

ARZT

© Doc RaBe - Fotolia.com

Fünf typische Wege ins Gesundheitssystem

Die Rolle des Hausarztes in der Versorgungskette

In den Diskussionen rund um Gesundheitsreformen wurde in den letzten Jahren immer wieder der Begriff des „Hausarztmodells“ bemüht, oft aber nur als Worthülse, deren Bedeutung in Österreich völlig unbestimmt ist. Unterschiedliche Stakeholder interpretieren – je nach Wissens- und Erfahrungsstand – die Inhalte eines Hausarztmodells unterschiedlich.

Völlig unbeantwortet bleibt dabei die Frage, was Patientinnen und Patienten eigentlich unter einer Hausärztin/einem Hausarzt verstehen und wann sie diese(n) aufsuchen. Diesem Verständnis wird im hier vorgestellten Forschungsprojekt von SV-Wissenschaft und Fachhochschule St. Pölten nachgegangen. Zuerst wird jedoch auf die Bedeutung der ersten Versorgungsebene im Gesundheitssystem und deren Stellenwert in Österreich und den Stand der Forschung zu Themen der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens eingegangen.

1. Die Bedeutung der hausärztlichen bzw. allgemeinmedizinischen Versorgung

Bereits im Jahr 1978 wurde im Rahmen der Internationalen Konferenz zur primären Gesundheitsversorgung der Weltgesundheitsorganisation nicht nur ein umfassender Gesundheitsbegriff befürwortet, sondern der Stellenwert einer umfassenden Gesundheitsversorgung im Rahmen eines „primary health care“-Ansatzes und damit auch – in Bezug auf Österreich – der Allgemeinmedizin in einer gemeinsamen Erklärung [siehe Ausschnitt im Kasten auf der folgenden Seite] von über 200 Ländern und Organisationen hervorgehoben. Nach dieser sog. Deklaration von Alma-Ata ist die Primärversorgung sektorenübergreifend und gesamtgesellschaftlich wahrzunehmen und soll eine breite Basisversorgung unter Einbezug aller Gesundheitsdienstleister anbieten. Wurde dieser Zugang vor gut 30 Jahren noch



Dr. Timo Fischer leitet die Abteilung für evidenzbasierte wirtschaftliche Gesundheitsversorgung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger.

In diesem Beitrag werden die Ergebnisse eines Forschungsprojektes vorgestellt, das in den Jahren 2010 und 2011 im Auftrag der SV-Wissenschaft im Ilse-Arlt Institut für Inklusionsforschung der FH St. Pölten durchgeführt worden ist. Dieses Forschungsvorhaben wurde von der Österreichischen Forschungsförderungsgesellschaft (FFG) kofinanziert.

als revolutionär gesehen, wird heute eine derartige Versorgung von Patientinnen und Patienten vor allem in entwickelten Gemeinschaften vielfach bereits erwartet. (vgl. WHO 2008: 18) Diese Erwartungen werden aber in der Realität häufig nicht erfüllt. In dem 30 Jahre später erschienenen WHO-Bericht „primary-health-care: NOW MORE THAN EVER“ kritisiert die WHO den Trend konventioneller Gesundheitssysteme hin zu

1. einem zu starken Fokus auf spezielle tertiäre Versorgung (Krankenhauszentrierung),
2. einer Fragmentierung von Gesundheitsprojekten und -programmen und
3. einer tiefgreifenden Kommerzialisierung der Gesundheitsversorgung.

Dabei führt die WHO aus, dass aufgrund des Drucks des medizinisch-industriellen Komplexes private und öffentliche Ressourcen überproportional in tertiäre, hoch technisierte und rein kurative Dienste, auf Kosten einer primären, vorbeugenden und gesundheitsfördernden Versorgung fließen. (vgl. Bozorgmehr/Schubert/Razum 2009: 18–22 und WHO 2008)

Diese von der WHO geübte Kritik lässt sich auch im österreichischen Gesundheitswesen nachvollziehen. Während in einigen Ländern, insbesondere in den klassischen Beveridge-Systemen¹, die primäre Versorgung und damit auch die Hausärztinnen und Hausärzte bzw. in Bezug auf Österreich die Allgemeinmediziner/-innen den Patienten eine zentrale Funktion beim Zugang zum Gesundheitssystem einnehmen, stehen den Bürgern mit einem Gesundheitsproblem in typischen Bismarck-Systemen, wie etwa in Österreich, verschiedene Versorgungsebenen zur freien Auswahl. In typischen Beveridge-Systemen verstehen sich die Hausärztinnen und Hausärzte (in England sind dies die General Practitioners) somit als „Gatekeeper“ (vgl. van der Zee/Kroneman 2007). Der Begriff des Gatekeepers ist hierzulande oftmals negativ belegt; dabei wird jedoch übersehen, dass das Gatekeepersystem eine Koordination der Patientenversorgung darstellt, der in zahlreichen Studien positive Auswirkungen auf das Gesundheitssystem (Beveridge- wie Bismarck-System) nachgewiesen wird (vgl. Haller/ Velasco Garrido/Busse 2009). Van der Zee/Kroneman stellen z. B. die Outcomes der beiden Archetypen gegenüber. Bei diesem Systemvergleich konnten keine signifikanten Unterschiede im Bereich der Gesundheitsoutcomes (Lebenserwartung, Säuglingssterblichkeit, altersstandardisierte Mortalitätsrate) zwischen den beiden Systemen festgestellt werden. Im Bereich der Kosten bzw. Gesundheitsausgaben und der Zufriedenheit

Deklaration der Internationalen Konferenz zur primären Gesundheitsversorgung, Alma-Ata, 1978

„Primäre Gesundheitsversorgung ist unbedingt notwendige Gesundheitsbetreuung auf der Grundlage praktischer, wissenschaftlich fundierter und gesellschaftlich akzeptabler Methoden und Technologie, die dem Einzelnen und Familien in der Gemeinschaft durch deren volle Mitwirkung und zu Kosten universell zugänglich gemacht wird, die sich die Gemeinschaft und das Land auf jeder Stufe ihrer Entwicklung im Geiste der Eigenständigkeit und Selbstbestimmung leisten können. Sie ist wesentlicher Bestandteil sowohl des Gesundheitssystems des Landes, dessen zentrale Aufgabe und Hauptschwerpunkt sie ist, als auch der sozialen und wirtschaftlichen Gesamtentwicklung der Gemeinschaft. Sie ist die erste Berührungsebene des Einzelnen, der Familie und der Gemeinschaft mit dem nationalen Gesundheitssystem, indem sie gesundheitliche Betreuung so nahe wie möglich an die Wohnstätten und Arbeitsplätze der Menschen heranführt, und bildet den ersten Grundbestandteil eines kontinuierlichen Prozesses der gesundheitlichen Betreuung. [...] Alle Regierungen sollten nationale politische Zielsetzungen, Strategien und Aktionspläne erarbeiten, um die primäre Gesundheitsversorgung als Teil eines umfassenden nationalen Gesundheitssystems und in Koordination mit anderen Sektoren einzuführen und zu unterhalten. Zu diesem Zweck ist es erforderlich, politischen Willen zu beweisen, die Ressourcen des Landes zu mobilisieren und verfügbare äußere Hilfsquellen rationell zu nutzen.“



Mag. (FH) Matthias Schauppenlehner ist Mitarbeiter des Competence Center Integrierte Versorgung (CCIV) und der Abteilung „Gesundheitspolitik und Prävention“ der Wiener Gebietskrankenkasse.



© Robert Kneschke - Fotolia.com

¹ Staatlicher Gesundheitsdienst ist vorherrschend, steuerfinanziertes Gesundheitssystem.


© ankiro - Fotolia.com

der Patientinnen und Patienten konnten gleichzeitig Unterschiede nachgewiesen werden. So sind in Beveridge-Systemen die Gesundheitsausgaben tendenziell geringer, während die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten in einem eher offenen Bismarck-System (z. B. Österreich, Deutschland) höher ist (vgl. Van der Zee/Kroneman 2007). Die Koordinierung der Versorgung durch die erste Versorgungsebene (durch den Gatekeeper) wird mit positiven Effekten auf das Gesamtsystem und auf die Patientenversorgung assoziiert. Eine verstärkte Koordinierung führt zu mehr Kontinuität in der Versorgung, zu einer besseren Arzt-Patienten-Beziehung und diese wiederum zu besseren Gesundheitsergebnissen (vgl. WHO 2008). Busse et al. streichen überdies die Wichtigkeit der Koordination der Versorgung für die Versorgung chronisch Kranker hervor (vgl. Busse/Blümel/Scheller-Kreinsen/Zentner 2010).

In der Theorie nimmt daher die Versorgungssteuerung durch Allgemeinmediziner einen wichtigen Part im Gesundheitssystem ein. Dies wird auch zunehmend von den Akteuren und der Politik im österreichischen Gesundheitswesen erkannt,² gehen doch die steigenden Gesundheitsausgaben kaum mehr mit signifikanten Verbesserungen der Versorgung einher. Hintergrund dazu ist, dass die Kostensteigerungen auch auf eine zunehmende Spezialisierung und Sektoralisierung und eine verringerte Koordination der Versorgung zurückzuführen sind. Die Orientierung an einer umfassenden

den Gesundheitsversorgung im Rahmen eines „primary-health-care“-Ansatzes, wie international bereits vielfach gefordert, würde aber in vielen Ländern – wie auch in Österreich – einen echten Paradigmenwechsel bedeuten, welcher im politischen Diskurs – vor allem in Österreich – immer noch von den postulierten Vorteilen der „freien“ Arztwahl begleitet wird.

2. Der Stellenwert der allgemeinmedizinischen Versorgung in Österreich

Der Stellenwert der Allgemeinmedizin ist in Österreich immer wieder Gegenstand von Diskussionen. Einerseits wird die Forderung nach einer Reform der Ausbildung laut – Stichwort Facharzt für Allgemeinmedizin (vgl. ÖGAM 2010) – und andererseits erregte der Vorschlag der Österreichischen Ärztekammer zu einem Hausarztmodell im Jahr 2010 mediale Aufmerksamkeit.³ Dass gerade die Ärztekammer mit einem Hausarztmodell aufwartet, legt den Schluss einer gewissen Unzufriedenheit mit der derzeitigen Situation auf ärztlicher Seite nahe. Offensichtlich wird auch hier Reformbedarf geortet. Trotz aller Diskussionen rund um die allgemeinmedizinische Versorgung und um eine österreichische Version eines Hausarztmodells wurde der Themenkreis in Österreich bisher kaum datengestützten Untersuchungen unterzogen. Der Wissensstand um den Stellenwert der allgemeinmedizinischen Versorgung in Österreich ist demnach recht begrenzt. Gleichwohl gibt es dazu bereits einige Kennzahlen:

(i) Zunächst kann man sich der Bedeutung der Allgemeinmedizin im Gesundheitssystem anhand der Anzahl der betreuten Einwohner pro Arzt/Ärztin nähern. In Österreich hatten im Jahr 2010⁴ 3.939 Ärzte/innen einen Kassenvertrag mit §2-Krankenkassen. Somit kamen im Jahr 2010 im Bundesgebiet durchschnittlich 2.130 Einwohner auf eine/en §2-Kassenarzt⁵. (vgl. Hauptverband der österr. Sozialversicherungsträger 2011). In Ländern mit starker Primärversorgungsorientierung wie etwa Großbritannien, Schweden, Dänemark oder Norwegen hingegen betreut ein Allgemeinmediziner zwischen 1.500 und 1.600 Patienten. Die Interpretation dieser Differenz ist schwierig und soll an dieser Stelle daher offen bleiben.⁶



Prof.(FH) Dr. Tom Schmid ist Politikwissenschaftler und Sozialmanager; Leiter der Sozialökonomischen Forschungsstelle (SFS) in Wien und Professor auf der Fachhochschule St. Pölten, Studiengang Sozialarbeit. Lehraufträge am IMC Krems und an der Donau-Universität.

Katharina Auer und Stefanie Hengl (wissenschaftliche Assistentinnen am Ilse Art Institut für Soziale Inklusionsforschung) trugen wesentlichen Anteil zur Erstellung dieses Artikels bei und ihnen gebührt großer Dank.

2 Siehe etwa das Regierungsprogramm 2008–2013 „Gemeinsam für Österreich“ für die XXIV. Gesetzgebungsperiode. (2008).

3 Vorstellung des Hausarztmodells der Österreichischen Ärztekammer im Rahmen einer Pressekonferenz am 21.7.2010, „Hausarzt im Zentrum“.

4 Stichtag 31.12.2010.

5 Gebiets- und Betriebskrankenkassen sowie die Sozialversicherungsanstalt der Bauern.

6 Die Interpretation dieser Differenzzahl wird durch das eingeschränkte Wissen über das Angebot von Wahlärzten im allgemeinmedizinischen Bereich erschwert.



(ii) Das tatsächliche Leistungsgeschehen in der allgemeinmedizinischen Versorgung lässt sich anhand von Sekundärdatenanalysen derzeit kaum abbilden. So sind etwa die Routinedaten der Krankenversicherung nur begrenzt dazu geeignet, um das Leistungsangebot zu beschreiben. Eine durchgehende Koordination der Versorgung durch Allgemeinmediziner ist anhand der vorhandenen Datenbasen ebenfalls nicht kausal nachweisbar.

(iii) Österreich kann im internationalen Vergleich als „low primary care“-Land klassifiziert werden (vgl. Stigler 2011). Diese Einschätzung ergibt sich unter anderem daraus, dass in Österreich die freie Arztwahl herrscht und dadurch die Koordination und Kontinuität der Versorgung nicht primär durch die Allgemeinmedizin gewährleistet werden kann (vgl. Stigler 2010). Weiters gelten hierzulande offensichtlich – je nach vorhandenem Angebot – Allgemeinmediziner, Fachärzte und Spitalsambulanzen aus der Sicht vieler Patienten als gleichwertige „Erst-anlaufstelle“. Die Kriterien, welche davon tatsächlich für den Erstkontakt genutzt werden, sind vielfältig, wie in den Ausführungen weiter unten gezeigt werden wird.

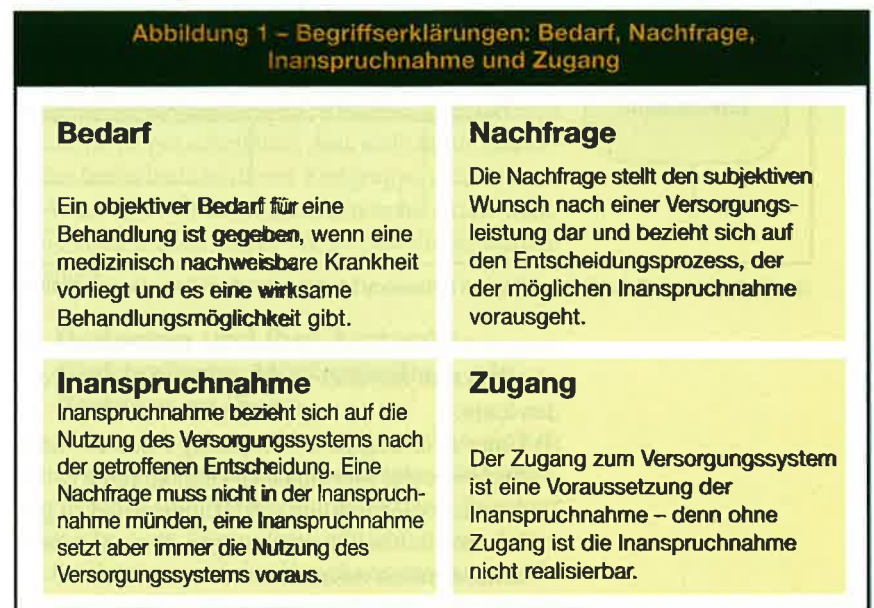
(iv) Vier von fünf Österreichern konsultieren mindestens einmal im Jahr eine/en Allgemeinmediziner/in (vgl. Statistik Austria 2007). Durch diese Häufigkeit der Kontakte mit der Allgemeinmedizin könnte auf die Wichtigkeit der Allgemeinmedizin als Erstanlauf- und Koordinationsstelle geschlossen werden.

Aufgrund der mangelnden Datenbasis zur Beschreibung der allgemeinmedizinischen Versorgung in Österreich erscheint es notwendig, vor der Initiierung von Reformschritten in diesem Bereich umfangreiche empirische Forschungen zu unternehmen. Nur so lassen sich datengestützte Aussagen treffen, ob und in welchen Bereichen Handlungsbedarf besteht, und evidenzbasierte Lösungsmodelle entwickeln.

3. Die Inanspruchnahme des Versorgungssystems – ein multifaktorielles Geschehen

In Österreich wird die Inanspruchnahme des Versorgungssystems meist anhand der Abrechnungsdaten der Krankenversicherung diskutiert. Dieser Weg ist grundsätzlich richtig, spiegeln diese Routinedaten doch die realisierte Inanspruchnahme wider. Gleichzeitig ist diese Herangehensweise aber auch unvollständig, denn die Routinedaten können nicht den Einfluss des objektiven Bedarfs oder des Zugangs auf die Arztinanspruchnahme abbilden. Darüber hinaus erfassen die Routine-

daten auch nicht die individuellen Präferenzen und Motive eines Individuums. Aber diese haben letztlich wesentlichen Einfluss auf die Entscheidung, wann, wie und wo gesundheitliche Versorgung in Anspruch genommen wird. Einen Überblick über diese intuitiven Faktoren, die zu einer Inanspruchnahme des Versorgungssystems führen können, zeigt Abbildung 1.



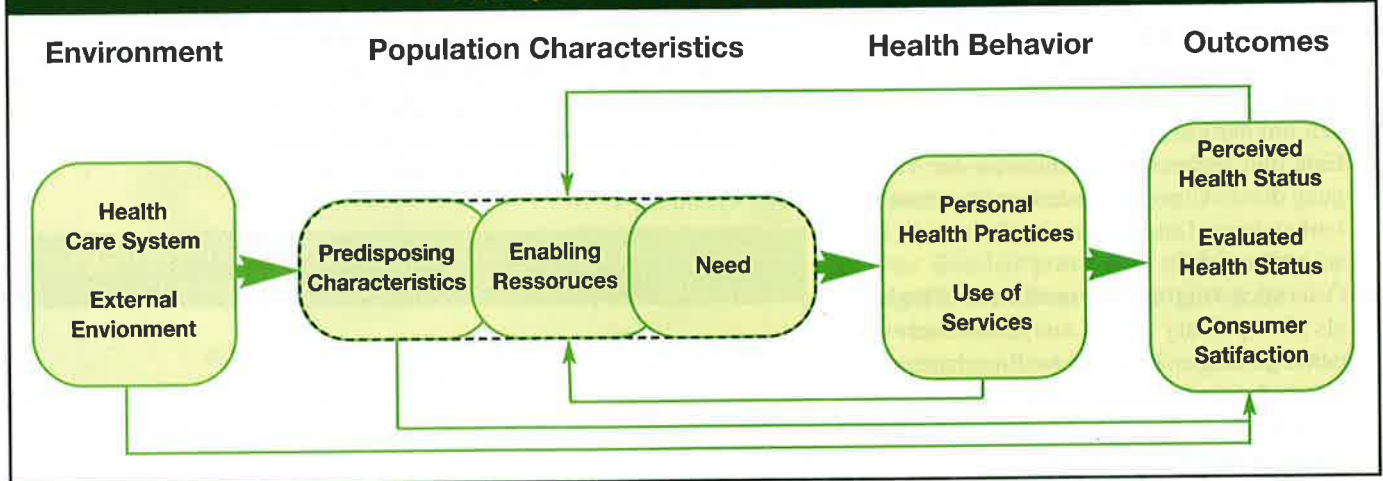
Quelle: Pfaff, Holger und Schrappe, Matthias: Einführung in die Versorgungsforschung. In: Pfaff/Neugebauer/Glaeske/Schrappe (Hrsg.): Lehrbuch Versorgungsforschung: Systematik, Methoden, Anwendung. Schattenauer GmbH, Stuttgart. 2011, 15 ff.

Aus diesen ersten Überlegungen zur Inanspruchnahme lässt sich der Schluss ziehen, dass der Arztkontakt zunächst vom (objektiven) Bedarf – also vom Gesundheitszustand selbst – abhängt. Dazu ist indes anzumerken, dass nicht jedes gefühlte Gesundheitsproblem zur Inanspruchnahme des Versorgungssystems führt. In der Literatur wird in diesem Zusammenhang von einem Eisbergmodell gesprochen: „Symptoms of ill health are a common part of the daily life of most people.“ (Campbell/Roland 1996: 75). Neben dem Bedarf als Motiv der Arztinanspruchnahme ist aus Sicht der Versorgungsforschung daher die Fragestellung nach den weiteren Faktoren, die über die Konsultation eines Arztes entscheiden, interessant. Zur Beschreibung dieses multifaktoriellen Geschehens existieren in der Literatur verschiedene theoretische Bezugsmodelle. So beschrieb z. B. Andersen bereits Ende der 1960er Jahre ein Verhaltensmodell, das versucht, sämtliche Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme abzubilden (vgl. Andersen 1986: 1–10). Dieses Modell wurde laufend weiterentwickelt und auch in der Praxis erprobt (vgl. Andersen 1995: 1–10). Der theoretische Rahmen des Modells ist in Abbildung 2 dargestellt.

Das Modell von Andersen zeigt auf, dass die Nut-

Nicht jedes gefühlte Gesundheitsproblem führt zur Inanspruchnahme.

Abbildung 2 – Verhaltensmodell nach Andersen



Quelle: Andersen, Ronald: Revisiting the Behavioral Model to Medical Care: Does It Matter? In: Journal of Health and Social Behavior, 1995, Vol. 36, 8.

zung des Versorgungssystems im Kern anhand einer Funktion mit drei Faktoren beschrieben werden kann:

- (i) Unter dem Begriff „Predisposing-Faktoren“ fasst Andersen alle Merkmale zu Demographie (z. B. Alter), Sozialstruktur (z. B. Bildung) und zu gesundheitlichen Überzeugungen bzw. Gesundheitsverhalten zusammen.
- (ii) Die „Enabling Ressourcen“ bzw. die notwendigen Voraussetzungen für eine Inanspruchnahme des Versorgungssystems unterscheiden sich einerseits in individuelle oder familiäre Ressourcen (z. B. Versichertenstatus) und andererseits in gemeindebezogene Ressourcen (z. B. Verfügbarkeit von verschiedenen Fachrichtungen).
- (iii) Unter den „Need-Faktoren“ wird nicht nur der subjektiv vom Individuum wahrgenommene Bedarf, sondern auch der objektive Bedarf verstanden.

Die Kernfunktion zur Beschreibung der Nutzung des Versorgungssystems.

Diese Kernfunktion wurde im Laufe der Zeit erweitert. So finden sich neuere Elemente wie etwa die Einbeziehung des Outcomes, d. h. der Wirkung bzw. der Ergebnisse einer Inanspruchnahme des Gesundheitssystems, der wiederum auf das Gesundheitsverhalten und die Kernfunktion wirkt. Der Outcome konkretisiert sich dabei im objektiven (z. B. vom Arzt festgestellten) und subjektiven Gesundheitszustand sowie in Form der Zufriedenheit der Kunden/Patienten. Letztlich findet eine Inanspruchnahme des Versorgungssystems nach dem Modell auch eingebettet in einen größeren Kontext (Environment), zu dem insbesondere auch das Gesundheitssystem zählt, statt. Somit sind in diesem erweiterten Modell auch Rückkoppelungsschleifen vorgesehen, Pfaff/Schrappé veranschaulichen dies damit, dass z. B. Kundenunzufriedenheit (Outcome) zu einer geringeren Inanspruchnahme

führen kann (vgl. Andersen 1995: 1–10, Thode et al. 2005: 297, Pfaff/Schrappé 2011: 15 ff).

Mit diesem Modell lassen sich eine Reihe von Fragestellungen beantworten und auch Thesen zum Inanspruchnahmeverhalten bzw. zur Motivation einer Inanspruchnahme von Versorgungsebenen plausibilisieren. So beschreibt eine deutsche Studie anhand des Andersen'schen Verhaltensmodells die treibenden Faktoren zur Inanspruchnahme allgemeinmedizinischer oder fachärztlicher Versorgung. Danach sind für die Inanspruchnahme von Allgemeinmedizinern in erster Linie Need-Faktoren verantwortlich, was die Annahme einer preiselastischen Nachfrage der Allgemeinmediziner unterstützt. Der Einfluss von Bonus- oder Malusregelungen zur Steuerung der Inanspruchnahme von Allgemeinmedizinern ist daher eher gering einzuschätzen. Die Studie erklärt anhand des Modells weiterhin, dass die Anzahl der Arztkontakte bei Internisten auch von den Predisposing-Faktoren Verdichtungsgrad (Stadt/Land als Indikator für die Erreichbarkeit) und Erwerbstätigkeit und damit von den persönlichen Kosten der Patienten abhängt. Dies ist nach den Autoren der Studie ein Hinweis darauf, dass unter Berücksichtigung direkter und indirekter Kosten (Preise) die Preiselastizität der Nachfrage höher liegt und daher finanzielle Steuerungsinstrumente wirkungsvoll sein könnten. Insofern erlaubt es die Forschung zur Inanspruchnahme, ex ante mögliche Problemstellen bei der Implementierung von Steuerungselementen im Gesundheitswesen aufzuspüren (vgl. Thode et al. 2005: 305).

Eine systematische Analyse des Inanspruchnahmegeschehens in Österreich – wie sie etwa mit dem Modell nach Andersen möglich wäre – wurde bisher u. E. nicht unternommen. Eine erste Annäherung an das Thema und an die Motivlagen von

Patienten zur Inanspruchnahme von bestimmten Ebenen des Versorgungssystems wird jedoch in der vorliegenden Arbeit aufgezeigt. Für diese erste Annäherung wurde ein qualitativer Ansatz gewählt. Für die Zukunft wäre es jedoch wünschenswert, die Ergebnisse der vorliegenden Studie als Baustein in ein umfassenderes Modell zur Inanspruchnahme (z. B. das Modell nach Andersen) aufzunehmen, durch quantitative Analysen zu erweitern und neue Steuerungselemente im österreichischen Gesundheitssystem vor ihrer Implementierung an diesem Modell zu testen.

4. Das Untersuchungsdesign – hypothesengenerierend

Das Vorhaben, mehr über das Verhalten von Patienten bei der Entscheidung über ihre konkreten „Gesundheitspfade“ zu erfahren, wurde durch ein qualitatives, theoriegenerierendes Verfahren umgesetzt, das sich an Phillip Mayring (1999) und Anselm Strauß (1998) anlehnt. Im Gegensatz zu einem Hypothesen abarbeitenden Verfahren, wo Probanden mittels Interviews oder Fragebögen über vorher erstellte Hypothesen befragt werden und wo man quantitative, repräsentative Ergebnisse erhalten kann, geht man in diesem qualitativen Verfahren ohne Hypothesen (ohne Vorannahmen) ins Feld und versucht, aus den Antworten Hypothesen und damit ein Stück neuer Theorie zu gewinnen. Hier bekommt man keine repräsentativen Informationen über die mengenmäßige Verteilung von Phänomenen in einer Grundgesamtheit, aber man erfährt viel über typische Zusammenhänge. Die so gewonnenen Ergebnisse könnten, das entsprechende Budget vorausgesetzt, in einem nächsten Schritt repräsentativ abgefragt werden, etwa mit einem Fragebogen.

Die hier durchgeführten Interviews wurden aus einem Pool von Versicherten der Wiener und der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse gezogen, deren gemeinsames Merkmal zehn oder mehr Arztkontakte im letztvergangenen Jahr (2009) war. Eine zufällig ausgewählte Stichprobe aus dem Pool wurde angeschrieben und nach ihrer Bereitschaft zu einem Interview gefragt. Von den Personen, die sich mit ihrem Rückbrief zu einem Interview bereit erklärt hatten, konnten schließlich 23 Personen erreicht werden. Mit diesen wurden zwischen August und November 2010 nicht strukturierte narrative Interviews geführt, die anschließend transkribiert wurden. Aus diesen Transkripten wurden in der Forschungsgruppe fünf

typische Verhaltensformen herausgelesen (siehe dazu Kelle/Kluge 1999), die im Folgenden vorgestellt werden. Mit Hilfe des Kategorisierens nach Mayring (1999) werden in weiterer Folge diese fünf Typen aus dem vorliegenden Material heraus näher beschrieben.

Es handelt sich hier um eine qualitative Untersuchung, aus der keine repräsentative Aussage über die mengenmäßige Verteilung dieser Typen in der Grundgesamtheit gewonnen werden kann; dazu wäre auf diese Untersuchung aufbauende Fragebogenerhebung notwendig. Aus dem vorhandenen Material ist gut erkennbar, dass auch durch zusätzliche Interviews in dieser Zielgruppe (Versicherte in Wien und NÖ mit mindestens zehn Arztkontakten) keine neuen Typen mehr gewonnen werden können.

5. Patienten und ihre Arztwahl – fünf typische Möglichkeiten, ein Problem zu lösen

Im Folgenden werden die fünf typischen Verhaltensweisen der befragten Patientinnen und Patienten in Wien und Niederösterreich bezüglich ihrer Nutzung von Gesundheitseinrichtungen dargestellt. Bezogen auf das Forschungsinteresse (Akzeptanz eines Gatekeepermodells) wurden für die Bezeichnung der fünf Typen Metaphern in Zusammenhang mit dem Begriff der „Tür“ verwendet.

Typus 1: „Zwischen Tür und Angel“ – der reflektierte Hausarztnutzer

Der reflektierte Hausarztnutzer ist dem Hausarzt gegenüber allgemein positiv eingestellt. In dieser Gruppe wird der Hausarzt als Gesundheitscoach respektive als (erster) Ansprechpartner für Gesundheitsfragen genutzt. „Jo, jo schon und der is der kompetente Ansprechpartner.“ (1-f⁷) Im Gegensatz zum zum „treuen Hausarzt-Fan“ (siehe

Qualitatives Verfahren ohne Hypothesen, um neue Theorie zu gewinnen.



© Kitty - Fotolia.com

⁷ Diese Ziffern beziehen sich auf die Nummern der jeweiligen – vollständig und wortwörtlich transkribierten – Interviews.


© w3-media.de - Fotolia.com

Typus 3) zeichnet sich der reflektierte Hausarzt-nutzer dadurch aus, dass er in Gesundheitsfragen nicht nur als passiver Konsument auftritt. Anordnungen, Behandlungspläne etc. werden von den Patienten reflektiert und zuweilen auch in Frage gestellt. Die Kompetenz des Hausarztes wird von den Patienten dieses Typus trotzdem nicht in Zweifel gezogen. Die hausärztliche Expertise erscheint ihnen als unverrückbar. Sogar bei einer skeptischen Haltung gegenüber der hausärztlichen Kompetenz nimmt dieser Typus eine rechtfertigende und verteidigende Position gegenüber dem Hausarzt ein. „*I man, es war sehr schwierig zu erkennen. (...) Also i wü in Hausarzt gar ned die Schuld geben, dass er es nicht erkannt hat. (...) Also es war irgendwie a schwieriger Fall.*“ (1-c)

Fachärzte werden vorwiegend mit einer Überweisung des Hausarztes konsultiert, dieser fungiert hierbei als Drehscheibe, wobei aber Zahnärzte und Spitalsambulanzen ohne Überweisung des Hausarztes aufgesucht werden. Spitalsambulanzen und Zahnärzte scheinen eine Sonderstellung einzunehmen. Vor allem Spitalsambulanzen werden als „etwas anderes“ charakterisiert und in vielen Fällen als „Notfallplan“ genutzt. „*Wann was plötzlich is zu aner Zeit, wo er ned do is, muss ma jo. Wir sind heut mit der Frau auch gleich in die Ambulanz gefahren ...*“ (1-f). In einem Fall (1-a) wird auch der Hautarzt für die jährliche Melanomuntersuchung ohne vorherige Überweisung durch den Hausarzt aufgesucht.

Ein weiteres Merkmal der reflektierten Hausarzt-nutzer ist die „*Gesundheit auf Empfehlung*“. Fachärzte und Spitalsambulanzen werden nicht nur auf Rat des Hausarztes, sondern auch auf Empfehlung von Freunden, Bekannten und Verwandten ausgewählt. Diese Mundpropaganda spielt bei der Auswahl der Fachärzte und Spitalsambulanzen eine wesentliche Rolle. „*Das heißt es von Leutn, denen man vatraut, die halt eine Empfehlung abgebn. Das heißt, wenn wir jetzt redn, und ich sag, pfau ich hab da ... Knieschmeaz oda so, und du weißt jemand, ... der wa so toll, der wa liab, der wa ein-*

fühlsam, der hat sich auskannt, Untasuchungen alles supä, nicht lange wartn müssn und so weita. Ah, dann gibt das für mi ein bessas Gefühl.“ (1-a) Die Angehörigen dieses Typus in unserem Sample sind mittleren Alters, gehören einer mittleren oder gehobenen Mittelschicht an und verfügen über eine etwas eingeschränkte räumliche Mobilität. Wir finden diesen Typus vor allem in Wien. Die Angehörigen dieses Typs sind relativ krank, haben viele Arztkontakte und ein stark diversifizierendes Gesundheitsverhalten.

Typus 2: „Draußen vor der Tür“ – Hausarztverweigerer

Der Hausarztverweigerer zeichnet sich durch eine negativ gefärbte Haltung gegenüber dem Hausarzt aus. Hier treten zwei Untertypen (A und B) auf, denen gemeinsam ist, dass sie es ablehnen, weiterverwiesen zu werden. So beschreibt der Untertypus A seine Haltung gegenüber dem Hausarzt: „*Wos würd mia ein Hausarzt bringen. Sicha würd er mia ersparn, dass ich mi umschaue, oba dann wär i auf seine Ärzte olle angewiesn, net, (also den) Empfehlungen. Deswegn, äh wo liegt do da Sinn da Übung?*“ (2-b) Und Typus B: „*Da konnst net wegn jedn Wehwehchen zum Oazt rennan, ja und der schickt oba mi do hi, und der schickt di durt hi, des is, du host die Zeit jo goar net dafia, ja. Des is des Problem.*“ (2-a) Trotz dieser gemeinsamen Haltung ist es sinnvoll, zwischen dem Untertypus A, der sich vielfältiger aktiver Methoden in der Auswahl seiner – wie es scheint für ihn persönlich zugeschnittenen – Gesundheitsversorgung bedient – „*man versucht dann immer das möglichst Gute zu finden.*“ (2-c), und dem Untertypus B, der sich in seinen Bemühungen, seine Zufriedenheit zu verbessern, eher passiv erlebt –, „*Do hob i mi a net erkundigt, gö.*“ (2-a) zu unterscheiden.

Die Angehörigen dieser beiden Typen in unserem Sample gehören der (gehobenen) Mittelschicht an und verfügen über hohe Bildung; beruflich bedingt pendeln sie über höhere Entfernungen und verfügen demnach über knappe zeitliche Ressourcen, was ihren Zugang zur Gesundheitsversorgung beeinflusst. Sie sehen sich sozial mit den behandelnden Ärzten vorwiegend auf Augenhöhe und haben daher kein Problem damit, kritisch und skeptisch gegenüber der ärztlichen Kompetenz zu sein; sie empfinden die ärztliche Versorgung und Betreuung wie jede andere persönliche Dienstleistung und formulieren dementsprechend ihre Erwartungen und Ansprüche.

Untertypus 2A

Sein eigener Gesundheitscoach

Der „eigene Gesundheitscoach“ stellt sich uns als 30- bis 50-jährige Person dar. Die interviewten Personen sehen sich als kritisch, aufgeklärte Verbraucher. Sie

haben hohe Bildungsabschlüsse und leben vor allem im urbanen Raum. Anhand dieser Merkmale lassen sie sich dem Sinus-Milieu® der „Postmateriellen“ zuordnen (vgl. ORF Medienforschung 2010).

Die ausgeprägten Gemeinsamkeiten mehrerer Merkmale der hier eingeordneten interviewten Personen lassen vermuten, dass eine solche Zuordnung auf den Großteil dieses Untertypus zutrifft. Für den eigenen Gesundheitscoach hat der Hausarzt keinen besonderen Stellenwert. Er wird zwar nicht gänzlich gemieden: *„Ich hob an Hausarzt, oba die Besuche beschränkn sich auf, wenn ma Grippe bekommt ebn oda so Kleinichkeitn“* (2-c), jedoch stehen Qualität und fachliches Wissen eines Arztes im Vordergrund, egal ob Hausarzt oder Facharzt: ... *„Ärzte zu finden, die einfach, ja, gut sind...“* (2-c). Als gute Qualität wird verstanden, wenn sich die Ärzte Zeit für die Patienten nehmen. Es wird davon ausgegangen, dass es eine gewisse Zeit erfordert, um eine gute fachlich korrekte Diagnose zu stellen, was dann auch positive Auswirkungen auf die Genesung hat: *„Leute, die einen anschaun imma nua so füa a Minute und dann is ma schon wieda draußn. Aiso, sollt ich wirklich etwas haben, glaub ich nicht, dass die das feststelln würdn“* (2-b). *„Mehr Zeit und die Behandlung is bessa“* (2-c). Zeit spielt für diesen Untertypus eine wesentliche Rolle, da dieser Untertypus auch für den Arztbesuch nicht viel Zeit aufwenden möchte, die Ärzte sollen sich Zeit nehmen, [die Patienten hingegen sollten nicht im Wartezimmer Zeit verlieren]. Die fachliche Qualität beruht für ihn auch auf der Erfahrung und dem Wissen der Ärzte: *„Sie wissen nicht, also sie solln sich dann weitabildn.“* (2-c) Dabei wird Erfahrung auch mit dem (Dienst-)Alter in Verbindung gebracht.

Die Auswahl des/der behandelnden Arztes/Ärztin wird durch eigene Recherche getroffen, sei es durch

Empfehlungen aus dem Freundeskreis oder mit Hilfe von Onlinerecherchen. Das aus der eigenen Anschauung entstehende Vertrauen ist für diesen Untertypus zwar wichtig, er prüft aber die fachliche Qualität anhand von Wissenspools im Internet, wie etwa der Ärztekammerseite oder einschlägiger Foren, in denen Erfahrungen über Ärzte ausgetauscht werden. Die Menge der (identen) Empfehlungen – sei es über Internet oder durch Bekannte – führt dann zur Entscheidung, einen bestimmten Arzt zu konsultieren: *„Es is mia diese Ärztin eh mehrfach unabhängig voneinander von Personen empfohln wordn.“* (2-b) Zentral für diesen Untertypus ist es, sehr gesundheitsbewusst zu sein, daher legt er Wert auf Präventivmaßnahmen und Vorbeugung. Hat er einmal einen guten Arzt oder jemanden, der die alternative Heilmethode anwendet, gefunden, zu dem er Vertrauen hat, geht er regelmäßig zu Vorbeugeuntersuchungen, vor allem bei speziellen Fragestellungen, also zu Fachärzten: *„Sonst geh ich zum Hautarzt, also einmal im Jahr, um vorzubeugen.“* (2-c) Ein wesentliches Merkmal dieses Untertypus ist die positive Einstellung zu Privatärzten: *„mit den Wahlärztn, hab ich eh bis jetzt nua beste Erfahrungen gmacht“* (2-b). Anzumerken ist, dass nach eigenen Angaben nur eine der hier interviewten Personen zusatzversichert ist, aber beide positiv gegenüber Wahlärzten eingestellt sind: *„In da jetzigen Lage is eine Privatversicherung durchaus sinnvoll“* (2-c). Privatärzten wird von diesem Untertypus eine höhere fachliche Qualität zugeschrieben, was damit in Verbindung gebracht wird, dass diese mehr Zeit für Patienten aufwenden.

Untertypus 2B

Hausarzt-Verweigerer/Skeptiker

Dieser Untertypus bekundet sich als berufstätige Person, Mitte 40, hat ländlichen Hintergrund, lebt aber in der Stadt und unterscheidet sich vom Untertypus A dadurch, dass er überhaupt keine Not-

Die Auswahl des/der behandelnden Arztes/Ärztin wird durch eigene Recherche getroffen, sei es durch Empfehlungen aus dem Freundeskreis oder mit Hilfe von Onlinerecherchen.



wendigkeit sieht, zum Hausarzt zu gehen. Dies hat nichts mit der Person des Arztes und seinem Fachwissen zu tun, sondern mit den Umständen, die mit einem Hausarztbesuch verbunden sind: „*Oiso des passt ma donn weniga wegn da Qualität da Betreuung, sondan da Zugang, ja, des is ma zu aufwendig.*“ (2-a) Trotzdem gibt es auch qualitative Mängel, die dieser Untertypus bei HausärztInnen feststellt; diese werden vor allem im Vergleich Wien/NÖ gesehen: „*I kenn Hausärzte in Wien, und i kenn wöche in Niedaöstarreich. Des konnst net vagleichn. Oiso dea in Niedaöstarreich, wos dea füa Sochn mocht, des würd de do, oiso die Hausärztin, wos i do hob in Wien, die mochat des net.*“ (2-a) Dieser Typus besucht den Hausarzt nur, weil er es muss: „*Konnst oba net oarbeitn. Also, jetz muasst oba zum Oazt geh ...*“ (2-a), etwa wenn er eine Krankenstandsbestätigung benötigt. Er/sie empfindet es als aufwendig und zeitverschwendend, zum Hausarzt zu gehen, da Hausärzte (vor allem in Wien) nicht helfen können. „*Donn kriagst Sochn, die konnst eh in da Apotheke a kaufn, net.*“ (2-a). Weiters zeichnet sich dieser Untertypus dadurch aus, dass er im Allgemeinen mit niedergelassenen Ärzten/innen (auch Fachärzten) weniger gute Erfahrungen gemacht hat als im Zuge von Spitalsaufenthalten.

Typus 3: „Haupteingang“ – der treue Hausarzt-Fan

Für den Typus „treuer Hausarzt-Fan“ wird der Hausarzt in allen Gesundheitsbelangen als Ansprechperson herangezogen. „*Weil ich einfach zuerst zu mein Allgemeinmediziner gehe, wirklich. (...) i geh immer zum Hausarzt, wenn ich ein Problem hab ...*“ (3-d). Dieser Patiententypus tritt vorwiegend als „Gesundheitskonsument“ auf. Einschätzungen, Vorschläge und Behandlungspläne des Hausarztes werden kaum bis gar nicht in Frage gestellt. Dieser Typus legt das ganze Vertrauen in die

Hände des Hausarztes. Er findet sich überwiegend in ländlichen Regionen. Alter und Geschlecht spielen in dieser Gruppe eine geringe Rolle. Sowohl Frauen als auch Männer unterschiedlicher Altersgruppen finden sich in dieser Gruppe. Die örtlichen Gegebenheiten scheinen für die Gruppenzugehörigkeit maßgebend verantwortlich zu sein. Schon Hanfried H. Andersen hat 1992 festgestellt, dass Einwohner kleinerer Orte sich durch eine überdurchschnittliche Primärarztinanspruchnahme auszeichnen (vgl. Andersen 1992: 11).

Die Vertreter dieses Typs sind vorwiegend ältere Personen, die in ländlichen Regionen leben und räumlich wenig mobil sind. Die Wenigsten von ihnen sind berufstätig. Sie gehören eher der Unterschicht und unteren Mittelschicht an und sehen einen großen sozialen Abstand zwischen sich und den Ärzten bzw. Ärztinnen.

Für die befragten Personen dieses Typus stellt nur die Pensionierung des bisherigen Hausarztes einen Grund für den Hausarztwechsel dar, wobei der Nachfolger des pensionierten Hausarztes freiwillig den Vertrauensstatus des „alten“ Hausarztes erhält. „*Da sama eigentlich schon, na jo, der Hausarzt hot jetzt des übernumman, wo i vorher woa, ned, also automatisch is ma dann halt wieder weiter gangen.*“ (3-c) Als zweiter Grund für einem (in dem Fall temporären) Arztwechsel wird der Urlaub des Hausarztes genannt; in diesem Fall wird der „offizielle“ Vertretungsarzt konsultiert.

Vom treuen Hausarzt-Fan wird der Hausarzt als Vertrauensperson für Gesundheitsfragen beschrieben. Dem Hausarzt wird zugeschrieben, dass er die „Wehwechen“ der Patientinnen und Patienten kennt. Ein weiteres Bindungsmerkmal ist das Faktum, dass der Hausarzt die ganze Lebens- und Familiengeschichte der Patienten kennt. Diese gründliche Kenntnis der Gesundheits- und Krankengeschichte der Patienten und deren Familien wird als positiv erlebt. Diese als positiv deklarierten Zuschreibungen werden durch die Annahme, dass aufgrund dieses Wissen fachlich überlegt gehandelt werden kann, begründet.

Für die Personengruppe der treuen Hausarzt-Fans ist es nicht denkbar, einen Facharzt ohne das Wissen bzw. ohne Überweisung des Hausarztes zu konsultieren. Dieser Auffassung liegen zwei Annahmen bzw. Überlegungen der Patienten zu Grunde. Die erste stellt sich als eine qualitätsbezogene persönliche dar: Es wird davon ausgegangen, dass es wichtig ist, dem/der Hausarzt/-ärztin einen Überblick über die vollständige Krankengeschichte zu ermöglichen, da aufgrund dieses Wissens bessere Diagnosen und qualitativ hochwertigere Behandlungen möglich sind. Dem Hausarzt werden daher alle von Fachärzten ausgestellten Befunde vorgelegt und gemeinsam mit diesem besprochen. „*Wenn ich Unter-*



© fotodesign-iegge.de - Fotolia.com

suchungen mach und so, dann werd ich eh zum Hausarzt die Berichte oder so bringen.“ (3-d) Die zweite Annahme/Überlegung bezieht sich auf die Zufriedenheit des Hausarztes mit den Patienten. Das Aufsuchen eines Facharztes ohne Wissen des Hausarztes wird als „Übergehen“ des Hausarztes empfunden. „Ja da is der Hausarzt a bissal empfindlich, wema'n da übergeht. Da geht ma amoi zum Focharzt oder was, ned, also do fühlt er sich vielleicht irgendwie übergangen.“ (3-c) Die Patientinnen und Patienten wollen es dem Hausarzt sozusagen „recht machen“, um das Wohlwollen des Hausarztes nicht zu verlieren.

Typus 4: „Automatiktür“ – effizienter und flexibler Gesundheitssystemnutzer

Die Befragten des Typus 4 sind 50 bis 60 Jahre alt und fühlen sich eigentlich gesund, obwohl sie schon viele Erfahrungen mit diversen Anbietern von (schul-)medizinischen Leistungen gemacht haben. Vom Betriebsarzt über alternative Heilmethoden bis zum Privatarzt wurde fast alles ausprobiert. Dieser Typus achtet bei der Wahl der ärztlichen Versorgung in erster Linie auf Zeiteffizienz und problemloses Erledigen. So nutzt er meist die Angebote an jenen Orten, wo er wohnt oder arbeitet, und wenn ein (Kassen-)Ambulatorium in Wien in der Nähe ist, wird dieses genutzt, denn dort gibt es „alle Abteilungen und man von den Apparaturan her san die toll ausgrüste.“ (4-c). Und „dahams die ganzn Allgemeinmedizina auch, die ganzn Fachärzte.“ (4-a). Der Hausarzt wird eher gemieden: „Wozu soi i mit den Hautausschlog zum Hausoazt gehn, kann i glei zum Fochoazt gehn.“ (4-c) Grundsätzlich wird nicht zwischen den Anbietern gewechselt, wenn sie effizient sind und solange Zufriedenheit auf Patientenseite gegeben ist: „Man geht halt dann zu irgend einen moi am Anfang, der halt do is oder Zeit hat, und wema zufrieden is, wird ma bei dem bleiben, und wann ned, wird ma halt an andern aufsuchen.“ (4-b)

Zentral für diesen Typus ist, dass er grundsätzlich mit dem Gesundheitssystem zufrieden ist, aber sich über das System und seine Qualitäten Gedanken macht und diverse Verbesserungsvorschläge auf organisatorischer Ebene entwickelt hat, z. B. Einführung eines Selbstbehaltes, welcher bei gesunder Lebensführung zurückerstattet wird; Ausbau und Investitionen in Präventivmaßnahmen; Straffung von organisatorischen Abläufen im Medizinbereich: „I glaub, man braucht ned mehr Ärzte, sondern müsat das besser organisieren“ (4-b). Mehr Zeit für fachliche Weiterbildung vor allem für Hausärzte. (Vgl. auch Rebhandl et al. 2004): Probleme im derzeitigen System könnten unter u. a. durch eine Verbesserung der medizinischen Aus- und Weiterbil-



© ISO K - photography - Fotolia.com

dung (FA für Allgemeinmedizin) gelöst werden; höhere Beiträge, extra Versicherungen für Extremsportler/-innen (höhere Verletzungsgefahr kostet die Krankenkassen mehr Geld) und Raucher/-innen; Auswahlmöglichkeiten bei der Krankenversicherung „Ich kann mia die Kasse nicht aussuchen, die ich bekommen hab“ (4-c).

Die Angehörigen dieses Typus in unserem Sample gehören der gehobenen Mittelschicht an, sie weisen eine hohe räumliche Mobilität auf und sind sowohl am Arbeits- wie auch am Wohnort sozial integriert. Ihre Handeln bezüglich ihrer Gesundheitsversorgung wird stark von Zweckmäßigkeitsüberlegungen geprägt, für sie ist der Arzt eher ein anonymer Dienstleister als eine (persönliche) Vertrauensperson.

Typus 5: „Windfang“ – der beziehungsorientierte Gesundheitssystemnutzer

Der Patiententypus „Windfang“ lebt im städtischen oder ländlichen Raum, hat aber Erfahrung mit beiden; er lebt z. B. in Wien, ist aber am Land aufgewachsen oder ist vor kurzem aus Wien in eine Kleinstadt gezogen. Sein wesentliches Charakteristikum ist der Wohlfühlfaktor. So geht dieser Typus zum Hausarzt (wenn er sich bei ihm wohlfühlt), lässt sich von ihm Tipps über Fachärzte und -innen geben, sieht sie sich an und entscheidet dann, ob er sich dort wohlfühlt. Fühlt er sich dort nicht wohl, wird selbstständig, über Empfehlungen von Bekannten oder Eigenrecherche, ein anderer Arzt gesucht. Das Wohlfühlen bedeutet für diesen Typus in erster Linie Sympathie: „Wö wonn des etwas is, wos ma net sympathisch is, Sie wissen, wonn ma si net woih fühlt bei an Oazt, des is nix.“ (5-a) und Vertrauen: „Wenn ma an Oazt kennt, lännga, dann hot ma a Vatraun, gonz afoch, zu earm. Und ma kaun a üba gonz ondare Dinge redn, die

wos ma vielleicht bei an Menschn, zu dem man a net so a Vatraun hot, nie sogn tät“ (5-b).

Gesundheit ist wichtig, daher spielt die fachliche Qualität der Behandlung ebenfalls eine wichtige Rolle. Die Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung ist ein Kriterium für die Bewertung der Qualität der Versorgung (vgl. Haller/Garrido/Busse 2009: 15), daher hängt die Gesundheit wiederum stark vom zwischenmenschlichen Wohlfühlfaktor ab: „*Wie, wenn ma mitn Oazt net kann, is natürlich, glaub i, mit da Gesundheit dann a net grad am bestn“ (5-b).*

Auch bei Spitalsaufenthalten ist Wohlfühlen das zentrale Kriterium: „*Vom Pflegepersonal bis hinauf zu den Obaärztn, alles freundlich, höflich, nett, zuvorkommend. Man hat sich richtig aufgehobn gefühlt, gut aufgehobn gefühlt“ (5-c).* Typus 5 hat einen Hausarzt des Vertrauens, zu dem er auch schon längere Zeit hingeht. Ein Arztwechsel wird, so gut es geht, vermieden, denn Typus 5 ist „*an sich a treue Seele“ (5-a).* Fühlt er sich aber nicht wohl, etwa wenn Ärzte „*schnö, schnö“ (vgl. 5-c)* machen, sich also keine oder zu wenig Zeit nehmen, um auf Patienten einzugehen, wird gewechselt.

Die Bequemlichkeit, die sich aus der (geographischen) Nähe dieses „guten“ Arztes zum eigenen Wohn- bzw. Arbeitsort ergibt, ist wichtig. Aber wenn ein Arzt einmal in diesem System als „gut“ eingestuft wurde, werden auch längere Fahrtzeiten zum Arzt des Vertrauens in Kauf genommen. So sagt eine Patientin, dass sie die Hausärztin trotz Umzug nicht gewechselt habe: „*Wei i gonz afoch, a jo mit dea bin i zfriedn, des is vielleicht auch eine Gewohnheitssache, es is sicha nicht so nahe, wie wenn i ihn irgendwo ums Eck hätte, oba wenn i irgendwos brauch, i brauch nua onrufn und a mia wiad ghoifn, gonz afoch“ (5-b).*

Das Wichtigste ist diesem Typus das Wohlfühlen und das Vertrauen in „seinen“ Arzt. Haben Ärzte und Ärztinnen einmal dieses Vertrauen erhalten, können sie sich auch den einen oder anderen Fehler erlauben. Dann wird auch akzeptiert, wenn die Durchführung der Behandlung nicht auf dem letzten Stand der Wissenschaft ist: „*Vielleicht gibt's wo was bessas, is ma oba egal, so long i zufrieden bin, is ma des ziemlich egal“ (5-a).*

Die Angehörigen dieses Typus in unserem Sample sind zwischen 50 und 60 Jahre alt und gehören der Mittelschicht an; sie verfügen über hohe Mobilität und sind teilweise beruflich Pendler; Wohlfühlen ist für sie sehr wichtig („Genussmensch“), die gesundheitliche Versorgung wird als Dienstleistung verstanden, die dieses Wohlfühlen fördern soll. Es wird ein sozialer Abstand zum Arzt/zur Ärztin erlebt.

6. Aus der Sicht niedergelassener Allgemeinmediziner

In einem weiteren Untersuchungsschritt wurden die hier gewonnen Hypothesen in (insgesamt acht) leitfadengestützten Interviews bei niedergelassenen Allgemeinpraktikern (konkret jeweils vier in Wien und einer ländlichen Region in Niederösterreich⁸) überprüft, um die gewonnenen Ergebnisse zu vertiefen.

Die Rekrutierung der Gesprächspartner war deutlich schwerer als das Anbahnen der Gespräche mit Patienten. Im Gegensatz zu den Interviews mit den Patienten wurden hier leitfadengestützte Interviews geführt, die mit Hilfe einer Exceltabelle konsekutiv ausgewertet wurden. Der Leitfaden wurde mit den Auftraggebern abgestimmt. Obwohl es schwer war, Gesprächspartner zu finden, waren die Gespräche, die dann zustande gekommen sind, ausgesprochen gut und fanden in einem engagierten und interessierten Klima statt (nur ein Gespräch wurde aufgrund der skeptischen Haltung des Gesprächspartners eher schleppend abgewickelt). Als roter Faden zog sich durch alle Gespräche eine empathische Haltung der Befragten gegenüber ihren Patienten und ein Engagement im Beruf.

Ohne dies aufgrund der geringen Datenbasis überbewerten zu wollen, zeigten sich deutliche Unterschiede in den Antworten zwischen den Allgemeinpraktikern in Wien und jenen in einer ländlichen Region Niederösterreichs.

Die Ärzte in Wien hatten etwas weniger Patienten, verweisen aber eher (rascher) an Fachärzte als die Ärzte im ländlichen Niederösterreich. Ohne danach zu fragen ist bei zwei Gesprächen in Niederösterreich die Hausapotheke als ein wesentliches Angebot, besonders bei Hausbesuchen, genannt worden. In Wien ist der Informationsfluss zu den Fachärzten und Ambulatorien bzw. zum stationären Bereich eher schlecht, insbesondere was die Rückinformation der Hausärzte betrifft, in Niederösterreich ist der Informationsfluss sehr gut (mit Ausnahme jener Patienten, die in ein Ambulatorium bzw. zu einem Facharzt nach Wien gehen); dieser gute Rückfluss von Informationen wird vor allem mit den guten persönlichen Kontakten der Akteure begründet (so wird z. B. immer wieder betont, dass die befragte Ärztin bzw. der befragte Arzt in Niederösterreich den Turnus im Bezirksspital gemacht habe und daher immer noch gute Kontakte dorthin habe; erwähnt wird auch, dass die Fachärzte der Region ebenfalls privat bekannt seien und daher ein guter Informationsfluss bestehe).

⁸ Die Wahl fiel auf das Waldviertel, weil auch einige der befragten Patienten und Patientinnen aus dem Waldviertel stammen; ausgewählt wurden hier nur Ärzte und Ärztinnen, die in kleinen Orten praktizieren.



Die Ärzte in Wien hatten etwas weniger Patienten, verweisen aber eher (rascher) an Fachärzte als die Ärzte im ländlichen Niederösterreich.

Insgesamt ist die kollegiale Vernetzung in Wien und in Niederösterreich gleich gut, in Wien verbleibt die Vernetzung aber eher auf allgemeiner beruflicher Ebene, während sie in den kleinen Gemeinden in Niederösterreich auch für konkreten Informationsfluss von Patienten genutzt wird. Das mag vor allem darauf zurückzuführen sein, dass der regionale Radius bzw. die Zahl der erreichbaren Versorgungsstellen im ländlichen Niederösterreich deutlich kleiner ist als in der Millionenstadt Wien mit ihrem breiten Gesundheitsangebot.

Feststellbar ist anhand dieser acht Interviews, dass teilweise Patienten aus dem ländlichen Niederösterreich zur Versorgung nach Wien pendeln (so wird z. B. auch der Hausarzt nicht am Wohnort, sondern am Arbeitsort frequentiert) und umgekehrt auch Patienten und Patientinnen aus Wien zur hausärztlichen Versorgung nach Niederösterreich pendeln (nicht nur zum Zweitwohnsitz).

Alle befragten Hausärztinnen und Hausärzte führen Hausbesuche durch, allerdings nehmen diese in Niederösterreich einen größeren Teil der Arbeitszeit (etwa die Hälfte bei den befragten Ärzten/innen) in Anspruch, hier werden Patienten offensichtlich länger und kontinuierlicher vom Hausarzt/-von der Hausärztin betreut als in der (Groß-)Stadt. Bei den befragten Landärzten gibt es auch (vor allem alte) Patienten, die regelmäßig prophylaktisch besucht werden, also ohne konkrete Aufforderung durch den Patienten, sondern um den allgemeinen Zustand der (meist chronisch kranken) Personen abzuklären.

7. Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Die Ergebnisse machen deutlich, dass sich das Konzept einer Gatekeeper-Versorgung, wobei die niedergelassenen Hausärzte die Rolle des Gatekeepers beim (ambulanten wie stationären) Zugang zum Gesundheitssystem übernehmen würden, durchaus nicht mit jenen Widerständen rechnen müsste, wie landläufig immer wieder vermutet wird. Allerdings sind die beiden zentralen Zielgruppen (Patienten und Hausärzte) durchaus differenziert zu betrachten.

Anzunehmen ist, dass die Widerstände gegen die Einführung eines (verbindlichen) Gatekeepersystems bei Landärzten weit geringer sein werden als bei Ärzten in der Stadt bzw. es stellt sich heraus, dass die infrastrukturelle Vorbereitung (z. B. Vernetzung) bei Ärzten am Land schon deutlich



weiter in Richtung Gatekeeperfunktion fortgeschritten ist als im städtischen Bereich.

Seitens der Patienten lässt sich deutlich machen, dass es keineswegs eine einheitliche (ablehnende) Haltung gegen eine Gatekeeper-Versorgung gibt bzw. dass das „soziale Gut“ der freien Arztwahl nicht bei allen Patientengruppen gleich verbreitet ist. So lassen sich in der Patientengruppe mit mindestens zehn Arztkontakten im letzten Jahr fünf verschiedene typische Formen in der Auswahl des Versorgungszugangs feststellen. So stellt sich heraus, dass der „treue Hausarzt-Fan“ (Typ 3) das Gatekeepermodell bereits lebt, dass der „reflektierte Hausarztnutzer“ (Typ 1) und der „beziehungsorientierte Gesundheitssystemnutzer“ (Typ 5) (eventuell) von einem Gatekeepermodell überzeugt werden können, während beim „effizienten und flexiblen Gesundheitssystemnutzer“ (Typ 4) erhebliche Widerstände gegen ein Gatekeepermodell bzw. gegen eine Beschränkung der freien Hausarztwahl zu erwarten sein werden. Diesen Widerständen könnte jedoch mit einer Opt-out-Regelung begegnet werden, die im Rahmen des Wahlarztsystems von den „Hausarztverweigerern“ und den „effizienten und flexiblen Gesundheitssystemnutzern“ ohnedies auch derzeit schon genutzt werden kann. Jedenfalls kann mit den hier gefundenen Ergebnissen die in Politik und Wissenschaft weit verbreitete Vermutung über die „freie Arztwahl“ als höchstem Wert der Österreicher/-innen deutlich relativiert werden. Die Ergebnisse zeigen, dass ein gewisser Mut bei der Umsetzung von „Hausarztmodellen“ in Richtung einer aufgewerteten Gatekeeperfunktion der Allgemeinmedizin auf eine nicht so geringe Zustimmung unter den Patienten und Patientinnen stoßen würde, wenn die entsprechenden Vorstellungen denn ausreichend und nachvollziehbar kommuniziert werden würden.

Aufgrund der gewählten hypothesengenerierenden

© Judex - Fotolia.com

Keine einheitliche Haltung gegen eine Gatekeeper-Versorgung.

Quantitative Erhebungen sind notwendig, um Aussagen über die Verteilung der Patiententypen treffen zu können.

Methode und der Datenbasis ist es nicht möglich, Aussagen über die quantitative Verteilung der fünf Typen in der Grundgesamtheit zu treffen. Dazu wäre eine eigene, repräsentative Befragung (Fragebogenerhebung) der Patienten und Patientinnen der beiden beteiligten Gebietskrankenkassen notwendig. Aber die hier entwickelte Typisierung schafft eine brauchbare Grundlage für diese Erhebung.

Es würde sich lohnen, auf Grundlage der hier gewonnenen typischen Zugänge zur ärztlichen Versorgung weiterzuarbeiten und die Informationen über die einzelnen Typen weiter qualitativ zu vertiefen. Dabei würde es sich besonders lohnen, jenen Typus näher bzw. ausführlicher zu analysieren, der sein Wissen vor allem aus dem Internet und einschlägigen Foren bezieht und den behandelnden Arzt/-der behandelnden Ärztin damit konfrontiert. Hier entsteht ein Spannungsverhältnis zwi-

schen höherer medizinischer Transparenz und gesteigener Belastung für den Gatekeeper; ein Spannungsverhältnis, das (vor allem vor dem Hintergrund der gesellschaftlichen Bedeutung des Internets) weiterer Analysen bedürfte.

Schließlich könnte die Verteilung der hier gefundenen und qualitativ beschriebenen fünf Typen unter allen Patienten mit häufiger Arztfrequenz in einem weiteren Schritt quantitativ (repräsentativ) erhoben werden, etwa durch eine repräsentative Patientenbefragung; ein Vorhaben freilich, das gewisse Kosten verursachen würde. Im Sinne eines evidenzbasierten Diskurses über den Zugang zu medizinischen Leistungen im Allgemeinen und das „Hausarztmodell“, von dem wir eingangs festgestellt hatten, dass dies etwas ist, über das „keiner nix weiß“ würde sich diese Investition sicher rechnen.

LITERATUR

- Andersen, Ronald M./Andersen, Hanfried H. (1992): Wie plausibel ist das Primärarztmodell des Sachverständigenrats? Einige empirische Anmerkungen. Discussion Paper FS IV 92-8, Wissenschaftszentrum Berlin.
- Andersen, Ronald (1968): Behavioral Model of Families' Use of Health Services. In: Research Series No. 25, Chicago, IL: Center for Health Administration Studies, University of Chicago. Zitiert nach: Andersen, Ronald: Revisiting the Behavioral Model to Medical Care: Does It Matter? In: Journal of Health and Social Behavior, 1995, Vol. 36, S. 1–10.
- Andersen, Ronald (1995): Revisiting the Behavioral Model to Medical Care: Does It Matter? In: Journal of Health and Social Behavior, Vol. 36, S. 1–10.
- Bobens, Claudia (2006): Das Experteninterview. In: Flaker, Vito/Schmid, Tom (Hrsg.): Von der Idee zur Forschungsarbeit. Forschen in Sozialarbeit und Sozialwissenschaft. Wien/Köln/Weimar. S. 319–332.
- Bozorgmehr, Kayvan/Schubert, Kirsten/Razum, Oliver (2009): Primary Health Care von Alma Ata bis Almaty. In: Prävention und Gesundheitsförderung, 2010/1, S. 18–22.
- Campbell, Stephen, Martin, Roland (1996): Why do people consult the doctor? In: Family Practice, 13,1: 75–83.
- Deklaration der Internationalen Konferenz zur primären Gesundheitsversorgung, Alma-Ata (1978).
- European Observatory, Busse, Reinhard/Blümel, Miriam/Scheller-Kreinsen, David/Zentner, Annette: Tackling Chronic Disease in Europe – Strategies, interventions and challenge (2010).
- Haller, Sebastian/Velasco Garrido, Marcial/Busse, Reinhard (2009): Hausarztorientierte Versorgung. Charakteristika und Beitrag zur Gesundheit der Bevölkerung. Ein Evidenz-Report. Berlin.
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Statistische Daten aus der Sozialversicherung – Vertragsärzte und Vertragszahnärzte der Krankenversicherungsträger nach Bundesländern (2011).
- Kelle, Udo/Kluge, Susanne (1999): Vom Einzelfall zum Typus. Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung. Opladen.
- Mayring, Phillipp (1999): Einführung in die qualitative Sozialforschung Weinheim.
- Pfaff, Holger/Matthias Schrappe (2011): Einführung in die Versorgungsforschung. In: Pfaff/Neugebauer/Glaeske/Schrappe (Hrsg.): Lehrbuch Versorgungsforschung: Systematik, Methoden, Anwendung, Schattenauer GmbH, Stuttgart, S. 15 ff.
- Rebhandl, Erwin/Fürthauer, Bernhard/Rabady, Susanne/Glehr, Reinhold/Maier, Manfred (2004): Hausärztin/Hausarzt neu. Die Rolle der Hausärztin/des Hausarztes im zukünftigen österreichischen Gesundheitssystem ÖGAM, Wien.
- Regierungsprogramm 2008–2013 „Gemeinsam für Österreich“ für die XXIV. Gesetzgebungsperiode (2008).
- Richter, Veronika/Schmid, Tom (2010): Armut macht krank. Ergebnisse eines Forschungsprojektes im Auftrag des Fonds gesundes Österreich und der Volkshilfe Österreich. Wien.
- Statistik Austria (2007). Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation.
- Stigler, Florian (2011): Reformoptionen. Das österreichische Gesundheitswesen (ÖKZ), Jg. 52 (2011), 4.
- Stigler, Florian (2010): The Future of Primary Care in Austria. Dissertation, University of Manchester.
- Strauß, Anselm L. (1998): Grundlagen qualitativer Sozialforschung. München.
- Thode, Nicole et al. (2005): Einflussfaktoren auf die ambulante Inanspruchnahme in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 2005/3, S. 297.
- V. d. Zee, Jouke/Kroneman, Madelon (2007): Bismarck or Beveridge: a beauty contest between dinosaurs.
- WHO (2008): World Health Report 2008 – Primary Health Care - Now More Than Ever.
- Zentner, Annette/Velasco Garrido, Marcial/Busse, Reinhard (2008): Effekte des Gatekeeping durch Hausärzte – Systematischer Review. Internetquelle: http://mediaresearch.orf.at/index2.htm?fernsehen/fernsehen_sinus_postm.htm (26.1.2011).