



universität
wien

Institut für Soziologie, Universität Wien

Rooseveltplatz 2; A-1090 Wien

Motive für die Inanspruchnahme wahlärztlicher Versorgung

Endbericht

Prof. Franz Kolland (Projektleitung)

Anna Fassl, BA BSc

Thomas Mayer, BA

Karoline Bohrn, BA

Dezember 2018



Management Summary

Für die vorliegende Studie wurden zwischen Juli und September 2018 40 qualitative Interviews durchgeführt. Die Personen leben in städtischer oder ländlicher Umgebung (Wien und Klagenfurt bzw. Klagenfurt-Land und Salzburg-Umgebung) und haben in den letzten zwölf Monaten mindestens einen Wahl- und Vertragsarzt bzw. eine Wahl- und Vertragsärztin aufgesucht. Untersucht wurden die Motive für die Inanspruchnahme wahlärztlicher Versorgung und Unterschiede bei Besuchen von Wahl- bzw. VertragsärztInnen.

Die Interviews zeigen eine nach Fächern unterschiedliche Inanspruchnahme wahlärztlicher und vertragsärztlicher Versorgung. So nannten die Interviewten auf den ersten vier Plätzen für Wahlarztbesuche folgende Fächer: Chirurgie, Neurologie & Psychiatrie, Gynäkologie und Orthopädie.

Zentrales Ergebnis der Studie ist, dass Zeit und Service eine maßgebliche Rolle bei der Entscheidung für WahlärztInnen spielen. Die Zeit ist dabei in dreierlei Hinsicht relevant: 1. Wartezeiten auf Termine, 2. Wartezeiten in der Ordination und 3. exklusive Zeit für die Untersuchung und das Gespräch mit dem Arzt bzw. der Ärztin. Im Fokus steht dabei die Qualität der Gesprächsführung. Die Interviewten wünschen sich, dass in der Arzt-Patient-Interaktion nicht nur die medizinisch-inhaltliche Ebene, sondern auch die persönliche Beziehung beachtet wird. Zum Service gehören internetbasierte Dienste wie Online-Anmeldung, Krankenberichtseinsicht und Befunde. Als besondere Extras werden Gratis-Parkplätze, eine Klimaanlage in der Ordination oder Goodies (Kaffee im Wartezimmer, Ärztemuster) gesehen.

Erwartet werden von wahlärztlichen Angeboten Spezialkompetenzen, die auf speziellen Ausbildungszertifikaten beruhen. Darüber hinaus wird eine breitere Auswahl an Behandlungsmethoden geschätzt (z. B. Homöopathie). Insgesamt sind die Erwartungen an WahlärztInnen seitens der Interviewten tendenziell höher als jene an VertragsärztInnen. Die vertragsärztliche Versorgung wird als Basis gesehen, die wahlärztliche Versorgung stellt einen Bonus dar, für den zusätzliche Kosten in Kauf genommen werden.

Das Motivgeschehen für den Besuch von WahlärztInnen kann weniger als Rational Choice verstanden werden, sondern vielmehr als ein Verhalten, welches auf gegenseitigen Empfehlungen und sozialen Erwartungen beruht. Dabei spielt, das zeigt die Studie, Subjektivität eine eminente Rolle.

Wesentliche Bedingung für die Inanspruchnahme wahlärztlicher Leistungen ist das Vorhandensein entsprechender materieller Ressourcen. Diese sind entweder über Zusatzversicherungen gegeben oder eigenes Einkommen/Vermögen. Über beide Ressourcen verfügen die interviewten Personen in überproportionalem Ausmaß. So geben 85 Prozent der Auskunftspersonen an, dass sie mit ihren finanziellen Mitteln sehr oder eher leicht auskommen.



Dementsprechend sind die Kosten, die für Wahlarztbesuche anfallen, für die InterviewpartnerInnen großteils in Ordnung. Je nach Ressourcenlage sieht der Mix aus Vertrags- und Wahlarztbesuch unterschiedlich aus. Je mehr die Kosten eine Rolle spielen, desto häufiger schlägt die Waage in Richtung Vertragsarzt bzw. Vertragsärztin aus. Von Bedeutung ist die Rückerstattung durch die Sozialversicherung. In dieser Hinsicht wird mehr Transparenz bezüglich der Höhe der Rückerstattung gewünscht.

Kritik an den wahlärztlichen Angeboten bzw. dem wahlärztlichen Service wird dann angebracht, wenn die Behandlung als inadäquat gesehen wird, Überbehandlung bzw. Übertherapie aus Profitgründen vermutet wird. Geringere Zufriedenheit ist dann gegeben, wenn größere Entfernungen in Kauf genommen werden müssen, um die Ordination zu erreichen.

Insgesamt schätzen die Interviewten die ärztliche Versorgung in Österreich als sehr positiv ein und stellen diesbezüglich immer wieder Vergleiche mit anderen Ländern an. Mit der Versorgung im Wahlarztbereich sind sie sehr zufrieden, bei den VertragsärztInnen sind die Aussagen der Interviewten ambivalenter. Ein Teil ist ebenfalls (sehr) zufrieden, ein anderer eher weniger. In diesen Fällen wird immer wieder auf WahlärztInnen ausgewichen.



1. Einleitung.....	1
2. Ablauf und Methode.....	4
2.1 Vorbereitungsphase	4
2.2 Erhebungsphase.....	9
2.3 Auswertungsphase.....	10
2.4 Methodenreflexion.....	11
3. Ergebnisse	12
3.1 Beschreibung der Stichprobe.....	12
3.2 Inanspruchnahme der ärztlichen Versorgung	14
3.3 Gründe für den Besuch von WahlärztInnen	16
a. Der Faktor Zeit.....	16
b. Fachliche Kompetenz	21
c. Service von ÄrztInnen.....	24
d. Erwartungen an ÄrztInnen	33
e. Die Rolle von Empfehlungen bei der Auswahl der (Wahl-)ÄrztInnen.....	35
3.4 Unterschied zwischen WahlärztInnen und VertragsärztInnen.....	35
a. Drei Ebenen der Auswahlkriterien von ÄrztInnen	35
b. Zwei-Klassen-Medizin?	47
3.5 Ärztliche Versorgung im Allgemeinen	51
a. Erste Ansprechperson bei gesundheitlichen Beschwerden	51
b. Kontinuität ärztlicher Behandlung	52
c. Gesundheitsvorsorge und Prävention.....	55
3.6 Medizinisches Versorgungsangebot.....	56
a. Einschätzung der medizinischen Versorgung in Österreich	56
b. Tele-Medizin	58
4. Zusammenfassung und Praxisimplikationen.....	63
5. Projektteam.....	73
Annex 1: Leitfaden	75
Annex 2: Screening Bogen.....	81
Annex 3: Informed Consent	83



1. Einleitung

Die Inanspruchnahme von WahlärztInnen¹ im niedergelassenen Bereich ist in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen. Während 2013 noch 4,0 Prozent der Aufwendungen der gesetzlichen Krankenversicherungen auf ärztliche Hilfeleistungen für WahlärztInnen entfielen, lag der Anteil im Jahr 2017 schon bei 4,7 Prozent². Warum besuchen PatientInnen immer häufiger WahlärztInnen? Welche Erwartungen haben sie an diese? Welche Erfahrungen haben sie in der Vergangenheit mit diesen gemacht und aus welchen Gründen gehen sie zu WahlärztInnen anstelle von VertragsärztInnen, die mit einer oder mehreren sozialen Krankenversicherungen in einer vertraglichen Beziehung stehen und deren Leistungen über die Honorarordnung, die Teil des Gesamtvertrages ist, vergütet wird³?

Diese und viele weitere Fragen standen am Beginn der Studie „Motive für die Inanspruchnahme wahlärztlicher Versorgung“. Die Forschung, die vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger initiiert und finanziert wurde, zielt darauf ab, Informationen über die Erwartungen, Wünsche, Bedürfnisse bzw. die gewünschten Rahmenbedingungen verschiedener PatientInnengruppen an WahlärztInnen zu erheben. Zu diesem Zweck wurden zwischen Juli und September 2018 insgesamt 40 semi-strukturierte Interviews mit Personen im urbanen bzw. ländlichen Raum durchgeführt. Die Reproduktion der immer gleichen Maßnahmen führt, dem WHO-Bericht zu Altern und Gesundheit folgend, zu keinen neuen Ergebnissen⁴. Auf Basis des vorliegenden Berichtes kann über neue Ansätze in der wahl- und vertragsärztlichen Versorgung nachgedacht und diskutiert werden.

„Gesundheit ist einer der wichtigsten Werte für die Menschen in Österreich.“⁵ Diese Einstellung der PatientInnen wird auch in den der Studie zugrundeliegen-

¹ „Wahlärzte sind freiberuflich tätige Ärzte, die in keinem Vertragsverhältnis zu Trägern der sozialen Krankenversicherung stehen. Sie sind in der Entscheidung, wo sie eine Ordination eröffnen wollen und in welchem Umfang diese betrieben werden soll, völlig autonom. Wahlärzte haben ihre ärztliche Leistung über Privathonorar mit dem Patienten zu verrechnen, die dann die Möglichkeit haben, bei ihrer Krankenkasse einen Rückersatz zu beantragen.“ (Österreichische Ärztekammer, <http://www.aerztekammer.at/wahl-arzt1>, 19.12.2018)

² Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Rechnungsabschlüsse der KV-Träger

³ Österreichische Ärztekammer: <http://www.aerztekammer.at/kassenarzt1>, 19.12.2018

⁴ World report on ageing and health (2015)

⁵ Nowak P, Ladurner J, Juraszovich B, Hofmarcher M M (2011): Die österreichische Gesundheits- und Pflegepolitik. Herausforderungen und Handlungsspielräume. In: Forum Politische Bildung. Informationen zur Politischen Bildung Bd. 34, Innsbruck-Wien-Bozen.



den Interviews sichtbar. Die Gesundheit hat für die Interviewten einen besonders hohen Stellenwert inne. Dementsprechend sind sie auch dazu bereit zusätzlich dafür zu bezahlen. Eine Untersuchung von Nowak et al. (2011) zeigt, dass etwa 15 Prozent der Gesundheitsausgaben von der Bevölkerung selbst bezahlt werden. Darunter fallen beispielsweise Ausgaben für Medikamente oder Honorare von WahlärztInnen.⁶ Im Hinblick auf die oben angeführten Zahlen bezüglich wahlärztlicher Leistungen kann wohl davon ausgegangen werden, dass dieser Anteil tendenziell ansteigt.

In einer bereits 2003 erschienen Studie wird auf die „Zuwendungsmedizin“ und den damit verbundenen Zeitfaktor eingegangen. „Sehr viele Patienten haben den Wunsch, dass sie vom Arzt ganzheitlich, also als Mensch und nicht als Symptom X betrachtet werden und dafür ist für den Arzt-Patienten-Kontakt einfach Zeit erforderlich, um eine für beide Seiten befriedigende Kommunikation führen zu können.“⁷ Samhaber kommt zu dem Schluss, dass „(v)iele Wahlärzte dieses Hauptanliegen der Patienten erkannt und ihre Behandlungsweise auch darauf ausgerichtet (haben).“⁸

In diesem Zusammenhang rückt vor allem die Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen immer stärker in den Fokus. Am 1. Juli 2016 wurde von der Bundeszielsteuerungskommission eine Strategie zur Etablierung einer patientInnenzentrierten Kommunikationskultur beschlossen, bei der es um eine Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung geht. Darin wird festgehalten, dass das Gespräch „als unerlässliches pflegerisches, diagnostisches und therapeutisches Werkzeug zu verstehen“⁹ ist, das sich als „horchrelevant für die Outcomes der Krankenversorgung“¹⁰ erweist. Es zeigt sich also, dass Kommunikation(sprozesse) eine wichtige Rolle in der medizinischen Versorgung einnehmen. Wie in Abbildung 1 dargestellt, können vier Ebenen der Gesprächsqualität unterschieden werden.

⁶ Ebd.

⁷ Samhaber I (2003): Motivationen zum Wahlarztbesuch unter besonderer Berücksichtigung von Gender-Aspekten. Eine empirische Studie. Linz: Universitätsverlag Rudolf Trauner.

⁸ Ebd.

⁹ BMGF (2016): Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung. Strategie zur Etablierung einer patientenzentrierten Kommunikationskultur. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien.

¹⁰ Ebd.



Abbildung 1: 4 Ebenen der Gesprächsqualität¹¹

Es zeigt sich also, dass die Fachinhalte im Gespräch mit PatientInnen nur einen Teil der Kommunikation ausmachen. Auch die Rahmenbedingungen, unter denen ein Gespräch stattfindet und die Gesprächsführung, sowie die psychosoziale Ebene sind relevant. Eine Verbesserung der Gesprächsqualität hat der wissenschaftlichen Forschung zufolge unter anderem Auswirkungen auf den Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten, die Zufriedenheit der PatientInnen sowie auf die PatientInnensicherheit.

Die Transparenz der Leistungsverrechnung ist für die Interviewten interessant, aber – wie sich in den Gesprächen gezeigt hat – nur bedingt gegeben. Rechnungen von WahlärztInnen können bei der jeweiligen Krankenkasse, bei der man versichert ist, eingereicht werden, um eine teilweise Rückerstattung der zuvor entstandenen Kosten zu erhalten. Die Höhe der Rückerstattung orientiert sich dabei an den jeweiligen Honorarordnungen der einzelnen Krankenversicherungen, nicht an der Höhe des Honorars der WahlärztInnen¹².

¹¹ Sator M, Nowak P, Menz F (2015): Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung. Kurzbericht auf Basis der Grundlagenarbeiten für das Bundesministerium für Gesundheit und den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Gesundheit Österreich GmbH, Wien.

¹² Ärztekammer für Wien: <https://www.aekwien.at/wahlarzt>, 19.12.2018

2. Ablauf und Methode

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger ist Ende 2017 an das Institut für Soziologie herangetreten, mit der Anfrage, eine Studie zum Thema der Motive für die Inanspruchnahme von WahlärztInnen im Gesundheitssystem durchzuführen. Zu Beginn wurden Gespräche zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und dem Institut für Soziologie geführt und entschieden, wie das weitere Studiendesign aussehen soll. Die weiteren Schritte, die in Abbildung 2 dargestellt sind, werden im Folgenden näher ausgeführt.

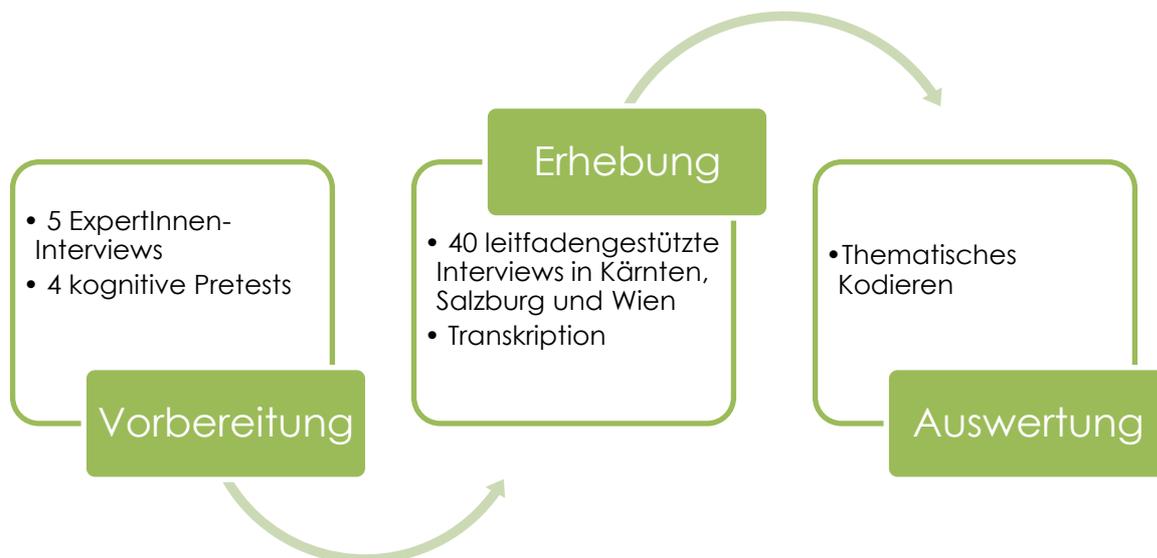


Abbildung 2: Erhebungs- und Auswertungsschritte

2.1 Vorbereitungsphase

Für eine optimale Vorbereitung des Leitfadens wurden, den 40 semi-strukturierten Interviews mit PatientInnen vorgelagert, fünf ExpertInneninterviews geführt. „Bei Experteninterviews werden die Befragten aufgrund des ihnen zugeschriebenen Status als Experten und Expertinnen interviewt.“¹³ Diese ExpertInnen verfügen beispielsweise aufgrund ihres Berufes über besonderes Wissen oder langjährige Erfahrungen, die fundierte und allgemeine Einschätzungen der Situation

¹³ Helfferich C (2014): Leitfaden- und Experteninterviews. In: Baur N, Blasius J (Hrsg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden: Springer VS, 559-574.



möglich machen. In dieser Studie wurden also Menschen kontaktiert, die im Zusammenhang mit der wahlärztlichen Versorgung in Österreich über eine besonders hohe Expertise verfügen. Dadurch konnten bereits vor der Haupterhebungsphase Informationen eingeholt werden, die sich für die Erstellung des Leitfadens und die Interviewführung als lohnend erwiesen haben.

Die fünf interviewten ExpertInnen und deren Rolle zum Zeitpunkt des Interviews waren:

- o Dr.ⁱⁿ Sigrid Pilz, Pflege- und PatientInnenanwältin in Wien
- o Dr. Gerald Bachinger, Patientenanwalt in Niederösterreich
- o Dr. Thomas Czypionka, Leiter der Bereichs „Health Economics and Health Policy“ am Institut für höhere Studien
- o Prim. Priv.-Doz. Dr. Georg Stummvoll: Ärztlicher Leiter im Klinikum Malcherhof Baden
- o Prim. Univ.-Prof. Dr. Klaus Klaushofer: Abteilungsvorstand im Hanusch Krankenhaus und Wahlfacharzt

Die Anregungen der ExpertInnen waren – je nach Bereich in dem sie tätig sind bzw. waren – unterschiedlich. Dieser Umstand macht diese Interviews besonders bereichernd für die Studie, da so unterschiedliche Perspektiven auf das Gesundheitssystem präsentiert wurden. Eine Einschätzung teilten jedoch die meisten ExpertInnen: WahlärztInnen sind fachlich nicht unbedingt besser als VertragsärztInnen, sie können sich aber mehr Zeit für die PatientInnen nehmen und das wird von diesen besonders positiv bewertet. Als problematisch wurde von einer/m ExpertIn eingeschätzt, dass WahlärztInnen teilweise „nicht evidenzbasierte Medizin“ anbieten. Eine/r der ExpertInnen fokussierte in dem Interview auf den Servicegedanken, der bei WahlärztInnen stärker ausgeprägt ist. Im ExpertInneninterview wurde das Beispiel zweier unterschiedlich teurer Automarken genannt; beide Autos bringen einen ans Ziel, der Unterschied liegt vor allem im Komfort und der Geschwindigkeit. Tele-Medizin, also orts- und zeitunabhängige medizinische Angebote wurden in einem ExpertInneninterview als Zukunftsthema genannt. Insgesamt brachten die Gespräche mit den ExpertInnen vertiefte und zusätzliche Erkenntnisse, die in weiterer Folge bei den Interviews mit den PatientInnen berücksichtigt wurden.



Diese 40 Interviews basierten auf einem, im Vorfeld vom Auftragnehmer entwickelten und mit dem Auftraggeber abgestimmten, Leitfaden (siehe Annex 1), der die folgenden Schwerpunkte abdeckt:

a. Erfahrungen mit WahlärztInnen

Wie erleben die Interviewpersonen die ärztliche Versorgung? Weshalb kontaktieren die Interviewten ihre WahlärztInnen? Wie regelmäßig findet dieser Kontakt statt? Wie lange kennen die Interviewpersonen ihre ÄrztInnen? Werden die ÄrztInnen gewechselt oder wird dieser Wechsel möglichst vermieden? Wie relevant ist die Kontinuität der Versorgung für die Interviewten?

b. ÄrztInnen allgemein

Welche Rolle spielen Wechsel für die Interviewten? Welche Relevanz hat die Kontinuität der Versorgung? Wie bzw. wo werden neue ÄrztInnen gesucht bzw. gefunden?

c. Unterschiede zwischen WahlärztInnen und VertragsärztInnen

Wie erleben die Interviewten die Versorgung durch WahlärztInnen und worin sehen sie Unterschiede zu Besuchen bei VertragsärztInnen? Welche Gründe sind auf organisatorischer, fachlicher und persönlicher Ebene für den Besuch bei Wahl- oder VertragsärztInnen ausschlaggebend? Nach welchen Kriterien nehmen die Auskunftspersonen die Auswahl ihrer Wahl- und VertragsärztInnen vor?

d. Bedürfnisse, Erwartungen und Wünsche

Welche Bedürfnisse, Erwartungen und Wünsche bestehen hinsichtlich der Versorgung im wahlärztlichen Bereich und mit welchen Problemen sehen sich die Interviewten konfrontiert? Wie schätzen die Interviewten die derzeitige Versorgung durch Wahl- und VertragsärztInnen ein? Wie bewerten sie die derzeitige medizinische Versorgung in Österreich? Wie schätzen die Interviewten orts- und zeitunabhängige medizinische Angebote (Tele-Medizin) ein?



Als Form der semi-strukturierten Interviews wurde das episodische Interview¹⁴ gewählt. Dieses wurde speziell für die Forschung zu sozialen Dienstleistungen (z. B. Pflege, Gesundheit, Sozialarbeit) entwickelt, um einerseits die *Erfahrungen* der KlientInnen mit den entsprechenden Angeboten zu ermitteln und andererseits die *Bewertung* dieser Angebote zu erheben. Ausgangspunkt war die Unterscheidung zwischen episodischem Wissen (Erinnerungen an Situationen) und semantischem Wissen (Einordnung und Bewertung dieser Situationen). Zur Erhebung episodischen Wissens sind vor allem offene, am narrativen Interview orientierte Erzählanstöße fruchtbar, während zur Erhebung semantischen Wissens strukturiertere Fragestellungen sinnvoller sind. Somit enthält das episodische Interview einerseits Fragen, die auf Erzählungen bestimmter Situationen, andererseits auf mehr oder minder klar umrissene Antworten abzielen¹⁵.

Anschließend an die Entwicklung des Interviewleitfadens wurden vier kognitive Pretests mit Personen durchgeführt, die den Kriterien potentieller InterviewpartnerInnen entsprachen. Dabei wurde auf ein ausgeglichenes Geschlechter- und Altersverhältnis geachtet. Der Stadt-Land-Unterschied wurde ebenfalls in der Auswahl der Interviewpersonen berücksichtigt. Auf Basis der Ergebnisse der Pretests wurde der Leitfaden noch einmal überarbeitet und finalisiert.

Zusätzlich zum Interviewleitfaden wurde ein *Informed Consent-Formular* (siehe Annex 3) vorbereitet, in dem die Zielsetzungen und Inhalte der Studie noch einmal schriftlich dargelegt, sowie Vertraulichkeitspflichten des Instituts für Soziologie bezüglich der erhobenen Daten und Anonymität zugesichert wurden. Der Informed Consent diente zur Aufklärung der Interviewperson und der Versicherung über die Freiwilligkeit ihrer Teilnahme an der Studie und wurde den Interviewten vor dem Interview zur Unterschrift vorgelegt.

¹⁴ Flick U et al. (1995) (Hrsg.): Handbuch Qualitative Sozialforschung. München: Psychologie Verlags Union. Flick U (2002): An Introduction to Qualitative Research - Second edition. London/ Thousand Oaks, CA/Dehli: Sage.

¹⁵ Flick U (2011): Das episodische Interview. In: Oelerich G, Otto, H-U (Hrsg.): Empirische Forschung und Soziale Arbeit - Ein Studienbuch. Wiesbaden: VS Verlag, 273-279.



Die Interviewpersonen wurden durch die jeweiligen Sozialversicherungsträger (WGKK, SGKK, KGKK) nach folgenden Kriterien rekrutiert:

- o Alter (zwei Gruppen: 18-64 Jahre, ab 65 Jahren)
- o Inanspruchnahme von bestimmten ärztlichen Gesundheitsdienstleistungen: PatientInnen von WahlärztInnen (mind. eine eingereichte Kostenerstattung) und mindestens eine Inanspruchnahme eines Vertragsarztes oder einer Vertragsärztin in den letzten 12 Monaten
- o Versicherungsverhältnis bei einem bestimmten Sozialversicherungsträger (WGKK, SGKK, KGKK)

Aus der Stichprobenziehung ausgeschlossen wurden Personen, die dauerhaft in einer Institution (z. B. Pflegeheim) leben, sowie Personen, die innerhalb der vergangenen fünf Jahre eine Antidementiva-Verschreibung erhalten hatten.

In Wien wurde ein besonderes Augenmerk auf das Fach Gynäkologie gelegt, weswegen die Stichprobenziehung in zwei Schritten erfolgte. Zuerst wurden bewusst 60 Frauen, aus der Grundgesamtheit ausgewählt (unter Berücksichtigung der beiden definierten Altersgruppen), auf welche die oben angeführten Kriterien zutrafen. Anschließend wurden insgesamt 240 Fälle beider Geschlechter aus der Grundgesamtheit gezogen. Die Stichprobe umfasst also insgesamt 300 Personen.

In Kärnten wurden für das Jahr 2017 alle Sozialversicherungsnummern gezogen, bei welcher zumindest eine Wahlarztinanspruchnahme für ausgewählte Fachgruppen (Facharzt für: Innere Medizin; Urologie; Unfallchirurgie; Haut- und Geschlechtskrankheiten; Psychiatrie; Orthopädie und orthopädische Chirurgie; Augenheilkunde und Optometrie; Chirurgie; Hals-, Nasen- und Ohrenerkrankungen; Neurologie; physikalische Medizin; Frauenheilkunde und Geburtshilfe) vorlagen. Aus diesen ausgewählten Sozialversicherungsnummern wurden dann jene gefiltert, welche 2017 zumindest einen Vertragsarzt bzw. eine Vertragsärztin für die genannten Fachgruppen konsultierten. Schlussendlich wurde eine Zufallsauswahl nach Geschlecht, Altersgruppe sowie dem Bezirk (Klagenfurt, Klagenfurt-Land) gezogen. Um jede Kategorie (Geschlecht, Alter, Region) in jeder Kombination abbilden zu können, wurden acht Gruppen zu je 45 Personen gezogen. Das ergibt eine Stichprobe von insgesamt 360 Personen in Kärnten.



In Salzburg wurde aus der zuvor definierten Grundgesamtheit eine einfache Zufallsstichprobe (n=300) gezogen, dabei wurden die Altersvorgabe der oben beschriebenen Spezifikation folgend sowie die Geschlechtsverteilung der Grundgesamtheit (26,7 % Männer, 73,3 % Frauen) berücksichtigt. Für die Stichprobe wurden nur jene Personen ausgewählt, die eine Wahlartztrechnung für sich selbst (nicht beispielsweise für den Wahlarztbesuch eines Kindes) eingereicht haben.

Das Rekrutierungsverfahren erfolgte postalisch über ein vom Auftraggeber erstelltes Anschreiben, das an Personen, auf welche die oben angeführten Charakteristika zuträfen, versandt wurde. Von den Sozialversicherungsträgern in Salzburg und Wien wurden jeweils 300 Briefe, in Kärnten 360 Anschreiben versendet. Die Rücklaufquote war unterschiedlich und lag zwischen 3,3 Prozent im Bezirk Klagenfurt-Land und 8 Prozent in Wien. Mit jenen Personen, die sich aufgrund des Anschreibens beim Auftragnehmer meldeten, wurden die oben angeführten Kriterien in einem telefonischen Gespräch vorab noch einmal abgeklärt. Daraufhin wurde, bei Erfüllung der Voraussetzungen, ein Termin für ein persönliches face-to-face Interview in unmittelbarer Wohn- oder Arbeitsumgebung der InterviewpartnerInnen bzw. in Räumlichkeiten, die dankenswerter Weise von der SGKK und der KGKK zur Verfügung gestellt wurden, vereinbart.

2.2 Erhebungsphase

Es wurden mit insgesamt **40 Personen** im Alter zwischen 21 und 83 Jahren persönliche Interviews durchgeführt. Den interviewten Personen stand es frei, den Ort des Interviews zu wählen, wobei ein Großteil der Gespräche bei den Interviewpersonen zu Hause stattfand. In Salzburg und Klagenfurt konnte für die Interviews auf Räumlichkeiten der SGKK und der KGKK zurückgegriffen werden. Einige Gespräche fanden auch in Kaffeehäusern oder am Institut für Soziologie statt. Somit konnte allen interessierten Personen, unabhängig von ihrer Mobilität, eine Teilnahme ermöglicht werden.

Die Interviews wurden von fünf verschiedenen InterviewerInnen geführt. In der qualitativen Forschung spielt die Subjektivität von Forschenden und Beforsch-



ten eine wichtige Rolle im Erkenntnisprozess und kann daher nicht ausgeschaltet werden¹⁶. Daher war es wichtig, dass die Interviews nicht alle von einer einzigen Person durchgeführt werden. Die Auswertung fand personal getrennt von der Erhebung statt, d. h. diejenigen InterviewerInnen, die ein Gespräch geführt hatten, werteten dieses nicht selbst aus, sondern nur jene Interviews, die ein/e KollegIn geführt hatte. Zur Sicherung der Qualität wurden regelmäßig **Reflexionsgespräche** der InterviewerInnen, der AuswerterInnen und der Projektleitung durchgeführt.

Vor Beginn der Interviews wurde den Interviewpersonen der Ablauf sowie der Inhalt Studie erklärt und ein Informed Consent zur Unterschrift vorgelegt. Die Dauer der Interviews betrug durchschnittlich 65 Minuten. Sie wurden mit einem elektronischen Aufnahmegerät aufgenommen und sequentiell transkribiert.

2.3 Auswertungsphase

Die **Datenauswertung** folgte der speziell für das episodische Interview entwickelten Methode des **thematischen Kodierens**¹⁷. Bei dieser Methode werden Textsegmenten Codes zugewiesen, die von den ForscherInnen anhand des vorliegenden empirischen Materials entwickelt werden. Im Gegensatz zum theoretischen Kodieren bleiben dadurch beim thematischen Kodieren der Fallbezug und die Nähe zum erhobenen Material vorhanden. Für jeden Fall bzw. jedes Interview wird eine Fallbeschreibung, d. h. eine Zusammenfassung des Interviews sowie eine Übersicht über die soziodemografischen Daten der Interviewperson erstellt. Auf diese Weise werden durch Extraktion von Gemeinsamkeiten über mehrere Fälle Potentiale zur Typenbildung sichtbar. Die Auswertung erfolgte in Interpretationsgruppen von drei Personen.

Da es sich bei gesundheitsbezogenen Daten um besonders sensible Daten handelt, wurde in allen Phasen des Erhebungs-, Auswertungs- und Berichtslegungsverfahrens nach einem möglichst hohen Maß an **Anonymität** gestrebt. Die InterviewerInnen versahen dazu die Interviews mit einem siebenstelligen Code. Soziodemografische Daten, die eindeutig auf eine Interviewperson schließen ließen (z. B. Name, genauer Wohnort), wurden weder in der Doku-

¹⁶ Flick U (2004): Zur Qualität qualitativer Forschung – Diskurse und Ansätze. In: Kuckartz U, Grunenberg H (Hrsg.): Qualitative Datenanalyse computergestützt. Wiesbaden: VS-Verlag, 43-63.

¹⁷ Flick U (2011): Das episodische Interview. In: Oelerich G, Otto, H-U (Hrsg.): Empirische Forschung und Soziale Arbeit - Ein Studienbuch. Wiesbaden: VS Verlag, 273-279.



mentation in Zusammenhang mit dem Code, noch in der Berichterlegung vermerkt. Die AuswerterInnen kannten somit nur jene Variablen (Alter, Geschlecht und Wohnregion), die für die Auswertung zentral waren.

2.4 Methodenreflexion

Insgesamt ist anzumerken, dass der Rücklauf relativ schwach war (Klagenfurt-Land: 3,3 %, Klagenfurt: 3,9 %, Salzburg-Umgebung: 6,7 %, Wien: 8,0 %). Erfreulich sind das ausgeglichene Geschlechterverhältnis und die große Spannweite des Alters der Interviewten. Einige InterviewpartnerInnen ließen in den Gesprächen anklingen, dass es ihnen ein Bedürfnis gewesen sei, gehört zu werden. Sie nahmen also an den Interviews teil, um ihre Sichtweise darzulegen, von ihren Erfahrungen zu erzählen oder um Verbesserungsvorschläge zu machen.

„Ich finde das gut [...] wenn ich schon einmal in der Lage bin, dass ich meine Meinung dazu sagen darf, wo hat man das sonst schon als Staatsbürger, dann sage ich das auch.“ (IP 25, 741-744)

Auffällig ist, dass einige derjenigen, die sich für ein Interview freiwillig meldeten, zumindest indirekt über die persönliche Betroffenheit hinaus mit medizinverwandten Themen befasst waren. Einer der Interviewten war vor seiner Pensionierung als Vertragsfacharzt in Wien tätig. Mehrere Interviewpartner erzählten, dass ihre Ehefrauen früher als Krankenschwester tätig waren. Andere Interviewte berichten von MedizinerInnen im Freundes- oder Verwandtenkreis. Hier besteht also eine (gefühlte) Nähe zu Menschen, die im Gesundheitsbereich tätig sind/waren, die über die eigenen Erfahrungen mit ÄrztInnen hinausgehen.

3. Ergebnisse

3.1 Beschreibung der Stichprobe

Insgesamt wurden zwischen Juli und September 2018 40 Personen zwischen 21 und 83 Jahren interviewt. Das Durchschnittsalter beträgt 60,5 Jahre. Die Altersgruppen (18-64 Jahre und 65 Jahre oder älter) sind ausgeglichen. Das Durchschnittsalter in der jüngeren Altersgruppe beträgt 49,6 Jahre; in der älteren Altersgruppe liegt dieses bei 71,4 Jahren. 18 Personen (45 %) sind männlich, 22 Personen (55 %) weiblich. 24 Personen (60 %) leben in einer Stadt (Wien oder Klagenfurt), 16 Personen (40 %) in einer ländlichen Umgebung (Bezirk Klagenfurt-Land oder Salzburg-Umgebung). Die zuvor festgelegten Auswahlkriterien sind damit erfüllt. In Tabelle 1 werden die soziodemografischen Daten der 40 Interviewten übersichtlich dargestellt.

Tabelle 1: Soziodemografische Daten der Interviewpersonen

Land					
Personen-Kennziffer	Alter	Geschlecht	Personen-Kennziffer	Alter	Geschlecht
IP1	56	w	IP9	67	w
IP2	66	m	IP10	70	m
IP3	58	m	IP11	48	w
IP4	62	w	IP12	69	m
IP5	83	m	IP13	71	w
IP6	54	w	IP14	74	w
IP7	65	m	IP15	41	m
IP8	76	m	IP16	48	w
Stadt					
IP17	54	w	IP29	78	w
IP18	72	m	IP30	67	w
IP19	71	w	IP31	79	m
IP20	54	w	IP32	70	w
IP21	58	m	IP33	69	m
IP22	49	w	IP34	21	w
IP23	29	w	IP35	47	m
IP24	65	m	IP36	31	m
IP25	64	w	IP37	73	m
IP26	60	w	IP38	61	w
IP27	66	m	IP39	76	m
IP28	38	w	IP40	59	w



Vier Interviewte haben die Pflichtschule und 15 Teilnehmende eine Lehre oder Berufsbildende Mittlere Schule abgeschlossen. Acht Interviewpersonen haben eine Matura und 13 Auskunftspersonen eine universitäre Ausbildung absolviert. Ihren Gesundheitszustand beschreiben 28 Auskunftspersonen (70 %) als gut oder sehr gut. Zehn Interviewte (25 %) geben an, ihre Gesundheit sei mittelmäßig und zwei Teilnehmende schätzen ihre Gesundheit als schlecht ein. An zumindest einer chronischen Krankheit leiden drei Viertel der Interviewten (30 Personen). Hinsichtlich der beiden Altersgruppen lässt sich weder bei der Einschätzung der eigenen Gesundheit noch beim Vorliegen einer chronischen Krankheit ein Unterschied feststellen.

Da die Inanspruchnahme von WahlärztInnen einen finanziellen Aufwand bedeutet, wurde im Kurzfragebogen, der nach den Interviews vorgelegt wurde, abgefragt, wie gut die InterviewpartnerInnen mit ihren finanziellen Mitteln auskommen. 34 Interviewpersonen (85 %) antworteten, dass sie sehr oder eher leicht mit ihren finanziellen Mitteln auskommen. Von den sechs Personen, die angeben mit einigen oder großen Schwierigkeiten mit den finanziellen Mitteln auszukommen, sind vier weiblich und zwei männlich. Fünf dieser sechs Teilnehmenden leiden an zumindest einer chronischen Erkrankung. Die Hälfte dieser Personen, die finanzielle Schwierigkeiten haben, gibt an, dass ihr Gesundheitszustand mittelmäßig oder schlecht ist, die andere Hälfte bezeichnet diesen als gut. Drei der vier Frauen in dieser Gruppe leben alleine in ihrem Haushalt und sind geschieden oder ledig. Die Verteilung der beiden Altersgruppen ist bei diesen sechs Personen ausgeglichen. Bezüglich der höchsten abgeschlossenen Schulbildung zeigt sich, dass eine Person aus dieser Gruppe lediglich die Pflichtschule absolviert hat, drei Teilnehmende haben eine Lehre und zwei Interviewte eine Matura abgeschlossen. Das Bildungsniveau ist im Vergleich zu den anderen Interviewpersonen also niedriger und keine/r der 13 interviewten AkademikerInnen gibt an, finanzielle Schwierigkeiten zu haben.

Mehr als die Hälfte der Interviewten (22 Personen) haben eine Zusatzversicherung abgeschlossen. In Österreich ist Angaben des Verbands der Versicherungsunternehmen Österreichs (VVO) zufolge etwa ein Drittel der Menschen Zusatzversichert¹⁸. Es wird also deutlich, dass in dieser Studie ein vergleichsweise höherer Anteil von Personen Zusatzversichert ist.

¹⁸ Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs VVO: [https://www.vvo.at/vvo/vvo.nsf/sysPages/xEFE6792DE4F6FAC1257D08002FC38D/\\$file/vvo_broschuere_aufdenpunktgebracht.pdf](https://www.vvo.at/vvo/vvo.nsf/sysPages/xEFE6792DE4F6FAC1257D08002FC38D/$file/vvo_broschuere_aufdenpunktgebracht.pdf), 19.12.2018



Die ausgewählten Regionen, in denen Interviews durchgeführt wurden, unterscheiden sich hinsichtlich der Dichte von VertragsfachärztInnen (exklusive AllgemeinmedizinerInnen).

3.2 Inanspruchnahme der ärztlichen Versorgung

Zu Beginn der Interviews wurden die Auskunftspersonen gebeten anzugeben, **wie viele Wahlarzt- und Vertragsarztkontakte** sie im Jahr 2017 gehabt haben und welche Fachrichtungen diese MedizinerInnen abdecken. Dabei halten sich die durchschnittliche Anzahl der Kontakte mit WahlärztInnen (8,32 Kontakte) bzw. mit VertragsärztInnen (8,54 Kontakte) in etwa die Waage. Hier lassen sich aber große Unterschiede zwischen den einzelnen Interviewpersonen feststellen. Während manche nur ein- oder zweimal Kontakt mit WahlärztInnen hatten, liegt die höchste Angabe in diesem Bereich bei 40 Kontakten mit WahlärztInnen im Jahr 2017. Bei den Kontakten mit VertragsärztInnen liegt die Spannweite zwischen zwei und 30 Kontakten. Diese Angaben sind vom Erinnerungsvermögen bzw. der Einschätzung der Interviewten abhängig und sind entsprechend zumindest teilweise kritisch zu betrachten, da den Interviewten diese Erinnerungsleistung in manchen Fällen eher schwer gefallen ist. Um diesem Umstand vorzubeugen, wurde gemeinsam mit den Interviewpersonen eine Liste (siehe Annex 1) ausgefüllt, bei der einzeln nach den unterschiedlichen Fachrichtungen gefragt wurde. Diese Vorgehensweise hat sich als geeignet erwiesen. Ein paar wenige Interviewpersonen haben sich diesbezüglich auf das Interview vorbereitet und die Leistungsübersicht oder andere Aufzeichnungen, die sie im Zusammenhang mit ihren Arztbesuchen gemacht haben, zum Gespräch mitgebracht.

Bei jenen 14 Interviewpersonen, die angegeben haben, im Jahr 2017 häufiger bei Wahl- als bei VertragsärztInnen gewesen zu sein, fällt Folgendes auf: Nur ein/e InterviewpartnerIn hat angegeben, einige Schwierigkeiten damit zu haben, mit den finanziellen Mitteln auszukommen. Die anderen kommen nach eigenen Angaben eher oder sehr leicht mit den zur Verfügung stehenden finanziellen Mitteln aus. In dieser Gruppe gibt es prozentual gesehen weniger Personen, die an zumindest einer chronischen Krankheit leiden und mehr Menschen, die eine Zusatzversicherung abgeschlossen haben. Außerdem ist der Anteil derer, die ihre Gesundheit aktuell als (sehr) gut einschätzen (elf Personen), in dieser Gruppe größer als prozentual gesehen im gesamten Sample.

Bezüglich der beiden Altersgruppen und des Geschlechts zeigen sich hier keine Unterschiede.

Tabelle 2 gibt einen Überblick über die Inanspruchnahme der ärztlichen Versorgung der Interviewpersonen im Jahr 2017. In der Darstellung werden nur jene Fächer angeführt, die von mindestens zehn Interviewten genannt wurden. Die Zahlen in den Klammern zeigen an, wie viele Interviewte angegeben haben, ÄrztInnen dieser Fachrichtung besucht zu haben.

Tabelle 2: Besuchte ÄrztInnen nach Fachrichtungen im Jahr 2017

Fachrichtung	WahlärztInnen	VertragsärztInnen
Chirurgie	90,0 % (9)	10 % (1)
Neurologie & Psychiatrie	81,8 % (9)	18,2 % (2)
Gynäkologie	68,4 % (13)	31,6 % (6)
Orthopädie	64,7 % (11)	35,3 % (6)
Innere Medizin	47,4 % (9)	52,6 % (10)
Dermatologie	38,1 % (8)	61,9 % (13)
Urologie	33,3 % (6)	66,6 % (12)
Zahnheilkunde	31,4 % (11)	68,6 % (24)
HNO-Krankheiten	20,0 % (3)	80 % (12)
Augenheilkunde	17,9 % (5)	82,1 % (23)
Allgemeinmedizin	15,8 % (6)	84,2 % (32)
Radiologie	5,6 % (1)	94,4 % (17)

Die Interviewpersonen wurden auch gefragt, ob der Besuch bei den jeweiligen ÄrztInnen ein Routinebesuch war oder ob dieser aufgrund akuter Beschwerden zustande gekommen sei. In den Fächern Augenheilkunde, Dermatologie, Gynäkologie, Urologie, Innere Medizin und Zahnheilkunde sind es eher Kontrollbesuche. Deutlich wird das auch, wenn die Anzahl der Kontakte zu ÄrztInnen dieser Fachrichtungen betrachtet wird. Diese Fächer zählen zu jenen, die hauptsächlich für Routineuntersuchungen besucht werden. AllgemeinmedizinerInnen werden den Interviewten zufolge häufig wegen der Ausstellung von Rezepten, die beispielsweise für chronische Krankheiten benötigt werden, aufgesucht. In den Fächern Neurologie und Psychiatrie sowie HNO-Krankheiten ist das Verhältnis der Anlassfälle (Routine/akut) relativ ausgeglichen. FachärztInnen der Chirurgie, Orthopädie und der Radiologie werden vor allem aufgrund akuter Beschwerden kontaktiert.



Die Interviewpersonen wurden auch gefragt, ob sie im Jahr 2017 sonstige WahlärztInnen besucht hätten, die nicht in der Liste vermerkt waren. Drei Interviewte gaben an bei RheumatologInnen gewesen zu sein, zwei waren bei SpezialistInnen für die Schilddrüse und auch alternative Behandlungsmethoden wie Osteopathie, TCM oder Akupunktur wurden in diesem Zusammenhang genannt.

Vier Frauen erzählten in den Interviews, dass sie unbedingt eine Frauenärztin wollen und dass unter anderem das Geschlecht der behandelnden Person neben der fachlichen Kompetenz eine wichtige Rolle in der Entscheidung für die Auswahl dieser Ärztin gespielt hat.

„Bei der Frauenmedizin ist es mir sehr wichtig. Das ist so das einzige, wo ich sage, da gehe ich echt nur zu einer Frau. [...] Ich möchte den Männern nicht die fachliche Kompetenz absprechen, aber für mich muss es eine Frau sein.“ (IP 20, 132-136)

Bei den anderen Fachrichtungen zeigt sich dieses Muster nicht.

3.3 Gründe für den Besuch von WahlärztInnen

In den Interviews haben sich mehrere für die PatientInnen wichtige Themen herauskristallisiert, die im Folgenden der Reihe nach abgehandelt werden.

a. Der Faktor Zeit

Unabhängig von Alter, Geschlecht, Wohnort oder Einkommenssituation wurden verschiedene Aspekte der Zeit in fast jedem Interview angesprochen. PatientInnen wiesen hier auf drei für sie wesentliche Faktoren im Umgang der WahlärztInnen, im Unterschied zu VertragsärztInnen, hin:

1. Die Terminvergabe seitens der ÄrztInnen
2. Die zeitliche Einhaltung der Termine seitens der ÄrztInnen (Termintreue)
3. Die Zeit, die während des Termins seitens der ÄrztInnen für PatientInnen aufgewendet wird

■ Die Terminvergabe seitens der ÄrztInnen

Im chronologischen Verlauf eines Arztbesuchs steht allem voran die **terminliche Vereinbarung**. Eine rasche Terminvergabe war PatientInnen besonders im Fall eines akuten Anliegens wichtig. Aber auch bei Routineuntersuchungen wollten



einige schlichtweg nicht bis zu einem halben Jahr auf eine Routineuntersuchung, zum Beispiel beim Augenarzt, warten.

„Aber für eine normale Kontrolle mindestens ein halbes Jahr. Und deswegen bin ich dann auch privat zum Augenarzt gegangen, wo halt eine kürzere Wartezeit war.“ (IP 3, 228-230)

„Ein Thema hab ich noch, aber das war heuer erst beim Augenarzt. Da habe ich sechs Monate Wartezeit auf einen Termin gehabt. Von November bis Juni. Ich mein es ist nichts Akutes gewesen, es ist eine Kontrolle gewesen und ich bin dort schon mal gewesen [...] hab ich gesagt das geht nicht leider.“ (IP 18, 475-483)

Termine werden im Normalfall mittels Anruf vereinbart, wobei Kassenordinationen, so hieß es, Termine vorgeben, die angenommen werden können. Anders ist es jedoch bei Wahlarztordinationen, die, den Befragten zufolge, auch andere Medien zur Vereinbarung von Terminen nutzen. So wurde von einzelnen Personen berichtet, dass auch E-Mailkontakt aufgenommen werden kann, um den passenden Termin, möglichst angepasst an die Bedürfnisse der PatientInnen, finden zu können. Außerdem sei die Einrichtung von Slot-Systemen auf den Homepages der ÄrztInnen für PatientInnen sehr zuvorkommend, da sie so gleich einen Überblick über alle noch freien Termine in der kommenden Zeit bekommen konnten.

„Ich schicke immer ein Mail zur Terminvereinbarung, ja. Also telefonieren, sie hat halt fast den ganzen Tag Patienten, hat keine Ordinationshilfe, arbeitet also sehr sparsam eigentlich, darum hat sie auch noch vernünftige Preise.“ (IP 22, 256-258)

„Ich kann diesen Termin online eingeben und ich kann den Termin aussuchen. Funktioniert hervorragend [...] Das such ich mir ja aus, okay wann kann ich, wann gibt es das, also ich hab meinen Termin.“ (IP 38, 162-163 bzw. 189-191)

PatientInnen sahen die Möglichkeit, sich Termine online auszumachen, als einen Vorteil, da so, wie im obigen Zitat deutlich wird, Zeit gespart werden kann.

In der Einschätzung der Wichtigkeit der Terminvereinbarung zeigt sich hier eine unterschiedliche Geschlechterverteilung. Von zwölf Interviews, in denen lange Wartezeiten auf einen Termin explizit genannt wurden, sind nur zwei Interviewpersonen männlich.



Weitere Unterschiede konnten gemäß der Anzahl an Personen mit chronischen Krankheiten festgestellt werden. Drei Viertel aller Personen, für die Wartezeiten auf einen Termin grundsätzlich zur Entscheidung WahlärztInnen zu besuchen beitrugen, benötigen regelmäßige Facharztbesuche aufgrund ihrer Erkrankungen. Außerdem konnte auch nachvollzogen werden, dass alle Personen, die aus dem Grund der deutlich kürzeren Wartezeiten WahlärztInnen in Anspruch genommen hatten, laut eigenen Angaben mit ihren finanziellen Mitteln eher oder sehr leicht auskommen. Diese Unterschiede zeigen sich im Stadt-Land-Vergleich nicht. Die Anzahl der Personen, die im ländlichen Gebiet (Bezirk Salzburg-Umgebung oder Klagenfurt-Land) wohnhaft sind, unterscheidet sich in diesen Fällen nicht von den Personen, die in der Stadt (Klagenfurt oder Wien) wohnen.

- Die Termintreue seitens der ÄrztInnen

Als weiterer Aspekt im Kontext der zeitlichen Dimension wurde die lange Wartezeit in der Vertragsarzt-Ordination genannt.

„Beim praktischen Arzt, bei dem ich war, da hast du ewige Wartezeiten. Du kriegst einen Termin, du rufst an, ja kommen Sie in einer viertel, halben Stunde, wartest wieder zwei Stunden.“ (IP 14, 235-236)

Von 19 Interviewten, die lange **Wartezeiten in der Ordination** als ausdrücklichen Grund für die Inanspruchnahme von WahlärztInnen bzw. den Wechsel von VertragsärztInnen zu WahlärztInnen genannt haben, sind gut zwei Drittel Frauen (68 %) und ein Drittel Männer (32 %). Außerdem sind rund drei Viertel (74 %) derer, die lange Wartezeiten in der Ordination besonders bemängelten, Personen mit Krankheiten, die regelmäßige Facharztbesuche benötigen. Das Alter der Interviewten ist dabei kein Einflussfaktor.

„Ist egal wo [...] aber bei den Spezialisten ist es einfach mit den Wartezeiten ja schon fast nicht mehr möglich, dass du irgendwann einmal drankommst.“ (IP 19, 511-513)

So wurde mehrmals betont, dass längere Wartezeiten in der Ordination aber nicht vom Arzt bzw. von der Ärztin selbst verschuldet werden, sondern eine schlechte Einteilung der Termine von Seiten der Ordinationsgehilfinnen das Problem sei.

„Ich bin der Meinung, dass wenn ein Arzt gut ist, auch der Vertragsarzt, dann musst halt leider warten, wobei ich dann aber auch sage, das liegt



aber auch im Augenschein der Assistentin, dass sie mich da einteilt, dass sie sagt, sie kann es abschätzen.“ (IP 21, 393-396)

Trotzdem wurden die ÄrztInnen auf dieses Problem nicht direkt angesprochen, sondern die Interviewten haben schlichtweg zu WahlärztInnen gewechselt, wenn ihnen die Wartezeiten als zu lang erschienen.

Die Wahlarztordination wurde in einem Beispiel auch speziell im Hinblick auf den/die DienstgeberIn gewählt:

InterviewerIn: „Aus welchen Gründen kontaktieren Sie Ihre Wahlärzte?“

InterviewpartnerIn: „Wegen weniger Wartezeit, [...] der Dienstgeber hat das nicht gern, wenn man zu lange beim Arzt ist, nicht, also sonst musst den ganzen Tag als krank melden“ (IP 3, 284-298)

Das Zitat weist darauf hin, dass es für diese Person ökonomisch besser ist, geringere Wartezeiten in Anspruch zu nehmen, obwohl sie dafür selbst Geld in die Hand nehmen muss. Längere Wartezeiten, so wurde erklärt, seien mit der Arbeit oft nicht vereinbar und können nur selten auf sich genommen werden, da der/die ArbeitgeberIn das nicht zulasse.

■ Für PatientInnen aufgewendete Zeit

Ein Thema, das in allen Interviews regelmäßig auftauchte, war die Zeit, die sich ein Arzt bzw. eine Ärztin für die PatientInnen nimmt. Es wurde als äußerst wichtig erachtet, den PatientInnen **Zeit im Ordinationsraum** zu geben, um sich richtig ausdrücken zu können, sich dort selbst überlegen zu können, wo das Problem liegt und ihnen das Gefühl zu geben, „nicht nur eine Nummer“ zu sein.

„Weil sich die Ärztin absolut Zeit nimmt da auch in die Tiefe zu forschen, mir auch Zeit gibt nachzudenken, weil man merkt immer wieder, man ist manches Mal nicht so aufmerksam dem eigenen Körper gegenüber.“ (IP 22, 301-304)

„Man fühlt sich einfach wohl. Wie gesagt, man ist keine Nummer im Verhältnis zu anderen.“ (IP 1, 222-223)

Insofern war die Logik der Interviewten folgende: Wird mehr Zeit für PatientInnen aufgewendet, so wird die medizinische Leistung vonseiten der ÄrztInnen erhöht und die Behandlung genauer bzw. besser.



„Also ich könnte mir durchaus vorstellen, dass ein Vertragsarzt gleich kompetent ist wie ein Arzt, der privat ordiniert, aber weil er nicht die Zeit hat den Patienten so viele Fragen zu stellen, weil er nicht so ins Detail gehen kann, muss er sich beeilen rasch zu einer Diagnose zu kommen und die ist halt vielleicht nicht immer die letztgültige.“ (IP 22, 679-683)

„Na für mich ist das, wenn der Wahlfacharzt, na ich habe das Gefühl, weil er mehr Zeit hat, weil er besser zuhören kann, weil wenn du zu einem anderen gehst, wartest du erstmal ewig und dann bist du auch gleich wieder draußen.“ (IP 9, 159-161)

Durch dieses Mehr an Zeit mit den ÄrztInnen kommt den InterviewpartnerInnen zufolge außerdem ein ausführlicheres Arzt-Patienten-Gespräch zustande. Dieses verbesserte und eingehendere Gespräch gibt den PatientInnen das Gefühl gehört zu werden und dem Arzt oder der Ärztin besser vertrauen zu können.

Außerdem bedeutet Zeit für PatientInnen auch, nicht das Gefühl vermittelt zu bekommen, der Arzt oder die Ärztin sei ungeduldig oder gar gestresst. Werde ihnen dieses Gefühl vermittelt, entwickelten sie selbst Stress und könnten vergessen, alle ihre Anliegen während des Arztbesuches anzusprechen.

Maßgeblich trug für PatientInnen ein volles Wartezimmer dazu bei, sich unwohl und auch selbst gestresst zu fühlen.

„Weil man oft in der Hektik, wenn man schon sieht, Jesus na, das Wartezimmer ist ja voll, da muss es zack zack gehen, dass man gar nicht lange genug darüber nachdenkt, was will ich denn eigentlich jetzt dem Arzt alles sagen, wenn man rauskommt, Jesus na, das wollte ich ihn ja auch noch fragen, nicht. Dass eben einfach genug Zeit bleibt selbst zum Überlegen, was könnte ich da noch anbringen, beziehungsweise ja, dass der Arzt von sich aus auch die Möglichkeit hat länger zu fragen.“ (IP 3, 394-399)

Eine lange Wartezeit in der Ordination, sowie das Gefühl, für andere Wartende die Wartezeit noch weiter zu verlängern, sind wichtige Gründe für den Wechsel zu einer Wahlarztordination. So berichteten Interviewpersonen davon, dass die Wartezeiten dort nur selten als lang empfunden wurden und der Arzt bzw. die Ärztin den PatientInnen das Gefühl gegeben hat, sich gern die Zeit für eine individuelle Behandlung und Beratung zu nehmen.

„Aber ich hab auch das Gefühl er nimmt sich Zeit, drängt nicht, dass der nächste Patient wartet.“ (IP 17, 401-402)



Das Thema Zeit, egal ob auf einen Termin, in der Ordination, oder im Kontext eines „Sich-Zeit-Nehmens“ für ein wertvolles Arzt-Patienten-Gespräch wurde in jedem Interview angesprochen, jedoch nicht immer als ausdrücklicher Grund für die Inanspruchnahme einer Wahlarztordination genannt.

b. Fachliche Kompetenz

Abgesehen von diesem deutlichen Fokus auf diverse Zeitaspekte bei der Inanspruchnahme von WahlärztInnen wurde von den Interviewten darauf hingewiesen, dass medizinische Leistungen aufgrund der fachlichen Kompetenz der WahlärztInnen gerne privat bezahlt wurden. Es geht dabei weniger um eine höhere fachliche Kompetenz der WahlärztInnen gegenüber den VertragsärztInnen, sondern um Spezialkompetenzen. Mehrere Personen haben erklärt, dass sie ganz spezielle Anliegen lieber von einem Wahlarzt oder einer Wahlärztin begutachten lassen.

„Die Wahlärzten kommen eher zum Zug, wenn es um spezielle Behandlungsmethoden geht, um spezielle Behandlungen, aus der Norm herausfallende Behandlungen, Biopsie, Radiologie oder beim Implantate setzen und solche Dinge, also standardmäßig gehe ich zum Vertragsarzt.“ (IP 2, 342-345)

In den Gesprächen wurde von den InterviewerInnen dahingehend nachgefragt, wie sich fachliche Kompetenz bemerkbar mache. Die Interviewten haben mehrere **Definitionen von fachlicher Kompetenz** formuliert. In den meisten Fällen konnte jedoch eruiert werden, dass PatientInnen vor allem dann das Gefühl hatten, fachlich kompetent behandelt zu werden, wenn sich die ÄrztInnen Zeit genommen haben, Diagnosen zu erklären. Dies war hauptsächlich dann tragend, wenn PatientInnen diese Erklärungen eigenen Angaben zufolge auch verstanden haben, das bedeutet, wenn Erklärungen nicht in medizinischen Fachausdrücken, sondern durch eine an LaiInnen angepasste Sprache an diese herangetragen wurde. So waren PatientInnen auch daran interessiert, eine direkte Antwort zu bekommen.

„Dass sie sich genau in dem Gebiet, wo du sie ansprichst, dass sie sich wirklich auskennen, [...] dass sie es mir genau erklären“ (IP 1, 560-565)

„Bei den Untersuchungen, präzise Angaben oder Aussagen. Keine zögerlichen Andeutungen oder vielleicht oder möglicherweise diese Worte. Ich hab gern so wie es ist, so ist es. Das hätte ich gerne so gesagt bekommen und man braucht mich jetzt nicht irgendwie bedauern.“ (IP 4, 647-650)



Es wurden auch andere Komponenten fachlicher Kompetenz angeführt. Hier geht es weniger um *richtige* Diagnosen, sondern um die Fähigkeit, PatientInnen unmittelbar zu helfen bzw. Problemlösungen anzubieten. Die Hilfe wurde zu- meist mit der kompletten oder sofortigen Heilung¹⁹ gleichgesetzt. So erklärt eine Interviewperson:

„Wenn mir der helfen kann, dann ist es ja gut. Das ist relativ einfach glaub ich für mich. Und wenn er mir nicht helfen kann, dann ist er nicht gut, weil er sich nicht auskennt.“ (IP 15, 412-413)

Später im Interview erklärt dieselbe Person jedoch, dass eine Pauschalierung hier zu Unrecht getätigt werden würde.

„Das kann man natürlich nicht so pauschal sagen normalerweise, nur wenn mir ein Arzt jetzt bei drei Sachen zweimal nicht helfen kann, dann ist er vielleicht nicht der Beste für mich.“ (IP 15, 413-415)

Trotzdem ist die komplette Heilung einigen Interviewten zufolge die einzige oder alleinige Voraussetzung für fachliche Kompetenz. Eine andere Person hat die fachliche Kompetenz mit einer guten Betreuung, auch nach der Behandlung (z. B. durch Anrufe bzw. Nachfragen, wie es denn nach der Behandlung ginge) beschrieben. Dies sei auch ein Alleinstellungsmerkmal von WahlärztInnen und treffe auf VertragsärztInnen nicht zu.

WahlärztInnen hätten insofern manchen Interviewpersonen zufolge mehr fachliche Kompetenz, da diese zusätzliche Fachausbildungen absolviert hätten (vgl. IP 17, 577-579). Das in diese Zusatzausbildungen investierte Geld könnten WahlärztInnen durch das Führen einer Privatordination leichter wieder ausgleichen.

„Ich denke, dass die Wahlärzte wahrscheinlich mehr Kompetenzen haben, weil sie [...] gewisse Ausbildungen machen, die sie wahrscheinlich selbst bezahlen müssen und ein Wahlarzt kann sich ja das durch die Ordination zurückholen, also das was man zahlt.“ (IP 28, 819-822)

Als fachliche Kompetenz wird auch das Eingehen auf PatientInnen gesehen. Wichtig ist in diesem Zusammenhang nicht nur das einfühlsame Verhalten und

¹⁹ vgl. auch Samhaber I (2003): Motivationen zum Wahlarztbesuch unter besonderer Berücksichtigung von Gender-Aspekten. Eine empirische Studie. Linz: Universitätsverlag Rudolf Trauner.



ein angenehmes Gesprächsklima, sondern auch ein ausgeglichenes Arzt-Patienten-Verhältnis. Dies sei speziell bei VertragsärztInnen oft nicht gegeben und spreche für die Inanspruchnahme einer Privatleistung.

„Dieser Wahlarzt, den interessiert wie es mir geht einmal grundsätzlich auch etwas von mir zu hören, wenn auch in einer sehr schnellen, allgemeinen Art, aber doch, ja. Also bei dem Wahlarzt ist der Kontakt etwas enger als bei den anderen, im Allgemeinen.“ (IP 33, 496-499)

So erklärt auch Coulter²⁰, dass eine passive PatientInnenrolle eine Quelle für medizinische Fehler und mangelnde Qualität der Behandlung sein kann. Daher weist sie darauf hin, dass das Wissen der PatientInnen als Folge von mangelnder Kommunikation zwischen ÄrztInnen und zu Behandelnden wenig Berücksichtigung findet und in Unzufriedenheit mit der Behandlung resultiert.

Dies geht Hand in Hand mit einem anderen Phänomen, auf das von den Interviewten aufmerksam gemacht wurde: Das Ernstnehmen von jeglichem Anliegen, egal wie gravierend die Verletzung oder Krankheit auch sein mag. Das steht im Einklang mit einer essentiellen Qualität, die jede Arzt bzw. jede Ärztin mit sich bringen sollte:

„Wenn Sie mich fragen, da ist das oberste Gebot, dass man als Patient vollkommen ernstgenommen wird. Also es gibt keine läppische Krankheit, die man einfach wegwischen kann, ja. Ein kleiner Juckreiz an einer Stelle, der ganz harmlos ist und eine harmlose Ursache hat muss genauso ernst genommen werden wie ein fraglicher bösartiger Tumor oder eine Angst eines Patienten bezüglich irgendeiner Frage.“ (IP 24, 348-352)

Hervorzuheben ist eine Person, die sich dafür aussprach, dass die fachliche Kompetenz unabhängig vom Vertrag vorhanden sein sollte. Insofern sind in ihren Augen VertragsärztInnen nicht weniger gut als WahlärztInnen. Wobei es jedoch Unterschiede gäbe, sei die Zeit, die wiederum die Qualität der Behandlung beeinflusse. Diese Ansicht wurde von mehreren Personen geteilt. Hier wurde betont, dass weniger Zeit, die mit den PatientInnen verbracht wird, zu mehr Fehleranfälligkeit führe. In dieser Linie der Argumentation ist die mangelnde Zeit von VertragsärztInnen wieder vorzufinden, die darin begründet sei, dass VertragsärztInnen mehr PatientInnen behandeln müssten und daher eher gestresst sein könnten. Darunter leide also die fachliche Kompetenz:

²⁰ Coulter A (2002): The autonomous patient: ending paternalism in medical care. London: TSO.



„Wie bei jedem anderen Menschen auch, je mehr Stress, umso anfälliger wird die ganze Geschichte. Also ich finde gerade mal für einen Arzt ist es wichtig, dass er in Ruhe und Frieden seiner Arbeit nachgehen kann.“ (IP 20, 521-524)

Insgesamt lässt sich festhalten, dass 25 der 40 befragten Personen (62,5 %) darauf hinwiesen, dass sie eine vorhandene oder nicht (bzw. weniger) vorhandene Kompetenz von ÄrztInnen als LaiInnen nicht beurteilen können. Hier komme es mehr auf das Gefühl an, das durch das medizinische Personal vermittelt werde.

„Man hat einfach das Gefühl, der hat das im Griff.“ (IP 33, 168)

Dementsprechend konnte von den Interviewpersonen oft auch nicht beurteilt werden, ob es Unterschiede zwischen Wahl- und VertragsärztInnen in ihrer fachlichen Kompetenz gab. Dies wurde am häufigsten von GesprächspartnerInnen mit einem Lehrabschluss (zehn Personen) und von Interviewten mit einem akademischen Abschluss erwähnt (neun Personen).

Der Begriff der fachlichen Kompetenz überschneidet sich regelmäßig mit der Definition von Service. Fachliche Kompetenz kann also, wie oben beschrieben ein Mehr an Ausbildung und Fortbildung bedeuten, aber auch mehr Angebot an Behandlungsmethoden.

c. Service von ÄrztInnen

Von den Interviewten wird ein größeres Angebot an medizinischen Leistungen als Service verstanden. Dazu gehört die Verfügbarkeit von medizinischen Geräten oder das Angebot von anderen Behandlungsmethoden (TCM, Akupunktur etc.). Es wird als Service verstanden, wenn Behandlungsmöglichkeiten angeboten werden, die über herkömmliche Methoden hinausgehen.

Vereinzelt werden WahlärztInnen gerade aufgrund dieser Mehrleistungen und zusätzlichen Angebote in Anspruch genommen. Im Kontext einer Zusatzqualifikation, wird in einem Interview die Homöopathie als sehr wichtige Ausbildung hervorgehoben:

„Die Homöopathen gibt es alle nicht auf Kasse und also das hat mir bisher am meisten gebracht, also ich hatte schon gesundheitliche Probleme, da hab ich über ein paar Jahre probiert das Ganze schulmedizinisch in den Griff zu bekommen.“ (IP 22, 860-863)



In dem obigen Zitat wird erklärt, dass keine schulmedizinische und daher kasernenärztliche Behandlungsmethode bei den Beschwerden dieser Person geholfen hat. Ein/e AlternativmedizinerIn hat daraufhin andere Behandlungsmethoden in Betracht gezogen, die letztendlich nach der Meinung der Interviewperson die Lösung für das Problem waren. Aufgrund konkreter Handlungserfolge gehen die Interviewten häufig davon aus, dass eine Behandlungsmethode zielführender sei als andere.

Insgesamt haben zehn Auskunftspersonen angegeben, dass sie als subjektiv wichtigen Grund für den Besuch bei WahlärztInnen eine breitere Auswahl an Behandlungsmethoden sehen. Das kann einerseits das Angebot von Alternativmedizin sein, andererseits wird hier auch die breitere Auswahl an Geräten beschrieben. Neun der zehn Interviewten, die diese Unterschiede als wichtig bewerteten, leiden an chronischen Erkrankungen. Dieses Kriterium unterscheidet sich hinsichtlich des Geschlechts nur marginal. Hier ergibt sich eine Verteilung von 40 Prozent Frauen im Gegensatz zu 60 Prozent Männern. Wie wichtig diese Kriterien für manche PatientInnen sein können, zeigt die folgende Aussage einer Interviewperson:

„Der hat die Homöopathie dabei und das ist mir sehr wichtig, dass man im Grunde genommen beide Strukturen in der Behandlung mit einbezieht. Also sowohl die Alternativmedizin als auch die Schulmedizin. Das ist mir ganz wichtig, deswegen ist das für mich auch der Hauptgrund, dass ich zu Privatärzten gehe.“ (IP 11, 6-9)

In unmittelbarer Folge wird der Servicebegriff anhand verschiedener Beispiele erweitert. Service ist ein komplexes Thema, dessen Definition viele Formen annehmen kann und unterschiedliche Bedürfnisse einschließt. Diese Bedürfnisse gehen unter anderem mit Erwartungen an WahlärztInnen einher und müssen in Ihrem Auftreten speziell behandelt werden. Das Thema Service wird folgendermaßen ausgeführt: In drei Unterkapiteln werden Servicegedanken im Hinblick auf die Zeit vor, während und nach eines Besuches bei WahlärztInnen formuliert. Diese Struktur hat sich bei der Analyse der 40 geführten Interviews ergeben und stellt in der Gesamtheit aller Daten eine dichte Beschreibung dar, was von PatientInnen als Service bezeichnet wird. In dieser Darstellung werden ausschließlich jene, von PatientInnen als wichtig angesehenen Servicekomponenten, inkludiert.



- Vor dem Arzttermin

In einem ersten Punkt wird eine **unkomplizierte Terminbuchung** von den Interviewten sehr geschätzt und stärker mit Wahl- als mit VertragsärztInnen assoziiert. Obwohl der Großteil der Ordinationen eine telefonische Terminvereinbarung wie gewohnt als Medium zur Kontaktaufnahme nützt, wird die Terminbuchung online als ein großer Vorteil von WahlärztInnen gesehen. Die Terminbuchung direkt auf der Website der jeweiligen ÄrztInnen in einem Buchungssystem (in den Interviews sprechen die Personen ausschließlich von einem Slot-System, in das sich die PatientInnen eintragen können) oder per E-Mail wird deswegen als angenehm wahrgenommen, weil es bestimmte Vorteile bietet:

1. Ein Termin kann auch während der Arbeitszeit leicht ausgemacht werden, ohne das Büro verlassen zu müssen:

„Einfach in der Arbeit, brauche ich nicht immer weggehen, [...] und sonst muss ich telefonieren, aufstehen und irgendwo anders hingehen, wo ich Ruhe habe und einen Termin ausmachen kann, was in der Arbeit bequemer ist, weil es die anderen dann nicht so mitbekommen.“ (IP 36, 258-262)

Dies hat den Vorteil, dass ein Anruf, in dem womöglich nachgefragt werden könnte, welches Anliegen denn zum Vereinbaren des Termins führt, ganz leicht vermieden werden kann. Außerdem wird erwähnt, dass dieser Termin schneller online vereinbart werden kann.

2. Eine Buchung online bietet die Freiheit, sich selbst einen Termin zur passenden Zeit aussuchen zu können, anstatt einen Termin angeboten zu bekommen. Zugleich kann auch gesehen werden, welche Termine in einem Slot-System noch frei sind, um diese mit dem eigenen Kalender abgleichen zu können. Das schließt auch die Freiheit ein, sich in Ruhe zu überlegen, wann ein Termin passend ist:

„Ich sehe ja wann freie Termine sind. Das such ich mir ja aus. Okay wann kann ich, wann gibt es das, also ich hab meinen Termin.“ (IP 38, 189-191)

3. Online vereinbarte Termine werden schriftlich festgehalten. Entweder im herkömmlichen E-Mail-Verkehr oder, wie im Falle eines Slot-Systems, durch automatische Versendung einer Bestätigungs-E-Mail.

Im Sinne des Service ist ein äußerst wichtiger Aspekt die Vergabe von baldigen Terminen im Falle eines akuten Anliegens:



„Wenn ich anrufe, um einen Termin zu bekommen, also wenn es akut ist, dass das schnell geht.“ (IP 16, 277-278)

Als vorteilhaft wird außerdem die Möglichkeit eingeschätzt, Buchungen vor dem Termin stornieren zu können, falls dieser doch nicht wahrgenommen werden kann. Ist der Termin einmal gebucht, so freuen sich Personen über eine Erinnerung an den Termin kurz vor dem eigentlichen Datum. Diese Erinnerung kann per Anruf, SMS oder E-Mail erfolgen und ist eine Leistung, die, laut PatientInnen, ausschließlich von WahlärztInnen geboten wird:

„Was ich sehr schön finde ist, das wird jetzt immer häufiger gemacht, dass ich eine Erinnerung an einen Arzttermin als SMS bekomme.“ (IP 40, 320-322)

Anschließend, am Tag des Termins bzw. bei der Anreise zur Ordination, ist ein wichtiger Aspekt für Personen, die geographisch eher weiter entfernt wohnen, einen nahen Parkplatz zu finden bzw. die öffentliche Anbindung. Optimal ist es in diesem Fall, wenn Parkplätze für PatientInnen zur Verfügung gestellt werden.

„Deswegen mache ich das ja wiederum privat, ich fahre zu dem hin, weil ich weiß, da ist ein Parkplatz.“ (IP 7, 212)

Zusammengefasst kann festgehalten werden, dass Service in der Wahrnehmung der KundInnen schon weit vor dem eigentlichen Arzttermin beginnt, sei es die Terminvereinbarung, die Erinnerung an vereinbarte Termine oder die Anreise. Über ein solches Service wurde seitens der PatientInnen ausschließlich im Zusammenhang mit WahlärztInnen berichtet.

■ Während des Arzttermins

Ist das Auto nun geparkt, die Anreise erledigt, beginnt die persönliche Begegnung in der Ordination. Unabhängig von Geschlecht, Gesundheitszustand, Alter oder Ausbildung wurde bei der ersten Begegnung festgestellt, dass nicht nur der Arzt oder die Ärztin selbst freundlich sein sollten, sondern auch die Ordinationsgehilfinnen. Dies wird als Grundlage für Service und eine bestimmte Basisqualität gesehen. Sind diese freundlich, fühle man sich den Interviewten zufolge gleich viel wohler und blicke positiv auf den Besuch zurück:

„Dass man einen Sitzplatz hat und halbwegs ein, dass die Ordination auch freundlich ist, also, klar, nicht?“ (IP 33, 578-579)



Während der Wartezeit auf einen Termin nimmt Service eine ganze bestimmte Bedeutung ein. Hier ist eine grundlegende Sauberkeit ein Bedürfnis, das stärker betont wurde:

„Servicegedanke, ja. Die Arztpraxis muss natürlich sauber sein, und man sollte freundlich sein.“ (IP 35, 351-352)

Außerdem wurden verschiedene Vorstellungen von Service mit dem Wartezimmer verbunden. Wenn Wartezeit bestünde, dann seien bequeme Stühle wichtig. Zeitungen oder Magazine werden auch als Service betrachtet, genauso wie Bonbons oder Gebäck. Außerdem sollte der Warteraum klimatisiert sein, falls es im Sommer sehr heiß ist. In diesem Punkt sind sich viele Befragte einig, dass Wasser im Warteraum (Krug oder Wasserspender) als Aspekt von Service essentiell ist. Als Zeichen von gutem Service wurde eine Spielecke für Kinder beschrieben.

Neben dem Mobiliar beschreibt eine Person zusätzlich die Anzahl der Personen, die im Warteraum sitzen. Die Person sieht Service darin, dass weniger Menschen im Warteraum warten:

„Also auch von der Einrichtung her, sie ist ein bisschen edler, ein bisschen nobler finde ich. Also gediegener. Es sind nicht so viele Leute im Wartezimmer.“ (IP 11, 210-211)

Dennoch sollten die meisten dieser Dinge in den Augen der InterviewpartnerInnen gar nicht nötig sein. Das Wichtigste am Besuch von WahlärztInnen und der beste Service sind **kurze Wartezeiten**. Auf die Frage, was für eine Auskunftsperson Service bedeute, wurde sehr direkt folgendermaßen geantwortet:

„Ja pff, ich habe da keinen Service, ich meine was tu ich, mir wird kein Kaffee angeboten, also die Zeitung sollte drinnen sein und das war es dann auch, na nicht einmal die, weil wenn ich keine habe, dann bin ich gleich wieder dran. Also, Service ist für mich, wenn ich anrufe und die sagen mir ich kann in absehbarer Zeit kommen und wenn ich komme, hab ich vielleicht eine Wartezeit von zwanzig Minuten.“ (IP 21, 461-465)

In diesem Ausschnitt werden gleich mehrere Vorstellungen von Service direkt angesprochen. Einerseits gibt es die Vorstellung von Service in einem gastronomischen Kontext, ausgedrückt durch den angebotenen Kaffee und den Lese-
stoff. Jedoch ist diese Art von Service gar nicht gewollt, da das ein Indiz dafür



sein könnte, dass die Wartezeit länger wird. Service sieht diese Person als möglichst kurze Wartezeiten sowohl auf den Termin als auch in der Ordination.

Im Zusammenhang mit Service haben insgesamt 16 Personen kurze Wartezeiten in der Ordination erwähnt. Sieht man sich die soziodemografischen Daten dieser Personen an, so kann man erkennen, dass zehn dieser 16 Personen unter 65 Jahre alt waren. Verallgemeinert auf alle Interviewten kann man sagen, dass ein Viertel aller befragten Personen kurze Wartezeiten als einen Aspekt von Service wahrnehmen.

Ein äußerst wichtiger und zentraler Punkt in allen Interviews, egal ob es sich um Service oder Unterschiede zwischen WahlärztInnen und VertragsärztInnen gehandelt hat, ist nach wie vor die **Interaktion**, die **mit den ÄrztInnen** selbst stattfindet. Die Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen hat sich als das entscheidende Merkmal eines Arztbesuches herausgestellt. Dieser hat nicht nur den Grund, Krankheiten und Verletzungen zu behandeln. Er soll auch emotional beruhigen und einen klaren, informativen Überblick über das Krankheits-/Verletzungsbild geben. Empirische Studien hierzu haben gezeigt, dass allein ein qualitativ wertvolles Gespräch schon positive Auswirkungen auf verschiedenen Ebenen haben kann (siehe auch die vier Ebenen der Gesprächsführung, Kapitel 1). Auswirkungen guter Gesprächsqualität können Studien zufolge anhand mehrerer Aspekte konkretisiert werden: der Gesundheitszustand kann sich verändern²¹, das Gesundheitsverhalten zum Beispiel im Sinne von Compliance kann verbessert werden²² und die PatientInnensicherheit im Sinne der Verordnung geeigneter Therapien wird erhöht²³.

²¹ Canale Del S, Louis D Z, Maio V, Wang X, Rossi G, Hojat M, Gonnella J S (2012): The relationship between physician empathy and disease complications: an empirical study of primary care physicians and their diabetic patients in Parma, Italy. In: *Academic Medicine* 87/9: 1243-1249.

Brown R F, Butow P, Dunn S M, Tattersall M H N (2001): Promoting patient participation and shortening cancer consultations: a randomised trial. In: *British Journal of Cancer* 85/9: 1273-1279.

Benner J S, Erhardt L, Flammer M, Moller R A, Rajjic N, Changela K, Yunis C, Cherry S B, Gaciong Z, Johnson E S, Sturkenboom M C J M, García-Puig J, Girerd X, on behalf of the Reach O. U. T. Investigators (2008): A novel programme to evaluate and communicate 10-year risk of CHD reduces predicted risk and improves patients' modifiable risk factor profile. In: *International Journal of Clinical Practice* 62/10: 1484-1498.

Loh A, Leonhart R, Wills C E, Simon D, Härter M (2007): The impact of patient participation on adherence and clinical outcome in primary care of depression. In: *Patient Education and Counseling* 65/1: 69-78.

Rakel D, Barrett B, Zhang Z, Hoeff T, Chewning B, Marchand L, Scheder J (2011): Perception of empathy in the therapeutic encounter: Effects on the common cold. In: *Patient Education and Counseling* 85/3: 390-397.

²² Thompson L, McCabe R (2012): The effect of clinician-patient alliance and communication on treatment adherence in mental health care: a systematic review. In: *BMC psychiatry* 12/1: 87.

²³ Chen R C, Clark J A, Manola J, Talcott J A (2008): Treatment 'mismatch' in early prostate cancer: do treatment choices take patient quality of life into account? In: *Cancer* 112/1: 61-68.



Ein weiterer Aspekt, der durch ein Arzt-Patienten-Gespräch verbessert werden kann, ist die Zufriedenheit der PatientInnen. Stahl und Nadj-Kittler²⁴ erklären, dass die Beziehung zu und die Interaktion mit ÄrztInnen den weitaus größten Einfluss auf die Gesamtzufriedenheit von PatientInnen hat. Dieser Aspekt wird auch von PatientInnen in der vorliegenden Studie erläutert. Unter dem Begriff Service ist ein grundlegender Konsens unter den Befragten zu erkennen, der auf bestimmte Eigenschaften des Arzt-Patienten-Gesprächs hindeutet. Wichtig ist in dieser Hinsicht, dass sich der Arzt bzw. die Ärztin Zeit für die PatientInnen nimmt. Service bedeutet also, den PatientInnen zuzuhören, Empathie zu zeigen, nachzufragen, auf sie einzugehen. Auch ein bisschen Smalltalk gehört für einige Interviewte dazu, da dieser die Atmosphäre des Arztbesuchs positiv beeinflusst. Die Interviewten wünschen sich, dass Befunde erklärt werden, die ÄrztInnen erläutern, was sie tun, wieso welche Behandlung in welcher Situation bzw. bei welchen Beschwerden gewählt wird.

„Ich habe das Gefühl, weil er mehr Zeit hat, weil er besser zuhören kann.“
(IP 9, 159-160)

„Ja, mir ist eigentlich die Zeit am Wichtigsten! Die der Arzt für mich hat.“
(IP 11, 140)

Es wird also darauf geschlossen, dass mehr Zeit mit dem Arzt bzw. der Ärztin zu einer besseren Behandlung führe. Noch dazu sollten Ärztinnen auch Interesse an der Person zeigen und diese nicht nur als Krankheit sehen, die es zu kurieren gilt, sondern sie auch als Mensch wahrnehmen. WahlärztInnen sollten nicht nur in den Computer schauen, sondern auch ihre PatientInnen ansehen und diesen entsprechend Aufmerksamkeit schenken. Die Formel „sich mehr Zeit nehmen“ hängt auch stark mit Klagen über das Gefühl zusammen, wie eine Nummer behandelt zu werden:

„Die hat fünf Zimmer und geht durch bei den Zimmern ohne einen anzuschauen. Jedes Zimmer hat eine Assistentin und sie sagt zu ihr von der Weite, binden Sie mir das ein. Sag ich und was hab ich da. Ah, das kann vorkommen, das ist manches Mal so, sie hat mir nicht gesagt was ich habe.“ (IP 32, 186-189)

²⁴ zit. n. Sator M, Nowak P, Menz F (2015): Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung. Grundlagen, Analyse und erste Umsetzungsempfehlungen für eine langfristige Weiterentwicklung in Österreich. Gesundheit Österreich GmbH, Wien.



Service zeigt sich außerdem im Grad der Sorgfalt. Werden Verletzungen nur kurz angesehen, tauchen Zweifel bei den PatientInnen auf, ob die ÄrztInnen überhaupt richtig hingesehen haben. Dementsprechend muss, wie bereits bei der fachlichen Kompetenz ausgeführt, jedes Problem, egal wie gravierend es ist, ernst genommen werden. PatientInnen müssen das Gefühl haben, für voll genommen zu werden und nicht wie Unwissende behandelt zu werden.

Erwartet wird auch, dass eine Behandlung bzw. Therapie effizient ist und schnell voranschreitet. Effizienz in der Behandlung ist vor allem bei WahlärztInnen ein wichtiger Aspekt, da zusätzliche Kosten entstehen, wenn diese nicht gegeben ist. ÄrztInnen, die sich aus Sicht der Interviewten zu viel Zeit lassen oder zu viele Behandlungsmethoden vorschlagen werden fallweise als desinteressiert wahrgenommen und als profitgierig eingeschätzt.

„Der Rheumatologe, Wahlarzt, der hat geredet und geredet und geredet. [...] Es sind schon Wahlärzte dabei, die nur Geld kosten.“ (IP 14, 181-183)

Der Servicebegriff nimmt aber auch materielle Dimensionen an, indem darauf verwiesen wird, Service sei das Zur-Verfügung-Stellen von „Goodies“ oder die Möglichkeit sich medizinische Geräte (z. B. ein Blutdruckmessgerät) auszuleihen. „Goodies“ können den PatientInnen zufolge kostenlose Probepackungen von Medikamenten oder Regelkalender sein.

„Was auch noch dazuzählt, also neben der Höflichkeit und diesem auf den Menschen eingehen, den Menschen als Menschen wahrnehmen, sind dann auch noch so kleine Zusatzgoodies, also zum Beispiel, bleiben wir beim Gynäkologen, ein Regelkalender. Also wenn ein Gynäkologe so was aufliegen hat, was man sich dann einfach mitnehmen kann, was man dort angeboten bekommt.“ (IP 22, 482-487)

Zusammenfassend: Während der Zeit, die in der Ordination verbracht wird, sind nicht nur das Ambiente im Wartezimmer und die kurzen Wartezeiten, sondern auch die Zeit, die mit dem Arzt bzw. der Ärztin verbracht wird relevant. Effizienz, Sorgfalt, Ruhe und ein Ohr für die Anliegen der PatientInnen sind entscheidend für eine gute Erfahrung.

■ Nach dem Termin

Service endet nicht unbedingt nach dem Besuch in einer Ordination und findet sich vor allem **im organisatorischen Bereich** in Form von automatischer Rechnungseinreichung bei der Gebietskrankenkasse wieder. Da viele Leistungen



von WahlärztInnen zum Teil von den Krankenkassen rückerstattet werden, ist es für PatientInnen ein großer Vorteil, wenn sie sich nicht selbst mit der Bürokratie der Einreichung auseinandersetzen müssen. WahlärztInnen bieten dieses Service vermehrt an und werden dadurch von den PatientInnen offenbar noch positiver wahrgenommen.

Eine Person fasst den Begriff Service folgendermaßen zusammen:

„Die Online-Vereinbarung auf jeden Fall, dann Erinnerungsservice, und dann fallweise sogar Online-Abfrage der Untersuchungsergebnisse, und eben Einreichen der Rechnungen bei der Gebietskrankenkasse.“ (IP 28, 848-851)

Hier kommt also die Abfrage der Untersuchungsergebnisse auf, die ohne persönliche Anwesenheit bei den ÄrztInnen online getätigt werden kann. Dies bietet einerseits den Vorteil, nicht bis zum nächsten Termin in Ungewissheit zu bleiben und andererseits eine Ersparnis eines zusätzlichen Weges in die Ordination oder ein Institut.

Service wird außerdem als eine **ständige Erreichbarkeit** der ÄrztInnen, auch außerhalb der Ordinations- bzw. Geschäftszeiten gesehen. Diese ist für die Interviewten im Falle eines akuten Anliegens wichtig und ist ein Zeichen dafür, dass ein Interesse an der Gesundheit der PatientInnen bestehe. Auf die Frage, wie sie Service definieren würde, antwortete eine Person:

„Dass sie da ist für einen. Dass man sie auch unter der Zeit einfach anrufen kann. [...] Du wirst dann zurückgerufen, du kannst jederzeit fragen. Ja das ist für mich eigentlich sehr wichtig, dass sie wirklich immer erreichbar ist. Oder sonst halt, falls sie grad beschäftigt ist, sofort zurückruft.“ (IP 1, 321-325)

Sieht man sich nun den gesamten Verlauf eines Arzttermins an, d. h. von der Terminvereinbarung bis zur Einreichung der Rechnung, so kann festgestellt werden, dass die fachliche Kompetenz, die, wie oben schon erwähnt, von Lailinnen nur schwer konkret eingeschätzt werden kann, ein eher nebensächlicher Aspekt ist, wenn auf die gesamte Qualität der behandelnden ÄrztInnen geschlossen werden soll.

Im Vordergrund steht „Service“. Es beginnt nicht mit der Interaktion in der Ordination, sondern kann schon in den Wochen vor dem eigentlichen Termin wahrgenommen werden. Nicht nur die Wartezeit auf einen Termin, sondern auch



die Art, wie man sich einen Termin aussucht (nicht, wie einem ein Termin zugeteilt wird) sind Faktoren, die einen ersten Eindruck machen. Das Arzt-Patienten-Gespräch stellt die kritische Variable in der Weiterempfehlung oder Nicht-Weiterempfehlung von ÄrztInnen dar. Hier wird Empathie und Zeit als essentiell betrachtet. PatientInnen wollen das Gefühl bekommen, individuell gut betreut zu werden, alternative Behandlungsmethoden in Anspruch nehmen und einen Arzt bzw. eine Ärztin, der oder die das Anliegen hat, dass es seinen oder ihren PatientInnen gut geht und sie möglichst bald und mehr oder weniger kostengünstig geheilt werden.

d. Erwartungen an ÄrztInnen

Die drei oben genannten Ebenen gehen also mit bestimmten Erwartungen einher, was ein Arzt oder eine Ärztin leisten sollte, wie ein Besuch in der Ordination ablaufen und wie KundInnen des Gesundheitssystems, sowohl im Wahlarzt-, als auch im Vertragsarztbereich, behandelt werden sollten.

Zunächst wird hier an das vorherige Kapitel angeschlossen. Ganz allgemein ist eine gewisse Menge an Zeit, die in der Ordination für die PatientInnen aufgewendet werden soll, ganz wichtig. Die Interviewpersonen wollen Aufmerksamkeit bekommen, gesehen und gehört werden:

„Was mich auch immer sehr gestört hat bei den Ärzten oder überhaupt bei den Ordinationen. Alle schauten in den Computer hinein, man ist mit dem Rücken zum Patienten. Weil ohne Aufnahmezahl, ohne Namen ohne Bilder geht gar nichts.“ (IP 4, 223-225)

Es geht darum, den Personen eine Stimme zu geben, indem sie ernst genommen werden, ihnen zugehört wird und Fragen gestellt werden können.

„Das heißt also, das Allerwichtigste für mich ist, dass sich ein Arzt Zeit nimmt für mich, dass ich nicht nur eine Nummer bin, die halt so durchgewunken wird, wo man schnell schnell schaut was kann er verschreiben, was für dieses Wehwehchen gut ist, sondern wirklich versucht die Ursache zu ermitteln und diese Ursache dann in Angriff zu nehmen.“ (IP 22, 235-239)

Die Zeit der Interaktion zwischen PatientIn und Arzt bzw. Ärztin wird als eine ungestörte exklusive Zeit gesehen. Es soll keine Unterbrechung durch die Ordinationsgehilfinnen geben, die in intimen Momenten in den Raum kommen, um beispielsweise eine Unterschrift für Rezepte zu holen.



Wie im Abschnitt zur fachlichen Kompetenz schon besprochen, gilt ebenfalls die Erwartungshaltung, dass jedes Problem von den ÄrztInnen gelöst werden kann und jede Diagnose auf Anhieb richtig gestellt wird. Wenn dem nicht so ist, sei das ein Mangel an fachlicher Kompetenz und ein Grund, sich neue ÄrztInnen zu suchen.

„Wenn ich sehe, der kann mir nicht helfen, dann muss ich halt wechseln.“
(IP 9, 141-142)

Speziell auf die Inanspruchnahme von WahlärztInnen treffen die Erwartungen bezüglich der persönlichen Beziehung und des Zuhörens verstärkt zu. Eine private Leistung sollte in der Logik der Interviewten in einem Mehr an Hilfe, Leistung und Angebot resultieren. Dadurch, dass diese Leistung aus privater Tasche und nicht „nur“ durch die Sozialversicherungsbeiträge, die sowieso gezahlt werden müssten, bezahlt werde, ist es der Einschätzung der Auskunftspersonen nach legitim, eine verbesserte Gegenleistung zu bekommen:

„Ja also im Grunde genommen haben die Wahlärzte den Vorteil, dass sie sehr gut ausgestattet sind gegenüber den Vertragsärzten und, dass sie, sage ich einmal, bessere Leistungen anbieten.“ (IP 2, 175-177)

„Wenn ich heute mehr Geld dafür zahle, dann erwarte ich mir auch eine andere Leistung. Das ist so. Ich zahl ins selbe System wie jeder andere und wenn ich mir privat das auch noch leiste, dann erwarte ich mir vielleicht sogar einen besseren Arzt. Wahrscheinlich, aber ich glaube, dass das legitim ist.“ (IP 15, 467-469)

Dies deutet darauf hin, dass Zuwendung und Interesse von ÄrztInnen erkaufte werden kann. Die Interviewpersonen erleben keinen Zeitdruck während des Termins, der durch viele Personen im Wartezimmer ausgelöst werden kann, sondern haben den Vorteil, sich länger mit den ÄrztInnen unterhalten zu können.

„Für mich ist dieses Zuhören das Wichtigste, dass mich der reden lässt und hört mir zu, meine ganzen Probleme oder Blödheiten, die ich habe und dann gezielt nachfragt, also nicht, dass er mich unterbricht, wenn ich erzähle, sondern dass er abwartet und sich das anhört. [...] das ist für mich das Wichtigste, also wenn das passt, dann ist die menschliche Beziehung wahrscheinlich auch besser oder, oder vorhanden, wenn der nur so sachlich zuhört [...] dann wechsle ich dann den Arzt.“ (IP 37, 707-714)



e. Die Rolle von Empfehlungen bei der Auswahl der (Wahl-)ÄrztInnen

WahlärztInnen werden aufgrund von Empfehlungen aufgesucht.

„Ich geh immer nur auf Empfehlung vom Hausarzt.“ (IP 21, 328)

„Im Gegenteil, es sind sogar so wie, unser praktischer Arzt ist sogar so weit, dass er sagt geh privat, hast mehr Chancen um einen Termin oder eben um eine OP so irgendwas.“ (IP 1, 486-488)

„Ich würde schon sagen aus der Familie. Man kriegt das ja so mit, wenn irgendjemand etwas hat und dann so und wo warst und ja er ist sehr zufrieden. Dann hört man natürlich von guten Bekannten sage ich jetzt einmal, also nicht von irgendjemanden, sondern von guten Bekannten, die wahrscheinlich gleich ticken, also mit denen man wirklich ein bisschen seelenverwandt ist oder was und dann sagt man okay wenn das was für den ist, dann ist das für mich sicher auch etwas. Ja so informiert man sich halt.“ (IP 4, 371-376)

Der Besuch bestimmter WahlärztInnen wird unter anderem von VertragsärztInnen empfohlen. Dies basiert laut PatientInnen einerseits darauf, dass empfohlene WahlärztInnen bestimmte Spezialisierungen bzw. gewisse Ausbildungen haben, die für die Lösung eines speziellen Problems notwendig sind. Andererseits geht es, so wie oben beschrieben, um die Ansicht der VertragsärztInnen, dass eine Operation früher gemacht werden kann, wenn die PatientInnen zu WahlärztInnen gehen. Eine weitere Ressource für Empfehlungen sind Familie, FreundInnen und Bekannte. Oft werden ÄrztInnen innerhalb der Familie weiterempfohlen, bzw. werden die Kinder zu diesen ÄrztInnen mitgenommen und gehen dann in weiterer Folge auch selbständig dorthin.

3.4 Unterschied zwischen WahlärztInnen und VertragsärztInnen

a. Drei Ebenen der Auswahlkriterien von ÄrztInnen

In den Interviews wurde nach den Gründen gefragt, wahlärztliche statt vertragsärztliche Versorgung in Anspruch zu nehmen. Von den Interviewenden wurden drei Ebenen angesprochen, nämlich die organisatorische, die fachliche und die persönliche Ebene. Es wird deutlich, dass die drei Ebenen nicht vollkommen trennscharf voneinander zu unterscheiden sind und sich teilweise



auch gegenseitig bedingen. Ist die Organisation einer Ordination beispielsweise besonders gut, hat dies eine Auswirkung auf die Atmosphäre in der Ordination und spielt für die persönliche Ebene eine Rolle, die wiederum einen Einfluss auf die Einschätzung der fachlichen Ebene haben kann.

- Die organisatorische Ebene

Zum Beispiel ist ein Pluspunkt für eine Wahlarztordination auf organisatorischer Ebene die automatische Rückerstattung von anfallenden Wahlarztkosten. Damit ist die Einreichung der Rechnung durch die Ordination selbst gemeint, damit KundInnen diese erspart wird. Die organisatorische Ebene wird eher als weniger wichtig eingestuft, einer Wahlarztpraxis im Gegensatz zu einer Vertragsarztpraxis den Vorzug zu geben.

Bei der Frage nach den Unterschieden in der medizinischen Betreuung geben die meisten Befragten wieder zuerst den Aspekt der **Zeit** an. Dieser bezieht sich hier auf die Wartezeit auf den Termin, das Warten in der Ordination und die Zeit, die sich der Arzt oder die Ärztin für den Patienten bzw. die Patientin im persönlichen Gespräch nimmt. All diese Faktoren sprechen aus Sicht der Interviewten für einen Wahlarztbesuch.

„Ich würde sagen, dass ich bei Wahlärzten doch kürzere Wartezeiten hatte und auch schneller einen Termin bekommen habe, was ich irgendwie nicht erwartet hätte, aber so jetzt im Nachhinein, ja ich hätte gedacht man wartet schon länger auf den Termin und eben diese Entschleunigung in der Arbeit, also dass es wirklich ruhiger zugeht und ja, alle irgendwie so entspannter erscheinen zumindest. Ja. Das hat mir irgendwie schon zugesagt. Und die Wartezeiten sind halt schon ein großer Punkt, weil ich möchte nicht weder in der Ordination noch für einen Termin drei Monate oder drei Stunden warten.“ (IP 34, 410-416)

„Ja, der Vertragsarzt ist da eigentlich schon sehr unter Zeitnot, man kriegt schon den Eindruck, also die Quantität geht vor Qualität, die einzelnen Schritte werden abgearbeitet und dann nichts wie raus. Beim Wahlarzt ist es eigentlich schon so, dass da etwas mehr Zeit in Anspruch genommen wird, also der nimmt sich etwas mehr Zeit für das Gespräch, für die Behandlung und auch für das Endgespräch, also da merkt man eigentlich schon die wesentlichen Unterschiede, ja.“ (IP 2, 566-571)



Termine sind bei WahlärztInnen oft leichter und schneller zu bekommen. Im Falle von Kassenordinationen wird, wie im Kapitel zum Thema Zeit weiter oben ausgeführt, die lange Wartezeit oft nicht als Fehler der (Vertrags-)ÄrztInnen gesehen, sondern die Ursache bei den Ordinationsgehilfinnen gesucht.

„Es gibt ja manchmal hervorragende Ärzte, aber die Damen, die davor sitzen sind meistens oder oft unorganisiert und Chaos bricht aus nach jedem zweiten Patienten. [...] Ansonsten der Arzt selbst der ist eh meistens organisiert, der weiß eh was er tut.“ (IP 25, 361-365)

In einem anderen Szenario wird VertragsärztInnen als Begründung für längere Wartezeiten auf Termine und in der Ordination eine allgemeine Opferrolle zugewiesen. Diese verdienen aus Sicht der Interviewten zu wenig Geld und seien daher auf eine hohe Anzahl von PatientInnen angewiesen.

„Ich glaube das liegt eben am System, dass sie pro Patient wahrscheinlich nur einen gewissen Betrag oder pro Fall nur einen gewissen Satz, den man beim Wahlarzt dann auch kriegt als Patient, bezahlt kriegen und die müssen dann natürlich in Summe mehr Patienten unterbringen pro Tag oder Monat.“ (IP 17, 611-614)

Aufgrund der vielen PatientInnen hätten die ÄrztInnen keine andere Wahl, als PatientInnen länger warten zu lassen. Dies liege in der Natur der Sache. Schuld wird in diesem Szenario der Krankenkasse zugewiesen, da die Bezahlung der ÄrztInnen aus Sicht der Interviewpersonen schlecht sei. Die Interviewten kommen zu dem Schluss, dass aus diesem Grund immer mehr ÄrztInnen privat ordnieren:

„Weil ich glaub viele sind ja Wahlarzt geworden betreffend Vertrag mit der Krankenkasse. Und das hat mit dem Können, Wissen und Kompetenz glaube ich nichts zu tun, bei denen ging es nur darum einmal nehme ich an finanziell, und wie sie geknebelt werden von der Krankenkassa.“ (IP 30, 349-352)

Was Wartezeiten auf der organisatorischen Ebene anbelangt, so hat eine berufstätige Interviewperson darauf hingewiesen, dass WahlärztInnen, aufgrund ihrer Anstellung in einer Klinik oder einem Krankenhaus kürzere Öffnungszeiten an ausgewählten Tagen haben. So muss diese Flexibilität bei WahlärztInnen auch kritisch betrachtet werden, da es trotzdem der Fall sein kann, dass die Ordinationszeiten relativ eingeschränkt sind.



Vor allem bei akuten Problemen fühlen sich die PatientInnen besser verstanden wenn sie schnell einen Termin bekommen und sind daher eher bereit WahlärztInnen aufzusuchen. Bei Routineuntersuchungen stört es sie nicht, wenn sie eine Zeit lang auf den Termin warten müssen und präferieren hierbei eher VertragsärztInnen.

„Weil vielfach ist es eben so, ja es gibt eben Krankheiten, die eben länger andauern, oder wo es nicht so akut ist, wo man eben auch länger warten kann, aber vielfach sind es eben auch Sachen, die man ja. Eigentlich, wo man nicht so lang warten möchte und dann geht man halt eher dann zum Wahlarzt, dass man eher schneller, besser betreut wird.“ (IP 3, 382-385)

Zusätzlich wird zur Organisation innerhalb der Ordination auch die Anzahl der Personen in Wartezimmern gezählt. Eine gute Organisation bedeute weniger Menschen im **Wartezimmer**. Das treffe aber nur bei WahlärztInnen zu.

„Naja, das haben wir schon gehabt, also längere Wartezeiten und überfüllte Ordinationen.“ (IP 27, 667-668)

Einige Interviewpersonen bezeichnen überfüllte Wartezimmer und die damit verbundenen Begleiterscheinungen (schlechte Luft, Geräuschpegel, etc.) als „mühselig“.

„Wenn ich dann diese überfüllten Warteräume bei den Ärzten sehe und diese ganzen Gespräche. Dann denke ich mir, woah, ist das mühselig. Dann ist es so ein bisschen laut, es geht die Türe auf, es geht die nächste Türe auf, dann ist das mit dem Telefon. Also dieses ganze Ding gefällt mir nicht.“ (IP 4, 139-142)

Beim Warten in der Ordination werden von den Interviewten vor allem die Ruhe im Wartezimmer und die angenehme Atmosphäre bei WahlärztInnen hervorgehoben.

„Also ich hab das Gefühl, dass beim Vertragsarzt das Wartezimmer voll ist und mehr Unruhe drin ist, also vom Gefühl her [...] vom Wahlarzt ist zwar das Wartezimmer auch voll, aber irgendwie nicht so, also vom Gefühl nicht so unruhig.“ (IP 21, 569-572)

„Ich finde, dass es sehr familiär ist. Es ist einfach, du bist nicht so eine Nummer, so wie bei verschiedenen Allgemeinmediziner, sie nehmen sich mehr Zeit.“ (IP 1, 143-144)



Die Befragten spüren also den Zeitdruck, dem ein Arzt bzw. eine Ärztin ausgesetzt ist, wenn viele Personen im Wartezimmer sitzen. Davon lassen sich aber nicht alle während der Behandlung beeinflussen.

„Nein. Nein das mache ich mir nicht, da habe ich schon lang genug draußen gewartet vorher meistens, dass ich mir da keinen Druck mache auch wenn ich drankomme.“ (IP 25, 227-228)

In engem Zusammenhang mit dem Thema Wartezeiten in der Ordination, wird darauf verwiesen, dass diese oben beschriebene Hektik auf der organisatorischen Ebene ausschlaggebend für einen Besuch bei WahlärztInnen ist. Bei Vertragsärzten sei es oft der Fall, dass man sich wie eine Nummer fühle und durch die längere Wartezeit und die vielen Menschen im Warteraum ein Stressgefühl entwickle. Um sich wohlfühlen, darf keine Hektik in den PatientInnen entstehen. Dies wird von den PatientInnen zur organisatorischen Ebene gezählt.

„Das hat dann nicht mehr funktioniert. Die hat auch immer so eine Hektik gehabt und mit den Terminen war das nicht so einfach.“ (IP 4, 293-294)

Außerdem wird die Zusammensetzung der wartenden PatientInnen in den Ordinationen von Wahl- und VertragsärztInnen thematisiert.

„Bei den Vertragsärzten hat man halt wirklich alle Gesellschaftsschichten, beim Wahlarzt, ich kann es natürlich schwer einschätzen, welcher sozialen Schicht die Leute, die ich dort gesehen habe, angehören. Also das ist jetzt eher meine Interpretation [...] also ich hab bei dem Wahlarzt nie jemanden gesehen, [...] wo ich das Gefühl gehabt habe der kommt irgendwo aus einer unteren Schicht oder ist besonders arm.“ (IP 33, 461-467)

Hervorzuheben unter dem Aspekt der Zeit ist hierbei, dass es ab einer gewissen Vertrauensbasis, die zu manchen ÄrztInnen aufgebaut wurde in Ordnung ist zu warten, wobei sich dies vor allem auf VertragsärztInnen bezieht, da bei WahlärztInnen lange Wartezeiten ohnehin tendenziell selten sind. Hier zeigt sich also eine Vermischung der Ebenen. Eine Interviewpartnerin sagt über ihren Vertragsgynäkologen:

„Nein, da warte ich, bei dem weiß ich, da muss ich mitunter warten, dauert länger, nehme ich mir halt den Vormittag Zeit, dauert länger, aber ich fühl mich gut aufgehoben. Und er gibt dann auch gute Ratschläge oder so. [...] also da wart ich gern.“ (IP 30, 341-344)



Die räumliche Nähe der ÄrztInnen spielt hinsichtlich der Auswahl derselben vor allem bei VertragsärztInnen eine große Rolle. Vor allem bei Menschen mit eingeschränkter Mobilität ist diese wichtig. Wenn sich jedoch ÄrztInnen, die besonders geschätzt werden dazu entscheiden ihren Standort zu wechseln, geben die Interviewten häufig an diesen zu folgen.

„Ja das trifft auf meine Zahnärztin zu, ja [...] bin ich ihr nachgegangen sozusagen [...] wenn man jemanden so gut kennt hat man natürlich gerade beim Zahnarzt noch mehr Vertrauen, ja, das macht einfach den riesen Unterschied aus, darum nehme ich es auf mich, die ein zwei Mal im Jahr halt doch nach [Niederösterreich] rauszufahren.“ (IP 22, 841-849)

Einen Unterschied auf organisatorischer Ebene zwischen Wahl- und VertragsärztInnen macht die **Kostenerstattung/Refundierung von Kosten**. Der Aufwand, der für die Refundierung von Rechnungen von WahlärztInnen gegeben ist, spricht für viele Interviewpersonen für VertragsärztInnen. Hier gibt es von einigen WahlärztInnen das Angebot, die Einreichung der Rechnungen bei der jeweiligen Krankenkasse für die PatientInnen zu übernehmen.

„Das hat der Wahlarzt gleich gemacht. Da habe ich ihm die Kontonummer gegeben, das haben sie so gemacht. Da habe ich nichts getan. Und nach drei Monaten oder so habe ich es dann am Konto gehabt.“ (IP 8, 405-407)

Die Kostenrückerstattung muss in anderen Fällen von den PatientInnen selbst in Gang gesetzt werden, ist aber kein ausschlaggebender Grund, zu VertragsärztInnen zu wechseln. Die Kosten allgemein sind da schon eher ein Grund, nicht zu einem Wahlarzt zu gehen:

„Ich muss mich nicht kümmern, dass mein Geld zurückkommt, die Leistung ist bereits im Vorhinein bezahlt.“ (IP 16, 525-526)

Zusammenfassend betrifft die organisatorische Ebene hauptsächlich die Wartezeiten auf Termine und den administrativen Ablauf in der Ordination. Ein zweiter Aspekt der organisatorischen Ebene wird von PatientInnen in der Kostenrückerstattung gesehen, die aber tendenziell unproblematisch eingeschätzt wird.



■ Die fachliche Ebene

Wie bereits im Abschnitt zur fachlichen Kompetenz beschrieben, ist es für die Interviewten schwierig, die fachliche Ebene klar zu definieren. Wie bereits bei der fachlichen Kompetenz thematisiert wurde, ist die fachliche Ebene für PatientInnen schwierig zu beurteilen. Obwohl die fachliche Ebene im Interview bewusst von der fachlichen Kompetenz getrennt wurde (die fachliche Ebene wurde im Zuge des Vergleichs zwischen WahlärztInnen und VertragsärztInnen thematisiert, wobei bei der fachlichen Kompetenz gezielt nach einer Definition gefragt wurde), gaben Interviewten fast identische Antworten zu beiden Fragen.

Allgemein kann festgehalten werden, dass es bei der fachlichen Ebene hauptsächlich um ein persönliches, vertrauenserweckendes Gefühl geht. Dieses Gefühl von **Vertrauen** ist essentiell und kann nicht anhand soziodemografischer Daten kategorisiert werden. Das Gefühl entsteht bei manchen Personen einerseits durch wenig Zögern bei der Diagnosestellung, bei manchen aber durch längeres Überlegen und das Aufstellen unterschiedlicher Hypothesen. Vertrauen kann auch anhand von richtigen Diagnosen erlangt werden. Andere Personen sehen eine empathische Beratung als Charakteristik der fachlichen Ebene, anstatt diese auf der persönlichen Ebene anzusiedeln.

„Ich bin da kein Fachmann, nicht. Aber ich sag, dass ich, wenn ich hingehe mit einem Problem [...], dass mich der dann dementsprechend berät beziehungsweise dementsprechend behandelt.“ (IP 18, 305-307)

„Also während der Untersuchung sagt er ja das das und das, so schaut es aus und man hat einfach das Gefühl, der hat das im Griff und das war dann für mich wichtig.“ (IP 33, 167-169)

Hier zeigt sich die eingangs thematisierte Relevanz einer guten Gesprächsführung, die über die medizinisch-inhaltliche Ebene hinausgeht²⁵.

Auf der Ebene der fachlichen Kompetenz eines Arztes oder einer Ärztin werden am häufigsten Unterschiede in Bezug auf das **Angebot der medizinischen Leistungen** festgestellt. Einige Interviewpersonen sind der Meinung, dass sie bei

²⁵ vgl. auch Sator M, Nowak P, Menz F (2015): Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung. Kurzbericht auf Basis der Grundlagenarbeiten für das Bundesministerium für Gesundheit und den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Gesundheit Österreich GmbH, Wien.



WahlärztInnen mehrere Auswahlmöglichkeiten an Therapien vorgelegt bekommen und auch eher die Möglichkeit haben, hier auf Alternativmedizin zuzugreifen.

„Das fällt vielleicht schon auf, dass ich bei einem Wahlarzt durchaus drei, vier Möglichkeiten, wo ich beim Kassenarzt nur die eine kriege, weil die eine wird gezahlt. Dann sagt er mir vielleicht noch eine zweite und dann weist er mich vielleicht darauf hin, das wird aber nicht gezahlt. [...] ich glaube eine Alternative sollte jeder Arzt anbieten können, sofern es eine gibt. [...] Wenn ich zusatzversichert bin, [...] dann bin ich wahrscheinlich besser aufgehoben bei einem Wahlarzt, weil der Möglichkeiten kennt, die sich [...] der Kassenarzt gar nicht antut, weil er sie sowieso nicht verkaufen kann, die Leistung. Darum glaube ich eigentlich, dass der Wahlarzt da bester gestellt ist.“ (IP 15, 453-461)

„Das kann ich nicht genau beurteilen, also ich könnte mir durchaus vorstellen, dass ein Vertragsarzt gleich kompetent ist wie ein Arzt, der privat ordiniert, aber weil er nicht die Zeit hat den Patienten so viele Fragen zu stellen, weil er nicht so ins Detail gehen kann, muss er sich beeilen rasch zu einer Diagnose zu kommen und die ist halt vielleicht nicht immer die letztgültige. Besonders dann was die Therapie anbelangt, da werden halt gern einmal die üblichen Pulver verordnet und keine alternativmedizinischen Methoden angewandt.“ (IP 22, 679-685)

Weiters wird von den Interviewten die Vermutung geäußert, dass ÄrztInnen im Wahlarztbereich eher zu neueren und unerprobten Therapiemöglichkeiten greifen, während ÄrztInnen im Vertragsbereich weniger medizinische Leistungen anbieten und teilweise die einfachste Methode anwenden.

„Mein Gefühl ist- Ich mein ich kann das jetzt nur auf meine orthopädischen Probleme beziehen, dass die Wahlärzte eher auch neue Methoden, die noch nicht wirklich erprobt sind, benutzen. [...] allerdings kann ich Ihnen das jetzt nicht beweisen, weil ich in der Zeit nicht bei meinem Kassenarzt war, vielleicht hätte er genau dasselbe gemacht. [...] Und ich hab das Gefühl, dass da eher vielleicht hin gegriffen wird, wenn man bereit ist die Arztrechnungen selbst zu bezahlen. Dass da auch Methoden genutzt werden, die von der Kasse noch nicht bezahlt werden. Neue Medizin, neue Methoden genutzt werden. Aber ich kann Ihnen das jetzt nicht beweisen.“ (IP 40, 385-396)



Während die einen Interviewpersonen gerne mehrere Therapieoptionen zur Auswahl hätten, ist es für andere ein Zeichen fachlicher Kompetenz, wenn die Ärzte vorgeben, welche Therapie aus welchen Gründen durchgeführt wird.

„Und also von einem Arzt würde ich erwarten, dass er eine Hilfe ist und nicht Verantwortung abgibt im Sinne von die letzte Entscheidung liegt natürlich bei Ihnen. Naja ich bin kein Mediziner, wozu gehe ich zu einem Facharzt, wenn er dann sagt, die Entscheidung fällen Sie.“ (IP 39, 1048-1051)

Die fachliche Ebene wird im Vergleich im Wahlarztbereich als besser beschrieben, da die Vorstellung herrscht, dass mehr Fortbildungen gemacht würden. Die Einschätzung der Interviewten ist, dass WahlärztInnen über mehr fachliches Wissen verfügen, da sie mehr Fortbildungen besuchten, weil sie einen höheren Druck verspürten, mehr Leistung bringen zu müssen als VertragsärztInnen. Eine Interviewpartnerin sagt über WahlärztInnen:

„Es ist eben nur die Meinung, dass [...] ein Wahlarzt sicher mehr Druck hat, sich selber weiter zu bilden, als ein Vertragsarzt.“ (IP 16, 552-554)

In Gegensatz dazu wird von acht Auskunftspersonen festgehalten, dass es auf fachlicher Ebene zwischen Vertrags- und WahlärztInnen keinen Unterschied gibt. In weiterer Folge wird auch betont, dass es sowohl im Vertragsarzt-, als auch im Wahlarztbereich gute und schlechte ÄrztInnen geben kann.

„Also der Wahlarzt ist genau wie der Vertragsarzt, weil ich glaub es ist nicht gleich jeder Wahlarzt geworden, es sind viele Vertragsärzte dann zum Wahlarzt geworden. Also die Kompetenz ist gleich, es ist der Zeitaufwand die sich die Ärzte nehmen vielleicht länger für den Patienten, weil sie nicht so einen Druck haben.“ (IP 30, 456-459)

Die Einschätzung der fachlichen Kompetenz fällt den Interviewten insgesamt relativ schwer (siehe Kapitel 3.3). Eine Möglichkeit diese greifbar zu machen, sind für die Auskunftspersonen Zusatzqualifikationen (zum Beispiel im Bereich der Alternativmedizin). WahlärztInnen haben diese nach Einschätzung der InterviewpartnerInnen häufiger erworben und wenden daher eher alternative Medizin an bzw. können sie mehrere Therapieoptionen anbieten als VertragsärztInnen.

„Die Zusatzqualifikation. Das ist ja ein Grund warum ich jetzt überhaupt zu einem Wahlarzt gehe.“ (IP 20, 441-442)



„Also, auf fachlicher Ebene glaube ich nicht, dass es Unterschiede gibt.“
(IP 10, 294)

Eine weitere These der Befragten war, dass WahlärztInnen eventuell kompetenter sein müssen, da sie keinen fixen „Kundenstock“ haben.

„Ich glaube jetzt nicht, dass jeder Wahlarzt besonders gut sein muss. Anzunehmen ist es schon, sonst würde er ja nichts verdienen, als Wahlarzt, sonst könnte er eigentlich sagen wir Vertragsarzt auch werden, weil dann wird er wahrscheinlich vielleicht wenn er schlecht wäre als Wahlarzt, mehr verdienen als Vertragsarzt.“ (IP 25, 478-481)

Einzelne Personen meinen, dass bei VertragsärztInnen die Behandlung kürzer und oberflächlicher ist als bei WahlärztInnen.

„Ah natürlich, erstens wartet man ewig bis man einen Termin bekommt und ja ich wäre schon noch zu einem Vertragsarzt gegangen, wenn ich jemanden gefunden hätte, wo ich den Eindruck habe, das ist genau die Problematik, aber wie gesagt, ich habe den gefunden und das Gefühl gehabt, das passt. Ah aber sicherlich, es ist längere Wartezeit und doch auch im Allgemeinen eine wesentlich knappere und weniger eingehende Behandlung.“ (IP 27, 318-322)

Auf der fachlichen Ebene spielt für einige Interviewte die Schwere der Erkrankung oder Verletzung eine wichtige Rolle. Geht es hier um eine „heikle Geschichte“, so wird eine Wahlordination bevorzugt.

„Fachlich spielt da irgendwie mit hinein, ich mein da kommt es auch darauf an, was man gerade benötigt. Ob das ein bisschen eine heikle Geschichte ist oder, wie es so schön heißt, 0815, das kann ja jeder machen, nicht.“ (IP 3, 612-614)

FachärztInnen, die sich auf kleine Bereiche innerhalb der jeweiligen Fachrichtung spezialisiert haben, können aufgrund der geringen Größe ihres Fachbereichs häufig keine Ordination mit Kassenvertrag führen. Außerdem sind diese oft in Krankenhäusern tätig und haben als Nebenbeschäftigung eine Wahlarztordination.

Die fachliche Ebene wird vor allem dann als gut beschrieben, wenn ÄrztInnen bisher viel Erfahrung gemacht haben. Das ist zum Beispiel durch vorherige Anstellungen in Krankenhäusern gewährleistet. Zusammenfassend ist zu sagen,



dass den Interviewten Einschätzungen betreffend dieser Ebene besonders schwergefallen sind, da die meisten von ihnen medizinische Laien sind.

- Die persönliche Ebene

Die persönliche Ebene wurde von den Interviewten in vielen Fällen länger thematisiert, da diese Ebene wohl am besten für diese einzuschätzen ist. 16 Personen (jeweils acht Männer und Frauen) haben direkt im Interview angegeben, dass ihnen eine persönliche Beziehung zu ihren ÄrztInnen wichtig oder sehr wichtig sei. Nur zwei Männer und keine der Frauen haben gesagt, dass die persönliche Beziehung zu ihren ÄrztInnen unwichtig sei.

Trotzdem nimmt dieses Thema einen deutlichen Fokus gegen Ende der Interviews ein. Folgende Aspekte stehen dabei im Vordergrund: Eine **persönliche Beziehung** zeigt sich in einem grundlegenden Gefühl der PatientInnen, dass ein Interesse auf persönlicher Ebene seitens der Ärzte für die PatientInnen gegeben ist. Dies kann mit Smalltalk, „Anstandsfragen“, aber auch durch aktives Zuhören entstehen.

„Höflichkeitsfragen, wie geht es Ihnen, und wie war das und das und wo fahren Sie in den Urlaub hin, auch wenn das jetzt irrelevant ist, aber irgendwie schafft das schon eine angenehmere Atmosphäre.“ (IP 28, 966-969)

Durch das Entstehen dieses Gefühls bildet sich das äußerst wichtige Vertrauen zu den ÄrztInnen, das für die InterviewpartnerInnen essentiell ist. Dieses Vertrauen kann auch anders erlangt werden. Wichtig für den Gewinn des Vertrauens von PatientInnen ist das persönliche Gespräch. Die Beziehung zwischen ÄrztInnen und PatientInnen wird dadurch persönlicher, dass sich die ÄrztInnen die nötige Zeit nehmen, Erkrankten und Verletzten zuzuhören. Zeit zählt also nicht nur auf der organisatorischen und fachlichen Ebene, sondern auch auf der persönlichen Ebene zu einem ausschlaggebenden Faktor in der Zufriedenheit mit den jeweiligen ÄrztInnen.

Bei den Interviewten herrscht die Vorstellung, dass WahlärztInnen sich auch privat um das Wohl ihrer PatientInnen sorgen und ihnen dieses mehr am Herzen liegt, als VertragsärztInnen.

„Und naja, es ist auch einfach so, weil eben dort die Zeit fehlt, kann sich der Arzt von der GKK nicht wirklich auf dich einstellen in dem Sinn, das ist



halt beim Wahlarzt was anderes. Die machen sich auch privat noch Gedanken über ihre privaten Patienten, was du halt bei einem GKK-Arzt nicht hast, der fertigt dich ab und damit ist die Sache erledigt.“ (IP 6, 190-194)

„Muss ich sagen aber wie gesagt, sie nehmen sich keine Zeit oder haben keine Zeit oder es ist ihnen wurscht, was der Mensch ist, sie sind seelenlos [InterviewerIn: Wahl- oder Vertragsärzte?] Vertragsärzte, die haben kein Gespür für den Menschen.“ (IP 29, 1171-1176)

Im Sinne der persönlichen Beziehung wird der Gedankengang verfolgt, dass mehr Zeit für die einzelne Person ein ausführlicheres Gespräch bedingt. In diesem haben die PatientInnen mehr Raum, um über sich und ihre Persönlichkeit zu sprechen, wodurch auch die ÄrztInnen ein besseres Gespür für die Bedürfnisse der zu Behandelnden bekommen. Dadurch nimmt die Beziehung auch persönliche Züge an.

„Auf persönlicher Ebene wirkt sich das natürlich ganz stark aus, weil dadurch, dass sich dieser Arzt mehr Zeit nehmen kann, kann er auch persönlicher auf einen eingehen und das ist natürlich ganz wichtig, eine extrem vertrauensbildende Maßnahme, schafft dann natürlich auch mehr Bindung zu diesem Arzt, wenn man da das entsprechende Vertrauen aufgebaut hat, also auf persönlicher Ebene merkt man am meisten einen Unterschied eigentlich.“ (IP 22, 791-796)

Die ÄrztInnen sollen also zumindest ein gewisses Interesse an den PatientInnen und deren Persönlichkeit haben. Persönliche Informationen zu den ÄrztInnen sind den Interviewten allerdings nicht wichtig.

Vertrauen in die Person, die sich um die Gesundheit kümmert, ist für alle Befragten sehr wichtig. Dabei wird festgehalten, dass es diesbezüglich keinen dezidierten Unterschied gibt, ob die behandelnden ÄrztInnen einen Vertrag mit der Krankenkasse haben oder nicht. Ein Gefühl der **Sympathie** entstehe von Mensch zu Mensch und sei nicht von einem Vertrag abhängig.

„Ja wenn ich den Arzt kenne und mit dem gut kann, ist es eher egal, ob das jetzt ein Vertragsarzt ist oder Wahlarzt also, wenn ich wieder Vertrauen fühle, passt das. Und das ist dann nebensächlich, ob Wahlarzt oder Vertragsarzt“ (IP 36, 526-528)



Allerdings kann es sein, dass es ÄrztInnen, welche Verträge mit den Gebietskrankenkassen haben, nicht so gut gelingt auf die persönliche Ebene einzugehen, da sie weniger Zeit mit den PatientInnen verbringen können.

„Ich meine der ist genauso freundlich wie der Wahlarzt, überhaupt kein Thema, aber dadurch, dass er sich weniger Zeit nimmt, kommt man natürlich auch nicht so in die persönliche Ebene hinein. Das heißt, wenn meine, ich sag es wenn ich dann einmal die Spritze gekriegt habe und mir fällt noch was ein, muss ich verdammt schnell reden, weil dann rennt er schon bei der Tür raus und nimmt schon den nächsten Patienten dran.“ (IP 35, 507-512)

Jene Personen, die wenig Wahlarztkontakte haben, nennen als Hauptgrund die finanziellen Ausgaben. Sie suchen bei chronischen Krankheiten für Routineuntersuchungen eher VertragsärztInnen auf. Als Grund hierfür wurden die Kosten genannt: „auf Dauer ist das nicht leistbar“ (IP 23, 597).

Sieht man sich alle drei Ebenen (organisatorisch, fachlich und persönlich) an, so fällt auf, dass das Thema Zeit stark im Vordergrund steht und für PatientInnen als Begründung für viele Vorteile im Wahlarztbereich, aber auch für viele Defizite im Vertragsarztbereich gesehen wird. Die drei Aspekte von Zeit, die oben tiefergehend analysiert wurden, beschreiben die Grundlage für Klagen von PatientInnen und werden als essentiell für die Zufriedenheit der PatientInnen gesehen.

b. Zwei-Klassen-Medizin?

Vor allem hinsichtlich des finanziellen Aufwands gibt es einen Unterschied beim Besuch von Wahl- und VertragsärztInnen. Immer wieder wird im Laufe der Interviews angesprochen, dass man sich WahlärztInnen auch „leisten können muss“. Dies führt meistens dazu, dass die Auskunftspersonen beginnen über eine Zwei- oder Mehr-Klassen-Medizin zu sprechen.

„Was mich so stört, dass es eben eine, nicht eine Zwei-Klassen-Medizin gibt in Österreich, sondern eine Mehr-Klassen-Medizin. Das ist das, was mich eigentlich stört, obwohl ich einer bin, der davon partizipiert. Mich stört eben das Ungleichgewicht, dass einer, der nicht dieses Privileg hat, einer Zusatzversicherung, dass der auf Kosten der anderen bevorzugt behandelt wird und umgekehrt, dass man arme Hunde, entschuldigen Sie, wenn ich das so drastisch sage, einfach warten lässt.“ (IP 37, 844-850)



Ein Interviewpartner thematisiert diese Zwei-Klassen-Medizin, indem er darüber berichtet, dass in den Wartezimmern der VertragsärztInnen alle Gesellschaftsschichten vertreten seien, bei WahlärztInnen jedoch nur die mittlere bzw. obere Gesellschaftsschicht. Wenige Fachbereiche, bei denen die Termine in einem relativ großen Abstand liegen, seien finanziell für ihn kein Problem, häufigere Termine bei WahlärztInnen bzw. WahlärztInnen in mehreren Fachrichtungen würde er sich aber nicht leisten können.

„Also würde ich mehrere Wahlärzte haben, dann würde es finanziell schon auch eine Belastung sein, ich meine, die paar Untersuchungen, das war kein Problem, nicht, alle zwei Jahre 100 Euro, das geht, denke ich mir nichts dabei. Wenn ich ein gutes Gefühl habe dafür. Aber sonst würde ich nicht also wenn ich mit einem Arzt unzufrieden bin, würde ich nicht grundsätzlich zu einem Wahlarzt gehen sondern nach einem anderen Vertragsarzt Ausschau halten.“ (IP 33, 470-475)

Die (vermeintlich) unterschiedliche Behandlung von Wahl- und VertragsärztInnen und die daraus resultierende Zwei-Klassen-Medizin werden in vielen Interviews auf den Aspekt der **Zeit** zurückgeführt. Hier werden zwei der drei Aspekte der Zeit, wie sie in Kapitel 3.3 erörtert wurden, thematisiert, nämlich die Wartezeit auf einen Termin und die verfügbare Zeit beim Arztbesuch selbst.

„Aber es ist halt traurig, wenn ich das so sagen kann, dass man deswegen zu einem Wahlarzt gehen muss und das finanzieren muss, weil es können sich manche Leute nicht leisten und die müssen das halt so in Kauf nehmen. Und das geht so in die Richtung Zwei-Klassen-Medizin. [...] Und von der Behandlung sage ich jetzt nicht, dass man schlechter behandelt wird oder sowas. Glaube ich nicht. Es ist nur so, dass sich ein Arzt da weniger Zeit nehmen kann.“ (IP 17, 141-148)

Eine Interviewpartnerin fasst die Situation der Zwei-Klassen-Medizin folgendermaßen zusammen:

„Wenn ich es mir leisten kann, gehe ich zu einem Wahlarzt, wenn nicht, dann muss ich nehmen, was mir die Kasse anbietet, einen Vertragsarzt.“ (IP 25, 615-616)

Der finanzielle Aspekt von Besuchen bei WahlärztInnen wird auch im Hinblick auf die Art der Beschwerden erwähnt. Wenn SpezialistInnen benötigt werden,



oder besondere Umstände vorliegen, die einen Besuch bei WahlärztInnen notwendig machen, greifen einige Interviewte aufgrund der Kosten gerne auf die vertragsärztliche Versorgung zurück.

„Ich meine, man muss sich den Wahlarzt auch leisten können, [...] wenn ich nicht eine wirklich sachliche Notwendigkeit sehe, gehe ich nicht zu einem Wahlarzt.“ (IP 33, 468-470)

Eine Auskunftsperson spricht sogar von einer Drei-Klassen-Medizin in Österreich. Diese besteht aus jenen, die es sich leisten können und dafür die beste Versorgung mit den besten Therapieoptionen erhalten, jenen die sich WahlärztInnen nur in einem gewissen Ausmaß leisten können und der Gruppe von Menschen, welche es sich gar nicht leisten kann WahlärztInnen aufzusuchen.

„Wenn jemand sagt, es gibt keine Zwei-Klassen-Gesellschaft, dann kann ich nur insofern zustimmen, dass ich sage, nein, es gibt sogar eine Drei-Klassen-Gesellschaft. Aber sicher nicht, jeder kriegt das Gleiche ist ein Blödsinn. Und so traurig das ist, aber es ist in der heutigen Zeit glaube ich gar nicht anders möglich und so unfair [...] oder unsozial das klingen mag, wenn ich heute mehr Geld dafür zahle, dann erwarte ich mir auch eine andere Leistung. Das ist so. Ich zahle ins selbe System wie jeder andere und wenn ich mir privat das auch noch leiste, dann erwarte ich vielleicht sogar einen besseren Arzt. [...] Aber ich glaube, dass das legitim ist.“ (IP 15, 463-470)

Einige Auskunftspersonen stehen der für sie beobachtbaren Zwei-Klassen-Medizin ambivalent gegenüber. Sie erwähnen zwar, dass sie die Ungleichbehandlung störe, sie allerdings gleichzeitig auch froh seien, eine bessere Behandlung zu erhalten. Legitimiert wird diese bessere Behandlung durch die Tatsache, dass sie dafür zusätzlich etwas bezahlen.

„Das ist eindeutig eine Zwei-Klassen-Medizin, die wir da haben. Die Versorgung im Wahlarztbereich ist gut, aber es kostet halt ein Extrageld [...] es ist nicht wirklich ein Problem, nachdem wir es uns leisten können, aber es ist an sich ein Faktum. [...] Die Wahlarztversorgung ist sehr gut, die Vertragsversorgung lässt zu wünschen übrig.“ (IP 27, 688-693)

Auf die unterschiedliche Einschätzung der Interviewpersonen hinsichtlich der wahlärztlichen und vertragsärztlichen Versorgung wird im Kapitel 3.6 noch einmal genauer eingegangen.



Ein Interviewter, der an Multipler Sklerose leidet und daher regelmäßige Physiotherapie mit Schwerpunkt auf die Neurologie benötigt, rechnet vor, warum die Behandlungsangebote der Krankenkasse für ihn nicht sinnvoll erscheinen. Die von der Krankenkasse übernommene Physiotherapie dauert 20 Minuten. Aufgrund seiner Grunderkrankung und der damit einhergehenden eingeschränkten Mobilität braucht er allerdings knapp die Hälfte der Zeit um sich aus- und anzukleiden, weswegen nur eine kurze Zeit für die tatsächliche Therapie verbleibt. Er spart im täglichen Leben, um sich eine private Physiotherapie, die deutlich länger dauert, regelmäßig leisten zu können.

„Meine Therapeutin, bei der ich heute war, hat auch gesagt wir könnten auch öfter, sag ja, meine Briefftasche kann leider nicht öfter, weil ich weiß zweimal die Woche wäre super, nur das dables ich nicht ja. So da ist eine Grenze gesetzt wo wir wieder zur Zwei-Klassen-Medizin kommen. [...] Bei mir ist über die Jahre der Eindruck entstanden, wer genügend finanzielle Mittel hat, dass er jemanden aus der nicht-niedergelassenen Sparte beschäftigt, der kann auch auf eine bessere Versorgung hoffen.“ (IP 39, 236-244)

Im Rahmen der Zwei-Klassen-Medizin fällt auch auf, dass die Interviewpersonen unterschiedliche Erwartungen an ihre Wahl- und VertragsärztInnen haben. Die vertragsärztliche Versorgung wird häufig als Basis angesehen, die Versorgung auf wahlärztlicher Ebene als Bonus. Weiters sehen sich die Auskunftspersonen in der wahlärztlichen Betreuung eher als KundInnen und weniger als PatientInnen.

„Da ist ja quasi diese Gesprächszeit schon eingeplant [...] dementsprechend bekommt man auch mehr Info und man kann Fragen stellen, [...] da ist man wirklich Kunde, quasi, weil man was zahlt.“ (IP 28, 807-811)

Auffällig ist hier, dass vor allem Interviewpersonen aus dem urbanen Raum und insbesondere männliche Teilnehmende den Aspekt der Zwei-Klassen-Medizin ansprechen und erläutern. Diese wird vor allem in Bezug auf die finanziellen Möglichkeiten geortet und einerseits als unfair, andererseits aber auch als gerecht empfunden, da man dafür bezahle, eine bessere Behandlung zu erhalten.



3.5 Ärztliche Versorgung im Allgemeinen

a. Erste Ansprechperson bei gesundheitlichen Beschwerden

Die erste Ansprechperson bei gesundheitlichen Beschwerden ist für die meisten Auskunftspersonen die allgemeinmedizinische Betreuung, also der Hausarzt oder die Hausärztin. Können die Befragten die Symptome schon einem bestimmten Fachgebiet, wie zum Beispiel Zahnschmerzen, zuordnen kontaktieren sie die FachärztInnen in diesem Bereich auch direkt. Hier ist ein Stadt-Land-Unterschied zu sehen. Jene Personen, die in den beiden ländlichen Bezirken leben (Salzburg-Umgebung und Klagenfurt-Land) suchen bei Beschwerden tendenziell eher zuerst den Hausarzt oder die Hausärztin auf, vermutlich weil diese räumlich näher sind als FachärztInnen. Auskunftspersonen im urbanen Raum, tendieren eher dazu gleich die spezifischen ÄrztInnen in der ihrer Meinung nach passenden Fachrichtung aufzusuchen.

„Ich versuche meine praktische Ärztin zu erreichen, [...] was nicht immer so einfach ist, weil die eben auch sehr überfüllt ist, und die schickt mich dann halt zu anderen Fachärzten oder so.“ (IP 3, 345-348)

„Unterschiedlich. Wenn jetzt für mich klar ist, dass ist jetzt was für zum Beispiel Lunge, dann gehe ich eigentlich gleich zum Facharzt und wenn es nicht ganz klar ist oder wenn ich nicht ganz genau weiß, wie ich das machen soll, dann frage ich meine Hausärztin. Und die sagt mir dann, ich soll zu ihr zuerst kommen oder ich soll gleich dort und dort hingehen.“ (IP 17, 209-212)

Weiters wenden sich die Interviewten teilweise auch an das persönliche Umfeld, wie PartnerInnen, Eltern oder FreundInnen, welche teilweise im medizinischen Bereich tätig sind.

„Naja, einer unserer Freunde. Oder an ihre Schwestern. Zwei von ihren Schwestern sind auch Ärzte.“ (IP 27, 353-354)

Prinzipiell werden AllgemeinmedizinerInnen für Kontrollen und Verschreibungen von Medikamenten und Krankschreibungen aufgesucht. Ein Befragter gibt an, dass seine erste Ansprechperson die Betriebsärztin ist und er seinen Hausarzt nur für Krankschreibungen aufsucht.

„Ich habe zwar einen Allgemeinarzt, aber zu dem geh ich eigentlich nur, wenn ich krank bin, also irgendwann einmal eine Verkühlung, irgendwas,

Krankschreibung, ansonsten ist eigentlich als Hauptansprechpartner eigentlich meine Betriebsärztin, die einmal in der Woche da ist, von unserem Arbeitgeber aus und wenn irgendwas ist, schaue ich mal zu der weil es einfach in der Arbeitszeit kurz einmal wohin schauen, da muss ich auch meistens nicht lange warten [...] auf jeden Fall sehr schnell und einfach.“ (IP 36, 225-232)

Weiters sucht eine Auskunftsperson bei neuen Beschwerden als erstes den Vertragsarzt oder die Vertragsärztin und bei schon bekannten Beschwerden gleich den Wahlarzt oder die Wahlärztin auf.

„Das differenziere ich jetzt schon, wenn es wieder irgendetwas Neues ist, dann immer noch der Vertragsarzt, wenn es was Bekanntes ist, auf jeden Fall schon der Wahlarzt.“ (IP 35, 270-271)

Aufgrund des Alters, des Geschlechts und der Häufigkeiten der Arztbesuche insgesamt kann kein Unterschied bezüglich der ersten Ansprechperson bei medizinisch relevanten Beschwerden festgestellt werden.

b. Kontinuität ärztlicher Behandlung

Bezüglich ihrer ärztlichen Versorgung wollen die Interviewten möglichst von immer gleichen, kompetenten ÄrztInnen behandelt werden. Das bedeutet den Auskunftspersonen zufolge nämlich, dass diese die jeweilige Krankengeschichte bereits kennen und diese daher nicht immer wieder von Neuem erzählt werden muss.

„Ich muss sagen sehr wichtig, weil der kennt einen schon persönlich und die Krankengeschichte so man eine hat, gehe ich einmal davon aus. Also das ist was, [...] das für mich auch ein Kriterium ist. Und das hat man natürlich in einer Ambulanz nicht, weil wer Dienst hat, hat Dienst oder wenn ich ins Spital gehe [...] Also das ist ein Punkt auch, was mir wichtig ist.“ (IP 30, 303-308)

ÄrztInnen gewechselt wird prinzipiell eher ungern, obwohl viele Interviewpersonen die Anzahl ihrer Wechsel von ÄrztInnen unterschätzen. Gründe zu wechseln sind Unzufriedenheit mit der Behandlung bzw. den ÄrztInnen im Allgemeinen, die Pensionierung der ÄrztInnen oder ein Umzug der PatientInnen.

„Ja ich meine das ist eigentlich unterschiedlich. Der eine beruhigt dich gut, der andere nicht so gut. Weil die Praktische Ärztin bei der ich war, ich habe jetzt gewechselt, weil ich war mit der unzufrieden.“ (IP 14, 67-69)



„Dermatologe bin ich beim Vorgänger des jetzigen gewesen, wie der die Ordination aufgegeben hat, hat er übernommen, bin ich zu ihm gegangen, also das ist ein Generationenwechsel gewesen. Praktische Ärztin detto. [...] Ist auch die nächste Generation drangekommen, also da ist auch eine Vertrauensbasis dagewesen. [...] ich bin sehr selten zum Ohrenarzt gegangen, aber jener ging voriges Jahr in Pension und daraufhin habe ich mir die neue Dame, die seine Nachfolgerin ist, [...] einfach auch übernommen, weil ich mir gedacht habe die wird sicherlich gut ausgebildet sein.“ (IP 39, 645-656)

Neue ÄrztInnen werden überwiegend über **Empfehlungen** aus dem Bekanntenkreis oder von ÄrztInnen ausgewählt. Sollten auf diese Weise keine passenden gefunden werden, suchen die InterviewpartnerInnen im Internet oder im ÄrztInnenverzeichnis. Die Suche im Internet wird allerdings häufig auch mit einem kritischen Auge betrachtet, während persönlichen Empfehlungen eher vertraut wird.

„Also als erstes versuche ich mal über Empfehlung. Kennst du jemanden? [...] Wenn es da nichts gibt, dann oft Hausmitbewohner im Haus, [...] Fachärzte und die haben dann auch oft einen Tipp, [...] und dann schlimmsten Falls im Internet schauen. Aber die persönliche Empfehlung ist mir eigentlich am liebsten und wichtigsten, weil von Freunden wenn die sagen du der ist gut, dann passt es meistens auch. Muss nicht sein, aber meistens, weil man hat ja auch schon mal dieselbe Wellenlänge als Freunde.“ (IP 25, 246-251)

Besonderen Stellenwert hat die Kontinuität der Betreuung durch ÄrztInnen. Ob es sich dabei um Vertrags- oder WahlärztInnen handelt, ist in diesem Fall nebensächlich. Die Tatsache, dass die behandelnden ÄrztInnen die Krankengeschichte der PatientInnen kennen und letztere dadurch mehr Vertrauen in die ärztliche Betreuung haben, ist in diesem Punkt entscheidend.

„Ja, das ist mir natürlich wichtig, das ist ja klar, weil hier entsteht ja ein Vertrauensfaktor und nur so kann meiner Meinung nach Heilung in irgendeiner Form stattfinden. Nämlich dass eine gute Vertrauensbasis da ist.“ (IP 7, 300-302)



Weiters erwähnen die Auskunftspersonen in diesem Zusammenhang oft die elektronische Gesundheitsakte ELGA und deren positive Eigenschaften im Zusammenhang mit der Kontinuität der Behandlung von derselben Ärztin oder demselben Arzt.

„Eigentlich schon wichtig weil bei jedem neuen Arzt musst du nachher immer wieder von vorne anfangen die ganze Krankengeschichte erzählen und das, deswegen find ich das jetzt recht gut [...] mit dieser ELGA oder wie die heißt, [...] dass man da nicht jedes Mal muss die ganze Litanei runtererzählen.“ (IP 1, 402-406)

Die **räumliche Nähe** von ÄrztInnen ist vor allem bei der Auswahl einer neuen Ärztin oder eines neuen Arztes von Bedeutung; insbesondere wenn die Mobilität der Interviewten eingeschränkt ist oder wenn keinerlei andere Empfehlungen vorliegen.

„Ich war zuerst in Salzburg bei ein paar und die hat dann aufgehört [...] habe ich mir eine neue suchen müssen und da habe ich gesagt, ich will sie in der Nähe haben, dass ich nicht mehr nach Salzburg fahren muss, weil gerade jetzt, wo ich in Pension bin und nicht mehr arbeiten gehe, ist natürlich oft, dass du niemanden hast, der dich nach Salzburg führt.“ (IP 6, 108-112)

Sofern die PatientIn eine Vertrauensbasis zu dem behandelnden Arzt oder der Ärztin aufgebaut hat, rückt die räumliche Nähe allerdings wieder in den Hintergrund. Sicher fühlen sich die Auskunftspersonen insbesondere dann, wenn die ÄrztInnen die Diagnose und Therapieoptionen klar und für sie verständlich erklären. Sie schätzen es auch, wenn die ÄrztInnen ihnen die Ergebnisse der bildgebenden Verfahren erklären.

„Er soll mir einfach in verständlichen Worten sagen, was ich habe, was er schätzt und was er dagegen tun kann. Aber so, dass ich das auch verstehe. Mir erklären, in einfachen Worten was es ist.“ (IP 25, 451-453)

Eine kontinuierliche Betreuung ist für die Auskunftspersonen von großer Bedeutung. Für das Sicherheitsgefühl bei der gesundheitlichen Betreuung ist vor allem das genaue Erklären der Diagnose und der Therapieoptionen in einer für die PatientInnen verständlichen Sprache wichtig. Ein übermäßiger Einsatz von Fachbegriffen wird in diesem Zusammenhang eher als Schwäche denn als Stärke betrachtet.



c. Gesundheitsvorsorge und Prävention

Knapp ein Drittel der Auskunftspersonen spricht im Laufe des Interviews den Aspekt der Gesundheitsvorsorge und präventiven Maßnahmen an. Die Befragten wünschen sich in diesem Rahmen vor allem von allen PatientInnen mehr Selbstverantwortung in Bezug auf ihre Gesundheit, vor allem betreffend das Körpergewicht und die körperliche Fitness.

„Ich würde in jede Ordination eine Tafel hinstellen, leisten Sie zuerst Ihren Beitrag, um gesund zu werden oder gesund zu bleiben und dann werde ich Sie behandeln. [...] also ich sag zwei Drittel der Krankheiten gehen auf Kosten der Patienten, also der falschen Ernährung, mangelnder Beratung, da fehlt mir eigentlich schon sehr das Verständnis.“ (IP 2, 719-726)

„Ein jeder erzählt dir natürlich sein Problem [...] Sage ich, was tust du denn dagegen? Was machst du selber dagegen? Mach mehr Bewegung, schau, dass du aktiver wirst, dass die Muskulatur, dass der Stützapparat mehr gestärkt wird, damit eben der Bandscheibenvorfall nicht passiert und solche Dinge.“ (IP 7, 105-109)

Weiters wird teilweise die Meinung vertreten, dass das System mehr in die Prävention von gesundheitlichen Problemen investieren sollte und die bestehenden Vorsorgeuntersuchungen zu wenig in die Tiefe gingen. Es wird kritisiert, dass unterschiedliche Tests nur in einem bestimmten Zeitintervall, beispielsweise alle zwei Jahre oder ab einem gewissen Lebensalter möglich sind.

„Allein wenn ich an die Vorsorgeuntersuchung denke, muss man schmunzeln. [...] Wenn ich Oberbauch, Unterbauch machen möchte und Niere dann muss der Arzt einen bestimmten Grund angeben, ich habe Schmerzen oder irgendwas oder Sonstiges, weil sonst zahlt es die Kassa nicht. Und da sage ich, wozu muss ich da vorbeugend hingehen, wenn eh nichts angeschaut wird. Es gibt weder für die Lunge irgendeinen Test gar nichts [...] Blutabnahme, die wird gemacht. Aber die kann ich dann so beim normalen Arzt oder im Labor auch machen. [...] Und ich verstehe es auch nicht, die Mammographie, man kann schon mit 30 oder früher einen Brustkrebs haben, warum wird das erst ab 40 oder 50 gemacht? Koloskopie! Das gleiche. [...] Also die Altersunterschiede, das verstehe ich nicht.“ (IP 30, 539-552)

„Vielleicht sollte man auch mehr in die Prävention, also in die Gesundheitsprävention reinstecken, dass man da mehr macht, weißt.“ (IP 18, 606-608)



Viele Auskunftspersonen sind sich ihrer Selbstverantwortung bewusst und kümmern sich eigenen Angaben zufolge aktiv um ihre Gesundheit und die Förderung derselben. Allgemein sind es eher die Auskunftspersonen über 50 Jahren die sich Gedanken über die Gesundheitsvorsorge machen. Einige geben in den Interviews auch an, dass sie sich mehr Gedanken über ihre Gesundheit machen, seitdem sie in Pension sind.

„Und viel Prävention, Vorsorge. Das nütze ich natürlich alles aus. Das mache ich alles. Das ist nicht der Aufwand und ich bin ja mittlerweile in Pension, ich hab Zeit genug. Ja ich will einfach solange es geht irgendwie gesund bleiben. Und solange es geht, dass ich das selber beeinflussen kann, werde ich das auch machen.“ (IP 4, 159-162)

Auf die Frage, ob sich die Interviewten mehr Zusammenarbeit zwischen unterschiedlichen GesundheitsdienstleisterInnen wünschten, wird von der eben zitierten Interviewpartnerin eher ein gewisses Maß an Eigenverantwortung der PatientInnen gefordert.

„Man muss selber ein bisschen dahinter sein, dass das auch ein bisschen funktioniert, dass der Befund auch wirklich dort hinkommt.“ (IP 4, 688-689)

Gesundheitliche Vorsorge und die Prävention von Krankheiten sind Faktoren, welche die Befragten oft den PatientInnen selbst zuordnen. Diese sollten etwas für ihren Körper tun. Besonders im Alter wird die Vorsorge zu einem wichtigen Thema und die InterviewpartnerInnen würden sich eine tiefergehende Vorsorgeuntersuchung wünschen.

3.6 Medizinisches Versorgungsangebot

a. Einschätzung der medizinischen Versorgung in Österreich

Die medizinische Versorgung in Österreich im Allgemeinen schätzen die Interviewpersonen tendenziell als positiv ein. Sie vergleichen diese häufig mit der in anderen Ländern und kommen zu dem Schluss, dass die österreichische Versorgung im internationalen Vergleich deutlich besser ist. Bei den Wünschen, die von den Auskunftspersonen an die medizinische Versorgung gerichtet werden, liegt der Fokus vor allem auf der Zusammenarbeit unterschiedlicher GesundheitsdienstleisterInnen. Einige Interviewte wünschen sich ärztliche Zentren oder Gruppenpraxen, in denen mehrere Fachrichtungen vereint sind und auch mehrere ÄrztInnen einer Fachrichtung arbeiten, damit dieses Fach auch zur



Verfügung steht, wenn beispielsweise der eigene Arzt oder die eigene Ärztin nicht vor Ort ist. Eine Interviewperson äußert den Wunsch nach mehr Zusammenarbeit zwischen ÄrztInnen und TherapeutInnen und auch die Zusammenführung von Disziplinen wie etwa Orthopädie und Radiologie wird angeregt.

„Ein Beispiel, wenn Sie in Deutschland zum Orthopäden gehen, der hat eine Röntgenabteilung dabei, ja, also wenn Sie jetzt mit irgendwas kommen, also der röntgt in der Praxis, dann gehen Sie mit dem Bild wieder zum Arzt zurück, gebrochen oder nicht gebrochen und dann müssen Sie ins Krankenhaus oder eben nur einen Verband und fertig. Hier gehen Sie zum Orthopäden, dann werden Sie zum Röntgen geschickt, dann müssen Sie wieder zurück zum Orthopäden und der sagt dann okay, Sie müssen vielleicht ins Krankenhaus. Also das finde ich sehr aufwendig.“ (IP 40, 458-464)

Vor allem in den ländlichen Regionen (Klagenfurt-Land, Salzburg-Umgebung), wird die Relevanz von Hausbesuchen thematisiert und kritisiert, dass es diese heutzutage fast nicht mehr gebe.

„Eine Bekannte von mir ist eine Hausärztin, also sie sagt, nein sie macht keine Hausbesuche. Nur bei wirklich akuten Nottfällen“ (IP 19, 254-255)

Die Einschätzung der Versorgung im wahl- und vertragsärztlichen Bereich zeigt teilweise Unterschiede. Vor allem jene Interviewpersonen, denen die fachliche Ebene besonders wichtig ist, sehen keinen Unterschied zwischen den beiden Versorgungsformen (vgl. auch Kapitel 3.4).

Andere InterviewpartnerInnen stellen schon einen **Unterschied im Versorgungsangebot** fest. Mit der wahlärztlichen Versorgung sind die meisten zufrieden und schätzen diese als (sehr) gut ein. Ihrer Einschätzung nach ist es kein Problem, WahlärztInnen jeder Fachrichtung in der näheren Umgebung zu finden. An dieser Art der Versorgung schätzen sie insbesondere die kurzen Wartezeiten in der Ordination, die schnelle Terminvereinbarung und „das Persönliche“ (IP 6, 325).

Problematisch sehen einige wenige die Kosten, die dadurch für sie entstehen und eine Interviewperson äußert den Wunsch nach einer Obergrenze für Wahlarthonorare. Vielen ist unklar, wie die Höhe der Rückerstattung tatsächlich zustande kommt. Hier wird mehr Transparenz gewünscht, damit nachvollzogen werden kann, welche Leistung in welcher Höhe von der Krankenkasse übernommen wird. Nur für wenige InterviewpartnerInnen stellt die Einreichung der Rechnung einen bürokratischen Aufwand dar. Diejenigen, auf die das zutrifft, wünschen sich allerdings eine direkte Abrechnung bzw. einen Automatismus.



Der tatsächliche Aufwand liegt diesbezüglich vor allem in der doppelten Erstattung bei Zusatzversicherten. Zuerst reichen die Auskunftspersonen die Rechnung bei ihrer Krankenkasse ein und im zweiten Schritt schicken sie diese an ihre Zusatzversicherung. In einigen Fällen übernehmen die WahlärztInnen diese Einreichung für ihre PatientInnen, was als Serviceleistung wahrgenommen wird (siehe Kapitel 3.3 und 3.4).

Die Einschätzung der vertragsärztlichen Versorgung ist ambivalenter als jene der wahlärztlichen. Einige InterviewpartnerInnen beschreiben diese ebenfalls als (sehr) gut, andere sprechen von einer „Glücksache“ (IP 25, 627) oder davon, dass die VertragsärztInnen den Bereich, in dem die Auskunftsperson Hilfe braucht, nicht abdecken. Ein System der Zwei- bzw. Mehr-Klassen-Medizin stellen einige Interviewte fest (siehe Kapitel 3.4). Eine andere Interviewte spricht von einem „Schwarzmarkt“ im Medizinbereich:

„wenn man eine Operation braucht, kann man warten und es wird einem gleich dazugesagt, dass wird dann irgendein ein Arzt machen und im gleichen Zug kriegt man die Visitenkarte, um es schwarz zu machen, also das ist schon irgendwo ein hartes Pflaster.“ (IP 23, 577-580)

Was sich in vielen Interviews abzeichnet ist, dass sich die Gesprächspersonen mehr Vertrags(fach)ärztInnen bzw. eine bessere Bezahlung der bestehenden wünschen, damit diese mehr Zeit für ihre PatientInnen aufwenden können.

b. Tele-Medizin

Bei der Frage nach der Einstellung zu Tele-Medizin, also orts- und zeitunabhängigen medizinischen Angeboten via App oder Telefon, zeigt sich eher Skepsis. Zwei der 40 Teilnehmenden haben ein Angebot dieser Art (Telefon-Hotline) schon einmal genutzt. Bei den anderen Interviewten zeigen sich zwei Gruppen: einerseits gibt es jene Personen, welche dieses Angebot klar ablehnen und andererseits die, die es sich bei bestimmten Fragestellungen vorstellen könnten, solche Dienste in Anspruch zu nehmen. Letztere Gruppe würde dies vor allem dann tun, wenn es sich dabei nicht um gravierende Beschwerden handelt. Als Beispiel wird hier das Verhalten nach einem Wespenstich angeführt.

Als Grund, warum sich die Personen nicht vorstellen können diese Dienste zu nutzen, wird häufig der **persönliche Kontakt** zum Arzt oder der Ärztin genannt. Wie bereits in den vorangegangenen Kapiteln ausführlich dargestellt, kommt dem persönlichen Kontakt große Bedeutung zu, wodurch eine Hilfestellung, bei der diese ÄrztInnen nicht anwesend sind, prinzipiell abgelehnt wird.



„Tele-Medizin, ich halte gar nichts davon. Ich denke, ich bin doch von der Generation des Gespräches, also irgendwie ich muss die Menschen sehen, ich beobachte sie immer wieder, es ist natürlich irgendwie angenehm, wenn man [...] sich etwas anschauen kann, aber das Interpretationsrisiko ist sehr groß. Und ich bevorzuge also immer den persönlichen Kontakt also, wenn man nichts hat, dann ist das natürlich kein Thema, aber ernsthaftere Dinge, also ich glaub das Menschliche kann man nicht ersetzen.“ (IP 16, 596-602)

„Medizin, Pharmazie ja. Ärztliche Betreuung nein. Ich glaub, dass das Wesentliche an einem Arzt der menschliche Kontakt ist. Wie gesagt, wie immer er in seinem Privatleben sein mag, wenn er mir signalisiert ich habe Kompetenz, ich habe den Willen dir zu helfen, super, dann ist er für mich ein Arzt. Und das ist das Wichtige. Ja ich kann mir eine Auskunft über Dr. Google holen ja. Was ist das für ein Medikament oder mir tut da der Unterbauch weh. Aber solche Sachen mache ich eh kaum, weil ich denke mir immer [...] was das alles sein könnte, da kriege ich ja Alpträume dabei.“ (IP 39, 1156-1162)

Die Interviewpersonen sind außerdem der Meinung, dass ÄrztInnen im persönlichen Gespräch mit ihren PatientInnen Dinge heraushören bzw. sehen können, was über eine App oder eine Telefon-Hotline nicht der Fall ist.

„Da halte ich nichts davon. Das ist vielleicht, weil ich ein konservativer Typ bin, aber ich glaub, dass ein guter Arzt eigentlich beim persönlichen Gespräch schon ganz schön was raus hört oder raus sieht auch und an der Befindlichkeit vom Patienten. Das glaub ich lässt sich via App nicht machen.“ (IP 18, 889-892)

Jene zwei Interviewpartnerinnen, die in der Vergangenheit bereits bei einer medizinischen Hotline angerufen haben, erzählen von sehr unterschiedlichen Erfahrungen. Eine der beiden hat bei der Hotline 1450 angerufen, als sie versehentlich die doppelte Dosis eines Medikaments eingenommen hat.

„Ich überlege gerade. Ich glaub ich habe von irgendeinem Medikament die doppelte Dosis genommen, ich weiß aber gar nicht mehr was das war, das war irgendwas Akutes damals. Und habe das verwechselt und habe die doppelte Dosis genommen [...] Und dann habe ich dann angerufen und ja die haben mir sehr geholfen, haben gesagt, nein da kann nichts

passieren und da kann auch keine Vergiftung entstehen oder sonst was, also das habe ich sehr gut empfunden ja.“ (IP 25, 694-700)

Auf die Frage, ob sie Apps auch schon genutzt hätte kam dann die Ergänzung:

„Nein. Nein. Da ist mir das persönliche Gespräch noch wichtig.“ (IP 25, 704)

Insgesamt ist sie mit der Leistung der Hotline sehr zufrieden, kann sich allerdings die Nutzung der Hotline auch nur in ganz **speziellen Fällen** vorstellen.

„Ja zum Beispiel. Gestern hat mich eine Wespe gestochen. Ja. Wenn man irgendwie nicht weiß was kann, was soll ich jetzt tun? Also das, da hab ich letztens überlegt, da ist so eine Hotline eigentlich gut nicht? Mache ich das jetzt richtig? Ist das gescheit? Soll ich das so behandeln? Anders behandeln? Das find ich wirklich super ja.“ (IP 25, 710-713)

Die zweite Interviewpartnerin, die das Angebot der Hotline (ebenfalls 1450) schon genutzt hat, berichtet über weniger gute Erfahrungen. Ihr Mann kontaktierte die Hotline, als er den Verdacht auf einen erneuten Herzinfarkt hatte. An diesem Abend wartete das Paar drei Stunden auf den Notarzt, nachdem sie nicht weiterverbunden wurden, sondern nur weitere Telefonnummern bekommen haben, an die sie sich wenden sollten. Als der Notarzt dann eintraf, war dieser nicht informiert weshalb er angefordert worden war und hatte die (vermeintlich) erforderlichen medizinischen Geräte nicht mit.

„Mein lieber Mann hat das genutzt. Der hatte einen Herzinfarkt. Dann also er war toll betreut muss ich sagen, das war bei Bozen das war beim Schifahren ist er gebracht worden und dann nach Wien überstellt und dann hatte er irgendwann in der Nacht, [...] hat er wieder so Herzrasen, also alle Zustände bekommen. Also wieder Angst und hat angerufen die Hotline und das war glaub ich um vier in der Früh. Und die hat gefragt was er hat. Er hat ihnen das gesagt und naja ich schick Ihnen einen Arzt. Der Arzt ist gekommen um sieben in der Früh. Und der hat nicht einmal ein Gerät fürs EKG mitgehabt. Also von der Hotline halt ich null.“ (IP 30, 574-581)

Bei nicht gravierenden Beschwerden kann aber auch sie sich in Zukunft die Nutzung der Hotline vorstellen. Bei schwerwiegenderen Leiden, wie dem Verdacht auf einen erneuten Herzinfarkt, würden sie in Zukunft jedoch das nahe gelegene Krankenhaus aufsuchen.

Einige der Interviewten setzen die Angebote der Tele-Medizin mit Internetseiten wie Netdoktor.at, Google und etwaigen Forenbeiträgen gleich.



„Was ich gut finde, ist außerhalb von, also am Wochenende sowie an Feiertagen das Krankenhaus so wie der Ärztekundendienst, einfach andere Stellen, wo man hingehen kann. Aber nein über Telefon und App, vielleicht gerade, dass die einem raussuchen, wohin man sich wenden kann, mit dem und dem Problem zu dem Zeitpunkt. Aber für Diagnose-Sachen, ich glaube das macht nicht viel Sinn. Da kann man gleich in Foren lesen! Und dem Netdoktor schreiben!“ (IP 23, 588-593)

Viele InterviewpartnerInnen können sich unter einem solchen medizinischen Angebot nichts oder wenig vorstellen und wissen auch nicht genau, wer tatsächlich der Gesprächspartner oder die Gesprächspartnerin ist.

„So ist es so ist es. Weil wenn, müsste das für mich ein Arzt sein, der dort sitzt. Nur, ob die Ärzte das machen, bin ich mir nicht sicher, ich kann es nicht sagen, ich weiß es nicht.“ (IP 30, 638-639)

Weiters weigerten sich einige, vor allem ältere Auskunftspersonen (50+), diese ärztliche Kontaktaufnahme anzuwenden, da eine grundlegende Ablehnung des Internets bzw. Mobiltelefons besteht. Hinsichtlich des Geschlechts und des Wohnortes der Interviewten konnten hier keine Unterschiede festgestellt werden.

Obwohl eine Ferndiagnose für die meisten Interviewpersonen nicht dezidiert positiv erscheint, können sich manche GesprächspartnerInnen vorstellen, ein Service dieser Art auf die eine oder andere Weise zu nutzen. Ein Teil kann sich vorstellen Tele-Medizin bei nicht akuten Beschwerden zu nutzen. Vor allem bei Ratlosigkeit, welche Fachrichtung bei einem Problem aufzusuchen sei bzw. bei Fragen die Vereinbarkeit unterschiedlicher Medikamente betreffend erscheint den Interviewpersonen eine Hotline sinnvoll. Einige InterviewpartnerInnen können sich zum Beispiel auch vorstellen eine App zu nutzen, um Erste Hilfe zu leisten.

„Was ich zum Beispiel toll finde: Die Gebietskrankenkassa hat so diese Erste-Hilfe-App. [...] Das habe ich toll gefunden. Eine App wo man also auch jemand wie ich, der nie einen Erste-Hilfe-Kurs gemacht hat, [...] wie behandle ich jemanden der, man kann sich mit dieser App hinstellen und sagen okay, was muss ich als Nächstes machen gut. Scroll weiter, wenn er das und das macht, dann leg ihn auf die Seite, sonst lass ihn am Rücken. Das find ich toll. Weil bitte wenn niemand anderer da ist und ich bin der Einzige und habe keine Ahnung, dann nehme ich natürlich die App [...]



Also die Idee ist toll. Sie wird einige Menschenleben vielleicht retten. [...] Also insofern Internet toll, aber ich glaube dass ein Arztbesuch oder ein Arzt durch nichts zu ersetzen ist. Das ist glaube ich das Wesen des Arztes ja? Die Obsorge für einen anderen Menschen.“ (IP 39, 1169-1184)

Der Schluss dieses Zitats fasst die allgemeine Aussage der Interviewpersonen betreffend orts- und zeitunabhängige medizinische Angebote gut zusammen. Es besteht jedoch die Bereitschaft via Tele-Medizin eine **Zweit- oder Drittmeinung** zu bestehenden Befunden einzuholen.

„Es geht ja darum, dass ich sage über ein solches Medium könnte ich mir zum Beispiel Vorgänge vorstellen, die mit Alternativen, wenn ich jetzt, Beispiel, ich muss eine Operation machen irgendeinen Eingriff oder es ist irgendeine Diagnose da und ich bräuchte oder ich hätte gerne eine Zweitmeinung oder Drittmeinung, ja?“ (IP 7, 504-507)

In Bezug auf das Alter, das Geschlecht oder die Region in denen die Befragten leben, kann kein Unterschied in der Einstellung zu Tele-Medizin festgestellt werden. Allerdings geben alle Personen, welche sich dezidiert gegen Tele-Medizin aussprechen, an, dass sie mindestens „eher leicht“ mit ihren derzeitigen finanziellen Mitteln auszukommen. Da das Geld bezüglich ihrer Gesundheit ausreichend vorhanden ist, kann es sein, dass die Schwelle einen Arzt oder eine Ärztin aufzusuchen für sie eventuell niedriger ist, als für Personen welche weniger finanzielle Mittel zur Verfügung haben. Ein weiterer häufig genannter Aspekt der Personen, die dieses Angebot strikt ablehnen ist jener, dass sie dem Internet nicht vertrauen.

Weiters ist auffällig, dass das Thema Erste-Hilfemaßnahmen nur im Zusammenhang mit Apps angesprochen wird und es bezüglich der telefonischen Hilfestellung hauptsächlich um medizinischen Rat zu konkreten Beschwerden geht. Die Wichtigkeit des persönlichen Gesprächs ist somit nicht nur ein Grund, gegenüber der Tele-Medizin skeptisch zu sein und lieber eine persönliche ärztliche Versorgung aufzusuchen, sondern wird, sofern Hilfe bei Beschwerden notwendig ist, zusätzlich hervorgehoben. Eine App, also die unpersönlichste Variante, wird in Betracht gezogen, wenn es um allgemeingültige Ratschläge und Vorgehensweisen wie zum Beispiel bei der Ersten-Hilfe geht, während immer der persönliche Kontakt, wenn auch nur telefonisch, im Vordergrund steht wenn es um die interviewte Person selbst geht.



4. Zusammenfassung und Praxisimplikationen

Für die vorliegende qualitative Studie wurden mit 40 Personen im Alter zwischen 21 und 83 Jahren, wohnhaft in Wien oder Klagenfurt (24) und in den Bezirken Klagenfurt-Land oder Salzburg-Umgebung (16) episodische Interviews geführt. Ziel war es, die Motive für die Inanspruchnahme der wahlärztlichen Versorgung zu erheben und darzustellen. Alle InterviewpartnerInnen hatten in den letzten zwölf Monaten nach eigenen Angaben durchschnittlich jeweils etwas mehr als acht Kontakte mit Wahl- und VertragsärztInnen. Die Interviewten können daher durch ihre persönlichen Erfahrungen sowohl mit der wahl- als auch der vertragsärztlichen Versorgung in Österreich durchaus als „lebensweltliche ExpertInnen“²⁶ für dieses Thema bezeichnet werden, was ihren Aussagen eine besondere Relevanz verleiht.

Aus dem Strategiepapier der Bundeszielsteuerungskommission zur Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung²⁷ geht hervor, dass die Arzt-Patienten-Kommunikation auf vier Ebenen stattfinden sollte. Dabei ist der inhaltlich-medizinische Aspekt dieser Gespräche nur in einer Ebene zu finden. Die anderen Ebenen der Gesprächsqualität betreffen die Gesprächsführung, die Beziehung zwischen den ÄrztInnen und den PatientInnen sowie das Umfeld, in dem das Gespräch geführt wird. Die Qualität der Kommunikation mit den jeweiligen ÄrztInnen wurde auch in den Interviews häufig und intensiv von den Auskunftspersonen behandelt.

Es konnten mehrere Motive identifiziert werden, warum die Interviewten WahlärztInnen aufsuchen. Diese können durchaus mit den Ergebnissen einer Studie von Samhaber, die sich vor 15 Jahren mit der wahlärztlichen Versorgung in Oberösterreich empirisch beschäftigt hat, verglichen werden²⁸. Folgende Motive konnten in den vorliegenden Interviewdaten identifiziert werden, die für eine Inanspruchnahme wahlärztlicher Versorgung sprechen:

- **Erhöhter Zeiffaktor bzw. geringe Wartezeit:** Die Zeit ist allgemein in dreierlei Hinsicht (Wartezeit auf einen Termin, Wartezeit in der Ordination und Zeit für die Arzt-Patienten-Interaktion) für die Interviewten wichtig. Der

²⁶ AdomBent M, Michelsen G (2011): Transdisziplinäre Nachhaltigkeitswissenschaften. In: Heinrichs H, Kuhn K, Newig J (Hrsg.): Nachhaltige Gesellschaft Welche Rolle für Partizipation und Kooperation? Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 98-116.

²⁷ BMGF (2016): Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung. Strategie zur Etablierung einer patientenzentrierten Kommunikationskultur. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien.

²⁸ Samhaber I (2003): Motivationen zum Wahlarztbesuch unter besonderer Berücksichtigung von Gender-Aspekten. Eine empirische Studie. Linz: Universitätsverlag Rudolf Trauner.



Wunsch nach einem Mehr an Zeit im Rahmen eines Arzt-Patienten-Gesprächs wird von vielen Interviewten geäußert. Die tendenziell kurzen Wartezeiten bei WahlärztInnen sind für viele InterviewpartnerInnen ein Grund diese den VertragsärztInnen vorzuziehen. Dabei spielt sowohl die Wartezeit auf einen Termin als auch die in der Ordination selbst eine Rolle.

- **„Menschliche“ Behandlung und intensive Auseinandersetzung mit den PatientInnen:** Diese Motive sind in den Interviews verstärkt zu finden und hängen stark mit der aufgewendeten Zeit zusammen. ÄrztInnen, die subjektiv zu wenig Zeit für PatientInnen aufwenden (können), haben den Interviewten zufolge nicht die Möglichkeit, sich intensiv auf die PatientInnen und deren Beschwerden einzulassen und müssen sich daher meist mit einer Symptombekämpfung begnügen. Deutlich wird dieses Motiv auch dann, wenn von den Interviewten gefordert wird, dass ihnen die ÄrztInnen zuhören sollen. VertragsärztInnen bzw. deren Behandlungen werden von den Interviewten häufig mit einem „Fließband“ oder einer „Fabrik“ verglichen, in denen eine hohe Anzahl an PatientInnen in kurzer Zeit den Verdienst der ÄrztInnen gewährleisten soll. Die PatientInnen stellen in dieser Narration „Nummern“ dar, die möglichst schnell abgearbeitet werden sollen. WahlärztInnen werden hingegen mit Ruhe und einer entspannten Atmosphäre verbunden. Die Interviewpersonen nehmen an, dass sich WahlärztInnen für sie als Mensch interessieren und sich auch in ihrer Freizeit Gedanken über ihre PatientInnen machen.
- **Ausführlichere Diagnosestellung:** In einen Zusammenhang mit der verfügbaren Zeit für die Arzt-Patienten-Interaktion und der Intensität der Auseinandersetzung mit der Krankheit stellen die Interviewpersonen auch die ausführliche Diagnosestellung. Wie bereits im obigen Punkt erwähnt, soll nicht die Bekämpfung der Symptome, sondern das Finden und Behandeln der Ursache derselben im Fokus stehen. Zu diesem Punkt gehört auch das Erklären von Sachverhalten in Worten, die für die PatientInnen, die meist medizinische Laien sind, verständlich sind.
- **Guter Ruf und fachliche Kompetenz:** Deutlich wird dies, wenn die Relevanz der persönlichen Empfehlungen bei der Auswahl von ÄrztInnen bedacht wird und durch die Aussage einiger Interviewpersonen, dass es unter den WahlärztInnen einige SpezialistInnen gibt, die, aufgrund ihrer herausragenden Expertise in bestimmten Teilbereichen, bei besonderen Beschwerden aufgesucht werden. Die Einschätzung der Kompetenz fällt



den InterviewpartnerInnen jedoch sehr schwer. Die grundlegende fachliche Kompetenz möchten die Interviewten aber weder den Vertrags- noch den WahlärztInnen absprechen.

- o **Terminvereinbarung:** Die Möglichkeit Termine rasch und unkompliziert vereinbaren zu können, sehen die Interviewten dieser Studie vor allem im wahlärztlichen Bereich gegeben. Im vertragsärztlichen Bereich haben die InterviewpartnerInnen das Gefühl keine oder nicht ausreichend Wahlmöglichkeiten angeboten zu bekommen.
- o **Erreichbarkeit außerhalb der Ordinationszeiten:** Die Erreichbarkeit der WahlärztInnen außerhalb der Ordinationszeiten bzw. die Bereitschaft, PatientInnen zurückzurufen wird von den Interviewten sehr geschätzt und bis zu einem gewissen Grad auch vorausgesetzt.

Die Interviewten stellen Unterschiede zwischen der wahlärztlichen und der vertragsärztlichen Versorgung fest. Den Auskunftspersonen zufolge seien VertragsärztInnen überlaufen und fertigten die PatientInnen möglichst rasch ab; WahlärztInnen unterschieden sich in diesen Punkten deutlich von VertragsärztInnen. Die InterviewpartnerInnen fühlen sich im Gespräch mit WahlärztInnen „auf Augenhöhe“ mit diesen und schätzen vor allem die alternativmedizinischen Zusatzangebote, die WahlärztInnen häufig anbieten.

In den Interviews zeigt sich, dass WahlärztInnen im Vergleich zu VertragsärztInnen dem Internet gegenüber offensichtlich affiner sind. In manchen Fällen können Termine online vereinbart oder Befunde eingesehen werden. Es wird auch von Homepages der WahlärztInnen berichtet. Bei Erzählungen über VertragsärztInnen spielen diese keine Rolle.

Der finanzielle Aufwand für die Inanspruchnahme wahlärztlicher Versorgung wurde in der Studie ebenfalls berücksichtigt. 85 Prozent der Interviewten geben an, mit den vorhandenen finanziellen Mitteln sehr oder eher leicht auszukommen. Mehr als die Hälfte der InterviewpartnerInnen (22 Personen) haben eine Zusatzversicherung abgeschlossen. Die Kosten für Wahlarztbesuche sind für die meisten Auskunftspersonen in Ordnung, bezüglich der Rückerstattung derselben wünschen sie sich allerdings mehr Transparenz.

Im Folgenden werden die Ergebnisse in sieben relevanten Themen und entsprechenden Praxisimplikationen zusammengefasst.



4.1 Die Bedeutung von Zeit

Der Faktor Zeit ist in dreierlei Hinsicht für die Interviewten relevant. Sie möchten möglichst **rasch einen Termin erhalten, kurze Wartezeiten in der Ordination** und ausreichend **Zeit für das Gespräch** mit ihrem Arzt bzw. ihrer Ärztin. Was dabei auffällt ist, dass „gute“ Gespräche mit ÄrztInnen mehrere Ebenen, die bezüglich der Verbesserung der Gesprächsqualität unter anderem von der Bundeszielsteuerungskommission zur Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung thematisiert werden²⁹, betreffen. Die relevanten Fachinhalte werden den Interviewten zufolge sowohl von Vertrags- als auch WahlärztInnen in der Regel subjektiv zufriedenstellend übermittelt. Die Art und Weise, wie das Gespräch stattfindet, unterscheidet sich allerdings den Erzählungen der Interviewten zufolge. WahlärztInnen können sich in diesen Situationen mehr Zeit nehmen, um mit verbalen und non-verbalen Verfahren, wie dem gezielten Nachfragen oder Anschauen der PatientInnen, den Gesprächsverlauf positiv zu beeinflussen. Außerdem wird von den Auskunftspersonen berichtet, dass sich das Setting, in dem Besuche bei WahlärztInnen erfolgen, häufig durch die herrschende angenehme Atmosphäre auszeichnet. Sie nehmen keinen Zeitdruck wahr, den beispielsweise ein volles Wartezimmer bei manchen Interviewten auslöst. Die Interviewten erzählten, dass sie bei einem Arztbesuch Zeit brauchen, um sich an alle Fragen zu erinnern, die sie stellen wollten und ihre Beschwerden zu thematisieren.

Lange Wartezeiten auf Termine sind vor allem dann ein Problem, wenn akute Beschwerden bestehen oder wenn eine baldige Diagnose für den weiteren Behandlungsverlauf wichtig ist. Bei Routinekontrollen ist der Faktor Zeit für die Interviewten nicht so relevant, wobei Wartezeiten von sechs Monaten als zu lang eingeschätzt werden.

Praxisimplikationen

Es scheint in erster Linie nicht um die Zeit in Minuten zu gehen, sondern das gesamte Umfeld, in dem die Arzt-Patienten-Interaktion stattfindet. Die große Relevanz der guten Gesprächsführung ist eines der zentralen Erkenntnisse dieser Studie. Ein Learning ist, dass die Kommunikationsebene im vertragsärztlichen System offenbar nicht so gut funktioniert wie im wahlärztlichen Bereich;

²⁹ BMGF (2016): Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung. Strategie zur Etablierung einer patientenzentrierten Kommunikationskultur. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien.

zumindest ist das der subjektive Eindruck der Interviewpersonen. Die Bedürfnisse der PatientInnen werden nicht abgedeckt und diese weichen daher auf den wahlärztlichen Bereich aus. Eine mögliche Lösung könnten Primärversorgungszentren darstellen, in denen unterschiedliche GesundheitsdienstleisterInnen eng zusammenarbeiten. Diese könnten beispielsweise Teile der Beratung (z. B. bezüglich Ernährung oder Bewegung) übernehmen und so einerseits die PatientInnen betreuen und andererseits die MedizinerInnen entlasten.

Um dem Problem vorzubeugen, dass die PatientInnen vergessen, was sie alles fragen wollten, wäre es sinnvoll sie dazu zu animieren, alle offenen Fragen aufzuschreiben, damit diese dann aufgrund der Aufregung, die ein Arztbesuch durchaus auslösen kann, nicht in Vergessenheit geraten.

4.2 Der Service-Gedanke

WahlärztInnen werden von den Interviewten eher mit Serviceleistungen verbunden als VertragsärztInnen. Die Definition von Service ist dabei zwischen den Auskunftspersonen unterschiedlich. Manche erwarten Verpflegung (Kaffee, Wasser, Gebäck etc.) im Wartezimmer, für andere stellen kurze Wartezeiten, ständige Erreichbarkeit und Freundlichkeit Service dar.

WahlärztInnen können die Höhe der Honorare selbst festzulegen und haben so auch die Möglichkeit Serviceleistungen zu finanzieren, die bei VertragsärztInnen nicht entlohnt werden, da es sich dabei nicht um medizinische Leistungen handelt, die in der Honorarordnung abgedeckt sind.

Besonders beliebt bei den Interviewten sind Terminerinnerungen, die per SMS oder E-Mail zugeschickt werden. Auch die Einreichung der Honorarnoten bei der Krankenkasse schätzen die GesprächspartnerInnen sehr. Das Anbieten von Wasser scheint in den meisten Wahlarztordinationen offenbar gang und gäbe zu sein. Auffällig ist, dass diese Service-Leistungen, die von den Interviewpersonen erwähnt werden, vor allem der organisatorischen Ebene zuzuordnen sind.

PatientInnenerwartungen & Praxisimplikationen

Durch die freie Preisgestaltung fällt es WahlärztInnen offenbar leichter, Serviceleistungen anzubieten. Wenn die PatientInnen für einen Besuch bei Ärz-

Innen privat bezahlen, setzen sie ein gewisses Maß an Annehmlichkeiten voraus. Im Hinblick auf VertragsärztInnen wurden vergleichbare Services von den Interviewten zwar nicht gefordert, dennoch sollte die Möglichkeit Termine online zu vereinbaren auch im vertragsärztlichen Bereich in Zukunft forciert werden, um diesen Serviceaspekt besser abzudecken.

WahlärztInnen sind aufgrund der größeren Konkurrenz stärker von der Zufriedenheit der PatientInnen abhängig. Hier scheint der Druck, mehr als nur die medizinisch-inhaltliche Ebene abzudecken, größer zu sein als im vertragsärztlichen Bereich.

4.3 Erwartungen an WahlärztInnen

Die Erwartungen der InterviewpartnerInnen an WahlärztInnen unterscheiden sich von jenen, die an VertragsärztInnen gestellt werden. Die vertragsärztliche Versorgung wird von den Auskunftspersonen als Basis wahrgenommen, der wahlärztliche Bereich als Bonus, den man zusätzlich käuflich erwerben kann. Bezüglich der fachlichen Kompetenz erwarten die InterviewpartnerInnen jedoch in beiden Bereichen eine gute Versorgung. Alternative Behandlungsmethoden (Homöopathie, TCM etc.) werden von den Interviewten insbesondere mit der wahlärztlichen Versorgung in Verbindung gebracht³⁰. Im Sinne einer Zwei- oder Mehr-Klassen-Medizin werden allerdings Unterschiede in den Behandlungsmöglichkeiten attestiert. Von WahlärztInnen wird erwartet, dass sie sich neben den medizinisch relevanten Symptomen auch menschlich für ihre PatientInnen interessieren.

Lediglich wenn es sich um besonders schwer zuordenbare Beschwerden handelt, werden vor allem WahlärztInnen, seltener VertragsärztInnen, als SpezialistInnen für einen bestimmten Teilbereich ihrer Fachrichtung gesehen. In diesem Fall sind längere Wartezeiten für die Interviewten tendenziell unproblematisch. Die Kosten rücken in diesem Fall ebenfalls in den Hintergrund. Hier zeigt sich, dass die eigene Gesundheit einen hohen Stellenwert für die Interviewten einnimmt.

³⁰ Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang darauf, dass diese alternativen Behandlungsmethoden nicht auf medizinischer Evidenz basieren (vgl. <https://www.medizin-transparent.at/streitthema-homoeopathie#ref1>, 15.2.2019).



PatientInnenerwartungen

Die Interviewten stellen zwei bzw. mehr Stufen in der medizinischen Versorgung fest. Die Basis bildet dabei die Versorgung durch Vertragsärzte. Diese sind wichtig und sollen unbedingt erhalten bleiben. WahlärztInnen werden eher als Bonus gesehen und bieten eine gute Möglichkeit, um alternative Behandlungsmethoden in Anspruch nehmen zu können. Wichtig ist den Interviewten hier insbesondere die als qualitativ hochwertig eingeschätzte medizinische Ausbildung, welche die ÄrztInnen genossen haben. Sie vertrauen darauf, dass die ÄrztInnen, die alternative Behandlungsmethoden anbieten, auch über schulmedizinisches Wissen verfügen.

4.4 Die Auswahl von (Wahl)ÄrztInnen

Die Interviewten finden ihre ÄrztInnen sehr häufig über Empfehlungen von Familienmitgliedern und Ratschläge im Freundes- oder Bekanntenkreis. Einige berichten auch davon, dass ihnen von VertragsärztInnen empfohlen wurde, einen Wahlarzt oder eine Wahlärztin aufzusuchen. Der Ruf der ÄrztInnen spielt hier eine wesentliche Rolle. Nur wenige Interviewte erzählen, dass sie ganz gezielt nach WahlärztInnen suchen. Meist fragen sie im persönlichen Umfeld nach Empfehlungen für ÄrztInnen einer bestimmten Fachrichtung.

Wenn keine Empfehlung eingeholt werden kann, greifen die Interviewpersonen häufig auf das Internet oder ÄrztInnenverzeichnisse zurück. Gegenüber den Bewertungen im Internet sind die GesprächspartnerInnen häufig skeptisch.

Wenn die PatientInnen in ihrer Mobilität eingeschränkt sind, spielt die räumliche Nähe zu den jeweiligen Ordinationen eine wichtige Rolle. Bei SpezialistInnen rückt diese Relevanz wieder deutlich in den Hintergrund. Hier besteht häufig die Bereitschaft, auch längere Distanzen in Kauf zu nehmen. Ihre AllgemeinmedizinerInnen suchen sich die InterviewpartnerInnen aber gerne in der Nähe des Wohnortes.

PatientInnenerwartungen

Bei WahlärztInnen ist die Relevanz der Zufriedenheit der PatientInnen deutlicher, da diese sonst im persönlichen Netzwerk der Interviewten nicht weiterempfohlen werden. VertragsärztInnen werden häufiger in der eigenen

Wohn- oder Arbeitsumgebung gesucht. Bei der Auswahl wird vor allem Menschen vertraut, die den GesprächspartnerInnen nahe stehen oder die „ähnlich ticken“. Sie gehen davon aus, dass ÄrztInnen, mit denen FreundInnen zufrieden waren, auch für sie selbst geeignet sind.

4.5 Unterschiede zwischen Wahl- und VertragsärztInnen

Unterschiede zwischen dem wahl- und dem vertragsärztlichen Bereich werden von den Interviewten vor allem auf der organisatorischen Ebene festgestellt: Die Wartezeiten auf Termine, die Atmosphäre in der Ordination, die vor allem durch ein volles Wartezimmer beeinflusst werden kann und die Freundlichkeit der Ordinationsgehilfinnen stellen die größten Unterschiede dar. Das Einreichen der Wahlartztrechnungen, ein Aspekt der ebenfalls der organisatorischen Ebene zuzuordnen ist, bedeutet für die meisten keinen großen bürokratischen Aufwand und stellt somit kein Problem dar.

Auf der fachlichen Ebene sind die Einschätzungen der Interviewten ambivalent. Da die meisten GesprächspartnerInnen medizinische LaiInnen sind, fällt ihnen die Bewertung der fachlichen Kompetenz, der Behandlungsmöglichkeiten und der Diagnosestellung schwer. Sie loben zwar die fachliche Kompetenz der WahlärztInnen sehr, betonen aber gleichzeitig, dass sie VertragsärztInnen ihre Kompetenz keinesfalls absprechen wollen.

Auf der persönlichen Ebene gibt es sehr wenige Unterschiede zwischen Wahl- und VertragsärztInnen. Vielen Interviewpersonen ist es wichtig, dass sie Vertrauen zu ihren ÄrztInnen haben können und dass ihnen diese sympathisch sind. Einige wenige sagen, dass für sie die persönliche Ebene irrelevant sei und nur die fachliche Kompetenz zähle. In beiden Fällen wird betont, dass Sympathie und Vertrauen keinesfalls von einem Vertragsverhältnis abhängig sind. Der zeitliche Faktor, der bereits in Kapitel 4.1 thematisiert wurde, spielt hier eine Rolle, aber jene Interviewpersonen, denen die persönliche Ebene wichtig ist, sagen, dass sich ihre VertragsärztInnen auch ausreichend Zeit für sie und ihre Anliegen nehmen.

PatientInnenerwartungen

Unterschiede sind hauptsächlich auf der organisatorischen Ebene festzustellen. Die Interviewten erwarten fachlich gut ausgebildete ÄrztInnen und dieser Umstand ist für sie unabhängig von Verträgen mit Krankenkassen zu sehen.

Die persönliche Ebene ist vielen Auskunftspersonen wichtig und zeichnet sich ebenfalls nicht dadurch aus, ob es sich dabei um Wahl- oder VertragsärztInnen handelt.

4.6 Wünsche der Interviewpersonen

Die Interviewpersonen wünschen sich, dass die medizinische Versorgung so bleibt wie sie ist. Sie schätzen das aktuelle System und finden es gut, dass sie die Wahl haben, ob sie Vertrags- oder WahlärztInnen in Anspruch nehmen möchten. Diese Tatsache hängt wohl auch mit der erreichten Personengruppe zusammen. Die Interviewten haben mehrheitlich ausreichende finanzielle Mittel; die zusätzlichen Kosten für Besuche bei WahlärztInnen sind daher bei den wenigsten mit Schwierigkeiten hinsichtlich der Finanzierung verbunden.

Im vertragsärztlichen Bereich wünschen sich die Interviewten mehr Zeit mit ihren ÄrztInnen. Das hauptsächliche Problem sehen sie in der mutmaßlich geringen Bezahlung von VertragsärztInnen.

PatientInnenerwartungen

Die InterviewpartnerInnen sind großteils zufrieden mit dem aktuellen System. Sie schätzen die Wahlfreiheit und die Möglichkeit, für zusätzliche Bezahlung ein Mehr an Leistung zu erhalten. Veränderungswünsche betreffen insbesondere den Vertragsarztbereich.

4.7 Kosten und Rückerstattung

Die Höhe der Kosten für die Honorare der WahlärztInnen wird in den Interviews kaum thematisiert. Diese wird offenbar als gegeben und unveränderlich hingegenommen. Lediglich eine Interviewperson merkt an, dass sie sich eine Obergrenze für die Höhe von Wahlarzthonoraren wünscht. Die Höhe der Rückerstattung ärgert hingegen viele InterviewpartnerInnen. Sie wünschen sich mehr Transparenz, mit welchen Beträgen bei der Refundierung zu rechnen sein wird.

Die Einreichung der Wahlarztrechnungen stellt für die wenigsten ein Problem dar. Trotzdem wünschen sich die Auskunftspersonen teilweise eine Automatisierung des Vorganges. In manchen Fällen bieten die WahlärztInnen ihren Pa-



tientInnen an, die Einreichung für diese zu übernehmen. Dies wird als zusätzliches Service von den Interviewten angesehen. Die doppelte Einreichung, einerseits bei der Krankenkasse und andererseits bei der privaten Versicherung wird von einigen wenigen als aufwändig und mühsam beschrieben, da mehrere Einzelschritte zu unternehmen sind.

Praxisimplikationen

Zukünftig sollte eine höhere Transparenz bezüglich der Beträge, welche die Krankenkassen rückerstatten, erreicht werden. Wichtig wäre in diesem Zusammenhang aber auch eine Aufklärung, dass der Wortlaut der Wahlarztrechnung entscheidend für die Höhe des Betrages ist, der rückerstattet wird. Werden beispielsweise ausschließlich Leistungen auf der Rechnung vermerkt, die keine Kassenleistungen laut Honorarordnung sind, so wird auch nichts rückerstattet.



5. Projektteam

Das Institut für Soziologie verfügt über langjährige Erfahrung in der qualitativen Sozialforschung, Gesundheitssoziologie und Sozialgerontologie. Zu den Forschungsschwerpunkten, die an diesem Institut verfolgt werden zählen „Gesundheit, Lebenslauf, Familie und Generationen“, „Organisationen, Arbeit und Geschlecht“ sowie „Migration und soziale Ungleichheit“. Des Weiteren verfügt das Institut für Soziologie über Expertise in qualitativen und quantitativen sozioempirischen Methoden basierend auf der Tradition der Wiener Soziologie, die sich an sozialen Problemen orientiert und empirische Untersuchungen zu Gesellschaftsdiagnosen und soziologischen Theorien verdichtet. Dadurch hat das Institut für Soziologie umfassende Kompetenzen in der angewandten Sozialforschung, Interventionsforschung und wissenschaftlichen Begleitung bei Entwicklung, Implementierung und Evaluation politischer und technologischer Maßnahmen erworben. Die zentralen methodischen Schwerpunkte liegen in komplexer multivariater Datenanalyse, visueller Soziologie und interpretativer qualitativer Sozialforschung, sowie der Triangulation dieser Methoden.

Projektleitung

Ao. Univ-Prof. Dr. Franz Kolland studierte Soziologie an der Universität Wien, promovierte dort 1985 und habilitierte sich 1994 in Soziologie und Empirischer Sozialforschung. Seine Forschungsschwerpunkte liegen in der quantitativen Soziologie und der sozialen Gerontologie mit Fokus auf Bildungs- und Freizeitforschung im Alter, Gesundheit, ältere ArbeitnehmerInnen und neue Technologien (AAL). Er arbeitete am Ludwig Boltzmann-Institute of Social Gerontology and Life Course Research in Wien (1981-2005), dem er zwischen 1999 und 2005 als wissenschaftlicher Leiter vorstand. Er hat weitreichende Erfahrung in verschiedenen nationalen und internationalen Forschungsprojekten und ist Leiter des Universitätslehrgangs Gerontologie und soziale Innovation.

ProjektmitarbeiterInnen

Anna Fassl, BA BSc studierte Betriebswirtschaft an der Wirtschaftsuniversität Wien und absolviert derzeit das Masterstudium Soziologie an der Universität Wien. Sie ist seit 2015 als Projektmitarbeiterin am Institut für Soziologie tätig und



verfügt über einschlägige Erfahrung im Bereich der Gesundheits- und Altersforschung, sowie Erfahrung mit narrativen und semi-strukturierten Leitfadenterviews.

Thomas Mayer, BA absolviert derzeit das Masterstudium in Soziologie an der Universität Wien und Comparative Social Policy and Welfare in einem internationalen Setting an der Johannes-Kepler-Universität Linz, der Tampere University in Finnland und der Mykolas Romeris University in Litauen. Er ist seit 2017 als Projektmitarbeiter am Institut für Soziologie tätig und forscht im Schwerpunkt Alter und Technologie, sowie Alter und Gesundheit.

Karoline Bohm, BA studierte Soziologie und absolviert derzeit das Masterstudium Soziologie an der Universität Wien und Marketing und Konsumentenforschung an der Austrian Marketing University of Applied Sciences. Durch ihre Tätigkeit als Studienassistentin im Forschungsschwerpunkt „Alter und Generationen“ verfügt sie über Erfahrungen in der qualitativen Forschung und mit Leitfadenterviews.

Unter Mitarbeit von Mag.^a Justyna Zgud und Constantin Holmer



Annex 1: Leitfaden

EINLEITUNGSTEXT

In diesem Gespräch geht es heute um Ihre Erfahrungen mit und Ihre Erwartungen an Wahlärztinnen und Wahlärzte. Dabei sind mir Ihre persönlichen Erfahrungen und Ihre Meinung besonders wichtig. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten, sondern es geht um Ihre persönliche Sichtweise. All Ihre Antworten sind für das Projekt wichtig.

Damit ich im Gesprächsverlauf nichts vergesse, habe ich einen Leitfaden erstellt, der uns durch dieses Gespräch führen soll. Sollten Sie der Ansicht sein, dass ein wichtiger Aspekt übersprungen wurde, den Sie noch näher ausführen möchten, dann weisen Sie mich bitte darauf hin. Falls möglicherweise eine Frage für Sie unklar formuliert ist, weisen Sie mich bitte ebenfalls darauf hin. Ich werde immer wieder abwechselnd die weibliche und die männliche Form – also Ärztinnen und Ärzte – ansprechen. Damit sind aber jeweils immer grundsätzlich beide Geschlechter gemeint.

Bitte beantworten Sie meine Fragen so offen wie möglich, denn mein Hauptanliegen ist es, mir ein Bild Ihrer persönlichen Erfahrungen zu diesem Thema zu machen und Ihre Sichtweise kennenzulernen.

Haben Sie noch Fragen, bevor wir mit dem Interview beginnen?

Dann starte ich jetzt die Aufzeichnung!

Wir beginnen mit einem kurzen Fragebogen, in dem es um Ihre Arztkontakte im Jahr 2017 geht.

Welche ÄrztInnen (d. h. aus welchen Fachrichtungen), sowohl Wahl- als aus VertragsärztInnen, haben Sie im Jahr 2017 im niedergelassenen Bereich in Anspruch genommen? Sagen Sie mir bitte auch immer dazu, ob der Besuch routinemäßig oder aufgrund eines akuten Problems stattgefunden hat.

Bei welchen dieser ÄrztInnen handelte es sich um einen Wahlarzt bzw. eine Wahlärztin und bei welchen Fachrichtungen um einen Vertragsarzt bzw. eine Vertragsärztin?



Fachrichtung	Routine	akut	Wahlarzt	Vertragsarzt
Augenheil- kunde				
Lungenkrank- heiten				
Chirurgie				
Orthopädie				
Dermatologie				
Unfallchirurgie				
Frauenheil- kunde				
Urologie				
Innere Medizin				
Neurologie und Psychiatrie				
Kinderheil- kunde				
Neurochirurgie				
HNO-Krankhei- ten				
Kinder- und Ju- gendpsychiat- rie				
Allgemeinme- dizin				
Zahnheilkunde				
Radiologie				
Sonstige:				



Wie häufig waren Sie im Jahr 2017 insgesamt bei WahlärztInnen?

Anzahl der Wahlarztkontakte: _____

Wie häufig waren Sie im Jahr 2017 insgesamt bei VertragsärztInnen?

Anzahl der Vertragsarztkontakte: _____

ERFAHRUNGEN MIT WAHLÄRZT/INNEN

1. Bitte erzählen Sie mir von Ihrem letzten Besuch beim Wahlarzt bzw. bei der Wahlärztin?
 - Auf welches Fach ist dieser Arzt/diese Ärztin spezialisiert?
 - Waren Sie vor diesem Besuch bereits PatientIn bei diesem Arzt/dieser Ärztin oder waren Sie das erste Mal dort?
 - Wie lange haben Sie auf diesen Termin gewartet?
 - Wie lange haben Sie in der Ordination gewartet?
 - Bitte beschreiben Sie, wie Ihr Arztbesuch in der Ordination in etwa abgelaufen ist! (Gespräch zwischen Arzt/Patient, Unterhaltung auch über nicht-medizinische Themen, Erklärung von Diagnosen, Medikamenteneinnahmen, etc.)
 - Wie kam es zum (erstmaligen) Kontakt mit diesem Wahlarzt/dieser Wahlärztin? (bspw. auf Empfehlung, Eigeninitiative, Überweisung)
 - Warum haben Sie einen Wahlarzt/eine Wahlärztin aufgesucht (und keinen Vertragsarzt/keine Vertragsärztin)?
2. Ganz allgemein: Warum kontaktieren Sie Ihre ÄrztInnen? (jährliche bzw. regelmäßige Untersuchungen/Termine, anlassbezogen/akut – eigenständig, in Folge einer Zuweisung etc.)
 - Wer ist Ihr erster Ansprechpartner/Ihre erste Ansprechpartnerin wenn Sie gesundheitliche Beschwerden haben? (Hausarzt/Hausärztin, Facharzt/Fachärztin)
 - Wie häufig kontaktieren Sie Ihre ÄrztInnen? (regelmäßig vs. akut)
 - Welche Unterschiede gibt es im Hinblick auf die Kontaktaufnahme in Bezug auf die unterschiedlichen Fachrichtungen?
 - Welche Kriterien sind Ihnen bei der Auswahl Ihrer ÄrztInnen besonders wichtig?
 - Warum ist es für Sie wichtig, dass sich der Arzt bzw. die Ärztin Zeit für Sie nimmt? Was verstehen Sie unter einer persönlichen Beziehung?



3. Wie lange kennen Sie Ihre jeweiligen WahlärztInnen schon?
4. Warum gehen Sie genau zu diesen WahlärztInnen? (Kennen die Krankengeschichte, Nähe zur Wohnumgebung/ Arbeitsumgebung, Empfehlung, keine andere Auswahl, zu lange Wartezeiten bei VertragsärztInnen)
 - Was schätzen Sie besonders an Ihren WahlärztInnen?
 - Wie wichtig ist Ihnen der Servicegedanke, wenn Sie zu einem Wahlarzt/einer Wahlärztin gehen?
 - Wie definieren Sie dieses Service?

ÄRZTINNEN ALLGEMEIN

5. Wenn Sie einen neuen Arzt bzw. eine neue Ärztin brauchen: Wie finden Sie diese?
6. Haben Sie in der Vergangenheit Ihre ÄrztInnen gewechselt?
 - Wenn ja:
 - Warum haben Sie gewechselt?
 - Wie oft?
 - War das ein vorübergehender oder dauerhafter Wechsel?
 - Wohin haben Sie gewechselt, zu einem Vertrags- oder einem Wahlarzt?
 - Wenn nein:
 - Warum haben Sie nicht gewechselt?
7. Wie wichtig ist es Ihnen, dass Sie immer vom selben Arzt bzw. von der selben Ärztin behandelt werden?
8. Welche Unterschiede gibt es in Bezug auf den Wechsel zwischen ÄrztInnen verschiedener Fachrichtungen?

UNTERSCHIED WAHLÄRZTINNEN – VERTRAGSÄRZTINNEN

9. Wodurch unterscheiden sich Ihre Besuche bei WahlärztInnen von denen bei VertragsärztInnen? (Wartezeiten auf Termine und in der Ordination, Zeit, die für ein PatientInnengespräch aufgewendet wird; Ordinationsräume; Servicegedanke; Kompetenz der ÄrztInnen; etc.)
 - Welche Unterschiede gibt es bezüglich des Angebots an medizinischen Leistungen zwischen Ihren VertragsärztInnen und WahlärztInnen?



- Welche Unterschiede gibt es bezüglich des Service im Hinblick auf VertragsärztInnen und WahlärztInnen?
- Unterscheiden sich WahlärztInnen und VertragsärztInnen Ihrer Ansicht nach hinsichtlich der fachlichen Kompetenz?

10. Es gibt ja mehrere Ebenen, die bei der Auswahl von ÄrztInnen wichtig sein können, z. B. die organisatorische, die fachliche und die persönliche Ebene. Wenn Sie jetzt an die organisatorische, die fachliche und die persönliche Ebene denken: Welche Kriterien sprechen jeweils dafür bzw. dagegen einen Wahlarzt/eine Wahlärztin im niedergelassenen Bereich aufzusuchen?

- Welche Kriterien sprechen auf organisatorischer Ebene dafür bzw. dagegen einen Wahlarzt/eine Wahlärztin im niedergelassenen Bereich aufzusuchen? (Wartezeiten, Kosten, Zugang zur medizinischen Versorgung, zeitliche Verfügbarkeit, Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsanbietern, bürokratischer Aufwand u.a. für **Einreichung der Kostenerstattung**, etc.)
- Welche Kriterien sprechen auf fachlicher Ebene dafür bzw. dagegen einen Wahlarzt/eine Wahlärztin im niedergelassenen Bereich aufzusuchen? (ärztliche Kompetenz, Qualitätsaspekte, Therapieoptionen, gemeinsame Entscheidungsfindung, Leistungsspektrum, etc.)
 - Was macht einen Arzt/eine Ärztin für Sie *fachlich kompetent*?
- Welche Kriterien sprechen auf persönlicher Ebene dafür bzw. dagegen einen Wahlarzt/eine Wahlärztin im niedergelassenen Bereich aufzusuchen? (persönliche Arzt-Patient-Beziehung, Zusatzversicherung, etc.)

11. Und wie ist das bei VertragsärztInnen im Gegensatz zu WahlärztInnen?

- Welche Kriterien sprechen auf organisatorischer Ebene dafür bzw. dagegen einen Vertragsarzt/eine Vertragsärztin im niedergelassenen Bereich aufzusuchen? (Wartezeiten, Kosten, Zugang zur medizinischen Versorgung, zeitliche Verfügbarkeit, Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsanbietern, **bürokratischer Aufwand**, etc.)
- Welche Kriterien sprechen auf fachlicher Ebene dafür bzw. dagegen einen Vertragsarzt/eine Vertragsärztin im niedergelassenen Bereich aufzusuchen? (ärztliche Kompetenz, Qualitätsaspekte, Therapieoptionen, gemeinsame Entscheidungsfindung, Leistungsspektrum, etc.)
- Welche Kriterien sprechen auf persönlicher Ebene dafür bzw. dagegen einen Vertragsarzt/eine Vertragsärztin im niedergelassenen Bereich aufzusuchen? (persönliche Arzt-Patient-Beziehung, etc.)

12. Was ist Ihnen bei den Sie betreuenden und behandelnden ÄrztInnen besonders wichtig?



- Was ist Ihnen v.a. im Hinblick auf die Behandlung durch Ihre ÄrztInnen wichtig?
- Gibt es in Bezug auf diese Relevanzen Unterschiede zwischen WahlärztInnen und VertragsärztInnen?

PROBLEME, BEDÜRFNISSE, ERWARTUNGEN, WÜNSCHE

13. Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Versorgung im Wahlarztbereich ein?

- Was schätzen Sie besonders an Ihrer derzeitigen Versorgung im Wahlarztbereich?
- Mit welchen Problemen sehen Sie sich konfrontiert?
- Welche Wünsche und Erwartungen haben Sie an die Versorgung im Wahlarztbereich?
- Wo wünschen Sie sich diesbezüglich Veränderungen?

14. Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Versorgung im Vertragsarztbereich ein?

- Mit welchen Problemen sehen Sie sich konfrontiert?
- Welche Wünsche und Erwartungen haben Sie an die Versorgung im Vertragsarztbereich?
- Wo wünschen Sie sich diesbezüglich Veränderungen?

15. Wie bewerten Sie ganz allgemein die medizinische Versorgung, die Sie derzeit in Österreich bekommen?

16. Was halten Sie von orts- und zeitunabhängigen medizinischen Angeboten, z. B. via App oder Telefon (Telemedizin)?

- Haben Sie solche orts- und zeitunabhängigen Angebote schon einmal in Anspruch genommen?
 - Wenn ja: Welche Erfahrungen haben Sie damit gemacht?

ALLGEMEINE ABSCHLUSSFRAGE

17. Gibt es sonst noch etwas, das Sie mir gerne zu diesem Thema erzählen möchten oder auf den Weg mitgeben wollen?

Abschließend habe ich noch einen Kurz-Fragebogen, in dem die wichtigsten sozialstatistischen Merkmale erfasst werden. Dieser dient dazu unsere InterviewpartnerInnen in der Auswertung richtig einschätzen zu können.



Annex 2: Screening Bogen

In welchem Bundesland leben Sie?

- Wien Kärnten Salzburg

Geschlecht:

- Männlich Weiblich

Jahrgang: _____

In welchem Land wurden Sie geboren?

- Österreich
 Anderes: _____

Wie viele Personen, Sie eingeschlossen, leben ständig in Ihrem Haushalt? _____

Wie ist Ihr Familienstand?

- ledig
 in einer Partnerschaft lebend
 verheiratet
 geschieden
 getrennt
 verwitwet

Welche höchste abgeschlossene Schulbildung haben Sie?

- kein Schulabschluss
 Volksschule
 Hauptschule
 Lehre, BMS
 Matura
 Akademie, Hochschule, Universität

Wie schätzen Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen ein?

- Sehr gut
 Gut
 Mittelmäßig
 Schlecht
 Sehr schlecht

Wie gut kommen Sie mit Ihren finanziellen Mitteln aus?

- sehr leicht
 eher leicht
 mit einigen Schwierigkeiten
 mit großen Schwierigkeiten
 keine Angabe



Leiden Sie an einer oder mehreren chronischen Erkrankungen, die regelmäßige (Fach-)Arztbesuche erforderlich machen?

- Ja Nein

Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert?

WGKK

KGKK

SGKK

Andere: _____

Haben Sie eine private Krankenversicherung?

- Ja Nein



Annex 3: Informed Consent

Information und Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der Studie „Motive für die Inanspruchnahme von fachärztlichen WahlärztInnen im Gesundheitssystem“

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer!

Ihre Teilnahme an dieser Studie erfolgt freiwillig. Sie können jederzeit ohne Angabe von Gründen aus der Studie ausscheiden. Die Ablehnung der Teilnahme oder ein vorzeitiges Ausscheiden aus dieser Studie hat keine nachteiligen Folgen für Sie.

Wissenschaftliche Studien sind notwendig, um verlässliche neue Forschungsergebnisse zu gewinnen. Unverzichtbare Voraussetzung für die Durchführung einer wissenschaftlichen Studie ist jedoch, dass Sie Ihr Einverständnis zur Teilnahme an dieser Studie schriftlich erklären. Bitte lesen Sie den folgenden Text als Ergänzung zum Informationsgespräch sorgfältig durch und zögern Sie nicht, Fragen zu stellen.

Bitte unterschreiben Sie die Einwilligungserklärung nur,

- wenn Sie Art und Ablauf der Studie vollständig verstanden haben,
- wenn Sie bereit sind, der Teilnahme zuzustimmen und
- wenn Sie sich über Ihre Rechte als TeilnehmerIn an dieser Studie im Klaren sind.

1. Was ist das Ziel der Studie?

Die Studie „Motive für die Inanspruchnahme von fachärztlichen WahlärztInnen im Gesundheitssystem“, die vom Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger initiiert und finanziert wird, soll eine Datengrundlage zur Verbesserung der Informationen über die Erwartungen, Wünsche, Bedürfnisse bzw. die gewünschten Rahmenbedingungen von PatientInnen an die Versorgung durch fachärztliche WahlärztInnen in Österreich schaffen.

2. Was für einen Nutzen hat die Teilnahme an der Studie?

Mit Ihrer Teilnahme unterstützen Sie das wissenschaftliche Forschungsprojekt „Motive für die Inanspruchnahme von fachärztlichen WahlärztInnen im Gesundheitssystem“, an dem die Universität Wien gemeinsam mit dem Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger arbeitet. Das Projekt zielt



darauf ab durch die leitfadengestützte Befragung zu einem größeren Wissen bezüglich der Erwartungen an die fachärztliche Versorgung beizutragen.

3. Wie läuft das Interview ab?

Das Interview wird voraussichtlich eine Stunde dauern. Die Dauer der Befragung kann unter Umständen variieren. Das Interview wird für die Auswertung aufgezeichnet.

4. In welcher Weise werden die gesammelten Daten verwendet?

Nur die ProjektmitarbeiterInnen, die diese Forschung durchführen haben Zugang zu den vertraulichen Daten, in denen Sie namentlich genannt werden. Diese Personen unterliegen der Schweigepflicht.

Darüber hinaus werden Ihre Daten anonymisiert. Auch im Falle einer Veröffentlichung der Daten bleiben diese anonym. Beim Umgang mit den Daten werden die Bestimmungen des österreichischen Datenschutzgesetzes befolgt. Nach der Anonymisierung, welche bei der Abspeicherung der Aufzeichnungen erfolgt, ist eine Zuordnung der Angaben bzw. Tonbandaufnahmen zu Ihrer Person nicht mehr möglich.

5. Entstehen für die Teilnehmenden Kosten?

Durch Ihre Teilnahme an dieser Studie entstehen für Sie keine zusätzlichen Kosten.

6. Möglichkeit zur Diskussion weiterer Fragen

Für weitere Fragen im Zusammenhang mit dieser Studie steht Ihnen die Studienleiterin auch nach Ende Ihrer Teilnahme gerne zur Verfügung.

Leitung: Anna Fassl

Erreichbar unter: [REDACTED], Anna.Fassl@univie.ac.at

7. Einwilligungserklärung

Name des/ der TeilnehmerIn:

Geb. Datum:

Code:

Ich erkläre mich bereit, an der Studie bezüglich der Gesamtevaluation des Projektes „Motive für die Inanspruchnahme von fachärztlichen WahlärztInnen im Gesundheitssystem“ teilzunehmen.

Ich bin von ausführlich und verständlich über die Studie und den Ablauf des Interviews aufgeklärt worden. Ich habe darüber hinaus den Text dieser Einwilligungserklärung, die insgesamt 2 Seiten umfasst, gelesen. Aufgetretene Fragen wurden mir verständlich und genügend beantwortet. Ich



hatte ausreichend Zeit, mich zu entscheiden. Ich habe zurzeit keine weiteren Fragen mehr.

Ich behalte mir jedoch das Recht vor, meine freiwillige Mitwirkung jederzeit zu beenden, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen.

Ich bin zugleich damit einverstanden, dass meine im Rahmen dieser Studie ermittelten Daten aufgezeichnet werden. Beim Umgang mit den Daten werden die Bestimmungen des Datenschutzgesetzes beachtet.

.....
(Datum und Unterschrift des Teilnehmers/ der Teilnehmerin)

.....
(Datum, Name und Unterschrift der/des verantwortlichen Studienleiterin/
Studienleiters)