18,6	18,6	21,3	24,9	28,7	30,3	31,5	31,3	30,3	27,9	24,2	20,5
Temp. Ø Min. (°C)	13,6	13,9	16,5	20,2	23,9	25,9	26,6	26,3	25,5	23,1	19,2	15,4
Regentage	4	5	6	8	11	16	14	15	12	6	4	2
Niederschlag (mm)	23	48	67	162	317	376	324	391	300	145	35	27
Sonnenstunden Ø	4,9	3,5	3,1	3,6	5,0	5,4	7,5	6,7	6,1	6,3	6,1	5,9
Wasser-Temp. Ø (°C)	18	17	18	21	25	27	27	27	27	26	23	20
Klimabelastung*	--	--	zs	s	ss	ss	ss	ss	ss	s	zs	--

Klimabelastung: -- = keine, zs = zeitweise schwül, s = schwül, ss = sehr schwül,
h+t = heiß und trocken

**Einfuhr- und Ausfuhrbestimmungen:**

Einfuhr: 400 Zigaretten, 2 Flaschen Spirituosen.

Ausfuhr: Die Ausfuhr von Antiquitäten ist strengen Regelungen unterworfen, unterteilt nach Art und Bedeutung der Kunstgegenstände. So dürfen Münzen aus der Zeit vor 1949 überhaupt nicht mehr ausgeführt werden und die meisten Antiquitäten nur, wenn sie das rote Siegel des chinesischen Kulturamtes tragen.

Einreisebestimmungen:

Für die Einreise in die Volksrepublik China ist ein Visum erforderlich. Teilnehmer von Gruppenreisen können das Visum über den Veranstalter besorgen lassen. Einzelreisende können ihr Visum direkt bei einer der chinesischen Auslandsvertretungen in der Bundesrepublik Deutschland erhalten. Dazu benötigt man einen Reisepass, der noch mindestens sechs Monate gültig sein muss, und ein Passfoto. Nähere Informationen hierzu erteilen die chinesischen Vertretungen und das Fremdenverkehrsamt der VR China in Frankfurt.

Hinweise zu vorgeschriebenen Impfungen:

Bei Einreise aus Deutschland ist keine Impfung vorgeschrieben.

Bei Einreise aus einem Land mit Gelbfiebertvorkommen (Lateinamerika, Afrika) ist eine Gelbfieberimpfung zwingend vorgeschrieben. Dies gilt nicht für Kinder unter einem Jahr.

Bei Langzeitaufenthalt, d.h. über 6 Monate, wird ein negativer HIV-Test verlangt.

Kontaktadressen:

Deutsche Botschaft in Peking:

17 Dongzhimenwai Dajie

Chaoyang District,

Beijing 100 600, China

Tel.: +86 / 10 / 65 32 21 61 Fax: +86 / 10 / 65 32 53 36

Internet: <http://www.dtbotschaftpeki.org.cn> und <http://www.deguangzhou.org>

E-mail: germassy@public.gb.com.cn

(verfügt für Notfälle über einen 24-Stunden-Bereitschaftsdienst)

Während der Bürostunden wenden Sie sich bitte direkt an die Rechts- und Konsularabteilung der Botschaft, die unter folgender Adresse zu erreichen ist:

Rechts- und Konsularabteilung der Botschaft der Bundesrepublik Deutschland

17 Dongzhimenwai Dajie, Beijing 100600

China

Tel.: +86 / 10 / 65 32 55 60 Fax: +86 / 10 / 65 32 53 37

Botschaft der Volksrepublik China:

Märkisches Ufer 54

10179 Berlin

Tel.: +49 / +30 / 27 58 80 Fax: +49 / +30 / 27 58 82 21

Vertretungen von Österreich in China:

Embassy of Austria

5 Xiu Shui Nan Jie, Jian Guo Men Wai

Beijing / China

Tel.: +86 / 10 / 65 32 20 61 Fax: +86 / 10 / 65 32 15 05

Vertretungen von der Schweiz in China:

Embassy of Switzerland

3 Dong Wu Jie, San Li Tun

100 600 Beijing, China

Tel.: +86 / 10 / 65 32 27 36 (-38) Fax: +86 / 10 / 65 32 43 53

Chinesisches Fremdenverkehrsamt

Ilkenhanstraße 6

60433 Frankfurt / Main

Tel.: +49 / + 69 / 52 01 35 Fax: +49 / + 69 / 52 84 90



Internet: <http://www.fac.de>

E-mail: info@fac.de

Hinweise zu Reiseführern und Radioprogrammen:

Kulturschock China. Reise Know-How. (VR und Taiwan).
von Hanne Chen

Polyglott
Apa Guide China,

Wilde Schwäne.
von Jung Chang

Informationen zu Radio-Frequenzen und Programmen erhalten Sie bei:

Deutsche Welle (DW), Raderberggürtel 50, 50968 Köln, Tel. +49 / 221 / 389 0,
Fax +49 / 221 / 389 3000, <http://www.dwelle.de>

BBC-World-Service, Bush House, London Wc2B 4PH, UK
Fax: +44 / 171 257 82 58, <http://www.bbc.co.uk/worldservice>

Voice of America (VOA), 330 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20547 USA Tel.: +1 / 202 205 0205 or 401 1493, Fax: +1 /
2024011494, <http://www.voa.gov>

Radio France Internationale (RFI), Direction des affaires internationales, Tel.: +33 / +1 / 44 30 89 32, Fax : +33 / +1 / 44 30 89 20,
<http://www.rfi.fr>

Allgemeine Internetlinks:

Informationen zu Asien, englischsprachig: <http://asnic.utexas.edu/asnic.html>

Informationen zum mittlerem Osten, englischsprachig: <http://menic.utexas.edu/menic.html>, <http://reenic.utexas.edu/reenic.html>

Informationen zu Asien, deutschsprachig: <http://www.dse.de/za/lk/laender.htm>

Aktuelles Wetter: <http://www.wetter-online.de/>

Linksammlungen: <http://www.gksoft.com/govt/>, <http://www.fernweh.com>

Allgemeine Landesinformation: <http://www.fischer-weltalmanach.de>, <http://www.capitals.com>, <http://www.lonelyplanet.com>,
<http://aglobalworld.com>

<http://www.virtualtourist.com>

Aktuelle Sicherheitslage: <http://www.auswaertiges-amt.de>

Weltgesundheitsorganisation: <http://www.who.int> (search)

Landesspezifische Internetlinks:

[Http://www.fac.de](http://www.fac.de)

Chinesisches Fremdenverkehrsamt

<http://www.china-hamburg.de>

China hamburg web project

<http://www.dtbotschaftpeki.org.cn>

Website von deutschen Vertretungen in China

<http://www.deguangzhou.org>

Website von deutschen Vertretungen in China

<http://www.chinaweb.de>

Links zu Kultur, Reisen und Wirtschaft.

<http://www.shanghai-hongkong.com>

Gute informelle Seite mit schönen Fotos von Shanghai

<http://www.actmalaria.org/info/china.html>

Malariainformationen

C Kommentare der Interviewteilnehmer zur RMZ-Beratung

Kommentare der Interviewteilnehmer zur RMZ-Beratung

Layout

Layout: mehr Farbe und Übersichtlichkeit; Daten wie aus Baukasten zusammengesetzt, Layout zusammengestückelt, Struktur der Info fehlt; Layout etwas übersichtlicher; Layout: Diskrepanz zwischen Broschüre und Info; Layout etwas übersichtlicher; Layout im Jahr davor war besser (mehr Übersichtlichkeit, Wichtiges auf einen Blick finden); besseres Schriftbild; Layout: sah aus, wie einfach nur aus dem Computer gedruckt, dafür zu teuer; Preis zu hoch; besseres Layout; Layout zu langweilig; Layout unübersichtlich, Layout zwar unwichtig, sieht aber so nach "heruntergeschrieben" aus; Layout übersichtlicher gestalten; Informationen können spezifischer sein, schöneres Layout; Ausdruck zu teuer, der Preis zu hoch;

Malariaphylaxe

Malariaphylaxe sollte flexibler gestaltet werden, bessere Malariaphylaxenauskunft, hat sich an den Rat des Hausarztes gehalten; Malariaphylaxe: Hausarzt empfiehlt günstigeres aber gleichgutes Medikament; Malaria zur Reisezeit nicht aktuell; Malariaphylaxe vor Ort von keinem genommen; präzisere Malariaphylaxeinformationen erbeten; flexiblere Malariaphylaxe empfehlen, die guten Seiten von Malarone beschreiben; Malariainformation: aktuelle Karte für die Malariagebiete beilegen; Malariaphylaxe: zwar empfohlen, aber vor Ort viele Mücken; Risikogebiete von Malaria waren zu ungenau; Malariaphylaxe: Standby wurde von Apotheke anders vorgeschlagen, medizinischer Laie weiß nicht genau, ob Malariaphylaxe nun ja oder nein Malaria; Thailändische Ärzte andere Informationen: jegliche Malariaphylaxe abgeraten, keine Zeit für Impfungen, Malariamücke ebenso wie Japan B (nicht in Trockenzeit); mehr über Dengue Fieber, Krankheitsbild genauer beschreiben, nicht nur grippeähnlich;

Beratungsdefizite

Hat gezielt nach Herz-Rhythmusstörung gefragt, aber keine Antwort erhalten; im Gebiet der Reise gab es keine Malaria, aber dafür Dengue nicht aufgeführt; es wurde nicht auf die individuellen Gegebenheiten vor Ort eingegangen, keine homöopathischen Alternativen aufgezeigt; auf die Gegebenheiten des Urlaubs (Survival) wurde nicht eingegangen

Kritik

Fragebogen zu umfassend, im zugeschickten Material waren zu viele Textbausteine; Impfungen nicht notwendig; etliche Impfungen nicht vor Ort notwendig, da zu speziell, nicht auf Bedürfnisse angepasst; Beratung am Telefon genau so, wie es in der Broschüre nachzulesen ist; keine individuelle Beratung, nur Datenaufnahme; Praxisbezug und Genauigkeit fehlt; Auflistung der Krankheiten verunsichert sehr, fraglich ob Risiko wirklich hoch ist; Informationen waren teilweise widersprüchlich, möchte keine Pauschalankünfte; Preis zu hoch; Zuverlässigkeit in Frage gestellt; von anderen Institutionen andere Empfehlungen; Preis zu hoch; schwer verständlich, Hausarzt musste den Bogen "übersetzen"; zu viel benannt= verwirrend, Masern an der Grenze von Venezuela zu Brasilien nicht benannt, musste vor Ort nachgeholt werden, Impfstelle des BNI verwarf die Empfehlung des RMZ; Zweifel an Zuverlässigkeit, Preis zu hoch, da keine Expertise in der Hand; Preis für diese Reise (Standard) zu teuer; für Fax zu teuer; empfohlen Preis zu hoch für Telefonberatung; Fotokopie war zu billig und unübersichtlich aufgemacht, zu teuer, wenn nur das die Beratung ist; Preis zu hoch für Online;

Verbesserungsvorschläge

Gespräch nach der Info anbieten mit direkten individuellen Informationen, bitte differenziertere Infos zu den einzelnen Reisegebieten; besser eine kleinere Beratung zu einzelnen Themen (z.B. Malaria); mehr alternativen wie Homöopathie, mehr auf die Situation eingehen (berufliche Reise); Impfvorschläge zu massiv; Onlinefragebogen zu allgemein, ging nicht auf Kind ein, mehr auf

Kinder eingehen, besonders bei Onlinefragebogen; Preis könnte etwas weniger sein, da keine telefonische Beratung, Checklisten für Reiseapotheke beilegen, To-do-Liste vor dem Urlaub, was man wann organisieren muss vor der Reise; Informationen kürzer in der Beratung fassen; schneller Wichtigeres auf einen Blick erkennen; Preisliste von empf. Medis beifügen; weniger Text, ist zuviel zu lesen, wie wäre es mit Tabellen; eventuell Hinweise aufzeigen: was tun bei Magenproblemen, evtl. Telnr. von Ärzten dort vor Ort, lokale Informationen waren anders als die Informationen vom RMZ; Beratung billiger machen; Auflistung von Maßnahmen gegen Durchfall etc. in Pocketformat; speziell Informationsbroschüre Fernreise "Reisen mit Kindern" rausgeben; braucht eine Liste mit Mindestangebot an Medikamenten; nicht allgemein, sondern Medis direkt benennen; Tipps genauer, wie machen, wo (Gebiet); fand die Impfberatung verbesserungswürdig;

Sonstige

Das RMZ sollte mehr Werbung machen, weil es so gut ist, nicht nur im Internet Werbung, auch z.B in Reiseführern; mehr Werbung; zu wenig bekannt; Eigenwerbung verstärken; höherer Bekanntheitsgrad, das RMZ mehr bekannt machen; Preis mit 20 Euro oberste Grenze, war schwierig, ob Medis in dem jeweiligen Land erhältlich sind; vor Ort nicht so gehandhabt; ist zu wenig bekannt, quantifizieren von z.B. Kontakt zur einheimischen Bevölkerung etc... was ist häufig...;

Anmerkung der Interviewerinnen

Malariaphylaxe

Hat sich bezüglich der Malariaphylaxe eher an den Rat des Hausarztes gehalten; hat sich nicht an die Malariaphylaxenempfehlung gehalten; hat die empfohlene Malariaphylaxe nicht gemacht, da vor Ort diese nicht üblich war; Malariaphylaxeninformation hat nicht so ganz gestimmt; findet Malarone als Prophylaxe gut, da kurzfristig, auch erst vor Ort einnehmbar, machte den Vorschlag, eine Liste von Vor -und Nachteilen verschiedener Malariaphylaxen

zu erstellen, kann man Malariamittel auch "gebraucht", also von jemanden, der sie nicht benutzt hat, kaufen?; unsere Malariainfo war abweichend von der Info im Land selber, dort gab es zum Zeitpunkt der Reise keine Malaria; hat das Lariam überhaupt nicht vertragen; sehr gut ist die Beratung im Umgang mit Malariaprophylaxe

Gesundheit

Im Urlaub war der Gesundheitszustand besser, danach wieder wie vorher auch; hat sich insgesamt im Urlaub besser gefühlt; hat sich auch vom Hausarzt beraten lassen; großes Bedürfnis nach Reisesicherheit (Gesundheit, Land); Impfungen auf Grund der Allergieauslösung nicht durchgeführt; nur Gelbfieber durchführen lassen (Vorschrift), da Risiko der Nebenwirkung zu hoch; schwer erkrankt (Fischvergiftung); noch heute Symptome; vor Ort: Sandflöhe gestochen, dort auch behandeln lassen; formulierte ausdrücklich, dass sich ihr Gesundheitszustand bezüglich ihrer Gemütsstimmung durch die Reise deutlich verbessert hat; Hausarzt-Kontakt, großes Sicherheitsbedürfnis; hat die Gelbfieberimpfung nicht durchführen lassen, da Apotheke diese nicht empfohlen hat; Impfungen nicht durchführen lassen, da Zeit zu knapp; konnte sich nur sehr schlecht an die Impfungen erinnern; Impfungen nicht durchführen lassen, da Impfschutz noch bestand; war durch den Urlaub positiv gestresst und hinterher viel entspannter; Japan-B-Impfung nicht durchführen lassen, da Hausarzt und Apotheker abrieteten; hat seit der Rückreise eine Dauererkältung; keine Impfungen durchführen lassen (keine Zeit, sowieso Luxus-Unterkunft); Gesundheitszustand nach der Reise war auf Grund des langen Flugs etwas schlechter; konnte sich nur schlecht an seinen Impfstatus erinnern

Sonstige

er hat sich kaum darum gekümmert; fand es gut, dass auch nach der Reise nachgefragt wurde; sehr zufrieden mit unserer Beratung; war lange Krebskrank-Reise mit Freunden hat ihr Kraft und Mut gegeben; hat sich über den Anruf gefreut; nutzte schon mehrmals die Beratung- ist sehr zufrieden; schon mehrmals Beratung in Anspruch genommen; Beratung nur online; Interview unterbrochen

durch Telefonstörung; hat sich schon mehrfach beim RMZ beraten lassen; zeitlich sehr unter Druck; macht jährlich Fernreisen- Beratung durch RMZ; die Botschaft von Laos ist in Berlin, nicht in Bonn wie in den Informationen angegeben; Reiseinfos durch Botschaft eingeholt; war im Land übervorsichtig, was Lebensqualität im vgl. zu Mitreisende einschränkte; hat die Beratung via Internet gemacht; hat sich auch durch den Reiseveranstalter bezüglich Land + Gesundheit informiert; fand die Beratung insgesamt sehr gut, war beeindruckt davon, wie schnell die Informationen zugesandt wurden; hat sich über das Internet beraten lassen; ist Reiseverkehrskauffrau- von der Beratung sehr angetan, empfiehlt Ihren Kunden dies weiter; hat sich über Internet von uns beraten lassen; Online-Beratung; Online Beratung eine gute Alternative mit der Möglichkeit des Rückrufes- wird gern weiterempfohlen; hat sich über Internet beraten lassen; Beratung durchs Internet; Online-Beratung sehr zufrieden mit dem Service- haben diesen schon öfters genutzt; Besuch der Familie, deshalb keine Reiseversicherung; hat sich über Internet beraten lassen; hat sich übers Internet beraten lassen; Online-Beratung; reist viel- schon öfters RMZ- Dienstleistung in Anspruch genommen- im Vergleich zu München freundlicher, ausführlicher; verärgert über den Umgang der Impfstelle des BNI mit unseren Empfehlungen; fand unseren Service per Internet sehr modern- fachliche Kompetenz auf höchsten Niveau- sehr gut der Hinweis, dass andere Institutionen Prophylaxen anders handhaben- keine absolute Festlegung auf eine Richtigkeit der Handhabung/Selbstbestimmung des Kunden gefordert; Online-Beratung-Rückruf durch AB

Verbesserungsvorschläge

Beratung lieber zu einzelnen Themen (z.B. Malaria), individuelle Fragen, da schon öfters Fernreise ;Schulmedizinisch sehr gute Beratung- aber mehr auf Alternativen eingehen; bitte homöopathischen Alternativen; hatte den Eindruck, dass bei der Beratung durch Unkenntnis der Studenten am Telefon wichtige Details zu Unrecht rausgefiltert werden, wäre lieber direkt von einem Arzt beraten worden, noch Icon für Hausarzt angeben, Handy-Gespräch- ging sehr schnell; Fragen nicht zu Ende stellen können, Interview muss oft gelenkt werden; Fragen zur Schwangerschaft lösten Empörung aus, Skeptisch bei weiteren Fragen; Frage Sicherheit und

Organisation sind zwei verschiedene Dinge; Interviewter war Vater, der Beratung für einjährigen Sohn einholte; Interview über Handy, Geräuschstörungen; findet, dass man Abenteuer und Risiko nicht in einer Frage thematisieren kann, da es sich um zwei unterschiedliche Dinge handelt; Fragen oft inhaltlich nicht verstanden, -Interview musste stark gelegt werden, da inadäquate Antworten gegeben wurden; sprachliches Verständnis- Antworten durch Atemnot-Problem erschwert; großes Mitteilungsbedürfnis, -Interview mußte stark gelenkt werden; sehr misstrauisch gegenüber den Fragen, oft den Sinn nicht verstanden; findet Kombination von Sicherheit/Organisation und Abenteuer/Risiko nicht gut; sehr ungeduldig; fand die Kombination Abenteuer/Risiko und Sicherheit/Organisation nicht passend; fand die Kombination Sicherheit/Organisation und Abenteuer/Risiko nicht gut; Skeptisch hinsichtlich der Studie, woher haben wir Ihre Telefonnummer in Mannheim (Mutter!); Fragen schwer begriffen, wusste oft nicht was gemeint ist- wozu wir das wissen wollen? antwortet sehr langsam, oft inadäquat- Gespräch muss stark gelenkt werden; sehr gesprächig; fühlt sich durch die Fragen nicht angesprochen, da er in Äthiopien keinen Urlaub gemacht hat, sondern beruflich dort war.