



Hauptverband der
österreichischen
Sozialversicherungsträger

Motivatoren und Zufriedenheit von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten

Zusammenfassende Erkenntnisse

Version 5

Juli 2016

Aline Dragosits MA

Mag. Martin Scheuringer

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Evidenzbasierte Wirtschaftliche Gesundheitsversorgung

Gesundheitsökonomie

Abstract

Warum beschäftigen wir uns mit diesem Thema?

Studien zeigen, dass **Qualität und Effizienz** in der Gesundheitsversorgung zu einem überwiegenden Teil von der **Arbeitszufriedenheit und Motivation** der Ärztinnen und Ärzte beeinflusst wird. Derzeit ist wenig über die tatsächlichen Faktoren der Motivatoren von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in Österreich bekannt.

Was möchten wir wissen und wie können wir dieses Wissen generieren?

Im Zentrum dieser Zusammenfassung steht die Frage, **welche Faktoren** die Ärztinnen und Ärzte in Österreich **motivieren** und **wie soziale Beziehungen** auf die Motivatoren **wirken**. Dazu werden wesentliche Erkenntnisse aus Literatur und Empirie gesammelt.

Was sind unsere Ergebnisse?

Was beeinflusst Motivation und Zufriedenheit?

Die **Beziehungen** der Ärztinnen und Ärzte **zu** ihren **Umwelten beeinflussen** deren **Motivation und Zufriedenheit**. Geprägt werden diese Beziehungen durch die **Erwartungen** der Ärztinnen und Ärzte an die Patientinnen und Patienten, die Sozialversicherung, die Politik sowie weiteren Umwelten. Aber auch umgekehrt beeinflussen die Erwartungen dieser Umwelten die Beziehung zu den Ärztinnen und Ärzten. Die Beziehungen sind von impliziten Spielregeln geprägt. Anhand der vorliegenden empirischen Studien wurden die Erwartungen der Umwelten herausgearbeitet, um diese Spielregeln sichtbar zu machen.

Welche Schlüsse ziehen wir daraus?

Zufriedenheit und Motivation können nur bis zu einem gewissen Grad mittels monetären Anreizen beeinflusst werden. Entscheidend zur Optimierung der Behandlungsqualität ist ein Paket aus monetären und nicht-monetären Anreizen. Zur Gestaltung dieses Pakets zeigen Theorie und Empirie bereits einige Empfehlungen auf. Die Übertragbarkeit dieser Empfehlungen auf die regionalen Anforderungen muss in einem nächsten Schritt noch geprüft werden.

a) Inhalt

Abstract.....	i
Sonstige Verzeichnisse	iii
Tabellenverzeichnis	iii
Glossar	iv
1 Einleitung	1
1.1 Problem.....	1
1.2 Projekt.....	1
1.3 Ziele	2
1.4 Nicht-Ziel.....	2
2 Prozess und Methode	2
2.1 Gutachten zur Gestaltung nicht-monetärer Anreize für Ärztinnen und Ärzte.....	2
2.2 Empirische Untersuchung der fördernden und hemmenden Motivatoren von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten.....	3
2.2.1 Exkurs: Das Qualitative Paradigma in den Sozialwissenschaften.....	3
2.3 Literaturrecherche	3
3 Ergebnisse	4
3.1 Qualität und Motivation.....	4
3.2 Erklärungen.....	4
3.3 Umwelten der Akteurinnen und Akteure	5
3.4 Patientinnen und Patienten	7
3.4.1 Erwartungen der Patientinnen und Patienten an die Ärztinnen und Ärzte.....	7
3.5 Politik	8
3.5.1 Erwartungen der Politik an die Ärztinnen und Ärzte.....	8
3.6 Sozialversicherung.....	8
3.6.1 Erwartungen der Sozialversicherung an die Ärztinnen und Ärzte	8
3.7 Ärztinnen und Ärzte.....	10
3.7.1 Erwartungen der Ärztinnen und Ärzte an die Sozialversicherung	10
3.7.2 Rollenbild der Ärztinnen und Ärzte von der SV	10
3.7.3 Erwartungen der Ärztinnen und Ärzte an die Politik.....	10
3.7.4 Rollenbild der Ärztinnen und Ärzte von der Politik	11
3.7.5 Erwartungen der Ärztinnen und Ärzte an Patientinnen und Patienten	11
3.7.6 Erwartungen der Medizinstudentinnen und Medizinstudenten sowie Ärztinnen und Ärzte an die Ausbildungseinrichtungen.....	11

3.8	Zusammenfassung.....	12
4	Fazit.....	12
	Literaturverzeichnis	14

Sonstige Verzeichnisse

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Einflussfaktoren der Motivatoren und Zufriedenheit von Ärztinnen und Ärzten sowie deren Beziehungen und Erwartungen	12
--	----

Glossar

Menschliches Verhalten: das Verhalten von Menschen in der sozialen Wirklichkeit ist nicht autonom im Sinne Kants, sondern auch von sozialen Umwelten beeinflusst.¹

Motivatoren: bilden innerhalb der Zweifaktorentheorie der Zufriedenheit von Herzberg² jene Bestandteile der Arbeitssituation, die langfristig Arbeitszufriedenheit bedingen und zugleich die Leistungsbereitschaft verbessern³. Das können erwartete Gefühle, erwartete Leistungen oder das Selbstbild sein, welche eine Ärztin oder ein Arzt in Bezug auf ihr/sein ärztliches Tätigsein hat. Motivatoren werden wie das aus ihnen resultierende Verhalten sozialisiert, d.h. sie ändern sich entlang sich ändernder sozialer Umwelten.

Qualität: Qualität setzt sich nach dem amerikanischen Institute of Medicine (IOM) aus sechs Dimensionen zusammen:

- „Effizienz“: Vermeidung der Verschwendung von Ausrüstung, Material, Ideen und Energie
- „Effektivität“: Erbringung von Dienstleistungen nach dem aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstand für alle die davon profitieren könnten, und gleichzeitige Unterlassung von Behandlungen bei denjenigen, die wahrscheinlich nicht davon profitieren
- „Patientenorientierung“: respektvolle und auf die Patientenbedürfnisse abgestimmte Behandlung unter Sicherstellung einer freien Entscheidung der Patientinnen und Patienten für alle medizinischen Eingriffe
- „Rechtzeitigkeit“: Reduzierung von Wartezeiten und Verzögerungen
- „Equality“: Behandlung unabhängig von Geschlecht, Ethnizität, Geografie und sozioökonomischem Status sowie
- „Sicherheit“: Vermeidung von Verletzungen an Patientinnen und Patienten durch medizinische Behandlung, welche dazu gedacht ist, diesen zu helfen

Zentral dabei sind die Patientinnen und Patienten (Czypionka et al. 2014, S. 7).

Soziale Rolle: Eine soziale Rolle ist „ein Bündel aus Erwartungen. Da jeder/jede Träger/Trägerin einer Rolle das weiß, hat er oder sie auch Erwartungen darüber, was die anderen von ihm/ihr erwarten: Erwartungs-Erwartungen.“ (Eder, S 56). Hier wird für Erwartungs-Erwartungen der Begriff **Rollenbild** gebraucht.

Soziale Beziehungen: Die sozialen Rollen gehen zueinander Beziehungen ein, die von den Erwartungen und Erwartungs-Erwartungen geprägt sind. Soziale Beziehungen haben daher überindividuelle Muster: ein „Set an Spielregeln“ (Eder, S 12). Diese Muster formen bzw. rahmen das individuelle Verhalten, indem sich die Menschen in der Sozialisation mit diesen Mustern auseinandersetzen müssen.

Soziale Umwelt: Ist das sich mit der Zeit und Geschichte verändernde Beziehungsgeflecht aus Rollen in dem sich ein Mensch aufhält.

¹ vgl. Bittlingmayer in Hurrelmann (Hg.), S 25ff

² Vgl. Janus (2014)

³ <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/motivatoren.html>

Sozialisation: Ist der aktive Prozess der Anpassung des Menschen an seine körperliche und soziale Umwelt, in dem er eine „sozial handlungsfähige Persönlichkeit“ bildet (Hurrelmann 2006). Menschen orientieren ihr Verhalten an den Beziehungen, in denen sie sich bewegen: an der Art, wie soziale Beziehungen in der Regel gestaltet werden.

Zufriedenheit: Zufriedenheit ist ein Gefühl, das sich nach und während einer Interaktion einstellt. Es besagt, dass ein Individuum mit den gegebenen Verhältnissen, Leistungen oder vergleichbarem einverstanden ist und daran nichts auszusetzen hat⁴.

⁴ <https://de.wikipedia.org/wiki/Zufriedenheit>

1 Einleitung

“Bedingungen schaffen in denen sich das wünschenswerte ereignen kann.“ (Gerald Hüther)⁵

1.1 Problem

Studien zeigen folgende Situation:

1. **Arbeitszufriedenheit und Motivation** von Ärztinnen und Ärzten haben einen bedeutenden Einfluss auf die **Qualität⁶** der Gesundheitsversorgung. Je unzufriedener die Ärztinnen und Ärzte sind, desto weniger produktiv und effizient arbeiten sie. Der Bezug zum Sinn des Arztseins (Freude und Pflicht), zur eigenen Kompetenz und zur Autonomie geht verloren. Dies bringt die Gefahr mit sich, dass das Gesundheitssystem teurer und qualitativ schlechter wird.
2. Tatsächlich werden Ärztinnen und Ärzte in Österreich aber **auf monetäre Anreize sozialisiert**. Im Laufe der individuellen Karriere überlagert diese Form sozialer Beziehungen die an Qualität, Zufriedenheit, Sinn, Kompetenz und Autonomie orientierte ärztliche Praxis.

Es gilt, Faktoren zu erkennen, durch die Ärztinnen und Ärzte mit Verantwortung und Motivation für die Patientinnen und Patienten da sind. Die Honorarordnung, als Sammlung der detaillierten Bestimmungen über die ärztliche Leistung sowie das Entgelt, ist nur einer dieser Faktoren. Ziel ist es weitere in den Blick zu bekommen.

1.2 Projekt

Zu den Themen Motivatoren und Zufriedenheit von Ärztinnen und Ärzten wurden mehrere Studien in Auftrag gegeben:

- Ein Gutachten zum Thema Gestaltung von Anreizen für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte
- Empirische Untersuchung anhand qualitativer Interviews mit 48 niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten

Ebenso wurden für diese Fragestellung relevante Literatur sowie empirische Forschungsergebnisse miteinbezogen.

⁵ <http://www.hauptstadtkongress-rueckblick.de/2011/eroeffnungsvortrag-von-prof-dr-gerald-huether/>

⁶ Qualität bezieht sich in diesem Fall auf die Domänen „Effizienz“, „Effektivität“, „Patientenorientierung“, „Rechtzeitigkeit“, „Equality“ sowie „Sicherheit“ der Gesundheitsversorgung

1.3 Ziele

- Breiteres Verständnis der sozialen Bedingungen und Motivatoren für gute ärztliche Praxis
 - Welche Erkenntnisse der Literatur und empirischen Arbeiten sind diesbezüglich wesentlich?
 - Welche Faktoren geben die Ärztinnen und Ärzte für ihre Motivation/Demotivation an?
 - Welche sozialen Beziehungsmuster zu den Umwelten wirken auf die Motivation/Demotivation?
- Bewusstseinsbildung hinsichtlich Relevanz der Thematik
- Darstellung von Lösungsansätzen

1.4 Nicht-Ziel

Um die Grenzen dieser Zusammenfassung aufzuzeigen, wird im Folgenden das zentrale Nicht-Ziel dargelegt:

- Vollständige Beschreibung der sozialen Umwelten: Die Beziehungen zu den Umwelten werden in dieser Zusammenfassung entlang der Forschungen dargestellt. Es sind nicht alle Umwelten des ärztlichen Handelns untersucht. Die Darstellung ist daher nicht vollständig.

2 Prozess und Methode

Um sich der komplexen Frage nach den Motivatoren von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in der beruflichen Praxis zu nähern, wurde ein mehrstufiger Prozess gewählt, welcher überwiegend in Form von Forschungs Kooperationen abgehandelt wurde:

2.1 Gutachten zur Gestaltung nicht-monetärer Anreize für Ärztinnen und Ärzte

In einem 2014 beauftragten Gutachten wurde das Thema Gestaltung von Anreizen für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte abseits von (aber unter Berücksichtigung der Erfahrungen mit) monetären Anreizen behandelt (Janus 2014, S. 7). Ziel war es, einen systematischen Überblick zu den wissenschaftlichen Erkenntnissen zu bekommen.

2.2 Empirische Untersuchung der fördernden und hemmenden Motivatoren von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten

Um die in Österreich tatsächlich vorhandenen bzw. von den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten wahrgenommenen Einflussfaktoren zu identifizieren, wurden diese empirisch untersucht. Im Zuge dieser qualitativen Erhebung wurden leitfadengestützte Interviews mit 48 Ärztinnen und Ärzten durchgeführt. Der Fokus der Studie lag hier vor allem auf der Darstellung von Bedürfnissen, Professions- und Arbeitskultur sowie arbeitspsychologischer Motivatoren und Wünsche der österreichischen Ärzteschaft (Kaiser et al. 2015, S. 4).

2.2.1 Exkurs: Das Qualitative Paradigma in den Sozialwissenschaften

Da es bei der Forschungsfrage um die Erstellung von neuen Annahmen über das soziale Handeln bzw. Verhalten der Akteurinnen und Akteure geht, wurde im Rahmen des explorativen Paradigmas der Sozialwissenschaft geforscht. Dieses prüft vorhandene Annahmen nicht mittels schließender Statistik, sondern gibt dem Beobachter unbekannte Zusammenhänge und Begründungen in die Hand, die die Effektivität und Qualität der medizinischen Versorgung bestimmen. Es geht um die Aufdeckung neuer Hypothesen und nicht um die Bestätigung altbekannter Annahmen über das Verhalten von Menschen.

Dabei geht die Forschung von Folgendem aus: „Alle Handlungen [...] sind durch die Strukturen und Prozesse der Lebenswelt beeinflusst, die eine Person umgeben“ (Froschauer, Lueger, 1998, S 12). Die empirischen Analysen sind „auf genau diese Wechselwirkung zwischen Personen und sozialen Umwelten abzustimmen“ (Froschauer, Lueger, 1998, S 12).

Im Fokus stehen daher die Muster der sozialen Beziehungen, in denen sich die Akteurinnen und Akteure bewegen und auf die sie ihr Verhalten abstimmen.

2.3 Literaturrecherche

Um ein noch umfassenderes Bild zu Motivatoren und zur Zufriedenheit zu bekommen wurde zusätzlich unsystematisch nach Literatur gesucht. Dabei wurden vor allem ausgewählte Artikel zu diesem Thema berücksichtigt und relevante Studien der Publikationsdatenbank der EWG¹¹ miteinbezogen.

11

<http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?contentid=10007.756876&action=2&viewmode=content>

3 Ergebnisse

3.1 Qualität und Motivation

Der Forschungsstand zur ärztlichen Berufszufriedenheit wird in einer Studie folgendermaßen zusammengefasst: Unzufriedene Ärztinnen und Ärzte arbeiten weniger produktiv und effizient, haben häufiger Fehlzeiten, und neigen dazu aus der medizinischen Versorgung auszusteigen oder tendieren eher zu einer Frühpension. Darüber hinaus verordnen sie unnötige Medikamente und Untersuchungen. Für ihre Patientinnen und Patienten wenden sie weniger Zeit auf. Als Resultat sinkt auch die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten, wodurch deren Therapietreue beeinträchtigt wird (Löffler et al. 2015, S. 927f).

All diese Folgen sind unerwünscht, eine Erforschung der Gründe von Motivation/Demotivation ist daher sehr wichtig.

3.2 Erklärungen

Der Schweizer Psychologe Bruno Frey hat mit dem Phänomen „Verdrängungseffekt“ versucht, die Grenzen ökonomischer Erklärungen von sozialem Verhalten aufzuzeigen. Im Wesentlichen geht es darum, dass ein von außen kommender (extrinsischer) Impuls dazu führen kann, dass eine Tätigkeit, die bisher um ihrer selbst willen (intrinsisch) durchgeführt wurde, verdrängt wird. Durch die ökonomische Sichtweise auf das Individuum, das als auf monetäre Anreize reagierend konzipiert wird, kann ein wesentlicher Teil dessen, was Versorgungsqualität bestimmt, unterdrückt werden (Frey 2002, S. 22ff).

Diese Sichtweise wird durch Janus (2014) und durch die empirische Forschung bestätigt. Die entscheidende Aussage ihres Gutachtens lautet: es gibt keine Evidenz für die Wirksamkeit monetärer Anreize für Versorgungsqualität. Nur durch die effektive Unterstützung einer sinngebenden Teilhabe der Ärztinnen und Ärzte an ihrer Professionskultur kann Versorgungsqualität erreicht werden (Janus 2014, S. 13f).

Die Studie von Kaiser et al. (2015) kommt aber zum Schluss, dass Ärztinnen und Ärzte im niedergelassenen Bereich stark auf monetäre Anreize sozialisiert werden. Es kommt also im Laufe des Berufslebens zu der von Frey beschriebenen Überlagerung, die Unzufriedenheit erzeugt. Denn nun wird die Motivation für die ärztliche Praxis nicht mehr aus der Tätigkeit selbst, sondern an der Entlohnung für die Tätigkeit festgemacht. Der Idealismus wird durch die soziale Umwelt den Ärztinnen und Ärzten abgewohnt (Kaiser et al. 2015, S. 28).

Entscheidend für das Verständnis der ärztlichen Motivation ist daher nicht nur die Honorarordnung, sondern das gesamte soziale System, in dem sich die ärztliche Tätigkeit an den Patientinnen und Patienten verwirklichen muss. Diese findet in einem Netz aus Beziehungen statt, die Einfluss auf die Motivation der Ärztinnen und Ärzte ausüben.

3.3 Umwelten der Akteurinnen und Akteure

Ziel dieses Unterkapitels ist die Beschreibung der Beziehungen zu den relevanten Umwelten, die Einfluss auf die Motivatoren von Ärztinnen und Ärzten nehmen.

Dieses Kapitel wird um die Begriffe Erwartung und Rollenbild zusammengestellt: beispielsweise haben Politiker Erwartungen an die Ärztinnen und Ärzte, und Angestellte der Sozialversicherung ein Rollenbild von den Ärztinnen und Ärzten.

Es werden all jene Erwartungen und Rollenbilder beschrieben, zu denen auch Aussagen aufgrund der vorhandenen Literatur und Studien getroffen werden können.

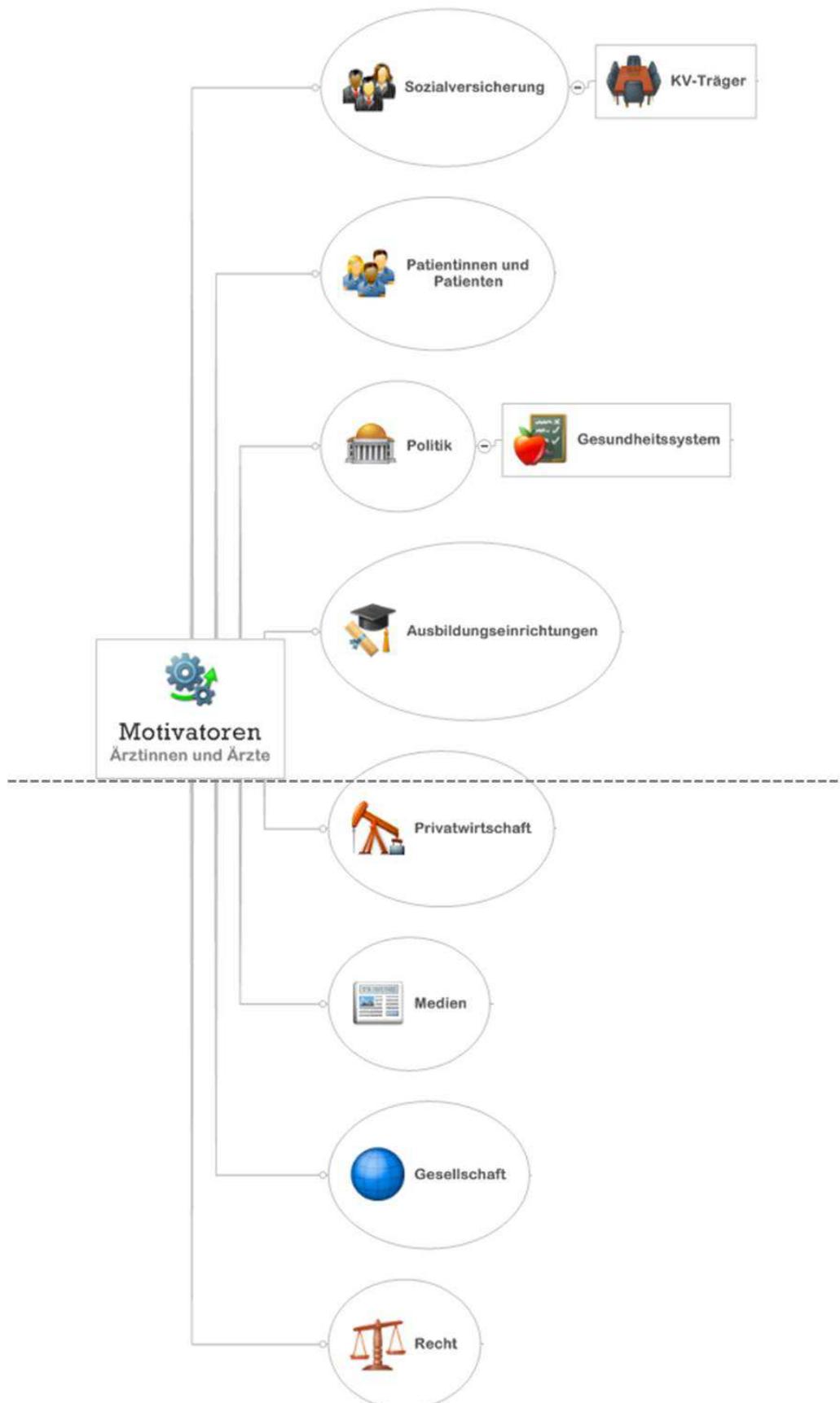


Abbildung 1: Motivatoren ärztlichen Verhaltens und ihre Umwelten

Abbildung 1 stellt die identifizierten Umwelten dar, welche auf das ärztliche Verhalten wirken.

Auf Basis der vorhandenen Literatur wurden als relevante soziale Umwelten folgende identifiziert:

- Sozialversicherung (und im speziellen die Krankenversicherungsträger)
- Patientinnen und Patienten
- Ausbildungseinrichtungen
- Politik (und Gesundheitssystem)

Folgende Umwelten sind wichtig aber noch nicht in diesem Zusammenhang erforscht (diese werden in Abbildung 1 durch die unterbrochene Linie abgegrenzt):

- Privatwirtschaft
- Medien
- Gesellschaft
- Recht

Sämtliche Standes- und Interessensvertretungen sind in den Umwelten enthalten.

3.4 Patientinnen und Patienten

3.4.1 Erwartungen der Patientinnen und Patienten an die Ärztinnen und Ärzte

Hohe Bedeutung wird aus Sicht der Patientinnen und Patienten der

- **persönlichen Beziehung** zu den Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern (Social Skills),
- dem therapeutischen **Gespräch** (Kenntnisse über **Behandlungsalternativen** und **Schutz vor wirkungslosen Therapien**) und
- **kurzen Wartezeiten** gegeben (Schmid et al. 2014, S. 75f)¹².

Die Population älterer Personen wurde in einer eigenen Studie mit ähnlichen Ergebnissen befragt:

- Die **Vertrauensbeziehungen**, die auf einer langen Beziehungsdauer basiert, wird von den Seniorinnen und Senioren zu den Ärztinnen und Ärzten als sehr wichtig eingestuft.
- Wichtig für Ältere ist, dass sie informiert werden, **sich verstanden fühlen** und sich die Ärztinnen und Ärzte Zeit nehmen.
- Die **Erreichbarkeit** von Ärztinnen und Ärzten am Land kann eine Hürde der Inanspruchnahme darstellen.

¹² Der Bericht „Erwartungen an die Primärversorgung – die PatientInnenperspektive“ liefert einen Einblick in die Erwartungen der Patientinnen und Patienten an „gute“ Hausärztinnen und Hausärzte. Mittels narrativer Interviews, einer Literaturrecherche und Expertinnen- und Experteninterviews werden die Beziehungsformen zwischen Patientinnen und Patienten und Hausärztinnen und Hausärzten beschrieben.

- **Lange Wartezeiten** stellen eines der Hauptprobleme für Seniorinnen und Senioren im Gesundheitssystem dar. Zum einen sind dies lange Wartezeiten auf Termine als auch die Wartezeiten trotz Termin (Kolland et al. 2015, S. 54ff)¹³.

3.5 Politik

3.5.1 Erwartungen der Politik an die Ärztinnen und Ärzte

Im Jahr 2013 wurden seitens des Bundes, der Länder und der Sozialversicherung mit der Unterzeichnung des Bundes-Zielsteuerungs-Vertrags handlungsleitende Vereinbarungen für die künftige Gestaltung des Gesundheitssystems getroffen.

Ein wesentliches Element ist die kurative Versorgung am „best point of service“. Definiert wird dies gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung Gesundheit (Art. 3) wie folgt: „[...] Kurative Versorgung ist jeweils zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort mit optimaler medizinischer und pflegerischer Qualität gesamtwirtschaftlich möglichst kostengünstig zu erbringen. [...]“.

3.6 Sozialversicherung

3.6.1 Erwartungen der Sozialversicherung an die Ärztinnen und Ärzte

Die Sozialversicherung erwartet

- patientenorientierte Versorgung
- ganzheitliche Betreuung sowie
- Abstimmung der Leistungen (z.B. durch Anpassung der Öffnungszeiten an den Bedarf, integrierte Versorgungsangebote).
- Effiziente Verhaltensweise (Schelling et al. 2010, S. 603f)).

Bereits Schober (2012) weist in seinem Kommentar zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG) darauf hin, dass zwischen Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzten und den Sozialversicherungsträgern hinsichtlich Art und Umfang der Krankenbehandlung ein Interessenskonflikt besteht:

*„Dem Wunsch des **Patienten** nach bestmöglicher ärztlicher Betreuung und weitestgehender versicherungsmäßiger Deckung der entstandenen Kosten, sowie der Forderung des **Arztes** nach möglichst freier Berufsausübung unter angemessener Honorierung seiner Leistung, steht das Interesse des **Sozialversicherungsträgers** an dem möglichst ökonomischen Verhalten des Arztes gegenüber.“*

Sozialversicherungsrechtlich wird deshalb festgelegt, dass die Leistungen im Zuge der ärztlichen Hilfe **ausreichend** und **zweckmäßig** sein sollen. Diese dürfen jedoch das **Maß**

¹³ Der Bericht „Bedürfnisse älterer Personen in der Gesundheitsversorgung“ generiert Informationen zu Erwartungen, Wünschen, Bedürfnissen bzw. gewünschten Rahmenbedingungen älterer Personen in der Gesundheitsversorgung. Dazu wurden 24 qualitative Interviews mit älteren Personen in Wien und im Waldviertel durchgeführt.

des Notwendigen nicht überschreiten¹⁴. Was bedeutet in diesem Fall nun ausreichend, zweckmäßig sowie Maß des Notwendigen? Eine Annäherung liefert die Kommentierung des ASVG:

Ausreichend

Die Behandlung muss unter Zugrundelegung von gesicherten medizinischen Erkenntnissen, nach dem anerkannten Stand der Medizin und nach Umfang und Qualität eine hinreichende Chance auf einen Heilungserfolg bieten

Zweckmäßig

Die Behandlung muss nach den Erfahrungssätzen der medizinischen Wissenschaft mit hinreichender Sicherheit objektiv geeignet sein, die beabsichtigte Wirkung zu erzielen.

Maß des Notwendigen

Notwendig ist jede Maßnahme, die zur Erreichung des Zweckes unentbehrlich oder unvermeidbar ist. Dadurch sollen unnötige Maßnahmen vermieden sowie die finanzielle Belastung in Grenzen gehalten und andererseits die zur medizinisch notwendigen Versorgung erforderlichen Maßnahmen gewährleistet werden (Schober in Sonntag (Hrsg). ASVG 2012, § 133, Rz 5-7).

Die vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger erstellten **Richtlinien zur ökonomischen Krankenbehandlung**¹⁵ regeln deshalb, welche ökonomischen Grundsätze einzuhalten sind, um diesen Vorgaben zu entsprechen.

Darüber hinaus regeln die **Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise**¹⁶ von Heilmitteln und Heilbehelfen, wann eine Verschreibung als zweckmäßig und wirtschaftlich gilt.

Aufgrund fehlender empirischer Arbeiten in diesem Bereich handelt es sich hierbei um eine recht globale Betrachtung der allgemeinen Erwartungen basierend auf Rechtstexten. Die Vertragsstrukturen der Krankenversicherungsträger und den Vertragspartnern Ärztinnen und Ärzte sind heterogen gestaltet (z.B. regionale Unterschiede, Unterschiede in den Honorarordnungen). Diesbezüglich sind noch weitere Arbeiten notwendig indem Krankenversicherungsträger verstärkt in den Prozess miteinbezogen werden und ihre Erwartungen dargestellt werden.

¹⁴ § 133 Abs 2 ASVG

¹⁵ Eine Maßnahme der Krankenbehandlung entspricht diesen Vorgaben, wenn sie geeignet ist, einen ausreichenden therapeutischen und diagnostischen Nutzen zu erzielen und wenn die Kosten im Verhältnis zum Erfolg der Maßnahme möglichst gering sind.

¹⁶ Nach diesen Richtlinien ist bei der Wahl des Mittels einerseits seine Wirksamkeit und damit das Wohl des Patienten entscheidend. Andererseits kommt es darauf an, welche Kosten das Heilmittel beim Krankenversicherungsträger verursacht (Wirtschaftlichkeit).

3.7 Ärztinnen und Ärzte

3.7.1 Erwartungen der Ärztinnen und Ärzte an die Sozialversicherung

Zu einer guten Ärztinnen- und Ärztebeziehung kann die Sozialversicherung nach Meinung der Befragten beitragen, indem sie

- **einfache Strukturen** mit erreichbaren Ansprechpartnern herstellt,
- **Partizipation** von engagierten Ärztinnen und Ärzten fördert (z.B. durch Einbeziehung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte im Rahmen von Projekten),
- **Informationen** (über moderne, schnellere Kommunikationswege) bereitstellt (z.B. kompakte Informationen zu Therapieangeboten für Ärztinnen und Ärzte oder Kostenrückerstattung bei Wahlärztinnen und –ärzten für Patientinnen und Patienten; verstärkter Einsatz digitaler Medien),
- **Tarifstrukturen** dem aktuellen Bedarf der Gesundheitsversorgung anpasst,
- **Abrechnungen** einfacher und
- **Entscheidungen** nachvollziehbarer gestaltet.
- **Eine bessere Aufklärung und Organisation** der Patientinnen und Patienten: es wird erwartet, dass diese zu den richtigen Anlaufstellen verwiesen werden (Kaiser et al. 2015, S. 70ff).

3.7.2 Rollenbild der Ärztinnen und Ärzte von der SV

Der Bericht „*Fördernde und hemmende Motivatoren von niedergelassenen MedizinerInnen in der beruflichen Praxis*“ kommt unter anderem zu der Erkenntnis, dass die befragten Privatärztinnen und Privatärzte ein kritischeres Bild der Sozialversicherung haben, als Vertragsärztinnen und Vertragsärzte. Die Sozialversicherung wird von vielen Niedergelassenen als **Kontrollinstanz** erlebt, wobei der Kontakt von **Kritik und Rechtfertigung** geprägt ist. Es wird zum Beispiel kritisiert, die Sozialversicherung handle nicht im Sinne der Patientinnen und Patienten und des gesamten Gesundheitswesens, sondern im eigenen **finanziellen** Interesse (Kaiser et al. 2015, S. 41f).

3.7.3 Erwartungen der Ärztinnen und Ärzte an die Politik

Um Mehrfachkonsultationen zu verhindern erwarten sich die von Kaiser et al. (2015) befragten Ärztinnen und Ärzte von der Politik

- **bessere Zusammenarbeit** zwischen dem intra- und extramuralen Bereich
- **Förderung des interdisziplinären Austauschs**
- **Aufklärung** der Bevölkerung über die Anlaufstellen im Gesundheitssystem
- **Förderung der Gesundheitskompetenz** der Bevölkerung sowie
- **von gesundheitsförderndem Verhalten und präventiven Maßnahmen.**

- Die Ärztinnen und Ärzte erwarten sich außerdem **Entscheidungsautonomie** und **Anerkennung** (Kaiser et al, 2015, S 55ff)

3.7.4 Rollenbild der Ärztinnen und Ärzte von der Politik

Laut Meinung der Ärztinnen und Ärzte führen Bundes- vs. Länderinteressen, **politische „Machtspiele“** zwischen den verschiedenen Kostenträgern sowie einzelne gesundheitspolitische Entscheidungen dazu, dass viele Vorgänge im System kontraproduktiv sind. Erstens in Bezug auf die medizinische Gesundheitsversorgung, zweitens in Bezug auf die **Gesamtkosten** des Systems (z.B. durch Ambulanzbesuche ohne medizinische Notwendigkeit) (Kaiser et al. 2015, S. 86).

3.7.5 Erwartungen der Ärztinnen und Ärzte an Patientinnen und Patienten

Die Ärztinnen und Ärzte erwarten sich von den Patientinnen und Patienten eine **bedarfsorientierte Nutzung des Gesundheitssystems** statt der stärker werdenden Konsumorientierung: Ärztinnen und Ärzte weisen darauf hin, dass das System von zu vielen Fällen genutzt wird, die es nicht brauchen. So wurde unter anderem kritisiert, dass Patientinnen und Patienten das Gesundheitssystem wie einen „Selbstbedienungsladen“ nutzen würden: „Es wird zunehmen, dass Konsum Orientierung nicht bewusst ist. Wie im Supermarkt, dass alles verfügbar ist (IP 8, Facharzt für Innere Medizin, kein Kassenvertrag).“ Dies schlägt sich auch in den Therapiewünschen der Patienten und Patientinnen nieder: „Patienten informieren sich oft schon selber im Internet und wollen dann Untersuchungen, die eigentlich nicht notwendig wären“ (Kaiser et al., 2015, S. 56).

3.7.6 Erwartungen der Medizinstudentinnen und Medizinstudenten sowie Ärztinnen und Ärzte an die Ausbildungseinrichtungen

Die Medizinstudentinnen und Medizinstudenten sehen sich mit **Hürden für die Selbstständigkeit** konfrontiert. Sie erwarten sich **Erleichterung beim Praxisaufbau / der Praxisübernahme**. Im Hinblick auf das Thema Primärversorgung und **Stärkung des Prestiges** wird eine Fachausbildung für Allgemeinmedizin empfohlen.

Bereits die Studierenden sollten hinsichtlich **inter- und multidisziplinärer Zusammenarbeit** sensibilisiert werden (Sensor Marktforschung 2014).

Die von Kaiser et al. (2015) befragten Ärztinnen und Ärzte berichten, dass sie sich während der Ausbildung für folgende Bereiche mehr Vorbereitung gewünscht hätten:

- **Unternehmerisches Denken** (durch Unterstützung auf dem Weg in die Selbstständigkeit in den Bereichen Rechtliches, Organisatorisches, Mitarbeiterführung),
- Umgang mit **Krisensituationen** (Psychohygiene, Umgang mit Krisensituationen bzw. Work-life-balance)

In der täglichen Praxis fordern sie **kontinuierliche Weiterbildung** sowie **Karriereförderung** (Kaiser et al. 2015, S. 75f).

3.8 Zusammenfassung

Tabelle 1 stellt zusammengefasst die mit Hilfe der empirischen Erkenntnisse identifizierten Erwartungen der Ärztinnen und Ärzte an ihre Umwelten sowie vice versa dar. Diese „Beziehungen“ zwischen Ärztinnen und Ärzten, Patientinnen und Patienten, der Sozialversicherung und weiteren Umwelten sind bestimmt von verborgenen Handlungen, Informationsungleichverteilung, begrenzter Rationalität und Opportunismus auf Seiten der Akteure (vgl. Janus, 2014, S. 12f).

Tabelle 1: Einflussfaktoren der Motivatoren und Zufriedenheit von Ärztinnen und Ärzten sowie deren Beziehungen und Erwartungen

	Erwartungen	an...
Ärztinnen und Ärzte	einfache Strukturen	...Sozialversicherung
	Förderung der Partizipationsmöglichkeiten	
	moderne und schnelle Information	
	angepasste Tarifstrukturen	
	Einfache Abrechnung	
	Nachvollziehbare Entscheidungen	
	bessere Aufklärung und Organisation der Patientinnen und Patienten	...Politik
	bessere Kooperation intra- und extramural	
	Aufklärung über Anlaufstellen im Gesundheitssystem	
	Förderung der Gesundheitskompetenz	
	gesundheitsförderliches und präventives Verhalten fördern	...Patientinnen und Patienten
	Entscheidungsautonomie und Anerkennung	
	bedarfsorientierte Nutzung des Gesundheitssystems	...Ausbildungseinrichtungen
Vorbereitung auf die Selbstständigkeit		
Vorbereitung auf den Umgang mit Krisensituationen		
kontinuierliche Weiterbildung		
Karriereförderung	... Ärztinnen und Ärzte	
Patientinnen und Patienten		persönliche Beziehung (social skills)
		Gesprächszeit - sich verstanden fühlen
		kurze Wartezeiten
Politik		gute Erreichbarkeit
		optimale medizinische und pflegerische Qualität
Sozialversicherung		möglichst kostengünstig
		patientenorientierte Behandlung
		ganzheitliche Betreuung
		Abstimmung der Leistungen
	effizienter Ressourceneinsatz	

Herr et al. (2014) kommen zu dem Schluss, dass derzeit keine Aussage darüber möglich ist, welche Organisationsstruktur die Erwartungen am besten erfüllen kann. Sie empfehlen daher Studien, die gezielt nach Organisationsformen der ärztlichen Tätigkeit differenzieren (Herr et al. 2014).

4 Fazit

Die Zusammenfassung der Berichte sowie der Literatur hat gezeigt, dass Zufriedenheit und Motivation der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte mit rein monetären Anreizen nur schwer erzielt werden kann.

Der **entscheidende Hebel** für Versorgungsqualität liegt darin, dass die Ärzte ihren Arbeitsinhalt gemäß ihrer Professionskultur leben können. Das bedeutet, dass sie sich ihrem eigenen Anliegen folgend um den Sinn ihrer Profession kümmern können, ihre Kompetenz und Autonomie in der Behandlung ausüben dürfen und dabei von den Patientinnen und Patienten Anerkennung erfahren.

Ob und wie die Empfehlungen auf regionale Anforderungen übertragen werden können, muss in weiterer Folge gemeinsam mit den Verantwortlichen geprüft werden.

Literaturverzeichnis

Bittlingmayer, Uwe; in Richter und Hurrelmann (2016), Soziologie von Gesundheit und Krankheit. Springer VS

Czypionka T., Sigl C. (2014). Qualitätsmanagement im ambulanten Bereich – Teil 1. Wien, Soziale Sicherheit, Health System Watch | 2014; online verfügbar – zuletzt abgerufen am 25.04.2016: <http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?contentid=10008.597735&action=b&cacheability=PAGE&version=1396339151>

Eder, Anselm, 2008. Was ist Soziologie. Facultas, Wien

Forschauer, Ulrike; Lueger, Manfred. (1998). Das qualitative Interview zur Analyse sozialer Systeme, WUV, Wien

Frey B. S. (2002). Die Grenzen ökonomischer Anreize, was Menschen motiviert. In: Fehr E., Schwarz G. (2002). Psychologische Grundlagen der Ökonomie, über Vernunft und Eigennutz hinaus. Zürich, 2002, Neue Zürcher Zeitung

Herr D., Götz K. (2014). Wie wollen Mediziner heute arbeiten, Berufszufriedenheit und Präferenzen von Ärzten in einem sich wandelnden Berufsfeld. GGW 2014, Heft 3, S. 7-15

Hurrelmann S. (2006). Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Juventa. Weinheim und München

Janus, K. (2014). Gutachten zur Gestaltung nicht monetärer Anreize für Ärztinnen und Ärzte. Hamburg, HCM Institute for Healthcare Management GmbH; online verfügbar – zuletzt abgerufen am 11.03.2016: <http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?contentid=10007.740248&action=2&viewmode=content>

Kaiser A. et al. (2015).: Fördernde und hemmende Motivatoren von niedergelassenen MedizinerInnen in der beruflichen Praxis. Linz, Johannes Kepler Universität; online verfügbar – zuletzt abgerufen am 11.03.2016: <http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?contentid=10008.626960&action=b&cacheability=PAGE&version=1452587563>

Kolland F., Wanka A., Fassl A. (2015). Bedürfnisse älterer Personen in der Primärversorgung. Wien, Institut für Soziologie, Universität Wien; online verfügbar – zuletzt abgerufen am 10.05.2016: <http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?contentid=10008.628382&action=b&cacheability=PAGE&version=1456468623>

Löffler C., Höck J., Hornung A. et al. (2015). Was macht Ärzte glücklich; Berufszufriedenheit von Hausärzten in Mecklenburg-Vorpommern, eine repräsentative Querschnittsstudie; Gesundheitswesen 2015; 77: 927-931

Schelling H.J, Reichl I. (2010). Masterplan Gesundheit, Einladung zum Dialog. Soziale Sicherheit 12/2010, S. 600-606; online verfügbar – zuletzt abgerufen am 11.03.2016: <http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?contentid=10008.564285&action=b&cacheability=PAGE&version=1391184550>

Schmid T., Krivda M., Laun P. (2014). Erwartungen an die Primärversorgung, die PatientInnenperspektive. St. Pölten, 2014; online verfügbar – zuletzt abgerufen am 11.03.2016: <http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?contentid=10008.615714&action=b&cacheability=PAGE&version=1425625232>

Sensor Marktforschung (2014). Einstellung zum derzeitigen Primärversorgungssystem, Gruppendiskussion mit MedizinstudentInnen. Wien, Juni 2014; online verfügbar – zuletzt abgerufen am 11.03.2016: <http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?contentid=10008.603049&action=b&cacheability=PAGE&version=1414058399>