



universität  
wien

**Institut für Soziologie, Universität Wien**

Rooseveltplatz 2; A-1090 Wien

# PatientInnenerwartungen an die fachärztliche Versorgung

Endbericht

Prof. Franz Kolland (Projektleitung)

Anna Fassel, BA BSc

Katja Wohner, B.A.

Mag. Justyna Zgud

Marlies Zuccato-Doutlik, Lic.

Februar 2017



## Management Summary

Für die vorliegende qualitative Studie wurden zwischen November 2016 und Jänner 2017 dreißig episodische Interviews mit in Innsbruck und im Burgenland wohnhaften Personen durchgeführt. Die ausgewählten Personen hatten in den letzten zwölf Monaten mindestens einen Facharztkontakt.

FachärztInnen haben für die Interviewpersonen einen hohen Stellenwert. GynäkologInnen, UrologInnen, InternistInnen und ZahnärztInnen werden regelmäßig aufgesucht. Zu den FachärztInnen, die regelmäßig aufgesucht werden, haben die Befragten eine enge Beziehung. Ein Wechsel dieser FachärztInnen wird nach Möglichkeit vermieden. HNO-ÄrztInnen und OrthopädInnen werden, sofern keine Grunderkrankung vorliegt, meist nur in akuten Fällen aufgesucht. Zu VertreterInnen dieser Fachgruppe ist die persönliche Beziehung weit weniger eng. Ein Wechsel wird in der Regel zwar nicht aktiv angestrebt, falls dieser aber notwendig wird, stellt er für die Interviewten kein Problem dar. Kontaktiert und aufgesucht werden FachärztInnen häufig selbständig und nicht aufgrund einer Überweisung.

In Hinsicht auf ihre Erwartungen an die FachärztInnen unterscheiden sich die Befragten nach Altersgruppenzugehörigkeit. Der jüngsten Altersgruppe (18-34) ist an erster Stelle die Fachkompetenz wichtig; andere Aspekte sind deutlich nachrangig. Der mittleren Altersgruppe (35-64) ist es besonders wichtig, dass die FachärztInnen den PatientInnen viel Aufmerksamkeit entgegenbringen. Die Angehörigen dieser Altersgruppe wünschen sich, dass FachärztInnen auf sie eingehen, ihnen zuhören und von ihnen ernstgenommen werden. Bei den Befragten der ältesten Befragtengruppe (65+) lassen sich ähnliche Erwartungen feststellen. Sie wünschen sich, dass die ÄrztInnen sich für sie Zeit nehmen und Sympathie spielt eine Rolle.

Werden die beiden Befragungsorte verglichen, dann zeigt sich, dass in Innsbruck die Ausstattung der Ordinationsräume häufiger als Auswahlkriterium thematisiert wird als im Burgenland. Dies hängt möglicherweise mit den unterschiedlichen Wahlmöglichkeiten zusammen. Die Befragten geben an, im Burgenland wenige Auswahlmöglichkeiten zwischen verschiedenen ÄrztInnen einer Fachgruppe zu haben. Sie „passen sich eher an“.

Informiert zu sein ist für die PatientInnen wichtig. Sie wollen für ihre Beschwerden eine Diagnose und nicht nur ein Medikament verschrieben bekommen. Und sie wünschen sich mehr Information zu Wartezeiten für einen Termin und in der Ordina-



tion. Mehr Information bzw. Transparenz zu den Wartezeiten, so die Aussagen, würden die Akzeptanz von Wartezeiten erhöhen.

Ein weiterer Aspekt, der den Befragten wichtig ist, ist der Datenschutz. Sie wünschen sich einen sorgsamem Umgang mit ihren Daten. Andere PatientInnen sollten durch entsprechende Sichteinschränkungen daran gehindert werden, Informationen zu erhalten. In dieser Hinsicht werden da und dort Mängel geortet.

Selbst zu tragende Kosten für bestimmte Untersuchungen stellen unter bestimmten Voraussetzungen für die Befragten kein Problem dar. Wenn etwa Kosten aufgrund kosmetischer Überlegungen (z. B. weiße Zahnfüllungen) entstehen, sind diese den Interviewpersonen zufolge gerechtfertigt. Die Interviewten erwarten allerdings, dass Kosten für medizinisch notwendige Untersuchungen von der Krankenkasse übernommen werden.

Soziale Unterschiede zwischen PatientInnengruppen werden von den Befragten kaum kritisiert. Problematisch ist die Situation für die Interviewten dann, wenn diese unmittelbar damit konfrontiert werden. So wird eine zeitliche und räumliche Trennung von Privat- und KassenpatientInnen gewünscht.

Viele der Interviewpersonen sind PatientInnen bei WahlärztInnen, auch wenn sie keine Zusatzversicherung abgeschlossen haben. WahlärztInnen werden wegen kürzerer Wartezeiten und fehlendem Zeitdruck bei der Untersuchung aufgesucht. Die persönliche Beziehung zu WahlärztInnen wird von den Befragten im Vergleich zu VertragsärztInnen als enger beschrieben.



## Inhalt

<b>1. Einleitung</b> .....	1
<b>2. Ablauf und Methode</b> .....	2
2.1 Vorbereitungsphase .....	2
2.2 Erhebungsphase .....	4
2.3 Auswertungsphase .....	5
2.4 Methodenreflexion .....	5
<b>3. Ergebnisse</b> .....	7
3.1 Beschreibung der Stichprobe .....	7
3.2 Wege in die fachärztliche Versorgung .....	8
a. Inanspruchnahme der fachärztlichen Versorgung .....	8
b. Kontaktaufnahme zur fachärztlichen Versorgung .....	16
3.3 Subjektives Erleben der fachärztlichen Versorgung .....	20
a. Erlebnis der derzeitigen fachärztlichen Versorgung .....	20
b. Bewertung der fachärztlichen Versorgung .....	29
3.4 Bedürfnisse und Wünsche hinsichtlich der fachärztlichen Versorgung .....	43
a. Versorgungsformen .....	43
b. Zugang zur Versorgung .....	49
c. Zusammenarbeit mit anderen LeistungsanbieterInnen .....	51
d. Kontinuität der Versorgung .....	52
e. Austausch von Gesundheitsdaten .....	54
<b>4. Zusammenfassung</b> .....	57
<b>5. Projektteam</b> .....	69
Annex 1: Leitfaden .....	71
Annex 2: Screening Bogen .....	76
Annex 3: Informed Consent .....	78



## 1. Einleitung

Die Studie „PatientInnenerwartungen an die fachärztliche Versorgung“, die vom Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger initiiert und finanziert wurde, zielt darauf ab, Informationen über die Erwartungen, Wünsche, Bedürfnisse bzw. die gewünschten Rahmenbedingungen verschiedener PatientInnen-Gruppen an die fachärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich zu erheben. Zu diesem Zweck wurden zwischen November 2016 und Jänner 2017 insgesamt 16 semi-strukturierte Interviews mit Personen im urbanen Raum (Innsbruck) und 14 im ländlichen Raum (Burgenland) durchgeführt. Die Interviewpersonen wurden durch die jeweiligen Sozialversicherungsträger (BGKK, TGKK) nach folgenden Kriterien rekrutiert:

- o Alter (drei Gruppen: 18-34 Jahre, 35-64 Jahre, ab 65 Jahre)
- o Ausgeglichenes Geschlechterverhältnis
- o Inanspruchnahme von fachärztlichen Gesundheitsdienstleistungen (mindestens ein Facharztkontakt in den vergangenen zwölf Monaten)
- o Versicherungsverhältnis bei bestimmtem Sozialversicherungsträger (BGKK, TGKK)

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.

Folgende medizinische Fachgebiete wurden in den Interviews besonders berücksichtigt:

- |                   |                                 |
|-------------------|---------------------------------|
| o Augenheilkunde  | o Lungenkrankheiten             |
| o Chirurgie       | o Orthopädie                    |
| o Dermatologie    | o Unfallchirurgie               |
| o Frauenheilkunde | o Urologie                      |
| o Innere Medizin  | o Neurologie und Psychiatrie    |
| o Kinderheilkunde | o Neurochirurgie                |
| o HNO-Krankheiten | o Kinder- und Jugendpsychiatrie |

Das Rekrutierungsverfahren erfolgte postalisch über ein vom Auftraggeber erstelltes Anschreiben, das an Personen, auf welche die oben angeführten Charakteristika zutrafen, versandt wurde. Da die erste Aussendung (je 300 Briefe im Burgenland und in Innsbruck) nicht den gewünschten Rücklauf brachte, wurde eine erneute Aussendung (200 Briefe in Innsbruck, Fokus auf die Altersgruppe 18-34, 300 Briefe im Burgenland) vorgenommen. Aufgrund weiterer Rücklaufprobleme im Burgenland wurde damit begonnen, nach dem Schneeballsystem vorzugehen und weitere InterviewpartnerInnen über bereits bestehende Kontakte zu akquirieren. Mit jenen Personen, die sich aufgrund des Anschreibens bzw. des persönlichen Kontakts 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 TGKK zur Verfügung gestellt wurden, fixiert.

## 2. Ablauf und Methode

### 2.1 Vorbereitungsphase

Die durchgeführten Interviews basierten auf einem im Vorfeld vom Auftragnehmer entwickelten und mit dem Auftraggeber abgestimmten Leitfaden (siehe Annex 1), der die drei folgenden Schwerpunkte abdeckte:

a. Wege in die fachärztliche Versorgung

Welche fachärztlichen Versorgungsangebote nehmen die Befragten derzeit mindestens einmal im Jahr in Anspruch? Wie erfolgt die (erste) Kontaktaufnahme zum fachärztlichen Versorgungsbereich? Unterscheidet sich die Kontaktaufnahme nach Anlassfall und PatientInnengruppe? Unterscheidet sich die Inanspruchnahme nach jeweiligem Fachgebiet?

b. Subjektives Erleben der fachärztlichen Versorgung

Wie erleben die Befragten die derzeitige fachärztliche Versorgung? Wie wird die derzeitige fachärztliche Versorgung bewertet? Mit welchen Problemen sehen sich die Befragten in Bezug auf die fachärztliche Ver-

sorgung konfrontiert? Hängt die Problemwahrnehmung von der eigentlichen gesundheitlichen Situation ab?

c. Bedürfnisse und Wünsche

Welche Bedürfnisse und Wünsche bestehen hinsichtlich: Versorgungsformen (z. B. Facharztpraxis, Ärztezentren), Zugang zur Versorgung (z. B. räumliche Nähe, Zugangsbeschränkungen, zeitliche Verfügbarkeit/Öffnungszeiten, Wartezeiten auf einen Termin, Wartezeiten vor Ort, Kassenverträge), Zusammenarbeit mit anderen (auch nicht ärztlichen) LeistungsanbieterInnen sowie Kontinuität der Versorgung, Austausch von Gesundheitsdaten.

Als Form der semi-strukturierten Interviews wurde das **episodische Interview**<sup>1</sup> 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 abzielen<sup>2</sup>.

Anschließend an die Entwicklung des Interviewleitfadens wurden sechs **kognitive Pretests** mit Personen durchgeführt, die den Kriterien potentieller InterviewpartnerInnen entsprachen. Je zwei Pretests wurden mit Personen der drei Altersgruppen durchgeführt; der Stadt-Land-Unterschied wurde ebenfalls beachtet. Eine Interviewpartnerin davon wies einen Migrationshintergrund auf, da dieser als Merkmal ursprünglich angedacht, dann aber als Auswahlkriterium verworfen wurde. Auf Basis der Ergebnisse der Pretests wurde der Leitfaden noch einmal überarbeitet und finalisiert.

---

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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.



Zusätzlich zum Interviewleitfaden wurde ein **Informed Consent**-Formular (siehe Annex 3) formuliert, 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 der Freiwilligkeit ihrer Teilnahme an der Studie und wurde den Befragten vor dem Interview zur Unterschrift vorgelegt.

## 2.2 Erhebungsphase

Es wurden **mit insgesamt 30 Personen** im Alter zwischen 21 und 78 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 Innsbruck konnte für die Interviews auf Räumlichkeiten der TGKK zurückgegriffen werden; diese Möglichkeit wurde von zwölf Personen in Anspruch genommen. Somit konnte allen interessierten Personen, unabhängig von ihrer Mobilität, eine Teilnahme ermöglicht werden.

Die Interviews wurden von drei verschiedenen Interviewerinnen geführt. In der qualitativen Forschung spielt die Subjektivität von Forschenden und Beforschten eine wichtige Rolle im Erkenntnisprozess und kann daher nicht ausgeschaltet werden<sup>3</sup>. Daher war es wichtig, dass die Interviews nicht alle von einer einzigen Person durchgeführt wurden. 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 eine Kollegin geführt hatte. Zur Sicherung der Qualität wurden regelmäßig systematische **Reflexionsgespräche** der Interviewerinnen, der Auswerterinnen und der Projektleitung durchgeführt.

Vor Beginn der Interviews wurde den Interviewpersonen die Studie erklärt und der Informed Consent zur Unterschrift vorgelegt. Die Dauer der Interviews betrug zwischen 42 Minuten und 2 Stunden und 17 Minuten. Sie wurden mit einem elektronischen Aufnahmegerät aufgenommen und sequentiell transkribiert.

---

<sup>3</sup> Flick U (2004): Zur Qualität qualitativer Forschung – Diskurse und Ansätze. In: Kuckartz U, Grunenberg H (Hrsg.): Qualitative Datenanalyse computergestützt. Wiesbaden: VS-Verlag, 43-63.





## 2.3 Auswertungsphase

Die **Datenauswertung** wurde nach der speziell für das episodische Interview entwickelten Methode des **thematischen Kodierens**<sup>4</sup> vorgenommen. Dabei werden Textsegmenten Codes zugewiesen, die im Laufe des Auswertungsprozesses von den Forscherinnen anhand des empirischen Materials entwickelt werden. Im Gegensatz zum theoretischen Kodieren bleibt beim thematischen Kodieren der Fallbezug im Material vorhanden. Pro Fall/Interview wird eine Fallbeschreibung (Zusammenfassung des Interviews und sozio-demographische Daten der Interviewperson) erstellt. Dadurch eröffnen sich durch Extraktion von Gemeinsamkeiten über mehrere Fälle Möglichkeiten zur Typenbildung. Die Auswertung erfolgte in Interpretationsgruppen von zwei Personen, die jedoch – wie zuvor dargelegt – mit den jeweiligen Interviewerinnen nicht ident waren.

Da es sich bei gesundheitsbezogenen Daten um besonders sensible Daten handelt, wurde im Erhebungs-, Auswertungs- und Berichtlegungsverfahren ein möglichst hohes Maß an **Anonymität** angestrebt. Dies wurde im Prozess dadurch gewährleistet, dass die Personen, welche die Interviews durchführten und jene, die sie auswerteten, nicht ident waren. Die Interviewerinnen transkribierten die Interviews und versahen diese mit einem sechsstelligen Code. Sozio-demographische Daten, die eindeutig auf eine Interviewperson schließen ließen (z. B. Name, genauer Wohnort), wurden weder in der Dokumentation 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 besonders im Burgenland sehr schwach war und sich die Akquise entsprechend schwierig gestaltete. Auffällig ist, dass sich insbesondere im Burgenland hauptsächlich Frauen auf den Interviewaufruf meldeten. Auch in der persönlichen Akquise durch das Schneeballsystem konnten keine männlichen Gesprächspartner erreicht werden. Einige InterviewpartnerInnen ließen in den Gesprächen anklingen, dass es ihnen ein Bedürfnis gewesen sei, gewisse Kritikpunkte zu deponieren. Sie

---

<sup>4</sup> 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.



nahmen also an den Interviews teil, um ihre Sichtweise darzulegen, auf Probleme hinzuweisen oder Verbesserungsvorschläge zu machen.

„das was mir wichtig war, habe ich glaube ich gesagt. Und deswegen habe ich eigentlich auch an der Studie äh teilgenommen, weil mir das wichtig war, das irgendwo zu deponieren.“ (P15, 557)

Positiv anzumerken ist in diesem Zusammenhang die gleichmäßige Verteilung der Altersgruppen. Die Relevanz, welche Gesundheit zugeschrieben wurde, schien unabhängig vom Alter vorhanden zu sein. Auffällig ist, dass viele derjenigen, die sich für ein Interview freiwillig meldeten, zumindest indirekt über die persönliche Betroffenheit hinaus mit medizinverwandten Themen befasst waren. So wurden beispielsweise eine Studentin der Pharmazie, Personen, die früher in der Versicherungsbranche mit medizinischen Themen zu tun hatten, ein Psychologe oder Menschen, die Selbsthilfegruppen gegründet hatten oder sich darin engagierten, interviewt. Hier schien es also ein besonderes Interesse dieser Gruppe zu geben, sich zum Thema der fachärztlichen Versorgung zu äußern, da die Verbindung zum Thema über die eigenen Arztbesuche hinausging.

## 3. Ergebnisse

### 3.1 Beschreibung der Stichprobe

Insgesamt wurden zwischen November 2016 und Jänner 2017 30 Personen zwischen 21 und 78 Jahren interviewt. Das Durchschnittsalter betrug 50,3 Jahre. Neun Befragte waren der ersten Altersgruppe (18-34), elf Befragte der zweiten Altersgruppe (35-64) und zehn Befragte der dritten Altersgruppe (65+) zuzuordnen. Neun Personen (30 %) waren männlich, 21 Personen (70 %) weiblich. 16 Personen (53 %) waren bei der TGKK versichert, 14 Personen (47 %) bei der BGKK.

Tab. 1: Stichprobendeskription

TGKK			BGKK		
Personen-Kennziffer	Alter	Geschlecht	Personen-Kennziffer	Alter	Geschlecht
P1	69	männlich	P17	57	weiblich
P2	78	männlich	P18	40	weiblich
P3	74	weiblich	P19	40	weiblich
P4	67	männlich	P20	22	weiblich
P5	56	männlich	P21	23	weiblich
P6	33	weiblich	P22	27	weiblich
P7	67	weiblich	P23	32	weiblich
P8	57	männlich	P24	44	weiblich
P9	34	weiblich	P25	50	männlich
P10	72	männlich	P26	51	weiblich
P11	73	männlich	P27	67	weiblich
P12	30	weiblich	P28	72	männlich
P13	21	weiblich	P29	60	weiblich
P14	67	weiblich	P30	24	weiblich
P15	49	weiblich			
P16	52	weiblich			

Ihren Gesundheitszustand beschrieben die meisten Auskunftspersonen (80%) mit gut oder sehr gut. Lediglich sechs InterviewpartnerInnen gaben diesen mit mittelmäßig oder schlecht an. An chronischen Krankheiten litten insgesamt 14 Befragte. Dabei zeigt sich, dass bei fünf der sechs Personen, die angaben, einen mittelmäßigen oder schlechten Gesundheitszustand zu haben, ebenfalls zumindest eine chronische Krankheit vorhanden war. Acht InterviewpartnerInnen hatten eine private Zusatzversicherung abgeschlossen. Hier ist auffällig, dass alle Befragten, deren Gesundheitszustand mittelmäßig oder schlecht war, über keine private Zusatzversicherung verfügten.

### **3.2 Wege in die fachärztliche Versorgung**

#### **a. Inanspruchnahme der fachärztlichen Versorgung**

Mittels eines Screening Bogens (siehe Annex 2) vor Beginn des leitfadengestützten Interviews wurden die Auskunftspersonen gebeten anzugeben, wie viele und welche FachärztInnen sie in den letzten zwölf Monaten besucht hätten. Dabei wurde deutlich, dass die InterviewpartnerInnen die Anzahl der Kontakte mit FachärztInnen häufig unterschätzten, d.h. sie gaben eine geringere Anzahl an Kontakten an, als die Summe der angegebenen Besuche bei einzelnen FachärztInnen ergab (die Fächer waren auf dem Screening Bogen taxativ aufgelistet). Vom ersten Gefühl her gingen die Befragten also offenbar davon aus, seltener beim Facharzt oder der Fachärztin gewesen zu sein, als eine detailliertere Aufzählung zeigte. Besonders bei denjenigen, die angaben ihr Gesundheitszustand sei mittelmäßig bis schlecht, war dieses Phänomen bei zwei Drittel zu beobachten.

Tabelle 2 zeigt auf, welche FachärztInnen von den Auskunftspersonen in den letzten zwölf Monaten besucht wurden. Dabei wurde lediglich unterschieden, ob die Befragten einen Arzt bzw. eine Ärztin dieser Fachrichtung besucht hatten, nicht wie häufig der Kontakt stattgefunden hat.



Tab. 2: Kontakte zu FachärztInnen in den letzten 12 Monaten

o Frauenheilkunde: 17	o Urologie: 7
o Augenheilkunde: 15	o Chirurgie: 5
o HNO-Krankheiten: 13	o Neurologie und Psychiatrie: 3
o Innere Medizin: 13	o Kinderheilkunde: 2
o Dermatologie: 12	o Unfallchirurgie: 1
o Orthopädie: 10	o Neurochirurgie: 1
o Lungenkrankheiten: 8	o Kinder- und Jugendpsychiatrie : 1

Bei den Frauen zeigte sich, dass regelmäßige jährliche Kontrollen bei GynäkologInnen mittlerweile in allen drei Altersgruppen offenbar üblich waren. Lediglich vier Interviewpartnerinnen gaben an, in den letzten zwölf Monaten nicht bei einem Frauenarzt oder einer Frauenärztin gewesen zu sein.

„Aber Frauenarzt und das ist einfach so ein, das gehört einfach schon zum Standard, dass man da geht.“ (P14, 92)

„Also jetzt bei der Frauenärztin halt schon einmal Vorsorgeuntersuchung“ (P 6, 53)

Das Pendant dazu für männliche Patienten stellt die Urologie dar. Auch hier schien es bei den Befragten ein großes Bewusstsein für die Relevanz regelmäßiger Kontrolluntersuchungen zu geben. Immerhin zwei Drittel der Interviewpartner suchten im letzten Jahr FachärztInnen für Urologie auf.

„Urologen inzwischen hab ich auch schon, weil ich dort schon kontrollmäßig geh ich jährlich einmal untersuchen“ (P4, 46)

„die für die Kontroll- oder Routine Untersuchung, das ist natürlich irgendwie vorgegeben, Internist, Augenarzt einmal im Jahr, Urologe. Also das, ja, das mache ich von mir aus“ (P11, 110)

Auch die Vorsorgeuntersuchung („Gesundenuntersuchung“) wurde von vielen Auskunftspersonen aus allen Altersgruppen regelmäßig in Anspruch genommen.

Die Fachrichtungen Zahnheilkunde und Radiologie wurden bei der Frage nach Besuchen bei FachärztInnen im letzten Jahr von den Auskunftspersonen ebenfalls relativ häufig genannt.



Die Auskunftspersonen unterschieden – wie das obige Zitat bereits andeutet – zwischen FachärztInnen, die eher routinemäßig, in sehr regelmäßigen, meist Jahresabständen besucht wurden und Fachrichtungen, die sie nur im akuten Anlassfall kontaktierten. Neben der Frauenheilkunde und der Urologie zählten Augen- und Zahnheilkunde zur ersten Gruppe der Fachgebiete, in denen regelmäßige Kontrolluntersuchungen anerkannt waren. Auch InternistInnen wurden in konstanten Zeitabständen kontaktiert – in einigen Fällen waren die FachärztInnen für Innere Medizin auch gleichzeitig die HausärztInnen der Interviewpersonen. Bei dieser FachärztInnen-Gruppe war das Vorliegen tatsächlicher Beschwerden für die regelmäßige Terminvereinbarung nicht relevant. Vor allem OrthopädInnen und FachärztInnen für HNO-Krankheiten wurden als VertreterInnen einer Fachrichtung angesehen, die nur in akuten Fällen oder bei bestehenden Beschwerden kontaktiert wurden.

Diese Gruppeneinteilung zeigte sich auch in der Bewertung der Beziehung der PatientInnen zu ihren jeweiligen FachärztInnen. In beiden Fällen – den akuten und den routinemäßigen – war den InterviewpartnerInnen die fachliche Kompetenz des behandelnden Arztes bzw. der behandelnden Ärztin wichtig – die Sympathieebene bzw. die Behandlung durch dieselbe Person traten in den Hintergrund, solange akute Beschwerden bestanden. Bei Fächern, die insbesondere im Zuge von Kontrollen im regelmäßigen Zeitabstand besucht wurden, gewann die persönliche Beziehung neben der fachlichen Kompetenz allerdings an Relevanz.

„Bei denen, wo ich öfter hin muss, hab ich mir halt jetzt mittlerweile welche gesucht, wo ich halt gerne hingeh, eben Gynäkologe, Zahnarzt, wo ich einfach sag, da weiß ich, ich muss einmal das Jahr oder zweimal das Jahr hin, dann soll es bitte jemand sein, wo das einfach passt. Zu allen anderen muss man eigentlich nicht so oft hin, dann ist es wurscht, dann reicht mir, was die Hautärztin sagt, fachlich kompetent, gut.“ (P9, 184)

Wenige Auskunftspersonen hatten in der Vergangenheit das Problem, im akuten Fall keinen Termin bei ihren FachärztInnen zu bekommen. Die fachärztliche Versorgung scheint in diesem Fall also zu funktionieren und sich gut auf akut auftretende Probleme eingestellt zu haben. Falls die InterviewpartnerInnen dennoch in die Situation kämen, keinen Termin in einem annehmbaren zeitlichen Abstand zu bekommen, würden die meisten mit den OrdinationsassistentInnen nachverhandeln, ob es nicht einen früheren Termin für sie geben könnte. Für akute Fälle die am Wochenende auftraten, wurde in aller Regel



die Ambulanz als Kontaktalternative genannt. In Innsbruck zeigte sich, dass die InterviewpartnerInnen die Klinik bzw. Ambulanz als letzten Ausweg sahen. Im Burgenland schien das Aufsuchen eines Krankenhauses als Alternative zum Besuch bei FachärztInnen im Akutfall verbreiteter zu sein. Dies könnte – wie im nächsten Kapitel thematisiert wird – mit der geringeren FachärztInnendichte im Burgenland im Vergleich zu Innsbruck zusammenhängen. Ein weiterer möglicher Erklärungsansatz könnten die Pilotprojekte sein, von denen eine Interviewpartnerin im Burgenland berichtete.

„Ja akut ist bei uns Krankenhaus, oder nach 17 Uhr ist automatisch irgendein LKH, weil da weiß ich auch, dass im Oberwarter Bezirk jetzt, auch aus familiären Gründen, dass ab 17 oder 18 Uhr darf kein Hausarzt mehr zu irgendeinem Patienten nach Hause kommen, sondern er muss dann diese Akutpatienten direkt in die Ambulanzen, eben diese Versuchsambulanzen, die es momentan gibt, hinüberweisen.“ (P23, 111)

Krankenhausambulanzen wurden vor allem aufgrund der langen Wartezeiten und der fehlenden Beziehung zu den behandelnden ÄrztInnen nach Möglichkeit vermieden. So wurde die Versorgung im Krankenhaus häufig als letzte Option genannt, wenn die Auskunftspersonen keinen anderen Ausweg mehr sahen.

„Das ist wirklich, die Ambulanzen sind sehr überfüllt und ich vermeide sie so weit wie möglich.“ (P17, 243)

„Wenn alle Stricke reißen und ich wirklich extreme Beschwerden habe, dann würde ich im Zweifelsfall auf der Klinik anrufen und dort den Termin ausmachen auf der Ambulanz. Wobei, das ist für mich, auf die Ambulanz zu gehen ist immer nur so Mittel der letzten Wahl“ (P9, 135)

Aufgrund dieser negativen Erfahrungen mit Wartezeiten litt entsprechend auch das Bild, das die Befragten von der medizinischen Versorgung im Krankenhaus hatten.

„und im Endeffekt hab ich dann Stunden gewartet [...] Wenn man einen Not, ich geh ja nicht hinaus, wenn ich keinen Notfall hab. [...] Also es war wirklich, ich muss ehrlich sagen, ich hab nicht das Gefühl, dass ich jetzt gut versorgt bin.“ (P10, 9)

Bei Routineuntersuchungen schienen zu lange Wartezeiten auf einen Termin kein Problem darzustellen. Insbesondere dann nicht, wenn die Auskunftspersonen

sonen keine Beschwerden hatten. Hier wurden auch längere Wartezeiten in Kauf genommen, zumal diese bereits im Vorhinein bekannt waren und sich die Auskunftspersonen darauf einstellen konnten.

„Bei einer Routineuntersuchung? Würde ich auch akzeptieren, auch einen längeren Termin, also wenn es nichts Akutes ist, dann warte ich halt zwei Monate, ist wurscht. Ich hab es nicht eilig.“ (P10, 153)

„wenn es nicht akut ist, macht mir eine längere Wartezeit nichts aus“ (P8, 107)

Bei Terminen für Routineuntersuchungen, auf die aus Sicht der InterviewpartnerInnen zu lange gewartet werden müsste, versuchten die Befragten ähnlich wie bei akuten Fällen mit den OrdinationsassistentInnen zu verhandeln, ob es nicht doch eine Möglichkeit für einen rascheren Termin gäbe. Außerdem wurde darum gebeten kontaktiert zu werden, wenn frühere Termine aufgrund von Absagen frei würden. Die Bereitschaft, in einem solchen Fall die behandelnden FachärztInnen zu wechseln, war eher gering. Besonders gering war sie in den Fällen, bei denen die Befragten mit ihren FachärztInnen besonders zufrieden waren oder sie eine langfristige Beziehung zu diesen hatten.

„Arzt wechseln, aber das ist halt doch auch immer verbunden mit Aufwand, oder halt, taugt mir der dann? Und wenn ich vielleicht schon länger beim Facharzt bin, so wie bei der Frauenärztin, da nehme ich das auch in Kauf, wenn sie sagt, nein, es geht leider nicht früher“ (P6, 153)

Der Wechsel von FachärztInnen wurde nach Möglichkeit also vermieden. Wenn kamen sie häufig dadurch zustande, dass die bisherigen FachärztInnen in Pension gingen oder wegzogen. Ein temporärer Wechsel der FachärztInnen kam bei den Befragten sehr selten vor. Dazu kam es in akuten Situationen, die einen Arztbesuch notwendig machten.

„Nein, weil ich bleib bei meinen Fachärzten. Und so viel brauch ich ja nicht. Nein, weggehen täte ich nicht. Das ist etwas, was ich nicht gerne tu.“ (P3, 341)

„Der andere war zu alt, der andere ist privat gegangen. Also sonst würde ich sie nicht wechseln, muss ich jetzt sagen, also. Beim Lungenarzt bin ich nur einmal wo anders gewesen, weil der eben grad nicht da war. Wenn man keine Luft bekommt, wenn man den ersten Stock raufgeht, dann



muss man irgendwas tun [...] Sonst würde ich nicht wechseln. Ich bin mit meinen Ärzten sehr zufrieden“ (P5, 269)

Eine weitere Interviewpartnerin erzählte von einer Situation, in der sie von ihrer Gynäkologin weitervermittelt wurde, da eine spezielle Untersuchung notwendig war, die sie selbst nicht anbot.

„Mhm, das hängt damit zusammen, dass ich eine Nackenfaltenmessung und Organscreening gemacht habe und das meine eigene Gynäkologin nicht macht und mich deswegen zu einer anderen Gynäkologin überwiesen hat, die eine Ausbildung hat für diese Spezialuntersuchungen quasi.“ (P9, 82)

Diese Wechsel wurden aber offenbar von den Auskunftspersonen nicht als solche wahrgenommen. Hier handelte es sich eher um Ausnahmen bzw. Konsultationen. Wurde doch ein Wechsel vollzogen, war dieser in der Regel endgültig; vor allem dann, wenn es einen anderen Grund als die Abwesenheit der FachärztInnen zu einem bestimmten Zeitpunkt oder das Fehlen einer speziellen Ausbildung gab. Einige Interviewpersonen berichteten von schlechten Erfahrungen, die sie mit behandelnden ÄrztInnen gemacht hätten und die in weiterer Folge zum Wechsel der FachärztInnen geführt hatten.

„Nein, wenn ich einmal abgeschlossen habe mit einem Arzt, dann ist für mich der Fall geregelt. Da gehe ich nicht mehr hin dann, weil da hat es dann einen Grund gegeben, warum ich nicht mehr hingehere. Und das kann ich nicht aufwärmen, das geht bei mir nicht.“ (P14, 476)

Auch der Wechsel von einer Ordination mit Kassenvertrag hin zu einer Wahlarztpraxis veranlasste einige InterviewpartnerInnen zu einem (unfreiwilligen) Wechsel, da die Kosten für den Besuch eines Wahlarztes bzw. einer Wahlärztin zu hoch waren. Vor allem für diejenigen, die finanziell schlechter gestellt waren, waren Besuche bei WahlärztInnen schlichtweg nicht leistbar. So berichteten zwei Alleinerzieherinnen, dass sie sich den Besuch bei WahlärztInnen aufgrund der fehlenden finanziellen Mittel nicht leisten könnten, auch wenn sie diese grundsätzlich gerne in Anspruch genommen hätten.

„meine Zahnärztin davor, die ist privat geworden wieder, also zuerst war sie Kassa, dann ist sie privat geworden und das kann ich mir nicht leisten“ (P6, 133)



Im Burgenland wurde von drei Interviewpartnerinnen, die alle der mittleren Altersgruppe angehörten, ein Wechsel von VertragsärztInnen zu WahlärztInnen beschrieben. Nur eine dieser Frauen verfügte über eine private Zusatzversicherung. Die Gründe für diesen Wechsel sahen die Befragten in den zu langen Wartezeiten, der geringen Zeit, die für Gespräche mit PatientInnen vorgesehen sei und der größeren Kompetenz von WahlärztInnen im Vergleich zu KassenvertragsärztInnen.

„Ja, weil ich eben von von äh Kassaärzten zu Privatärzten gegangen bin. Weil mir dort die Wartezeiten zu lange waren und und eben äh pff auch also, die Zeit, die haben die Zeit nicht, deine Antworten eigentlich zu beantworten, die du stellst.“ (P29, 379)

Die Hoffnung ihre FachärztInnen länger behalten zu können, spiegelte sich auch in der Zufriedenheit mit diesen wider. Die Auskunftspersonen waren im Allgemeinen mit ihren behandelnden FachärztInnen sehr zufrieden.

„Nein, ich bin mit meinen Fachärzten zufrieden, die ich habe. Und so viele hab ich ja nicht. Aber mit denen bin ich zufrieden. Kann ich nicht jammern“ (P3, 457)

„Da gibt es halt welche, wo man sich wohler fühlt als bei dem oder der anderen, aber im Großen und Ganzen, und es ist mittlerweile find ich eh, dass Ärzte generell, dass sich das gebessert hat, dass Ärzte mittlerweile mehr erklären, mehr dazusagen, also jetzt so einen richtigen unfreundlichen Arzt oder, hab ich jetzt schon lang nicht mehr gehabt.“ (P9, 216)

Dennoch berichteten die Befragten auch von schlechten Erfahrungen, die sie in den jeweiligen Ordinationen der FachärztInnen gemacht hatten. Diese hingen sehr häufig mit längeren Wartezeiten zusammen oder mit der unzureichenden Behandlung durch die FachärztInnen. Die InterviewpartnerInnen erzählten davon, dass sich die ÄrztInnen nicht genügend Zeit für ihre Anliegen genommen und das persönliche Gespräch – das für die Befragten sehr wichtig war – vernachlässigt hätten. Durch diesen Umstand fühlten sich die Auskunftspersonen schlecht betreut, zweifelten die Entscheidungen der FachärztInnen an und waren mit der Behandlung entsprechend unzufrieden.

„Aber ich bin doch etwas enttäuscht. Also ich hab eher dieses Gefühl gehabt, dass er sehr viele Patientinnen hat und dass man einfach nur mehr sehr oberflächlich irgendwie behandelt wird, hab ich auch teilweise schon von mehreren Seiten gehört. Also ich hab nicht mehr dasselbe

Gefühl wie am Anfang, wie ich dort hingegangen bin, also das hat mich schon sehr enttäuscht, muss ich schon dazu sagen.“ (P22, 7)

Bei der Frage, was bei den behandelnden FachärztInnen besonders relevant sei, zeigten sich Unterschiede in den verschiedenen Altersgruppen der InterviewpartnerInnen. Es gab einen Konsens darüber, dass die ÄrztInnen grundsätzlich kompetent sein sollen. Der Schwerpunkt der Relevanzsetzung war dennoch etwas verschieden. Der ersten Gruppe der 18-34 Jährigen waren die Fachkompetenz sowie die Aufmerksamkeit, die ihnen zuteil wird, besonders wichtig. Die persönliche Beziehung zu den FachärztInnen trat dabei etwas in den Hintergrund

„mir ist die Fachkompetenz und dass der oder die am neuesten Stand ist, ist das, wo ich sage, das muss auf jeden Fall passen. Und in zweiter Linie dann, wenn es ein Arzt ist, wo ich öfter hingehere, dann auch das Persönliche. Aber wenn das jetzt ein Arzt ist, wo ich eh nur ein Mal hingehere, dann war ich das eine Mal dort und dann war es das, also dann ist mir wichtig, dass der fachlich kompetent war, ob der jetzt super nett war zu mir oder nicht interessiert mich dann in dem Fall wenig.“ (P9, 204)

Der zweiten Altersgruppe der 35-64 Jährigen war wichtig, vom Facharzt oder der Fachärztin ernstgenommen zu werden. Auch das Eingehen auf Bedürfnisse der PatientInnen sowie das Ernstgenommen werden spielten hier eine Rolle.

„Dass sie auf meine Fragen auch eingehen und dass Sie mich wirklich gut befragen und mich ernst nehmen. Und nicht vielleicht so wie, das habe ich nämlich auch schon gehabt, dass du ausgelacht wirst, wenn du sagst, naja ich will das unbedingt probieren, so wie bei meinem Sohn das mit der Homöopathie.“ (P29, 451)

Bei Befragten der dritten Altersgruppe, die sich aus Menschen, die 65 Jahre oder älter waren, zusammensetzte, wurde die Zeit beim Arztbesuch besonders hervorgehoben. Hier waren auch die Sympathie und das Zuhören der ÄrztInnen relevant.

„Ja, besonders wichtig ist, dass sie sich ein bisschen Zeit nehmen für mich. Dass sie eben ein bisschen eine Gesprächsbasis, ein -klima entsteht und ja, dass sie nach Möglichkeit gute Diagnostiker sind.“ (P11, 434)



## **b. Kontaktaufnahme zur fachärztlichen Versorgung**

Die allermeisten InterviewpartnerInnen kontaktierten ihre FachärztInnen telefonisch, um einen Termin zu vereinbaren. Folgetermine wurden häufig bereits in der Ordination selbst ausgemacht – teilweise sogar für Termine in einem Jahr. Wie zu erwarten war, waren es vor allem Interviewpersonen aus der jüngeren Altersgruppe, die ein Online-Tool für die Terminvereinbarung schätzten und nutzten.

„Telefonisch meistens, außer beim Augenarzt, dort geht das jetzt per Internet, finde ich recht praktisch, weil der hat irgendwie so einen Terminkalender und den kann ich dann mit meinem Terminkalender und Dienstplan abgleichen und das ist wirklich super.“ (P30, 123)

Vor allem in Tirol schilderten die Interviewpersonen, dass es häufig schwer gewesen sei, telefonisch jemanden zu erreichen. Dieser zusätzliche Aufwand des Wartens und wieder Versuchens wurde als lästig empfunden.

„Also meistens zuerst schau ich einmal im Internet nach, wann sie Öffnungszeiten haben, und, dann meistens muss man ja Vormittag anrufen, ja, dann ruf ich an, ist zwar oft auch nervig. Ich bin in der Arbeit, weil meistens kann man nur Vormittag, [...] dann ruft man an, dann ist besetzt. Und man ist aber in der Arbeit, hat ja was zu tun. Dann muss man wieder anrufen [...]. Bevor ich bei der Frauenärztin war, war ich bei einem anderen Frauenarzt, aber den hab ich gewechselt, weil ich nicht mehr zufrieden war, und der hat das online gehabt und das war eigentlich ganz fein.“ (P6, 69)

Im Regelfall versuchten die InterviewpartnerInnen nicht ohne Termin zu ihren FachärztInnen zu gehen. Eine Ausnahme bildeten dabei natürlich jene ÄrztInnen, bei denen grundsätzlich keine Terminvergabe notwendig war.

„Ich rufe schon immer an, wenn ich einen Termin möchte oder was weiß ich, ich weiß ja das ja meistens jetzt schon, wenn ich diese Untersuchungen habe und da rufe an und und. Nein, unangemeldet komme ich dort nie hin. Das mache ich nicht.“ (P29, 123)

Die Ordination wurde nur bei einem Notfall direkt und ohne Ankündigung aufgesucht.

„Also ich habe schon Rheumaschübe gehabt, da bin ich zum Orthopäden, bin hinein, ich habe nicht mehr gehen können, mein Mann hat mich getragen. Da ruf ich nicht an. Da stehe ich da.“ (P26, 132)

Etwa ein Drittel der InterviewpartnerInnen gab an, FachärztInnen hauptsächlich in Folge einer Zuweisung durch den Hausarzt bzw. die Hausärztin zu kontaktieren. Diese Personen waren vor allem entweder der jüngeren oder der älteren Altersgruppe zuzurechnen.

„Also grundsätzlich, wenn ich vom Hausarzt überwiesen werde, ich gehe immer zuerst zum Hausarzt.“ (P10, 33)

Eine Ausnahme dazu bildeten die FachärztInnen, die routinemäßig besucht wurden, wie beispielsweise FrauenärztInnen oder ZahnärztInnen. Diese Fachrichtungen wurden in der Regel selbständig, auch ohne Zuweisung durch den Hausarzt bzw. die Hausärztin aufgesucht.

„Ich kontaktiere die Fachärzte, wenn mir der Hausarzt sagt, das muss man jetzt anschauen. Außer den Frauenarzt, den mache ich automatisch. Und ja. Hautarzt mache ich eigentlich auch automatisch.“ (P14, 76)

„Genau, mein erster Weg ist der Hausarzt, außer ich weiß schon, es ist jetzt irgendwie so ein Ausschlag, na klar dann werde ich nicht zum Hausarzt gehen, dann geh ich gleich zum Dermatologen.“ (P30, 119)

Wenn die InterviewpartnerInnen bereits vorab wussten oder zu wissen glaubten welche Fachrichtung für ein bestimmtes Problem besucht werden musste, wurden diese FachärztInnen vor allem von Personen der mittleren Altersgruppe eher direkt – ohne zuvor den Hausarzt bzw. die Hausärztin zu konsultieren – kontaktiert.

„Mm, na wenn ich es weiß, dann geh ich schon direkt zum Spezialisten, und wenn ich, ja wenn ich es jetzt nicht weiß oder irgendwas anderes ansteht, irgendeine andere Untersuchung oder was, dann lass ich mich überweisen.“ (P22, 63)

Sehr viele FachärztInnen wurden aufgrund von persönlichen Empfehlungen aus dem Familien- oder Bekanntenkreis oder anderer ÄrztInnen (meist der HausärztInnen) ausgewählt.

„Weil die Mama hingeht. Und weil meine ganze Familie hingeht.“ (P20, 127)



Auch das Vorliegen eines Kassenvertrages war ein Auswahlkriterium.

„Ich hab einen gesucht, der auch die Krankenkasse hat.“ (P2, 169)

Das Internet wurde als Informationsquelle ebenfalls genannt, hatte aber nicht denselben Stellenwert, wie persönliche Empfehlungen.

„Ich versuche, ein bissl auch im Internet nachzuschauen, [...] und ich finde, da ist schon was dran, also, von einer Bewertung, am besten kommt es immer, wenn man selber den Arzt kontaktiert, gell. Aber es hat schon was für sich. Jetzt hab ich mir das einmal angeschaut, wie das bei meinen Ärzten stattfindet, die ich aufsuche, akkurat, die haben alle die Bestnote!“ (P1, 157)

Bei FachärztInnen, die eher in die Kategorie fallen, die im akuten Fall kontaktiert werden bzw. zu denen man keine besondere Beziehung hat, war die Entfernung zur jeweiligen Ordination relevant, wie das folgende Zitat in Bezug auf den HNO-Arzt der Interviewpartnerin zeigt.

„weil ich eben schon mal dort war und weil er gleich bei mir in der gleichen Straße war und ich gerade eine Minute zu Fuß hingehen hab müssen, also, ja. Und weil gerade für diese Untersuchungen das vollkommen wurscht ist, weil der schaut sich den kurz an, im Endeffekt diese Messung, die da gemacht wird, die haben alle das gleiche Gerät, es ist, also, ist egal“ (P9, 107)

Im Burgenland wurden außerdem die fehlende Auswahl und die damit de facto fehlende Wahlmöglichkeit thematisiert.

Eine Entscheidungsgrundlage, bestimmte FachärztInnen aufzusuchen oder nicht stellte in Innsbruck die Atmosphäre im Wartezimmer, vor allem was die Einrichtung und den Zeitvertreib (z. B. Unterhaltung durch Fernseher) betrifft, dar.

„Also auch das würde für mich schon eine Rolle spielen, das Ambiente in dieser Ordination. Es gibt noch Ordinationen wirklich, die sind alt. Da wäre höchster Handlungsbedarf, was zu erneuern wäre, von den Möbeln angefangen, weil, wenn, so würde ich das beurteilen, wenn das Mobiliar und alles schon verstaubt und alt ist, dann würde ich auch den Geräten nicht mehr ganz vertrauen, die dort verwendet werden, also das ist eine innere Einstellung.“ (P4, 206)

Im Burgenland wurde der Zustand des Wartezimmers nicht thematisiert. Hier wurden tendenziell die OrdinationsassistentInnen kritisiert, da sie in erster Linie für die langen Wartezeiten in der Praxis selbst verantwortlich gemacht wurden.

Je nachdem, ob die FachärztInnen eher routinemäßig oder ausschließlich im Akutfall besucht wurden, variierte auch die Erwartung an die persönliche Beziehung zu diesen.

„Beim Radiologen ist es ja meistens so, da wird ein Bild gemacht, beim Empfang kriegt man dann den Bericht, da hat man relativ wenig Kontakt, gell. Aber beim Urologen, da ist man doch eine Viertelstunde drinnen, da wird alles untersucht, und da kommt dann schon einmal ein längeres Gespräch zustande, gell.“ (P1, 61)

Die InterviewpartnerInnen unterschieden nicht nur zwischen FachärztInnen, die hauptsächlich routinemäßig bzw. akut kontaktiert wurden, sondern auch zwischen „PraktikerInnen“ und „TheoretikerInnen“.

„Da geht es um ganz andere Dinge, also, würde ich schon auch sagen, auch einen Orthopäden, und einen Zahnarzt rechne ich mehr zu den technischen MedizinerInnen, die einfach ein Gelenk austauschen und der andere tut einen Zahn ersetzen usw., das ist eine technische Sache. Und dann gibt es aber Bereiche, die schon eher in die Psyche hineinreichen. Und in die Richtung würde ich sie unterscheiden auch. Für mich ist ein Neurologe oder ein Psychiater oder, ich meine, ist schon klar, das sind ganz andere Bereiche dann.“ (P4, 226)

Einen besonderen Stellenwert nahmen GynäkologInnen ein. Hier hatten die persönliche Beziehung und die Sympathie eine besonders hohe Relevanz für die InterviewpartnerInnen.

„Ja, bei der Frauenärztin. Da muss ich mich wohlfühlen. Dass ich mich auch entspannen kann. Und da muss irgendwie die Sympathie da sein. Natürlich auch das Fachliche muss passen, aber da muss eine gewisse Harmonie sein, weil es meiner Meinung nach wie bei Männern der Urologe glaube ich eine heikle Geschichte ist und wenn man sich da nicht irgendwie wohl fühlt, dann geht man glaube ich nicht hin. Aber sonst, nein, sonst ist es mir egal.“ (P19, 450)



Die Auskunftspersonen äußerten sich fast alle auch zu ihren HausärztInnen. Hier zeigte sich, dass die InterviewpartnerInnen klar zwischen fachärztlichem Bereich und Allgemeinmedizin unterscheiden.

„Ja, gut, der Hausarzt, der weiß mehr als wie jetzt der Facharzt. Überhaupt wenn man länger dort ist oder so, nicht. Der Facharzt weiß das noch nicht, was der Hausarzt alles weiß. Und da sagt man auch vielleicht nicht alles.“ (P3, 325)

Die Interviewpersonen betonten häufig, dass die HausärztInnen das Gesamtbild der PatientInnen kennen und somit einen besseren Überblick hätten, als die FachärztInnen, die sich in der Regel ausschließlich mit ihrem Spezialgebiet beschäftigen. Bei HausärztInnen waren die Befragten in der Vergangenheit oft und häufig fungierten diese bei Problemen auch als erste AnsprechpartnerInnen. Daher erachteten viele Auskunftspersonen die persönliche Beziehung zum Hausarzt bzw. zur Hausärztin als sehr wichtig. Diese Beziehung ist durchaus vergleichbar mit jener zu FachärztInnen, die aufgrund von Routineuntersuchungen regelmäßig kontaktiert werden (z. B. GynäkologInnen, ZahnärztInnen).

„Ja, beim Hausarzt ist man halt öfters, weil man verschnupft ist und Grippe und mein Hausarzt hat auch eine Hausapotheke. Also, den sieht man dann halt öfter und der kennt halt einen, da ist man halt nicht nur eine Nummer, weil der kennt halt die Familie und er kennt halt alle. Mit dem bist du per du und da wird auch, natürlich ist da eine engere Beziehung da als wie jetzt beim Facharzt, wo ich eine Nummer XY bin und vielleicht einmal im Jahr hinkomme.“ (P19, 458)

### **3.3 Subjektives Erleben der fachärztlichen Versorgung**

#### **a. Erlebnis der derzeitigen fachärztlichen Versorgung**

Die Versorgung wurde von den InterviewpartnerInnen grundsätzlich als positiv empfunden. Die Befragten fühlten sich bei ihren FachärztInnen in der Regel gut aufgehoben und betreut. Die Wartezeiten auf Termine wurden zwar als lang beschrieben, dennoch stellten diese kaum ein Problem dar, da sich die Auskunftspersonen bereits darauf eingestellt hatten. Da es sich dabei außerdem sehr häufig um Routineuntersuchungen handelte, war der Leidensdruck zu vernachlässigen. Die gefühlte ÄrztInnenknappheit wurde vor allem im Bur-



genland thematisiert; in Innsbruck schien die Versorgungsdichte – ausgenommen FachärztInnen für Dermatologie und Augenheilkunde – besser zu sein.

Eine Interviewpartnerin aus Innsbruck formulierte, dass ÄrztInnen und deren Kompetenz einen Vertrauensvorschuss genössen, der diesen zwingend entgegengebracht werden müsse.

„Und ich denk mir, grad was Vertrauen betrifft, wenn ich das Vertrauen nicht hab, dass der Arzt nicht ausgebildet ist, noch bevor ich, also ein gewisses Grundvertrauen muss ich generell einmal dem Gegenüber entgegenbringen, weil der hat zumindest die Ausbildung gemacht, also er weiß definitiv mehr als ich darüber, sonst tät ich nicht hingehen zu ihm. Also dieses Grundvertrauen muss da sein, weil sonst darf ich zu gar keinem Arzt gehen.“ (P9, 208)

Die fachliche Kompetenz schien das Um und Auf zu sein. Sie stand klar über der persönlichen Beziehung, die zu einem Facharzt oder einer Fachärztin bestand.

„mir ist die medizinische Behandlung wichtiger, ich brauch mit der kein freundschaftliches Verhältnis aufbauen, ich brauch nur pünktlich erscheinen und sie soll pünktlich ihre Arbeit machen und fertig.“ (P4, 182)

Eine Ausnahme stellten hier die GynäkologInnen dar. Bei diesem Fachgebiet war den befragten Frauen neben der fachlichen Expertise auch die vorhandene Sympathie wichtig. Die Interviewpersonen schätzten grundsätzlich an ihren FachärztInnen die fachliche Kompetenz, außer sie hatten diesbezüglich vereinzelt schlechte Erfahrungen gemacht. Besonders positiv bewerteten die InterviewpartnerInnen, wenn Probleme von den FachärztInnen direkt angesprochen wurden.

„Aber ich brauche eine direkte, ehrliche Antwort, auf das lege ich großen Wert. Und wenn sie schlecht ist, ist sie eben schlecht.“ (P14, 516)

In den allermeisten anderen Fällen waren Charakter, Alter sowie äußeres Erscheinungsbild der ÄrztInnen nebensächlich, solange die Behandlung kompetent und gewissenhaft erfolgte.

„In erster Linie, wie vorhin schon erwähnt, ist finde ich das Fachliche. Da wäre es mir unter Umständen gleich, wenn einer ein bissl ein Grantler ist oder einmal nicht so einen guten Tag hat. Aber wenn ich weiß, wenn er

mich untersucht, das hat Hand und Fuß. Man ist nicht immer so gut auf, sicher sollte man nicht seine schlechte Laune mit in die Ordination nehmen. Bei meinen Ärzten, die ich aufsuchen darf, hat das nie stattgefunden.“ (P1, 374)

„Mittlerweile ist es mir egal. Weil ich habe mittlerweile auch zwei Fachärzte, die kann ich persönlich gar nicht leiden. Weder vom Charakter, noch von ihrem Auftreten. Aber die sind recht kompetent und helfen eigentlich bis dato ganz gut weiter. Und deswegen bin ich von der Sympathie abgekommen, weil ich mir gedacht habe, ok, egal, das muss jetzt nicht mein bester Freund sein. Wenn ich mich gut beraten fühle, ist mir seine Persönlichkeit ziemlich egal.“ (P19, 418)

Hier zeigt sich auch wieder ein Unterschied zum Hausarzt bzw. zur Hausärztin. Bei MedizinerInnen, die häufig konsultiert werden, spielt die persönliche Beziehung zu dem- oder derjenigen eine Rolle. Wenn es sich dabei um SpezialistInnen handelt, die selten oder für besondere Eingriffe konsultiert werden (müssen), wird die fehlende Sympathie akzeptiert.

„wenn man weiß, das ist ein Spitzen Operateur, da wird man das natürlich in Kauf nehmen, dass der irgendwie abgehoben ist. Aber weil man halt von der Erfahrung her oder eben weiß, dass der der Fachmann für dieses Gebiet ist, dann würde man das in Kauf nehmen. Aber das ist ja dann auch nicht auf Dauer der Leibarzt oder Hausarzt, sondern das ist jetzt halt dann für den speziellen Fall.“ (P11, 450)

Die Unterhaltung über nicht-medizinische Themen wurde von der Mehrheit der Interviewpersonen nicht gesucht oder gewünscht. Small-Talk wurde als üblich anerkannt; Privates wurde ausschließlich dann besprochen, wenn die FachärztInnen weitere Familienmitglieder kannten, nach denen sie sich möglicherweise erkundigten. Eine Ausnahme bildeten hier ältere Männer, die angaben, gern mit ihren FachärztInnen zu plaudern.

„Ich würde sagen im Rahmen von Small Talk, wie man es halt so macht, das Wetter ist schön, keine Ahnung, wenn man reinkommt. Oder, jetzt im Winter, keine Ahnung, muss man halt die Kinder warm einpacken, oder, ja. Aber jetzt darüber hinaus, nein.“ (P9, 34)

„er weiß dass ich beim Gesangverein „oh der Herr Sänger ist auch da“ da ist einmal diese Begrüßung die ist erst einmal recht freundlich recht grad dass wir nicht na wir sind eh fast per du“ (P28, 244)



Kritisiert wurde das fehlende Interesse an den PatientInnen.

„das Problem ist, dass oft das Interesse. Sie zeigen einem kein Interesse, also, das ich kenne so eine Situation. Da wird dir einfach etwas verschrieben und dann ja und dann wenn es nicht besser wird, kommen Sie halt wieder vorbei.“ (P16, 347)

Dieses kam nach Einschätzung der Befragten hauptsächlich durch den Zeitdruck und die vielen anderen PatientInnen, die versorgt werden müssen, zustande. Besonders störend wurde das gleichzeitige Tippen von Informationen beim Sprechen mit den PatientInnen beschrieben.

„So von der, was mir einfach in den letzten Jahren sukzessive mehr auffällt, dass die Ärzte, wenn man reinkommt, ja, die Hand bekommt man noch, aber kaum, dann wird gleich zum Schreibtisch gebeten, so wie wir jetzt gegenüber sitzen und es wird getippselt nebenbei schon, also das war früher nicht so, sondern da hat man einmal zugehört, was ist das Problem, und dann hat man geschaut, okay, vielleicht Blutdruck messen noch vorher oder solche Kleinigkeiten und dann, okay, zum Schluss dann erst die Dokumentation. Aber das muss jetzt schon alles nebenbei gemacht werden.“ (P23, 67)

„ich hab einfach den Eindruck, dass alles nur mehr ganz schnell gehen muss, damit er irgendwie alles unter Dach und Fach kriegt.“ (P22, 23)

Eine Interviewpartnerin spricht in diesem Zusammenhang auch die Körpersprache der FachärztInnen an, die für sie in der Bewertung ihrer FachärztInnen besonders relevant gewesen sei.

„Körpersprache, finde ich. Also, ob man sich anschaut, ob man sich in die Augen schaut, wie der Arzt dasitzt oder, hauptsächlich über das eigentlich, meiner Meinung nach. Und, er muss auch nicht unbedingt freundlich sein, kann auch ein bissl ein Ungustl und eine Zwiderwurzen sein, ist mir eigentlich egal.“ (P21, 225)

Besonders positiv beschrieb diese Interviewpartnerin aus Innsbruck ihren HNO-Arzt.

„das ist eigentlich auch sehr kompetent der Mensch. Der auch sehr, also ich habe auch das Gefühl gehabt, ich bin bei dem gut aufgehoben, also bei dem, der hat auch sehr viel Alternativen angeboten oder jetzt schauen wir das und das und das. Nein, der war eigentlich ganz, den

habe ich sehr als kompetent in Erinnerung. Und auch nicht so oberflächlich wie viele andere.“ (P15, 197)

In der Beschreibung, wie die fachärztliche Versorgung erlebt werde, machten die InterviewpartnerInnen häufig einen Unterschied zwischen WahlärztInnen und FachärztInnen mit Kassenverträgen. Die persönliche Beziehung zu WahlärztInnen wurde oftmals als besser beschrieben, da die Auskunftspersonen das Gefühl hatten, diese würden sich mehr Zeit für sie nehmen als für PatientInnen, die nicht privat für den Arztbesuch bezahlten.

„Sie gibt dir die Telefonnummer, wenn du Probleme hast, du kannst dich jederzeit bei ihr persönlich melden. Das ist super. Aber das ist halt eine Private. Also – ich weiß nicht, wie's bei den Kassenärzten ist.“ (P20, 131)

Da der Großteil der Auskunftspersonen kaum schlechte Erfahrungen mit den behandelnden FachärztInnen gemacht hatte und sich gut betreut fühlte, ist es nicht weiter verwunderlich, dass diese nach den Besuchen bei FachärztInnen zufrieden waren. Dieses gute Gefühl nach dem Arztbesuch war immer auch von der jeweils erhaltenen Diagnose abhängig. Wenn es sich um eine Routineuntersuchung gehandelt hatte und alles in Ordnung war, war der Termin wieder eine Sache auf der To-Do-Liste, die man abgehakt hatte.

„Da bin ich froh, dass ich das wieder vorbei hab. Ich bin froh, dass ich da gewesen bin und dass es jetzt vorbei ist. Ich denk da auch nicht drüber nach, das war jetzt, und dann kriegt man den Befund und dann weiß man das eh, also das ist dann für mich vorbei.“ (P7, 185)

„eigentlich ein gutes Gefühl, ich habe dann schon bei diesen Ärzten zu denen ich gehe schon das Gefühl, dass, er schon weiß wie es mit mir aussieht sozusagen [...] ich fühle mich schon dann eigentlich schon gut beraten sagen wir es einmal so na wenn ich hinaus gehe.“ (P28, 300)

Vor allem wenn sich die FachärztInnen aus Sicht der PatientInnen nicht ausreichend Zeit genommen haben, war das Gefühl nach dem Termin schlecht.

„Haha. Ein bissl verwirrt war ich dieses Mal, ein bissl komisch, weil das irgendwie recht schnell abgelaufen ist. Ich hab irgendwie das Gefühl gehabt, dass er nicht wirklich Zeit gehabt hat für mich, also da, da war ich schon enttäuscht, ganz ehrlich.“ (P22, 159)



Eine Interviewpartnerin im Burgenland, die mit ihren FachärztInnen im Allgemeinen eher unzufrieden war, beschrieb ihr Gefühl nach dem Arztbesuch ebenfalls als entsprechend schlecht.

„Ähm, großteils unzufrieden in der Hinsicht, weil ich mich nicht gut beraten fühle. Ich gehe sehr unsicher hinaus, weil ich mir denke, passt die Medikation? Passt die Diagnose? Wurde was vergessen? Ich gehe eigentlich jedes Mal sehr unsicher raus mit vielen Fragezeichen.“ (P19, 298)

Nicht nur die Behandlung durch die FachärztInnen sahen die InterviewpartnerInnen großteils positiv, auch die Wartezeiten auf Termine stellten kein großes Problem für sie dar.

„Da habe ich letztes Mal gar nicht lang gewartet ich glaub 14 Tag oder drei Wochen.“ (P27, 34)

In diesem Zusammenhang wurde aber – wie auch schon bei der Zeit, die den PatientInnen beim Termin selbst gewidmet wurde – auf den Unterschied zwischen WahlärztInnen und FachärztInnen mit Kassenvertrag verwiesen.

„Naja, ich meine es war jetzt nicht so lange. Aber aber es ist länger als wie, wenn ich privat hingehe. [...] Es war schon länger wie ein Monat. Wenn ich privat anrufe, dann bin ich unter einer Woche kann ich da gehen.“ (P29, 43)

„Was halt schon ist, was ich, was hin und wieder dann passiert, ist, dass man dann gefragt wird, ob man nicht privat versichert ist, weil dann geht es schneller.“ (P9, 42)

In akuten Fällen berichteten alle InterviewpartnerInnen davon, gut versorgt worden zu sein. Meist konnte ein Termin am selben Tag in Anspruch genommen werden, in manchen Fällen auch erst nach ein bis zwei Tagen. Mit der Terminvergabe in akuten Fällen waren die Befragten sehr zufrieden.

„Bei akut komm ich sofort dran, manchmal war so, dass sie: „Kommen Sie mir bitte gleich ...“, das möchte sie sich sofort anschauen.“ (P1, 117)

Die Wartezeiten bei Routineuntersuchungen wurden hingegen als relativ lang beschrieben. Vor allem bei AugenärztInnen betrug die Wartezeit auf einen Termin mehrere Monate. Bei ausgewählten FachärztInnen mussten die InterviewpartnerInnen bis zu ein Jahr auf Termine warten. Die langen Wartezeiten wurden allerdings durchwegs akzeptiert, vor allem weil die Interviewpart-



nerInnen darüber Bescheid wussten und sich dementsprechend darauf einstellen konnten.

„Na, beim Augenarzt ist Wartezeit ein halbes Jahr. Minimum. Und wenn man sich dann einen aussucht, der keine Kasse hat, dann hat man vielleicht auch noch das Pech, so wie es bei mir war, dass man gar keinen findet, der einen noch nimmt. [...] Also, ich habe jetzt dann bei meiner Ärztin gewartet dieses halbe Jahr und jetzt weiß ich es und stelle mich darauf ein, dass ich im Dezember für Juli anrufen muss. Und die ist voll. Also, das finde ich schon ein bisschen langfristig.“ (P14, 52)

„Bei der Augenheilkunde zum Beispiel da hatte ich fast sogar drei, vier Monate, also da ist noch länger.“ (P23, 43)

Es gab aber auch hier Ausnahmen – diese Innsbruckerin war angesichts des schnellen Termins bei ihrem Orthopäden überrascht und mutmaßte, dass hier offenbar kurzfristig ein Termin frei geworden sei. Es gab bei den Befragten also offenbar ein Bewusstsein, dass die Wartezeit für Termine bei FachärztInnen generell eher lang war.

„ja, ein oder zwei Wochen ist eh schon schnell. So für einen Facharzt, wenn man nichts hat.“ (P12, 267)

Eine Interviewpartnerin in Innsbruck fand eine Ausweichstrategie, um sich mit den langen Wartezeiten für einen Termin bei ihrem Augenarzt zu arrangieren.

„Da muss man jetzt nicht mehr so oft hingehen, weil ich habe die Brille von [große Optikerkette] und da machen sie auch schon einen Sehtest. Also den letzten Sehtest habe ich bei [große Optikerkette] gemacht. Weil es ist bei den Augenärzten eh so schwierig einen Termin zu kriegen.“ (P16, 23)

Insgesamt lässt sich feststellen, dass die InterviewpartnerInnen im Burgenland über längere Wartezeiten berichteten als jene in Innsbruck. Bei AugenärztInnen wurden sowohl im Burgenland als auch in Innsbruck lange Wartezeiten wahrgenommen. Wartezeiten für Kontrolltermine bei FachärztInnen bis zu zwei Monate wurden von den Auskunftspersonen toleriert und als normal erachtet; alles was darüber hinausging, wurde eher kritisch gesehen. Die InterviewpartnerInnen stellten sich in der Regel auf die langen Wartezeiten ein; bei Routineuntersuchungen wurden die Wartezeiten daher nicht als Problem wahrgenommen.



Bei den Wartezeiten in den Ordinationen selbst zeigte sich, dass die InterviewpartnerInnen damit zumeist gut zurechtkamen. Wartezeiten bis zu einer halben Stunde wurden als selbstverständlich erachtet und eingeplant. Wenn die Befragten bis zu etwa einer Stunde warten mussten, war das zwar unangenehm für sie, auch das wurde aber noch größtenteils akzeptiert. Alles was darüber hinausging, führte zu Ärger bei den Befragten.

„Ja, das ist dann schon, zwischen einer halben Stunde und einer Stunde. Aber das ist normal, wenn so viel Leute sind, überhaupt wenn Kinder sind, dann ist das logisch, dass man da warten muss. Ich hab da kein Problem mit dem Warten.“ (P3, 29)

„Na, wenn man einen Termin hat, zwei oder drei Stunden warten zusätzlich. Also, das ist eigentlich viel für meine Begriffe.“ (P14, 52)

Dieser Interviewpartner nahm längere Wartezeiten gerne in Kauf, wenn die Betreuung durch den Arzt oder die Ärztin gut war.

„jeder Patient, der zum Arzt geht, der möchte gut betreut werden, und es dauert einfach seine Zeit. Und es lässt sich von vornherein für den Arzt auch nie sagen, wie lange er jetzt für die Untersuchung braucht. Dann gibt es noch eine kurze Befundbesprechung, das dauert halt einfach seine Zeit, die Zeit muss man sich einfach nehmen.“ (P1, 430)

Wenn die Auskunftspersonen über die Verzögerung Bescheid wussten, war der Umgang mit längeren Wartezeiten für sie einfacher.

„Und da haben sie mir aber gleich schon gesagt, [...] dass es an dem Tag ziemlich lange dauern wird, weil sie haben scheinbar dringende Notoperationen gehabt, und deswegen wird es länger dauern. Und das hat dann gedauert, um zirka 15 Uhr bin ich drangekommen. Aber wenn man's natürlich vorher schon weiß, dann geht alles leichter und besser.“ (P2, 205)

Nicht nur bei den Wartezeiten auf Termine, sondern auch bei jenen in der Ordination wurde von den Befragten ein Unterschied zwischen WahlärztInnen und KassenvertragsärztInnen gemacht.

„sowohl die Augenarztpraxis als auch die Dermatologin sind Wahlärztinnen und insofern gibt es auch dort kaum Wartezeiten“ (P8, 47)



Vor allem berufstätige Interviewpersonen äußerten Kritik an den langen Wartezeiten.

„dann brauche ich vier Stunden bis ich wiederkomme. [...] Ich habe gesagt, das geht nicht, da brauche ich einen Urteilschein bei Ihnen.“ (P15, 524)

„Für mich ist es jetzt eigentlich egal, weil wenn ich, wenn ich frei habe, ich kann den ganzen Tag auch warten, ich mein, mir macht das nix, aber andere arbeiten. Und meine Mama zum Beispiel, die muss das irgendwie so legen, dass sie wenn sie mit der Arbeit fertig ist hingehen darf, weil ihr genehmigen sie das nicht mehr, dass sie während der Arbeitszeit zum Arzt geht.“ (P20, 78)

Lange Wartezeiten für Termine, die relativ kurz dauerten, wurden ebenfalls negativ gesehen.

„da kriegt man einen Termin und wartet einmal eine Stunde und dann in zehn Minuten ist eigentlich erledigt. Und dann habe ich mir überlegt, für was waren wir denn jetzt eigentlich da?“ (P16, 23)

Die InterviewpartnerInnen machten hin und wieder schlechte Erfahrungen mit Wartezeiten, grundsätzlich hielten sich diese aber in Grenzen. Hier gilt ähnlich wie bei den Wartezeiten auf Termine: wenn die PatientInnen wissen, womit zu rechnen ist, können sie sich darauf einstellen und akzeptieren diese.

„Wenn ich mit dem Arzt als solches gut klarkomme, dann kann ich das akzeptieren. Weil da ist mir der Arzt selber wichtiger als die Wartezeit. Weil ich sage, spätestens nach dem zweiten Mal weiß ich das, bin zwar nicht glücklich drüber, aber da ist mir dann der Arzt selber als solches wichtiger als das.“ (P21, 133)

Vor allem im Burgenland wurde den OrdinationsassistentInnen die Schuld für lange Wartezeiten gegeben.

„obwohl ich da jetzt da, nicht überall aber zumindest bei gewissen den Vorzimmerdamen zumindest ein bisschen die Schuld zuschiebe weil die machen die Termine ja aus, ich habe zu meinem Urologen schon öfters gesagt, gib mir halt eine Woche später [...] einen Termin [...] bin ich gerne bereit aber dann soll das hinhauen“ (P28, 442)





Ganz grundsätzlich wurden die OrdinationsassistentInnen im Burgenland eher kritisiert als in Innsbruck.

„Da wären die Assistentinnen sehr ungehalten. Sind sehr unfreundlich und sagen, na dann kommen Sie halt und hocken Sie sich her. Und dann sitzt man halt dort fünf, sechs oder sieben Stunden bis man dann irgendwann eingeschoben wird, obwohl man dann ein akut ein Problem hat.“  
(P19, 114)

### **b. Bewertung der fachärztlichen Versorgung**

Grundsätzlich waren die Interviewpersonen mit der fachärztlichen Versorgung in Österreich sehr zufrieden. Eine Interviewpartnerin aus Innsbruck brachte die geäußerte Kritik folgendermaßen auf den Punkt: „Jammern auf hohem Niveau“ (P9, 304). Eine allgemeine Einschätzung der Kompetenz österreichischer FachärztInnen fiel den Auskunftspersonen sehr schwer, da sie sich diese nicht zutrauten. Die InterviewpartnerInnen wollten daher häufig nur die Kompetenz der eigenen FachärztInnen einschätzen, welche durchwegs als sehr gut bewertet wurde. Diejenigen, die mit ihren FachärztInnen eher unzufrieden waren, schätzten auch deren Kompetenz als geringer ein.

„aber da muss man schon manchmal staunen, was die Menschen leisten. Ich kann nur sagen, danke für unser System“ (P1, 289)

Ganz allgemein wurde die Qualität der medizinischen Versorgung – unabhängig von der Kompetenz der einzelnen ÄrztInnen – von den InterviewpartnerInnen gelobt.

„da dürfen uns wir nicht beschweren, mit so perfekter medizinischer Versorgung. Ich bin insgesamt sehr angetan von unserer medizinischen Versorgung“ (P4, 162)

Kompetenz wurde beispielsweise von diesem Interviewpartner folgendermaßen definiert:

„Für mich macht ein kompetenter Arzt aus, wenn er mit mir spricht. Wenn er mir das erklärt, was mir fehlt, wenn er mir sagt, ah, das ist jetzt besser geworden, das ist schlechter geworden, das schaut doch nicht so gut aus. Das ist für mich Kompetenz, wenn er mir das fachlich ganz normal

als Laie erklären kann, weil es ist ja nicht immer so einfach, dass ein Arzt sagen kann, ja, das und das fehlt und das brauchen wir.“ (P5, 9)

Immer wieder wurden Vergleiche zu anderen Ländern wie beispielsweise Deutschland, Italien, Spanien oder auch Südamerika angestellt, um die Überlegenheit der österreichischen ÄrztInnen hervorzuheben.

„Ich muss die Situation nur loben. Ich höre auch von Südtirol so manches, weil meine angehörigen Geschwister in Südtirol wohnen, einige, und höre, wie es drinnen mit der Krankenkasse, ist auch nicht schlecht, muss ich auch dazusagen, aber so gut wie bei uns in Österreich sind sie nicht.“ (P2, 249)

„Also ich schätze die österreichischen Ärzte sehr, muss ich ehrlich sagen, zum Unterschied von den deutschen“ (P10, 217)

Kritisiert wurden der vorherrschende Zeitdruck sowie die fehlende soziale Kompetenz der MedizinerInnen.

„ich glaub schon, dass sie schon wissen, was sie tun. Vielleicht oft auch, unter Zeitdruck, dass sie das nicht so vorbringen, aber ich glaub schon, dass sie gut ausgebildet sind.“ (P6, 253)

„Kompetenz wird vielleicht, die fachliche Kompetenz wird schon passen, aber die menschliche passt nicht. Weil das ist Abfertigung.“ (P14, 428)

Wenn man sich das Zitat betreffend die Kompetenz in Erinnerung ruft (P5), zeigt sich, dass die beiden Aspekte Zeit und der Umgang mit PatientInnen neben der fachlichen Kompetenz offenbar besondere Relevanz haben.

Bei den InterviewpartnerInnen, welche weniger zufrieden mit ihren behandelnden FachärztInnen waren, wurde häufig der Ruf nach zusätzlichen (Blut-) Tests oder Untersuchungen laut. Diese Befragten haben offenbar wenig Vertrauen zu den behandelnden (Fach-) ÄrztInnen. Inwiefern diese zusätzlichen Tests für eine Diagnose oder Behandlung sinnvoll wären, kann an dieser Stelle nicht überprüft werden. Möglicherweise könnte dieses wahrgenommene Problem allerdings auch durch genauere Aufklärung und Gespräche mit den PatientInnen gelöst werden.

„Und außerdem, ich meine ein Hausarzt, naja, der, ich habe schon mal beim Hausarzt eine Gesundenuntersuchung machen lassen, aber das war soviel wie gar nichts. Ich meine, wenn ich eine Gesundenuntersu-

chung machen lasse, dann will ich alles haben. Dann will ich mich wirklich gut untersuchen lassen. Aber nicht abhören und und vielleicht paar Blutuntersuchungen und das war es. Und das ist bei mir keine Gesundenuntersuchung.“ (P29, 115)

„Na, ich hab das dann zu meinen Angehörigen gesagt: „Die haben mich jetzt nicht einmal geröntgt!“ Wo ich mir auch gedacht habe, ich hätte automatisch ein Röntgen gemacht, wenn ich jetzt weiß, der ist am Kopf geflogen oder die hat einen Sturz gehabt, blutet, kommt daher, jetzt mach ich das. Ist nicht gemacht worden.“ (P23, 199)

Die InterviewpartnerInnen wurden gefragt, wie sie im Falle von zwei durch den Facharzt oder die Fachärztin angebotenen Therapieformen zu einer Entscheidung kämen. Dabei wurde deutlich, dass sie die Entscheidung nach Möglichkeit vermeiden wollten, da ihnen das medizinische Wissen dafür fehle. Am liebsten wäre ihnen gewesen, der Arzt oder die Ärztin hätte die Entscheidung vorweggenommen und nur eine Möglichkeit angeboten. Grundsätzlich gaben die Interviewpersonen an, den jeweiligen Facharzt bzw. die Fachärztin zu fragen, was er oder sie für sinnvoller erachte und wie er oder sie in dieser Situation für sich selbst oder für Angehörige entscheiden würde. Viele InterviewpartnerInnen würden eine zweite Meinung anderer FachärztInnen einholen bzw. sich im Familien- oder Bekanntenkreis umhören, ob es bereits Erfahrungswerte gäbe.

„Eventuell, je nachdem, was man vorschlägt. Eventuell würde ich den Internisten fragen, wenn ich den Vorschlag von einem Facharzt bekomme, würde ich den Internisten fragen, was er dazu sagt, weil der kennt sich in vielen Sachen sehr gut aus, das ist einmal eines. Und natürlich würde ich auch vielleicht Bekannte fragen, vielleicht weiß man den einen oder anderen, der sowas auch erlebt hat, was sie sagen würden. Aber grundsätzlich würde ich zu einem Arzt gehen, zu einem anderen, und den fragen“ (P2, 253)

Bei der Auswahlmöglichkeit zwischen zwei unterschiedlich invasiven Verfahren, würde in erster Linie das gewählt, was mit schwächeren Medikamenten oder weniger Aufwand einhergeht. Falls dies nicht zum erwünschten Ergebnis führe, könne dann immer noch auf die zweite Therapieform zurückgegriffen werden.

„Ja eben, da nachfragen, wieso das und wieso das. Und dann schauen und mir meine Meinung bilden. Was ich sinnvoller finde. Am ehesten würde ich persönlich immer zuerst das ausprobieren, was weniger Eingriff und weniger starke Medikamente und weniger Aufwand bedeuten würde.“ (P13, 371)

In Bezug auf die Entscheidung unterschieden die Interviewpersonen zwischen harmloseren und schlimmeren Fällen. Dabei zeigte sich eine unterschiedliche Herangehensweise an diese.

„Ja. Aber es kommt halt immer auf die Therapieform an. Wenn jetzt einer, Krebspatient, wird sich natürlich eine zweite Meinung einholen, das sicher. Als wie wenn ich jetzt eine physikalische Therapie habe, was nicht so tragisch ist. Es kommt immer auf den Grad der Verletzung an.“ (P18, 387)

In schlimmen Fällen oder wenn eine Unsicherheit der ÄrztInnen bezüglich der Behandlung wahrgenommen wurde, gaben die InterviewpartnerInnen an, auf alle Fälle eine Zweitmeinung einzuholen, um sich abzusichern.

„Wenn ich der so gut vertraue, nicht. Also, da brauche ich keine zweite Meinung. Und ich vertraue der wirklich sehr. Ich meine, zweite Meinung hole ich mir nur dann ein, wenn ich merke, die ist sich unsicher.“ (P29, 443)

Dabei wurde darauf hingewiesen, dass das Einholen von Zweitmeinungen bei einigen FachärztInnen unerwünscht sei.

„Mittlerweile, es ist halt dann immer sehr schwierig, das zu hinterfragen, weil das haben die Ärzte überhaupt nicht gerne, wenn du ihre Diagnose hinterfragst, oder wenn du dich, sag ich einmal, selbst schlaue machst über eben [...] Aber, ja, also es, ich hab jedes Mal das Gefühl, wenn man dann was anbringt oder eine Vermutung äußert dem Arzt gegenüber, dann kommt man ihnen immer belehrend vor und das wollen sie überhaupt nicht.“ (P23, 215, 223)

Möglicherweise hängt die Ablehnung von Zweitmeinungen damit zusammen, dass die ÄrztInnen merken, dass ihnen wenig Vertrauen durch die PatientInnen entgegengebracht wird. Dies wird in der Regel von Menschen, die von ihren Fähigkeiten überzeugt sind und daher auch von ÄrztInnen, wenig überraschend eher nicht geschätzt. Sie fühlen sich eventuell in ihrer Kompetenz

beschnitten und lehnen dieses Vorgehen daher ab. Die Interviewpersonen fühlen sich und ihre Sorgen nicht ernstgenommen. Dabei war es den InterviewpartnerInnen wichtig, dass die FachärztInnen auch über ihr persönliches Fachgebiet hinausdenken und Verbindungen zu anderen Beschwerden und/oder Fachgebieten in ihrer Diagnose und Behandlung berücksichtigen.

„Wie gesagt, also ich würde vernünftig finden, wenn man da ein bissl mehr, wenn die Ärzte ein bissl mehr Ahnung hätten von dem, was insgesamt schon die Patienten an Vorgeschichte, an Vorbefunden etc. mitbringen. Weil ich das halt wichtig finde, dass man halt auch weiß, was hat der Patient sonst noch, weil vielleicht hängen ja manche Sachen zusammen, das weiß man ja nicht. [...] Da macht es halt Sinn, ein bissl über den eigenen Tellerrand hinauszuschauen, nicht nur sein Fachgebiet zu sehen.“ (P9, 260)

„Der Großteil der Fachärzte ähm bemüht sich in ihrem Wissensgebiet und die wenigsten sind wirklich ganzheitlich. Oder oder beziehen auch einmal was Anderes ein. Also gibt es kaum, dass jemand sagt, ja mei, man müsste das eigentlich auch noch in Betracht ziehen. Sondern die sehen ihr Gebiet, wo sie relativ gut sind aber sonst sehen sie nicht viel.“ (P15, 373)

Das Internet wird als Informationsquelle für medizinische Fragen größtenteils abgelehnt.

„Das Internet ist ein heißer Tipp um sich gänzlich zu verwirren muss ich sagen.“ (P17, 355)

Das Vertrauen zu den behandelnden (Fach-) ÄrztInnen war den InterviewpartnerInnen äußerst wichtig. Ein Interviewpartner aus Innsbruck definierte dies folgendermaßen:

„Vertrauen ist also ein Ergebnis aus der eigenen Interpretation oder aus den Zuschreibungen an Kompetenz, an Persönlichkeit, an Fachwissen, an Fähigkeit, mir zu helfen, also das ist, das alles mündet ins Vertrauen. Das alles lässt sich vielleicht unter Vertrauen zusammenfassen. Ich würde das überhaupt als zentralen Begriff bezeichnen.“ (P8, 199)

Dabei wurde deutlich, dass Vertrauen für die Auskunftspersonen nicht unbedingt mit Sympathie zusammenhängt.

„Es gibt Ärzte, die hab ich einmal gesehen in der Uniklinik, die haben mich auch einmal behandelt und der hätte ich alles geglaubt einfach, die war für mich vertrauenswürdig. Ich weiß nicht, woran es liegt, die war schonungslos ehrlich, was ich sehr schätze an Menschen und so authentisch, dass ich mich da wirklich, dass ich mir gedacht habe, die belügt mich nicht, die schwatzt mir nichts auf, der kann ich das glauben.“ (P30, 399)

Den InterviewpartnerInnen wurden während des Gesprächs mehrere kurze Situationsbeschreibungen vorgelesen, und gebeten, diese einzuschätzen bzw. ihre Meinung dazu kundzutun. In einer dieser Vignetten ging eine fiktive Frau Mayer zum Hautarzt, da sie am Bauch einen Ausschlag festgestellt hatte (siehe Annex 1). In den beiden Fällen, in denen sowohl eine positive als auch eine negative Vignette erstellt wurde, bekamen die InterviewpartnerInnen jeweils nur eine der beiden vorgelesen. In einer positiv formulierten Vignette nahm sich der Arzt mehr Zeit für das Gespräch und trug Frau Mayer auf, wiederzukommen, falls sich der Ausschlag in einer Woche nicht gebessert habe. In der negativen Vignette lief die lediglich fünf Minuten dauernde Untersuchung schweigend ab. Verschrieben wurde in beiden Szenarien eine Salbe.

Die positive Vignette wurde von den meisten InterviewpartnerInnen als normales Verhalten des Arztes eingeschätzt. Sowohl die fachliche als auch die menschliche Kompetenz wurden nicht in Frage gestellt. Den InterviewpartnerInnen fehlte allerdings die Diagnose, die der Arzt Frau Mayer schuldig geblieben war. Alles in allem stellte dieser Arztbesuch für die Auskunftspersonen einen typischen Termin bei einem Hautarzt bzw. einer Hautärztin dar.

„Ja, normal. Was soll er denn da groß sagen? Also für mich war es normal. Ja. Wenn die Salbe hilft, dann ist es eh in Ordnung. Wenn sie nicht hilft, dann kann sie ja eh wieder hingehen.“ (P3, 233)

„Also finde ich ganz gut, korrektes Vorgehen, außer dass er nicht gesagt hat, was ihr wirklich fehlt, also was das für ein Ausschlag ist.“ (P10, 185)

Die Kommunikation zwischen Hautarzt und Frau Mayer wurde als eher dürrftig, durchaus aber normal beschrieben. Die InterviewpartnerInnen forderten aber nicht nur vom beschriebenen Arzt mehr Kommunikation ein, sondern orteten zu wenig Eigeninitiative bei Frau Mayer.

„Ja eben genau, dass es da bisschen mager war irgendwie unter Stress und Druck. Und da geht man vielleicht als Patientin mit einem beklemm-

ten Gefühl raus, wenn man denkt, ja eigentlich hat der Arzt eh keine Zeit für mich gehabt. Wieso gehe ich dann überhaupt zum Arzt? So was in die Richtung. Aber wie gesagt, die Patientin soll da auch ihren Mund aufmachen und vielleicht einmal von ihr was mehr sagen.“ (P13, 323)

Auch bei der negativen Variante der Vignette wurde dem Arzt fachliche Kompetenz zugeschrieben, die menschlichen Umgangsformen mit der Patientin sollten den InterviewpartnerInnen zufolge allerdings besser sein. Der Großteil der InterviewpartnerInnen hätte in diesem Fall aktiver nachgefragt und den Arzt somit in ein Gespräch verwickelt bzw. zum Reden animiert. Einige InterviewpartnerInnen erkannten sich selbst in dem Verhalten von Frau Mayer wieder.

„Ich meine die fachliche Qualität von dem Arzt mag sicher in Ordnung sein, nur das Auftreten dem Patienten gegenüber war nicht ziemlich aufschlussreich“ (P1, 301)

„Das sagt jetzt glaube ich nichts nichts über die Kompetenz etwas aus. Äh, weil er vergisst es vielleicht einfach. Für ihn ist das selbstverständlich, er schaut das an und weiß sofort, was für eine Salbe man da braucht.“ (P16, 339)

Ein Interviewpartner aus Innsbruck gab an, sich nicht gut betreut zu fühlen, wenn ihm etwas Ähnliches passieren würde. Die direkte Konfrontation mit dem Arzt würde er allerdings vermeiden. Hier zeigt sich wieder was die Interviewpartnerin aus dem Burgenland (P23) in Zusammenhang mit eingeholten Zweitmeinungen oder kritischem Hinterfragen geäußert hat. FachärztInnen werden offenbar immer noch als Respektspersonen, die nicht kritisiert oder deren Entscheidungen nicht hinterfragt werden dürfen, gesehen.

„Ich fühle mich schlecht betreut, so würde ich das beim Arzt auch, so, nein zu dem geh ich nicht mehr. Ich würde aber ihn nicht zur Rede stellen.“ (P4, 194)

Im Burgenland wurde von fünf Interviewpartnerinnen der jüngeren und mittleren Altersgruppe – unabhängig davon, ob ihnen die positive oder die negative Vignette vorgelesen wurde – eine weitere Laboruntersuchung zur Abklärung verlangt.

„Ich meine, in diesem Fall ist das nicht so schlecht jetzt. [...] Das jetzt mit der Haut, das ist ja irgendwie schwierig. Naja, ich hätte vielleicht noch

gebeten, er soll eine Blutuntersuchung machen. Und das hat er aber nicht gemacht.“ (P29, 347)

Wie bereits im Kapitel zur Inanspruchnahme der fachärztlichen Versorgung kurz angeschnitten, orteten die InterviewpartnerInnen einen Mangel bzw. eine Knappheit an (kompetenten) FachärztInnen in Österreich. Besonders thematisiert wurde dies im Burgenland. In Innsbruck wurden die langen Wartezeiten bei AugenärztInnen und DermatologInnen ebenfalls auf ein zu geringes Angebot in diesen Fachrichtungen zurückgeführt.

„wir haben halt im Land Kassenärzte wirklich wenig zu den verschiedenen Bereichen. Und eben die wenige, die sind, die sind teilweise fragwürdig und deswegen greift man halt auf die vielen Wahlärzte zurück.“ (P19, 578)

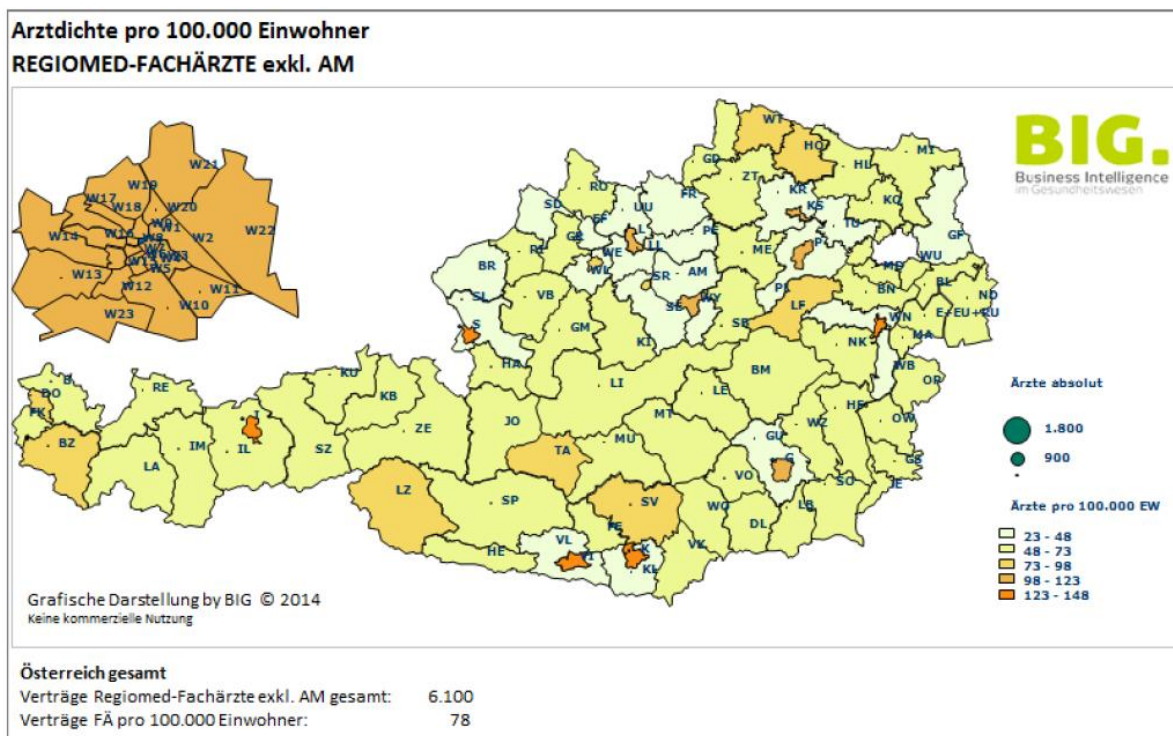
„Weil die sind halt alle schon sehr ausgebucht, die Fachärzte. Darum auch die langen Wartezeiten.“ (P18, 667)

In einer Bachelorarbeit, die im Zuge eines Praktikums beim Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger entstand, wurde unter anderem eine Ist-Stand-Analyse der vertragsärztlichen Versorgung in Österreich durchgeführt<sup>5</sup>. Hier sollen die erhobenen Daten betreffend die FachärztInnendichte kurz dargestellt werden, um einen Vergleich der wahrgenommenen Probleme der InterviewpartnerInnen mit der Realität der Versorgungslandschaft anzustellen. Österreich wurde in dieser Bachelorarbeit in „überwiegend städtische“, „intermediäre“ und „überwiegend ländliche“ Bezirke eingeteilt. Innsbruck (Stadt) zählte dabei zur ersten, Mattersburg zur zweiten und alle restlichen Bezirke im Burgenland zur dritten Kategorie. Für den Stadt-Land-Vergleich, der hier angestrebt wird, sind das also die besten Voraussetzungen. Jene FachärztInnen, die in der Erhebung berücksichtigt wurden, stellen die fachärztliche Grundversorgung dar. AllgemeinmedizinerInnen wurde dabei nicht berücksichtigt. Die Dichte der FachärztInnen unterschied sich – wie die untenstehende Grafik zeigt – sehr stark zwischen dem Burgenland und Innsbruck. FachärztInnen, die in Spitalsambulanzen tätig waren, wurden bei dieser Erhebung nicht berücksichtigt, d. h. die Tatsache, dass es in Innsbruck eine Medizinische Universität und dadurch zahlreiche Universitätskliniken gibt, findet in dieser Abbildung keine Berücksichtigung.

---

<sup>5</sup> Angerer, E (2014): Die kleinräumige Versorgungsforschung in Österreich. Am Beispiel der Entwicklung einer Stadt/Land-Klassifizierung und der Ist-Stand-Analyse der vertragsärztlichen Versorgung in Österreich. Bachelorarbeit. Steyr: FH Oberösterreich.



Abb. 1: REGIOMED-FachärztInnendichte pro 100.000 EinwohnerInnen exkl. AllgemeinmedizinerInnen<sup>6</sup>

In der genannten Bachelorarbeit wurde unter anderem auch die Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen evaluiert. Angerer zeigte auf, dass FachärztInnen in den überwiegend ländlichen Bezirken seltener aufgesucht wurden, als in überwiegend städtischen. Stattdessen wurden in ländlichen Gebieten mehr Besuche bei AllgemeinmedizinerInnen verzeichnet. Dies zeigte sich in der vorliegenden qualitativen Studie nicht. HausärztInnen wurden sowohl im Burgenland als auch in Innsbruck in ähnlichem Ausmaß konsultiert. Bei den FachärztInnen waren in Innsbruck durchschnittlich mehr Facharztkontakte zu verzeichnen als im Burgenland. Diese Angaben sind aber selbstverständlich nicht repräsentativ, sondern sollen lediglich einen Überblick über die Angaben der InterviewpartnerInnen geben.

Den InterviewpartnerInnen wurde eine zweite Vignette in positiver oder negativer Formulierung vorgelesen. Dabei handelte es sich um Herrn Huber, der beim Augenarzt in der negativen Version als Privatpatient weniger Wartezeit in Kauf nehmen muss als andere PatientInnen, die keine Zusatzversicherung haben. In der positiv formulierten Vignette werden alle PatientInnen unabhängig von ihrer Versicherung der Reihe nach aufgerufen; akute Fälle werden

<sup>6</sup> Ebd., 27.



eingeschoben, damit die Wartezeiten für alle möglichst moderat bleiben (siehe Annex 1).

Bei jenen, welche die negative Vignette vorgelesen bekamen, wurde – wenig überraschend – grundsätzlich Unmut über diese Ungleichbehandlung geäußert.

„Ich seh das problematisch, also ich bin da für keine allzu großen Unterschiede, weil sozialer Status hat nicht immer nur mit der eigenen Fitness zu tun sondern auch mit anderen Umständen, für die man selber nichts kann und bei der Gesundheitsversorgung finde ich solche Unterschiede generell problematisch.“ (P8, 267)

Allerdings wurde oft nicht in erster Linie die ungleiche Behandlung thematisiert, sondern die offene Zurschaustellung dieser. So schlugen einige InterviewpartnerInnen beispielsweise vor, eine zeitliche oder räumliche Trennung zwischen KassenpatientInnen und PrivatpatientInnen vorzunehmen, damit der Unterschied nicht so offensichtlich sei.

„Ich stehe dem einerseits schon kritisch gegenüber, weil es eine so offensichtlich, und wenn es im gleichen Wartezimmer auch noch stattfindet, weil es die 2-Klassen-Medizin so sichtbar macht, dass es glaub ich für den, der da schneller vorbeikommt nicht ganz leicht auszuhalten ist und für die anderen erst recht nicht, also die länger warten müssen, und es ist noch dazu derselbe Arzt. [...] In der gleichen Praxis, ich finde, das würde zu sozialen Spannungen führen, da müsste es getrennte Eingänge geben, ich halte das für schwierig.“ (P8, 267)

„Aber vielleicht sollten Sie das einfach, diese Ärzte, anders regeln. Dass sie sagen, es werden in den zwei Stunden nur Privatpatienten drankommen und keine Kassenpatienten. [...] Dann würde dieser Unmut nicht aufkommen.“ (P18, 619)

Andererseits gab es auch InterviewpartnerInnen ohne private Krankenversicherung, die der Meinung waren, diese bevorzugte Behandlung sei gerechtfertigt, da die PrivatpatientInnen dafür bezahlen.

„und wenn er jedes Monat dafür zahlt, soll er von mir aus schneller dran sein. Ist halt so.“ (P5, 389)

„Privatversicherte Personen müssen aber mehr zahlen. Es ist unfair gegenüber den anderen natürlich. Aber sie zahlen entsprechend für die

Leistung und ja. Spiel ich halt noch a bissl mit dem Handy oder lies noch ein bissl in der Zeitschrift, das ist so. Man kann eh nix machen.“ (P20, 311)

Bei der positiven Variante der Vignette wurde das Einschleichen und teilweise Vorlassen von akuten Fällen gutgeheißen. Die längeren Wartezeiten wurden in Kauf genommen. Auch die Bevorzugung von Kindern oder Menschen, die mit Krankentransporten in die Ordination gebracht wurden, fand rege Zustimmung.

„Nein, fair, total fair, weil jeder ist, krank ist krank, ob ich zusatz bin oder normal versichert bin, deswegen ist das vollkommen okay, dass man je nach Termin reinkommt“ (P6, 365)

Doch auch in diesem Fall wurde der (vermeintliche) Anspruch auf kürzere Wartezeiten von Menschen mit privater Krankenversicherung thematisiert.

„Das find ich gut, weil ich denk mir, ja gut, das ist jetzt, kommt drauf an, aus welcher Sicht man das sieht. Ich habe keine Zusatzversicherung, ich denk mir, wir sollten alle gleich behandelt werden [...]. Wobei vom anderen Standpunkt aus gesehen, wenn ich mir schon das Geld nehme und das investiere in meine Gesundheit, dann möchte ich auch ein bissl was davon haben, ist auch klar“ (P30, 507)

Auf die Frage, ob die medizinische Versorgung bzw. Behandlung von PrivatpatientInnen durch den beschriebenen Augenarzt besser sei als jene von KassenpatientInnen, waren sich die InterviewpartnerInnen einig, dass es dabei keine Unterschiede gäbe. Differenzen wurden vor allem bei der Behandlung in Krankenhäusern geortet. Einige Befragte äußerten außerdem den Verdacht, dass PrivatpatientInnen bessere bzw. teurere Medikamente bekämen als KassenpatientInnen.

„In der Situation nein, weil er ist ja beim gleichen Arzt, also ich glaub nicht, dass der jetzt für den einen Patienten mehr Fachwissen auf einmal entwickelt als beim anderen Patienten. Das glaub ich nicht. Was ich sehr wohl glaube, was man als privatzusatzversicherter Patient hat ist, wenn man wirklich z. B. dann im Krankenhaus liegt, da glaub ich macht es einen riesen Unterschied. [...] das war mit einer von den Gründen, warum ich mir selber eine Zusatzversicherung zugelegt habe, und zwar gar nicht wegen dem Essen und der wahnsinnig viel besseren Behandlung der Pfleger und Schwestern, sondern weil vielleicht eine dringende Operati-

on schneller geht, und weil vielleicht im Zweifelsfall der bessere Arzt operiert.“ (P9, 284)

Auch in dem Fall dieser Interviewpartnerin wurde keine bessere Behandlung erwartet. Allerdings äußerte sie Verständnis dafür, dass PrivatpatientInnen kürzere Wartezeiten auf Termine zuständen. Diese Auskunftsperson verfügt selbst über eine Zusatzversicherung. Deutlich wurde aber auch hier, dass die Bevorzugung möglichst nicht bekannt werden sollte, möglicherweise um Kritik und Anfeindungen zu entgehen.

„Bessere medizinische Behandlung glaube ich nicht. Ich glaube, dass die Behandlung immer gleich ist. Es kann natürlich sein, dass ein Termin verkürzt vergeben wird. Äh, wenn ich halt dafür zahle, ich muss es ganz ehrlich sagen, dann verstehe ich das auch. Wenn es nicht so ganz offensichtlich ist.“ (P14, 692)

Das folgende Zitat stammte von einem Interviewpartner, der eine private Krankenversicherung abgeschlossen hatte. Er selbst sah erwartungsgemäß kein Problem in der Bevorzugung von PrivatpatientInnen, versuchte diese allerdings zu rechtfertigen. Sowohl der oben zitierten Dame, als auch diesem Herrn schien das Aufdecken oder die Darstellung der Vorteile also etwas unangenehm.

„Die Reihungsliste klarerweise, das ist unterschwellig schon vorhanden, wenn ich privat versichert bin, dass ich mir schon erwarte, hier bevorzugt behandelt zu werden, ja, das würde ich auch so sehen, denn ich leiste mir etwas, das vielleicht für andere ein Luxus ist, aber das ist halt, der Privatversicherte bringt auch mehr ein, er leistet Beiträge, die den anderen auch insgesamt indirekt wieder zugutekommen. Und daher ist diese Terminfrage bei Privatversicherten, das wissen aber die Ordinationen, und dass da eine gewisse Bevorzugung stattfinden kann, das würde ich mir auch sogar so vorstellen. [...] Da stehe ich dazu, dass hier Qualitätsunterschiede geben wird müssen und soll.“ (P4, 311)

Die schneller verfügbaren Termine wurden von den Interviewpersonen aber auch in Zusammenhang mit früher gestellten Diagnosen gebracht. In dieser Hinsicht wurde eine bessere – im Sinne einer schnelleren und umfassenderen – Behandlung wahrgenommen.

„Ja, besser, man kann halt dann, wenn man eine Zusatzversicherung hat, gewisse andere Sachen auch noch in Anspruch nehmen, die viel-

leicht auch dafür notwendig sind dann, als jemand, der das nicht hat. Und man kommt schneller dran, man kann vielleicht irgendwelche Krankheiten früher erkennen teilweise. Oder man kann mehr zu Spezialisten gehen, zu mehreren Leuten, wenn man unsicher ist. Ja. Glaube schon, dass sich da die Ärzte bisschen mehr verpflichtet fühlen jetzt äh mehr, bisschen mehr mit dem Patienten zu besprechen.“ (P12, 771)

Fast alle InterviewpartnerInnen hatten in der Vergangenheit Erfahrungen damit gemacht, dass bestimmte Leistungen selbst bezahlt werden mussten. Ob die Bezahlung dieser Leistungen akzeptiert wurde oder nicht, kam auf die Kosten und die Häufigkeit der Untersuchung an. Für viele InterviewpartnerInnen stellten diese Kosten kein Problem dar, da sie für ihre Gesundheit grundsätzlich bereit waren, zusätzliches Geld auszugeben. Einige, vor allem Personen der zweiten und dritten Altersgruppe äußerten Kritik daran, zumal sie ohnehin Sozialversicherungsbeiträge leisteten.

„Natürlich ist es mir das lieber, wenn sie es übernehmen, aber wie gesagt, der Facharzt oder Physio oder sonst irgendwas gibt es ja genug, da wo du einfach ein Teil abrechnest und einen Teil dazuzahlst, also, es gibt einfach gewisse Sachen, keine Ahnung, da hat es einmal so gewisse Tests gegeben, das hab ich selber gezahlt, weil die Krankenkassa das nicht übernimmt, weil sie die Sinnhaftigkeit nicht drin sieht, okay, dann zahlt man das halt selbst, aber ich sage, das muss mir die Gesundheit wert sein.“ (P5, 409)

Die meisten Frauen berichteten von Kosten für Untersuchungen bei GynäkologInnen. Auch von Spritzen und weiße Plomben bei ZahnärztInnen, deren Kosten von der Krankenkasse nicht übernommen werden, wurde häufig erzählt. Dass die PatientInnen für kosmetisch bedingte Kosten wie bei weißen Zahnfüllungen selbst aufkommen müssen, wurde akzeptiert. Die Kosten für medizinisch notwendige oder zumindest sehr empfehlenswerte Untersuchungen, sollten nach Ansicht der Befragten allerdings (voll) von der Krankenkasse übernommen werden.

„beim Frauenarzt fällt es mir da jetzt ein. [...] Finde ich im Grunde eigentlich nicht richtig. Weil man als Frau da ja eigentlich total benachteiligt ist und solche Untersuchungen sind wichtig. Das ist ja keine Zusatzding.“ (P13, 619)

„diese Nackenfaltenmessung und das Organscreening ist zwar jetzt nicht im Mutter-Kind-Pass drinnen, wird einem aber so eindrücklich empfohlen, dass man fast Angst hat, nicht hinzugehen, das ist aber natürlich dann schon privat zu zahlen, kostet jedes Mal 200, 250 Euro. Wo ich mir denke, wenn das wirklich so wichtig ist, dann frag ich mich, warum ausgerechnet diese zwei Untersuchungen nicht im Mutter-Kind-Pass drinnen sind, wenn sie so wichtig sind.“ (P9, 151)

Probleme bereitete die Übernahme zusätzlicher Kosten jenen InterviewpartnerInnen, die finanziell durch ihre Situation als Alleinerzieherinnen oder Empfänger einer Invaliditätspension ohnehin benachteiligt waren.

„Ich bin alleinerziehende Mutter. Für mich ist das schon ein Problem, was ich zahle und was ich nicht zahle. Doch. Also ich muss mir das überlegen.“ (P15, 549)

Das Thema der WahlärztInnen wurde von sehr vielen InterviewpartnerInnen angesprochen. Auch viele von denen, die nicht zusatzversichert waren, besuchten häufig FachärztInnen ohne Kassenvertrag. Die Gründe dafür lagen unter anderem in den kürzeren Wartezeiten, der (vermuteten) besseren Behandlung und dem fehlenden Zeitdruck.

„ich gehe meistens zu Privatärzten. Eben deswegen, weil die Wartezeit kurz ist und weil ich mich dort besser aufgehoben fühle.“ (P29, 19)

„nachdem ich sehr viele Wahlärzte in Anspruch nehme, muss ich sagen, da habe ich eigentlich gute Erfahrungen. Du kommst rein, wirst wirklich zuvorkommend behandelt.“ (P17, 19)

Die doppelten Kosten, die einerseits durch den Sozialversicherungsbeitrag und andererseits durch das Honorar der privaten FachärztInnen entstanden, waren für diese Interviewpartnerin Grund für Unmut.

„Mittlerweile leider bei Wahlärzte, weil ich das Vertrauen in die Kassenärzte verloren habe, weil teilweise Fehldiagnosen waren, Schlampigkeitsfehler, vieles übersehen wurde, falsche Medikationen gegeben wurden und deswegen ja. Auch mein Gatte, nehmen wir meistens Wahlärzte in Anspruch, was uns natürlich massiv ärgert, weil uns wird monatlich sehr viel Geld abgezogen für die Krankenkassenversorgung und ich bekomme aber die Leistung nicht dafür. Und das ärgert mich massiv.“ (P19, 50)



### **3.4 Bedürfnisse und Wünsche hinsichtlich der fachärztlichen Versorgung**

#### **a. Versorgungsformen**

Wie bereits im vorherigen Kapitel beschrieben, waren die InterviewpartnerInnen mit der fachärztlichen Versorgung in Österreich grundsätzlich zufrieden. Um eine besondere Art der Versorgung darzustellen, wurden zwei Vignetten erstellt, in denen einerseits ein Ärztezentrum und andererseits ein Ärztenetzwerk beschrieben wurde (siehe Annex 1). In dem Ärztezentrum teilen sich sieben FachärztInnen unterschiedlicher Fachrichtungen eine große Ordination, die Terminvergabe wird über eine zentrale Stelle von OrdinationsassistentInnen koordiniert, in der Ordination selbst gibt es weitere GesundheitsdienstleisterInnen wie PhysiotherapeutInnen oder DiätassistentInnen. Für alle PatientInnen wird eine gemeinsame Patientenakte angelegt, die alle ÄrztInnen und GesundheitsdienstleisterInnen des Ärztezentrums einsehen können. Geöffnet ist dieses fiktive Zentrum zwischen 7:00 Uhr und 20:00 Uhr. Alternativ wurde ein Ärztenetzwerk dargestellt, in dem die jeweiligen FachärztInnen in ihren eigenen Ordinationen arbeiten, allerdings untereinander vernetzt sind und ebenfalls Zugriff auf eine gemeinsame Patientenakte haben.

Das Ärztezentrum befürworteten die InterviewpartnerInnen großteils, aber kaum jemand wäre dazu bereit die bestehenden FachärztInnen dafür tatsächlich zu wechseln, insbesondere diejenigen, die häufig aufgrund von Routineuntersuchungen besucht wurden. Für akute Fälle – vergleichbar mit einer Ambulanz – oder als Alternative, wenn einzelne FachärztInnen in Pension gingen, konnten sich die Auskunftspersonen einen Wechsel vorstellen.

„die Gemeinschaft ist sicher auch eine gute Sache, weil die Leute alles unter einem Dach haben, aber solange ich die Möglichkeit habe, meine Ärzte aufzusuchen werde ich das nicht in Anspruch zu nehmen.“ (P1, 390)

„Nein, würde ich nicht, obwohl ich das gut finde. Ich hab keinen Grund, irgendwelche anderen Ärzte aufzusuchen. Ich würde es vielleicht in Anspruch nehmen wenn es irgendein, statt auf die Klinik zu gehen, statt auf die Notfallaufnahme, wenn das Ärztezentrum dafür geeignet ist“ (P10, 257)

Auf rege Zustimmung traf dieses Konzept bei einem Interviewpartner, der seinen Gesundheitszustand als schlecht beschrieb, da die Vernetzung der FachärztInnen und die gemeinsame Akte für ihn viele Vorteile brächten.

„Aber das wäre natürlich das, was sich jetzt ein kranker Patient schon wünscht, nicht. Vielleicht der Gesunde denkt nicht an sowas, aber für mich wäre das das Schönste, was es gibt. Weil dann hast du alles unter einmal, jeder kennt sich aus, brauchst du keinem was erklären, kann jeder was nachlesen.“ (P5, 313)

Dennoch gab es auch einige InterviewpartnerInnen, für die der Besuch im Ärztezentrum nicht in Frage käme.

„Das ist mir zu global, zu groß. Man hat zwar alle Ärzte dort, durch das, dass ich meine Ärzte dann schon überall hab brauch ich das gar nicht.“ (P7, 273)

Besondere Fachkombinationen wurden von dieser Interviewpartnerin vorgeschlagen.

„Wenn das jetzt andere Fachrichtungen wären, keine Ahnung, da ist ein Radiologe, ein Orthopäde, [...] die Physiotherapeuten, ich weiß nicht, alles zusammengeschlossen, dann würde ich das auf jeden Fall in Anspruch nehmen, weil es einfach Sinn macht, weil die reden untereinander, die können sich im Zweifelsfall absprechen, die können sagen, der und der Patient, wie ist denn das. Also prinzipiell das mit den Ärztezentren finde ich prinzipiell eine sehr gute Idee. Die Frage ist dann immer, wie ist die Umsetzung. [...] Das ist im Prinzip wie ein Krankenhaus im Kleinen. Plus, ich meine, wenn die Öffnungszeiten so sind ist es natürlich noch einmal von Vorteil für alle, die berufstätig sind.“ (P9, 224)

Für diese Interviewpartnerin aus Innsbruck ist – trotz bestehender privater Krankenversicherung – wichtig, dass die FachärztInnen in dem Ärztezentrum Kassenverträge haben.

„Ja, auf alle Fälle. Vorausgesetzt die Gebietskrankenkasse zahlt das. Nein, auf alle Fälle, weil ich sage, Arztbesuche sind zeitaufwändig und mir ist dann auch lieber, ich geh in ein Ärztehaus, wo ich alles hab und wo für mich das koordiniert wird, wenn jetzt die Ordinationsassistentin sagt, ja, jetzt gehen wir eben zuerst zum einen Arzt, und ja, das geht sich super aus, weil dann hat man gleich einen Termin beim Zahnarzt. Wäre



mir persönlich lieber, weil dann investiere ich halt einmal drei Stunden und das passt“ (P6, 285)

Für die InterviewpartnerInnen war auch relevant, dass sie mit allen FachärztInnen im Ärztezentrum zufrieden sein müssten, da sie sonst in die Zwickmühle kämen, einzelne ÄrztInnen zu kritisieren bzw. sich rechtfertigen müssten, warum sie bestimmte FachärztInnen im Ärztezentrum nicht aufsuchen wollten.

„Ja, da müssten die ganzen Ärzte passen. [...] weil sonst muss ich ja dann schon wieder eine Alternative suchen.“ (P14, 564)

Als Vorteile des Ärztezentrums nannten vor allem die Befragten der jüngeren Altersgruppe die langen Öffnungszeiten. Wichtig war ihnen außerdem, dass das Zentrum tatsächlich so funktioniert, wobei dies teilweise etwas skeptisch gesehen wurde.

„Also, Vorteile sind sicher, dass es zentral ist und dass man nicht da von Pontius zu Pilatus rennen muss. Die Nachteile finde ich sind, dass, wenn der eine oder andere nicht so kompetent dabei ist, dass man irgendwie das übernehmen muss, weil es doof ist, wenn man dem sagt, Sie, Sie sind mir zu wenig kompetent. Ich gehe jetzt irgendwo anders hin. Das tut man meistens nicht.“ (P15, 453)

Befürchtet wurde außerdem, dass durch die Größe des Ärztezentrums der persönliche Kontakt zu den jeweiligen FachärztInnen leiden könnte.

„Vielleicht, ja. Dass man in so einem Zentrum vielleicht zu wenig persönlich behandelt wird. Und vielleicht zu schnell abgefertigt wird“ (P2, 301)

Der Zugriff auf die gemeinsame Patientenakte wurde prinzipiell eher positiv gesehen, wobei manchmal die Datensicherheit thematisiert wurde, die den Interviewpersonen sehr wichtig war.

„Also aus medizinischer Sicht würde ich jetzt sagen, würde ich es eher begrüßen, wenn jeder auf jeden Befund zugreifen kann, um einfach ein Gesamtbild von dem Patienten zu kriegen“ (P9, 228)

„ja das braucht der ja, weil wenn ich vom einem Arzt zum anderen geh muss ja der wissen was ich hab, also na finde ich – finde ich ok“ (P24, 290)



Der Zugriff der MedizinerInnen auf die Patientenakte störte die InterviewpartnerInnen kaum, bei PhysiotherapeutInnen und anderen LeistungsanbieterInnen war die Zustimmung geringer.

„der Physiotherapeut braucht nicht wissen, was ich bei einem Facharzt mache, und er hätte die Möglichkeit, vielleicht das einzusehen. Ich möchte das nicht.“ (P23, 327)

Eine Befragte äußerte den Verdacht, dass durch die gemeinsame Patientenakte eine Beschleunigung der Untersuchung ermöglicht werden sollte, da ohnehin alle Informationen in der Akte stünden. Dieses Vorgehen wäre natürlich in Hinblick darauf, dass den Auskunftspersonen vor allem die Zeit, die sich ihre FachärztInnen für sie nehmen, besonders wichtig war, fatal.

„Aber wenn man so eine-eine fertige Krankenakte hat und die ist überall, kann man da- kann man da darauf zugreifen, warum sollte ich dann mit dem Patienten reden? [...] Dann ist das so ein Rein-Raus-Rein-Raus.“ (P20, 271)

Bei der Patientenakte, die im Ärztezentrum angelegt wird, nahmen einige InterviewpartnerInnen diese entweder als haptische Mappe, die nur vor Ort existiert, oder als Datenbank, die ebenfalls räumlich an das Haus gebunden ist wahr. So ergibt sich auch ein Unterschied in der Zustimmung zu einer etwaigen Patientenakte im Ärztezentrum im Vergleich zum Ärztenetzwerk.

„Ja mei, also das würde mich gar nicht so stören, also. [...] dann soll es halt drinnen stehen, was ich hab, solange die Ärzte und Therapeuten, weil das ist ja nicht so schlimm. Solange das nicht im Internet drinnen steht oder irgendwo wäre es für mich gar nicht so schlimm.“ (P7, 277)

Auch in Bezug auf das Ärztenetzwerk waren die InterviewpartnerInnen nicht gewillt, ihre langjährigen FachärztInnen zu wechseln.

„Nein, wenn mir der Facharzt passt, wechsle ich nicht. Dann muss er mir halt den Befund mitgeben. Wenn ich einen brauche. Aber ich wechsle nicht unbedingt nur wegen dem Netzwerk.“ (P14, 636)

Kritisiert wurde auch hier die Bindung an bestimmte FachärztInnen, die Teil des Netzwerkes wären.

„Ich meine, ich hätte da nichts dagegen. Aber ich finde es auch nicht, dass das so notwendig ist. Ich weiß ja nicht. [...] Oder wenn du jetzt von

dem, dann müsstest du zu diesen gehen, die mit vernetzt sind. Anders hat es schon keinen Sinn. Dann bist du irgendwie gebunden, genau. Weil sonst hat es ja keinen Sinn. Aber der würde dich wahrscheinlich ja eh zu dem schicken, mit dem er vernetzt ist. Ja, und, ob das dann wieder das Richtige ist? Ich meine, dann habe ich erst recht die Wahl nicht.“ (P29, 555)

Die Vernetzung im Allgemeinen und vor allem der Austausch zwischen den FachärztInnen wurden eher begrüßt. Allerdings gab es auch hier kritische Stimmen, die auf den Zeitaufwand, die Patientenakte auch tatsächlich zu lesen, hinwiesen.

„Also meine Erfahrung, ist, wenn ich das jetzt so sagen darf, dass die ganze Vernetzung überhaupt nichts nützt. Wissen Sie, warum nicht? Weil der Großteil gar nicht die Zeit hat, sich das durchzulesen und anzuschauen. Die haben gar nicht die Zeit sich da hinzusetzen und das anzuschauen.“ (P15, 461)

Die Datensicherheit wurde im Falle des Ärztenetzwerkes stärker hinterfragt und bezweifelt als im Ärztezentrum.

„na im Netzwerk, na das weiß man ja wieder nicht wo die Daten da hinkommen und wer die Daten da noch sieht, das wären meine Bedenken, weil das ist ja nicht gesagt dass nur diese Ärzte Zugriff auf die Daten haben sondern andere dann auch also des, bin ich mir nicht sicher ob ich das so möchte“ (P24, 302)

Die Vorteile des Ärztenetzwerkes wurden im Austausch und der dadurch erhofften besseren Findung von Diagnosen gesehen. Vor allem Symptome, die mit mehreren Erkrankungen zusammenhängen können, wurden genannt.

„Ja, zusammenhängende Krankheiten oder Schmerzen zu erkennen.“ (P16, 611)

Im Burgenland wurde aufgrund der geringen Größe eine Vernetzung der (Fach-) ÄrztInnen und von anderen GesundheitsdienstleisterInnen unterstellt.

„nachdem das Burgenland ja relativ klein ist, die sind ja untereinander eh irgendwie vernetzt. Weil wenn ich jetzt sagen würde, ich brauche einen Termin Physiotherapie ja dann entweder die Ordinationshilfe oder irgendwer greift zum Telefon und sagt, brauchen einen Termin und das funktioniert wunderbar. Und ich muss sagen, es ist wirklich eigentlich äh

ganz eine vernünftige Lösung, dass man zusammenarbeitet und das ganze vernetzt“ (P17, 443)

In Bezug auf den Datenschutz berichtete eine Interviewpartnerin aus Innsbruck, die eine gemeinsame Patientenakte sowie ELGA befürwortete, über einen Vorfall, der sie schockiert hatte, weil mit den Daten von PatientInnen sorglos umgegangen wurde. Sie ortete das Problem also nicht in erster Linie in der Sicherheit des Netzwerkes, sondern im menschlichen Umgang damit.

„bei mir war es jetzt bei dem Hautarzt einmal so, [...] wo ich gekommen bin, war das Zimmer leer, weil der Arzt noch im anderen war. Und auf dem Bildschirm hat er immer die Patienten und auf dem Bildschirm war noch die alte Patientin drauf. Das habe ich dann quasi gelesen lesen können. [...] ich meine, das interessiert mich im Grunde eh nicht, aber ich hätte da die Zugriffe gehabt auf die Patientenakte. Und das ist schon datenschutzrechtlich nicht so super“ (P13, 107)

Doch auch die hellhörigen Vorzimmer wurden kritisiert. Vor allem in kleinen Ortschaften, in denen sich die meisten Menschen kennen, ist ein solcher Umgang mit vertraulichen Daten heikel.

„Ja, das ist einfach, also ich brauche mich nur in ein Vorzimmer reinsetzen und ich weiß, wenn ich jemanden kenne, was die für ein Problem hat, wenn ich zuhören will. Weil eben zum Teil sehr offen, da hat es eine Zeit lang immer diese offenen Empfangsräume gegeben und gibt es auch immer, und dann ruft wer an und sie redet und irgendwann fällt dann der Name und du hörst genau, was die braucht.“ (P23, 339)

Ein Austausch zwischen den FachärztInnen wurde begrüßt, die Sinnhaftigkeit der Kombination unterschiedlicher Fachrichtungen wurde hier ebenfalls thematisiert.

„Also ich glaub, dass wir Patienten davon profitieren würden, es wäre schon schön, wenn die einfach ausgetauscht sind, vernetzt eben wie du sagst.“ (P30, 471)

„es ist auch die Frage, inwieweit hängt das Ganze zusammen, wenn sie sich untereinander austauschen mit unterschiedlichen Fachrichtungen? Blödes Beispiel: Zahnärztin und Frauenärztin. Was haben die gemeinsam? Blutverdünnung. Super.“ (P20, 301)



## **b. Zugang zur Versorgung**

Die Erreichbarkeit der einzelnen FachärztInnen wurde in Innsbruck grundsätzlich gelobt. Im Burgenland wurden längere Wege akzeptiert, da man sich offenbar daran gewöhnt hat und andere Einrichtungen wie Schulen, Einkaufsmöglichkeiten etc. ebenfalls mit teilweise längeren Wegen verbunden sind. Die Entfernung der Facharztpraxis vom Wohnort war weder in Innsbruck noch im Burgenland entscheidend. Lediglich wenn neue FachärztInnen gesucht werden mussten, wurden diese teilweise zuerst in der näheren Umgebung gesucht. In Innsbruck waren die InterviewpartnerInnen sehr zufrieden, da alles auch öffentlich gut erreichbar sei. Im Burgenland wurde viel Verständnis dafür gezeigt, dass die FachärztInnen auf verschiedene (größere) Orte und Städte aufgeteilt waren.

„Innsbruck ist nicht so groß, so ist das mit der räumlichen Nähe ganz gut. Natürlich ist es im eigenen Umkreis immer besser, aber wie gesagt, ein bissl, dass man halt näher dran ist ist immer feiner, aber das trifft jetzt bei mir nicht so zu, weil es alles in Innsbruck ist und das alles leicht zu erreichen ist.“ (P5, 361)

„jetzt hast du da ein zwei kleinen Ortschaft mit zweihundertfünfzig Einwohnern dort wirst du keinen Facharzt nicht finden, weil was tun denn der unter Anführungszeichen der dort“ (P28, 470)

Teilweise wurden von Befragten aus dem Burgenland auch längere Fahrten beispielsweise nach Wien in Kauf genommen. Wichtig war den InterviewpartnerInnen in erster Linie, dass die ÄrztInnen fachlich gut waren, erst dann wurde die Entfernung bedacht.

„Weil meine Ärzte sind total irgendwo. Und die sind seit 25 Jahr neben mir und die – Ich denk mir, mir macht's nichts aus, wenn ich jetzt 100 Kilometer fahren muss und ich bin da jetzt gut bedient.“ (P25, 210)

Die Ordinationszeiten stellten für die InterviewpartnerInnen kein Problem dar. Die älteren Interviewpersonen hatten nach eigenen Angaben ohnehin Zeit, die sie frei verplanen konnten und die Berufstätigen richteten es sich nach Möglichkeit ein, ihre FachärztInnen zu den gegebenen Ordinationszeiten zu besuchen. Es wurde Verständnis dafür geäußert, dass die ÄrztInnen und OrdinationsassistentInnen nicht bis spät nachts arbeiten können, weil sie auch Familie hätten bzw. das eben ihr Beruf sei, vergleichbar mit dem eigenen.

„Ich kann nicht von einem Arzt verlangen, dass er um 6 Uhr in der Früh Ordi macht, nur weil ich arbeiten muss, weil, das ist ja seine Hacken, na also sein Job auch. Und dadurch, dass man, meistens kriegt man es in der Arbeit entschuldigt, also passt das schon so.“ (P21, 317)

Veränderungswünsche hatten die InterviewpartnerInnen insbesondere bezüglich der Wartezeiten in den Ordinationen. Außerdem sollten sich die FachärztInnen mehr Zeit für ihre PatientInnen nehmen können, der Zeitdruck sollte also vermindert werden. Eine Interviewpartnerin aus Innsbruck erzählte von einem elektronischen Tool, das zur Terminabstimmung bei einem Facharzt verwendet wurde. Dabei konnte man sehen, ob der vereinbarte Termin eingehalten werden kann und um wie viel Zeit er sich verschieben wird. So bestand die Möglichkeit lange Wartezeiten in der Ordination zu umgehen.

„Mh, ja vielleicht kann man das besser koordinieren, wenn man sich quasi anmeldet und der Arzt sagt dann oft, ja man hat ungefähr eine Stunde Wartezeit und dass man das vielleicht auch mobil machen kann, dass man derweil irgendwie was in der Stadt erledigen kann und dann kriegt man in 15 Minuten bitte da sein. [...] Oder es elektronisch sehe. Ich habe bei ein paar Ärzten schon gesehen, man hat da elektronische Terminabstimmungen. Das ist total cool.“ (P13, 563)

Von zwei Interviewpartnerinnen der jüngeren Altersgruppe wurde der Wunsch nach Ordinationen am Wochenende geäußert, die für Notfälle geöffnet hätten.

„Und ich finde das in Innsbruck ganz schlecht geregelt mit den Wochenend und Abend Notdiensten. Weil im Grunde sind wir da immer in die Klinik gefahren, weil meist ist es genau an einem Sonntag, wenn du dringend jemanden brauchst, irgendeinen Facharzt. [...] Also, da würde ich mir wünschen, dass es vielleicht auch irgendein Vetreterungsradl gibt, das am Wochenende eben da ist, irgendwas in die Richtung sowas.“ (P13, 547)

Die PatientInnen wünschten sich außerdem ganzheitlicher betrachtet zu werden. In diesem Zusammenhang wurde auch die Ermöglichung oder Förderung des Austauschs zwischen den verschiedenen FachärztInnen befürwortet.

„Ja, dass sich die Ärzte untereinander austauschen, Erfahrungen anhören, von anderen das ist schon sehr viel wert.“ (P2, 341)

„ich würde es mir einfach mehr ganzheitlicher wünschen und nicht so sehr auf ihr Fach bezogen. Also, ich finde es wichtig, dass es Leute gibt, die ihr Fach beherrschen, aber ich glaube, da gibt es noch was, was man dazulernen könnte. Und finde einfach auch, also ich glaube, es müsste so Stellen geben, wo Ärzte sitzen, die ganzheitlich was können.“ (P15, 493)

Auch der Einfluss der Pharmaindustrie auf die medizinische Versorgung wurde sehr kritisch gesehen. Den FachärztInnen wurde Profitgier unterstellt.

„Und dass diese Geld Geschichte anders läuft. Dass man nicht das Gefühl hat, dass nur die Pharmaindustrie bestimmt, was wir sozusagen konsumieren. Weil letztendlich ist es so. Die Fachärzte werden von der Pharmaindustrie instruiert ihre Medizin zu verticken. Das ist so. Die haben keine anderen Schulungen. Die Fachärzte haben keine anderen Schulungen außer die von der Pharmaindustrie. Das finde ich bedenklich.“ (P15, 501)

### **c. Zusammenarbeit mit anderen LeistungsanbieterInnen**

Während die Zusammenarbeit zwischen ÄrztInnen eher geschätzt wurde, waren die InterviewpartnerInnen gegenüber anderen LeistungsanbieterInnen (PhysiotherapeutInnen, DiätassistentInnen, etc.) nicht so positiv gestimmt. Einerseits stand die Frage im Raum, inwiefern die Krankengeschichte oder andere Befunde diese Berufsgruppe betreffen.

„unter Ärzten der Austausch ist hab ich ja kein Problem. Die Therapeuten müssen ja nicht alles wissen, sondern die müssten ja nur wissen, um was es bei mir geht, ums Kreuz oder um oben oder unten oder ganz wurscht was. Also ich finde, bei Ärzten macht es mir nichts, aber dass da andere auch noch draufkommen ist auch nicht so fein, also müsste auch nicht sein.“ (P7, 289)

„Ja, ich bin der Meinung, die Ärzte sollten schon Zugriff haben auf auf andere andere Daten, die andere Ärzte festgestellt haben, aber andere Einrichtungen kann ich mir jetzt nicht viel vorstellen eigentlich momentan. [...] Die sollen schon, wenn im Auftrag des behandelnden Arztes tätig werden.“ (P11, 578)

Andererseits wurde die fehlende Schweigepflicht in diesen Berufsgruppen thematisiert.

„Und es ist halt nicht jeder schweigsam. Da geht es dann schon, hast du gehört, was der hat oder? Kann eben vorkommen. Und das ist eigentlich, aber ich habe jetzt nichts, ich setze mal bei einem Arzt voraus, dass der seine Schweigepflicht einhält und was er wissen muss, kann er ja nachschauen.“ (P14, 596)

Dennoch gab es auch hier positive Äußerungen, anderen LeistungsanbieterInnen Zugang zu medizinischen Daten zu gewähren.

„die sollten sich auch vernetzen, warum auch nicht, das ist ja wichtig. Also in der Physio muss ich wissen, was mir körperlich fehlt auch, weil der muss ja auch auf das eingehen, also sollte er das auch wissen, auch wenn er jetzt kein Arzt ist, es gibt ja auch, bei den Physiotherapeuten sind ja auch alle diplomiert“ (P5, 373)

#### **d. Kontinuität der Versorgung**

Wechsel von FachärztInnen wurden so gut es geht vermieden, da die Behandlung durch dieselben ÄrztInnen sehr geschätzt wurde. Langjährige (Fach-) ÄrztInnen kennen die Krankengeschichten der PatientInnen und in manchen Fällen auch die Familie bzw. Teile davon. Diesen ÄrztInnen muss nicht immer alles erklärt werden, weil vieles bereits bekannt ist. Wechsel wurden vor allem dann vorgenommen, wenn den Interviewpersonen aufgrund von Pensionierung oder Umzug nichts anderes übrig blieb. Die Behandlung durch dieselben FachärztInnen war fast allen Auskunftspersonen wichtig.

„Aber, ja, im Wesentlichen glaub ich schon, dass es förderlich ist und auch positiv ist, wenn der Arzt auch halbwegs den Patienten kennt. Weil es sind viele Dinge, die man implizieren kann, also einschließen kann in die Möglichkeiten und andere ausschließen kann, sagt, nein, das schließen wir einmal aus, weil da haben wir schon ein paar Untersuchungen auch gemacht, da haben wir eh schon, das verkürzt manches, und, ja. Also, ich würde den Arzt schon so sehen, dass man sagt, der soll mich gut kennen in meiner ganzen Konstellation. Insgesamt befürworte ich eine gute Kenntnis und auch eine längerdauernde Beziehung als Patient.“ (P4, 218)



„Mh, ja, schon eher wichtig. Das ist mir schon lieber, wenn der mich schon kennt vielleicht. Und ich kenne ihn, dann muss man sich nicht immer auf jemand anderes einstellen. Also, ist auch sehr wichtig.“ (P12, 515)

Dieser Interviewpartnerin war grundsätzlich egal, wer ihr behandelnder Arzt bzw. ihre behandelnde Ärztin war.

„Mir ist es immer wichtig, dass wenn ich irgendwas habe, dass es schnell geht, dass es reibungslos geht und dass ich das dann halt bald hinter mir habe. Und da ist es mir eigentlich dann egal, bei welchem Arzt ich bin.“ (P13, 347)

Dennoch differenzierte sie nach der Schwere der Erkrankung. Da sie ihren Gesundheitszustand allerdings als sehr gut bezeichnete und an keiner chronischen Krankheit litt, könnte das fehlende Interesse an einer beständigeren Beziehung zu ihren FachärztInnen an diesen positiven Rahmenbedingungen liegen.

„Ich würde da nicht nach Facharztgruppe differenzieren, sondern danach, ob es was Schwerwiegendes ist. [...] Also, wenn ich dann wirklich keine Ahnung ein Hautkrebs oder sowas hätte, dann wäre es mir wichtig, dass der gleiche Arzt von Anfang bis Ende die Behandlung hat und auch die Nachkontrollen die nächsten Jahre. Aber sonst im Grunde, wenn es wirklich nur um Muttermalkontrolle geht, ist es mir ganz egal.“ (P13, 443)

Bei den InterviewpartnerInnen, die ihren Gesundheitszustand als schlecht bezeichneten, war die Einstellung zur Behandlung durch dieselben FachärztInnen unterschiedlich. Ein Interviewpartner wollte, dass seine ÄrztInnen gleich bleiben, damit er nicht alles immer wieder erzählen müsse.

„Und ich will eine Ansprechperson und nicht zehn Ansprechpersonen, weil das total schwierig ist, jedem sein Leben zu erzählen von irgendeiner Krankheit was man hat. Da ist es halt immer einfacher man geht zum gleichen Arzt als wie man geht zu zehn Ärzten, weil das ist halt total schwierig, nicht. Und es ist halt auch total schwierig, wenn man heute irgendwo hinget und jedes Mal schaut dich ein anderer an, nicht. Das geht einfach nicht. Bei gewissen ist das nicht möglich. Das geht bei einem Schnupfen oder was, aber nicht, wenn du heute medizinisch richtig krank bist ist das unmöglich“ (P5, 209)

Einer Interviewpartnerin, deren Gesundheitszustand nach eigener Einschätzung schlecht war und die ihre ÄrztInnen eigentlich nur mit akuten Problemen aufsuchte, war das nicht wichtig, weil der Arzt bzw. die Ärztin ihr einfach in der akuten Situation helfen sollte. Der Umstand, dass sie ihre FachärztInnen de facto nur in akuten Fällen aufsuchte, unterschied sie von den restlichen InterviewpartnerInnen, die zu einem großen Teil regelmäßige Kontrolluntersuchungen in Anspruch nahmen.

„Weil wenn ich was brauche, ist mir das wurscht, der ist jetzt da, der weiß, der muss genauso hineinschauen wie mein anderer.“ (P26, 302)

#### **e. Austausch von Gesundheitsdaten**

Die InterviewpartnerInnen waren gegenüber der elektronischen Gesundheitsakte ELGA grundsätzlich sehr positiv eingestellt. Einige äußerten Bedenken bezüglich des Datenschutzes, gleichzeitig relativieren sie diese aber auch wieder, da ohnehin alles irgendwo gespeichert werde. Bei der Zustimmung zu ELGA zeigte sich allerdings ein interessanter Unterschied zwischen Stadt und Land. In Innsbruck wurde ELGA äußerst positiv gesehen, im Burgenland wurde daran mehr Kritik geübt. Dabei konnten weder Unterschiede zwischen den Altersgruppen noch zwischen dem Wissensstand der InterviewpartnerInnen über ELGA festgestellt werden.

„ich bin kein Fachmann usw., aber ich steh dem positiv gegenüber, und sogar, würde ich einen Schritt weitergehen, erforderlich für die Zukunft.“ (P4, 267)

„Was ich bis jetzt gelesen habe und gehört habe in den Massenmedien und so bin ich eigentlich dafür, dass ein anderer Arzt, wenn er die Karte steckt, gleich sieht, diese Medikamente werden genommen, ist sicher ein Vorteil. Aber nicht nur bei den Medikamenten, auch sonst bei vielen Sachen, also ich bin dafür. Natürlich soll die Anonymität und das gewahrt bleiben, dass der Arzt nicht alles weitergeben kann, aber sonst bin ich schon, was ich bis gehört habe über ELGA, dafür.“ (P2, 353)

Die Vernetzung der ÄrztInnen wurde als positiv wahrgenommen; ApothekerInnen sollten nach Meinung der Interviewpersonen allerdings nur auf Medikamente, nicht aber auf alle Befunde Zugriff haben.



„Ich meine, die Ärzte das ist ja gleich, aber dass da die Apotheker. Also ich finde, ein bissl, muss ja nicht jeder alles wissen.“ (P7, 305)

„Ist es wirklich notwendig, dass die Apotheke auch noch auf alles Zugriff hat? Würde ich persönlich sagen, vielleicht eher nein. Dass die Apotheke Zugriff hat auf welche Medikamente nimmt der, um im Zweifelsfall zu schreiben, die zwei vertragen sich nicht, das macht Sinn. Also die Frage ist, wie ist es ausgestaltet, prinzipiell Vernetzung gut, wenn der Datenschutz geklärt ist und es muss auch geklärt sein, wer hat auf welche Daten Zugriff. Weil, es muss nicht jeder auf alles Zugriff haben. Ich bin der Meinung, grad zum Beispiel die Apotheke braucht keinen Zugriff auf jeden Befund, den es da so gibt.“ (P9, 268)

Ähnliche Bedenken wie bei der gemeinsamen Patientenakte im Ärztezentrum bzw. -netzwerk wurden in Bezug auf den Zeitfaktor thematisiert. Dabei wurde kritisch hinterfragt, ob die FachärztInnen überhaupt genügend Zeit hätten, um die Akte sorgfältig durchzusehen.

„Aber was mir jetzt eben auch gerade einfällt ist, der Arzt muss zuerst auch einmal Zeit haben, da brauchst du Zeit. [...] wenn jetzt dieser Arzt jetzt nicht die Zeit hat die Akte, er könnte es abrufen, er hat aber nicht die Zeit, sich das durchzulesen das durchzuschauen, dann nützt es auch wieder nichts.“ (P16, 659)

Im Zusammenhang mit der Sammlung von Daten wurde wieder das Thema Geld und Profitgier angesprochen.

„Einerseits sehr praktisch finde ich, weil alle wirklich Zugriff haben und sehen, was ähm so konsumiert wird. Für die Pharmaindustrie ein Traum, weil die genau wissen, was brauchen wir, was wird konsumiert und und und. Für den Otto-Normal-Verbraucher wie gesagt Wurst, weil es sich eh keiner durchliest. Also eigentlich unsinnig. Es ist nur gut für die Pharmaindustrie, weil die können daraus wunderbare Daten lukrieren. Halte ich also das System halte ich sehr gut für die Wirtschaft. Für den einzelnen von uns ziemlich egal.“ (P15, 517)

Besonders skeptisch sind die InterviewpartnerInnen was den Datenschutz und die Datenweitergabe betrifft.

„Weil das geht sie nichts an. Das ist wirklich privat. Und ich muss auch sagen, weil dann würde das AMS ja auch zugreifen können. Es ist meine



Privatsache. Ich mein, ich kann die Krankenakten offenlegen, keine Frage, aber es ist auch meine Entscheidung. Aber dass das- Nein, das würde ich nicht wollen. Muss ich ganz ehrlich sagen." (P26, 404)



## 4. Zusammenfassung

Für die vorliegende Studie wurden dreißig Personen im Alter zwischen 21 und 78 Jahren in Innsbruck (16) und im Burgenland (14) interviewt. Die Befragten hatten in den letzten zwölf Monaten nach eigenen Angaben durchschnittlich 5,6 Kontakte zu FachärztInnen, wobei es eine große Spannweite in der Anzahl der Facharztkontakte gibt.

Die Befragten können durch ihre persönlichen Erfahrungen als „lebensweltliche ExpertInnen“ für diesen Themenbereich bezeichnet werden.

Aus den quantitativen Erhebungen des „Gesundheitsbarometers“ (Institut für Strategieberatung) geht hervor, dass 85% der ÖsterreicherInnen mit der Gesundheitsversorgung sehr oder eher zufrieden sind. 15% gaben bei der Erhebung im Jahr 2015 an, weniger oder gar nicht zufrieden zu sein. Dieses Bild spiegelt sich in den Antworten der Interviewten in der vorliegenden qualitativen Studie wider. In der Befragung für das Gesundheitsbarometer 2013 wurden insbesondere hohe Selbstbehalte, lange Wartezeiten bei niedergelassenen ÄrztInnen und die Zwei-Klassen-Medizin kritisiert.

Im Folgenden werden die Ergebnisse in elf Themen zusammengefasst sowie entsprechende PatientInnenerwartungen formuliert.

### 4.1 Die Bedeutung von FachärztInnen

FachärztInnen haben bezüglich der medizinischen Versorgung für die Interviewpersonen einen hohen Stellenwert. Personen der Altersgruppe 35 bis 64 Jahre kontaktieren FachärztInnen in der Regel direkt ohne vorhergehende Konsultation des Hausarztes bzw. der Hausärztin. Wenn sie wissen bzw. zu wissen glauben, welcher Facharzt oder welche Fachärztin bei akut auftretenden Beschwerden kontaktiert werden muss, suchen sie diesen oder diese ohne Überweisung selbständig auf. Regelmäßige Kontrolluntersuchungen bei FachärztInnen sind in den Fächern Gynäkologie, Urologie und Zahnheilkunde gegeben. Auch InternistInnen werden in regelmäßigen Abständen aufgesucht. FachärztInnen anderer Spezialgebiete (z. B. Orthopädie) werden dann regelmäßig kontaktiert, wenn dies aufgrund von Beschwerden, beispielsweise wiederkehrenden Schmerzen im Rücken, notwendig ist. Termine für diese Routineuntersuchungen werden ohne Kontakt zu den eigenen HausärztInnen vereinbart.

Niedergelassene FachärztInnen sind, wenn sie routinemäßig aufgesucht werden, wichtige Ansprechpersonen. Es wird eine „*persönliche Beziehung*“ aufgebaut. Sie sind in dieser Rolle mit AllgemeinmedizinerInnen vergleichbar. Hier zeigt sich ein Unterschied zu FachärztInnen, die in Krankenhäusern tätig sind. Von diesen wird eher eine medizinische Behandlung im engeren Sinn, d. h. eine Diagnose und eine Medikation erwartet. Von niedergelassenen FachärztInnen erwarten vor allem ältere Personen, dass diese nach mehrmaliger Konsultation ein Gesamtbild der PatientInnen haben und sich für die PatientInnen persönlich interessieren.

FachärztInnen werden von den Interviewpersonen nicht mehr als „Götter in Weiß“ (vgl. P9, P11) gesehen; dennoch stellen sie Respektspersonen dar, die nicht kritisiert werden bzw. bei denen sich die Befragten teilweise nicht trauen nachzufragen oder Entscheidungen zu hinterfragen. Im Zweifel wechseln die Befragten die ÄrztInnen eher, als ihnen mitzuteilen, dass sie mit ihm oder ihr unzufrieden sind. Konflikte werden in der Regel vermieden.

Den Befragten wurden im Zuge des Interviews zwei Situationsbeschreibungen vorgelesen. Einerseits wird ein Ärztezentrum beschrieben, in dem sich sieben ÄrztInnen aus unterschiedlichen Fachrichtungen eine große Ordination mit verschiedenen Untersuchungsräumen teilen. In diesem Zentrum sind andere GesundheitsdienstleisterInnen vor Ort, die direkt mit den ÄrztInnen zusammenarbeiten. Die Termine werden von einer zentralen Stelle koordiniert und für alle PatientInnen wird eine Akte angelegt, in der alle Befunde gesammelt werden (siehe Annex 1). Andererseits wurde den Befragten eine Situation vorgelesen, in der ein Ärztenetzwerk dargestellt wird, das dem Ärztezentrum ähnelt. Die ÄrztInnen und GesundheitsdienstleisterInnen arbeiten dabei in eigenständigen Ordinationen.

Beide Modelle werden von den Interviewpersonen grundsätzlich positiv eingeschätzt. Allerdings ist die Bereitschaft gering, die jetzt gegebene Situation zugunsten des Ärztezentrums bzw. -netzwerks aufzugeben.

---

### **PatientInnenerwartungen**

Die Befragten wünschen sich – insbesondere im Burgenland – mehr niedergelassene FachärztInnen mit Kassenvertrag. Das hat damit zu tun, dass FachärztInnen häufig ohne Überweisung aufgesucht werden.

Bei schwerwiegenden gesundheitlichen Entscheidungen holen PatientInnen

eine zweite fachärztliche Meinung ein. Die Interviewten wünschen sich eine höhere Akzeptanz dieses Handelns von FachärztInnen.

Ein Wechsel von FachärztInnen, zu denen schon ein längerer Kontakt besteht, wird nach Möglichkeit vermieden. Neue Formen der Organisation der fachärztlichen Versorgung werden allgemein akzeptiert. Ein persönlicher Wechsel von der vorhandenen in eine neue Situation wird von älteren PatientInnen eher abgelehnt.

## 4.2 Unterschiede zwischen einzelnen Fachrichtungen nach Besuchsfrequenz

Die Interviewpersonen stellen Unterschiede zwischen den einzelnen Fächern nach Häufigkeit des Besuchs fest. Die Befragten unterscheiden einerseits zwischen VertreterInnen von Fachrichtungen – Gynäkologie, Urologie, Innere Medizin, Augen- und Zahnheilkunde – die aufgrund von Routineuntersuchungen regelmäßig aufgesucht werden. Zu diesen ÄrztInnen bauen sie häufig eine „persönliche Beziehung“ auf. In diesen Fällen wird ein Wechsel der behandelnden FachärztInnen vermieden. Andererseits nennen die Befragten FachärztInnen, die – sofern keine Grunderkrankung vorliegt – nur in akuten Fällen kontaktiert werden. Vor allem FachärztInnen für HNO-Krankheiten und OrthopädInnen fallen in diese Kategorie. Die Interviewten erwarten von diesen FachärztInnen vor allem eine schnelle und kompetente Behandlung. Der Wechsel der FachärztInnen wird in diesen Fachrichtungen in der Regel als unproblematisch wahrgenommen.

Eine besondere Stellung in den Interviews nimmt eine andere Einteilung der Fachrichtungen ein. Dabei wird zwischen „PraktikerInnen“, wie ZahnärztInnen oder OrthopädInnen, und „TheoretikerInnen“, wie NeurologInnen oder PsychiaterInnen unterschieden. „PraktikerInnen“ werden beispielsweise beim Tausch eines Gelenks als HandwerkerInnen gesehen, während „TheoretikerInnen“ sich neben den körperlichen Beschwerden auch mit der Psyche der PatientInnen beschäftigen.

Es zeigt sich, nicht überraschend, dass Personen, die ihren Gesundheitszustand als mittelmäßig oder schlecht angeben, im Durchschnitt mehr Facharztkontakte in den letzten zwölf Monaten hatten, als Befragte, deren Gesundheit (sehr) gut ist. Besonders deutlich ist dieser Unterschied im Hinblick auf die Versicherungssituation der Befragten. Diejenigen, die eine Zusatzversicherung

abgeschlossen haben, geben durchschnittlich um drei Facharztkontakte mehr an, als Interviewte, die nicht zusatzversichert sind.

---

### **PatientInnenerwartungen**

Es zeigen sich Unterschiede in den PatientInnenerwartungen bezogen auf die verschiedenen Fachrichtungen. Diese bestehen dahingehend, dass zu GynäkologInnen, UrologInnen, InternistInnen sowie Augen- und ZahnärztInnen, die regelmäßig aufgesucht werden, eine „*persönliche Beziehung*“ aufgebaut wird.

In Bezug auf die allgemeine Besuchsfrequenz von FachärztInnen ist der Abschluss einer Zusatzversicherung relevant. Personen, die über eine Zusatzversicherung verfügen, gehen häufiger zu FachärztInnen als Personen ohne Zusatzversicherung.

### **4.3 Unterschiedliche Erwartungen verschiedener Altersgruppen an FachärztInnen**

Die Studie zeigt, dass die Befragten der drei Altersgruppen lebensphasenspezifische Bedürfnisse in Bezug auf die fachärztliche Versorgung haben.

Den Interviewpersonen aus der Altersgruppe der 18 bis 34-Jährigen ist besonders die Fachkompetenz wichtig. Andere Aspekte, wie Sympathie oder eine „*persönliche Beziehung*“ sind weniger relevant.

Für Personen der Altersgruppe der 35 bis 64-Jährigen, ist essentiell, dass die FachärztInnen auf sie eingehen, ihnen zuhören und sie mit ihren Sorgen und Beschwerden ernstnehmen. Die Aufmerksamkeit, die den PatientInnen von den FachärztInnen entgegengebracht wird, spielt also eine wichtige Rolle. Die Fachkompetenz ist vergleichsweise weniger wichtig.

Die Befragten in der dritte Altersgruppe, die 65 Jahre oder älter sind, schätzen es besonders, wenn sich die FachärztInnen Zeit für sie nehmen. In dieser Gruppe hat auch die Sympathie einen hohen Stellenwert. Für die über 65-Jährigen ist die Fachkompetenz im Vergleich zur Gruppe der 18-34-Jährigen weniger wichtig.





---

## PatientInnenerwartungen

Die Befragten der drei Altersgruppen haben unterschiedliche Erwartungen an die fachärztliche Versorgung. Es zeigt sich, dass im mittleren und höheren Alter neben der Fachkompetenz Kommunikation und eine „*persönliche Beziehung*“ erwartet wird.

### 4.4 Die Bedürfnispyramide

Es können Unterschiede in der Erwartungshaltung an FachärztInnen zwischen den drei Altersgruppen festgestellt werden. Trotz dieser divergenten Relevanzsetzung lässt sich eine Hierarchie der Bedürfnisse in Bezug auf die fachärztliche Versorgung (Abbildung 2) darstellen.

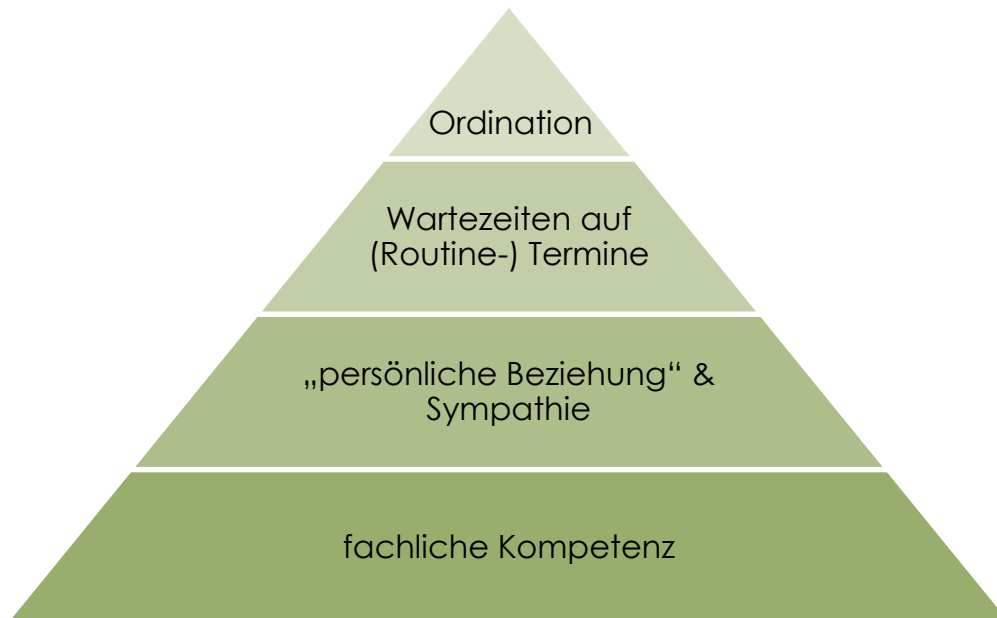
Die Basis, für das Vertrauen der PatientInnen in ihre jeweiligen FachärztInnen, bildet die fachliche Kompetenz. Darunter verstehen die Befragten in erster Linie, dass die FachärztInnen ihr Handwerk verstehen, gut ausgebildet sind und dementsprechend bei gesundheitlichen Problemen helfen oder diese lösen können. Die Kompetenz wird von den Interviewpersonen also im Allgemeinen am Umgang mit den PatientInnen und, im Falle einer Erkrankung, am Erfolg der Behandlung gemessen.

Auf der zweiten Stufe bzw. Ebene folgen die „*persönliche Beziehung*“ und die Sympathie. Es geht um Kommunikation und die Deckung des Sozialbedürfnisses. Die befragten PatientInnen machen sich in der Regel aber erst dann Gedanken darüber, wenn sie mit deren fachlicher Leistung zufrieden sind.

Die Wartezeiten auf Termine sind bei Routineuntersuchungen nicht so problematisch – bei ÄrztInnen, die von den Interviewten geschätzt werden, werden diese eher in Kauf genommen, um einen Wechsel der FachärztInnen zu vermeiden.

Die Spitze der Pyramide stellt die Atmosphäre in der Ordination dar, die sich aus der Interaktion mit OrdinationsassistentInnen und der Einrichtung des Wartezimmers bzw. der Ordination ergibt.

Abb. 2: Bedürfnispyramide der Befragten in Bezug auf die fachärztliche Versorgung



In Innsbruck werden mehrmals die Ordinationen bzw. Wartezimmer der FachärztInnen thematisiert und bewertet. Im Burgenland hingegen sind die Ordinationsräume kein Grund, sich für oder gegen bestimmte FachärztInnen zu entscheiden. Hier sind es die längeren Wartezeiten auf Termine sowie in der Ordination, die von den Befragten erwähnt werden.

Im Burgenland ist die Ärztedichte erheblich geringer als in Innsbruck<sup>7</sup>. Aus den Interviews geht hervor, dass die Wartezeiten auf Termine im Burgenland länger sind als in Innsbruck. Akute Fälle müssen dennoch sowohl da als auch dort eingeschoben werden, um die PatientInnen versorgen zu können.

---

### PatientInnenerwartungen

Die Befragten haben unterschiedliche Erwartungen an FachärztInnen, die nach Relevanz gereiht werden können.

---

<sup>7</sup> Vgl. Angerer, E (2014): Die kleinräumige Versorgungsforschung in Österreich. Am Beispiel der Entwicklung einer Stadt/Land-Klassifizierung und der Ist-Stand-Analyse der vertragsärztlichen Versorgung in Österreich. Bachelorarbeit. Steyr: FH Oberösterreich.

## 4.5 Die Bedeutung von Zeit beim Kontakt mit PatientInnen

Bei den Interviewpersonen der mittleren und älteren Altersgruppe zeigt sich das Bedürfnis nach Zeit bei ihren Arztbesuchen. Sie benötigen diese Zeit, um den FachärztInnen ihre Anliegen zu schildern und sie erwarten ausführliche Erklärungen von diesen. In dieser Hinsicht kann es zu Spannungen kommen. Bei MedizinerInnen sind Personen, die in der Fachliteratur als „crocks“<sup>8</sup> bezeichnet werden unbeliebt, da sie mehr Aufmerksamkeit verlangen, als ihr Gesundheitszustand rechtfertigt.

Die Befragten berichten, dass FachärztInnen bereits dokumentieren, während die PatientInnen ihre Krankengeschichte oder aktuelle Symptome schildern. Das wird als unpersönlich erlebt. Die Interviewten wünschen sich nicht, dass sich ihre FachärztInnen über die Untersuchung hinaus Zeit für sie nehmen, um beispielsweise auch private Themen ansprechen zu können.

---

### PatientInnenerwartungen

Personen, die 35 Jahre oder älter sind, stellen einen gewissen Zeitananspruch an den Arztbesuch. Von den jüngeren Befragten wird das hingegen nicht erwartet. Unterhaltungen über private Themen werden nicht gewünscht.

## 4.6 Information und Aufklärung der PatientInnen

Die Befragten äußern in den Interviews immer wieder den Wunsch nach zusätzlichen Tests und Laboruntersuchungen. Gleichzeitig gestehen sie sich aber ein, medizinische Laien zu sein, d. h. eigentlich können sie gar nicht einschätzen, welche Tests bei welchen Symptomen angezeigt sind. Insbesondere bei der im Interview vorgelesenen fiktiven Beschreibung, in der Frau Mayer mit einem Ausschlag zu ihrem Hautarzt geht<sup>9</sup> (siehe Annex 1) und die Befragten diese geschilderte Situation einschätzen sollen, wird bemängelt, dass der Arzt

---

<sup>8</sup> Gordon, D P (1983): Hospital Slang for Patients: Crocks, Gomers, Gorks, and Others. In: Language in Society, Vol.12 (2), S. 173-185.

Unter „crocks“ werden PatientInnen verstanden, die an keiner organischen Krankheit leiden, aber ständig über physische Beschwerden klagen.

<sup>9</sup> [positiv, gekürzt] „Frau Mayer geht zu ihrem Hautarzt, da sie am Vortag einen Ausschlag am Bauch festgestellt hat. Der Arzt hört Frau Mayer zu, sieht sich den Ausschlag an stellt ihr einige Fragen und druckt ein Rezept für eine Salbe aus. Er sagt sie solle wiederkommen, wenn der Ausschlag nach einer Woche nicht verschwunden sei und verabschiedet sich nach insgesamt zehn Minuten wieder von Frau Mayer. Frau Mayer bedankt sich, verlässt die Ordination, geht in die Apotheke und kauft die Salbe.“

Frau Mayer keine Diagnose mitgeteilt hätte. Das ist also eine sehr wichtige Information für die Interviewten.

Die Befragten informieren sich vor allem bei Familienmitgliedern oder im Freundes- und Bekanntenkreis über das Facharztangebot. Persönliche Netzwerke sind hier besonders relevant. Auch Empfehlungen von behandelnden ÄrztInnen wird vertraut.

---

### PatientInnenerwartungen

Die Befragten erwarten von FachärztInnen eine Diagnose. Diese spielt in der Einschätzung der fachlichen Kompetenz eine wichtige Rolle.

Persönliche Empfehlungen bzw. Netzwerke stehen bei der Auswahl von FachärztInnen an erster Stelle.

## 4.7 Wartezeiten auf Termine und in der Ordination

Das Prestige der FachärztInnen ergibt sich für die Befragten aufgrund aller Aspekte, die mit einer Ordination in Verbindung gebracht werden. Nicht nur die Qualifikationen der ÄrztInnen stehen für die Bewertung im Vordergrund. Auch das Terminmanagement, die Wartezeiten auf Termine und in der Ordination sowie die Möblierung des Wartezimmers werden von den Interviewten thematisiert. Detaillierte Informationen über zu erwartende Wartezeiten werden von den Befragten geschätzt.

Berufstätige Befragte berichten in den Interviews, dass Termine bei FachärztInnen während der Arbeitszeit problematisch für sie sind. Die Flexibilisierung der Arbeits(zeit)modelle wird in Bezug auf Arztbesuche immer wichtiger<sup>10</sup>.

---

### PatientInnenerwartungen

Die PatientInnen schätzen es sehr, über Wartezeiten informiert zu werden. Diese Information steigert die Akzeptanz derselben.

Berufstätige Befragte erzählen, dass sie für Arztbesuche aufgrund der Wartezeiten in den Ordinationen viel Zeit einplanen müssen, wodurch teilweise

---

<sup>10</sup> MA57 – Frauenabteilung der Stadt Wien (2010): Handbuch „Flexible Arbeitszeitmodelle“. Mehr Spielraum für Vereinbarkeit im Unternehmen.

Probleme mit ArbeitgeberInnen entstehen.

#### **4.8 Wünsche hinsichtlich Öffnungszeiten und Erreichbarkeit**

Die Öffnungszeiten werden von den Befragten als ausreichend beschrieben, Änderungswünsche diesbezüglich werden kaum geäußert. Den Interviewpersonen ist durchaus bewusst, dass dies ein Beruf wie jeder andere ist. ÄrztInnen und OrdinationsassistentInnen wird jedenfalls das Recht auf ein Privat- und Familienleben zugestanden. Wünsche bestehen seitens der Interviewpersonen bezüglich Ordinationszeiten an den Wochenenden, damit Arztbesuche beispielsweise auch Samstagvormittag erledigt werden können.

Die Erreichbarkeit der FachärztInnen spielt weder in Innsbruck noch im Burgenland eine Rolle. In Innsbruck ist die öffentliche Anbindung sowie die Mobilität der Befragten eigenen Angaben zufolge vollkommen ausreichend. Im Burgenland gehören längere Wege zum alltäglichen Leben. Nicht nur für den Arztbesuch müssen im Burgenland im Alltag längere Wege in Kauf genommen werden. Diese werden von den Interviewpersonen daher auch nicht als Problem wahrgenommen.

#### **PatientInnenerwartungen**

Die Interviewten äußerten den Wunsch an Wochenenden andere Alternativen als das Aufsuchen von Ambulanzen zu haben.

Über Alternativen wie den Ärztenotdienst sind die Befragten schlecht informiert. Hier besteht ein Mangel an Wissen seitens der Interviewpersonen.

#### **4.9 Vernetzung, Austausch und Anonymität**

Die (technische) Vernetzung von ÄrztInnen sowie der Austausch von Befunden werden von den Interviewten grundsätzlich als positiv erachtet. Vor allem in Hinblick darauf, dass alle behandelnden ÄrztInnen Zugang zu allen Befunden haben. Die Befragten erwarten, dass die FachärztInnen durch diesen Zugang Zusammenhänge ganzheitlicher – über das eigene Fachgebiet hinausgehend – betrachten können. Der Austausch von Befunden soll nach Ansicht der Befragten nur zwischen ÄrztInnen angestrebt werden. ApothekerInnen, PhysiotherapeutInnen, DiätassistentInnen etc. sollen davon aufgrund der

vermeintlich fehlenden Schweigepflicht ausgeschlossen werden. Hier sind die Interviewpersonen offenbar nicht über die bestehende Verschwiegenheitspflicht von ApothekerInnen informiert.

In Bezug auf die elektronische Gesundheitsakte ELGA werden die ApothekerInnen von den Befragten erwähnt. Mit dem Zugriff auf verschriebene Medikamente sind die Interviewten einverstanden, sie wollen allerdings nicht, dass die ApothekerInnen Zugriff auf allfällige Befunde hätten. Hier fehlt es den Interviewpersonen an Wissen bezüglich der Zugriffsrechte sowie Schweigepflicht der ELGA-Gesundheitsdiensteanbieter, da ApothekerInnen nur Zugriff auf die e-Medikation haben. Der Datenschutz ist ein wichtiges Thema, wenn über den Austausch von medizinischen Daten diskutiert wird.

Eine Vernetzung der FachärztInnen wird von den Befragten als positiv erachtet, da dadurch möglicherweise bei besonders schwierigen oder uneindeutigen Fällen unkompliziert die anderen FachärztInnen im Netzwerk befragt werden könnten.

Von einigen Interviewpersonen wird der fehlende Datenschutz kritisiert. Einerseits wird darüber berichtet, dass in den Warteräumen, vor allem am Telefon unvorsichtig mit PatientInnendaten umgegangen wird. Andererseits wird berichtet, dass Patientenakten am Bildschirm im Untersuchungsraum offen einsehbar sind, und zwar zu Zeiten, wo der betreffende Arzt nicht im selben Raum ist. In diesen Fällen zweifeln die Befragten nicht an der technischen Sicherheit von Netzwerken, sondern am menschlichen Umgang mit Daten.

---

### **PatientInnenerwartungen**

Den Interviewten fehlt es an Wissen bezüglich der Zugriffsrechte und Schweigepflicht unterschiedlicher ELGA-Gesundheitsdiensteanbieter. Dadurch kommt es beispielsweise zu Unmut über den vermeintlichen Zugriff von ApothekerInnen auf Befunde.

Von den Befragten wird es als besonders sinnvoll erachtet, wenn OrthopädInnen, RadiologInnen und PhysiotherapeutInnen zusammenarbeiten. Die Kommunikation zwischen den verschiedenen Fächern würde dann unmittelbarer verlaufen und Informationen könnten schneller und zuverlässiger weitergegeben werden.

## 4.10 Kosten für Untersuchungen

Kosten für bestimmte Spritzen oder weiße Füllungen bei ZahnärztInnen werden von den Befragten grundsätzlich akzeptiert. Bei Extrakosten für Untersuchungen, für die es eine medizinische Notwendigkeit gibt oder für solche, wo dringliche Empfehlungen ausgesprochen werden, zeigen die Interviewten wenig Verständnis. Entscheidend ist auch die Höhe der Kosten, die selbst übernommen werden müssen und deren Häufigkeit. Beträge bis etwa 30 Euro werden von den Interviewpersonen im Allgemeinen akzeptiert. Sobald der Preis über 50 Euro hinausgeht, wird dies meist als größere Ausgabe bezeichnet.

### Praxisimplikationen

Bei Kosten für medizinisch notwendige Untersuchungen wünschen sich die Befragten, dass diese (voll) von den Krankenkassen übernommen werden. Bei Kosten, die nicht aufgrund medizinischer Notwendigkeit anfallen, wie für weiße Plomben, ist die Akzeptanz groß, die Kosten selbst tragen zu müssen.

## 4.11 Soziale Unterschiede zwischen PatientInnengruppen

Von den Befragten wird dieses Thema angesprochen, aber eher nicht als Problem wahrgenommen. Die Einstellung, dass diejenigen, die eine private Krankenversicherung haben, dafür bezahlen und daher auch Vorteile in der fachärztlichen Versorgung genießen, ist vorherrschend.

Das Problem, das mit sozialen Unterschieden im fachärztlichen Bereich besteht, ist eher die Visibilität. Werden Bevorzugungen gesehen, dann kommt es zu negativen Reaktionen. Von den Befragten wird daher eine räumliche und zeitliche Trennung von Kassen- und PrivatpatientInnen in den Ordinationen angeregt. Das zeigt sich auch im Rahmen der Vignettenanalyse, bei der es in einer fiktiven Augenarztordination in Bezug auf die Wartezeiten um die Frage geht, ob man über eine Zusatzversicherung verfügt oder nicht (siehe Annex 1).

### Praxisimplikationen

Nach Möglichkeit wünschen sich die Interviewten eine räumliche bzw. zeitliche Trennung von Kassen- und PrivatpatientInnen. Falls diese Trennung nicht möglich sein sollte, sind die Befragten der Meinung, dass es keine Bevorzu-

gung der PrivatpatientInnen bezüglich der Wartezeiten in der Ordination geben soll. Diese Bevorzugung stößt auf Seiten der Kassenpatienten auf Unmut, auf Seiten der PrivatpatientInnen auf Unbehagen, da die eigenen Vorteile – die mit Nachteilen für die anderen verbunden sind – zur Schau gestellt werden.





## 5. Projektteam

Das Institut für Soziologie verfügt über langjährige Expertise in der qualitativen Sozialforschung, Gesundheitssoziologie und Sozialgerontologie. Seine Forschungsschwerpunkte umfassen „Gesundheit, Lebenslauf, Familie und Generationen“, „Organisationen, Arbeit und Geschlecht“ sowie „Migration und soziale Ungleichheit“ – alles Bereiche, die für dieses Projekt von hoher Bedeutung sind. Das Institut für Soziologie verfügt weiters über langjährige Expertise in qualitativen und quantitativen sozio-empirischen 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 in Soziologie und Empirischer Sozialforschung 1994. 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 Studienprogrammleiter des Doktoratsprogramms der Fakultät für Sozialwissenschaften.

### Projektmitarbeiterinnen

Anna Fassl, BA BSc studierte Betriebswirtschaft an der Wirtschaftsuniversität Wien und absolviert derzeit das Masterstudium Soziologie an der Universität



Wien. In ihrer Tätigkeit als Studienassistentin im Forschungsschwerpunkt „Alter und Generationen“ verfügt sie über einschlägige Erfahrung im Bereich der Gesundheits- und Altersforschung, sowie Erfahrung mit narrativen und semi-strukturierten Leitfadeninterviews.

Katja Wohner, B.A. studierte Pädagogik mit Sportdidaktik an der Otto-Friedrich Universität Bamberg und absolviert aktuell das Masterstudium Gesundheitsförderung an der Pädagogischen Hochschule Schwäbisch Gmünd. Durch die Inhalte des Masterstudienprogrammes, sowie das Verfassen einer qualitativen Masterarbeit, ist sie mit den Methoden der Interviewführung und -analyse vertraut.

Mag. Justyna Zgud verfügt über einen Kollegabschluss mit Ausbildungsschwerpunkt Informationsmanagement und Informationstechnologie und absolvierte ihr Diplomstudium Psychologie an der Universität Wien. Sie arbeitet derzeit als wissenschaftliche Mitarbeiterin bei der Österreichischen Plattform für Interdisziplinäre Altersfragen (ÖPIA). Während der Studienzeit sammelte sie Erfahrungen mit qualitativen und quantitativen Methoden im Rahmen nationaler und internationaler, interdisziplinärer Projekte.

Marlies Zuccato-Doutlik, Lic. studierte, nach langjähriger Tätigkeit als Grafikerin, Soziologie an der Universität Wien und Universidade Nova de Lisboa in Portugal. Derzeit finalisiert sie das Masterstudium Soziologie an der Universität Wien mit dem Schwerpunkt „Familie, Generation und Lebenslauf“. Durch die Mitarbeit an einem Oral-History-Projekt verfügt sie über Erfahrung mit narrativen Interviews.



## Annex 1: Leitfaden

### **EINLEITUNGSTEXT**

Es geht heute um Ihre Erfahrungen mit und Ihre Erwartungen an die fachärztliche Versorgung. Dabei ist mir besonders wichtig, Ihre persönlichen Erfahrungen und Ihre Meinung zu hören.

Damit ich im Gesprächsverlauf nichts vergesse, habe ich einen Fragebogen 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, oder Sie vielleicht eine Frage nicht ganz verstanden haben, weisen Sie mich bitte 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.

All Ihre Antworten sind für das Projekt wichtig. Es gibt keine falschen Antworten. 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 offene Fragen, bevor wir mit dem Interview beginnen?

### **WEGE IN DIE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG**

1. Bitte erzählen Sie mir von Ihrem letzten Besuch beim Facharzt bzw. bei der Fachärztin? 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? (Routine/akut, wie läuft das in der Ordination ab - Gespräch zwischen Arzt/Patient, Unterhaltung auch über nicht-medizinische Themen, Erklärung von Diagnosen, Medikamenteneinnahmen, etc.)  
Wenn Sie jetzt an die letzten Besuche bei Ihren FachärztInnen denken: wie unterscheiden sich diese voneinander?
2. Ganz allgemein: Wann bzw. aus welchem Grund kontaktieren Sie Ihre Fachärzte? (jährliche bzw. regelmäßige Untersuchungen/Termine, anlassbezogen/akut - eigenständig, in Folge einer Zuweisung etc.)  
Welche Unterschiede gibt es dabei zwischen den verschiedenen Ärzten?
3. Bitte erzählen Sie mir etwas darüber, wie Sie die Termine mit Ihren Fachärztinnen vereinbaren. (Onlinetool zur Vereinbarung von Terminen, telefonische Absprache, unangekündigter Besuch, jeweils beim vorherigen Besuch direkt in der Ordination etc.)  
Welche Unterschiede gibt es zwischen den Fachrichtungen?
4. Wie lange müssten Sie in etwa auf einen Termin bei Ihrem XX warten, wenn Sie heute in der jeweiligen Ordination anrufen würden? [Alle Fachrichtungen! – Liste heranziehen!]  
Gibt es einen Unterschied, ob Sie akut einen Termin benötigen, oder ob es sich dabei um einen Kontrolltermin handelt?

- Seit wann kennen Sie diesen Arzt? Warum gehen Sie zu diesem Arzt? (Kennt die Krankengeschichte, Nähe zur Wohnumgebung/ Arbeitsumgebung, Empfehlung, keine andere Auswahl)
5. Angenommen Sie rufen in der Facharztordination an und bekommen einen Termin angeboten, auf den Sie Ihrer Einschätzung nach zu lange warten müssen. Was würden Sie in dieser Situation tun? (Krankenhausambulanz, anderer Arzt bzw. andere Ärztin aufsuchen, etc.)  
Was würden Sie tun, wenn Sie akute Beschwerden haben, in der Facharztordination anrufen und einen Termin bekommen, auf den Sie Ihrer Einschätzung nach zu lange warten müssen? (Krankenhausambulanz, anderer Arzt bzw. andere Ärztin aufsuchen, etc.)
  6. Ganz allgemein: Welche Erfahrungen haben Sie mit Wartezeiten bei Ärztinnen bisher gemacht? (Wartezeiten auf Termine, Wartezeiten in der Ordination)
  7. Erzählen Sie mir bitte, wie Sie sich fühlen bzw. was Sie denken, wenn Sie die Ordination Ihres Facharztes verlassen haben.  
Welche Unterschiede gibt es zwischen den verschiedenen Ärztinnen?
  8. Ich lese Ihnen eine kurze Situationsbeschreibung vor und werde Sie danach bitten, mir einige Fragen dazu zu beantworten. Ich werde Sie nicht nach Details fragen, sondern Sie eher um Ihre persönliche Einschätzung bitten:

[negativ] „Frau Mayer geht zu ihrem Hautarzt, da sie am Vortag einen Ausschlag am Bauch festgestellt hat. Als sie aufgerufen wird, geht sie vom Wartezimmer in die Ordination. Der Arzt begrüßt sie und bittet sie, sich auf das Untersuchungsbett zu setzen. Sie erzählt ihrem Arzt, wie sie auf den Ausschlag aufmerksam geworden ist, und zeigt ihm die betroffenen Stellen am Bauch. Der Arzt hört ihr zu, sieht sich Frau Mayers Ausschlag schweigend an, geht zum Schreibtisch, tippt einige Informationen in den Computer und druckt ein Rezept für eine Salbe aus. Mit den Worten „Tragen Sie diese Salbe zwei Mal täglich nach dem Waschen auf die betroffenen Stellen auf, in einer Woche sollte von dem Ausschlag nichts mehr zu sehen sein.“ verabschiedet sich der Hautarzt nach insgesamt fünf Minuten wieder von Frau Mayer. Frau Mayer bedankt sich, verlässt die Ordination, geht in die Apotheke und kauft die Salbe.“

[positiv] „Frau Mayer geht zu ihrem Hautarzt, da sie am Vortag einen Ausschlag am Bauch festgestellt hat. Als sie aufgerufen wird, geht sie vom Wartezimmer in die Ordination. Der Arzt begrüßt sie und bittet sie, sich auf das Untersuchungsbett zu setzen. Sie erzählt ihrem Arzt, wie sie auf den Ausschlag aufmerksam geworden ist, und zeigt ihm die betroffenen Stellen am Bauch. Der Arzt hört ihr zu, sieht sich Frau Mayers Ausschlag an und fragt sie, ob sie ein neues Waschmittel, ein neues Duschgel oder Ähnliches verwendet. Frau Mayer verneint, der Hautarzt geht zum Schreibtisch, tippt einige Informationen in den Computer und druckt ein Rezept für eine Salbe aus. Mit den Worten „Tragen Sie diese Salbe zwei Mal täglich nach dem Waschen auf die betroffenen Stellen auf. Sie beruhigt diese Reizung und in einer Woche sollte von dem Ausschlag nichts mehr zu sehen sein. Falls der Ausschlag nicht verschwindet, kommen Sie bitte wieder.“ verabschiedet sich der Hautarzt nach insgesamt zehn Minuten wieder von Frau Mayer. Frau Mayer bedankt sich, verlässt die

Ordination, geht in die Apotheke und kauft die Salbe.“

Was ist Ihre persönliche Meinung dazu? Wie schätzen Sie die Kompetenz des Hautarztes ein? Wie schätzen Sie die Kommunikation zwischen dem Arzt und Frau Mayer ein? Würden Sie ebenso handeln wie Frau Mayer oder würden Sie etwas anders machen? (falls die IP etwas anders machen würde) Was würden Sie anders machen? (beide Fälle) Warum?

9. Haben Sie in der Vergangenheit den Facharzt bzw. die Fachärztin gewechselt?  
(Wenn sie schon gewechselt haben) Warum haben Sie gewechselt? Wie oft? Haben Sie den Facharzt bzw. die Fachärztin vorübergehend oder dauerhaft gewechselt?  
(Wenn Sie noch nie gewechselt haben) Warum haben Sie nicht gewechselt? Welche Unterschiede gibt es dabei zwischen ÄrztInnen verschiedener Fachrichtungen?

### **SUBJEKTIVES ERLEBEN DER FACHÄRZTLICHEN VERSORGUNG**

10. Wie würden Sie die Kompetenz der FachärztInnen in Österreich bewerten? Können Sie mir dazu ein paar Beispiele oder persönliche Erfahrungen erzählen, wie Sie zu dieser Einschätzung kommen?  
Angenommen Ihre Ärztin schlägt Ihnen zwei verschiedene Therapieformen vor, die jeweils unterschiedliche Vor- und Nachteile mit sich bringen, und Sie können nicht einschätzen, welche davon geeigneter ist: Was würden Sie in dieser Situation tun? (Der Ärztin vertrauen, eine Zweitmeinung einholen, im Internet recherchieren, Freunde/Bekannte/Familie fragen, etc.)
11. Was ist Ihnen bei den Sie betreuenden und behandelnden Fachärzten besonders wichtig?
12. Wie wichtig ist Ihnen die persönliche Beziehung (Sympathie, Vertrauen, Charakter,...) zu Ihrem Facharzt? Wie wichtig ist es Ihnen, dass Sie immer vom selben Arzt behandelt werden?  
Welche Unterschiede gibt es für Sie zwischen den verschiedenen Fachrichtungen? Welche Unterschiede gibt es für Sie zwischen Ihren Fachärztinnen und Ihrer Hausärztin?
13. Ich lese Ihnen nun eine Situationsbeschreibung vor und werde Sie danach bitten, diese einzuschätzen. Ich werde Sie wieder nicht nach Details der Beschreibung fragen. Es geht eher um Ihre persönliche Meinung dazu.

[FA] „In Ihrer Nähe wird ein neues Ärztezentrum eröffnet. Dort teilen sich sieben Ärztinnen und Ärzte aus unterschiedlichen Fachrichtungen eine große Ordination mit verschiedenen Untersuchungsräumen. In diesem Zentrum sind ebenfalls Physiotherapeuten sowie Diätassistentinnen vor Ort, die direkt mit den Ärzten zusammenarbeiten. Für alle diese Angebote ist eine zentrale Stelle von Ordinationsassistenten zuständig, die die Termine koordiniert. Für alle Patientinnen wird eine Patientenakte angelegt, in der alle Befunde gesammelt werden. Dadurch haben alle Ärztinnen und Ärzte sowie Physiotherapeutinnen und Diätassistenten der Ordination Zugang zu allen Befunden in diesen Akten. Diese Ordination ist an Werktagen von 7:00 Uhr bis 20:00 Uhr geöffnet. Es ist

möglich Termine bei einer „Wunsch“-Fachärztin zu vereinbaren oder bei einem anderen Arzt, der zu dem gewünschten Termin in der Ordination Dienst hat.“

Würden Sie dieses Ärztezentrum in Anspruch nehmen? Warum (nicht)? (Wenn ja) Würden Sie dafür Ihre bisherigen Fachärztinnen wechseln? Wie finden Sie es, dass dort alle Ärzte auf die Patientenakten und damit auf die Befunde usw. zum Zweck des Informationsaustauschs zugreifen können? Welche Vor- und Nachteile hat ein solches Ärztezentrum Ihrer Meinung nach im Vergleich zur Einzelpraxis?

Und jetzt lese ich Ihnen eine andere Situationsbeschreibung vor. Da würde ich gerne wieder Ihre Meinung dazu hören.

„Was würden Sie dazu sagen, wenn einzelne Fachärztinnen, Physiotherapeuten, Diätassistenten usw. zwar in Einzelordinationen arbeiten, untereinander aber vernetzt wären. In diesem Netzwerk wird wieder für alle Patientinnen eine Patientenakte angelegt, in der alle Befunde gesammelt werden und auf die alle ÄrztInnen und TherapeutInnen Zugriff haben.“

Würden Sie dieses Netzwerk in Anspruch nehmen? Warum (nicht)? (Wenn ja) Würden Sie dafür Ihre bisherigen Fachärztinnen wechseln? Wie finden Sie es, dass dort alle Ärzte auf die Patientenakten und damit auf die Befunde usw. zum Zweck des Informationsaustauschs zugreifen können? Welche Vor- und Nachteile hat ein solches Netzwerk Ihrer Meinung nach?

## **BEDÜRFNISSE UND WÜNSCHE IN BEZUG AUF DIE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG**

14. Wenn Sie jetzt an Ihre FachärztInnen denken – wo wünschen Sie sich Veränderungen? In Bezug auf: Wartezeiten auf Termine/vor Ort, Öffnungszeiten, räumliche Nähe, Vernetzung der Ärzte und anderen Gesundheitsdienstleistern, stärkere Einbeziehung in Entscheidungen, etc.
15. Unabhängig von der fachärztlichen Versorgung möchte ich Ihnen eine Frage stellen. In den letzten Jahren wurde viel über ELGA, die Elektronische Gesundheitsakte gesprochen. Das ist ein Informationssystem, das Ihnen und Ihren berechtigten ELGA-Gesundheitsdiensteanbietern – ÄrztInnen, Spitälern, Pflegeeinrichtungen und Apotheken – Zugang zu Gesundheitsdaten gibt. Wie stehen Sie persönlich zu ELGA? (Vorteile, Nachteile)
16. Ich lese Ihnen nun eine kurze Situationsbeschreibung vor und werde Sie danach wieder bitten, mir Ihre Meinung dazu zu sagen:

[negativ] „Herr Huber hat eine private Gesundheitsversicherung abgeschlossen und wird daher beim Augenarzt pünktlich zum vereinbarten Termin – ohne lange Wartezeit – aufgerufen, während die anderen Patienten, die keine Zusatzversicherung haben, längere Wartezeiten in Kauf nehmen müssen.“



Was sagen Sie dazu? (fair/unfair, problematisch/in Ordnung, etc.) Warum? Erhält Herr Huber Ihrer Einschätzung nach eine bessere medizinische Versorgung als die anderen Patientinnen?

[positiv] „Beim Augenarzt werden die Patientinnen der Reihe nach, wie sie im Terminplan stehen, vom Wartezimmer in die Ordination gerufen – unabhängig davon, bei welcher Versicherung sie versichert sind oder ob sie eine Zusatzversicherung haben. Patienten, die mit einem akuten Problem ohne Voranmeldung in die Ordination kommen, werden möglichst so in den Terminplan „eingeschoben“, damit die Wartezeiten für alle Patientinnen möglichst kurz ausfallen.“

Was sagen Sie dazu? (fair/unfair, problematisch/in Ordnung, etc.) Warum?

17. Haben Sie schon einmal Erfahrungen damit gemacht, dass Sie bestimmte Leistungen in der Facharztordination selbst bezahlen mussten, weil Ihre Krankenkasse die Kosten dafür nicht übernommen hat? (bestimmte Untersuchungen wie Ultraschall, Impfungen, etc.) (Wenn ja) Wurden Sie von Ihrem Arzt darauf hingewiesen, dass Ihre Krankenkasse die Kosten dafür nicht übernimmt? (Wenn ja) Ist das ein Problem für Sie? Um welche Leistungen hat es sich dabei gehandelt? (Wenn nein) Wäre das ein Problem für Sie? Warum ist das (k)ein Problem für Sie?

**Allgemeine Abschlussfrage:**

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



## Annex 2: Screening Bogen

Code: \_\_\_\_\_

1. In welchem Bundesland leben Sie?

- Burgenland       Tirol

2. Geschlecht:

- Männlich       Weiblich

3. Jahrgang: \_\_\_\_\_

4. In welchem Land wurden Sie geboren?

- Österreich  
 Anderes: \_\_\_\_\_

5. Welche höchste abgeschlossene Schulbildung haben Sie?

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

6. Wie häufig waren Sie in etwa in den vergangenen 12 Monaten beim Facharzt/bei der Fachärztin?

Anzahl der Facharztkontakte: \_\_\_\_\_

7. Bei welchen Ärzten (Fachgruppe) waren Sie in den vergangenen 12 Monaten?  
Wie oft waren Sie bei diesen Ärzten? (Kontakthäufigkeit)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ___ Augenheilkunde  | <input type="checkbox"/> ___ Lungenkrankheiten             |
| <input type="checkbox"/> ___ Chirurgie       | <input type="checkbox"/> ___ Orthopädie                    |
| <input type="checkbox"/> ___ Dermatologie    | <input type="checkbox"/> ___ Unfallchirurgie               |
| <input type="checkbox"/> ___ Frauenheilkunde | <input type="checkbox"/> ___ Urologie                      |
| <input type="checkbox"/> ___ Innere Medizin  | <input type="checkbox"/> ___ Neurologie und Psychiatrie    |
| <input type="checkbox"/> ___ Kinderheilkunde | <input type="checkbox"/> ___ Neurochirurgie                |
| <input type="checkbox"/> ___ HNO-Krankheiten | <input type="checkbox"/> ___ Kinder- und Jugendpsychiatrie |

Sonstige:

\_\_\_\_\_





8. Wie ist Ihre Gesundheit im Allgemeinen?

- Sehr gut
- Gut
- Mittelmäßig
- Schlecht
- Sehr schlecht

9. Leiden Sie an einer oder mehreren chronischen Erkrankungen, die regelmäßige Facharztbesuche erforderlich machen?

- Ja
- Nein

10. Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert?

- BGKK
- TGKK
- Andere: \_\_\_\_\_

11. Haben Sie eine private Krankenversicherung?

- Ja
- Nein



## Annex 3: Informed Consent

### **Information und Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der Studie „PatientInnenerwartungen an die fachärztliche Versorgung“**

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 „PatientInnenerwartungen an die fachärztliche Versorgung“, 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 fachärztliche Versorgung in Österreich schaffen.

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

Mit Ihrer Teilnahme unterstützen Sie das wissenschaftliche Forschungsprojekt „PatientInnenerwartungen an die fachärztliche Versorgung“, 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 Teilnehmer 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: 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 „PatientInnenerwartungen an die fachärztliche Versorgung“ teilzunehmen.

Ich bin von Katja Wohner/Justyna Zgud/Marlies Zuccato-Doutlik 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 ver-



ständig 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 verantwortlichen Studienleiterinnen)