

Patient*innenmotive zum Besuch von Spitalsambulanzen

Endbericht

Ilonka Brustmann

Yasemin Inan

Simone Kerzendorfer

Pascal Laun

Tom Schmid

Mai 2017

Patient*innenmotive zum Besuch von Spitalsambulanzen

Im Auftrag des HVB der Sozialversicherungsträger

Endbericht

2016 - 2017

Ein Projekt der Sozialökonomischen Forschungsstelle (SFS)

Projekt P89

Ilonka Brustmann

Yasemin Inan

Simone Kerzendorfer

Pascal Laun, Projektleiter

Tom Schmid

unter Mitarbeit von

Chiara Messina

Tamara Tillich

1 Executive Summary

Jeweils rund 45 Prozent aller Patient*innen suchen im Akutfall zuerst eine*n Hausärzt*in oder eine*n Fachärzt*in auf, knapp 10 Prozent eine Spitalsambulanz (GfK 2016: 10). Die Motive für den Ambulanzbesuch sind vielfältig, aber nur teilweise erforscht. Die gegenständliche Studie versucht nun, anhand von narrativen Interviews mit Ambulanzpatient*innen in drei Bundesländern (Wien, Tirol, Vorarlberg) in den Jahren 2016 und 2017 Motive für den Ambulanzbesuch festzustellen und Empfehlungen zu finden, wie man/frau diesem Personenkreis den niedergelassenen Bereich attraktiv(er) machen könnte.

Motive sind akute körperliche Beschwerden, die Behandlungskompetenz der Ambulanzen, die besseren diagnostischen Möglichkeiten und Kompetenzen, die relativ kurzen Anwesenheitszeiten der Hausärzt*innen bzw. die langen Öffnungszeiten der Ambulanzen (auch in Tagesrandzeiten), das "One-Stop-Shop-Prinzip", dies bezeichnet die Möglichkeit verschiedene Anliegen an ein und derselben Stelle einbringen und bearbeiten lassen zu können, d.h., dass sich mehrere Angebote „unter einem Dach befinden“, (auch wenn die Wartezeit hier ein mal länger ist, wird sie dennoch von den Befragten als kürzer empfunden, als die kumulierten Wartezeiten bei verschiedenen Anbieter*innen: Hausärzt*innen, Fachärzt*innen, Labor, Röntgen, etc., oft verbunden mit komplizierter Terminvereinbarung). Auch die persönliche Betreuung in der Ambulanz wird als Motiv genannt, aber auch „langjährige Gewohnheiten“. Ein weiteres Motiv ist die Unzufriedenheit mit dem/der (bisherigen) Hausarzt/Hausärztin oder das Gefühl, dass seine/ihre Therapie nicht (ausreichend) gewirkt habe. Ein weiteres genanntes Motiv ist eine Überweisung aus dem niedergelassenen Bereich oder eine Wiederbestellung, aber auch die Tatsache, dass die eigentlich benötigte Spezialambulanz im Haus an diesem Tag geschlossen ist, aber Schmerzen aufgetreten sind.

Um den Nutzen, den Ambulanzen den Patient*innen bringen, zu erhalten und gleichzeitig die auch von ihnen erkannten Nachteile zu beseitigen, wären vor allem folgende genannte Vorteile der Ambulanzen auch im niedergelassenen Bereich zu stärken bzw. zu schaffen: die Erreichbarkeit und lange Öffnungszeiten auch in Tagesrandzeiten, die hohe Behandlungskompetenz, eine ausreichende Ausstattung mit Geräten sowie ein multiprofessionelles Team. Wesentlich nachgefragt wird das „One-Stop-Shop-Prinzip“; ebenso wichtig ist den befragten Patient*innen auch das Vermeiden langer Wartezeiten auf Behandlungstermine und die Möglichkeit, im Zuge der Behandlung, kurzfristig notwendige zusätzliche Diagnostik und Therapie ohne Anbieter*innenwechsel ebenfalls „aus einer Hand“ durchführen zu können. Gleichzeitig wünschen die Patient*innen den persönlichen Kontakt und

dass ihre Krankengeschichte sowie ihre Lebensumstände dem/der behandelnden Ärzt*in bereits bekannt sind und daher - nicht notwendige - Zusatzanamnesen vermieden werden können. Dieses Angebot könnte vor allem von Primärversorgungszentren erbracht werden.

2 Inhaltsverzeichnis

1	EXECUTIVE SUMMARY	3
2	INHALTSVERZEICHNIS	5
3	AUSGANGSLAGE	8
4	FRAGESTELLUNG UND ARBEITSSCHRITTE DIESES PROJEKTES	12
4.1	FRAGESTELLUNGEN	12
4.2	METHODEN	12
4.2.1	<i>Qualitativer Ansatz</i>	12
4.2.2	<i>Orte der Erhebung</i>	14
4.2.3	<i>Erhebungsprobleme</i>	14
4.2.4	<i>SWOT-Analyse</i>	15
4.2.5	<i>Dissamination</i>	15
5	PATIENT*INNENMOTIVE ZUM BESUCH EINER SPITALSAMBULANZ IM ÜBERBLICK	16
6	VORGEFUNDENE PATIENT*INNENMOTIVE - ERGEBNISSE IM DETAIL	17
6.1	MOTIVE FÜR AMBULANZBESUCH	17
6.1.1	<i>Akute Körperliche Beschwerden</i>	17
6.1.2	<i>Behandlungskompetenz und Risikominimierung in der Ambulanzen</i>	18
6.1.3	<i>Größere diagnostische Möglichkeiten und Kompetenzen</i>	21
6.1.4	<i>Anwesenheitszeiten der Hausärzt*innen</i>	23
6.1.5	<i>Zeitliche Verfügbarkeit der Ambulanzen</i>	23
6.1.6	<i>Örtliche Verfügbarkeit</i>	24
6.1.7	<i>"One-Stop-Shop"</i>	24
6.1.8	<i>Wartezeiten</i>	25
6.1.9	<i>Persönliche Betreuung versus schlechte Betreuung bei Hausärzt*innen</i>	25
6.1.10	<i>Weitere Motive</i>	26
6.2	ERWARTUNGEN AN DIE GESUNDHEITSVERSORGUNG	28
6.2.1	<i>Schnelle, effiziente Behandlung</i>	28
6.2.2	<i>Kurze Wartezeiten und schnelle Terminvergabe</i>	29
6.2.3	<i>Zeitliche und örtliche Verfügbarkeit</i>	30
6.2.4	<i>Gleichbehandlung der Patient*innen und Leistbarkeit der Behandlung</i>	31
6.2.5	<i>Persönliche Betreuung, Zeit für Patient*innen und Wissen über Patient*innen</i>	31
6.2.6	<i>Soziale Kompetenz und Kommunikation</i>	33

6.2.7	<i>Gemeinschaftspraxen bzw. „One-Stop-Shop“</i>	33
7	DIE EXPERT*INNENSICHT	34
7.1	BESCHREIBUNG DER AMBULANZEN	34
7.2	PATIENT*INNENGRUPPEN	35
7.3	UNTERSCHIEDE IN BEZUG AUF TAGESZEITEN UND TAGE	35
7.4	ART DER BEHANDLUNGEN	36
7.5	HÄUFIGKEIT DER KONTAKTE PRO KRANKHEITSFALL	37
7.6	ANTEIL DER PATIENT*INNEN OHNE ÜBERWEISUNG	37
7.7	GRÜNDE FÜR DAS AUFSUCHEN EINER AMBULANZ	37
7.8	GRÜNDE FÜR DAS AUFSUCHEN EINER AMBULANZ NACH EINEM STATIONÄREN AUFENTHALT	39
7.9	KOMMUNIKATION MIT NIEDERGELASSENEN ÄRZT*INNEN	39
7.10	PROBLEME, DIE FÜR PATIENT*INNEN UND AMBULANZEN AUFGRUND VON AMBULANZBESUCHEN ENTSTEHEN	40
7.11	STRUKTURELLE ÄNDERUNGEN, UM PRIMÄRVERSORGUNG ZU ATTRAKTIVIEREN - FÜR PATIENT*INNEN NACH STATIONÄREM AUFENTHALT	41
7.12	STRUKTURELLE ÄNDERUNGEN, UM PRIMÄRVERSORGUNG ZU ATTRAKTIVIEREN - FÜR PATIENT*INNEN, DIE OHNE ÜBERWEISUNG IN AMBULANZEN KOMMEN	42
7.13	IDEALE VERSORGUNGSSITUATION IN ÖSTERREICH	43
8	ZUSAMMENFASSUNG UND EMPFEHLUNGEN	44
8.1	ZUSAMMENFASSUNG – EINE SWOT-ANALYSE	44
8.1.1	<i>Stärken</i>	44
8.1.2	<i>Förderliche Rahmenbedingungen</i>	45
8.1.3	<i>Schwächen</i>	45
8.1.4	<i>Hemmende Rahmenbedingungen</i>	45
8.2	EMPFEHLUNGEN, DIE SICH AUS DIESER STUDIE ERGEBEN	46
9	LITERATUR	48
10	ANHANG	50
10.1	LEITFADEN	50
10.2	NARRATIVE INTERVIEWS	53
10.3	DATENSCHUTZERKLÄRUNG	53
10.4	INTERVIEWS	54
10.4.1	<i>Narrative Interviews</i>	54
10.4.2	<i>Leitfadeninterviews</i>	55
11	PROJEKTTEAM	56
11.1	ILONKA BRUSTMANN	56
11.2	MAG ^A YASEMIN INAN	56

Endbericht

11.3	SIMONE KERZENDORFER, BA, MA	56
11.4	PASCAL LAUN, BA - PROJEKTLEITUNG	56
11.5	CHIARA MESSINA, BA	56
11.6	PROF. (FH) DR. TOM SCHMID	56
11.7	TAMARA TILICH	57
12	REFERENZEN	58
12.1	DIE SOZIALÖKONOMISCHE FORSCHUNGSSTELLE	58
12.2	WISSENSCHAFTLICHE REFERENZEN DER SFS.....	59

3 Ausgangslage

Als ein wesentliches Element der aktuellen Gesundheitsreform wurde Ende Juni 2014 in der Bundes-Zielsteuerungskommission (2014) mit dem Konzept „Das Team rund um den Hausarzt“ eine wesentliche Säule dieser Gesundheitsreform formuliert. Bis zum Jahr 2016, so die damalige Absicht, sollen bereits ein Prozent der österreichischen Bevölkerung von einem Primärversorgungszentrum (organisiert entweder als Zentrum oder als Netzwerk) erreicht werden (Bundes-Zielsteuerungskonferenz 2014). Hier sollen neben praktischen Ärzt*innen (und möglicherweise auch noch Fachärzt*innen) mehrere Gesundheits- und Sozialberufe (Pflege, Sozialarbeit, Physiotherapie, Hebamm*innen, Psychotherapie) zu einem gemeinsam agierenden Team zusammengeschlossen werden. Für die Patient*innen werden dadurch kurze Wege und geringere Wartezeiten erwartet, für die beteiligten Ärzt*innen und andere Berufe eine Vernetzung mit den damit verbundenen Synergien an Ressourcen- und Informationsnutzung. Durch den Zusammenschluss mehrerer Praktiker*innen und ihre Ergänzung durch Vertreter*innen anderer Gesundheits- und Sozialberufe soll damit in der Regel eine tägliche Erreichbarkeit von 7.00 bis 19.00 Uhr (an Samstagen von 8.00 bis 12.00) geschaffen werden.

Das entsprechende Gesetz, das Gesundheitsreformumsetzungsgesetz 2017 (GRUG 2017), wurde im Juni 2017 im Nationalrat beschlossen. Es bildet die rechtliche Grundlage für die bundesweite Schaffung von Primärversorgungseinrichtungen (im aktuellen Finanzausgleich wurde vereinbart, mittels einer Anschubfinanzierung von circa 200 Millionen Euro, bis 2021, 77 Primärversorgungszentren zu implementieren) (vgl. Österreichisches Parlament 2017: o.S.).

Ein wesentliches gesundheitspolitisches Ziel dieser Primärversorgungszentren ist die Stärkung der hausärztlichen Versorgung und die Entlastung der Spitalsambulatorien, wo (auch) einfachste Versorgung mit den teuersten Ressourcen erbracht wird. Da es im österreichischen Gesundheitswesen kein Lenkungssystem ("Gatekeeper-Prinzip") gibt und dies offensichtlich auch nicht angestrebt wird bzw. die „Ambulanzgebühr“ als Lenkungsinstrument im letzten Jahrzehnt gescheitert ist, müssen die Patient*innen motiviert werden, besonders im allgemeinpraktischen Bereich – mit Ausnahme schwerer Probleme –, niederschwelligere Versorgungen aufzusuchen, als die teuren Spitalsambulanzen. Um die Probleme in der Versorgung durch die klassischen Einzelordinationen der

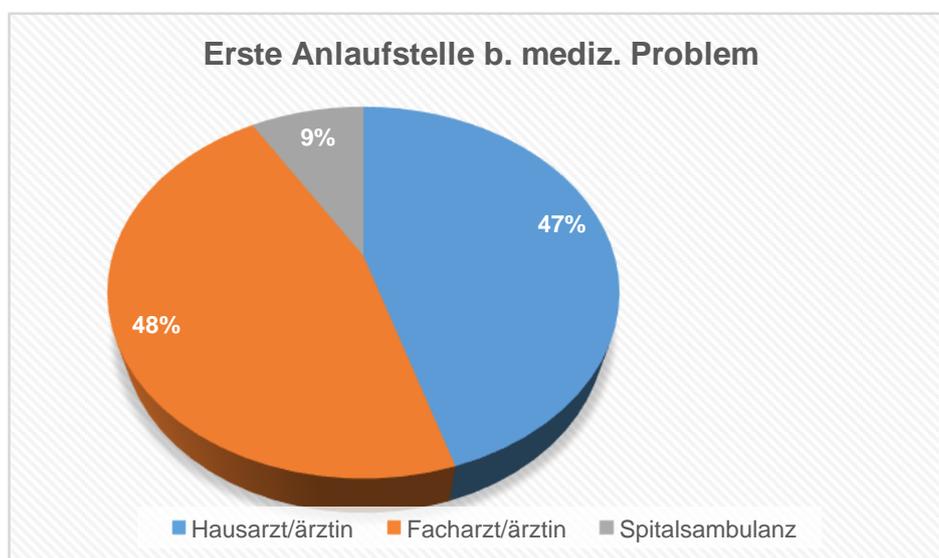
Allgemeinpraktiker*innen (in der Regel nur 20 Stunden Öffnungszeit in der Woche, oft keine direkte Vernetzung mit anderen Gesundheitsberufen, Fehlen von Sozialarbeit) zu überwinden, wurde die Idee der Primärversorgungszentren bzw. –netze geschaffen. Allerdings fehlt bislang eine österreichweite empirische Untersuchung über die Motivationslage und die Entscheidungsgrundlagen der Patient*innen, warum sie auch im allgemeinpraktischen Bereich Spitalsambulatorien aufsuchen.

Es gibt bislang zwei jüngere qualitative Studien, die sich einerseits mit der Haltung der Patient*innen zu einem Gatekeeper-Lenkungssystem (Auer et. al. 2011) und andererseits mit den Erwartungen der Patient*innen an „gute“ Primärversorgung (Fischer et. al. 2014) befassen sowie eine Länderstudie aus dem Jahr 2010, die sich mit Spitalsambulanzen des Landes Vorarlberg (Land Vorarlberg 2010, Landespressestelle Vorarlberg 2010) auseinandersetzt.

Die Befunde sind widersprüchlich. Da ist auf der einen Seite die veröffentlichte Meinung, die offensichtlich davon ausgeht, dass die Spitalsambulanzen „zuhauf“ von Personen aufgesucht werden, die genauso gut von niedergelassenen praktischen Ärzt*innen versorgt werden können. So heißt es auf der ersten Seite der „Bezirksblätter Baden“ (15.2.2017): „Bauchweh in Baden: Ambulanz statt Arzt. Dr. Schimbach: ‚80 Prozent der Ambulanzfälle gehören zum Hausarzt‘“. Und im dazu gehörigen Artikel (Seite 6/7) wird berichtet: „Viele Patienten gehen lieber in die Ambulanzen als zu Hausärzten“ (Bezirksblätter Baden 2017: 6-7). Die Spitalsambulanzen seien nicht nur zu Grippezeiten, sondern das gesamte Jahr über „voll“, die allgemeine Medizin habe daher wenig Zukunft, wird in diesem Artikel eine Hausärztin zitiert, weil immer mehr Menschen wegen jeder Kleinigkeit das Spital aufsuchen würden. Berichte ähnlicher Stoßrichtung finden sich in Printmedien, aber auch in TV-Berichten in den letzten Jahren immer wieder.

Schwieriger wird es jedoch, die dazu passenden empirischen Belege zu finden. Selbst im zitierten Artikel in den „Bezirksblättern Baden“ findet sich auch eine gegen den Trend des Artikels lautende Aussage des ärztlichen Leiters des Badener Klinikums, Prim. Dr. Pidlich: „Der Hausarzt ist bei Influenza oder grippalem Effekt erster Ansprechpartner“ (S. 6). Ähnlich differenziert sind die Ergebnisse einer Umfrage von GfK, ein Marktforschungsinstitut, im Auftrag des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger von 2016 (vgl. GfK 2016). Demnach ist die erste Anlaufstelle bei einem medizinischen Problem für 47 % der Befragten der Hausarzt/die Hausärztin (vor allem Männer, 70+-Jährige), für 48 % der Facharzt/die Fachärztin (Frauen, Wiener*innen, Menschen in Großstädten) und nur für 9 % die Spitalsambulanz (Jugendliche/junge Erwachsene der „Generation Z“) (bei der Befragung,

die durch die GfK durchgeführt worden ist, waren Mehrfachnennungen möglich, weshalb die jeweiligen genannten Prozentverteilungen insgesamt über 100% ergeben können).

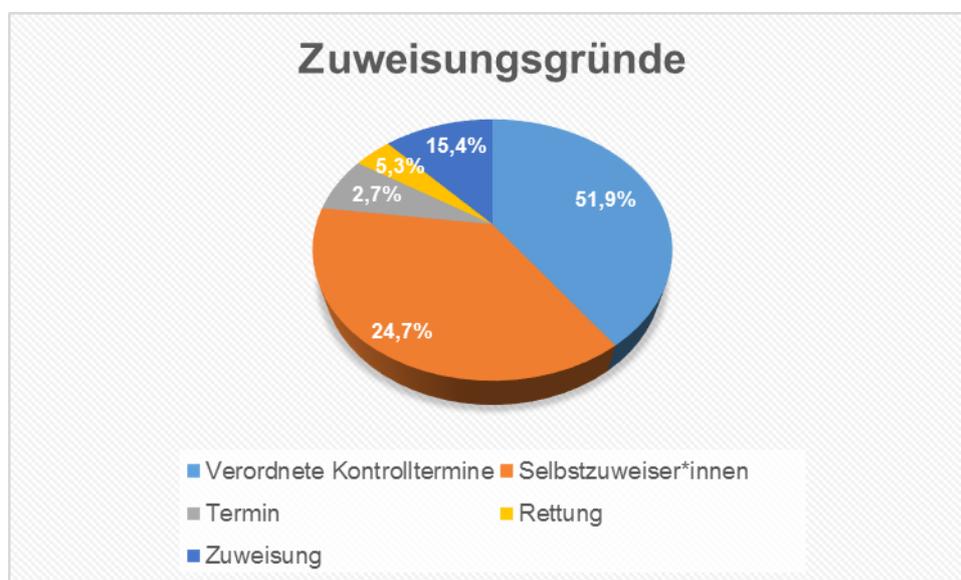


Quelle: GfK 2016: 10

Als Gründe für den Besuch einer Spitalsambulanz nennen diese 9 Prozent folgende: Notfall (68 %¹), bessere Ausstattung mit Geräten (33 %), umfassendere Versorgung / Behandlung (30 %), bessere Öffnungszeiten (27 %), höhere medizinische Kompetenz (27 %), alle Versorgungsangebote unter einem Dach (26 %), Kontrolltermin / Wiederbestellung (23 %), leichte Erreichbarkeit (11 %), kürzere Wartezeiten auf Termin (5 %), kürzere Wartezeiten in der Ambulanz (5 %) (vgl. GfK 2016: 12, auch hier waren Mehrfachnennungen möglich).

Eine Erhebung in Vorarlberg analysiert die Zuweisungsgründe der Ambulanzaufnahme in Krankenhäuser des Landes Vorarlberg im Jahr 2010 nach den Gründen der Aufnahme und stellt fest (vgl. Vorarlberger Landesregierung 2010: 3): 51,9 % der Aufnahmen sind verordnete Kontrolltermine, 24,7 % sind so genannte „Selbstzuweiser*innen“ ohne Überweisung, 2,7 % haben einen Termin, 5,3 % werden mit der Rettung gebracht und 15,4 % kommen auf Grund einer Zuweisung aus dem niedergelassenen Bereich.

¹ Die Prozentzahlen in der Klammer beziehen sich jeweils auf die neun Prozent der Befragten



Quelle: Vorarlberger Landesregierung 2010: 3

Nach spitalsärztlicher Einschätzung könnten rund 60 % dieser Selbstzuweiser*innen adäquat im extramuralen Bereich behandelt werden, die stationäre Aufnahme­rate liegt bei dieser Gruppe im Jahr 2010 bei 8 %, nur 30 % werden wieder bestellt (vgl. Vorarlberger Landesregierung 2010: 3f).

Im Gegensatz zur zuspitzenden Argumentation in den Medien stellen sich die (spärlich zur Verfügung stehenden) empirischen Befunde also etwas widersprüchlicher und vor allem differenzierter dar. Jedenfalls ist eine Gruppe von Personen, die offensichtlich weniger als 10 Prozent der Erstkontakte mit dem Gesundheitssystem ausmacht, festzustellen, die teilweise genauso gut oder besser im niedergelassenen Bereich versorgt werden könnte als im Spitalsambulatorium.

Die hier vorgelegte qualitative Studie der SFS geht nun, u.a., der Frage nach, welche Aspekte des Angebots (der Versorgung) im niedergelassenen Bereich verändert (verbessert) werden müssten, um einen Wechsel der Erstinanspruchnahme vom Ambulanzbereich zum niedergelassenen Bereich zu bewirken. Dazu wurden Patient*innen in Spitalsambulanzen in den Jahren 2016 und 2017 qualitativ befragt, um ihre Motive zum Besuch einer Spitalsambulanz zu erforschen.

4 Fragestellung und Arbeitsschritte dieses Projektes

4.1 Fragestellungen

Zentrale Fragestellung ist die nach den Beweggründen sozialversicherter Patient*innen, ein Spitalsambulatorium und nicht den*die niedergelassene*n allgemeinpraktische/n Vertragsärzt*in aufzusuchen. Was macht die Spitalsambulanz für den betroffenen Personenkreis attraktiver? Wird die Ambulanz regelmäßig aufgesucht oder findet ein wahlweiser Besuch von Ambulanz und niedergelassenem Bereich statt? Wenn wahlweise beide Angebote aufgesucht werden, was macht jeweils den Ausschlag für die konkrete Auswahl aus? Es wurden aber auch Fragen nach Lenkungsmöglichkeiten gestellt, etwa folgender Art: Was müsste sich im Angebot verändern, damit die befragte Person jedenfalls zuerst den niedergelassenen Bereich aufsuchen würde? Weiters wurde auch (vorsichtig) danach gefragt, welche Maßnahmen (z.B. Überweisungspflicht durch eine*n Gatekeeper*in, Ambulanzgebühr, Selbstbehalte) von einem Ambulanzbesuch abhalten würden.

4.2 Methoden

Um mit einfachen Mitteln hohe Aussagequalitäten zu erreichen, wurde qualitativ (durch ausgewählte narrative Interviews von Ambulanzpatient*innen) gearbeitet.

4.2.1 Qualitativer Ansatz

Daher wurden narrative, unstrukturierte qualitative Interviews mit Spitalspatient*innen geführt. Durch die Auswertung dieser Interviews können die einzelnen Wahlmotive für die Entscheidung, die Ambulanz aufzusuchen, besser gedeutet werden. Narrative Interviews eignen sich vor allem dann, wenn man/frau zwar an keiner quantitativen Verteilung von Merkmalsausprägungen interessiert ist, aber die Motive hinter den Erscheinungen (die so genannten latenten Inhalte der Phänomene) zu erfassen. Die Philosophie hinter dem narrativen Interview ist die, davon auszugehen, dass die Zuordnung der Bedeutung und damit die Aussage, was „wichtig“ und was „unwichtig“ ist, allein bei der befragten Person zu lassen; die Aufgaben des*der Interviewer*in bestehen allein darin, das Gespräch in Gang zu setzen und dann vorsichtig zu moderieren (Bohnsack 2008).

Die Interviews wurden mit Datenträger aufgezeichnet, transkribiert und dann im Team des Forschungsinstitutes hermeneutisch ausgewertet. Diese Auswertung bildete die Grundlage für die Darstellung möglicher Motivationen bei der Auswahl der Spitalsambulanz.

Die Gesprächspartner*innen wurden auf folgendem Wege gewonnen: Das Forscher*innenteam hat, in Absprache mit und nach Zustimmung der jeweiligen Spitalsträger, in ausgewählten Ambulanzen in Wien, Tirol und Vorarlberg, wobei auf den Einbezug mehrerer Bundesländer und einen möglichst breiten Patient*innenmix geachtet wurde, Patient*innen in der Ambulanz angesprochen, um sie als Interviewpartner*innen zu gewinnen. Die Interviews wurden entweder direkt in der Ambulanz durchgeführt bzw., wenn möglich, in unmittelbarer Umgebung oder es wurde vor Ort ein Termin für ein Interview vereinbart.

Unmittelbar vor dem Interview wurden die zu befragenden Personen gebeten, eine Datenschutzerklärung zu unterzeichnen. Die Interviews wurden auf Tonträger aufgezeichnet und wortwörtlich transkribiert, wobei beim Transkript weitgehend auf die Darstellung der gesprochenen Sprache (Mundart) geachtet wurde. Nach der Kontrolle der Transkripte wurden die Datenträger wieder gelöscht.

Ergänzt wurden diese narrativen Interviews durch 5 strukturierte Leitfadeninterviews (Leitfaden siehe Anhang) mit Expert*innen aus dem Bereich der Spitalsambulanzen in Wien und Vorarlberg. Insgesamt wurden 31 Patient*innen in den Ambulanzen interviewt, davon 17 in Wien, wobei ein Interview hiervon ein Doppelinterview war, 5 in Tirol und 9 in Vorarlberg. Hinzu kommen 5 Leitfadeninterviews, die in Wien und Vorarlberg durchgeführt wurden. Von den interviewten Patient*innen waren 18 Personen weiblich und 13 männlich (58,06% weiblich, 41,94% männlich), von den interviewten Expert*innen waren 4 Personen weiblich und einer männlich (80% weiblich, 20% männlich). Die Patient*inneninterviews wurden zwischen September 2016 und März 2017 durchgeführt (im Allgemeinen Krankenhaus Wien im September 2016, ebenso in der Rudolfstiftung Wien und im Wilhelminenspital Wien; im Hanusch Krankenhaus Wien im Februar 2017, ebenso im Universitätsklinikum Innsbruck; im Landeskrankenhaus Bregenz im März 2017). Die Expert*inneninterviews wurden allesamt im März 2017 durchgeführt.

Bei der Auswahl der Personen wurde darauf geachtet, dass diese entweder Selbstzuweiser*innen sind, d.h. von sich aus eine Ambulanz aufsuchen, eine Überweisung von einem niedergelassenen Arzt/einer niedergelassenen Ärztin haben oder nach einem stationären Aufenthalt die Ambulanz aufsuchen. Ausgeschlossen wurden Personen, die

aufgrund einer Wiederbestellung eine Spitalsambulanz kontaktieren. Bei der Auswahl der Gesprächspartner*innen wurde auch auf einen ausgewogenen Mix von Herkunft, Alter und Bildungsstand geachtet (soweit im Rahmen der Methode möglich).

4.2.2 Orte der Erhebung

In folgenden Spitälern, bzw. deren Ambulanzen, wurden Interviews durchgeführt: Allgemeines Krankenhaus Wien, Hanusch Krankenhaus Wien, Wilhelminenspital Wien, Rudolfstiftung Wien, Landeskrankenhaus Bregenz sowie Universitätsklinikum Innsbruck.

4.2.3 Erhebungsprobleme

Der Feldzugang war erheblich schwieriger als bei Beginn des Projektes erwartet. Daher waren trotz großer Bemühungen der Interviewer*innen vor Ort letztendlich nur 31 auswertbare Interviews möglich.

Bereits das Organisieren der entsprechenden Interviewerlaubnis durch die einzelnen Krankenhausträger hat sich als deutlich schwieriger herausgestellt als erwartet. Trotz vielfältiger Bemühungen war es nicht möglich, die Erlaubnis für Interviews in (kleinen) Häusern am Land – wie ursprünglich beabsichtigt – führen zu können. So blieben schließlich nur Gespräche in Ambulanzen mit urbanem Hintergrund im Sample, was sicherlich eine gewisse Einschränkung der Erklärungsreichweite der hier gewonnenen Aussagen schafft.

Ein weiteres methodisches Problem bestand bei der Kontaktaufnahme mit den zu interviewenden Personen direkt im Wartebereich der verschiedenen Spitalsambulatorien. *Vor* der Behandlung (während der eigentlichen Wartezeit) gab es von den allermeisten angesprochenen Personen keine Bereitschaft, ein Interview zu führen, weil die zu befragende Person einerseits Angst hatte, dadurch den Aufruf zu überhören und deswegen länger zu warten und weil die Nervosität vor der Behandlung prinzipiell hoch ist. *Nach* der Behandlung wiederum wollten die meisten zu Befragenden so rasch wie möglich das Krankenhaus verlassen. In der Regel waren daher vor allem Raucher*innen bereit, das Interview im Raucher*innenbereich im/vor dem jeweiligen Krankenhaus zu führen, während sie sich eine "Beruhigungszigarette" gönnten.

Letztendlich konnten daher weniger als die 40 ursprünglich beabsichtigten Interviews, nämlich nur 31 Interviews geführt werden, davon 17 in Wien, 5 in Tirol und 9 in Vorarlberg.

Hinzu kommen 5 strukturierte Leitfadeninterviews² mit in Spitälern tätigen Mitarbeiter*innen. Daher wurden insgesamt 36 Interviews durchgeführt.

4.2.4 SWOT-Analyse

Die Ergebnisse, auf Grundlage der Forschungsfragen, wurden einer SWOT-Analyse (Stärken – Schwächen – Förderliches – Hemmendes) unterzogen. Analysiert wurden aus dem durch die Interviews gewonnenen Material die Stärken und förderlichen Bedingungen eines Ambulanzbesuches, aber auch die Schwächen und die hemmenden Rahmenbedingungen. Aus dieser Analyse wurden schließlich Empfehlungen für die Stärkung der Attraktivität des niedergelassenen Bereiches abgeleitet.

4.2.5 Dissamination

Nach Ende des Projektes ist eine gemeinsame Präsentation der Ergebnisse durch Auftraggeber und Auftragnehmer an eine interessierte Fachöffentlichkeit vorgesehen. Auch eine wissenschaftliche Publikation der Ergebnisse ist geplant.

² Leitfaden siehe Anhang

5 Patient*innenmotive zum Besuch einer Spitalsambulanz im Überblick

Die hier herausgearbeiteten Motive zum Besuch einer Spitalsambulanz statt einer niedergelassenen Ärzt*in sind ähnlich wie in den beiden vorliegenden Untersuchungen (Vorarlberger Landesregierung 2010, GfK 2016), ohne sie jedoch auf Grund der von uns gewählten qualitativen Methode quantitativ abstufen zu können.

Motive sind: akute körperliche Beschwerden, die Behandlungskompetenz der Ambulanzen, die besseren diagnostischen Möglichkeiten und Kompetenzen im Vergleich zum Hausarzt/zur Hausärztin, die relativ kurze(n) Anwesenheitszeit(en) der Hausärzt*innen bzw. die langen Öffnungszeiten der Ambulanzen (auch in Tagesrandzeiten), die örtliche Verfügbarkeit der Ambulanzen, das "One-Stop-Shop-Prinzip" (auch wenn die Wartezeit hier ein Mal länger ist, wird sie von den Befragten dennoch als kürzer empfunden als die kumulierten Wartezeiten bei verschiedenen Anbieter*innen: Hausarzt/ärztin, Facharzt/ärztin, Labor, Röntgen, usw., oft verbunden mit komplizierter Terminvereinbarung). Auch die persönliche Betreuung in der Ambulanz wird als Motiv genannt, ebenso die rasche Wiederherstellung der Gesundheit oder langjährige Gewohnheiten der befragten Personen. Ein weiteres Motiv ist die Unzufriedenheit befragter Personen mit dem (bisherigen) Hausarzt/der bisherigen Hausärztin oder das Gefühl, dass die im niedergelassenen Bereich verordnete Therapie nicht (ausreichend) gewirkt habe. Ein weiteres genanntes Motiv ist eine Überweisung aus dem niedergelassenen Bereich oder eine Wiederbestellung nach einer vorhergehenden Behandlung in der gleichen Ambulanz bzw. nach einem stationären Aufenthalt, aber auch die Tatsache, dass die eigentlich benötigte Spezialambulanz im Haus an diesem Tag geschlossen ist, aber Schmerzen aufgetreten sind.

Diese Begründungen werden nun anhand des uns vorliegenden empirischen Materials aus drei Bundesländern näher dargestellt.

6 Vorgefundene Patient*innenmotive - Ergebnisse im Detail

In folgendem Kapitel werden verschiedene Motive befragter Patient*innen in Themenkomplexen zusammengefasst. Es werden dabei alle mit Patient*innen geführten Interviews in Wien, Vorarlberg und Innsbruck berücksichtigt.

6.1 Motive für Ambulanzbesuch

Die kategorisierte Darstellung der Motive der interviewten Patient*innen, um eine Ambulanz aufzusuchen, erbringt folgendes komplexes Bild:

6.1.1 Akute Körperliche Beschwerden

Eine Vielzahl der befragten Patient*innen, die eine Ambulanz in Anspruch nehmen, sucht diese auf, da sie akute körperliche Beschwerden haben, deren rasche Linderung sie erhoffen. Sie stufen diese häufig als "Notfälle" ein und sehen für eben diese die Ambulanzen als diejenigen Ansprechpartner*innen, die diese behandeln können. *"Das ist nur Notfall, es ist passiert vor eineinhalb Stunden, dass ich eine Panikattacke und Herzrasen gekriegt hab" (I5W: Z 51-52.) "Im Juni bin ich habe ich einen Darmverschluss gehabt und einen Blinddarmdurchbruch beides zugleich, war ich da in der Rudolfstiftung, san sehr nett muss i sogn wirklich und heut bin ich wieder da weil ich schon wieder mit dem Darm so Probleme habe und jetzt haben sie mir Blut abgenommen" (Y2W: Z 2-5.) "Heut wars nicht so schlimm und ich habs jetzt nicht mehr ausghalten und ich hab ma dacht, bevor ich ma 5 Schmerzmittel reinschmeiß, kanns ja auch nicht sein, da schau ich lieber zu an Arzt, der sich das anschaut" (I2A: Z 10-13).*

Dadurch, dass sich die Patient*innen in einer emotionalen und körperlichen Notsituation sehen, möchten sie so schnell wie möglich Hilfe erhalten, *„ja ich habe Flyer von ihm, aber zu Hause nichts hier. Aber solche Sachen, das ist, das kommt auf einmal, vielleicht er gerade weg von seiner Praxis. Ja. Und das is richtig, ich habe angerufen, er ist dort, können Sie kommen? Gerne morgen. Ja morgen. Sofort.“ (I1A: Z 41-44,)* und sehen sich nicht in der Lage auf einen Termin zu warten. Diese Personen würden zum Teil, wenn es sich nicht um einen Notfall, sondern um ein Routineproblem handelt, auch eine niedergelassene

Ordination aufsuchen. Im Notfall aber scheint die Ambulanz der sichere, schnellere Weg, vor allem wegen der (fast) ständigen Erreichbarkeit (zum Teil müssten die konkreten Ordinationszeiten des*der Hausarzt*in erst erhoben werden, während man/frau bei der Ambulanz sicher sein kann, dass sie offen ist, wenn man/frau hinkommt).

Einige Patient*innen geben daher an, dass sie nur in ganz konkreten Notfällen eine Ambulanz aufsuchen, ansonsten eher zu ihrem/ihrer vertrauten Hausarzt/Hausärztin gehen würden: *„ja wenns nit andersch geht halt das ist jetzt das Einzige was ich an und für sich schon erwähnt habe, wenn alles zu ist und es ist mitten in der Nacht und ich bin im Stall und ich krieg ein Horn irgendwo reingestoßen, dann wird natürlich vermutlich die Rettung gerufen“ (I2V: Z 96-99) „I: Und was wären so Gründe wo Sie sagen Sie würden sofort in die Ambulanz gehen und nicht zum Hausarzt? IP: Wenn da Kopf unterm Arm daherkreut (...) aba sonst geh i do ned her (unverständlich) oder Finger abghackt“ (I3V: Z 39-41,47).*

In manchen Fällen handelt es sich bei diesen akuten körperlichen Beschwerden auch um eine bereits von einem Hausarzt oder einer Hausärztin diagnostizierte Krankheit, zu deren Abklärung eine Überweisung in die Ambulanz erfolgte. Bei akuten Beschwerden, die in Zusammenhang mit dieser Krankheit stehen, wird dann ebenfalls gleich die Ambulanz aufgesucht. *„Hat auf einmal eine Kolik gehabt. Dadurch, dass sie a Gallensteine hat genau. Deshalb is gestern der Schmerz aufgetreten und sie konnte halt nicht mehr weitergehen. Gestern waren wir dann in der Notambulanz“ (I2H: Z 3-6).*

6.1.2 Behandlungskompetenz und Risikominimierung in der Ambulanzen

Einige der befragten Patient*innen sehen die Ambulanzen hinsichtlich der raschen und effektiven Behandlung von Beschwerden kompetenter, als die Hausarzt*innen und suchen deshalb ebendiese auf. Sie schreiben den Ambulanzen auch eine größere Bandbreite an Behandlungsmöglichkeiten zu, insbesondere in Relation zu Hausarzt*innen. *„Ja genau, weil inwiefern der Hausarzt da überhaupt was tun kann, weiß ich nicht. Der Finger war ja so dick, hätt auch sein können, dass der gebrochen ist. Oder falls die Wunde genäht werden muss, ich glaub das kann der Hausarzt auch nicht“ (I4A: Z 16-18). „Der hätt mi wahrscheinlich eh glei hergschickt. Wei de mochen jo kann Schnitt in, wenns er mochen darat, des wär ma a egal. (unverständlich) I: Ja. Das heißt, wenn der Hausarzt Ihnen eigentlich dieselbe Behandlung anbieten könnte, wie jetzt in der Ambulanz, würden Sie auch zum Hausarzt gehen? IP: Jo sicher, oba des is jo ned der Fall“ (I9V: Z 29-32).*

Manche Befragten sprechen den Hausärzten und Hausärztinnen die Behandlungskompetenz überhaupt ab und gehen deshalb lieber gleich in die Ambulanz. *„Boah, also der Hausarzt, der ist viel zu schwach. I: Zu schwach? IP: Ja hoi! Da war ich gestern und der hat nicht einmal ein EKG gemacht oder sonst was. Einfach gar nichts. Er hat gemeint, das ist Rheuma. Ein Hausarzt ist heute nur mehr dazu da, um etwas schnell zu verschreiben und mehr nicht“ (I2I: Z 36-42).*

Oder sie haben kein Vertrauen in den/die Hausärztin/Fachärztin und sprechen ihm/ihr die Behandlungskompetenz deshalb ab. *„Aber der Hausarzt konnte mir nicht wirklich helfen. I: Warum? IP: Ja, ihr kommt das so vor, dass er sich nicht so um sie kümmert. (Bruder). IP: Ich sage immer mir ist so schwindlig und übel und er sagt einfach, das ist normal (...) oder er schiebt es auf den Blutdruck oder etwas Anderes. Aber auch, wenn ich sage ich hab da Schmerzen und ich will ein Röntgen machen, er schickt mich einfach nicht. I: Und deshalb sind Sie jetzt hierhergekommen? IP: Nein, normalerweise komme ich nicht hierher. Aber nach heute Nacht, habe ich Angst gehabt, weil mein Herz wieder so schnell geschlagen hat“ (I4I: Z 27-36).* Mangelndes Vertrauen in den/die Hausarzt/Hausärztin oder den/die Facharzt/Fachärztin kommt teilweise daher, dass bei befragten Patient*innen offensichtlich der Eindruck entsteht, nicht kompetent genug behandelt worden zu sein, wenn eine „Fehldiagnose“ gestellt wurde. In solchen Fällen besteht dann ein größeres Vertrauen in eine Ambulanz. *„Sie hat zwar schon gesagt, wenn es nach 2-3 Tagen nicht besser ist, soll ich zu einem Lungenarzt gehen und so war es und ich glaub das war zu lange, dass ich net so betreut worden bin, was sich gehört hätte. Und dann hat die Lungenärztin gesagt, ich hab eine bakterielle Bronchitis, eine ganz schwere, also wenig Lungenfunktion und hat mir Antibiotikum verschrieben und Spray, aber das dürfte anscheinend goar net, weil ich hab gemerkt, dass es von Tag zu Tag sogar schlechter wird, trotz dem Antibiotikum und diesen Spray (...) aber ich will da jetzt nicht zuhause herumdoktoren und schauen ob das jetzt wirkt oder nicht wirkt, sondern ich hab gehört, dass im Wilhelminenspital unter Tags die Notaufnahme auch offen ist“ (I1W: Z 21-27, 33-36).*

Das Vertrauen wird – vor allem, wenn der Glauben in die Behandlungskompetenz des*der Hausärzt*in ohnehin bereits erschüttert ist – auch durch vorangegangene positiv erlebte Besuche in der Ambulanz zusätzlich verstärkt, was wiederum einen Grund für das nächste Aufsuchen der Ambulanz darstellt. *„Ich war schon 2-3 mal da, mit Wirbelsäule und so und war eigentlich in der Ambulanz immer sehr, sehr, sehr gut, auch hier in der Notfallambulanz sehr gut betreut“ (I1W: Z 53-55).*

Die den Ambulanzen zugeschriebene Kompetenz hinsichtlich der Behandlung von akuten körperlichen Beschwerden dient manchen befragten Patient*innen auch zur eigenen Absicherung, i.S. dessen, dass sie von einer Ambulanz eher erwarten, dass diese die notwendigen Möglichkeiten und Qualifikationen besitzt, um die eigenen akuten körperlichen Beschwerden bestmöglich zu behandeln. *"Und ich glaube, man, man fühlt sich auch irgendwie, ähm, in solchen Fällen, vor allem, wenn man nicht weiß, um was es geht, ähm, vielleicht auch ein bisschen sicherer (...) Weil da erwartet man sich mehr Kompetenz oder wie auch immer" (I4W: Z 39-40, 45).*

Ein weiterer Grund Ambulanzen aufzusuchen ist auch, wenn Patient*innen das Gefühl haben, dass ihr Hausarzt/ihre Hausärztin hinsichtlich der bei ihnen vorhandenen Beschwerden an die eigene Wissens- bzw. Kompetenzgrenze stößt bzw. ihnen dies auch explizit so mitgeteilt wird. *"(...) aber der weiß nicht weiter, der sagt müssens da her gehen, weil vielleicht muss die Arterie gedehnt werden, nicht, oder ein Stent, ja, und darum bin ich immer da wegen dem" (I2W: Z 41-43).* Zu ähnlichen Ergebnissen kommt bereits die Studie von Fischer et. al. Aus dem Jahr 2014.

Es gibt auch Patient*innen, die einer Entscheidung des Hausarztes/der Hausärztin, sie zu überweisen, vorgreifen, weil sie annehmen, dass der Hausarzt/die Hausärztin ohnehin nicht über die ihrer Ansicht nach notwendige Kompetenz, zur Behandlung der ihnen eigenen körperlichen Beschwerden, verfügt. *"Weil ich mir denke, die hätten dann doch vielleicht mich zur Ambulanz geschickt oder gesagt – mehr gemacht" (I1W: Z 41-42).*

Auch eine aus Sicht der Patient*innen falsche Medikation von Hausärzt*innen führt dazu, dass diese die Kompetenz dieser in Frage stellen und eine Ambulanz aufsuchen. *"Ich bin schwanger in die 12. Schwangerschaftswoche und ich war meine private Gynäkologin vier Wochen früher ich habe eine Vaginaltablette, aber dies war nicht gut für mich und ich möchte eine andere Tablette nehmen und ich möchte nicht wieder kommen meine Gynäkologin" (Y1W: Z 4-7).* *"(...) na des hat nit gholfen weil i doch Schmerzen hab auf der rechten Seite a hab i denkt do bini besser aufgehoben" (Y2W: Z 20-21).*

Eine von den Patient*innen empfundene mangelnde Behandlungskompetenz der Hausärzt*innen ist ebenfalls ein Motiv, eine Ambulanz aufzusuchen und von einem (nochmaligen) Besuch des/der Hausarztes/ärztin abzusehen. *"(...) hätt er ma wieda des söbe gsogt er het ma nit wirklich helfen kinna und so wird doch Blut abgenommen und gschaut und adrukt is scho was anderes jo" (Y2W: Z 37-38).*

Bei gewissen Beschwerdemustern sehen Patient*innen Ambulanzen hinsichtlich der Möglichkeiten für ihre Behandlung gegenüber Hausärzt*innen grundsätzlich kompetenter

und suchen diese daher auf. *"(...) Spital kann viel besser einen Herzinfarkt oder Herzrasen behandeln, als ein praktischer Arzt" (I5W: Z 45-47).*

Auch die Annahme oder Erfahrung, dass Ambulanzen über ein höheres Maß an medizinischem Wissen verfügen, kann Patient*innen motivieren, die Ambulanz aufzusuchen. *"(...) sich wahrscheinlich auch mit so Verletzungen besser auskennen. Und dass so ein Biss offen heilen muss, das haben wir ja gar nicht gewusst" (I4A: Z 37-39).*

6.1.3 Größere diagnostische Möglichkeiten und Kompetenzen

Ambulanzen werden von Patient*innen auch deshalb aufgesucht, weil ihnen eine in Relation zu Hausärzt*innen höhere Zahl an Möglichkeiten des Einsatzes von Diagnoseinstrumenten zugeschrieben wird, von denen Patient*innen erwarten, dass sie zu einer genaueren Diagnose ihrer eigenen körperlichen Beschwerden führen würden. Gleichzeitig möchten die befragten Patient*innen hiermit auch "unnötige" Wege zwischen verschiedenen Instituten des Gesundheitssystems bzw. niedergelassenen Ärzt*innen vermeiden bzw. zumindest abkürzen. *"Und die, da habens halt alles. Also, wenn der Arzt, wenn jetzt der im Krankenhaus vermutet, dass es nicht nur eine Verspannung oder ein eingeklemmter Nerv ist, dann könnt der auch mit anderen Geräten, MRT oder was weiß ich, da könnt der mich halt gleich hinschicken. Und der Hausarzt gibt vielleicht wieder Tabletten, dann helfen die vielleicht nicht oder nur kurz und dann muss man nochmal hin" (I3A: Z 32-37).*

Weiteres ist es teilweise so, dass die Patient*innen genau aus den oben genannten Gründen vom Hausarzt oder von der Hausärztin eine Empfehlung für die Ambulanz bekommen: *„der Grund des Ambulanzbesuchs is mein praktischer Arzt, der mir dieses Spital empfohlen hat, aufgrund der Diagnose meines Hausarztes, der mir sagte dass da eine gute Verpflegung ist, Betreuung ist“ (I3H: Z 2-3,5-6).*

Patient*innen suchen Ambulanzen auch deshalb auf, weil sie ihnen aufgrund der vorhandenen Diagnosemöglichkeiten eine exakte(re) Diagnose zutrauen bzw. sich erwarten. Hierfür werden auch mitunter längere Wartezeiten in Kauf genommen. *"Ja, genau, weil, ja, warten musst im AKH auch immer lang, also heute geht's, aber schon lang, aber dafür kannst dann wirklich Heim gehen und weißt was du hast" (I3A: Z 44-46).* *"Ja genau, weil inwiefern der Hausarzt da überhaupt was tun kann, weiß ich nicht. Der Finger war ja so dick, hätt auch sein können, dass der gebrochen ist" (I4A: Z 16-17).* *„(...) mit so einer Wunde egal woher würd ich immer ins Krankenhaus fahren. Sicher ist sicher. Und die haben ihn dann auch geröntgt, damit sicher ist, dass nichts gebrochen ist“ (I4A: Z 25-27).* *"(...) und die Behandlung, sie haben zur Sicherheit auch das Röntgen gemacht, das wär beim Hausarzt*

nicht möglich gewesen" (I4A: Z 69-71). "(...) und diese Geräte, praktische Ärzte haben ja das nicht, ja" (I5W: Z 44-45).

Teilweise werden Patient*innen auch von ihrem Hausarzt oder ihrer Hausärztin in die Ambulanz verwiesen, da dieser/diese nicht über die notwendigen diagnostischen Möglichkeiten verfügt. *„Und waren Sie generell zufrieden mit der Behandlung und Empfehlung vom Hausarzt? IP: Ja eigentlich schon. Aber wie gesagt, jetzt steh ma an. Wir wissen nimma was ma tun solln“ (I4H: Z 25-28).*

Manche Patient*innen nutzen das diagnostische Angebot von Ambulanzen auch, um sich selbst, auch dann, wenn sie bereits eine Diagnose durch den Hausarzt/die Hausärztin erhalten haben, abzusichern. *"Und ich glaube, man, man fühlt sich auch irgendwie, ähm, in solchen Fällen, vor allem, wenn man nicht weiß um was es geht, ähm, vielleicht auch ein bisschen sicherer (I4W: Z 39-41)". "(...) weil einmal hab ich gehabt so Schmerzen bei der Brust, war aber die Wirbelsäule und trotzdem habens über sämtliche EKG und alles gemacht" (I1W: Z 55-57).*

Die Erstellung von Diagnosen, vermuten manche der befragten Patient*innen, laufe in einer Ambulanz aufgrund der gegebenen Möglichkeiten auch genauer sowie schneller ab, als bei einem/einer Hausarzt/ärztin. *"(...) dann werden die Untersuchungen halt im Spital eher genauer untersucht und man fühlt sich eigentlich geborgener in einem Spital" (I3W: Z 42-43).*

Ein weiterer Grund für das Aufsuchen einer Ambulanz wird auch darin gesehen, dass es insgesamt eine zu geringe Zahl an verfügbaren diagnostischen Geräten bei niedergelassenen Ärzt*innen gibt, was einen Ambulanzbesuch, wenn nicht lange Wartezeiten in Kauf genommen werden wollen, notwendig erscheinen lässt. *"Also, dass in der Nähe, wie soll ich sagen, es sind zu wenig MR Geräte, zu wenig Geräte sind da und dass man überall so weit fahren muss und so lange warten muss, net. Es sind ja, ich hab angerufen, die hat gesagt, das war in Stadlau, wir sind bis im November ausgebucht, hamma noch keinen neuen Kalender für nächstes Jahr für das MR, da muss ich alle anrufen, die angeben sind, wo ich früher ein MR bekomme, aber fast mit 3 Monate muss man rechnen. Und da sind's zu wenig, weil das ist ja meistens nur die Ambulatorien, da ist amal im 22ten ist eines, da ist jetzt ein neues Diagnostik, ja, aber auch – da wird eine neue Stadt gebaut, ja, die, die, die Seestadt, aber es ist nichts da, es sind zu wenig Ärzte und auch zu wenig Geräte haben die Ärzte, man muss immer ins Krankenhaus fahren, net" (I2W: Z 67-76).*

Auch aus Sicht der Patient*innen falsch gestellte Diagnosen seitens der Hausärzt*innen, können zu einem Ambulanzbesuch führen. *"Also die Ärzte, die was ich bis jetzt besucht habe – ich hab jetzt Gott sein Dank einen guten Arzt, einen Hausarzt, der nimmt sich wirklich Zeit*

für einen Patienten, aber ich hab öfters bemerkt, wenn ich bei einen anderen gehe, Vertretung oder, werden immer falsche Diagnosen festgestellt, mit Angstzustände und du stehst kurz vorm Blablabla und dann werden die Untersuchungen halt im Spital eher genauer" (I3W: Z 78-81). Der Diagnoseerstellungszeitraum, welcher in Relation zu einem/einer Hausarzt/ärztin als kürzer angesehen wird, motiviert ebenfalls, eine Ambulanz aufzusuchen.

6.1.4 Anwesenheitszeiten der Hausärzt*innen

Befragte Patient*innen suchen Ambulanzen auch auf, wenn die jeweiligen Hausärzte bzw. Hausärztinnen, durch welche sie betreut werden, bei Vorliegen von akuten körperlichen Beschwerden nicht anwesend sind bzw. die Anwesenheitszeiten nicht den Bedürfnissen dieser Patient*innen entsprechen, bspw. wenn akute Beschwerden am Wochenende auftreten oder aufgrund von Berufstätigkeit. *"Ja er ist heim gekommen und der Daumen war doppelt so dick wie vorher und eine klaffende Wunde. Zwar nicht so groß, aber wie tief das wirklich ist, kann man schwer sagen. Und da ja heute Samstag ist, ist der Hausarzt auch nicht da" (I4A: Z 12-14). "Ich hab ihm (den Hausarzt, Anm. des Autors) angerufen und leider ist nicht dort, ich muss hier kommen. Ich habe starke Schmerzen wie deppad, ich kann nicht mehr aushalten" (I1A: Z 6-9). "Weil das mit der Wirbelsäule tritt ja meistens am Wochenende oder irgendwo auf, wo nix, eben" (I1W: Z 63-64). "So ist das, aber wie gesagt, wissen sie, wenn einer berufstätig ist, ist es sehr schwer, ja, mit den Zeiten und so" (I2W: Z 102-103). "Na ja, weil mein Hausarzt war heute nur bis 12 da und das AKH ist das nächste Krankenhaus, jetzt bin ich gleich direkt von der Arbeit herkommen, damit die hoffentlich was gegen die Schmerzen gebn können" (I3A: Z 13-15).*

6.1.5 Zeitliche Verfügbarkeit der Ambulanzen

Ambulanzen werden von befragten Patient*innen ebenfalls dann in Anspruch genommen, wenn diese ihnen ein höheres Maß an zeitlicher Verfügbarkeit in Relation zu Hausärzt*innen zuschreiben und Ambulanzen mitunter adäquater zu den jeweiligen Lebensrealitäten und (zeitlichen) Bedürfnissen der Patient*innen passen können, bspw. wenn Patient*innen eine unmittelbare Behandlung wünschen, diese jedoch bei einem*einer niedergelassenen Ärzt*in nicht möglich ist oder Patient*innen Wartezeiten auf Termine bzw. eine akute Behandlung vermeiden möchten. *"(...) ich hab gehört, dass im Wilhelminenspital unter Tags die Notaufnahme auch offen ist" (I1W: Z 35-36). "... aber die Zeiten von den Ärzten und die Berufstätigen, haut nicht hin. Es gehörte so wie bei der Urania, ist auch ein Ambulatorium,*

die haben bis 11 Uhr in der Nacht offen und Sonntag auch" (I2W: Z 104-106). "Aber solche Sachen, das ist, das kommt auf einmal, vielleicht er gerade weg von seiner Praxis. Ja. Und das is richtig, ich habe angerufen, er ist dort, können Sie kommen? Gerne morgen. Ja morgen. Sofort. Und so ab sofort hingehen normalerweise mit Notfall (I1A: Z 41-44)". "Und einem Internisten, in meinem Fall ist ein Internist, ein Kardiologe, ist es schwer einen Termin zu kriegen. Das dauert immer zwei Monate bis zweieinhalb Monate bis man dran kommt" (I5W: Z 47-50).

"Weil der Hausarzt, also meistens reicht der bei Kleinigkeiten oder wennst Halsweh hast oder a Grippe. Dann geh ich zum Hausarzt. Aber wenn so starke Schmerzen, dass es fast nicht zum aushalten ist, dann will man halt gleich, dass einem wer hilft, ja" (I3A: Z 51-51).

6.1.6 Örtliche Verfügbarkeit

Hinzu kommt, dass manche der befragten Patient*innen Ambulanzen auch deshalb aufsuchen, weil sie hinsichtlich der örtlichen Verfügbarkeit günstiger erscheinen als die jeweiligen niedergelassenen Ärzt*innen, bspw. wenn Anfahrtswege länger sind oder Ambulanzen näher zum eigenen Arbeitsplatz bzw. Wohnort liegen. *"(...) und das AKH ist das nächste Krankenhaus, jetzt bin ich gleich direkt von der Arbeit herkommen, damit die hoffentlich was gegen die Schmerzen gebn können (I3A: Z 13-15)". "(...) und vis a vis rüber gehst, weil du daneben wohnst" (I1W: Z 104-105).*

6.1.7 "One-Stop-Shop"

Befragte Patient*innen suchen Ambulanzen auch deshalb auf, weil diese als "One-Stop-Shop" über ein hohes Maß an Diversität verschiedener Ärzt*innen sowie diagnostischen und behandelnden Möglichkeiten an ein und demselben Ort verfügen und sich hierdurch vermeintlich Wege zwischen verschiedenen niedergelassenen Ärzt*innen und Instituten des Gesundheitssystems bzw. Wartezeiten auf (Folge)Termine und/oder Diagnosen bzw. Behandlungen vermeiden lassen, die entstehen könnten, wenn Hausärzt*innen nicht in der Lage sind, selbst eine Diagnose zu erstellen bzw. eine entsprechende Behandlung anzubieten. *"Weil der Hausarzt, ja, der kann ja nur Fragen stellen und ein bisschen abtasten, aber so, also reinschauen kann er ja auch nicht und ja. Und die, da habens halt alles. Also wenn der Arzt, wenn jetzt der im Krankenhaus vermutet, dass es nicht nur eine Verspannung oder ein eingeklemmter Nerv ist, dann könnt der auch mit anderen Geräten, MRT oder was weiß ich, da könnt der mich halt gleich hinschicken. Und der Hausarzt gibt vielleicht wieder Tabletten, dann helfen die vielleicht nicht oder nur kurz und dann muss man nochmal hin,*

dann kriegt man vielleicht eine Überweisung und muss wieder zwei (...) oder was weiß ich wie lang warten" (I3A: Z 31-38). "Ja, AKH natürlich wennst was brauchst, jetzt verschiedene Fachärzte, das ist alles im Haus, die können den halt gleich hinzuziehen und praktischer Arzt wird's halt länger dauern. Aber wenn ich da her komm und ich brauch an Blutbefund, wird das hier gemacht und hier ausgewertet und man kann das gleich anschauen. Beim Hausarzt ist es halt jetzt a Sache von 2, 3 Tagen" (I2A: Z 83-87).

6.1.8 Wartezeiten

Ein weiteres Motiv, wieso befragte Patient*innen Ambulanzen aufsuchen und nicht den/die eigene/n Hausarzt/ärztin, ist, dass diese Wartezeiten, bspw. auf Termine, die aufgrund von Überweisungen entstehen, so weit als möglich vermeiden möchten. Patient*innen akzeptieren entstehende Wartezeiten in Ambulanzen insbesondere dann, wenn sie annehmen, dass die Beschwerden, deren Diagnose und/oder Behandlung bzw. Heilung die Kompetenz(en) eines/einer Hausarzt/ärztin übersteigen. Dies stimmt mit dem oben beschriebenen Motiv überein, dass Ambulanzen aus Sicht der Patient*innen die Funktion eines "One-Stop-Shop" einnehmen (können).

Des Weiteren erwarten Patient*innen, dass Ambulanzen (auch) ohne vorherige Terminvereinbarung aufgesucht werden können und sich dadurch ebenfalls Wartezeiten, die infolge einer Terminvereinbarung entstehen würden, vermeiden lassen. Fallweise beschreiben befragte Patient*innen, dass sie die Erfahrung gemacht haben, dass die Wartezeiten auf ein (Erst)Gespräch mit einem Arzt/einer Ärztin in der Ambulanz kürzer sind als bei einem/einer niedergelassenem/n Arzt/Ärztin. *"Auch in meine Fälle, äh, Ambulanz wart ich auch nicht so lange, im Krankenhaus, weil die sehen bei der Analyse was passiert ist und dann bin ich schnell auch dran" (I5W: Z 120-121).*

6.1.9 Persönliche Betreuung versus schlechte Betreuung bei Hausärzt*innen

Manche der befragten Patient*innen suchen Ambulanzen auf, weil sie dort ein höheres Maß an persönlicher Betreuung entweder erwarten oder bereits die Erfahrung gemacht haben, dass sie eine solche dort vorfinden können. Ein hohes Maß an sozialer Kompetenz scheint neben der medizinischen ein weiterer wichtiger Faktor zu sein, den befragte Patient*innen sich erwarten und weshalb sie Ambulanzen anstelle eines/einer niedergelassenen Arztes/Ärztin aufsuchen. *"Also beim praktischen Arzt, ist jedes Tupferl halt sein's, na und im Spital, da, da schauen's, kommt's mir eigentlich vor, dass der Patient sich einfach – die kümmern sich mehr um einen Patienten" (I3W: Z 47-49). "(...) also das kooperative, kommt*

mir vor in einem Spital, ist viel netter, viel besser, viel angenehmer, das Klima überhaupt" (I3W: Z 63-64).

Auch ein empfundener schlechter Betreuungsschlüssel bei niedergelassenen Ärzt*innen, welcher, bspw. dazu führen kann, dass, aus Sicht befragter Patient*innen, lange Wartezeiten, sowohl auf Termine, als auch im Rahmen eines Ärzt*innenbesuches selbst, entstehen bzw. im niedergelassenen Bereich mangelnde zeitliche Ressourcen für die persönlichen Betreuung der einzelnen Patient*innen vorhanden sind, kann dazu führen, dass Patient*innen auf Ambulanzen ausweichen.

"Ja, ja, ja, ja, aber wie gesagt, es ist auch, dass die so viele Patienten haben, dass ich wieder woanders muss, net" (I2W: Z 83-84). "(...) heute bist, also wenn ich weiß, wenn ich zu meinem praktischen Arzt gehe, sind so viele Leute, da wirst eh nur mehr krank, wie gesund und du bist leider Gottes, ja, der tippt das rein was du hast, schreibt dir das Rezeptal und das wars" (I1W: Z 105-108). Im Umkehrschluss kann auch den jeweiligen Patient*innen gegenüber empfundenes entgegengebrachtes mangelndes Interesse seitens der niedergelassenen Ärzt*innen dazu führen, dass diese Patient*innen dann stattdessen Ambulanzen aufsuchen. *"Es in meinen Augen, es is überall so, nix nur bei Augen auch Innenmedizin, so lange warten. Und gibt's auch für meine Augen, vielleicht bin ich richtig, vielleicht falsch, ich habe vergessen. Des is keine Interesse wie früher" (I1A: Z 44-47).* Hierzu zählt auch, dass manche der befragten Patient*innen die Erfahrung gemacht haben, dass sich niedergelassene Ärzt*innen nicht die ihren Bedürfnissen entsprechende Zeit nehmen, um sie zu betreuen bzw. zu behandeln und sie deshalb nun eine Ambulanz aufsuchen bzw. bereits die Erfahrung gemacht haben, dass sich das Personal in Ambulanzen mehr Zeit für Behandlungs- bzw. Betreuungsgespräche sowie die Behandlung, selbst in Relation zu niedergelassenen Ärzt*innen, nimmt. *"(...) die hektisch mein praktischen Arzt, das ist einfach nur Versicherungskarte rein, Versicherungskarte raus und auf Wiedersehen" (I3W: Z 32-34). "Die haben sich Zeit genommen. Jetzt bekommt der arme praktische Arzt, bekommt ja nichts gezahlt. Wenns da zehnmal hinkommen, wann der 5 Euro bekommt oder irgendwas, ich weiß es nicht. Was soll der für eine Motivation haben?" (I1W: Z 90-92).*

6.1.10 Weitere Motive

Im Folgenden werden weitere Motive genannt, die dazu führen, dass befragte Patient*innen Ambulanzen anstelle von niedergelassenen Ärzt*innen aufsuchen, welche jedoch, aufgrund

dessen, dass sie "nur" vereinzelt genannt worden sind, nicht zu einer Kategorie zusammengefasst wurden.

Diese Motive sind: **Rasche Wiederherstellung der eigenen Arbeitsfähigkeit** - *"Also wenn die mir was geben können was hilft, dass ich dann morgen wieder arbeiten gehen kann. Und jetzt hab ich auch a Spritze kriegt und da Arzt hat gemeint das sollt schnell helfen. Und ja, jetzt schau ma mal"* (I3A: Z 23-26).

Rascher Medikamentenwechsel, Mangelnde Behandlungskompetenz der Hausärzt*innen - *"(...) der Arzt, aber der weiß nicht weiter, der sagt müssens da her gehen, weil vielleicht muss die Arterie gedehnt werden, nicht, oder ein Stent, ja, und darum bin ich immer da wegen dem"* (I2W: Z 41-42).

Nichtwirksamkeit der von der/dem Hausarzt/ärztin verschriebenen Therapie - *"(...) und dann, war ich heute dort und hab ihr das alles geschildert, die Lungenfunktion ist wieder schlechter und dann hab ich eben gesagt, dass ich fast keine Luft kriege, dann hat sie mich durchleuchtet und gesagt, ich habe eine Lungenentzündung. Weil ich doch schon 67 bin, möchte ich das jetzt nicht (unverständlich) sie hat mir zwar wieder andere Antibiotika verschrieben, aber ich will da jetzt nicht zuhause herumdoktoren und schauen ob das jetzt wirkt oder nicht wirkt, sondern ich hab gehört, dass im Wilhelminenspital unter Tags die Notaufnahme auch offen ist"* (I1W: Z 29-36).

Mangelnde Ausstattung der niedergelassenen Ärzt*innen mit diagnostischen Gerätschaften bzw. eine mangelnde räumliche Ausstattung von Hausärzt*innen - *"(...) und auch zu wenig Geräte haben die Ärzte, man muss immer ins Krankenhaus fahren, net"* (I2W: Z 75-76); *"(...) also ich war beim, bei einem Hausarzt – das war schon echt heavy, man hat sich nirgends hinsetzen können, man hat stehen müssen, man hat sich halt nicht rausgehen traut, dass ma sagt, ok jetzt geh ich unten und hol ich mir einen Kaffee einstweilen"* (I3W: Z 60-63) sowie **Gewohnheit** - *"(...) und ich geh dann schon die ganzen 22 Jahre her, zur Kontrolle und ist super"* (I2W: Z 9-10).

Abschließend sei auch erwähnt, dass manche der befragten Patient*innen die Ambulanz auch deshalb aufsuchen, weil sie eine **Überweisung** von Seiten eines/einer niedergelassenen Arztes/Ärztin erhalten haben - *"Also ich war beim praktischen Arzt, das ist eigentlich bei eine ganz normale Blutabnahme, also Gesundheitscheck ist das festgestellt worden, dass die Leberwerte ein bisschen zu hoch sind und von meine Hausärztin bin ich dann hier her geschickt worden"* (I4W: Z 15-18).

6.2 Erwartungen an die Gesundheitsversorgung

Im Zuge der Analyse zeigten sich neben den Motiven eine Reihe an Erwartungen an die Gesundheitsversorgung und an Ärzt*innen generell bzw. Hausärzt*innen im Speziellen. Im Folgenden werden jene Erwartungen dargestellt, die am häufigsten von den Befragten genannt wurden.

6.2.1 Schnelle, effiziente Behandlung

Der Wunsch nach einer schnellen Linderung von Beschwerden und Schmerzen zeigte sich als eines der ausschlaggebenden Motive der Befragten dafür, dass Patient*innen Spitalsambulanzen anstelle von niedergelassenen Ärzt*innen aufsuchen. *„Nichts mehr reden, nichts mehr versuchen, ganz einfach offen (...) damit der Schmerz aufhört“ (I1A: Z 9-10).*

Im Zusammenhang damit steht vielfach die Erwartung an eine schnelle und effiziente Behandlung, was auch folgender Ausschnitt aus einem Interview verdeutlicht. *„Optimal wärs halt, wenn man gleich was kriegt, womit die Schmerzen weggehen. Das ma einmal wohin geht und dann ist es erledigt, aber so leicht ist das manchmal nicht“ (I3A: Z 59-61).* Wird die Erwartung an eine schnelle und effiziente Behandlung nicht erfüllt, zeigt sich im befragten Sample, dass Patient*innen die Ambulanz auch wieder verlassen, wie dies eine an Multipler Sklerose erkrankte Befragte schildert. *„Wir sind dann heimgegangen. Du kannst ja nicht mit dem Schub da zwei Stunden rumliegen“ (I5I: Z 80-81).*

In vielen Fällen führte der erste Weg der Patient*innen jedoch nicht in die Spitalsambulanz, sondern durchaus zum niedergelassenen Arzt/zur niedergelassenen Ärztin. Erst wenn dort verordnete Medikationen nicht zu einer Besserung führen, sich die Symptomatik verschlechtert oder die befragten Patient*innen die Behandlungs- oder Diagnostikkompetenzen der Allgemeinmediziner*innen als überschritten ansahen, wenden sie sich an die Spitalsambulanzen. *„Und dann, war ich heute wieder dort und hab ihr das alles geschildert, die Lungenfunktion ist wieder schlechter und dann hab ich eben gesagt, dass ich fast keine Luft kriege, dann hat sie mich durchleuchtet und gesagt, ich habe eine Lungenentzündung. Weil ich doch schon 67 bin, möchte ich das jetzt nicht (...) sie hat mir zwar wieder andere Antibiotika verschrieben, aber ich will da jetzt nicht zuhause herumdoktern und schauen ob das jetzt wirkt oder nicht wirkt (...)“ (I1W: Z 29-35).*

6.2.2 Kurze Wartezeiten und schnelle Terminvergabe

Ein weiterer Themenkomplex, der von vielen der Befragten genannt wurde, behandelt die Wartezeiten bei praktischen Ärzt*innen und in Spitalsambulanzen sowie jene bei der Terminvergabe für Folgeuntersuchungen.

Im Hinblick auf Spitalsambulanzen nehmen Patient*innen längere Wartezeiten durchaus verständnisvoll in Kauf: *„Ja das macht nix, das ist mir egal. Wenn man krank ist, muss man Zeit haben“ (I2I: Z 32)*. Einerseits zeigt sich, dass sie diese bereits im Vorfeld einkalkulieren, andererseits überwiegt das Bewusstsein der Befragten darüber, dass Notfälle bevorzugt behandelt werden. *„So und jetzt sitze ich da und wart ich bis der Lungenfacharzt, nehme ich an, von der Station kommt, weil sie hat gesagt, es wird eine halbe Stunde dauern, was schon gut länger ist, also 1,5 Stunden ist, aber ich muss sagen, ich gehöre zu den Patienten, die immer noch dankbar sind, dass es überhaupt so eine gutes medizinisches Versorgung gibt (...)“ (I1W: Z 42-46)*.

Von einigen Patient*innen werden die Wartezeiten in der Spitalsambulanz auch damit legitimiert, dass auch beim niedergelassenen Arzt/bei einer niedergelassenen Ärztin Wartezeiten vorkommen können. *„Naja Wartezeiten sind im Spital normal würd i sagen, da stellt man sich schon ein. Ansonsten beim Hausarzt kann man auch eine Stunde warten“ (I3H: Z 34-35; vgl. auch I1H)*.

Sprechen die Befragten von niedergelassenen Ärzt*innen, zeigt sich insgesamt jedoch weniger Verständnis für lange Wartezeiten. So wird als Erwartung bzw. als Wunsch an die Versorgung durch Allgemeinmediziner*innen häufig eine Verkürzung der Wartezeit, bspw. durch Gemeinschaftspraxen, genannt. *„Ja die Wartezeit. Was ich bemerkt habe, viele praktische Ärzte haben halt, sind glaub ich 2 oder 3 immer verschiedene Ärzte, auch praktische Ärzte und die teilen sich halt die Patienten auf, dann geht das halt viel schneller, find ich halt positiv ist auch gute Sache“ (I2A: Z 27-30)*.

Eine weitere Erwartung, die damit in Zusammenhang an die Gesundheitsversorgung geäußert wurde, ist die nach einer schnelleren Terminvergabe. So berichteten mehrere der befragten Patient*innen von mehrwöchigen oder mehrmonatigen Wartezeiten bei einer Terminvereinbarung bei niedergelassenen Fachärzt*innen. *„Und einem Internisten, in meinem Fall ist ein Internist, ein Kardiologe, ist es schwer einen Termin zu kriegen. Das dauert immer zwei Monate bis zweieinhalb Monate bis man dran kommt“ (I5W: Z 47-49)*. Diese Wartezeiten stehen jedoch im Widerspruch zur Erwartung an eine schnelle und effiziente Behandlung (und damit Linderung von Beschwerden), was in vielen Fällen auch

den Grund für den Besuch der Spitalsambulanz darstellt. Hinzu kommt, dass viele der Befragten möglichst kein „Risiko“ in Bezug auf ihre Gesundheit eingehen wollen, was oftmals eine möglichst zeitnahe ärztliche Abklärung erforderlich macht. Kann diese nicht im niedergelassenen Bereich stattfinden, wenden sich einige der Befragten an Ambulanzen. *„Und seit dem bin i a bissl vorsichtig, geh ins Krankenhaus, des los i ma abklären, Ambulanz kaun schon vielleicht wieder ham gehen, oba des muss ma abklären. Risiko geh ma keins ein. Und deswegen bin ich hier“ (I3V: Z 60-62).*

6.2.3 Zeitliche und örtliche Verfügbarkeit

Die zeitliche Verfügbarkeit von praktischen Ärzt*innen wurde von einigen der Befragten kritisch thematisiert. So sei es insbesondere für berufstätige Personen schwierig, Arzt/Ärztinrentermine zu vereinbaren, die sich nicht mit den eigenen Arbeitszeiten überschneiden. *„So ist das, aber wie gesagt, wissen Sie, wenn einer berufstätig ist, ist es sehr schwer, ja, mit den Zeiten und so. Also ich hab da ein bisschen mehr Glück, dass da zwei Ärzte sind, also muss ma auch gehen, aber die Zeiten von den Ärzten und die Berufstätigen, haut nicht hin“ (I2W: Z 102-105).*

Neben der Kritik eines generellen Mangels an Haus- und Fachärzt*innen werden vor allem deren Öffnungszeiten häufig kritisch als zu eingeschränkt gesehen. Das führe dazu, dass die Befragten stattdessen eine Spitalsambulanz vorziehen. *„Na das eigentlich zu wenig ähm Fachärzte offen haben überhaupt auf einen Freitag weder ein Lungen noch ein Orthopäde oder selten ein Lungen noch ein Orthopäde, kein Augenarzt, die meisten haben am Freitag z.B. alle zu“ (I1W: Z 72-75).*

Die Erwartung der befragten Patient*innen ist eine Ausdehnung der zeitlichen Verfügbarkeit von niedergelassenen Ärzt*innen, wie dies in folgender Sequenz idealtypisch zum Ausdruck gebracht wird. *„Es gehörte so wie bei der Urania, ist auch ein Ambulatorium, die haben bis 11 Uhr in der Nacht offen und Sonntag auch“ (I2W: Z 105-106).*

Neben der zeitlichen Verfügbarkeit spielt auch die örtliche Verfügbarkeit eine wesentliche Rolle. So ist die Entscheidung, ob eine Ambulanz oder ein/e niedergelassene/r Arzt/Ärztin aufgesucht wird, unter anderem von der örtlichen Verfügbarkeit abhängig: *„nur dann sicher, es kommt halt immer auf den Ernst der Lage darauf an, wir sind jetzt über 30 km weit weg von zu Hause und wenn ich irgendwo einen Straßunfall habe, dann was halt näher ist da werde ich wahrscheinlich hingehen denke ich“ (I1V: Z 109-111).*

Auch bei Fachärzt*innen und entsprechenden Diagnostikinstrumenten zeigt sich ein ähnliches Bild. So übt eine*r der Befragten Kritik an der schlechten Verfügbarkeit von Magnetresonanzgeräten in der Nähe ihres*seines Wohnortes. *„Also, dass in der Nähe, wie soll ich sagen, es sind zu wenig MR Geräte, zu wenig Geräte sind da und dass man überall so weit fahren muss und so lange warten muss, net“ (I2W: Z 67-69).*

6.2.4 Gleichbehandlung der Patient*innen und Leistbarkeit der Behandlung

Von einigen der Befragten wurde über eine „Drei-Klassen-Medizin“ und in diesem Zusammenhang von langen Wartezeiten und der Bevorzugung anderer, „besser“ versicherter Personen berichtet. Idealtypisch bringt dies ein befragter Patient in folgendem Abschnitt zum Ausdruck. *„Und das halt dieses mindestens 3 Klassenmedizin gibt. Weil wenn ich jetzt eine Zusatzversicherung hätte, ich läge schon im Spital – in einem gehobenen. Da bekommst sofort ein Bett und weil die haben auch im AKH überall ihre Zusatzzimmer, net also, Zusatzversicherungszimmer und da liegst schon dort, wirst betreut, da musst halt nicht stundenlang da sitzen“ (I1W: Z 75-80).*

Deutlich wurde an dieser Stelle der Wunsch von Befragten nach einer Gleichbehandlung der Patient*innen im Hinblick auf die Wartezeiten und die Terminvergabe. Insbesondere lange Wartezeiten auf einen Termin bei einem Facharzt oder einer Fachärztin führen dazu, dass einige der Befragten selbst gerne Privat- oder Wahlärzt*innen aufsuchen würden, was jedoch aus finanziellen Gründen und den damit verbundenen, mitunter, hohen Kosten für sie keine reale Option darstelle.

6.2.5 Persönliche Betreuung, Zeit für Patient*innen und Wissen über Patient*innen

Neben den bereits genannten Aspekten, wünschen sich die befragten Patient*innen eine kompetente und persönliche Betreuung durch ihre Hausärzt*innen. Diese sollen sich Zeit für die Patient*innen nehmen und ein entsprechendes Wissen über deren Krankheitsgeschichte vorweisen. Meist sei dies aus Sicht von Befragten jedoch nur in ländlichen Gegenden gegeben, während im städtischen Raum überwiegend eine schnelle Abfertigung wahrgenommen werde.

„Total, freilich habe 3 Kinder gehabt, habe wahnsinnigen Heuschnupfen gehabt und auch mit der Wirbelsäule, vis a vis habe ich eine ganz nette praktische Ärztin. Mein Mann, mein erster Mann hat damals mit dem Magen Probleme gehabt (unverständlich) Kur gemacht. Na und die hat sich auch gekümmert und alles. Richtig, das gibt es heut nicht mehr alles, vielleicht

nur mehr am Land draußen. Wo du per du bist, den du kennst und vis a vis rüber gehst, weil du daneben wohnst. Aber so etwas, heute bist, also wenn ich weiß, wenn ich zu meinem praktischen Arzt gehe, sind so viele Leute, da wirst eh nur mehr krank, wie gesund und du bist leider Gottes, ja, der tippt das rein was du hast, schreibt dir das Rezeptal und das wars.“

Auch andere Befragte beschreiben ihre Erfahrungen bei niedergelassenen Ärzt*innen auf eine ähnliche Weise und drücken zugleich ihre Unzufriedenheit darüber aus. *„Ja, die, die Terminvergabe sag ich einmal, die hektisch mein praktischen Arzt, das ist einfach nur Versicherungskarte rein, Versicherungskarte raus und auf Wiedersehen“ (I3W: Z 32-34)* und *„ein Hausarzt ist heute nur mehr dazu da, um etwas schnell zu verschreiben und mehr nicht. (...) Hausarzt kannst vergessen“ (I2I: Z 41-44).*

Besteht hingegen ein Vertrauensverhältnis zum Hausarzt/zur Hausärztin, so beschreiben alle befragten Patient*innen, diese/n bei Beschwerden immer zuerst zu kontaktieren und nur beim Vorliegen gewichtiger Gründe (bspw. Nichtverfügbarkeit des Hausarztes/der Hausärztin, Überweisung, Notfall) eine Ambulanz aufzusuchen. So beschreiben Patient*innen auf die Frage, weshalb sie immer zuerst den/die praktische/n Arzt/Ärztin kontaktieren, folgendes: *„ja weil der kennt mich schon, der weiß wie ich ticke und was ich für Probleme gehabt habe und was zu tun ist, ich meine die Hausärzte, die ich bisher gehabt habe, die wissen ganz genau, dass Valium nicht funktioniert bei mir (...)“ (I2V: Z 128-130)* und *„weil i grad bei Ärzten sehr viel Wert auf persönlichen Kontakt leg und drum eigentlich immer mein Hausarzt bevorzuge oder einen Diensthabenden, den ich kenn (...), des is angenehmer, sympathischer“ (I5V: Z 23-26).* In Ambulanzen hingegen fehle einigen Befragten der persönliche Bezug, weshalb diese nicht die erste Wahl zur Abklärung von gesundheitlichen Beschwerden darstellen. *„Weil i hob immer des Gefühl, Ambulanzen sind zwar super zur Abklärung, oba mir fehlt der persönliche Zugang“ (I5V: Z 61-62).*

Während ein bestehendes Vertrauensverhältnis zur/zum Hausarzt/ärztin also für diese Befragten dazu führt, dass diese*r bei Beschwerden ganz selbstverständlich die erste Ansprechperson für Patient*innen darstellt, zeigt sich bei negativen (Vor-)Erfahrungen ein anderes Bild: Eine der Befragten beschreibt in diesem Zusammenhang eine Fehldiagnose bei einem Familienmitglied durch einen niedergelassenen Arzt. Sie selbst fühlt sich im Krankenhaus besser aufgehoben und erlebt ihren Hausarzt als desinteressiert. *„Sie meint, dass der Hausarzt eigentlich schon nett ist, aber wenn sie sagt, sie hat da weh oder so, dann interessiert ihn das nicht so viel oder zumindest empfindet sie das so. Er bekommt dann so einen Gesichtsausdruck, dass es ihn nicht interessiert“ (I4I: Z 53-55).*

Die Ambulanz nimmt die Patientin häufig in Anspruch. *„Ich weiß das ja. Ich bin schon öfter hierhergekommen. Wegen Regelschmerzen und so“ (I4I: Z 81-82).*

6.2.6 Soziale Kompetenz und Kommunikation

Die sozialen Kompetenzen von Ärzt*innen und eine stimmige Kommunikation stellen ebenfalls Erwartungen der befragten Patient*innen dar. Ärzt*innen, die *„Sprüche rauslassen“ (I2A: Z 48)*, sorgen ebenso wie die Nutzung von medizinischen Fachausdrücken ohne entsprechende Erklärung für Verärgerung auf Seiten der Patient*innen. *„Der hat schon Sprüche rausgelassen, wo ich ma gedacht hab, ich mein, vielleicht hat er 2 Tage vorher nicht geschlafen oder sowas, aber dann hab ich ma dacht, rote Ohren wie Orangen und solche Sachen und so fachmännische Ausdrücke, sag ich bitte redens Deutsch mit mir ich kann kein Latein“ (I2A: Z 48-51).*

Positiv hervorgehoben wird hingegen, wenn Ärzt*innen *„nett sind“ (I3W: Z 18; Y2W: Z 3)* und *„alles verständlich erklären“ (I3W: Z 19; I4A: Z 73-74)*. Darüber hinaus äußerten einige der befragten Patient*innen, dass sie als mündige Personen angesehen werden wollen und fordern bei Fragen und Entscheidungen rund um die passende Behandlung ihrer Beschwerden ein Mitspracherecht ein. Ein*e Befragte*r bringt dies folgendermaßen auf den Punkt. *„Ich weiß wie mein Körper reagiert, bin zwa ka Orzt oba i glaub ich hab da auch was zu sagen“ (I2A: Z 70-71).*

6.2.7 Gemeinschaftspraxen bzw. „One-Stop-Shop“

Wie bereits erwähnt, findet sich in mehreren Interviews der Wunsch nach Gemeinschaftspraxen bzw. *„One-Stop-Shops“*. In engem Zusammenhang steht dies mit der Erwartung an eine Gesundheitsversorgung, die schnell und effizient stattfindet sowie dem Wunsch nach kurzen Wartezeiten bei niedergelassenen Ärzt*innen und einer raschen Terminvergabe für Folgeuntersuchungen. So zeigt sich, dass die Idealvorstellung der Befragten jene von Gemeinschaftspraxen darstellt, in denen unterschiedliche medizinische Fachrichtungen sowie weitere Berufsgruppen eng zusammenarbeiten. Durch die Verfügbarkeit von mehreren Ärzt*innen erwarten sich die Patient*innen eine Verkürzung der Wartezeit und eine effizientere und schnellere Behandlung, die zudem an einem Ort bzw. in einer Praxis stattfinden kann. *„Ja aber so Gemeinschaftspraxis wie gsagt so, Hausarzt, HNO Arzt, so Urologe, dass man vielleicht so an direkten Draht, ja gehens rüber zu meinem Kollegen, der kennt sich oder der is dafür zuständig und solche Sachen. Das wär halt praktisch. Nicht halt nur 5 Hausärzte, die sagen da alle fünf das söbe“ (I2A: Z 98-101).*

7 Die Expert*innensicht

Insgesamt wurden 5 unterschiedliche Expert*innen (zwei Ärzt*innen, eine Verwaltungsmitarbeiterin sowie zwei Krankenpflegerinnen) mittels eines Leitfadens³ in Ambulanzen in zwei unterschiedlichen Bundesländern, Vorarlberg und Wien, befragt. Interviews wurden in folgenden Krankenhäusern geführt: LKH Bregenz, Wien Rudolfstiftung und das Hanusch Krankenhaus. Die Darstellung der Ergebnisse der Interviews folgt der Logik des Leitfadens, welcher sich im Anhang des Endberichtes befindet.

7.1 Beschreibung der Ambulanzen

Die in Vorarlberg interviewte Expertin beschreibt den Bereich der Ambulanz, auf welcher sie tätig ist, als "*Akute Ersteinschätzung*" (im Folgenden AEE genannt). Hier werden Patient*innen einer Erstabklärung unterzogen, anschließend wird entschieden, ob diese "*ein Fall für die Ambulanz des Krankenhauses sind oder nicht*" (Interview 1: Z 16)⁴. D.h. es entscheidet sich in diesem Teil der Ambulanz, ob Patient*innen an niedergelassene Ärzt*innen (zurück)verwiesen oder ob sie zur Behandlung in der Ambulanz zugelassen werden. Patient*innen suchen dabei die Ambulanz mit unterschiedlichsten Symptomatiken auf, sie beschreibt diese als "*Patient*innen mit z.B. akutem Hautausschlag, starken Rückenschmerzen, therapieresistenten Beschwerden (...) vom akuten Myokardinfarkt bis zum Zeckenbiss, der in Wirklichkeit keiner ist (...)*" (Interview 1: Z 16).

Im Krankenhaus Wien Rudolfstiftung existieren Ambulanzen verschiedener Fachrichtungen. Patient*innen mit Akutbeschwerden nehmen folgende Ambulanzen am häufigsten in Anspruch: Hals-Nasen-Ohren-Ambulanz, Augenambulanz sowie die Erste Chirurgie Ambulanz (vgl. Interview 2: Z 16).

Die interviewten Krankenpfleger*innen im Hanusch Krankenhaus sind auf der internistischen Ambulanz tätig. Diese ist von 7-14 Uhr täglich geöffnet und wird ab 14 Uhr als Notfallambulanz geführt. Sie ist mit einer Ordination ausgestattet und es befindet sich jedenfalls ein Arzt bzw. eine Ärztin während der Öffnungszeiten auf der Ambulanz. Der interviewte Arzt des Hanusch KH arbeitet ebenfalls auf der internen Ambulanz, jedoch auch

³ Siehe Anhang

⁴ Diese Form der Triage wird offensichtlich nur in Vorarlberg praktiziert

auf der gastroenterologischen. Den Aufgabenbereich der Ambulanz beschreibt er folgendermaßen. *"Es werden Diagnosen gestellt, an Fachärzt*innen überwiesen und Befundbesprechungen durchgeführt"* (Interview 4: Z 16). Die internistische Ambulanz wird als *"zum großen Teil akute Ambulanz"* (Interview 4: Z 16) erläutert (vgl. Interview 1-4: Z 16).

7.2 Patient*innengruppen

Die Ambulanz des LKH Bregenz wird v.a. von Patient*innen mit folgenden Charakteristika aufgesucht: Menschen mit Migrationshintergrund, da es *„diese oft gewohnt sind direkt in ein Krankenhaus zu fahren, weil im Herkunftsland so üblich"* (Interview 1: Z 17) sowie Menschen, die von Arbeitslosigkeit betroffen sind. Die befragte Expertin schätzt, dass *"50% der Patient*innen (...) Ausländer (...) sind"*, weiters *"eher weniger Asylanten, als Personen mit Migrationshintergrund, die schon länger in Vorarlberg leben, aufgrund höherer Erwartungshaltung (...) da Patient*innen der Meinung sind, sie haben das Recht jederzeit das Krankenhaus aufzusuchen, da sie schon lange in die Versicherung zahlen"* (Interview 1: Z 17). Die Erwartungshaltung in Bezug darauf, eine Ambulanz aufsuchen zu können und dort behandelt zu werden bezeichnet die Interviewpartnerin bei Migrant*innen als höher als *"von Inländern"* (Interview 1: Z 17) (vgl. Interview 1: Z 17).

Bei den Patient*innen, die die Rudolfstiftung aufsuchen, handelt es sich meist um Patient*innen mit Termin bzw. Überweisung, wenngleich auch Patient*innen ohne Termin und Überweisung kommen. Jene, die das Hanusch KH in Anspruch nehmen, kommen ebenfalls meist auf Basis eines vereinbarten Termins, es gibt viele chronische Patient*innen auf der gastroenterologischen Ambulanz, welche auch als Terminambulanz betrieben wird. Die interne Ambulanz des Hanusch KH wird hingegen auch von *"vielen Notfall- und Akutpatient*innen"* (Interview 4: Z 17) aufgesucht bzw. im Rahmen einer/von Nachbesprechung(en) von Befunden (vgl. Interview 2-4: Z17).

7.3 Unterschiede in Bezug auf Tageszeiten und Tage

Im Landeskrankenhaus Bregenz suchen Patient*innen *"eher untertags, als in der Nacht"* (Interview 1: Z 18) die Ambulanz auf, Notfallpatient*innen kommen jedoch sowohl untertags, wie auch zu Nachtzeiten. Ab 22 Uhr beginnt die Zahl der die Ambulanz aufsuchenden Patient*innen zu sinken.

Patient*innen mit Beschwerden, die von der befragten Ärztin als *"komplexe Fälle"* (Interview 1: Z 18) wahrgenommen werden, kommen laut dieser Expert*in meist zu Zeiten der regulären Öffnungszeiten der Ambulanzen. Viele Patient*innen warten entsprechend ihrer Wahrnehmung auch ab und kommen, wenn sie Beschwerden außerhalb der Öffnungszeiten wahrnehmen, erst zu den Öffnungszeiten der Ambulanz - *"gerade die, die wirklich krank sind, sind oft die, die abwarten"* (Interview 1: Z 18). Die in der Rudolfstiftung befragte Expertin gab hierzu keine Auskunft, im Hanusch KH werden von den befragten Krankenpflegerinnen keine Unterschiede, vom befragten Arzt nur Unterschiede in Bezug auf Feiertage wahrgenommen. An Feiertagen, so seine Wahrnehmung, suchen mehr Patient*innen als gewöhnlich die Ambulanzen des Hanusch KH auf, *"weil das Angebot im niedergelassenen Bereich dünner wird"* (Interview 4: Z 18). Grundsätzlich werden jedoch vom befragten Arzt kaum Unterschiede in Bezug auf Tageszeiten und Wochentage ausgemacht, abgesehen von jenen, die eben beschrieben wurden (vgl. Interview 1-4: Z 18).

7.4 Art der Behandlungen

In der AEE des LKH Bregenz werden Patient*innen in den meisten Fällen grundsätzlich darüber aufgeklärt, *"wofür ein KH eigentlich zuständig ist, insbesondere in Bezug auf die Dringlichkeit"* (Interview 1: Z 19). Bei Vorliegen von chronischen Beschwerden ohne akute Symptomatik werden die Patient*innen auch über die Gesundheitspyramide, die ein gesundes Essverhalten verbildlicht, aufgeklärt und stellenweise auf den niedergelassenen Bereich verwiesen, da es sich bei den meisten dieser Patient*innen nicht um solche handelt, die als Notfall einzustufen sind. Generell wird eine *"symptombezogene Abklärung und Therapie durchgeführt, wenn es notwendig ist, wenn keine akut lebensbedrohliche Situation besteht, dann werden Patient*innen zur weiteren Abklärung in den niedergelassenen Bereich zurückgeschickt"* (Interview 1: Z 19). Ein Beispiel, das von der interviewten Ärztin genannt wird, betrifft einen Patienten, der akute Rückenschmerzen hatte. Es wurden zunächst Schmerzmittel empfohlen. Sollten diese nicht zu einer Linderung der Schmerzen führen, dann wurde auf einen/e Hausarzt*in bzw. Facharzt*in verwiesen. Weiters werden in manchen Fällen auch Untersuchungen durchgeführt sowie Verdachtsdiagnosen gestellt und entsprechende Rezepte für Medikamente ausgestellt (vgl. Interview 1: Z 19). Im Hanusch Krankenhaus erhalten Patient*innen zunächst eine Begutachtung sowie, wenn nötig, eine entsprechende Behandlung. Es werden, je nach Anlassfall, verschiedene diagnostische Möglichkeiten angeboten, bspw. die Erstellung von Laborbefunden, Röntgen, Blutabnahme, Ultraschall und Elektrokardiogramme.

Des Weiteren werden Befundbesprechungen durchgeführt sowie Nachuntersuchungen (vgl. Interview 1-4: Z 20).

7.5 Häufigkeit der Kontakte pro Krankheitsfall

Im Landeskrankenhaus Bregenz kommen circa *"90% der Patient*innen nicht wieder"* (Interview 1: Z 20), auch Patient*innen, die laut Einschätzungen der Ärztin eine KH-Kontrolle brauchen, werden weitergeleitet, da in der Abteilung, in welcher sie tätig ist, keine Kontrollen durchgeführt werden. Wiederbestellungen gibt es grundsätzlich ebenfalls nicht. Die Befragten der Wiener Krankenhäuser sehen es *"abhängig von der Diagnose"* (Interview 3: Z 20), jedoch generell gesprochen *"sehr unterschiedlich"* (Interview 2: Z 20). Der im Hanusch Krankenhaus tätige Arzt schätzt, dass Patient*innen, die akute Beschwerden haben, ein bis fünf Mal pro Krankheitsfall wiederkommen würden (vgl. Interview 1-4: Z 20).

7.6 Anteil der Patient*innen ohne Überweisung

Die im LKH Bregenz befragte Expertin schätzt, dass circa 15 - 20 % aller Patient*innen ohne eine Überweisung von einem/einer Fach- oder Hausarzt/ärztin in die Ambulanz kommen. *"(...) der Rest geht zuerst zum Hausarzt und hat dann eine Überweisung oder wird wiederbestellt im Rahmen einer Kontrolle (...)"* (Interview 1: Z 22), so die interviewte Ärztin. Wiederbestellungen erfolgen, bspw., wenn Patient*innen Erkrankungen, Beschwerden oder Symptome aufweisen, die *"operationswürdig erscheinen"* (Interview 1: Z 22). Außerdem werden auch Fälle beschrieben, in welchen Patient*innen von den Mitarbeiter*innen der Ambulanz zu Hausärzt*innen geschickt werden, um sich eine Überweisung für die Ambulanz ausstellen zu lassen. In der Rudolfstiftung schätzt die Befragte, dass zwischen 30 und 40% aller Patient*innen ohne Überweisung in die verschiedenen Ambulanzen kommen, im Wiener Hanusch Krankenhaus zwischen 50 und 90%, teilweise auch *"mit Überweisung, aber ohne Termin"* (Interview 3: Z 22) (vgl. Interview 1-4: Z 22).

7.7 Gründe für das Aufsuchen einer Ambulanz

In die AEE des LKH Bregenz kommen Patient*innen gemäß der befragten Expertin aus folgenden Gründen: Weil der/die Hausärzt*in zurzeit nicht erreichbar ist (telefonisch) bzw. Patient*innen direkt vom/von der Hausärzt*in in eine Ambulanz geschickt werden (die Expertin vermutet, dass es meist die Ordinationsmitarbeiter*innen sind, die Patient*innen

direkt auf Ambulanzen verweisen), weil der bzw. die Hausärzt*in Patient*innen überweist oder die Ordination des oder der Hausärzt*in zurzeit nicht besetzt ist; weil Vertretungen von Hausärzt*innen bei Abwesenheit dieser/dieses nicht aufgesucht werden wollen bzw. weil keine Vertretung gefunden worden ist oder wird. Auch weil in den Ambulanzen der Krankenhäuser kürzere Wartezeiten vermutet werden und weil die Rettungsdienste "*meist direkt ins Krankenhaus fahren, entstehen Ambulanzbesuche*" (Interview 1: Z 23).

Des Weiteren vermutet die befragte Expertin, dass Patient*innen die Ambulanz aufsuchen, weil in den Krankenhäusern Fachärzt*innen aus Sicht der Patient*innen sofort verfügbar erscheinen, außerdem aufgrund von Entscheidungsfreiheit und "*es sind außerdem viele Alkoholiker*innen dabei, die regelmäßig mit einer Alkoholvergiftung aufgesammelt werden*" (Interview 1: Z 23). In den beiden Wiener Ambulanzen, in welchen Expert*innen befragt worden sind, werden folgende Gründe ausgemacht wieso Patient*innen Ambulanzen aufsuchen: Weil die Ordination des oder der Hausarztes/ärztin aktuell geschlossen ist, aufgrund von zu langen Wartezeiten, bis ein Termin bei einem/einer Fachärzt*in wahrgenommen werden kann, weil von Patient*innen vermutet wird, dass in den Ambulanzen von Krankenhäusern "*man die schnellste und beste Hilfe*" (Interview 2: Z 23) erhält, aufgrund der Nähe des jeweiligen Wohnortes sowie des "*Image des Krankenhauses*" (Interview 2: Z 22) und weil sämtliche Spezialist*innen sowie diagnostische Gerätschaften "*vor Ort sind*" (Interview 2: Z 23). Weiters aufgrund der Öffnungszeiten der Ambulanzen, der "*speziellen Therapiemöglichkeiten*" (Interview 2: Z 23) und weil die Diagnosemöglichkeiten schneller als bei niedergelassenen Ärzt*innen zugänglich sind. Auch weil der oder die praktische Ärzt*in zurzeit "*auf Urlaub ist*" (Interview 3: Z 23), weil Patient*innen keine zeitlichen Ressourcen haben, um mehrere Besuche bei verschiedenen Fachärzt*innen durchzuführen, aufgrund von akuten Schmerzen und weil "*manche wissen gar nicht, dass es einen/e Hausärzt*in gibt, v.a. in bestimmten Kulturkreisen*" (Interview 3: Z 23).

Darüber hinaus wird vermutet, dass einige Patient*innen "*das Gefühl haben, ins Krankenhaus zu müssen*" (Interview 4: Z 23), weiters weil sie über Vertretungen nicht Bescheid wüssten, weil der Wunsch besteht Laboruntersuchungen sofort durchführen lassen zu wollen, weil Patient*innen lieber "*sofort von einem Facharzt/einer Fachärztin begutachtet*" (Interview 4: Z 23) werden wollen, sie sich in Ambulanzen "*besser versorgt fühlen*" (Interview 4: Z 23) und weil Patient*innen "*das Haus kennen und Vertrauen haben*" (Interview 4: Z 23). Außerdem aufgrund dessen, weil die Öffnungszeiten der Ambulanzen von den Patient*innen als attraktiver wahrgenommen werden, als jene von Hausärzt*innen, weil "*man alles haben*"

*kann was notwendig ist" (Interview 4: Z 23) und weil Patient*innen, die akute Beschwerden aufweisen, meist taggleich begutachtet werden (vgl. Interview 1-4: Z 23).*

7.8 Gründe für das Aufsuchen einer Ambulanz nach einem stationären Aufenthalt

Die in Vorarlberg befragte Ärztin meint, dass Patient*innen nach einem stationären Aufenthalt eine Ambulanz meist dann aufsuchen, wenn Unklarheiten bestehen, bspw. wenn *"das Entlassungsprozedere nicht klar besprochen worden ist und es offene Fragen gibt"* oder *"wenn Patient*innen zu früh entlassen wurden"* (Interview 1: Z 24). Häufig handelt es sich hierbei um *"Chemopatient*innen oder Palliativpatient*innen, die zum Teil nicht adäquat behandelt werden können im niedergelassenen Bereich"* (Interview 1: Z 24). Im LKH Bregenz können Patient*innen, die im Rahmen der Onkologie stationär behandelt wurden, jederzeit wieder die Ambulanz aufsuchen, ohne vorher einen Termin vereinbaren zu müssen, wenn sie Beschwerden haben. Des Weiteren kommen Patient*innen nach einem stationären Aufenthalt (wieder) in die Ambulanz, wenn Krankmeldungen von Seiten der niedergelassenen Ärzt*innen für eine aus Patient*innensicht zu kurze Dauer ausgestellt wurden und diese dann in der Ambulanz um Verlängerung einer Krankmeldung ansuchen möchten. Als weitere Gründe werden *"vergessenen Verordnungen, bspw., wenn jemand mit Dauerkatheter entlassen wird und ein Harnsack nicht verordnet worden ist"* (Interview 1: Z 24) gesehen.

In die Ambulanzen der Rudolfstiftung kommen Patient*innen nach einem stationären Aufenthalt wieder, da es *"am sinnvollsten"* (Interview 2: Z 24) erscheint, wenn jene Ärzt*innen, die eine Behandlung im Rahmen eines stationären Aufenthaltes durchgeführt haben, dann auch Kontroll- bzw. Nachbehandlungstermine durchführen würden. In die Ambulanzen des Wiener Hanusch KH kommen Patient*innen nach einem stationären Aufenthalt aufgrund von Befundbesprechungen sowie bei spezifischen Erkrankungen, die nur im Krankenhaus betreut werden können (vgl. Interview 1-4: Z 24).

7.9 Kommunikation mit niedergelassenen Ärzt*innen

Im Landeskrankenhaus Bregenz wird von Seiten der Ambulanz(en) auf folgende Weise(n) mit niedergelassenen Ärzt*innen kommuniziert: Telefonisch, wenn es aufgrund von Dringlichkeit geboten erscheint, ansonsten qua der Ausstellung eines Arzt/Ärztinnenbriefes,

der den niedergelassenen Ärzt*innen übermittelt wird (wobei dieser zu großen Teilen an Hausärzt*innen geht). Falls ein Patient bzw. eine Patientin keinen *"Hausarzt bzw. Hausärztin besitzt, erhält er oder sie eine Liste mit Ärzt*innen"* (Interview 1: Z 24). Diese stellt allerdings keine Empfehlung von Seiten der in einer der Ambulanzen des LKH Bregenz tätigen Mitarbeiter*innen dar, da Patient*innen selbst entscheiden können (und sollen) welchen Arzt oder welche Ärztin sie in Anspruch nehmen möchten. Weiters werden über das GNV auch Ambulanzberichte digitalisiert an Ärzt*innenpraxen verschickt.

In den Ambulanzen der KH Rudolfstiftung sowie im Hanusch KH wird ebenfalls qua Arzt/Ärztinnenbriefen kommuniziert, in der Rudolfstiftung auch über ELGA (Elektronische Gesundheitsakte) sowie *"bei fehlenden Befunden teilweise auch telefonisch bzw. (durch, Anm. des Autors) zifaxen"* (Interview 3 und 4: Z 25), insbesondere dann, wenn es gemäß der Einschätzung der in der Ambulanz behandelnden Ärzt*innen notwendig erscheint (vgl. Interview 1-4: Z 25).

7.10 Probleme, die für Patient*innen und Ambulanzen aufgrund von Ambulanzbesuchen entstehen

Als vordringlichstes Problem wird von den befragten Expert*innen sowohl in der Ambulanz in Bregenz, als auch in jenen in Wien die möglicherweise für Patient*innen entstehende Wartezeit geschildert, die *"auch für Terminpatient*innen entstehen kann, da diese teilweise durch Akutpatient*innen blockiert"* (Interview 2: Z 27) werden. Ebenfalls erwähnt wird ein eventuell als problematisch empfundener mehrmaliger Wechsel der Ärzt*innen, die die jeweiligen Patient*innen in einer Ambulanz versorgen, ebenso *"Überdiagnostik, weil man Patient*innen nicht so gut kennt"* (Interview 4: Z 27).

Für die Ambulanzen wird von den befragten Expert*innen ein möglicherweise steigendes Frustrationspotential von Mitarbeiter*innen befürchtet, ebenso wie ein steigendes Gewaltaufkommen (hierbei wird auch kritisiert, dass kein Sicherheitsdienst vor Ort ist und die Polizei *"oftmals benötigt wird"* (Interview 1: Z 28)). Ebenfalls verortet wird eine *"Belastung des Personals (...) weniger Personal muss mehr Patient*innen behandeln"* (Interview 2: Z 28), ebenso kritisiert wird die *"bauliche Situation, es gibt zu wenig Platz auf den Gängen, vor allem, wenn zu viele Begleitpersonen dabei sind"* (Interview 2: Z 28). Weiters erwähnt werden die in Relation zum niedergelassenen Bereich – vermeintlich – höheren Kosten, die durch die Behandlung in einer Ambulanz entstehen, eine in der Ambulanz erschwerte Organisation der Behandlung(en) sowie eine vermutete Unzufriedenheit bei Patient*innen

(insbesondere aufgrund entstehender Wartezeiten). Außerdem werden Probleme bei der Personalplanung und der Bedarfsplanung gesehen, vor allem in Bezug darauf, dass kaum abgeschätzt werden kann wie viele Patient*innen pro Tag eine Ambulanz aufsuchen werden sowie, dass Ärzt*innen Patient*innen wenig bis gar nicht persönlich kennen, ebenso wenig wie ihre Krankengeschichte und sie auch wenig Vorinformationen über die Patient*innen besitzen (vgl. Interview 1-4: Z 28). Als besonders störend empfunden werden bspw. Patient*innen, die *"Mehrfachabklärungen vornehmen, also wenn jemand in Bregenz nicht das bekommt was er oder sie will, dann wird zum Beispiel das Krankenhaus Dornbirn aufgesucht und zuerst eine Reihe von Tests gemacht bevor der Patient/die Patientin überhaupt begutachtet wird, dadurch entstehen hohe Kosten durch Überdiagnostik"* (Interview 1: Z 29) sowie *"aggressive Patient*innen wegen langen Wartezeiten"* (Interview 2: Z 29) und der durch die hohe Anzahl an Patient*innen entstehende hohe Arbeitsaufwand der Mitarbeiter*innen einer Ambulanz, insbesondere da ein Teil der Patient*innen *"im niedergelassenen Bereich gut versorgt wäre (...) Patient*innen mit viralen Erkrankungen, grippalen Infekten, Hexenschuss, unkomplizierte Harnwegsinfekte usw."* (Interview 4: Z 29) (vgl. Interview 1-4: Z 29).

7.11 Strukturelle Änderungen, um Primärversorgung zu attraktivieren - für Patient*innen nach stationärem Aufenthalt

Um die Inanspruchnahme der Primärversorgung, in Bezug auf Patient*innen nach einem stationären Aufenthalt in einem Krankenhaus zu verbessern, benötigt es gemäß einer der befragten Expert*innen insbesondere Aufklärung, i.S. einer *"Schärfung der öffentlichen Wahrnehmung wofür ein Krankenhaus da ist und wofür der niedergelassene Bereich da ist (...) gleichzeitig hängt viel davon ab, ob die Abteilung viel Wert darauf legt ihre Patient*innen mit einem ordentlichen Prozedere zu entlassen - nicht nur Brief in die Hand drücken und sagen: 'Lies das durch' oder ob ein entsprechendes Entlassungsmanagement vorliegt"* (Interview 1: Z 31).

Weiters benötigt es gemäß den befragten Expert*innen ein Mehr an Personal im niedergelassenen Bereich, insbesondere solche mit Verträgen mit den öffentlich-rechtlichen Gebietskrankenkassen und erweiterte Öffnungszeiten von Hausärzt*innen (vgl. Interview 1-4: Z 31).

7.12 Strukturelle Änderungen, um Primärversorgung zu attraktivieren - für Patient*innen, die ohne Überweisung in Ambulanzen kommen

Änderungen, die von den Befragten als notwendig erachtet werden, damit Patient*innen eher Ärzt*innen im niedergelassenen Bereich als in Ambulanzen, in Anspruch nehmen, beziehen sich auf vermehrte Aufklärung darüber, wofür Krankenhäuser und deren Ambulanzen zuständig und wofür Hausärzt*innen zuständig sind. Eine der Expert*innen schlägt vor, bereits im schulischen Unterricht Gesundheitskompetenz und -bewusstsein zu schärfen. Kinder *"sollten hier lernen mit ihrem Körper umzugehen und ihren Körper und dessen Beschwerden kennenzulernen"* (Interview 1: Z 32). Außerdem sollte auch über diverse Medien über Zuständigkeiten aufgeklärt werden, in Krankenhäusern sollte jedenfalls Informationsmaterial hierüber aufgelegt oder ausgestellt werden.

Weitere Änderungsvorschläge beziehen sich auf eine Ausweitung der Anzahl an Fachärzt*innen im niedergelassenen Bereich, eine schnellere Zurverfügungstellung von Terminen bei diesen sowie Aufklärung darüber, woran medizinische Notfälle erkannt werden können, außerdem ein Triage-System in allen Ambulanzen sowie generell mehr Personal im niedergelassenen Bereich. Die interviewten Krankenpfleger*innen verlangen *"mehr Kompetenzzentren, wo Infrastruktur, wie Röntgen und so weiter vorhanden sind, längere Öffnungszeiten und schnellere Abwicklung der Diagnose (...) Aufklärung über das System Hausarzt, und auch das Vertretungssystem in Österreich für Menschen mit anderem kulturellem, vor allem Türkei, wo es dieses System nicht gibt, Hintergrund"* (Interview 2: Z 32).

Ebenso wird die Notwendigkeit gesehen, dass *"das Angebot im niedergelassenen Bereich da sein muss"* (Interview 4: Z 32), d.h., dass auch wochenends, feiertags und zu Randzeiten (früh morgens, abends) insbesondere für Erwerbstätige Hausärzt*innen geöffnet haben sollten. Weiters sollten sich diese um eine *"emotionale Bindung"* (Interview 4: Z 32) bemühen und um den Aufbau von vertrauensvollen Beziehungen zu Patient*innen (vgl. Interview 1-4: Z 32).

7.13 Ideale Versorgungssituation in Österreich

Eine ideale Versorgungssituation würde für eine der Interviewten so strukturiert sein, dass es ein *"24-Stunden-Hausarzt-System gibt, wo man auch telefonisch Informationen bekommt, die mit einem Einschätzungssystem arbeiten, bspw. mit dem Manchester-Triage-System, so dass die Wertigkeit der Hausärzt*innen in der Medizin angehoben wird und der Hausarzt/die Hausärztin nicht die unterste Stufe der Medizin ist"* (Interview 1: Z 33). Gleichzeitig sollte es mehr Fachärzt*innen mit Verträgen mit den Gebietskrankenkassen geben sowie einen *"Paradigmenwechsel"* (Interview 1: Z 33) in den Krankenhäusern, der hin zu einer *"personenbezogenen Therapie"* (Interview 1: Z 33) führen und eine *"Überabklärung und übermedikamentöse Therapie"* (Interview 1: Z 33) verhindern soll. Weiters soll dieser angesprochene Paradigmenwechsel dazu führen, dass die zu behandelnden Patient*innen und deren Bedürfnisse wieder vermehrt in den Blickwinkel der behandelnden Mitarbeiter*innen in Ambulanzen geraten und nicht *"nur mehr leitliniengerecht behandelt und therapiert wird"* (Interview 1: Z 33).

Weitere Erwartungen hinsichtlich einer als ideal angesehenen Versorgungssituation beziehen sich auf *"mehr Personal, mehr Fachärzt*innen, größere Warteräume und mehr Behandlungszimmer"* (Interview 2: Z 33) sowie *"(...) größere Einheiten mit erweiterten Öffnungszeiten mit mehr Angebot"* (Interview 4: Z 33) und *"(...) dass Patient*innen an ein Krankenhaus angebunden sind, wo man sie weitervermitteln kann sowie dass Leute in einem funktionierenden Haus alle Diagnosen bekommen können und nicht an verschiedene Orte gehen müssen, wo auch mehr fachlicher Austausch vor Ort passiert (...)"* (Interview 4: Z 33) (vgl. Interview 1-4: Z 33). Abschließend formuliert eine der Befragten ihre Erwartung an eine ideale Versorgungssituation. *"Um die Krankenhäuser zu entlasten müsste der hausärztliche Bereich gestärkt werden"* (Interview 1: Z 34).

8 Zusammenfassung und Empfehlungen

8.1 Zusammenfassung – eine SWOT-Analyse

Die hier vorliegenden empirischen Ergebnisse aus den narrativen Interviews und den Expert*inneninterviews wurden in einer SWOT-Analyse zusammenfassend gebündelt, um die Stärken, die Schwächen, die förderlichen und die hemmenden Rahmenbedingungen eines Ambulanzbesuches aus Sicht der betroffenen (befragten) Patient*innen herauszuarbeiten. Daraus werden dann Empfehlungen abgeleitet.

8.1.1 Stärken

Als Stärken eines Ambulanzbesuches werden gesehen: die rasche Behandlung im Akutfall, die hohe Behandlungskompetenz, insbesondere die Bandbreite der diagnostischen Möglichkeiten, die Möglichkeiten, Kompetenzen und das Wissen der behandelnden Ärzt*innen und die sich daraus ergebenden exakten Diagnosen. Es wird in der Ambulanz insbesondere mehr Wissen bei seltenen Diagnosen bzw. bei Komplikationen erwartet. Auch die Möglichkeit, sich selbst in die Ambulanz „einzuweisen“, um einer sowieso erwarteten Überweisung durch den Hausarzt/die Hausärztin vorzugreifen (und sich dann den Besuch beim Hausarzt/bei der Hausärztin zu sparen) gilt als Stärke der Ambulanz. Auch die Enttäuschung über eine konkrete Behandlung (bisherige Erfahrungen) mit Haus- oder Fachärzt*innen ist ein Motiv.

Positiv bewertet wird der „One-Stop-Shop“ in der Ambulanz (mehrere Angebote in einem Haus), auch wenn die Wartezeit einmalig länger sein mag, wird sie kürzer erlebt als die (alternative) kumulierte Wartezeit bei mehreren niedergelassenen Anbieter*innen und die in den Ambulanzen vermeintlich schnellere Diagnostik. Auch eine gute persönliche Betreuung wird in der Ambulanz geschätzt.

Ein weiteres Besuchsargument ist die „Gewohnheit“, entweder, weil man schon seit Jahren oder Jahrzehnten im Bedarfsfall die Ambulanz besucht oder weil man aus dem "Heimatland" keinen anderen Versorgungstyp als den des Spitals kennt. Als vorteilhaft wird auch die leichtere Vereinbarkeit mit der eigenen Erwerbsarbeit (Öffnung auch zu Tagesrandzeiten) gesehen.

Fallweise wird die allgemeine Ambulanz auch als Alternative an jenen Tagen beschrieben, an denen die Spezialambulanz, die man eigentlich aufsuchen wollte, geschlossen hat, insbesondere, wenn kurzfristig Schmerzen aufgetreten sind.

8.1.2 Förderliche Rahmenbedingungen

Förderliche Rahmenbedingungen für den Ambulanzbesuch sind die hohe zeitliche Verfügbarkeit und dazu im Gegensatz die geringen wöchentlichen Öffnungszeiten beim Hausarzt/bei der Hausärztin, neben der zeitlichen auch eine gute örtliche Erreichbarkeit, die langen Wartezeiten, um überhaupt einen Hausarzt/ärztinnen- oder vor allem einen Facharzt/ärztinnentermin zu bekommen, aber auch die als zu gering empfundene Zahl von Diagnosegeräten beim Hausarzt/bei der Hausärztin.

Oft ist es auch eine Überweisung vom Hausarzt/von der Hausärztin oder vom Facharzt/von der Fachärztin zur Abklärung bestimmter Fragen.

In Vorarlberg wird die umfassende Manchestertriage bei Spitalsambulatorien (hier wird auch zwischen Spital und niedergelassenem Bereich entschieden) als förderlicher Zugang für jene, die das Spital brauchen, genannt.

8.1.3 Schwächen

Die Schwächen der Spitalsambulanz aus Sicht der Patient*innen ergeben sich vor allem aus der Auswertung der Frage nach der „idealen“ Versorgung. Es sind dies vor allem die fehlende persönliche Betreuung, die fehlende Zeit für die einzelnen Patient*innen⁵, das fehlende Wissen über die Patient*innen, ihre Krankheitsgeschichte und ihr persönliches Umfeld. Auch die oftmaligen Wechsel der betreuenden Ärzt*innen und die sich dadurch ergebende fehlende freie Arzt/Ärztinnenwahl werden als Nachteil empfunden.

Dadurch, dass die Patient*innen in der Ambulanz in der Regel nicht (persönlich) bekannt sind, wird die Gefahr der "Über"diagnostik (es werden zu viele Parameter erhoben, weil der*die Patient*in nicht bekannt ist) gesehen, manchmal auch verbunden mit unnötigen Belastungen der Patient*innen.

8.1.4 Hemmende Rahmenbedingungen

Hemmende Rahmenbedingungen, eine Spitalsambulanz aufzusuchen, sind die Entfernung vom nächstgelegenen Spital (insbesondere, wenn gut erreichbares niedergelassenes

⁵ Dies wird aber auch für den niedergelassenen Bereich vermerkt, siehe z.B. Fischer et.al. 2014

Angebot mit attraktiven Öffnungszeiten näher liegt), eine gefürchtete oder erlebte starke Belastung des Ambulanzpersonals mit den (auch für die Patient*innen zu merkenden) negativen Auswirkungen wie Stress, Frustration, Ungeduld etc., aber auch eine steigende Aggressivität eines Teils der (wartenden) Patient*innen.

Spitalsambulatorien sind teurer als der niedergelassene Bereich, weil hier einerseits die gesamten Vorhaltekosten des Spitalsbetriebes zu Buche schlagen, weil die Kapazität auf Grund der schwankenden, aber hohen Inanspruchnahme nicht gut einschätzbar ist und weil viele Befunde (immer wieder) neu erhoben werden müssen, weil die Mehrheit der Patient*innen hier unbekannt sind (Ausnahme sind jene Patient*innen, die nach einem stationären Aufenthalt in die Ambulanz wiederbestellt sind, bei denen bereits alle Daten aufliegen). Hier könnte durch die umfassende Einführung der ELGA eine Verbesserung eintreten (wenn nicht zu viele Personen hinaus optieren).

Bei manchen Leitfadenterviews wird bei einem Teil der Ambulanzpatient*innen auch eine Mentalität des „Krankenhaus-Shoppings“ beobachtet: Sie lassen sich möglichst breit diagnostizieren, um dann selbst zu entscheiden, welche Therapien (Therapiebausteine) sie in Anspruch nehmen und welche nicht.

8.2 Empfehlungen, die sich aus dieser Studie ergeben

Sowohl jüngste empirische Untersuchungen (GfK 2016, Vorarlberger Landesregierung 2010), als auch die hier vorgelegte qualitative Untersuchung in drei Bundesländern lassen keinen übermäßigen Zug von Patient*innen in Richtung Spitalsambulanzen durch Selbsteinweisung und als selbstgewählte Alternative zum Besuch eines Haus- oder Facharztes bzw. einer Haus- oder Fachärztin nachweisen, wie es die mediale Debatte immer wieder glauben machen möchte. Die überwiegende Mehrheit der Patient*innen sucht vor allem den niedergelassenen Bereich auf, so der Tenor aller vorliegenden Untersuchungen.

Es ist aber ein gewisser Stock von Patient*innen festzustellen, die im Krankheitsfalle lieber eine Spitalsambulanz aufsucht, als den niedergelassenen Bereich, und zwar aus – wie sie meinen – ernsthaften Gründen. Diese Motive sind tatsächlich auch ernst zu nehmen und bei der Entwicklung möglicher Alternativen zu berücksichtigen.

Es liegt auf der Hand, dass die Spitalsambulanz nicht immer der *"best point of service"* ist, mit Sicherheit aber ein teurer *"point of service"*. Um den Nutzen, den Ambulanzen den Patient*innen bringen, zu erhalten und gleichzeitig die auch von ihnen erkannten Nachteile zu beseitigen, muss es gelingen, die extramurale Versorgung in den Bereichen zu stärken,

die in Spitalsambulanzen nachgefragt sind, aber auch im niedergelassenen Bereich erbracht werden können. Zu schaffen sind im niedergelassenen Bereich vor allem: die Erreichbarkeit und lange Öffnungszeit, auch in Tagesrandzeiten, die hohe Behandlungskompetenz, eine ausreichende Ausstattung mit Geräten sowie ein multiprofessionelles Team.

Wesentlich nachgefragt wird das One-Stop-Shop-Prinzip; hierfür werden längere Wartezeiten am Stück in Kauf genommen, um mehrfache Wartezeiten bei verschiedenen Anbieter*innen zu vermeiden. Ebenso wichtig ist den Patient*innen auch das Vermeiden langer Wartezeiten auf Behandlungstermine und die Möglichkeit, im Zuge der Behandlung kurzfristig notwendige zusätzliche Diagnostik und Therapie ohne Anbieter*innenwechsel ebenfalls durchführen zu können. Gleichzeitig wünschen die Patient*innen den persönlichen Kontakt und dass ihre Krankengeschichte sowie ihre Lebensumstände dem behandelnden Arzt/der behandelnden Ärztin bereits bekannt sind und daher nicht notwendige Zusatzanamnesen vermieden werden können.

Die geplanten Primärversorgungszentren könnten viele der hier gebündelten Patient*innenerwartungen erfüllen, wenn sie in ausreichender Zahl und Verbreitungstiefe eingerichtet werden. Sie können und sollen aber Spezialambulanzen nicht ersetzen, könnten diese aber unter Umständen entlasten.

9 Literatur

Auer, Katharina / Fischer, Timo / Hengl, Stefanie / Schauppenlehner, Mathias / Schmid, Tom (2011): Fünf typische Wege im Gesundheitssystem – die Rolle des Hausarztes in der Versorgungskette. Wien. Soziale Sicherheit 10/2011. S. 470 – 482.

Auer, Katharina / Schmid, Tom (2014): Strukturgeleitete Textanalyse. Manuskript.

Bohnsack, Ralf (2008): Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in qualitative Methoden. Opladen.

Bohnsack, Ralf (2013): Typenbildung, Generalisierung und komparative Analyse: Grundprinzipien der dokumentarischen Methode. In: Bohnsack, Ralf / Nentwig-Gesemann, Iris / Nohl, Arnd-Michael (Hrg.): Die dokumentarische Methode und ihre Auswertung. Wiesbaden. S. 241 – 257.

Bortz, Jürgen / Döring, Nicola (2002): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaften. Berlin – New York – Tokyo.

Bundesministerium für Gesundheit (2012): Rahmen-Gesundheitsziele. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich. Wien.

Bundes-Zielsteuerungskommission (2014): „Das Team rund um den Hausarzt“. Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich. Wien (Beschluss vom 30.6.2014).

Donabedian, Arvad (1982): The Criteria and Standards of Quality. Ann Arbor, Michigan.

Fischer, Timo / Laun, Pascal / Neidl, Andreas / Schmid, Tom / Schauppenlehner, Mathias (2014): Erwartungen an die Primärversorgung – die Patient*innenperspektive; In: Soziale Sicherheit 12/2014. Wien. S. 552 – 565.

Flaker, Vito / Schmid, Tom (Hrg.) (2006): Von der Idee zur Forschungsarbeit. Forschen in Sozialarbeit und Sozialwissenschaft. Wien – Köln – Weimar.

GfK (2016): GfK Erhebung Gesundheit 2016 (im Auftrag des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger). Wien.

Land Vorarlberg (2010): Studie Selbstzuweisung 2010. Analyse der Vorarlberger Spitalsambulanzen als Anlaufstelle für Selbstzuweisungen. Bregenz (Powerpoint-Vortrag).

Landespressestelle Vorarlberg (2010): Präsentation der Ergebnisse der Vorarlberger Spitalsambulanzstudie. Bregenz. Presseunterlage.

Morgan, Myfanwy (2008): The Doctor – Patient Relationship. In: Scambler, Graham (Ed.): Sociology as Applied to Medicine. New York – Oxford – Philadelphia – St. Lois – Sydney – Toronto. S. 55 – 70.

Mehmet, Yasemin (2011): Qualitätsurteile in Patientenbefragungen. Von der Zufriedenheit zum reflektierten Urteil. Wiesbaden.

Nentwig-Gesemann, Iris (2013): Die Typenbildung der dokumentarischen Methode. In: Bohnsack, Ralf / Nentwig-Gesemann, Iris / Nohl, Arnd-Michael (Hrg.): Die dokumentarische Methode und ihre Auswertung. Wiesbaden. S. 258 – 323.

Österreichisches Parlament (2017): Gesundheitsreformumsetzungsgesetz 2017. https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/ME/ME_00312/index.shtml (18.08.2017)

Strauß, Anselm (1998): Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen und soziologischen Forschung. Stuttgart.

10 Anhang

10.1 Leitfaden

Für die strukturierten Interviews wurde folgender Leitfaden verwendet.

Projekt Patient*innenmotivation

Leitfaden Expert*inneninterviews

Datum		Zeit	
Ort			
Befragte Person			
Funktion		Geschlecht	
Interviewer*in			

Das Interview ist anonym und wird ohne Personenbezug ausgewertet

Besondere Vorkommnisse / Beobachtungen während des Interviews

Bitte für jedes interview einen eigenen Leitfaden ausdrucken

Bei Tonaufnahme bitte vorher um Erlaubnis fragen

1. Türöffner-Frage

Kurze Information über das Projekt

Befragung im Auftrag des HVB der Sozialversicherungsträger, zwei Schritte: (1) narrative Befragung von Patient*innen, die ohne Zuweisung eine Spitalsambulanz aufsuchen, (2) Befragung von Stakeholder*innen im Spital

1.1 Haben Sie Interesse an den Ergebnissen?

2. Mundöffner-Fragen

2.1 Kurze Beschreibung der Ambulanz

2.2 Welche Art von Patient*innen besucht diese Ambulanz vor allem?

2.3 Gibt es Unterschiede nach Tagen / Tageszeiten?

2.4 Welche Behandlung / Beratung bekommen die Patient*innen?

2.5 Wie oft (im gefühlten Schnitt) kommt ein*e Patient*in pro Krankheit in diese Ambulanz?

3. Sachfragen

3.1 Anteil der Patient*innen (in gefühlten Prozent), die ohne Überweisung bzw. Wiederbestellung in diese Ambulanz kommen?

3.2 Welche Gründe geben sie für den Besuch an?

3.3 Bei Personen nach einem stationären Aufenthalt: Wieso kommen sie in die Ambulanz und nicht in den niedergelassenen Bereich?

3.4 Wie wird mit dem niedergelassenen Bereich kommuniziert (Arztbrief, Telefonat...)?

4. Problemfragen

4.1 Welche Probleme entstehen durch die Inanspruchnahme der Spitalsambulanz

a) für Patient*innen?

b) für die Ambulanzen / das Spitalssystem?

4.2 Welche Probleme sind besonders störend?

5. Veränderungsfragen

5.1 Welche strukturellen Änderungen wären nötig, damit mehr Patient*innen die Primärversorgung statt der Ambulanz nutzen würden?

a) für Patient*innen nach einer stationären Behandlung?

b) für Patient*innen, die ohne Überweisung kommen?

5.2 Wie würde aus Ihrer Sicht die ideale Versorgungssituation in Österreich aussehen?

5.3 Gibt es noch etwas zu unserem Thema, das Sie uns mitteilen wollen?

DANKE FÜR IHRE MITARBEIT!

10.2 Narrative Interviews

Die zu befragenden Personen wurden (teilweise nach entsprechenden Hinweisen seitens des Aufnahmeschalters, um die „richtigen“ Personen, also diejenigen ohne Zuweisung, zu erreichen) im Wartebereich der Ambulanz angesprochen und gefragt, ob sie – entweder während der Wartezeit oder nach der Untersuchung/Behandlung – für ein Interview zur Verfügung stehen.

Erfolgte die Zustimmung, wurde die Datenschutzvereinbarung unterschrieben und die Erlaubnis erfragt, ob das Gespräch elektronisch aufgezeichnet werden darf. Es wurde Anonymität zugesagt.

Wir stellten drei Fragen:

- Können/Wollen Sie etwas zur Krankengeschichte erzählen?
- Weshalb sind Sie in die Spitalsambulanz und nicht zum praktischen Arzt gegangen?
- Wie würde Ihre ideale Versorgung aussehen?

10.3 Datenschutzerklärung

DATENSCHUTZERKLÄRUNG

für das **Projekt zur Motiverhebung in Spitalsambulanzen**

Ich erkläre mich einverstanden, mich für das SFS-Projekt zur Motiverhebung in Spitalsambulanzen durch eine wissenschaftlich geschulte Person interviewen zu lassen. Das Interview wird völlig anonym durchgeführt, in die Auswertung fließen keine personenbezogenen Daten ein.

Ort: _____ Darum: _____

Unterschrift: _____

Ich erkläre mich einverstanden, dass dieses Interview elektronisch aufgenommen wird. Die Aufnahmen werden nach der Auswertung wieder gelöscht.

Ja

Nein

WIR BEDANKEN UNS FÜR IHRE MITARBEIT

Interview Nr: _____

Wenn Sie an den Ergebnissen der Studie interessiert sind, geben Sie bitte unserem Interviewer / unserer Interviewerin eine Mailadresse /Facebookadresse bekannt, wo wir den Bericht hinschicken können. Mit den Auswertungen ist im ersten Halbjahr 2017 zu rechnen

10.4 Interviews

Für das gegenständliche Forschungsprojekt wurden in den Jahren 2016 und 2017 folgende Interviews geführt:

10.4.1 Narrative Interviews

Wien

- a.) Interview I1A, männlich, 55-60 Jahre
- b.) Interview I2A, männlich, ca. 35 Jahre
- c.) Interview I3A, weiblich, circa 45 Jahre
- d.) Interview I4A, männlich und weiblich (Doppelinterview), 31 und 29 Jahre
- e.) Interview I1H, weiblich, 88 Jahre
- f.) Interview I2H, weiblich, 44 Jahre
- g.) Interview I3H, männlich, 55 Jahre
- h.) Interview I4H, weiblich, 45 Jahre
- i.) Interview Y1W, weiblich, ca. 30 Jahre
- j.) Interview Y2W, weiblich, ca. 60 Jahre
- k.) Interview Y3W, weiblich, ca. 40 Jahre
- l.) Interview I1W, weiblich, ca. 67 Jahre
- m.) Interview I2W, weiblich, ca. 70 Jahre
- n.) Interview I3W, männlich, ca. 40 Jahre
- o.) Interview I4W, weiblich, ca. 40 Jahre
- p.) Interview I5W, männlich, ca. 50 Jahre

Innsbruck

- a.) Interview I1I, weiblich, ca. 70-80 Jahre
- b.) Interview I2I, männlich, ca. 80-90 Jahre
- c.) Interview I3I, weiblich, ca. 40-50 Jahre

Endbericht

- d.) Interview I4I, weiblich, ca. 26 Jahre
- e.) Interview I4I, weiblich, ca. 35-45 Jahre

Vorarlberg

- a.) Interview I1V, männlich, ca. 35 Jahre
- b.) Interview I2V, männlich, ca. 40 Jahre
- c.) Interview I3V, männlich, ca. 55 Jahre
- d.) Interview I4V, weiblich, ca. 30 Jahre
- e.) Interview I5V, männlich, ca. 25 Jahre
- f.) Interview I6V, männlich, ca. 50 Jahre
- g.) Interview I7V, weiblich, ca. 70 Jahre
- h.) Interview I8V, weiblich, ca. 60 Jahre
- i.) Interview I9V, männlich, ca. 25 Jahre

10.4.2 Leitfadeninterviews

- a.) Interview 1, LKH Bregenz, Ärztin
- b.) Interview 2, Wien Rudolfstiftung, Verwaltungskraft
- c.) Interview 3, Wien Hanusch KH, Krankenpflege
- d.) Interview 4, Wien Hanusch KH, Krankenpflege
- e.) Interview 5, Wien Hanusch KH, Arzt

11 Projektteam

11.1 Ilonka Brustmann

Studentin der Soziologie in Wien. Mitarbeit in der SFS seit April 2016.

e-mail Adresse: ilonka.brustmann@gmx.at

11.2 Mag^a Yasemin Inan

Mitarbeit in der SFS seit Februar 2016. Studium der Religionswissenschaft. Forschungsassistentin bei Forschungsprojekten an der Universität Wien und der Universität Bern.

e-mail Adresse: yasemin.inan@gmx.at

11.3 Simone Kerzendorfer, BA, MA

Mitarbeit in der SFS seit Anfang 2016. Sozialarbeiterin und Sozialwissenschaftlerin. Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der FH Burgenland seit 2015.

e-mail Adresse: simone.kerzendorfer@gmx.at

11.4 Pascal Laun, BA - Projektleitung

Mitarbeit in der SFS seit 2014. Obmann des Vereins SFS. Sozialarbeiter und Sozialwissenschaftler. Research- and Teaching Assistant an der FH St. Pölten, Wissenschaftlicher Mitarbeiter der FH Burgenland sowie Stabstelle Koordination und Entwicklung im Verein „DAS BAND“.

e-mail Adresse: pascal.laun@band.at

11.5 Chiara Messina, BA

Studentin des Masterstudienganges Management in Einrichtungen des Gesundheitswesens am IMC Krems.

e-mail: ch.messina@imc-krems.eu;

11.6 Prof. (FH) Dr. Tom Schmid

Mitarbeit in der SFS seit 1999. Kassier des Vereins SFS.

Politikwissenschaftler, Professor für Sozialpolitik an der Fachhochschule St. Pölten, Studiengang Sozialarbeit sowie Lektor an der Fachhochschule Krems – IMC Krems und an

der Alpe-Adria Universität Klagenfurt/Celovec. Seit 2012 Geschäftsführer von DAS BAND – gemeinsam vielfältig in Wien. Zahlreiche wissenschaftliche Publikationen.

e-mail Adresse: tom.schmid@sfs-research.at

11.7 Tamara Tillich

Studentin des Masterstudienganges Management in Einrichtungen des Gesundheitswesens am IMC Krems.

e-mail: tamara.tillich@chello.at

12 Referenzen

12.1 Die Sozialökonomische Forschungsstelle

Die Sozialökonomische Forschungsstelle (SFS) ist ein unabhängiges Forschungsinstitut mit den beiden Geschäftsfeldern Forschung (SFS-Research) und Beratung (SFS-Consult) in der Rechtsform eines gemeinnützigen Vereins und als solcher nicht umsatzsteuerpflichtig. Der Vereinssitz ist in Wien.

Die **ZVR-Zahl lautet** 300659884. Die **ANKÖ Nummer** lautet 21025.

Forschungsschwerpunkte des Institutes sind Sozialpolitik, Gesundheitspolitik, Arbeitsmarktpolitik, Qualitätsforschung, Human Resources Management, Gender Mainstreaming sowie 3.-Sektor-Forschung. Dabei wird ein interdisziplinärer sozial- und wirtschaftswissenschaftlicher Ansatz verfolgt. Die SFS ist der Gleichstellungsstrategie Gender Mainstreaming in Inhalt, Forschungsstrategie und Darstellung verpflichtet.

Die SFS wurde im Juli 1997 unter dem Vorsitz von Präsidenten Hans Sallmutter (Gründungsobmann des Vereins) und unter der Leitung von Univ. Lektorin Mag^a. Andrea Holzmann-Jenkins (Ökonomin) gegründet, die im Jahr 2001 zum Wissenschaftszentrum Wien (WZW) gewechselt ist. Seit dem wurde die SFS von Prof. (FH) Dr. Tom Schmid (Politologe und Sozialmanager) geleitet. Seit Sommer 2015 wird die SFS von Pascal Laun, BA geleitet. Zur Durchführung von Forschungsprojekten aus dem Bereich der Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik werden Kooperationen mit in- und ausländischen Instituten und Wissenschaftler*innen eingegangen.

Vereinsorgane und Geschäftsführung der SFS

Die statutarischen Organe der SFS werden seit Juni 2015 von folgenden Personen besetzt:

Obmann:	Pascal Laun , BA, Sozialarbeiter, Sozialwissenschaftler und Masterstudent der Sozialen Arbeit
Kassier:	Prof. (FH) Dr. Tom Schmid , Politologe und diplomierter Sozialmanager
Schriftführer :	Andreas Neidl , BA MA, Sozialarbeiter und Sozialarbeitsforscher, Lektor an der FH St. Pölten
Rechnungsprüferinnen:	Nina Mack , BA und Manuela Krivda

12.2 Wissenschaftliche Referenzen der SFS

Im Rahmen der Forschungstätigkeit der SFS werden bzw. wurden bisher folgende Projekte durchgeführt:

89. *Patient*innenmotive zum Besuch von Spitalsambulanzen* - qualitative Befragung im Auftrag des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger Österreichs. Jänner 2016 bis August 2017 - LÄUFT
88. *Expertise zu einer Mitarbeiter*innenbefragung im Verbund Judenburg – Knittelfeld* im Auftrag des Betriebsrates. März 2016. GESPERRT
87. *Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen in Kindergärten der Steiermark*; Studie im Auftrag der AK Steiermark. Jänner 2015 bis Dezember 2016
86. *Statistische Auswertungen zu einer Dorfanalyse Thaya* – März/April 2015
85. *Voll- und teilbetreutes Wohnen in Österreich - Expertise im Auftrag des oö Landesrechnungshofes*. Dezember 2014 bis Juni 2015 – TEILWEISE GESPERRT
84. *Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen in den Gesundheitsberufen in der Steiermark und in Tirol* – im Auftrag der AK – April 2013 bis Februar 2014
83. *Kinderarmut in Österreich* - im Auftrag der Volkshilfe Österreich – April – August 2013
82. *Re-Edition des Arltschen Schriftgutes* – im Auftrag der MA 7. Herbst 2012 – Sommer 2013
81. *Social Familyship – Auswirkung von Pflege- und Betreuung auf gelebte Familienstrukturen*, im Auftrag von Univ.-Prof. Dr. Nikolaus Dimmel. – 2012 - 2016
80. *Evaluierung des BAGS Kollektivvertrages* – im Auftrag der BAGS, der GPA und des BMAGS – April 2010 – Jänner 2014
79. *Evaluierung des VOLKSHILFE-Projekts „Betreuungsgruppe demenzkranker Menschen“* – Im Auftrag der Volkshilfe Österreich - 2012
78. *Integrationsbeauftragte Österreichischer Städte* – gemeinsam mit dem Städtebund im Auftrag des BMI - Jänner 2012 – April 2013
77. *Evaluierung des Kollektivvertrages des Fonds Soziales Wien* – im Auftrag des FSW - LÄUFT
76. *Evaluierung des Projektes „Transkulturelle Gewaltprävention und Gesundheitsförderung“* im Auftrag des Vereins Samara, gefördert u.A. vom Fonds Gesundes Österreich in den Jahren 2011 bis 2015.
75. *Hausarztmodell*: Unterstützung des Ilse Arlt Instituts für Inklusionsforschung der FH St. Pölten bei der Analyse der hausärztlichen Versorgung in Wien und Niederösterreich im Auftrag des Vereines SV-Wissenschaft und gefördert durch den FFG. Sommer 2010 – Sommer 2011
74. *Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen der Gesundheitsberufe* – Sonderauswertung Wiener KAV– März 2011. GESPERRT

73. *Evaluierung des Projekts "Seniorengerechte Wohnhaussanierung"* – Evaluierung im Auftrag der Wohnbauvereinigung der Gewerkschaft der Privatangestellten, Jänner bis März 2011 - GESPERRT
72. *Labour market measures to reduce undeclared work in private homes of elderly people – EU-Projekt unter Leitung der IWAK, Frankfurt/Main April 2010 – März 2011.*
- 71 *Armut macht krank* – Studie im Auftrag des Fonds Gesundes Österreich. Gemeinsam mit der Volkshilfe Österreich, Jänner bis Oktober 2010.
- 70 *Wirtschaftskrise* – Auswertung von Expert*innen-Interviews – im Auftrag der Donau-Universität Krems, im August 2009. - GESPERRT
- 69 *Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen angestellter Ärzt*innen in Niederösterreich und Wien* – im Auftrag der Ärztekammer, August 2009 – Oktober 2010
- 68 *Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen in den Gesundheitsberufen* – im Auftrag der AK, Februar 2009 – Dezember 2010.
- 67 *Familienbelastungen durch Selbstbehalte und Kostenbeiträge* – im Auftrag der GRÜNEN NÖ Mai bis Juli 2008.- GESPERRT
- 66 *Evaluierung der 24-Stunden-Betreuung* – im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales und Konsumentenschutz. Mai bis Juli 2008
65. *Familienbericht der Bundesregierung* – unter der Leitung von Univ.-Prof. Dr. Nikolaus Dimmel – Mitarbeit in mehreren Kapiteln, Mai 2008 - Juni 2009
64. *Befragung zum Sicherheitsgefühl während der Fussball-EM* – im Auftrag der Donau-Universität im Juni 2008
63. *Regress im Niederösterreichischen Sozialhilferecht.* Im Auftrag von LR Emil Schabl, Herbst 2007 - Jänner 2008
62. *Antragsberatung Kiras-Antrag* – im Auftrag der Donauuniversität, Oktober 2007 - GESPERRT
61. *Dialogforum Spezial: 24-Stundenbetreuung* – im Auftrag der Arbeiterkammer Niederösterreich, August – Dezember 2007
60. *Beratungsdienstleistung zur Entwicklung eines Fördermodells zum Hausbetreuungs-gesetz* – im Auftrag des Bundesministers für Soziales und Konsument*innenschutz, März – Juni 2007 - GESPERRT
59. *Vorbereitung von Produkten für den Chancengleichheitskongress in Kärnten* – im Auftrag des Amtes der Kärntner Landesregierung, Oktober 2007
58. *Frauenbericht Burgenland 2007* – im Auftrag des Landes Burgenland, Jänner - Oktober 2007
57. *Beratung Finanzabwicklung EQUAL für den „Sozaktiv – Verein zur Förderung von Fortbildung und Forschung in der Sozialarbeit“* – im Auftrag des Vereins SOZAKTIV, August 2006 - Juni 2007 - GESPERRT
56. *Mögliche neue Geschäftsfelder des ASBÖ in der Oststeiermark* – im Auftrag des Arbeiter-Samariterbundes Steiermark, August - November 2006 - GESPERRT

55. *Hochbetagtenbericht* – Kapitel Ältere und Behinderung – im Auftrag von Univ.-Prof. Dr. Majce, Uni Wien, Februar 2006 - Jänner 2007
54. *Antragstellung für ein K1-Zentrum für Gesundheits- und Sozialpolitik* – gemeinsam mit Fachhochschule St. Pölten (Projektleitung) und KWI, im Auftrag der Stadt St. Pölten, Oktober 2006 - GESPERRT
53. *Befragung zur GPA Mitgliederwerbung T-Mobile*, im Auftrag der GPA, September 2006 - April 2007
52. *Qualifikationsstruktur und Weiterbildungsbedarf Salzburg 2010 unter besonderer Berücksichtigung der Produktionswirtschaft*, im Auftrag des Landes Salzburg, Juni 2006 - November 2006 - GESPERRT
51. *24-Stundenbetreuung in Österreich* – Wissenschaftliches Gutachten und Referate, im Auftrag der ÖKSA, Jänner 2006 - GESPERRT
50. *Sozialmanagement – Beratung der „ARGE-Sozialmanagement“*, im Auftrag der Arge Sozialmanagement, Jänner 2006 - März 2007 - GESPERRT
49. *500 Plus – Betriebsrät*innenbefragung der Gewerkschaft der Privatangestellten in der Energiewirtschaft* – im Auftrag der GPA, Dezember 2005 - März 2006
48. *Qualitätsentwicklung Gender Mainstreaming* – Equal Projekt AT-5-01/260, im Auftrag der Gemeinschaftsinitiative EQUAL, 2005 - Juni 2007
47. *Donau-Entwicklungspartnerschaft – „Quality in Inclusion“ – Equal-Projekt AT-3B-02/295*, im Auftrag der Gemeinschaftsinitiative EQUAL, Juli 2005 - Juni 2007
46. *U-Turn. Erfahrung wertschätzen, Wertschätzung erfahren* Equal Projekt AT-1A-02/290, im Auftrag der Gemeinschaftsinitiative EQUAL, Juli 2005 – Juni 2007
45. *Pro_Fit NÖ –Equal Projekt AT-1B-12/288*, im Auftrag der Gemeinschaftsinitiative EQUAL, Juli 2005 – September 2006
44. *Sozialpolitische Expertise zur Sonderprüfung „Maßnahmen der Behindertenhilfe“*, im Auftrag des Oberösterreichischen Landesrechnungshof, 2005 - GESPERRT
43. *Sozialpolitische Expertise zur Überprüfung der „Oberösterreichischen Pflegeheime“ im Auftrag des Oberösterreichischen Landesrechnungshof*, 2005 - GESPERRT
42. *Bedarfsanalyse in derzeitigen und möglichen Geschäftsfeldern des Arbeiter-Samariter-Bundes*, im Auftrag des Arbeiter Samariter-Bundes Österreich, 2005 - GESPERRT
41. *Evaluierung des Ausbaus der Suchtberatungsstellen Baden und Lilienfeld*, im Auftrag der Pantucek - OEG, 2004
40. *Erstellen eines Kapitels „Gesundheitsversorgung“ für den Wiener Gesundheitsbericht 2003*, im Auftrag der Stadt Wien, Bereichsleitung für Gesundheitsplanung und Finanzmanagement, 2003 - 2004
39. *„barrierefrei“ – Gynäkologische Vorsorge und Versorgung behinderter Frauen*, im Auftrag des Fonds Soziales Wien, Abteilung Wiener Frauengesundheitsprogramm, Juni 2003 - November 2004
38. *Mama Mia“ Gesundheit von Müttern mit Kleinkindern*, im Auftrag des Fonds Soziales Wien, Abteilung Wiener Frauengesundheitsprogramm, Mai 2003 - Juli 2004

37. *Bedarfsanalyse für ein Wiener Institut für Gesundheitsökonomie*, im Auftrag der Bereichsleitung für Gesundheitsplanung und Finanzmanagement der Stadt Wien, Mai 2003 - Juni 2005
36. *„gemeinsam erweitern“*, gemeinsam mit dem ÖGB, im Auftrag der EU, 2003 - 2005
35. *„Pflege im Spannungsfeld zwischen Angehörigen und Beschäftigung“*, im Auftrag der GPA und AK, 2003 – 2005 - GESPERRT
34. *Recherche – Bedarf und Erfolgsbedingungen für Mentor*innen – Projekt an der Hans Mandl Berufsschule“*, im Auftrag von Interdisk – das Netzwerk für Arbeit und Wirtschaft, 2002 - 2003
33. *INTequal – Integration Jugendlicher mit Behinderungen in Niederösterreich – Equal Projekt AT 1B-12/*, im Auftrag der Gemeinschaftsinitiative EQUAL, 2002 - 2005
32. *QSI – Quality Supported Skills for Integration – Equal Projekt AT 3-01/61*, im Auftrag der Gemeinschaftsinitiative EQUAL, 2002 - 2005
31. *Der Dritte Sektor in Wien: Bestandsaufnahme und Weiterentwicklung – Equal Projekt AT 3-11/87*, im Auftrag der Gemeinschaftsinitiative EQUAL, 2002 - 2005
30. *Wohnen und Arbeiten – Sozialwirtschaftliche Beschäftigungsmodelle für die Wohnwirtschaft – Equal Projekt AT 3-11/28*, im Auftrag der Gemeinschaftsinitiative EQUAL, 2002 - 2004
29. *DON'T WAIT, Asylwerber*innen und der Arbeitsmarkt – Schaffung innovativer Lösungsansätze für einen scheinbaren Widerspruch – Equal Projekt AT 6-01/55*, im Auftrag der Gemeinschaftsinitiative EQUAL, 2003 - 2004
28. *Berufsbilder und Ausbildungen in den Gesundheits- und Sozialen Diensten – Equal Projekt AT 3-01/68*, im Auftrag der Gemeinschaftsinitiative EQUAL, 2003 - 2004
27. *Muster-Kollektivvertrag für das Österreichische Gesundheits- und Sozialwesen inklusive Behindertenwesen und Kinder- und Jugendwohlfahrt – Equal Projekt AT 3-01/64*, im Auftrag der Gemeinschaftsinitiative EQUAL, 2003 - 2004
26. *Social Networking – Neue Finanzierungsmöglichkeiten in der Sozialwirtschaft – Equal Projekt AT 3-19/105*, im Auftrag der Gemeinschaftsinitiative EQUAL, 2004 - 2005
25. *Bürger*innen-Befragung zur Stadterneuerung in St. Pölten*, im Auftrag des Stadterneuerungsbeirates St. Pölten – in Zusammenarbeit mit der Fachhochschule St. Pölten, November 2003 - April 2003
24. *Enquête „Health Care Management“, Organisation einer wissenschaftlichen Tagung*, im Auftrag der Stadt Wien, Bereichsleitung für Gesundheitsplanung und Finanzmanagement, 2003
23. *Finanzierung von Alten- und Pflegeheimen in Österreich – Referat zu Fachtagung*, im Auftrag ARGE Heimleiter*innen, 2002
22. *Wissenschaftliche Begleitung der Lehreinsteigs-Begleitung „LeB!“ für sozial und emotional benachteiligte Jugendliche*, im Auftrag des Bundessozialamtes für Wien, Niederösterreich und Burgenland, 2002 – 2005 GESPERRT
21. *Organisationsentwicklung für „Bürowerkstatt“*, im Auftrag des Vereins zur beruflichen Integration behinderter Menschen „Bürowerkstatt“, 2002 – 2003 GESPERRT

20. *Evaluierung und begleitende Bewertung der Maßnahme der Beschäftigungsoffensive der Bundesregierung 2001 – 2003*; im Auftrag des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen, November 2002 – Juni 2005
19. *RegAB: „Regionale Arbeit und Beschäftigung für Menschen mit Behinderungen im Kontext des NÖ Beschäftigungspaktes“*, im Auftrag des Vereines „Jugend und Arbeit“ (Koordinationsstelle des NÖ Beschäftigungspaktes), 2002 – 2003
18. *Studie Neuordnung der Integrativen Betriebe nach dem Behinderteneinstellungsgesetz* im Auftrag des BMSG unter der Leitung von Univ. Prof. Dr. Christoph Badelt, Abteilung für Sozialpolitik, WU Wien gemeinsam mit Contrast Management Consulting, Mai 2001 - Juli 2002
17. *Oberösterreichischer Sozialbericht – Prototyp 2001 –* im Auftrag des Landes Oberösterreich, Sozialabteilung, 2001 - 2004
16. *EU Osterweiterung – Auswirkungen auf den Wiener Raum mit besonderer Berücksichtigung des Arbeitsmarktes und des Wirtschaftsstandortes Wien*, eine Literaturrecherche im Auftrag des WZW Wissenschaftszentrums Wien, 2001 - 2002
15. *„Projekt Yone“ – Ambulante Jugendarbeit in Wieselburg*, im Auftrag der Stadtgemeinde Wieselburg, September 2001 - Juli 2002
14. *Standortstudie FH St. Pölten*, im Auftrag der Fachhochschule St. Pölten, Dezember 2001 - Mai 2002
13. *Sozialbericht Wien – Machbarkeitsstudie*, im Auftrag des WZW Wissenschaftszentrum Wien, Juli – Dezember 2001
12. *Bewältigung von Ungleichheiten im Gesundheitswesen – Rechtsetzung; Länderbericht Österreich* im Zuge des wissenschaftlichen Projektes Tackling inequalities in health des European Network for Health Promotion Agencies (Österreichleitung Dr. MPH Otto Raffetseder, Fonds Gesundes Österreich) im Auftrag der EU-Kommission, 2000
11. *Status of Collective Agreements on the Competitive Internal Market. A Overview of the Relationship between Collective Labour Law and Competition Law in Certain Member States (COLCOM)* unter Leitung von Prof. Niklas Bruun (Helsinki), 1999 - 2000
10. *Erhebung der Situation älterer Arbeitnehmer*innen am Wiener Arbeitsmarkt unter besonderer Berücksichtigung der Arbeitslosigkeit* im Auftrag des Magistrats der Stadt Wien – MA 57 und des AMS Wien (gemeinsam mit L&R Social Research), 2000 - 2001
9. *Evaluierung des Ansatzes Gender Mainstreaming in der Wiener Arbeitsmarktpolitik* im Auftrag des AMS Wien (gemeinsam mit dem Zentrum für soziale Innovationen, ZSI), 2000 - 2002
8. *Beschäftigungspolitische Aspekte der Altenbetreuung* im Auftrag des Jubiläumsfonds der Österreichischen Nationalbank (gemeinsam mit R. Finder, W.A.S. Wien), 2000
7. *Darstellung der „geschlechtsspezifischen Disparitäten“ auf Grundlage einer umfassenden Erhebung von Statistik Austria* im Auftrag des BMSG, 2000 - 2001

6. *Evaluierung der Grundausbildung des Arbeitsmarktservice Österreich* im Auftrag des AMS Österreich, Bundesgeschäftsstelle, 1999 - 2000
5. *Firmenspezifische Studie zum Hausbesorgerwesen der BUWOG* im Auftrag der BUWOG, 1998 - GESPERRT
4. *Evaluation des arbeitsmarktpolitischen Projekts Sambas in Wien* im Auftrag des Arbeitsmarktservice Wien (gemeinsam mit E. Dimitz, M. Grisold, R. Finder), 1998
3. *Evaluation des arbeitsmarktpolitischen Projekts HomeService in Wien* im Auftrag des Arbeitsmarktservice Wien und des Wiener Arbeitnehmer*innenförderungsfonds (WAFF), 1998
2. *Best Practice in der betrieblichen Frauenförderung – Strategien für wirtschaftliche Entscheidungsträger* im Auftrag der Europäischen Kommission unter Ko-Finanzierung des Bundesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales sowie der MA 57 der Stadt Wien, gemeinsam mit R. Finder (W.A.S. Wien), M. Dotsika (University of Chania), K. Tijdens (University of Amsterdam), 1998 - 1999
1. *Das Wiener Hausbesorgerwesen – Beschäftigungspolitische Perspektiven* im Auftrag der Finanzstadträtin der Stadt Wien, 1997 - 2000