

Journal of Health Monitoring · 2018 3(3)
DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-081
Robert Koch-Institut, Berlin

Patrick Schmich, Johannes Lemcke,
Marie-Luise Zeisler, Anja Müller, Jennifer Allen,
Matthias Wetzstein

Robert Koch-Institut, Berlin
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheits-
monitoring

Ad-hoc-Studien im Robert Koch-Institut

Abstract

Das Robert Koch-Institut (RKI) führt in regelmäßigen Abständen bevölkerungsrepräsentative Gesundheitsstudien (KiGGS, DEGS, GEDA) im Rahmen des bundesweiten Gesundheitsmonitorings durch. Zusätzlich zu diesen Gesundheitsstudien werden telefonisch Daten zu speziellen Themen (z. B. Diabetes) oder mit bestimmten Befragungsgruppen (z. B. medizinisches Fachpersonal) erhoben, welche in den großen Gesundheitsstudien nicht oder nur unzureichend abgebildet werden konnten. Die telefonischen Ad-hoc-Studien bieten die Möglichkeit, flexibel und kurzfristig Aussagen zu speziellen epidemiologischen und gesundheitspolitischen Themen zu treffen. Der vorliegende Beitrag beschreibt das seit 2017 neu eingeführte und standardisierte Verfahren der telefonischen Ad-hoc-Studien, welches im RKI durch das Labor für Gesundheitsbefragungen betreut wird. Es werden die unterschiedlichen Schritte des Projektmanagements wie Konzeptentwicklung, Erstellung eines Datenschutzkonzepts, Fragebogenerstellung, Pretest, Feldphase, Erstellung von GewichtungsvARIABLEN und die Bereitstellung des finalen Datensatzes beschrieben. Die Ziele dieses Beitrags sind, eine Prozessbeschreibung und einen Einblick in die standardisierten Abläufe, in die berichteten Qualitätsindikatoren und in die möglichen Anwendungsszenarien zu geben.

TELEFONISCHE BEFRAGUNG · METHODEN · GESUNDHEITSMONITORING · QUALITÄTSSICHERUNG · PROJEKTMANAGEMENT

1. Einleitung

Das Robert Koch-Institut (RKI) führt in regelmäßigen Abständen bevölkerungsrepräsentative Gesundheitsstudien im Rahmen des bundesweiten Gesundheitsmonitorings durch. Dazu gehören die Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) [1–3] und die Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS) [4]. Diese sind inhaltlich, in Bezug auf das Spektrum der erhobenen Daten, und in der Vorbereitung und Durchführung der eigentlichen Erhebung sehr komplex und bedürfen einer langen Vorbereitungszeit. So ist beispielsweise die Stichprobenziehung über Einwohnermeldeämter

bei diesen Studien zusätzlich ein zeitintensiver Faktor. Die Planung, Durchführung und Aufbereitung von Studien dieses Ausmaßes erstreckt sich meist über mehrere Jahre. Häufig ergeben sich jedoch auch Fragestellungen, die gar nicht oder nur unzureichend über diese großen Surveys abgebildet werden können. Daher werden zusätzlich telefonische Befragungen zu speziellen Themen (z. B. Diabetes [5]) oder mit bestimmten Befragungsgruppen (z. B. Ärztinnen und Ärzten) durchgeführt. Diese sogenannten Ad-hoc-Studien haben das Ziel, in Ergänzung zu den Untersuchungs- und Befragungssurveys wie KiGGS und DEGS, flexibel und vor allem kurzfristig Aussagen zu relevanten gesundheitsbezogenen Themen treffen zu können.

Das Robert Koch-Institut konzipiert regelmäßig telefonische Ad-hoc-Studien und betreut ihre Durchführung.

Der Ansatz der Ad-hoc-Studien im RKI ist nicht neu. Bereits durch die Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) wurden in den Jahren 2008 bis 2014 regelmäßig Gesundheitsbefragungen zusätzlich zu KiGGS und DEGS durchgeführt [6–9]. Die GEDA-Studie wurde 2008 bis 2010 im RKI-eigenen Telefonlabor realisiert. 2012 wurde die Durchführung der telefonischen Befragungen erstmalig ausgelagert.

Da der Bedarf an schnell zu realisierenden Befragungen im RKI kontinuierlich gestiegen ist, ein hausinternes Telefonlabor allerdings nicht dauerhaft effizient betrieben werden kann, wurde für die Durchführung der Ad-hoc-Studien 2017 ein externes Markt- und Sozialforschungsinstitut für die Dauer von vier Jahren beauftragt (USUMA GmbH). Die Leistungen beinhalten die Durchführung von Pretests und telefonischen Befragungen, deren Qualitätssicherung, die Datenaufbereitung, die Erstellung von Analysedatensätzen

inklusive Gewichtungsfaktoren sowie die Erstellung von Berichten. Trotz Auslagerung des Erhebungsprozesses behält das RKI einen maßgeblichen Einfluss auf diesen, unter anderem durch die Begleitung der Planung, der Qualitätssicherung und Supervision sowie der Schulung der Interviewenden. Eine Übersicht über die seit 2017 durchgeführten Ad-hoc-Studien ist in [Tabelle 1](#) dargestellt.

2. Ablauf der Ad-hoc-Studien

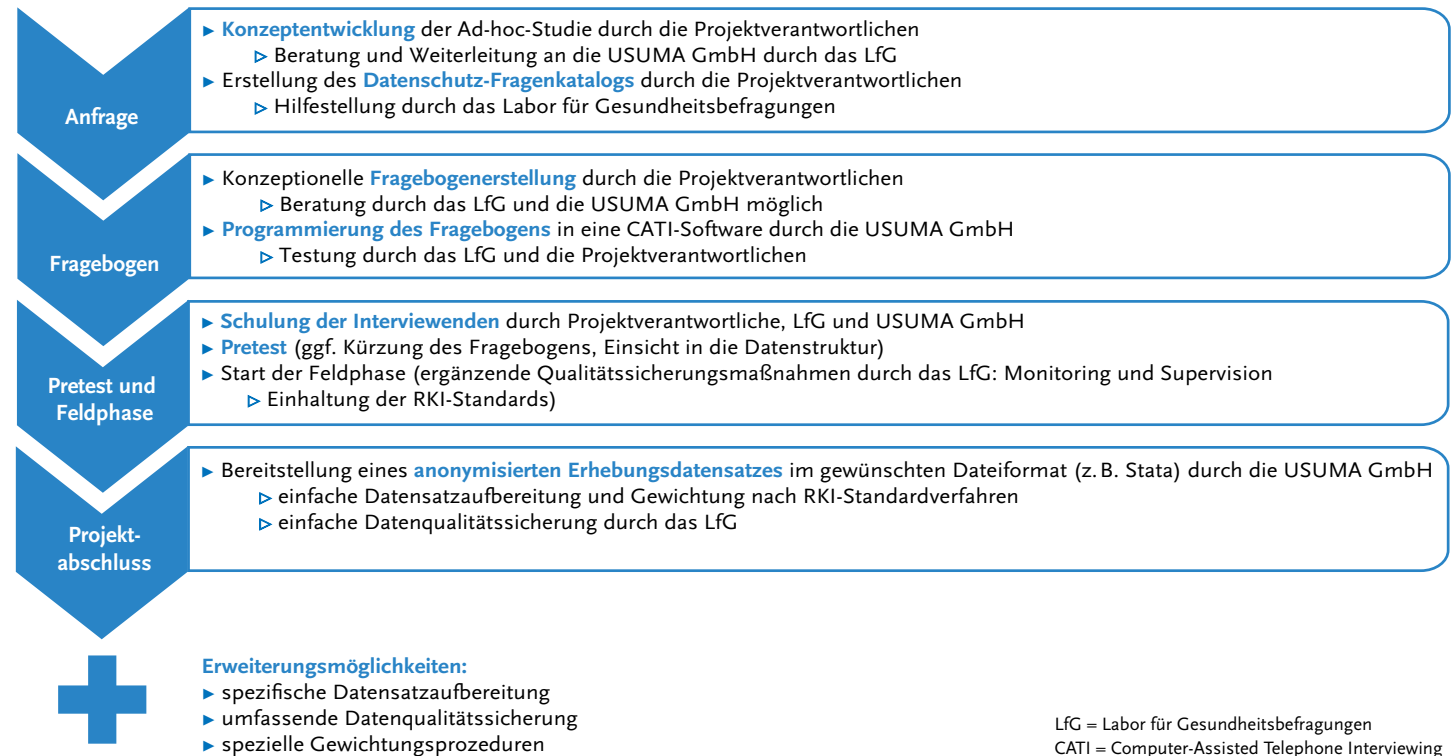
Das Labor für Gesundheitsbefragungen (LFG) berät in der frühen Projektphase bei der Konzeption des Erhebungsdesigns und dient als Koordinations- und Kommunikationsschnittstelle zur USUMA GmbH, die im Auftrag des RKI die telefonischen Ad-hoc-Studien durchführt. Die Fragebogenerstellung liegt konzeptionell in der Hand der Projektverantwortlichen, kann aber durch die Erfahrungen des

Kurzbezeichnung	Titel	Erhebungszeitraum	Netto-Fallzahl (n)
KomPaS	Kommunikation und Information im Gesundheitswesen aus Sicht der Bevölkerung – Patientensicherheit und informierte Entscheidung	12.06.2017–22.09.2017	5.053
Diabetes	Krankheitswissen und Informationsbedarfe – Diabetes mellitus	23.08.2017–30.11.2017	3.807 insgesamt (davon 1.479 Diabetikerinnen und Diabetiker)
Salmonella Kottbus	Fall-Kontroll-Studie zum Ausbruch von Salmonella Kottbus	15.08.2017–19.08.2017	96
Listeriose	Fall-Kontroll-Studie zum Ausbruch von Listeriose	22.08.2017–26.08.2017	28
Verzehrstudie	Verzehrsurvey	25.09.2017–14.11.2017	1.010
TAMIA	Telefonische Befragung von Allgemeinmedizinern zu Impfakzeptanz mit Fokus auf Masern und Influenza	08.11.2017–10.01.2018	701
IMIRA-Befragungsstudie	Improving Health Monitoring in Migrant Populations – IMIRA Befragungsstudie	15.01.2018–31.05.2018	1.190

Tabelle 1
Übersicht der bisherigen Ad-hoc-Studien im Robert Koch-Institut
Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 1
Ablaufschema der Ad-hoc-Studien
 Quelle: Eigene Darstellung

Mit der Durchführung der Ad-hoc-Studien im Robert Koch-Institut wird ein externes Markt- und Sozialforschungsinstitut beauftragt, das über langjährige Erfahrungen in der Datenerhebung verfügt.



LfG in methodischer Hinsicht (beispielsweise hinsichtlich der Operationalisierung bestimmter Begrifflichkeiten im Fragebogen) unterstützt werden. Liegt das Erhebungsinstrument in finaler Fassung vor, wird es durch die USUMA GmbH in die für telefonische Befragungen geeignete Software Voxco programmiert. Vor dem Beginn der Ad-hoc-Studie werden die Interviewerinnen und Interviewer durch eine umfassende Schulung über das Projektvorhaben in Kenntnis gesetzt. In der mehrstündigen Schulung wird die Ad-hoc-Studie durch die Projektverantwortlichen, das LfG und das Markt- und Sozialforschungsinstitut vorgestellt. Ein Pretest vor Beginn der eigentlichen Feldphase gibt

Auskunft über strukturelle Unstimmigkeiten bei der Datenerhebung (z. B. in Bezug auf die Fragebogenlänge, Filterführung, auffällige fehlende Werte bei speziellen Fragen) und ermöglicht eine Anpassung.

Der Erhebungszeitraum der Ad-hoc-Studien variiert je nach Forschungsvorhaben, Forschungsdesign und der geforderten Fallzahl. In der Regel ist die Feldzeit der Ad-hoc-Studien innerhalb von ein bis drei Monaten zu realisieren. Während der kompletten Feldzeit ist das LfG an der (Interviewenden-) Supervision und der Qualitätssicherung beteiligt und gewährleistet somit die Einhaltung der RKI-Standards bei der Datenerhebung.

Ein Vorteil des Formats der Ad-hoc-Studien liegt im schnellen und flexiblen Reaktionsvermögen auf akute Fragestellungen.

Die Speicherung der Erhebungsdaten bei dem Markt- und Sozialforschungsinstitut erfolgt anonym (weitere Informationen zum Datenschutz finden sich im folgenden Abschnitt). Nach dem Feldende wird der anonymisierte Datensatz inklusive eines Methodenberichts an das RKI übermittelt. Die Erhebungsphase der Ad-hoc-Studie ist mit diesem Schritt abgeschlossen. Der Ablauf der Ad-hoc-Studie wird in Abbildung 1 ersichtlich.

3. Datenschutz

Die datenschutzrechtlichen Grundlagen für die Ad-hoc-Studien bilden die EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und die freiwillige Selbstverpflichtung des Arbeitskreises Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute (ADM) [10]. Wichtiger und grundlegender Bestandteil jeder Ad-hoc-Studie ist die Einholung des „informed consent“ der befragten Personen. Das heißt alle Teilnehmenden werden zu Beginn des Telefoninterviews über die Freiwilligkeit der Teilnahme, die Ziele der Befragung sowie den Datenschutz informiert und werden um ihr mündliches Einverständnis zur Teilnahme gebeten. Weitere Beispiele für datenschutzrechtliche Maßnahmen bei den Ad-hoc-Studien sind folgende:

- ▶ Es wird bereits während der Erhebung strikt auf das Trennungsgebot personenbezogener Daten (z. B. Rufnummern) von den Erhebungsdaten geachtet. Die personenbezogenen Daten (v. a. Rufnummern) werden nach Abschluss der Befragung gelöscht.
- ▶ Die Interviewerinnen und Interviewer selbst haben keinen Zugriff auf die Erhebungsdaten und können bereits abgeschlossene Datensätze nicht erneut aufrufen.

- ▶ Die Kontaktaufnahme, Terminverwaltung und die Befragung selbst erfolgen computergestützt über eine spezielle Software. Dadurch können Eingabefehler minimiert und die Datenqualität maximiert werden. Sowohl der Zugang zum Rufnummernpool als auch zu den Erhebungsdaten wird nur den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ermöglicht, die diese für die Prozesssteuerung beziehungsweise Datenauswertung benötigen.
- ▶ Der finale Erhebungsdatensatz wird von der USUMA GmbH nach Abschluss der Ad-hoc-Studie anonymisiert an das RKI übergeben.
- ▶ Der Datentransfer erfolgt nach RKI-Vorgaben gemäß den datenschutzrechtlichen Bestimmungen, verschlüsselt über einen Cryptshare-Server.

Jede Ad-hoc-Studie wird gemäß der grundsätzlich geltenden Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) sowie dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG-neu) vorab durch den Datenschutzbeauftragten des RKI geprüft. Um die Bearbeitung der vorzulegenden Dokumentation zu erleichtern, kommt hier ein speziell für die Ad-hoc-Studien adaptierter Datenschutz-Fragenkatalog zum Einsatz. Für einzelne Ad-hoc-Studien werden Unbedenklichkeitsvoten der Ethikkommission und der Bundesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit eingeholt.

4. Methode

4.1 Stichproben- und Erhebungsdesign

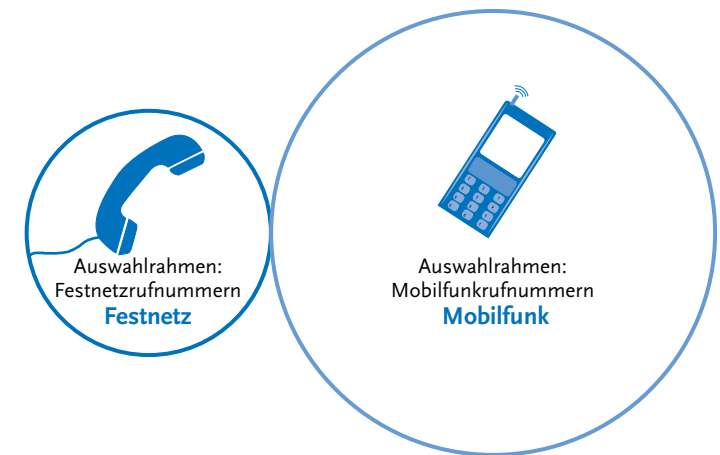
Die Ad-hoc-Studien werden computergestützt per Telefon (Computer-Assisted Telephone Interviewing, CATI) durchgeführt. Dies bietet die Möglichkeit des Vergleichs mit den

Abbildung 2
Visualisierung der Dual-Frame-Stichprobe;
alle Rufnummern im Auswahlrahmen inklusive
der nicht-geschalteten Rufnummern
 Quelle: Eigene Darstellung

Die Methodik der Ad-hoc-Studien ist einheitlich, ermöglicht aber Spezifikationen je nach Forschungsfrage.

vorhergehenden telefonischen Befragungen im Rahmen des Gesundheitsmonitorings (GEDA 2009, GEDA 2010 oder GEDA 2012) [6–8]. Ähnlich verhält es sich mit dem Verfahren der Stichprobenziehung. Sollen Aussagen über die Allgemeinbevölkerung getroffen werden, existieren in Deutschland nur wenige praktikable und effiziente Möglichkeiten, Stichproben zu ziehen [11]. Dies sind zum Beispiel eine Stichprobenziehung über bestehende offizielle Register, wie die Einwohnermeldeämter, oder aber eine Stichprobenziehung über einen generierten telefonischen Auswahlrahmen. Anzumerken ist, dass diese beiden Konzepte auf einer zweistufigen Registerstichprobe beruhen. Der einzige Unterschied zwischen diesen Verfahren zur Stichprobenziehung ergibt sich aus der Auswahl der primären Erhebungseinheiten (z. B. Gemeinden oder Gemeindeklassifikationen). Ein weiteres Verfahren bietet das ADM-Design für eine persönlich-mündliche Befragung („face-to-face“-Befragung). Da es in der Bundesrepublik kein vollständiges Verzeichnis aller privat genutzten Telefonnummern gibt, muss der telefonische Auswahlrahmen erst generiert werden. Die Arbeitsgemeinschaft ADM-Telefonstichproben füllt diese Lücke, indem sie den beteiligten Instituten einen Auswahlrahmen zur Verfügung stellt. Dieser generierte Auswahlrahmen umfasst sämtliche Privathaushalte in der Bundesrepublik, soweit telefonisch erreichbar.

Innerhalb der Ad-hoc-Studien wird das ADM-Telefonstichprobensystem genutzt, welches auf dem Dual-Frame-Verfahren (Abbildung 2) basiert. Dieses Verfahren verwendet zwei Auswahlgesamtheiten: eine Mobilfunkgesamtheit und eine Festnetzgesamtheit [12]. Einen weiteren nutzbaren Dual-Frame-Auswahlrahmen stellt der



GESIS-Auswahlrahmen dar [13]. Dieser funktioniert bis auf ein paar Unterschiede (beispielsweise wird dort von einem Personenansatz für die Mobilfunkstichprobe ausgegangen) in einer ähnlichen Form. [Abbildung 2](#) zeigt eine schematische Darstellung dieses Ansatzes. Bei einem Dual-Frame-Ansatz empfiehlt die aktuelle Forschung einen Anteil des Mobilfunksamples von mindestens 40% [14]. Erst eine Stichprobenziehung aus beiden Auswahlgesamtheiten ermöglicht eine (nahezu) vollständige Abdeckung der Grundgesamtheit [15].

Wird eine Person in einem Haushalt mit mehreren Haushaltmitgliedern kontaktiert, erfolgt eine Zufallsauswahl unter den Befragungspersonen. Innerhalb der Ad-hoc-Studien wird der sogenannte Kish-Selection-Grid („Schwedenschlüssel“) verwendet [16]. Dabei erhalten alle potenziellen Zielpersonen in einem Haushalt die gleiche Auswahlwahrscheinlichkeit. Die Zielperson wird von der CATI-Software zufällig gezogen. Die ausgewählte Zielperson wird anhand des erfassten Alters und Geschlechts identifiziert.

Die erhobenen Daten werden nach Abschluss der Erhebung durch Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler des Robert Koch-Instituts ausgewertet.

4.2 Callback-Steuerung und Sample Management

Die Stichprobe wird in einzelnen Tranchen eingespielt, das heißt es wird nicht von Anfang an der gesamte generierte Nummernraum verwendet. Die Tranchen werden so eingesetzt, dass die Anzahl der verwendeten („abtelefonierten“) Nummern minimiert und die Ausschöpfung optimiert wird. Zusätzlich wirkt sich der sequenzielle Einsatz noch nicht kontaktierter Rufnummern positiv auf die Motivation der Interviewerinnen und Interviewer aus, da diese mit jeder neuen Tranche wieder neue Nummern erhalten und somit die Wahrscheinlichkeit der erfolgreichen Durchführung eines Interviews steigt [17].

Für jede Ad-hoc-Studie wird vor Beginn der Studie eine Reihe von Rückrufregeln festgelegt. Diese Regeln werden nach dem sogenannten AAPOR (American Association of Public Opinion Research)-Standard eingerichtet [18]. Der Empfehlung des ADM folgend, wird die maximale Anzahl der Kontaktversuche pro Nummer auf zehn festgelegt [19]. Weiterhin wird durch die Stichprobenaussteuerung gewährleistet, dass eine optimale Abarbeitung aller Telefonnummern erfolgen kann und somit eine möglichst hohe Ausschöpfungsquote erreicht wird. So werden beispielsweise Terminvereinbarungen mit der Zielperson eine sehr hohe Priorität eingeräumt, da vorliegende Untersuchungen zu diesem Thema aufzeigten, dass hier die Wahrscheinlichkeit eines erfolgreichen Interviews am höchsten ist [17].

4.3 Pretest

Vor jeder Ad-hoc-Studie wird zunächst ein Pretest durchgeführt. Der Pretest erfolgt in der Regel als Standard-

Pretest im Feld [20]. Bei der Prüfung der Befragungsinstrumente wird vor allem auf die sinnvolle und strukturierte Filterführung, die Gesamtkonstruktion des Fragebogens (z. B. das Ausschließen von inhaltlichen Dopplungen) und die Fragebogendauer (die Zeit, die benötigt wird um ein erfolgreiches Interview durchzuführen) geachtet. Diese Bereiche der Fragebogengüte werden durch die vorgegebenen Parameter Programmierung, Filterführung, Häufigkeitsauszählungen, Verteilung der Missing-Werte, Zeitdauer einzelner Themenblöcke und das Interviewenden- und Teilnehmendenfeedback ausgewertet. Die Pretestinterviews werden in der Regel in einem Zeitrahmen von zehn Tagen vor der Hauptphase der Erhebung durchgeführt.

4.4 Feldarbeit

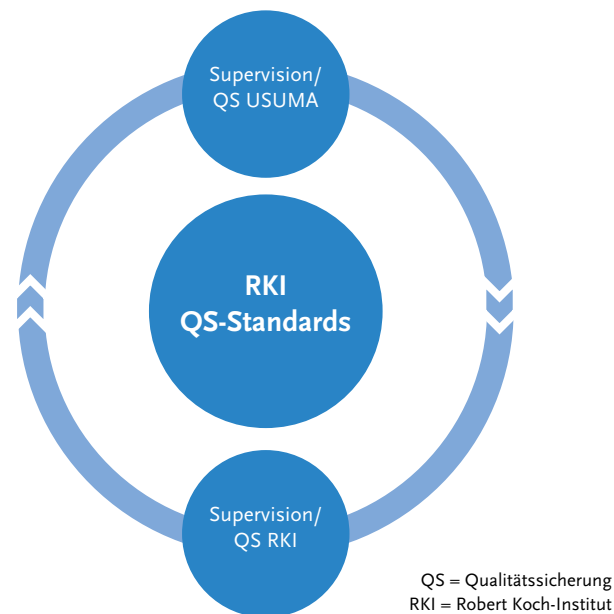
Der Begriff Feldarbeit bezieht sich hier auf die telefonische Datenerhebung und auf alle damit zusammenhängenden Prozesse, das heißt die Telefonie durch Interviewende sowie auch Supervision und Qualitätssicherungsmaßnahmen [17]. Für die Durchführung der Feldarbeit ist zum Großteil die USUMA GmbH zuständig. Das LfG fungiert hierbei allerdings als Qualitätssicherungsinstanz, indem unter anderem die Supervision und Qualitätssicherung der Interviewerinnen und Interviewer vor Ort begleitet wird.

Die Anzahl der für die Ad-hoc-Studien eingesetzten Interviewenden variiert zwischen 20 bis 100 Interviewerinnen und Interviewern in einer Studie. Dies ist vor allem von der angestrebten Feldlaufzeit sowie von der Anzahl zu realisierender Interviews abhängig. Der Interviewerstab sollte dabei möglichst heterogen sein, um Interviewereffekte zu minimieren [21]. Zur Sicherung der Qualität während der

Abbildung 3
Qualitätssicherungsprozess innerhalb der
Ad-hoc-Studien

Quelle: Eigene Darstellung

Feldzeit werden alle Interviewenden vorab geschult und in der Phase der Erhebung intensiv supervidiert. Die Supervision des Interviewerstabs wird von der USUMA GmbH übernommen. Sie wird dabei von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus dem LfG unterstützt und kontrolliert (Abbildung 3).



Durch die ständige Betreuung des Interviewerstabs wird der Qualitätsstandard der Datenerhebung kontinuierlich gewährleistet. Die Qualitätssicherung ist ein Bestandteil der Supervision und wird vom LfG während der kompletten Feldzeit organisiert. Die Sicherung der Datenqualität wird mit Hilfe von quantitativen und qualitativen Methoden realisiert. Zur quantitativen Qualitätssicherung zählt beispielsweise das Monitoring einiger Prozessdaten (Anzahl der Anrufversuche/Interviews, Verweigerungen/

Terminabsprachen). Dies dient vor allem dem Vergleich der Interviewenden und soll diejenigen identifizieren, die mehr Unterstützung innerhalb der weiterführenden qualitativ ausgerichteten qualitätssichernden Maßnahmen benötigen. Ein Element der qualitativen Methoden, die zur Sicherung der Datenqualität im Feldverlauf eingesetzt werden, ist beispielsweise das Monitoring der Kontakthanbahnungs- und Interviewsituation einzelner Interviewender. Ziel ist es, die Kontakthanbahnungs- und Interviewsituation aller Interviewenden über die Feldlaufzeit hinweg kontinuierlich zu verfolgen. Dazu wird ein standardisierter Fragenkatalog verwendet, der im Anschluss an die Supervision mit dem Interviewenden ausführlich besprochen wird. Diese stehen den Supervisorinnen und Supervisoren während der gesamten Feldphase zur Verfügung, sodass das Entwicklungspotenzial der Interviewenden im Feldverlauf eingeschätzt werden kann. Zeigt sich in der Qualitätssicherung eine schlechte Interviewerperformance, erhalten betroffene Interviewende eine Nachschulung und gegebenenfalls weitere Argumentationstrainings [21]. Bei mangelnder Verbesserung der Leistung werden die Interviewenden in letzter Konsequenz von der Telefonie ausgeschlossen.

4.5 Gewichtung

Als „Gewichtung“ von Erhebungsdaten einer Zufallsstichprobe wird ein Vorgehen bezeichnet, bei dem einzelne Zielpersonen oder Gruppen einer Stichprobe in ihrer relativen Bedeutung verändert werden. Gewichtungsfaktoren werden häufig dann genutzt, wenn Ergebnisse einer Erhebung auf die Grundgesamtheit projiziert werden sollen, deren Grundlage eine Zufallsstichprobe (und keine Vollerhebung)

ist und die Möglichkeit zur Antwortverweigerung auf Zielpersonenebene besteht. Man unterscheidet zwischen Gewichtungsverfahren, welche die potenziell unterschiedliche Auswahlwahrscheinlichkeit einzelner Zielpersonen berücksichtigen (Designgewichtung) und Verfahren, die zur nachträglichen Schichtung und der Verminderung des Nonresponse-Bias, einer Verzerrung durch die systematische Nichtteilnahme verschiedener Zielpopulationsgruppen (Kalibrierung/Anpassungsgewichtung), verwendet werden. Die Gewichtung für die telefonischen Ad-hoc-Studien entsteht in enger Abstimmung des RKI mit dem beauftragten Institut. Zuerst erfolgt die Designgewichtung. Darauf aufbauend wird die Anpassungsgewichtung vorgenommen. Die Anpassungsgewichtung hat primär zwei Ziele: zum einen die Präzision der Schätzwerte zu steigern und zum anderen die Verzerrung durch Nonresponse zu reduzieren [15]. Innerhalb der Ad-hoc-Studien muss das Gewichtungsverfahren auf die jeweilige Studie zugeschnitten werden, da der zugrundeliegende Auswahlprozess variieren kann, die interessierenden Subgruppen unterschiedlich sind und andere Anforderungen an das Gewichtungsverfahren gestellt werden. Häufig verwendete soziodemografische Merkmale, die zur Gewichtung herangezogen werden, sind jedoch: Alter, Geschlecht, Bundesland und Bildung.

4.6 Ausschöpfung

Die Responsequote ist ein Merkmal dafür, in welchem Ausmaß die spezifische Zielgruppe erreicht wurde. Sie dient dabei als ein möglicher aber nicht zwingender Qualitätsindikator für die mögliche Verzerrung der Stichprobe durch eine systematische Nichtteilnahme bestimmter

Zielgruppen (Nonresponse-Bias). Die Responsequote (englisch: response rate) wird bei jeder telefonischen Ad-hoc-Studie nach dem AAPOR-Standard berechnet [18]. Dieser Standard ist vor allem in der umfragemethodischen Forschung akzeptiert und garantiert eine Vergleichbarkeit mit anderen Befragungen weltweit (vor allem mit anderen Ad-hoc-Studien) [22]. Der AAPOR-Standard lässt es zu, dass unterschiedliche Responsequoten berichtet werden können, die jeweils unterschiedliche und leicht abgewandelte Formeln verwenden. Eine der am häufigsten verwendeten Maßzahlen stellt dabei die „Response Rate 3“ (RR₃) dar. So wurde diese Maßzahl schon in GEDA 2009, GEDA 2010 und GEDA 2012 angegeben und ermöglicht damit Vergleiche zu diesen Studien. Die „Response Rate 3“ gibt den Anteil der realisierten Interviews im Verhältnis zu allen wahrscheinlichen Haushalten der Grundgesamtheit wieder. Für diejenigen Telefonnummern, bei denen zu Feldende unklar bleibt, ob sie Elemente der Grundgesamtheit sind oder nicht, wird dabei eine Schätzung vorgenommen, wie viele von diesen der Grundgesamtheit angehören (eligibility rate). Diese Schätzung wird den erhobenen Daten entnommen, und zwar als Anteil der teilnahmegeeigneten gültigen Rufnummern (Respondenten und Nonrespondenten) an allen Rufnummern mit eindeutigem Status (gültige wie ungültige Rufnummern) [23].

5. Diskussion

Das hier beschriebene Format der Ad-hoc-Studien versetzt das RKI in die Lage, schnell und effizient Daten und damit verbunden Informationen für die wissenschaftliche beziehungsweise politische Diskussion zu generieren. Die

strukturierten Prozesse ermöglichen eine effiziente Steuerung der jeweiligen Studien. Die durch den Rahmenvertrag verbindlich definierten Eckwerte ermöglichen eine schnelle und transparente Kommunikation mit dem externen Dienstleister und sichern eine Abschätzung der anfallenden Kosten.

Allerdings muss auch hier bemerkt werden, dass jeder Befragungsmodus Vor- und Nachteile mit sich bringt. Bewertungsmaßstäbe können dabei zeitliche, ökonomische, praktische und methodische Dimensionen umfassen [24]. Vorteile des telefonischen Befragungsmodus sind unter anderem: ein bestehender Auswahlrahmen, die schnelle und aktuelle Verfügbarkeit von Daten, die vergleichsweise geringen Kosten, die regionale Streuung der Befragten, die Möglichkeit Screeningverfahren zu implementieren (d. h. spezielle Populationen anzusprechen) und ein effizientes Qualitätsmanagement der Interviewenden und Erhebungsdaten. Diesen Vorteilen stehen unter anderem folgende Nachteile gegenüber: der limitierte Befragungsumfang im Vergleich zu postalischen Befragungen, die mangelnde Möglichkeit der Visualisierung von Befragungssitems und eine höhere Gefahr einer Verzerrung der Ergebnisse durch soziale Erwünschtheit, Vermeidungsverhalten, beziehungsweise allgemein durch Interviewereffekte. Vor jedem Befragungsprojekt sollten diese, hier nur exemplarisch aufgeführten, Vor- und Nachteile gegeneinander abgewogen werden und studienadäquat bewertet werden.

Wie alle Befragungsmodi hat auch der telefonische Befragungsmodus in den letzten Jahren stetig sinkende Responsequoten zu verzeichnen, auch wenn sich in den letzten Jahren eine Stabilisierung eingestellt hat [25]. Diese

Entwicklung birgt Gefahren durch Verzerrungen für die geschätzten Parameter in den einzelnen Befragungsstudien. Allerdings wurde in der Umfrageforschung gezeigt, dass eine niedrige Responsequote nicht automatisch eine Verzerrung der Ergebnisse (d. h. einen erhöhten Nonresponse-Bias) zur Folge haben muss [26].

In Rückschau auf die bisherigen Ad-hoc-Studien im RKI konnten zahlreiche Erfahrungen gesammelt werden. Es zeigte sich, dass bereits bei der Fragebogenerstellung und -programmierung eine Beratung erfolgen sollte, da teilweise keine oder nur sehr geringe Erfahrungen bei den Forschenden in Bezug auf den telefonischen Mode bestehen. Dies ist vor allem hinsichtlich der Anpassung des Fragebogens und der damit zusammenhängenden Prozesse von großer Bedeutung. Bei den Pretests im Feld zeigte sich zudem, dass bei der Mehrheit der durchgeführten Ad-hoc-Studien die tatsächliche Fragebogenlänge unterschätzt wurde. Diese Erfahrungen bilden die Basis, um zukünftig validere Schätzungen der Fragebogenlänge vornehmen zu können. Zusätzlich wird bei künftigen Ad-hoc-Studien bei jedem Pretest im Vorfeld zusammen mit den inhaltlich Forschenden festgelegt werden, welche Frageitems beziehungsweise Indikatoren mit welchen Kriterien (z. B. die Anzahl der fehlenden Werte, die benötigte Antwortzeit etc.) genau evaluiert werden sollen. Bei der eigentlichen Feldarbeit wird in Zukunft angestrebt, die Supervision der Interviewenden weiter zu intensivieren. Dies hat den Hintergrund, dass sich in diesem Bereich ein positiver Effekt der Supervision auf die Datenqualität zeigte [21]. Unter der Voraussetzung vorhandener Mittel wird eine Erhöhung des Supervisoren-schlüssels auf eins zu zehn, das heißt eine oder ein Supervidierender für zehn Interviewende, angestrebt. Denkbar

ist zudem die Digitalisierung der qualitativen Qualitätssicherung in Form von Online-Feedbackbögen.

Der zunehmende Bedarf an Multi-Mode- bzw. Mixed-Mode-Befragungen wird, langfristig betrachtet, eine Erweiterung des Rahmenvertrages notwendig machen. Die methodischen Möglichkeiten und Limitationen einer telefonischen Befragung müssen dabei immer wieder neu analysiert und interpretiert werden. Hierbei spielt die langjährige Erfahrung und Vernetzung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des LfG eine entscheidende Rolle, um die Qualität der erhobenen Daten auf einem konstant hohen Niveau zu halten.

Korrespondenzadresse

Patrick Schmich
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
E-Mail: SchmichP@rki.de

Zitierweise

Schmich P, Lemcke J, Zeisler ML, Müller A, Allen J et al. (2018)
Ad-hoc-Studien im Robert Koch-Institut.
Journal of Health Monitoring 3(3):75–86.
DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-081

Interessenkonflikt

Die Autorinnen und Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- Hoffmann R, Lange M, Butschalowsky H et al. (2018) Querschnitterhebung von KiGGS Welle 2 – Teilnehmendengewinnung, Response und Repräsentativität. Journal of Health Monitoring 3(1):82-96.
<https://edoc.rki.de/handle/176904/3041> (Stand: 10.07.2018)
- Kamtsiuris P, Lange M, Schaffrath Rosario A (2007) Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Stichprobendesign, Response und Nonresponse-Analyse. Bundesgesundheitsbl 50:547-556.
<https://edoc.rki.de/handle/176904/401> (Stand: 10.07.2018)
- Lange M, Butschalowsky H, Jentsch F et al. (2014) Die erste KiGGS-Folgebefragung (KiGGS Welle 1) Studiendurchführung, Stichprobendesign und Response. Bundesgesundheitsbl 57:747-761.
<https://edoc.rki.de/handle/176904/1888> (Stand: 10.07.2018)
- Kamtsiuris P, Lange M, Hoffmann R et al. (2013) Die erste Welle der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) Stichprobendesign, Response, Gewichtung und Repräsentativität. Bundesgesundheitsbl 56:620-630.
<https://edoc.rki.de/handle/176904/1477> (Stand: 10.07.2018)
- Paprott R, Heidemann C, Stühmann LM et al. (2018) Erste Ergebnisse der Studie „Krankheitswissen und Informationsbedarfe – Diabetes mellitus (2017)“. Journal of Health Monitoring 3(S3): 23-62.
<https://edoc.rki.de/handle/176904/5678> (Stand: 10.07.2018)
- Robert Koch-Institut (2011) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2009«. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
<https://edoc.rki.de/handle/176904/3232> (Stand: 10.07.2018)
- Robert Koch-Institut (2012) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2010«. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
<https://edoc.rki.de/handle/176904/3237> (Stand: 10.07.2018)
- Robert Koch-Institut (2014) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
<https://edoc.rki.de/handle/176904/3245> (Stand: 10.07.2018)
- Lange C, Finger J, Allen J et al. (2017) Implementation of the European health interview survey (EHIS) into the German health update (GEDA). Arch Public Health 75(40)

10. Allen J, Lemcke J (2018) Ausschreibung einer Telefonstudie. In: Schmich P, Häder M, Häder S (Hrsg) Telefonumfragen in Deutschland. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
11. Häder M, Häder S (2014) Stichprobenziehung in der quantitativen Sozialforschung. Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Springer, S. 283-297
12. von der Heyde C (2013) Das ADM-Stichprobensystem für Telefonbefragungen. Arbeitsgemeinschaft ADM-Stichprobensysteme. <https://www.adm-ev.de/telefonbefragungen/?L=0> (Stand: 10.07.2018)
13. Häder S (2015) Stichproben in der Praxis. GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften (GESIS Survey Guidelines), Mannheim
14. Arbeitskreis deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute e.V. (2012) Forschungsprojekt Dual-Frame-Ansätze – Forschungsbericht, Technischer Bericht. Arbeitskreis Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute, Frankfurt
15. Sand M, Gabler S (2018) Gewichtung von (Dual-Frame-) Telefonstichproben. In: Schmich P, Häder M, Häder S (Hrsg) Telefonumfragen in Deutschland. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
16. Kish L (1949) A Procedure for Objective Respondent Selection within the Household. J Am Stat Assoc 44(247):380-387
17. Wetzstein M, Varga M, Lemcke J et al. (2018) Feldphase. In: Schmich P, Häder M, Häder S (Hrsg) Telefonumfragen in Deutschland. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
18. The American Association for Public Opinion (AAPOR) (2016) Standard Definitions: Final Dispositions of Case Codes and Outcome Rates for Surveys. 9th edition. https://www.aapor.org/AAPOR_Main/media/publications/Standard-Definitions20169theditionfinal.pdf (Stand: 10.07.2018)
19. Arbeitskreis Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute (ADM) (2016) Richtlinie für telefonische Befragungen. <https://www.adm-ev.de/richtlinien/> (Stand: 10.07.2018)
20. Faulbaum F, Prüfer P, Rexroth M (2009) Was ist eine gute Frage? Die systematische Evaluation der Fragenqualität. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
21. von Hermanni H (2018) Rolle und Einfluss von Interviewern in telefonischen Umfragen. In: Schmich P, Häder M, Häder S (Hrsg) Telefonumfragen in Deutschland. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
22. von Hermanni H, Lemcke J (2017) A Review of Reporting Standards in Academic Journals - A Research Note. Survey Methods: Insights from the fields. <https://surveyinsights.org/?p=8625> (Stand: 18.02.2018)
23. Gramlich T, Liebau M, Schunter J (2018) Die Berechnung von Responderaten. In: Schmich P, Häder M, Häder S (Hrsg) Telefonumfragen in Deutschland. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
24. Hüfken V (2014) Telefonische Befragung. In: Baur N, Blasius J (Hrsg) Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Springer VS, Wiesbaden
25. Keeter S, Hatley N, Kennedy C et al. (2017) What low response rates mean for telephone surveys. Pew Research Center. <http://assets.pewresearch.org/wp-content/uploads/sites/12/2017/05/12154630/RDD-Non-response-Full-Report.pdf> (Stand: 10.07.2018)
26. Groves RM, Peytcheva E (2008) The Impact of Nonresponse Rates on Nonresponse Bias: A Meta-Analysis. Public Opin Q 72(2):167-189

Impressum

Journal of Health Monitoring

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion

Susanne Bartig, Johanna Gutsche, Dr. Birte Hintzpeter,
Dr. Franziska Prütz, Martina Rabenberg, Alexander Rommel,
Dr. Livia Ryl, Dr. Anke-Christine Saß, Stefanie Seeling,
Martin Thißen, Dr. Thomas Ziese
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
Fachgebiet Gesundheitsberichterstattung
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
Tel.: 030-18 754-3400
E-Mail: healthmonitoring@rki.de
www.rki.de/journalhealthmonitoring

Satz

Gisela Dugnus, Alexander Krönke, Kerstin Möllerke

ISSN 2511-2708

Hinweis

Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die
Meinung des Robert Koch-Instituts wider.



Dieses Werk ist lizenziert unter einer
Creative Commons Namensnennung 4.0
International Lizenz.



Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im
Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit