

Dr. Timo Fischer:

# **Die ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich aus dem Blickwinkel der Patienten**

## ***Schlaglichter aus einem vernachlässigten Gebiet der Gesundheitspolitik***

### **1. Einleitung**

„Im Mittelpunkt der Gesundheitspolitik der Bundesregierung steht der Bedarf der PatientInnen.“<sup>1</sup> Diese Forderung aus dem aktuellen Regierungsprogramm ist bemerkenswert; wurde doch der Bedarf der Patienten in der Vergangenheit von den jeweiligen Akteuren im Gesundheitswesen meist im eigenen Interesse interpretiert. Während die einzelne Krankenkasse in ihrer Funktion als Kostenträgerin im Wesentlichen die Mittelaufbringung im Auge hat, interessiert sich der Arzt als Leistungsanbieter an einer hohen persönlichen Vergütung sowie an einer Optimierung seines Outputs. Diese Positionen sind einzelwirtschaftlich zwar für jeden einsichtig und rational, sie führen aber aufgrund der Besonderheiten des Gesundheitsmarktes jedoch weder allein noch in der Interaktion zwischen Verbänden und Kammern zu einem effizienten Gesamtsystem. Das fehlende und ausgleichende Element scheinen die Patienten und ihre Bedürfnisse zu sein; schließlich haben diese in ihrer Funktion als Zahler und Leistungsbezieher als einzige ein originäres Interesse an einem qualitativ hochwertigen und gleichzeitig bezahlbaren Angebot an medizinischen Leistungen. Doch welche Bedürfnisse haben Patienten? Welche Erfahrungen haben sie im Gesundheitssystem gesammelt und wie schätzen sie die Versorgung derzeit überhaupt ein?

Aufschluss über diese und andere Fragen gibt eine breit angelegte Nutzerbefragung (Stichprobe: 4.000 Österreicher ab 15 Jahren, repräsentativ für das gesamte Bundesgebiet), die im Auftrag des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger im Herbst 2008 durchgeführt wurde. Im Hinblick auf internationale Vergleichbarkeit der Ergebnisse und auf ein Höchstmaß an Objektivität orientiert sich diese Studie an einem in Deutschland und der Schweiz zum Einsatz kommenden und validierten Befragungsinstrument. Im Nachstehenden wird eine

---

<sup>1</sup> Regierungsprogramm für die XXIV Gesetzgebungsperiode, 2008, S. 179.

kleine Auswahl an Fragestellungen der Nutzerbefragung diskutiert. Konkret werden Wartezeiten für die (fach-)ärztliche Behandlung, die Rolle des Hausarztes im österreichischen Gesundheitswesen und die Probleme bei der Suche nach einem „guten Arzt“ thematisiert. Darüber hinaus steht die oftmals in der Öffentlichkeit diskutierte Zweiklassenmedizin aus Patientenperspektive im Mittelpunkt der Betrachtung und es wird der Stellenwert der partizipativen Entscheidungsfindung aufgezeigt. Der Beitrag schließt mit einer Gesamtbeurteilung zur niedergelassenen ärztlichen Versorgung und einer Einschätzung über die künftigen Entwicklungen im österreichischen Gesundheitssystem.

## **2. Wartezeiten als Ausdruck für regionale Über- oder Unterversorgung?**

Glaut man den aktuellen Zahlen der OECD, so ist die Versorgung mit niedergelassenen Ärzten in Österreich im internationalen Vergleich sehr gut und es scheint keinen Anlass zur Befürchtung zu geben, dass in Österreich generell zu wenig ärztliche Ressourcen in der niedergelassenen Versorgung zur Verfügung stehen.<sup>2</sup> Dies zeichnet sich auch – falls man der These der angebotsinduzierten Nachfrage nach ambulanten Arztleistungen anhängt – bei der hohen Frequenz der Inanspruchnahme ab. So war ein Befragter im Mittel 5,2 mal während der letzten 12 Monate, die dem Befragungszeitraum vorangegangen sind, beim Haus- oder Facharzt.<sup>3</sup>

Bricht man die Versorgungszahlen auf Bundesländerebene herunter, zeigen die Daten zur Dichte an niedergelassenen (Fach-)Ärzten, dass angebotsseitig zwischen den Bundesländern in Österreich eine große Variabilität besteht (siehe Abbildung 1). Variabilität ist per se aber noch kein Indikator für regionale Über- oder Unterversorgungssituationen im ärztlichen Angebot. Zur Beantwortung der Frage, ob sich daraus auch tatsächliche Unterschiede hinsichtlich des Zugangs zum Gesundheitssystems ergeben, kann unter anderem die vorliegende Nutzerbefragung herangezogen werden. Als Indikator für die Beurteilung von unterschiedlichen

---

<sup>2</sup> Vgl. OECD Gesundheitsdaten 2008, Daten zu “practising physicians, density/1000 population“.

<sup>3</sup> Die Anzahl der erfragten Konsultationen sind aus methodischen Gründen nicht zwingend identisch mit den Abrechnungsdaten der sozialen Krankenversicherung, die sogar höhere Konsultationen je Anspruchsberechtigten ausweisen.

Versorgungssituationen haben sich Wartezeiten erwiesen.<sup>4</sup> Dabei deuten kurze Wartezeiten auf eine regionale Überversorgung und lange Wartezeiten auf eine regionale Unterversorgung hin. Insofern könnten lange Wartezeiten ärztliche Versorgungslücken etwa in Bundesländern, die sich mit einer hohen Einwohner-je-Arzt-Quote auszeichnen, offenlegen.

Betrachtet man die Wartezeiten beim Facharzt auf einen zuvor vereinbarten Sprechstundentermin in den einzelnen Bundesländern (siehe Abbildung 2), lassen sich teils erhebliche Unterschiede ausmachen. Während man in Wien im Mittel gute neun Tage wartet, sind es in Vorarlberg und Kärnten knapp über 17. Dies ist umso erstaunlicher, weist Vorarlberg wie auch Wien eine vergleichsweise niedrige Anzahl von Einwohnern pro Facharzt auf. Erstaunlich ist auch, dass Oberösterreich trotz der meisten Einwohner pro Facharzt hinsichtlich der Wartezeiten im (oberen) Mittelfeld liegt. Die Ergebnisse der Befragung sind jedoch nicht per se als Indiz für vermeintliche regionale Fehlversorgungen zu deuten, sondern konstatieren zunächst nur, dass in den einzelnen Bundesländern zeitlich unterschiedliche Zugänge zu Fachärzten bestehen. Dies sollte zunächst lediglich als Manifestation unterschiedlicher Ressourcenallokationen betrachtet werden. Insbesondere die Relationen zwischen Einwohnerzahl je allgemeinem Facharzt und wahrgenommener Wartezeit in Vorarlberg, Kärnten und Oberösterreich weisen aber auf das Erfordernis einer tiefergehenden Analyse hin, um sichere Aussagen treffen zu können. Grundsätzlich zeichnet die Befragung ein sehr positives Bild im Hinblick auf Wartezeiten. Sie zeigt, dass im Bundesdurchschnitt 74 Prozent bei ihrem Hausarzt und 25 Prozent beim Facharzt noch am gleichen Tag einen Termin bekommen. Während die durchschnittliche Dauer der Wartezeit auf einen Sprechstundentermin beim Hausarzt im Mittel 2,5 Tage beträgt, erhöht sie sich bei einem Facharzttermin auf 13,1 Tage (siehe Abbildung 3). Auf die Frage, wie diese Wartezeit empfunden wurde, geben im Hinblick auf einen Hausarztbesuch immerhin 43 Prozent bzw. auf einen Facharztbesuch 39 Prozent an, dass die Wartezeit genau ihren Wünschen entsprechend war. Lediglich 19 Prozent empfinden die Wartezeiten beim Hausarzt und 21 Prozent die Wartezeiten beim Facharzt als zu lang und viel zu lang (siehe Abbildung 4). Zu hinterfragen sind jedenfalls die 2 Prozent der Befragten beim Hausarzt und 3 Prozent der Befragten beim Facharzt, die durch die Wartezeit zwischen Terminvereinbarung und Arztbesuch spürbar gesundheitliche Nachteile

---

<sup>4</sup> Vgl. etwa Hurst, Jeremy und Melissa Jee-Hughes: Performance Measurement and Performance Management in OECD Health Systems. Labour Market and Social Policy. OECD Occasional Paper 47. Paris 2001.

erlitten (siehe Abbildung 5). Zwar werden diese geringen Werte durch diejenigen, die keine gesundheitlichen Nachteile durch die Wartezeit erfuhren, relativiert (84 Prozent beim Hausarzt und 85 Prozent beim Facharzt), inwieweit die beiden Werte sich jedoch konterkarieren, bleibt einer ethischen Diskussion überlassen. Die Wartezeiten in den Ordinationen selbst unterscheiden sich kaum: Während beim Hausarzt durchschnittlich 34 Minuten gewartet wird, werden beim Facharzt durchschnittlich 28 Minuten im Wartezimmer verbracht (siehe Abbildung 6). Fragt man schließlich noch nach dem Hauptgrund für die Wartezeit, geben die Befragten an, dass der Arzt einen guten Ruf habe und deswegen von vielen Patienten besucht werde.<sup>5</sup>

In der Gesamtschau bleibt festzuhalten, dass die Nutzerbefragung zwar tendenziell vermeintliche regionale Unter- bzw. Überversorgungen aufzuzeigen vermag, die daraus gewonnenen Aussagen jedoch erst im Zusammenspiel mit weiteren Datenquellen valide Aussagen zulassen. Gleichwohl könnte die Nutzerbefragung als Ausdruck für die Präferenzen der Bevölkerung ein wertvolles Ergänzungsinstrument zur bisherigen, primär auf Ressourcen abzielenden Bedarfsplanung darstellen.

### **3. Der Hausarzt als erster Ansprechpartner – Status quo und Potenziale**

Der Hausarzt als erster Ansprechpartner ist im Bewusstsein der österreichischen Bevölkerung tief verankert. So haben im Schnitt 93 Prozent der Befragten einen Hausarzt zu dem Sie gewöhnlich gehen, wenn Sie krank sind oder medizinischen Rat benötigen. Während in Gemeinden bis 2.000 Einwohner die Bindung noch größer ist – dort haben 96 Prozent einen Hausarzt – nimmt dieser Prozentsatz mit steigender Gemeindegröße bis hin zum Extremfall Wien leicht ab, wo immerhin noch 89 Prozent der Befragten über einen Hausarzt verfügen. Gleichzeitig scheint es eine hohe Bindung und großes Vertrauen in die Hausärzte zu geben, schließlich werden 80 % der Patienten bereits seit fünf oder mehr Jahren von ihrem Hausarzt betreut. Wiederum ist die Dauer der Betreuung stark abhängig von der Gemeindegröße. Im Hinblick auf eine hohe Prozessqualität erscheint es jedoch hinterfragenswert, dass immerhin rund 28 Prozent der Frequent User und chronisch Kranken bei ihrem

---

<sup>5</sup> Vgl. Günter, Bernd und Peter Potthoff: „Wartezeiten für die fachärztliche Behandlung – Hinweise auf regionale Über- oder Unterversorgung?“, in: Böcken, Jan, Bernhard Braun und Melanie Schnee (Hrsg.), Gesundheitsmonitor 2003 – Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft, Verlag Bertelsmannstiftung, Gütersloh 2003, S. 12-26.

letzten Kontakt mit der Ordination nicht mit Ihrem Hausarzt, sondern lediglich mit der Ordinationshilfe gesprochen haben.

Dem Hausarzt kommt auch eine gewisse Lotsenfunktion zu, schließlich zeigte die Befragung, dass 41 % der Bevölkerung mit Überweisung zu einem Facharzt gegangen sind. Diese Funktion könnte künftig ausgebaut und dem Hausarzt ein echtes Gesundheitsmanagement seiner Patienten übertragen werden. Die Stärkung des Hausarztes ist derzeit auch das erklärte Ziel der Bundesregierung. Dem Regierungsprogramm folgend, soll ein Hausarztmodell erarbeitet und gegebenenfalls umgesetzt werden.<sup>6</sup> Wie die Nutzerbefragung zeigt, existiert bereits ein historisch gewachsenes Hausarztmodell in Österreich auf dem aufgebaut werden kann. Ob und wie sich die mit einem Hausarztmodell erwarteten positiven Versorgungs- und Einsparungseffekte etwa durch eine Lotsenfunktion und durch Gatekeeping einstellen werden, bleibt indes abzuwarten. Wie internationale Erfahrungen zeigen, scheinen die Anreizwirkungen der Vergütungssysteme, wie z.B. bei einer intelligenten Art von Capitation, ein wesentlicher Erfolgsfaktor eines Hausarztmodells auszumachen.<sup>7</sup>

#### **4. Auf der Suche nach einem „guten Arzt“ – Transparenz im niedergelassenen Bereich**

In Österreich bleibt man trotz vieler gesundheitsbezogener Informationsangebote bei der Suche nach einem „guten Arzt“ meist allein gelassen, da es kaum Informationen zur Qualität von Leistungserbringern gibt. Daneben wird auch die Tatsache, dass mündige Patienten durch bessere Informationsmöglichkeiten auch Schwachstellen im Versorgungssystem aufdecken könnten, nur selten diskutiert. In Wirklichkeit wird die Schaffung von mehr Transparenz beispielsweise in Form der Veröffentlichung von Qualitätsindikatoren oder Fallzahlen in Österreich eher skeptisch betrachtet. Dies ist im Hinblick auf die Entwicklungen in anderen Gesundheitssystemen, in denen es

---

<sup>6</sup> Vgl. Regierungsprogramm für die XXIV Gesetzgebungsperiode, 2008, S. 183.

<sup>7</sup> Vgl. Streich, Waldemar: „Der Hausarzt als Primärversorger und Loste im Versorgungssystem – Stand der Praxis und Entwicklungschancen“, in: Böcken, Jan, Bernhard Braun und Melanie Schnee (Hrsg.), Gesundheitsmonitor 2003 – Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft, Verlag Bertelsmannstiftung, Gütersloh 2003, S. 26-41.

zur Normalität gehört, dass Spitäler etwa Fallzahlen in für Konsumenten aufbereiteten Qualitätsberichten veröffentlichen, umso erstaunlicher.<sup>8</sup>

Grundsätzlich stellt die Nutzerbefragung einen erheblichen Handlungsbedarf bezüglich der Informationsangebote im Gesundheitssystem fest. So sind 56 Prozent der Befragten der Meinung, dass die Möglichkeiten, sich über die fachliche Qualität eines Arztes zu informieren, nicht ganz ausreichend bzw. völlig unzureichend sind (siehe Abbildung 7). Diese Einschätzung der Befragten ist erstaunlicherweise im Wesentlichen unabhängig von Gesundheitszustand und Bildungsniveau. Auf die Frage, welche Möglichkeiten hinsichtlich der Information über Ärzte die Befragten hilfreich fänden (siehe Abbildung 8), geben 64 Prozent an, dass Informationen zu Tätigkeitsschwerpunkten und Spezialisierungen überaus hilfreich wären. Weitere 73 Prozent würden sich ein sogenannte Ärztegütesiegel wünschen, das nach einer Qualitätsprüfung zeitlich befristet vergeben wird. Darüber hinaus würden 64 Prozent eine öffentlich zugängliche Datenbank oder Kartei, in welcher Patienten ihr Urteil über eine Arztpraxis abgeben, als überaus hilfreich bzw. ein wenig hilfreich empfinden. Dieser Wunsch wird von jüngeren Versicherten stärker gehegt als von älteren, da diese wahrscheinlich mit der im Internet üblichen Form der Kundenbewertung weniger vertraut sind. 60 Prozent würden sich außerdem eine öffentlich zugängliche Datenbank oder Kartei, in der von Ärzteverbänden oder Krankenkassen Behandlungsfehler eingegeben werden, wünschen. Insbesondere Versicherte, die in den letzten 12 Monaten keinen Arzt besucht haben, fänden diese Form von Informationsquelle hilfreich.

Doch wer soll die Informationen zur Verfügung stellen und wem vertrauen die Bürger? Die Rolle, Versicherte und Patienten über die Qualität von Ärzten zu informieren, wurde am ehesten Konsumentenschutzinstitutionen und der Patientenanzwaltschaft zugedacht. Lediglich 14 % der Befragten waren der Meinung, dass solche Auskünfte überhaupt erteilt werden sollten. Den in Oberösterreich ansässigen Krankenkassen wurde dabei unter allen Krankenkassen die höchste Kompetenz zugesprochen.<sup>9</sup>

---

<sup>8</sup> Vgl. etwa Hauck, Katharina, Nigel Rice and Peter Smith (2003), "The influence of health care organizations on indicators of health system performance", *Journal of Health Services Research and Policy*, Vol. 8(2), S. 68-74; Mason, Anne und Andrew Street (2006), „Publishing outcome data: is it an effective approach?“, *Journal of Clinical Practice*, Vol. 12(1), S. 37-48.

<sup>9</sup> Vgl. Marstedt, Gerd: "Transparenz in der ambulanten Versorgung: Patienten auf der Suche nach einem "guten Arzt", in: Böcken, Jan, Bernhard Braun und Robert Amhof (Hrsg.), *Gesundheitsmonitor 2007* –

In der Gesamtschau besteht Handlungsbedarf. Die freilich positiv zu bewertende freie (Vertrags-)Arztwahl in Österreich scheint aus Sicht der Systemnutzer auch mit einer Reihe von Unübersichtlichkeiten bei der Suche nach einem „guten Arzt“ einher zu gehen. So liegt es nun an den im Gesundheitssystem handelnden Institutionen, durch verstärkte, qualitätsorientierte Navigationsinformation mehr Transparenz zu schaffen und dadurch besser auf die Bedürfnisse der Patienten einzugehen. Letztlich könnten dadurch auch das Gesamtsystem effektiver gestaltet und vermeintliche Rationalisierungsreserven erschlossen werden.

## **5. Zweiklassenmedizin – Mythos oder Wahrheit?**

Oftmals werden die unterschiedlichen Wartezeiten von gesetzlich und privat Versicherten als Indikator für eine vermeintliche Zweiklassenmedizin herangezogen. Im Hinblick auf die niedergelassene Versorgung in Österreich erscheint methodisch aufgrund des Pflichtversicherungssystem ein Vergleich von Wartezeiten in Vertrags- und Wahlarztordinationen dienlich zu sein. Dabei wird angenommen, dass ein Patient, der einen Wahlarzt besucht, entweder über eine private Zusatzversicherung verfügt oder in der Regel einen gewissen Selbstbehalt in Kauf nimmt.

Die Nutzerbefragung zeigt, dass bei einer Terminvereinbarung beim Hausarzt der Kassenarzt entgegen den gängigen Erwartungen schneller erreichbar ist als der Wahlarzt, da im Schnitt die Wartezeit beim Kassenarzt geringer ist als beim Facharzt und immerhin 12 Prozent der Patienten beim Kassenarzt noch am gleichen Tag einen Termin bekommen. Dagegen liegt bei den Fachärzten die Wartezeit im Schnitt beim Kassenarzt spürbar über der des Wahlarztes (siehe Abbildung 9). Diese Wartezeitendifferenz wird meist als ungerecht empfunden und emotional diskutiert, da dahinter eine Ungleichbehandlung vermutet wird, die unter Umständen nicht bei den Wartezeiten endet, sondern sich insbesondere auf medizinische Leistungen erstrecken könnte. Dabei wird meist gänzlich ausgeblendet, dass kürzere Wartezeiten nicht zwangsläufig ein geeignetes Indiz für eine qualitativ unterschiedliche Behandlung darstellen, sondern auch als Komfortmerkmal der Nutzer von Wahlarztordinationen sein könnten. Ein Komfortelement äußert sich in der Nutzerbefragung auch hinsichtlich der Wartezeiten auf die Untersuchung bzw. Behandlung in der Ordination selbst, die beim Wahlfacharzt mit einem Mittelwert von

rund 20 Minuten deutlich unter der Wartezeit beim Kassenarzt mit knapp 32 Minuten liegen.

In der öffentlichen Diskussion wird dabei meist vergessen, dass sich der Versicherte das Komfotelement, namentlich die kürzere Wartezeit, de facto erkauft – sei es durch die Prämienzahlungen an eine private Krankenversicherung oder durch einen Selbstbehalt zur Kassenvergütung beim Besuch eines Wahlarztes. Dieses Erkaufen äußert sich auch in den unterschiedlichen Einschätzungen der Befragten zu den Wartezeiten auf Sprechstundentermine. So sind Wahlarztpatienten mit den Wartezeiten beim Facharzt am zufriedensten, da immerhin 50 % diese als genau ihren Wünschen entsprechend ansehen (siehe Abbildung 10). Zwar scheint das Erkaufen von kürzeren Wartezeiten auf den ersten Blick intuitiv einleuchtend, doch widerspricht dieser eher marktwirtschaftlich geprägte Ansatz der gängigen Gerechtigkeitsvorstellung, nach der sich die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen nicht an der finanziellen Leistungsfähigkeit eines Individuums sondern an der medizinischen Bedürftigkeit orientieren sollte.<sup>10</sup>

In der Gesamtschau zeigt die Nutzerbefragung, dass sich die Wartezeiten auf Termine bei Kassen- und Wahlärzten zumindest in der fachärztlichen Versorgung unterscheiden. Um daraus Rückschlüsse auf eine ungleiche Behandlung der Patienten und Aussagen zu einer vermeintlichen Zweiklassenmedizin ziehen zu können, bedarf es jedoch einer tiefergehenden Analyse.

## **6. Shared Decision Making – partizipative Entscheidungsfindung in Theorie und Praxis**

In Österreich zeigen derzeit weder die öffentliche Diskussion noch Experten großes Interesse am Thema Shared Decision Making. So ist es auch nicht verwunderlich, dass im Gegensatz zu anderen Ländern in Österreich kaum patientenorientierte Kommunikations- und Entscheidungsmodelle angeboten werden. Die systematische Analyse von medizinischen Entscheidungsprozessen und deren Erfassung sowie Verbesserung durch Entscheidungshilfen, den sogenannten Decision Aids, erscheint

---

<sup>10</sup> Vgl. Wagstaff, Adam und Eddy van Doorslaer: „Equity in Health Care Finance und Delivery“, in: Culyer, Anthony und Joseph Newhouse (Hrsg.), *Handbook of Health Economics*, Amsterdam, 2000, S. 1803-1862; Schellhorn, Martin: „Vergleich von Wartezeiten von gesetzlichen und privaten Versicherten in der ambulanten ärztlichen Versorgung“, in: Böcken, Jan, Bernhard Braun und Robert Amhof (Hrsg.), *Gesundheitsmonitor 2007 – Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten*, Verlag Bertelsmannstiftung, Gütersloh 2007, S. 95-114.



daher ein bis dato vernachlässigtes Feld im österreichischen Gesundheitswesen zu sein. Dabei könnten qualitätsgesicherte, wissenschaftliche Informationen als Entscheidungsgrundlage nicht nur einen Mehrwert für den individuellen Patienten, sondern auch zur Hebung von Wirtschaftlichkeitsreserven im System, wie sie durch die Vermeidung von Doppeluntersuchungen realisiert werden könnten, dienlich sein. Leider finden sich zu diesem international stark beachteten Feld der Gesundheitspolitik keine Anhaltspunkte im aktuellen Regierungsprogramm. Die Idee, gemeinsam über Diagnostik- und Therapiepläne zu entscheiden, wird somit in Österreich auf gesundheitspolitischer Ebene kaum vorangetrieben. Neben dem gesundheitspolitischen Willen und der individuellen Bereitschaft von Arzt und Patient, sich verstärkt mit Shared Decision Making zu beschäftigen, hängt die Umsetzung von partizipativer Entscheidungsfindung auch noch von zwei weiteren Faktoren, namentlich der krankheitsbedingten Urteilsfähigkeit des Patienten und dem Krankheitsverlauf, ab. So erscheint einerseits bei einer eingeschränkten Aufnahmefähigkeit die Einbeziehung des Patienten in diagnostische oder therapeutische Entscheidungsprozesse häufig nicht gangbar und andererseits ist für den behandelnden Arzt bei akuten und schwerwiegenden Indikationen eine ausführliche Erörterung der Patientenperspektive nur bedingt sinnvoll und möglich. In der Realität sieht das Meinungsbild zur partizipativen Entscheidungsfindung aus Sicht der österreichischen Patienten wie folgt aus: Rund die Hälfte der Befragten wünscht sich, dass bei einem idealen Arztkontakt die Entscheidung über verschiedene Behandlungsmöglichkeiten von Arzt und Patient zusammen gefällt wird (siehe Abbildung 11). Dabei ist auffällig, dass diese Vorgehensweise insbesondere bei Fachärzten gewünscht und die Entscheidung über die beste Behandlung nicht von ihnen allein gefällt wird. Dagegen erwarten etwa ein Drittel der Befragten von ihrem Hausarzt – jedoch nur gut 20 Prozent von ihrem Facharzt – dass er sie auf dem Laufenden hält, aber im Allgemeinen die Entscheidung über die beste Behandlung fällt. Dabei überlassen Menschen, die auch bei kleineren Beschwerden einen Arzt besuchen, diesem gerne die Entscheidung über die beste Behandlung. Die Entscheidung, was zu tun ist, selber treffen, möchten immerhin rund 20 Prozent der Befragten. Interessanterweise möchten insbesondere Menschen, die nach eigener Einschätzung ein eher falsches gesundheitliches Verhalten demonstrieren, gerne selber über die Behandlung entscheiden, nachdem sie der Arzt über das Für und Wider von verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt hat. Darüber

hinaus scheinen Personen, die in den letzten 12 Monaten einen Hausarzt oder einen Facharzt aufgesucht haben, eher dazu geneigt, dem Arzt die Entscheidung über die beste Behandlung überlassen. Genauso zeigt sich, dass Menschen mit mittelmäßigen bzw. eher schlechten Gesundheitszustand dazu tendieren, im Allgemeinen dem Arzt die Entscheidung über die beste Behandlung zu überlassen. Die Befragung offenbart weiterhin, dass sich die Ärzte in einem hohen Maße mustergültig gegenüber den Patienten im Behandlungsgespräch verhalten (siehe Abbildung 13). Insbesondere scheinen Ärzte ihren Patienten, selbst wenn sie sehr beschäftigt sind, zuzuhören und begegnen ihnen mit Respekt und Achtung. Weiterhin zeigt die Befragung hinsichtlich des letzten Hausarztkontakts auf (die Werte beim Facharztkontakt zeigen im Übrigen ein nahezu identisches Bild), dass Ärzte sich gegenüber unterschiedlichen sozialen Schichten keinesfalls unterschiedlich verhalten.<sup>11</sup> Gleichzeitig zeigt sich aber, dass sich Ärzte gegenüber Patienten, denen die Überprüfung ihrer Gesundheit unwichtig ist, etwas weniger sorgfältig verhalten wie gegenüber denen, die mehr Wert auf ihre Gesundheit legen. Die unterschiedlichen Werte könnten jedoch auch auf die Erwartungshaltung der Patienten mit hohem gesundheitlichen Ansprüchen zurückzuführen sein.<sup>12</sup> In der Gesamtschau zeigt die Nutzerbefragung, dass die Patienten in Österreich durchaus die Bereitschaft haben, sich in medizinische Entscheidungsprozesse einzubringen und sich mit medizinischen Informationen auseinander zu setzen. Die praktische Umsetzung dieses Wunsches liegt nun sowohl bei den sich integer verhaltenden Ärzten als auch bei den Patienten selbst. Gleichwohl könnte die Politik durch ein verstärktes Aufgreifen des Themas Shared Decision Making die Entwicklungen beschleunigen.

## **7. Die Gesamtbeurteilung – Gegenwart und Zukunftstrends**

Bei einer abschließenden Gesamtbewertung (siehe Abbildung 13) konnte – wenig überraschend – ein durchwegs hohes positives Zufriedenheitsniveau, wie es bei

---

<sup>11</sup> Menschen mit Migrationshintergrund sind in der Stichprobe nicht enthalten.

<sup>12</sup> Vgl. Isfort, Jana, Bettina Floer und Martin Butzlaff: „Shared Decision Making: Der Patient im Mittelpunkt von Gesundheitswesen und Praxisalltag“, in: Böcken, Jan, Bernhard Braun und Melanie Schnee (Hrsg.), Gesundheitsmonitor 2003 – Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft, Verlag Bertelsmannstiftung, Gütersloh 2003, S. 41-56; Isfort, Jana, Marcus Redaelli und Martin Butzlaff: „Die Entwicklung der partizipativen Entscheidungsfindung: Die Sicht der Versicherten und der Ärzte“, in: Böcken, Jan, Bernhard Braun und Robert Amhof (Hrsg.), Gesundheitsmonitor 2007 – Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten, Verlag Bertelsmannstiftung, Gütersloh 2007, S. 76-95.

solchen Fragen fast immer erwartbar ist, erreicht werden.<sup>13</sup> Um bei hohen Zufriedenheitswerten trotzdem aussagekräftige Schlüsse ableiten zu können, wird daher häufig dazu übergegangen, nur die positiven Extrema zu analysieren. Wertet man demzufolge nur die tatsächliche Einschätzung „sehr gut“ und „eher gut“ als positiv, sollten speziell die von der sozialen Krankenversicherung übernommenen Leistungen und die Wartezeiten auf Termine Gegenstand der gesundheitspolitischen Diskussion werden. Folgt man der Annahme, dass Zufriedenheitswerte auch von tagespolitischen Ereignissen abhängig sind, wären es in diesem Fall wohl die Debatten vor der gescheiterten Gesundheitsreform 2008 und die in der medialen Berichterstattung sehr präsenten Ärzteproteste gegen das „Struktur-Änderungsgesetz für die Krankenversicherung und die Organisation der Sozialversicherung“, welche die Zufriedenheit reduziert haben könnten. Insbesondere im Hinblick auf die Kassenleistungen und die Wartezeiten hinterlassen die oftmals ideologisch geführten Diskussionen über die Zukunftstauglichkeit des österreichischen Sozialversicherungsmodells offensichtlich massive Spuren. Interessanterweise bewerten insbesondere Menschen mit Universitätsabschluss die von der sozialen Krankenversicherung übernommenen Leistungen als sehr schlecht. Die durchwegs recht positiven Einschätzungen der Versicherten zum Status-quo des Gesundheitswesens werden bestärkt, wenn nach den Erwartungen für die nächsten fünf Jahre gefragt wird (siehe Abbildung 14). Einzig auf die Frage nach der Entwicklung des Umfangs von medizinischen Leistungen, die von der sozialen Krankenversicherung übernommen werden, liegt der Anteil der Pessimisten deutlich über 50 Prozent, namentlich bei 65 Prozent. Hinsichtlich aller anderer Parameter scheinen die Befragten großes Vertrauen in das österreichische Gesundheitssystem zu haben und befürchten keine einschneidenden Veränderungen.<sup>14</sup>

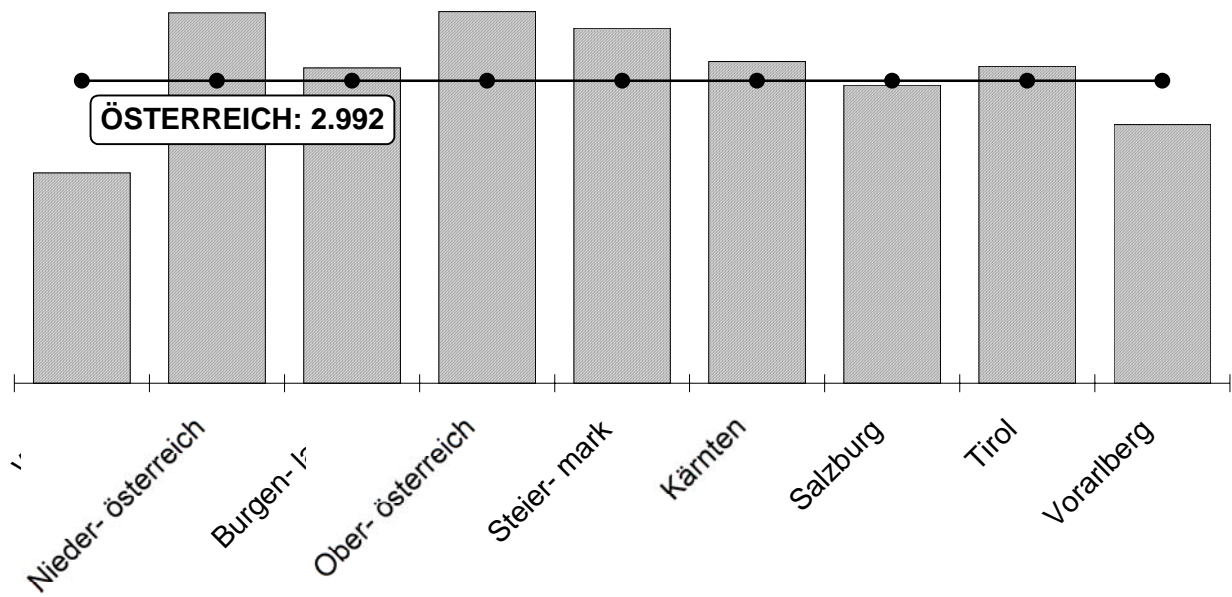
In der Gesamtschau stellt dieser Beitrag lediglich einen kleinen Ausschnitt der vielfältigen Analysepotenziale der Nutzerbefragung vor, deren Stärke es ist, die zahlreichen Themen der gesundheitspolitischen Diskussion in Österreich mit einem objektiven Standpunkt zu flankieren und so den im Regierungsprogramm geforderten Bedarf der Patienten in den Mittelpunkt zu rücken.

---

<sup>13</sup> Vgl. Aust, Birgit, 1994: Zufriedene Patienten? Eine kritische Diskussion von Zufriedenheitsuntersuchungen in der gesundheitlichen Versorgung, WZB-Arbeitspapier 201, Berlin.

<sup>14</sup> Vgl. Braun, Bernard: „Erwartungen an die mittelfristige Zukunft der Gesundheitsversorgung“, in: Böcken, Jan, Bernhard Braun und Melanie Schnee (Hrsg.), Gesundheitsmonitor 2004 – Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft, Verlag Bertelsmannstiftung, Gütersloh 2004, S. 122-137.

Abbildung 1 – Einwohner je allgemeinen Facharzt mit §2-Kassen-Vertrag (Stichtag: 31.12.2007)



Quelle: Statistische Daten aus der Sozialversicherung, Vertragsärzte und Vertragszahnärzte der Krankenversicherungsträger nach Bundesländern, Stand: 31.12.2007.

Abbildung 2 – Wartezeiten beim Facharzt gegliedert nach Bundesländern

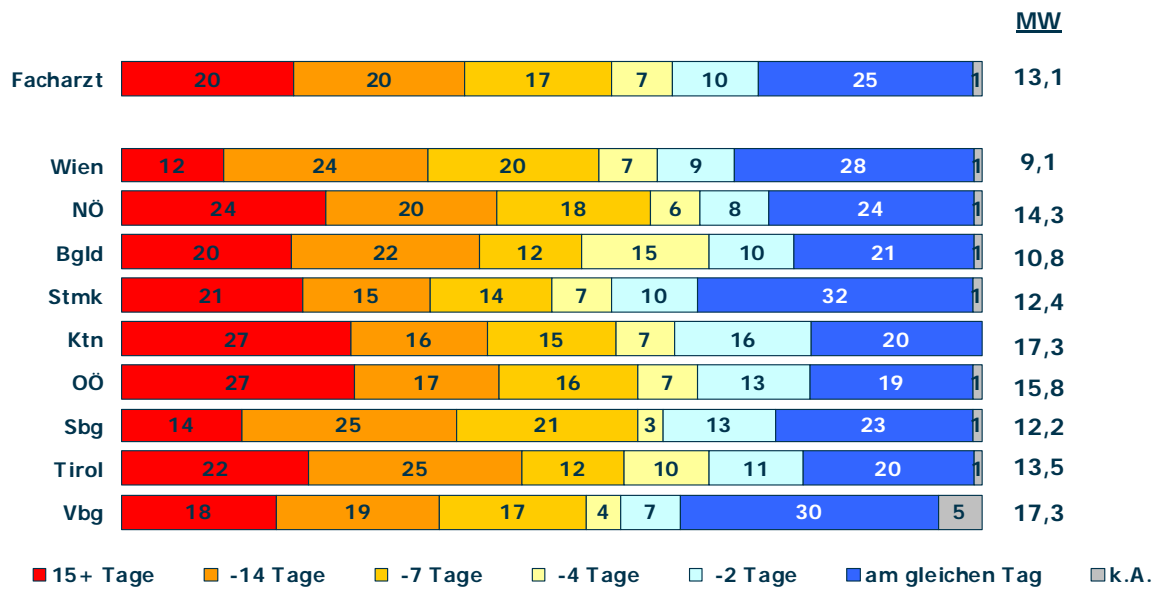


Abbildung 3 – Als Sie das letzte Mal bei Ihrem Arzt einen Sprechstundentermin ausgemacht haben, wie viele Tage mussten Sie auf den Termin warten? (Angaben in Prozent)

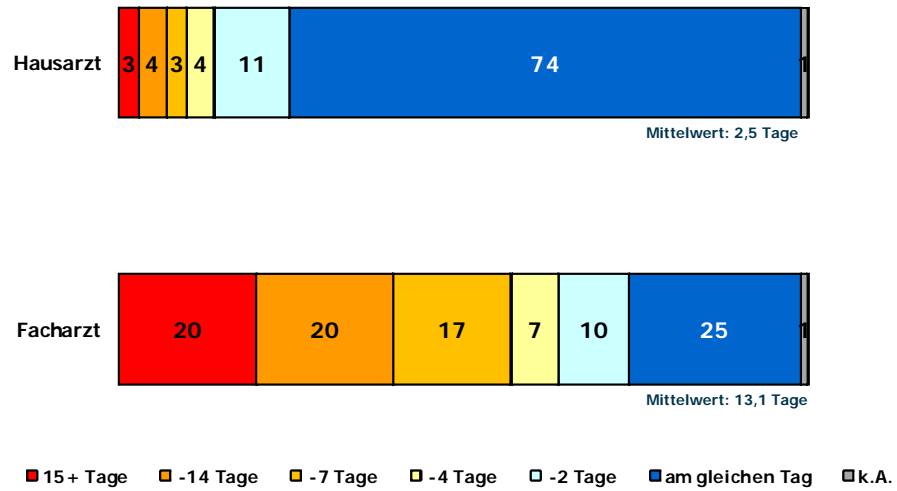


Abbildung 4 – Falls Sie eine Wartezeit hatten: Haben Sie die Wartezeit als ... empfunden? (Angaben in Prozent)

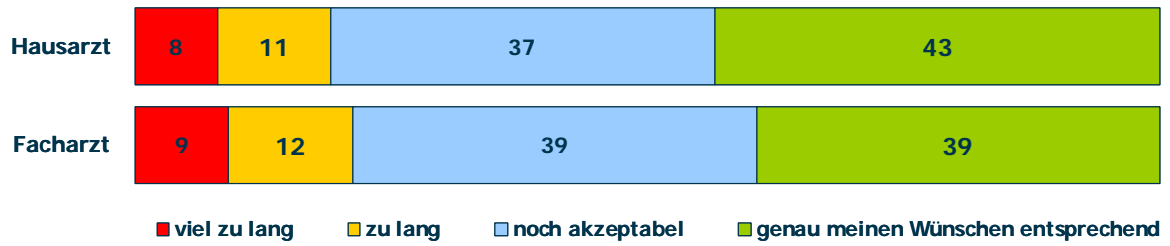
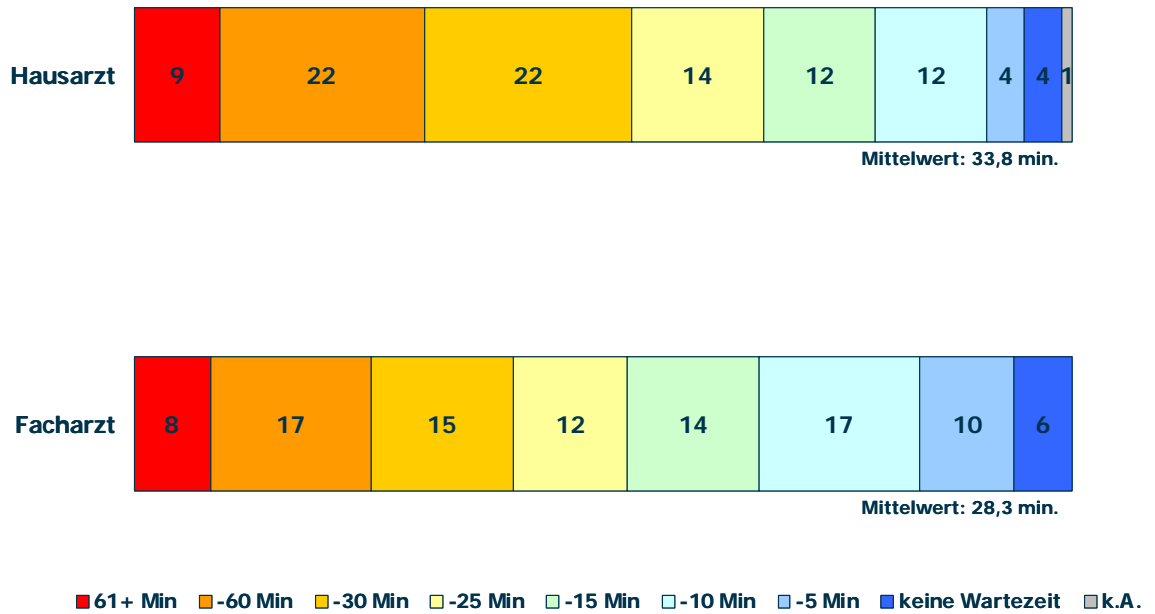


Abbildung 5 – Falls Sie eine Wartezeit hatten: Haben oder hatten Sie aufgrund der Wartezeit zwischen Terminvereinbarung und Arztbesuch spürbar gesundheitliche Nachteile? (Angaben in Prozent)

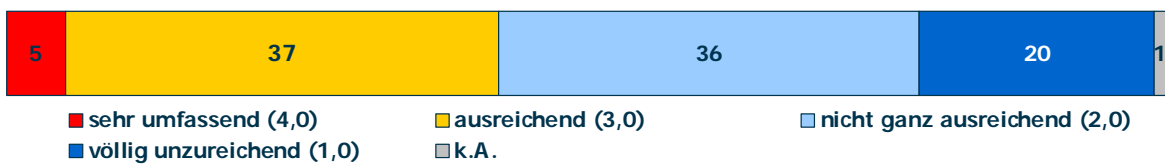


Abbildung 6 – Wie lange mussten Sie bei diesem Arztbesuch in der Ordination warten bis Sie untersucht, behandelt oder beraten wurden? (Angaben in Prozent)

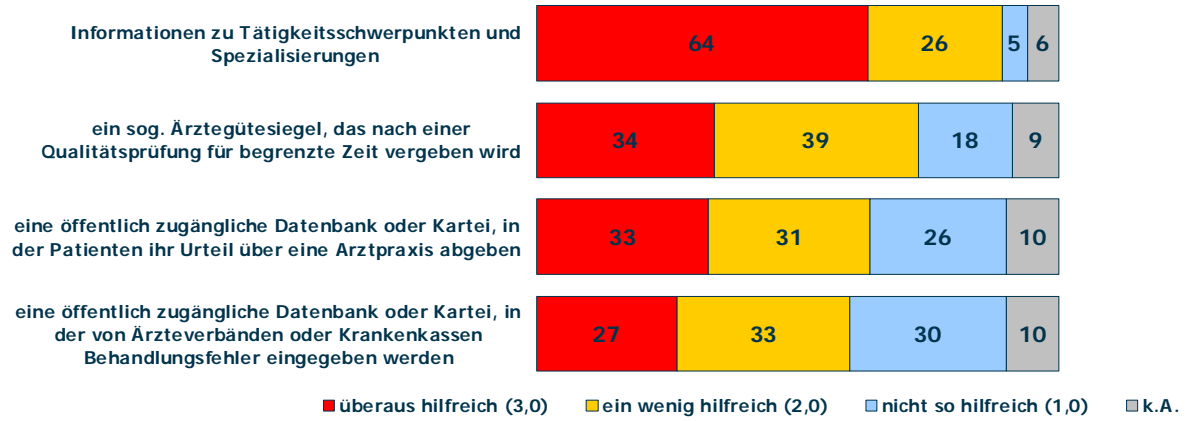




**Abbildung 7 – Wie sind Ihrer Meinung nach die Möglichkeiten, wenn man sich über die fachliche Qualität eines Arztes informieren möchte (Behandlungserfolge, Spezialisierung, Weiterbildung)?**



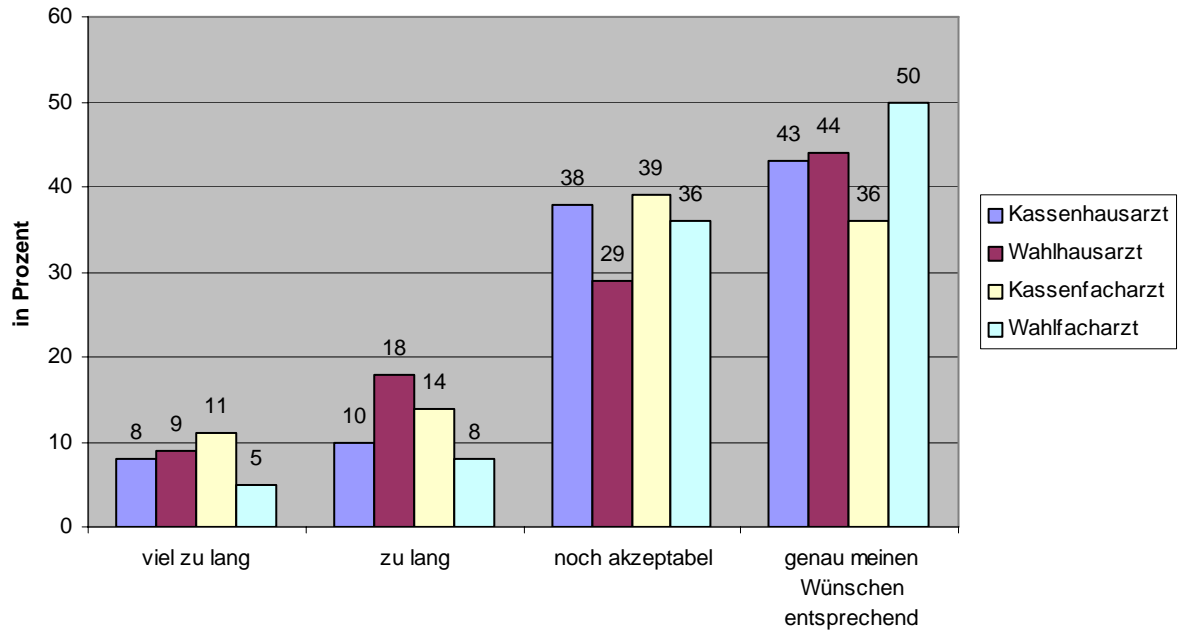
**Abbildung 8 – Derzeit werden verschiedene Möglichkeiten diskutiert, wie Patienten sich besser über einen Arzt informieren können. Wie hilfreich fänden Sie persönlich folgende Möglichkeiten?**

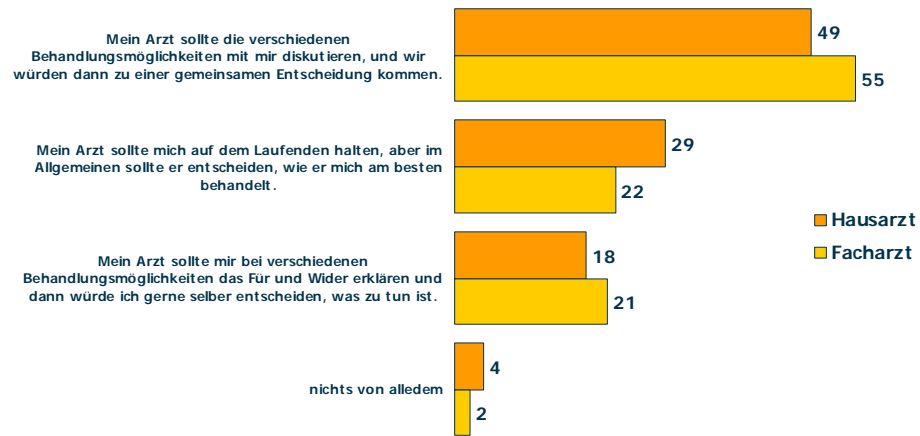


**Abbildung 9 – „Als Sie das letzte Mal bei Ihrem Hausarzt bzw. bei dem von Ihnen zuletzt konsultierten Facharzt einen Sprechstundentermin ausgemacht haben, bei dem Sie auch den Arzt sprechen wollten, wie viele Tage mussten Sie auf den Termin warten? Ungefähr...“**

	Hausarzt: Termin am gleichen Tag	Facharzt: Termin am gleichen Tag	Hausarzt: Mittelwert	Facharzt: Mittelwert
Kassenarzt	75 %	25 %	2,38 Tage	14,64 Tage
Wahlarzt	63 %	24 %	4,54 Tage	8,90 Tage

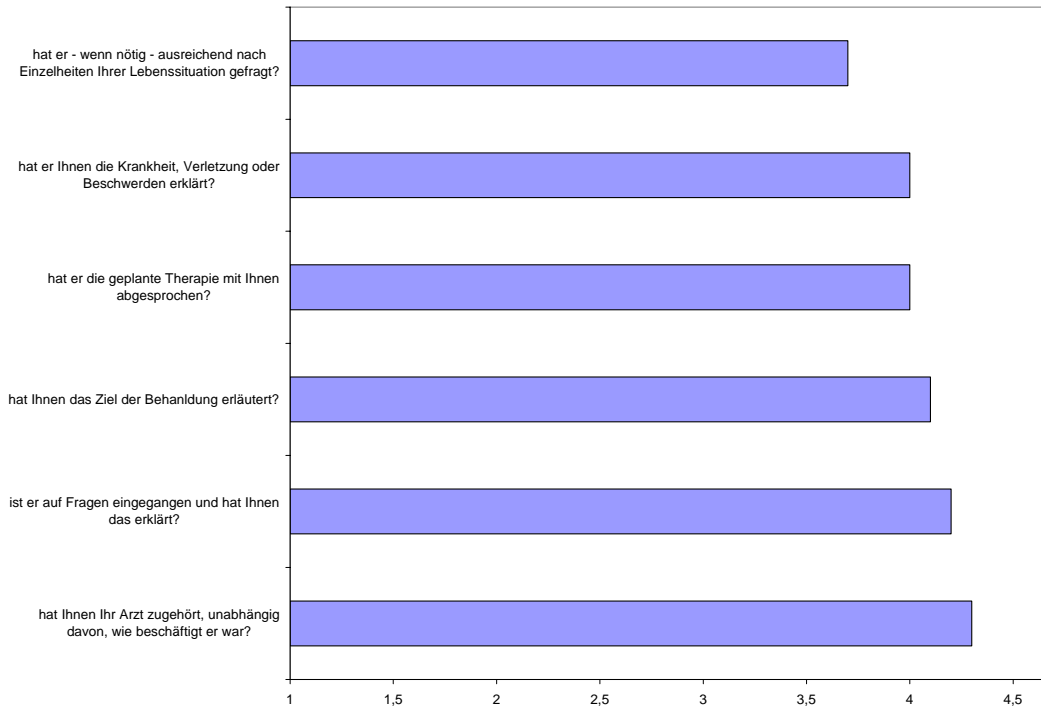
Abbildung 10 – Falls Sie eine Wartezeit hatten: Haben Sie die Wartezeit als ... empfunden? (Angaben in Prozent)



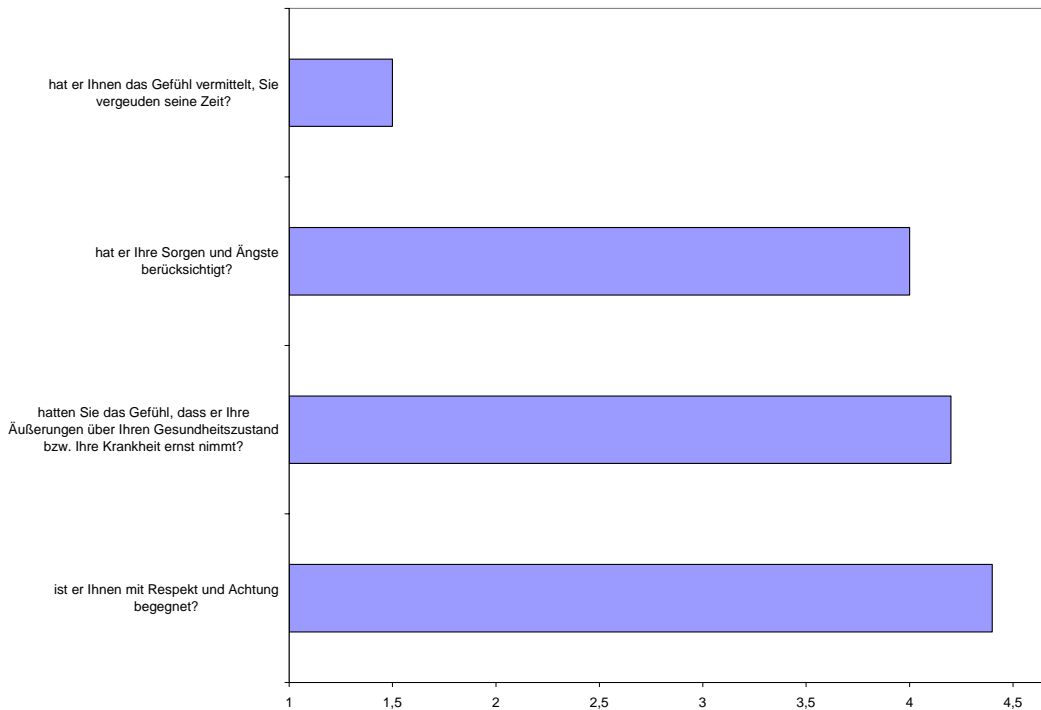
**Abbildung 11 – Wie sollte Ihrer Meinung nach der ideale Arztkontakt ablaufen?**

**Abbildung 12 – Das Verhalten des Hausarztes beim letzten Arztkontakt (Angaben in Mittelwerten, Bestwert=5)**

**Wie intensiv...**



**Wie stark...**



**Abbildung 13 – Wenn Sie einmal die Erfahrungen in unserem Gesundheitssystem zusammenfassen, wie bewerten Sie...?**

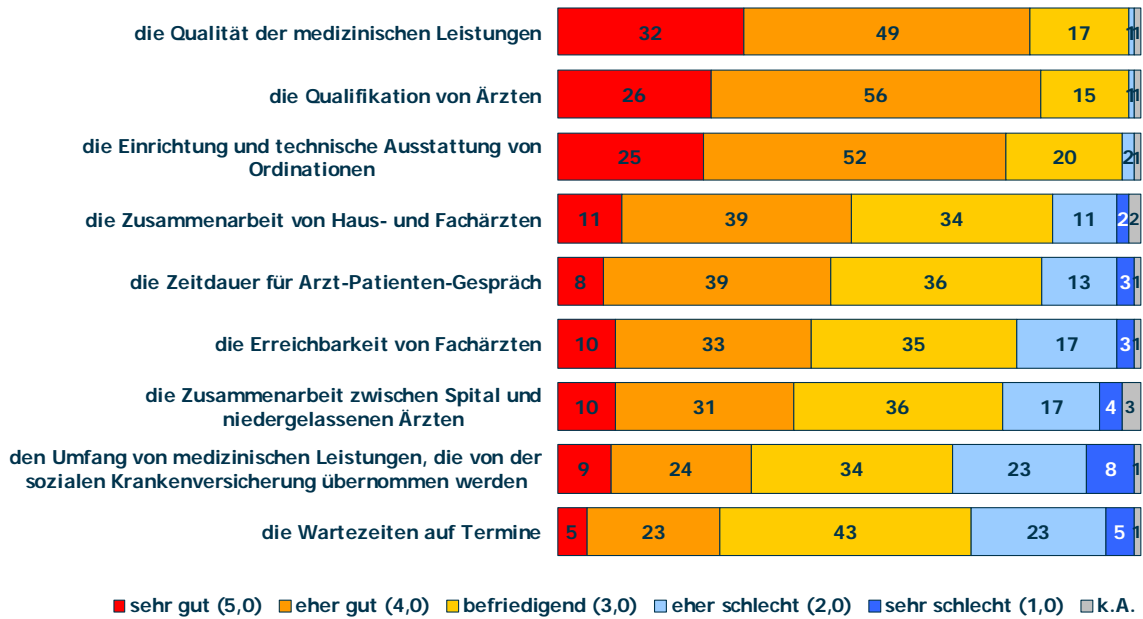


Abbildung 14 – Was denken Sie: Wie werden sich die Merkmale die nächsten fünf Jahre entwickeln?

