

# Fördernde und hemmende Motivatoren von niedergelassenen MedizinerInnen in der beruflichen Praxis



Arbeitsgemeinschaft Sozial- und Gesundheitsforschung  
Linz, November 2015

## Inhaltsverzeichnis

1	Forschungsgegenstand und -Auftrag .....	4
2	Meilensteine .....	5
3	Methoden .....	5
3.1	Forschungsfragen .....	6
3.2	Das ExpertInneninterview .....	6
3.2.1	Die explorative Phase in Form einer ExpertInnenbefragung .....	6
3.2.2	Sampling und Durchführung der ExpertInneninterviews .....	7
3.2.3	Auswertung der explorativen Interviews.....	8
3.3	Das Leitfadengestützte Interview.....	9
3.3.1	Sampling und Durchführung der Interviews.....	9
3.3.2	Auswertung der Interviews.....	10
3.4	Ergänzender Kurz-Fragebogen: Die quantitative Befragung .....	11
4	Ergebnisse.....	12
4.1	Ergebnisdimensionen .....	13
4.2	Professionskultur niedergelassener ÄrztInnen.....	14
4.2.1	Die Profession und ihre Anforderungen .....	14
4.2.2	Der Umgang mit kritischen Situationen.....	16
4.2.3	Fördernde und hemmende Motivatoren für eine Niederlassung am Land .....	19
4.2.4	Work-Life-Balance.....	24
4.2.5	Sozialisation: Idealismus und Realismus .....	25
4.3	Autonomie.....	28
4.3.1	Motive für die Selbstständigkeit .....	29
4.3.2	Die Hürden der Selbstständigkeit .....	31
4.3.3	Die Eingeschränkte Autonomie durch den Kassenvertrag.....	33
4.3.4	PrivatärztInnen zwischen Autonomie und Wettbewerb.....	37
4.3.5	Verteilung von Kassenstellen .....	38
4.4	Kompetenz und Anerkennung.....	39
4.4.1	Berufliche Anerkennung .....	39
4.4.2	Kompetenzerweiterung .....	42
4.4.3	Anerkennung von Kompetenz.....	45
4.5	Die Schnittstelle Arzt-Gesundheitssystem- Integration.....	47
4.5.1	Kommunikation mit der Sozialversicherung .....	48
4.5.2	Vertrauen und Misstrauen.....	49
4.5.3	Zusammenarbeit mit Spitälern .....	52
4.5.4	Koordination durch das Gesundheitssystem .....	56
4.5.5	Erstanlaufstellen mit „Gatekeeper-Funktion“ .....	61
4.5.6	Arbeitsbedingungen einer „idealen Praxis“ .....	62

4.5.7	Praxisstrukturen im niedergelassenen Bereich.....	62
4.5.8	Weitere Anregungen zur allgemeinen Versorgungsqualität.....	66
5	Konkrete Maßnahmenvorschläge aus der Perspektive der befragten ÄrztInnen.....	70
5.1	Die Zukunft der Gesundheitsversorgung.....	70
5.1.1	Prävention.....	70
5.1.2	Strukturen und Leistungen anpassen .....	71
5.1.3	„Vertrauensverhältnis“ zwischen ÄrztInnen und Sozialversicherung fördern.....	73
5.1.4	Kompetenz und Anerkennung fördern .....	75
5.1.5	Interdisziplinären Austausch fördern.....	76
5.1.6	Ergebnisse des „Stimmungsbarometers“ in Hinblick auf den Handlungsbedarf .....	77
6	Überblick über die fördernden und hemmenden Motivatoren in Bezug auf die Forschungsfragen.....	79
7	Zusammenfassung und Skizzierung offener Forschungsfelder.....	84
8	Das Forschungsteam.....	88
9	Quellen.....	89
10	Anhang.....	90

## Abbildungen

Abbildung 1 Forschungsablauf.....	4
Abbildung 2: Ergebnisdimensionen der Studie „Motivatoren von niedergelassenen MedizinerInnen in der beruflichen Praxis“ .....	13
Abbildung 3: Übersicht der Maßnahmen mit dem meisten Handlungsbedarf laut "Stimmungsbarometer" .....	78



## 1 FORSCHUNGSGEGENSTAND UND -AUFTRAG

Im Rahmen des Forschungsprojekts „Fördernde und hemmende Motivatoren von niedergelassenen MedizinerInnen in der beruflichen Praxis“ wurden nicht monetären Anreize in der Berufsgruppe der niedergelassenen MedizinerInnen erhoben. Als empirische Grundlage diente eine Erhebung mit qualitativen Forschungsmethoden. Dazu wurden leitfadengestützte Interviews mit 48 Ärztinnen und Ärzten geführt. Ziel der Studie, die im Auftrag des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger durchgeführt wurde, war die Darstellung von Bedürfnissen, Professions- und Arbeitskultur (zwischen Sozialversicherung und ÄrztInnen) sowie arbeitspsychologischer Motivatoren und Wünsche in der österreichischen Ärzteschaft. Die Forschungsergebnisse können auch Perspektiven aufzeigen sowie auf förderliche und hinderliche Strukturen bzw. Prozesse in Österreich hinweisen.

Mit der Durchführung der Forschung wurde die Arbeitsgemeinschaft Sozial- und Gesundheitsforschung am Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik der Johannes Kepler Universität Linz als unabhängige, außenstehende Partnerin betraut. Die ARGE Sozial- und Gesundheitsforschung bemüht sich um eine objektive und systematische Untersuchung in Bezug auf die Projektkonzeption, Durchführung und Ergebnisse nach fachspezifischen Gesichtspunkten. Das Verständnis der Forscherinnen als durchführende Organe ist dabei ein partnerschaftlich-partizipatives. Unabhängigkeit, Unparteilichkeit und größtmögliche Objektivität zählen neben Transparenz und Nachvollziehbarkeit zu den Referenzpunkten für die Handlungen in jeder Forschungsphase.

Zur Beantwortung der Frage „Welche fördernden und hemmenden Motivatoren beschreiben niedergelassene MedizinerInnen in der beruflichen Praxis?“ wurde im Forschungskonzept folgender Ablauf definiert:

### Forschungsdesign:



Abbildung 1 Forschungsablauf

## 2 MEILENSTEINE

Der zeitliche Rahmen der Studie wurde in Abstimmung mit dem Auftraggeber (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger) mit folgenden Meilensteinen definiert:

Meilensteinplan	Termine 2015
Kick off - Projektgruppe JKU Linz	07. Mai
Interviewleitfaden – explorative Interviews (Teil 1)	10. Mai
Akkordieren des Befragungsinstrumentes für Teil 1 mit Auftraggebern	15. Mai
Fertigstellung (Adaption) der Instrumente, Terminvereinb. ExpertInneninterviews	20. Mai
Abstimmung mit den Auftraggebern	18. Juni
Durchführung explorativer Interviews mit ExpertInnen Teil 1 abgeschlossen	19. Juni
Auswertung der explorativen Daten abgeschlossen	28. Juni
Interviewleitfaden Interviews (Teil 2) und Einschulung der InterviewerInnen	25. Juni
Durchführung Teil 2	Juli / August/ Sept.
Erstellung Kurz-Fragebogen „Stimmungsbarometer“	10. September
Pre-Test „Stimmungsbarometer“	10.-14. September
Befragungen Teil 2 inklusive Kurz-Fragebogen „Stimmungsbarometer“ (n=19)	15. Sept. bis 9. Oktober
Auswertung der Daten Teil 2 und Kurz-Fragebogen	September/ Oktober
Endberichterstellung	Oktober/ November
Projektabschluss	30. November

Der Berichtszeitraum für diesen Ergebnisbericht ist somit Projektstart 07. Mai 2015 bis Ende der Befragungen 09. Oktober 2015.

## 3 METHODEN

Das Projekt orientiert sich vorwiegend an qualitativen Erhebungsmethoden. Die Methoden wurden in allen Dimensionen vergleichbar angelegt und lassen letztendlich auf ein objektives Ergebnis schließen. Im folgenden Abschnitt wird zuerst auf die Forschungsziele hingewiesen und anschließend auf jene Forschungsmethoden eingegangen, die eingesetzt wurden.

## 3.1 FORSCHUNGSFRAGEN

Die folgende, zentrale Forschungsfrage stand im Mittelpunkt des Interesses:

„Welche fördernden und hemmenden Motivatoren beschreiben niedergelassene MedizinerInnen in der beruflichen Praxis?“ Oder kurz gesagt: „Was motiviert Ärztinnen und Ärzte?“ Es ergaben sich im Forschungsprozess folgende Teilfragen:

- In Bezug auf nicht monetäre Anreizsetzung, in welchen Bereichen erfahren MedizinerInnen...:
  - Soziale Verbindung zur Professionskultur?
  - Anerkennung von Autonomie?
  - Kompetenzgefühl?
- Wie erleben und in welchen Bereichen erwarten ÄrztInnen und Ärzte Freude-basierte Anerkennung (Heilen) oder Verpflichtungs-basierte Anerkennung (Professionskultur)?
- Welche Faktoren hemmen bzw. fördern das Handeln gemäß Pflicht- und Freude-basierter Normen?
- Welche Rahmenbedingungen und Problemfelder stellt die Schnittstelle Arzt-Gesundheitssystem-Integration dar?
  - Wie erleben MedizinerInnen das Verhältnis PatientIn – ÄrztIn – Sozialversicherung?
  - Wie stellen sich MedizinerInnen die ideale Praxis vor?
  - Welche Prozesse und Maßnahmen nehmen MedizinerInnen positiv bzw. negativ wahr?

Die Kernfragen der Studie wurden im Kontext der beruflichen und sozialen Rahmenbedingungen behandelt. Bei der qualitativen Erhebung wurden die Befragungsinstrumente anhand der Kategorie-Ebenen „Motivatoren“, „Sozialisation“, „Barrieren und Ressourcen“ und „Strukturen und Organisation“ strukturiert.

## 3.2 DAS EXPERTINNENINTERVIEW

Im ersten Teil der Erhebung sah das Forschungsdesign eine explorative Phase vor. Ziel der explorativen Interviews war es zu erheben, welche Themen die MedizinerInnen grundsätzlich bewegen, welche Motivatoren angesprochen werden, und welche Fragen sich für weitere Erhebungen (Teil 2 der Studie bzw. eine mögliche quantitative Erhebung) aufwerfen.

### 3.2.1 DIE EXPLORATIVE PHASE IN FORM EINER EXPERTINNENBEFRAGUNG

Die Exploration charakterisiert einen erforderlichen Abschnitt des wissenschaftlichen Erkenntnisprozesses. Ohne diesen Prozess wäre das Überprüfen und Erstellen von Hypothesen nicht möglich (Bortz/ Döring 2006). Bortz und Döring (2006) beschreiben dies im wissenschaftlichen Kontext als „das mehr oder weniger systematische Sammeln von Informationen über einen Untersuchungsgegenstand, dass die Formulierung von Hypothesen und Theorien vorbereitet“ (Bortz/ Döring 2006, S. 354). Im wissenschaftlichen Kontext werden beim explorieren von Daten Strategien verwendet. Diese Heuristiken (Such- oder Findestrategie) sind auf die Lösung von Problemen fokussiert, gestalten und geben einen Weg vor, wie sachliche und geistige Objekte verwendet werden, um bestimmte Resultate zu erzielen. Im wissenschaftlichen Kontext werden die Dokumentation, die Bewertung und die Reflektion im Prozess der Exploration durchgeführt (Bortz/ Döring 2006).

Mit Hilfe von ExpertInneninterviews kann sich der/die ForscherIn das Wissen derer, die Mitglied des zu untersuchenden Gegenstandes sind, sichtbar machen. Beim ExpertInneninterview geht es um das Ziel der Untersuchung, den Zweck des Interviews und die daraus resultierende Rolle der InterviewpartnerIn. Soziale Punkte

können erhoben werden, indem die Menschen befragt werden, welche sich durch Beteiligung an der jeweiligen Situation ExpertInnenwissen angeeignet haben. Das Wort „Experte/ Expertin“ beschreibt Menschen, die über ein gesondertes Wissen verfügen, welches diese an den Nachfrager weitergeben und auch für Problemfindung benutzen. Personen in herausragenden Positionen zählen ebenso zur Gruppe der ExpertenInnen, wie Menschen, die sich z.B. über eine Thematik intensiv informieren und Handlungen selbst erfahren. So verfügt im Grunde jede und jeder über ein gewisses ExpertenInnenwissen im Rahmen eines sozialen Umfelds und bezogen auf den individuellen Kontext. (Gläser/ Laudel 2009, S. 13f)

### 3.2.2 SAMPLING UND DURCHFÜHRUNG DER EXPERTINNENINTERVIEWS

Zehn ExpertInnen wurden für die vorliegende Studie nach einem definierten, jedoch nicht streng statistischen Sample ausgewählt, und mit Hilfe eines semistrukturierten Interviewleitfadens befragt. Grundvoraussetzung für die Auswahl der ExpertInnen war, dass die Person selbst MedizinerIn im niedergelassenen Bereich ist. Der ExpertInnenstatus für die Studie ergab sich aus der Erfüllung mindestens eines dieser Punkte:

- Erfahrungswissen durch persönliche, langjährige Erfahrung in einem bestimmten Fachgebiet
- JungübernehmerIn einer Ordination bzw. ExpertIn zur aktuellen Situation junger MedizinabsolventInnen
- Persönlichkeit mit besonderem Wissen zum System und zu Schnittstellen (Krankenkassen – ÄrztInnen – PatientInnen, intramuraler - extramuraler Bereich, Zentralraum - Peripherie...)
- Gute Vernetzung in der eigenen KollegInnenschaft oder MultiplikatorIn in der „ÄrztInnen-Community“
- Errungenschaft wie z.B. Initiierung eines Qualitätszirkels oder eines hausärztlichen Notdienstes („HÄND“) im eigenen Bezirk

Das Befragungssample der ExpertInneninterviews bestand aus insgesamt 10 niedergelassenen MedizinerInnen. Die für qualitative ExpertInneninterviews relativ hohe Anzahl ist dadurch zu begründen, dass beim „Soll-Sample“ grundsätzlich darauf geachtet wurde, dass zum Einen Allgemein- und FachärztInnen mehrerer Disziplinen, zum Anderen Vertrags- und PrivatärztInnen bei den ExpertInnen sind. Das finale Sample der befragten ExpertInnen ist der folgenden Tabelle zu entnehmen:

Kategorie	Anzahl	Summe
AllgemeinmedizinerInnen	5	10
FachärztInnen (2 Innere Medizin, 2 Kinder- und Jugendheilkunde, 1 Urologie)	5	
Kassenvertrag	6	10
Kein Kassenvertrag	4	
Frauen (Alter 35 bis 58)	4	10
Männer (Alter 44 bis 53)	6	
Bundesland Niederösterreich/ Wien	4	10
Bundesland Oberösterreich	5	
Bundesland Steiermark	1	
In Einzelpraxis	8	10
In Gruppenpraxis	2	



Das Sample teilt sich zur Hälfte in AllgemeinmedizinerInnen und in FachärztInnen, wovon 6 vertraglich an die Kassen gebunden und 4 als PrivatärztInnen tätig sind. Das Alter der befragten Frauen liegt im Intervall von 35 bis 58, bei den männlichen Ärzten liegt es zwischen 44 bis 53 Jahren. Im Sample befinden sich MedizinerInnen aus vier verschiedenen Bundesländern: Niederösterreich, Wien, Oberösterreich und Steiermark. Von den 10 befragten ÄrztInnen behandeln 8 in einer Einzelpraxis und zwei in einer Gruppenpraxis.

Die 10 Interviews wurden im Zeitraum zwischen 20. Mai und 19. Juni 2015 mit einem semistrukturierten Leitfaden durchgeführt. Die ExpertInneninterviews wurden mittels Audioaufnahmen digital aufgezeichnet und mit Gedächtnisprotokollen ergänzt. Die gewonnenen Audiodaten wurden wörtlich transkribiert. Dementsprechend war eine genaue Textfassung möglich, welche die Grundlage für die Auswertung bildete (Mayring 2002).

Die Interviewtranskripte wurden anschließend gemäß dem Ablaufmodell der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2002) reduziert und mittels Kategoriensystem grob ausgewertet.

### 3.2.3 AUSWERTUNG DER EXPLORATIVEN INTERVIEWS

Der Leitfaden, welcher im Anhang des Studienberichts zu finden ist, enthält narrative Elemente und ermöglichte in der explorativen Phase eine eher offene Herangehensweise an das Forschungsthema. Die Fragen des Leitfadens entstanden auf Grundlage der Forschungsfragen. Aus den Forschungsfragen wurden Dimensionen gebildet, die auch bei der Auswertung für die Kategorienbildung verwendet wurden. Die paraphrasierten Ergebnisse wurden innerhalb der Hauptdimensionen in die folgenden Kategorien eingeordnet:

Dimensionen und Kategorien	
<b>Motivatoren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beweggründe der ÄrztInnen für Praxis im niedergelassenen Bereich</li> <li>• Motivationsfaktoren für MedizinerInnen aufs Land zu gehen</li> <li>• Charakteristika v. ÄrztInnen mit Kassenvertrag</li> <li>• Charakteristika v. PrivatärztInnen</li> <li>• (Ideal-)Merkmale von MedizinerInnen im niedergelassenen Bereich bzw. „Was braucht man dazu?“</li> <li>• Autonomie als Motivator</li> <li>• Anerkennung als Motivator</li> <li>• Medizin-KollegInnen und Fortbildung</li> </ul>
<b>Sozialisation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• früher - heute: Veränderung der Arzt- Patient-Beziehung</li> </ul>
<b>Barrieren und Ressourcen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Herausforderungen für alle ÄrztInnen mit Niederlassung</li> <li>• Herausforderungen, die speziell AllgemeinmedizinerInnen betreffen</li> </ul>
<b>Strukturen und Organisation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beurteilung der Zusammenarbeit mit der Krankenkasse</li> <li>• Anregungen und Ideen (in Bezug auf Krankenkassen direkt)</li> <li>• Allgemeine Anregungen für Gesundheitsversorgung</li> </ul>

Die Auswertungsergebnisse von Teil 1 und Teil 2 der Untersuchung werden zusammen im Kapitel „Ergebnisse“ dargestellt. Dabei wurden die ExpertInneninterviews in der explorativen Erhebungsphase (Teil 1 der Untersuchung) je nach ExpertIn mit „Exp. 1“ bis „Exp. 10“ nummeriert, während die Interviews von Teil 2 der Untersuchung je nach Interviewperson mit „IP 1“ bis „IP 38“ nummeriert wurden.

## 3.3 DAS LEITFADENGESTÜTZTE INTERVIEW

Für Teil 2 der empirischen Erhebungen wurden im Rahmen der vorliegenden Studie 38 leitfadengestützte, qualitative Einzelinterviews durchgeführt. Der Leitfaden entstand auf Basis der Auswertungen der explorativen Erhebung (Teil 1 der Untersuchung). Die zuvor von den ExpertInnen genannten Kernthemen und Motivationsfaktoren wurden zu einem detaillierteren Leitfaden angepasst.

Ziel dieser Einzelbefragung war es, die Forschungsfragen anhand einzelner Erfahrungsberichte zu beantworten. Für alle Befragten kam derselbe Leitfaden zum Einsatz. Beim Gesprächsleitfaden wurden ausschließlich offene Fragen gewählt, wie es bei qualitativen Interviews vorgesehen ist. Der Vorteil dieser Form der Befragung ist, dass die ÄrztInnen als InterviewpartnerInnen ihre Meinung in ihren eigenen Worten mitteilen können ohne durch die Restriktionen gebunden zu sein, welche bei geschlossenen Fragen auftreten. (Lamnek 2005, S. 344f)

Die qualitativen, fokussierten Interviews folgten dem Prinzip der Zurückhaltung, d.h. die InterviewerInnen selbst hielten sich hier im Hintergrund. Die Befragten sollten als Subjekt wirken und nicht nur als DatenlieferantInnen. Weiteres wurden die Prinzipien der Kommunikativität und der Flexibilität beachtet. Ersteres meint, dass sich die InterviewerInnen der Sprache und dem kommunikativen Regelsystem der Befragten angepasst haben. Das zweite Prinzip ist eng mit der Offenheit verbunden. Die Gestaltung und die Dauer waren grundsätzlich von den Befragten abhängig (Lamnek 2005, S. 396f).

### 3.3.1 SAMPLING UND DURCHFÜHRUNG DER INTERVIEWS

38 MedizinerInnen im niedergelassenen Bereich wurden für die Befragung ausgewählt. Da Repräsentativität in der qualitativen Forschung nicht vorrangig ist, war es auch kein notwendiges Ziel im Sample die genauen, österreichweiten Anzahlverhältnisse im Vergleich zur Grundgesamtheit der ÄrztInnenenschaft zu erreichen. Ziel war vielmehr eine möglichst breite Streuung zu erhalten. Es sollten daher jedenfalls folgende Gruppen unter den Befragten vertreten sein:

- AllgemeinmedizinerInnen sowie FachärztInnen aus möglichst vielen Gebieten. Auf Wunsch der AuftraggeberInnen wurden Fachgebiete, die kaum direkten Kontakt zu PatientInnen haben, davon ausgeschlossen.
- Ordinationen in Landes- und Bezirksstädten, im Stadt-Umland sowie in ländlichen Regionen mit unterschiedlichem PatientInnenklientel
- Vertrags- sowie PrivatärztInnen
- Streuung in Bezug auf Alter, Herkunft und Geschlecht

Nachdem 12 InterviewerInnen auf den Leitfaden eingeschult waren, nahmen diese entweder persönlich oder telefonisch Kontakt mit niedergelassenen ÄrztInnen auf. Die potentiellen InterviewpartnerInnen wurden im Vorfeld über das Forschungsvorhaben detailliert aufgeklärt. Es oblag der freien Entscheidung der InterviewpartnerInnen, ob diese an der Erhebung teilnehmen wollten, oder nicht. Es wurde auch darauf hingewiesen, dass die Antworten der jeweiligen Befragten im Rahmen der vorliegenden Studie veröffentlicht werden, und dass dieses Vorgehen die Zustimmung der InterviewpartnerInnen erforderte.

Das Befragungssample von Teil 2 der Erhebung bestand aus insgesamt 38 niedergelassenen MedizinerInnen. Das Durchschnittsalter der Befragten beträgt 49,7 Jahre. Die finale Samplestruktur ist der folgenden Tabelle zu entnehmen:

Kategorie	Anzahl	Summe
AllgemeinmedizinerInnen	18	38
FachärztInnen	20	
VertragsärztInnen	22	38
PrivatärztInnen	16	
Frauen (Alter 40 bis 58 Jahre)	11	38
Männer (Alter 39 bis 62 Jahre)	27	
Bundesland Niederösterreich	1	38
Bundesland Oberösterreich	21	
Bundesland Salzburg	8	
Bundesland Steiermark	1	
Bundesland Tirol	1	
Bundesland Wien	6	
ÄrztInnen in Einzelpraxis tätig	29	38
ÄrztInnen in Gruppenpraxis tätig	9	

Die 20 befragten FachärztInnen praktizieren in den folgenden Fachgebieten:

- Augenheilkunde (IP 2, IP 3 und IP 18)
- Dermatologie, Haut- und Geschlechtskrankheiten (IP 5 und IP 12)
- Gynäkologie (IP 10)
- Hals-, Nasen-, Ohren (IP 29)
- Innere Medizin (IP 7 mit Schwerpunkt Onkologie, IP 8 mit Schwerpunkt Rheumatologie, IP 32, Schwerpunkt Diabetes und IP 37)
- Kinder- und Jugendheilkunde (IP 14 und IP 31)
- Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (IP 6)
- Orthopädie (IP 11 mit Schwerpunkt Kinder und IP 30)
- Psychiatrie/ Neurologie (IP 13)
- Sport- und Unfallchirurgie (IP 9)
- Urologie (IP 22)
- Zahnmedizin (IP 16)

Die qualitative Einzelbefragung von 38 MedizinerInnen im niedergelassenen Bereich fand in Form von leitfadengestützten, problemzentrierten Interviews zwischen 5. Juli und 6. Oktober 2015 statt. Großteils wurden die Befragungen face-to-face durchgeführt. Vereinzelt fanden aus Termin- oder Distanzgründen telefonische Interviews statt. Die Interviews dauerten jeweils zwischen 18 und 97 Minuten und wurden mit dem Einverständnis der Interviewten audioaufgezeichnet. Die Interviews wurden anschließend transkribiert und mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet.

### 3.3.2 AUSWERTUNG DER INTERVIEWS

Die Fragen des semistrukturierten Leitfadens, welcher im Anhang des Studienberichts zu finden ist, entstanden auf Basis der Ergebnisse der explorativen Interviews und nehmen Bezug auf die Forschungsfragen. Die Erhebungs- und Auswertungsdimensionen entsprechen jenen von Teil 1 der empirischen Erhebungen. Diese Forschungsdimensionen, die auch bei der Auswertung für die Kategorienbildung verwendet wurden, sind im Methodenkapitel „Explorative Interviews“ nachzulesen.

Die Auswertung des Ausgangsmaterials orientierte sich nach den Grundsätzen der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring. Mayring (2003, S. 42ff) sieht als Ziel der Inhaltsanalyse die systematische Behandlung des Ausgangsmaterials mit der Orientierung an vorab festgelegten Regeln der Textanalyse. Dazu gehört die Bildung eines Kategoriensystems, das das zentrale Instrument der Analyse darstellt. Dieses Kategoriensystem begünstigt die Vergleichbarkeit der Ergebnisse.

Die Auswertungsschritte der zusammenfassenden Inhaltsanalyse waren: Transkription und Bestimmung der Analyseeinheiten, Paraphrasierung, Generalisierung der Paraphrasen, Reduktion durch Selektion und Bündelung, Zusammenstellung neuer Aussagen und schlussendlich Rücküberprüfung des Kategoriensystems am Ausgangsmaterial. (Mayring 2003, S. 58ff)

- Im ersten Schritt erfolgte die Festlegung der Hauptdimensionen. Diese entsprechen den Kategorien und Dimensionen, die im Kapitel „Methoden“ – „Das ExpertInneninterview“ angeführt sind.
- Paraphrasierung: Der nächste Schritt erfolgt, indem inhaltstragende Textstellen paraphrasiert werden. Zunächst werden relevante Textstellen der Kategorie identifiziert und als Zitate in eine Tabelle eingetragen. *„Dabei werden bereits nichtinhaltstragende oder ausschmückende Textbestandteile fallengelassen.“* (Mayring 2003, S. 61)
- Generalisierung der Paraphrasen: In der dritten Phase, der generalisierenden Analyse, wurden nicht mehr die einzelnen Interviews betrachtet, sondern versucht zu einer allgemeinen Erkenntnis zu gelangen. Gemeinsamkeiten und Unterschieden bei den Interviews führten zur Erkenntnis von Grundtendenzen, die bei allen oder zumindest bei einigen Befragten markant waren.
- Reduktion durch Selektion und Bündelung: Es erfolgte eine weitere Reduktion der Paraphrasen (Stichworte) pro Hauptdimension, die in Tabellen zusammengefasst wurden, um auch optisch einen Überblick der Ergebnisse zu erhalten.
- Zusammenstellung der neuen Aussagen als Kategoriensystem: Im letzten Schritt wurden die Ergebnisse der ProbandInnen noch einmal reduziert und pro Kategorie die Aussagen der Befragten zusammengefasst. Bei stark unterschiedlichen Ergebnissen der Kategorie wurden die Aussagen zu den Personen zugeordnet.
- Eine Rücküberprüfung des Kategoriensystems dient der Vermeidung von Fehlern. Da von der Transkription bis zur Inhaltsanalyse laufend Material verringert wurde, waren Fehlinterpretationen anzunehmen. Das originale Ausgangsmaterial wurden zur Kontrolle daher noch einmal mit den Ergebnissen verglichen.

Die Auswertungsergebnisse von Teil 1 und Teil 2 der Untersuchung werden zusammen im Kapitel „Ergebnisse“ dargestellt. Dabei wurden die ExpertInneninterviews in der explorativen Erhebungsphase (Teil 1 der Untersuchung) je nach ExpertIn mit „Exp. 1“ bis „Exp. 10“ durchnummeriert, während die Interviews von Teil 2 der Untersuchung je nach Interviewperson mit „IP 1“ bis „IP 38“ bezeichnet werden.

### 3.4 ERGÄNZENDER KURZ-FRAGEBOGEN: DIE QUANTITATIVE BEFRAGUNG

Als Ergänzung zu den qualitativen Interviews wurde im Rahmen der Erhebungsphase eine Zusatzbatterie aus einigen quantitativen Gewichtung-Fragen entwickelt. Die MedizinerInnen sollten jene Themen, welche auch in den qualitativen Interviews häufig gefordert wurden, in Form eines „Stimmungsbarometers“ bewerten.

Dieses Instrument eines zusätzlichen Kurz-Fragebogens haben in der letzten Erhebungsphase 19 ÄrztInnen jeweils nach den Interviews zusätzlich ausgefüllt. Diese quantitative Ergänzung ist aufgrund ihrer kleinen Fallzahl nicht repräsentativ interpretierbar, ermöglicht aber erste Einschätzungen, wie einzelne Mediziner bestimmte Themen gewichten würden. Der Fragebogen ist im Grunde ein Standardinstrument der empirischen Sozialforschung. Die Methode der schriftlichen Befragung kann einerseits hinsichtlich der Art der Kommunikation, andererseits hinsichtlich des Grades der Strukturierung bzw. Standardisierung charakterisiert werden. In diesem Fall wurde der Kurz-Fragebogen, der schriftlich und teilstandardisiert war, den Befragten nach dem qualitativen Interview zum Ausfüllen vorgelegt.

Der Fragebogen ist im Anhang dieses Berichtes ersichtlich. Das Fragebogendesign wurde so gestaltet, dass es 9 Fragen bzw. Themenbereiche gab, bei welchen einerseits - an Stelle von Skalen - Prozentzahlen (jeweils „Erfüllungsgrad“ und „Handlungsbedarf“), andererseits die Möglichkeit der Ergänzung mittels Notizen, auszufüllen waren. So konnten in Form dieses so genannten „Stimmungsbarometers“ neben quantifizierbaren Daten qualitative Daten erhoben werden. In einem Pre-Test wurden die Fragen im September 2015 getestet.

Die anonym ausgefüllten Fragebögen wurden ab 15. September von den InterviewerInnen gemeinsam mit den qualitativen Interviews ab Interviewperson Nr. IP 16 erhoben und an die Projektleitung übergeben.

Unter den 19 Befragten des „Stimmungsbarometers“ waren 13 AllgemeinärztInnen und 6 FachärztInnen (Urologie, Kinder- und Jugendheilkunde, Augenheilkunde und Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Zahnmedizin und Orthopädie). Die nicht repräsentative Stichprobe der Befragten des Instruments „Kurzfragebogen“ umfasste einen verhältnismäßig hohen Anteil an AllgemeinmedizinerInnen. Dies ergab sich aus der Rekrutierungsstrategie der qualitativen Leitfadeninterviews (Teil 2 der Studie, n=38), die vorsah zuerst vorwiegend FachärztInnen aus verschiedenen Gebieten zu befragen, und erst gegen Ende der Befragungsphase die AllgemeinärztInnen zu interviewen. Daher sind die Auswertungen des Stimmungsbarometers, vor allem in Bezug auf Vergleiche zwischen Allgemein- und FachärztInnen nicht als reliabel zu bezeichnen.

Die Daten wurden in ein Excel-Dokument eingegeben und durch Mittelwerte und Standardabweichungen analysiert. Erfüllungsgrad und Handlungsbedarf zu den verschiedenen Themengebieten können wie folgt interpretiert werden:

- 0% Nicht erfüllt / Kein Handlungsbedarf
- 25% Geringer Erfüllungsgrad / geringer Handlungsbedarf
- 50% Teilweise erfüllt / teilweise Handlungsbedarf
- 75% Großer Erfüllungsgrad / großer Handlungsbedarf
- 100% Vollständig erfüllt / Sehr großer Handlungsbedarf

Da es sich bei dem „Stimmungsbarometer“ (n=19) keineswegs um eine repräsentative Stichprobe handelte, ist nochmals darauf hinzuweisen, dass dadurch keine Thesen be- oder widerlegt werden. Es handelt sich lediglich um eine Ergänzung der qualitativen Forschungsinstrumente.

## 4 ERGEBNISSE

Die folgenden Teilkapitel behandeln die Ergebnisse der Studie. Alle Ergebnisse beziehen sich, sofern nicht andere Quellen angegeben sind, auf die empirischen Erhebungen zwischen Mai und Oktober 2015. Das Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik, Johannes Kepler Universität Linz wurde als unabhängige, außenstehende Partnerin mit der Erhebung betraut und bemüht sich um eine objektive und systematische Darstellung der Ergebnisse. Unabhängigkeit, Unparteilichkeit und größtmögliche Objektivität zählen neben Transparenz und

Nachvollziehbarkeit zu den Referenzpunkten für die Handlungen im Rahmen der Studie „Fördernde und hemmende Motivatoren von niedergelassenen MedizinerInnen in der beruflichen Praxis“.

## 4.1 ERGEBNISDIMENSIONEN

Es wurden bei der qualitativen Inhaltsanalyse Kategoriensysteme entwickelt, die schließlich in mehreren Auswertungsdimensionen zusammengefasst wurden.

In Hinblick auf das vorliegende „Gutachten zur Gestaltung nicht-monetärer Anreize für Ärztinnen und Ärzte“ (Janus 2014) wurden für die qualitativen Interviews folgende Hauptdimensionen zur Auswertung der Kategoriensysteme festgelegt, die berücksichtigt wurden und zugleich die Untersuchungsebenen kennzeichnen.

Die Dimensionen beziehen sich auf drei Elemente, welche sich als entscheidend bei der Anreizsetzung für ÄrztInnen herausgestellt haben (Janus 2014, S. 22) sowie auf das System „ÄrztIn-Gesundheitssystem-Integration“, welches einen wichtigen Einflussfaktor im Konstrukt nicht-monetärer Anreize darstellt (Janus 2014, S. 21):

- Zugehörigkeit zur Professionskultur
- Anerkennung von Autonomie
- Anerkennung von Kompetenz
- Schnittstelle ÄrztIn-Gesundheitssystem-Integration

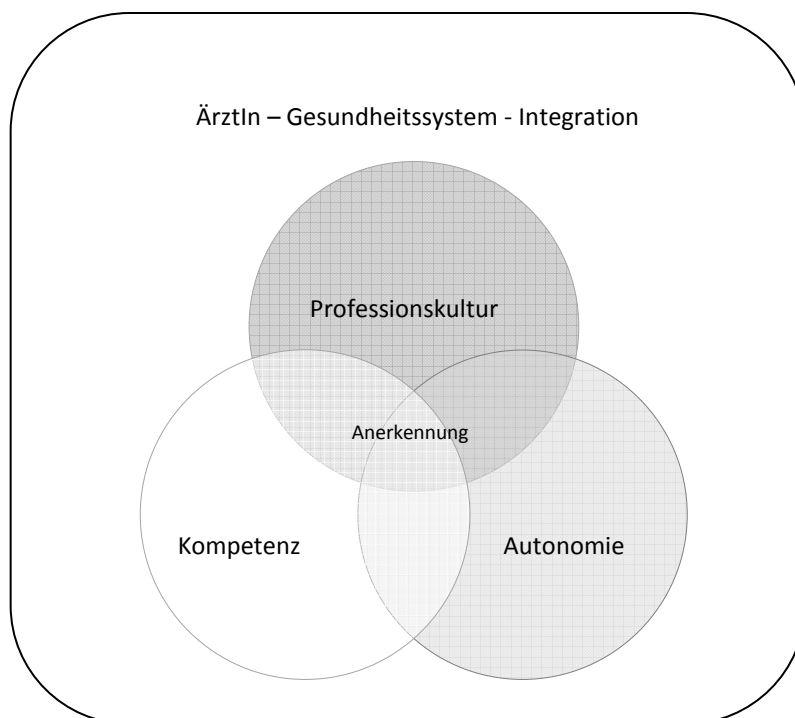


Abbildung 2: Ergebnisdimensionen der Studie „Motivatoren von niedergelassenen MedizinerInnen in der beruflichen Praxis“

## 4.2 PROFESSIONSKULTUR NIEDERGELASSENER ÄRZTINNEN

Bei der nicht-monetären Anreizsetzung ist es laut Janus (2014, S. 24f) von Bedeutung, die wahrgenommene soziale Verbindung zur Professionskultur zu stärken. Denn die Zugehörigkeit und Anerkennung in der Profession und der damit verbundene Status stellen wichtige, intrinsische Motivationsfaktoren dar.

Dieses Kapitel behandelt folgende Fragen zum Thema „Soziale Verbindung zur Professionskultur“:

- Welche objektiv-latenten Sinnstrukturen zeigen sich im sozialen System „Niedergelassene ÄrztInnenschaft“?
  - ➔ Welche Eigenschaften und Kernkompetenzen schreiben MedizinerInnen sich und ihren KollegInnen zu (Selbstbild-Fremdbild)?
  - ➔ Welche Unterschiede beschreiben ÄrztInnen zwischen niedergelassenen MedizinerInnen mit und ohne Kassenvertrag, Allgemein- und FachärztInnen bzw. Stadt- und LandärztInnen?
  - ➔ Was hemmt und was fördert „Idealismus“ oder „Intrinsische Motivation“ aus Perspektive der ÄrztInnen?

### 4.2.1 DIE PROFESSION UND IHRE ANFORDERUNGEN

Im Rahmen der Studie wurden MedizinerInnen zu ihren Motivationsfaktoren im beruflichen Werdegang (Siehe Teilkapitel „Motive für in die Selbstständigkeit“) sowie zu ihrem Sozialisationsprozess (Siehe Teilkapitel „Vom Idealismus zum Realismus“) befragt. Des Weiteren wurde die Frage gestellt: „Was braucht ein Arzt/ eine Ärztin im niedergelassenen Bereich?“. Im Grunde gilt, *„Jeder Arzt ist anders. Jede Ordination ist anders.“ (IP 36, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag)*. Es ist nicht Ziel in einem Schubladendenken alle Niedergelassenen zusammenzuzählen. Dennoch, in den folgenden Punkten stimmten ExpertInnen und übrige Befragte überein. Diese (Ideal-) Merkmale kennzeichnen demnach niedergelassene MedizinerInnen:

#### Sozialkompetenzen

Zu den Fähigkeiten, welche MedizinerInnen mitbringen sollten, gaben in der ersten Befragungsphase die ExpertInnen allem voran den sozialen Aspekt an. Attribute wie Einfühlungsvermögen, Ruhe und emotionale Stabilität wurden angeführt:

*„Mit Leuten umgehen können, sowohl mit PatientInnen als auch Personal gegenüber. Soziale Kompetenz, emotionale Intelligenz.“ (Exp. 3, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag)*

Zu diesen Qualitäten zählen auch zuhören (Exp. 4) und sich auf Leute einlassen (Exp. 5) zu können.

**Professionsmerkmale  
und pflichtbasierte  
Normen**

**Soziale Kompetenz**

**Emotionale Intelligenz**

*"Denn bei aller beruflichen Distanz muss man sich auf die Beziehungsebene einlassen" (Exp. 2, Allgemeinmediziner, kein Kassenvertrag)*

**Sich einlassen**

*"50 Prozent meiner Heilkunst bestehen darin zu horchen, reden und sich verstanden fühlen." (IP 17, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag)*

**Verständnis zeigen**

*"Du brauchst Verständnis für Banalitäten, Kleinigkeiten oder die Ängste der Eltern und Einfühlsamkeit" (Exp. 7, Kinderarzt, kein Kassenvertrag)*

### Verantwortung übernehmen

Eine eigene Arztpraxis zu leiten bedeutet, neben der medizinischen Tätigkeit zugleich verantwortlich zu sein für einen Betrieb und für eigene MitarbeiterInnen. Durch die Anforderungen brauchen Niedergelassene alle Fähigkeiten, die Selbstständige benötigen: Selbstverantwortung, Organisationsfähigkeit und MitarbeiterInnenführung.

*"Als Arzt ist man daran gewöhnt allein zu arbeiten und für Entscheidungen gerade stehen zu müssen." (IP 14, Kinderärztin, kein Kassenvertrag)*

*"Ich bin niemand, der gerne delegiert, sondern ich vertraue mir selbst. Ich bin für meine Dinge selbst verantwortlich." (IP 2, Augenärztin mit Kassenvertrag)*

### Unabhängig arbeiten und doch vernetzt sein

Laut Experte 5 ist es im niedergelassenen Bereich notwendig unabhängig zu arbeiten. Unter den befragten ÄrztInnen gab es einerseits die zustimmende Meinung, dass man alleine arbeiten können muss:

**Mehr oder weniger Vernetzung mit KollegInnen**

*"Von der Persönlichkeits- und Arbeitsstruktur sind die meisten Mediziner sehr individualistisch" (Exp. 2, Allgemeinmediziner, kein Kassenvertrag)*

*„Niederlassung am Land ist ein Einzelkämpfertum. Von der Persönlichkeit traut sich so etwas nicht jeder zu, von null anzufangen und etwas aufzubauen.“ (IP 19, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag)*

Andererseits wurde angemerkt, dass durch die vielen Schnittstellen im Gesundheitssystem und durch den Arztberuf der Kontakt mit KollegInnen und gute Vernetzung mit dem Spitalsbereich von Vorteil sind.

*"Vernetzung mit Kollegen und Freunden aus dem Studium, die auch Mediziner sind, Austausch wichtig/ganz wesentlich." (IP 15, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag)*

*"Der persönliche Kontakt ist für die Versorgung sehr wichtig. Die Wahlärzte stehen zwar sehr oft mit den Ärzten in Krankenhäusern im persönlichen Kontakt, da diese meist selbst auch neben der Wahlarztpraxis im Krankenhaus tätig sind, Ärzte mit Kassenvertrag stehen jedoch mit den Ärzten im Krankenhaus seltener in Kontakt. Der persönliche Kontakt ist für eine bessere Zusammenarbeit sehr wichtig." (IP 20, Allgemeinmedizinerin, kein Kassenvertrag)*



## Selbstsicherheit nach außen

Die befragten ExpertInnen erklärten, dass es in der Tätigkeit als Arzt/ ÄrztIn zum Behandlungserfolg beiträgt, Selbstsicherheit auszustrahlen, auch dann, wenn man sich nicht ganz sicher ist, ob die aktuell gewählte Therapie helfen wird (Exp. 2).

*"Sicherheit ausstrahlen. Denn Unsicherheit überträgt sich auf die Patienten." (Exp. 5, Allgemeinmedizinerin mit Kassenvertrag)*

**Sicherheit vermitteln**

*„Man muss davon überzeugt sein, dass man immer Recht hat. Sonst kann ich das nicht authentisch vermitteln. Und dann dauert alles viel länger. Und ich muss alles länger erklären...und bin im Medizinunterricht. Zeiteffektiv ist das nicht.“ (Exp. 2, Allgemeinmediziner, kein Kassenvertrag)*

**Recht haben**

Nicht alle sind derselben Meinung. Von manchen Befragten wurde der partizipative Ansatz und „mündige PatientInnen“ zu haben, positiv beurteilt. Auffallend war, dass diese Befragten die jüngeren KollegInnen waren.

*"Ich finde es auch ganz wichtig, dass der Patient in die Entscheidungsfindung einbezogen wird und der Patient auch Eigenverantwortung tragen soll." (IP 12, Dermatologin mit Kassenvertrag)*

*"Ein Gott in Weiß möchte ich nicht sein. Also nicht von oben herab, ich versuche auf Augenhöhe mit den Leuten zu reden." (Exp. 6, Allgemeinmedizinerin mit Kassenvertrag)*

## Berufliche Distanz

Der Sozialberuf bringt neben der sozialen Komponente die Notwendigkeit mit sich, sich professionell abzugrenzen. Das betrifft besonders kritische Situationen, wie schwere Diagnosen zu kommunizieren, Notfallsituationen, zu denen praktische ÄrztInnen vor allem am Land häufig gerufen werden. Diesbezüglich merkt eine Allgemeinmedizinerin an:

*"Entweder du bist taff oder du zerbrichst daran. Dadurch grenzt man sich emotional völlig ab und es heißt wir Ärzte sind kalt und sehen die Patienten als Nummern. Man braucht aber diese Distanz. Die ständige Angst etwas falsch zu machen ist psychisch gesehen am schlimmsten." (IP 1, Allgemeinmedizinerin, kein Kassenvertrag)*

**Sich abgrenzen**

Im folgenden Teilkapitel wird auf das Thema des Umgangs der MedizinerInnen mit psychisch belastenden Situationen eingegangen.

### 4.2.2 DER UMGANG MIT KRITISCHEN SITUATIONEN

Im Rahmen der ExpertInneninterviews wurde die psychische Belastung im Beruf mehrfach thematisiert. Bei AllgemeinmedizinerInnen in ländlichen Regionen ist es zum Beispiel die Herausforderung, dass sie häufig als erste bei Akut- oder Notfällen zur Stelle sind.

„(...) Mit Notfällen konfrontiert. Unfälle, Schnittwunden, Augenverletzung, akutes Problem psychischer Art (...) Letztens wurde ich zu einem Verkehrsunfall mit einem Toten gerufen. Dort sah es aus, wie auf dem Schlachtfeld. Die Angehörigen und die Rettungssanitäter bekommen ein KIT [Anm. Kriseninterventionsteam] geschickt, die Feuerwehrleute machen Supervision. Ich fahre heim und bin alleine.“ (Exp. 3, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag)

**Notfälle**

„Aktuell wissen wir nicht sicher, ob jemand kommen würde, wenn wir einen Notfall haben. Durch den Mangel an Notärzten ist zu manchen Zeiten kein Notarzt verfügbar. Das ist eine große Belastung für praktische Ärzte.“ (Exp. 4, Allgemeinmedizinerin mit Kassenvertrag im steirischen Ennstal)

Auch AllgemeinmedizinerInnen im Zentralraum sowie FachärztInnen beschreiben die psychische Belastung schwere Diagnosen festzustellen und den PatientInnen zu kommunizieren.

„Öfter geht es um die Mitteilung von schweren Diagnosen bei Patienten, die ich seit 15, 20 Jahren betreue. Man muss im Gespräch auf sich achten, da das Verhältnis oft recht nahe ist, man auch emotional wird, muss man den Abstand klären.“ (IP 32, Fachärztin für innere Medizin mit Kassenvertrag in Wien)

**Kritische Situationen im Berufsalltag**

Der Druck keine Fehler zu machen spielt auch eine Rolle, und wie in allen Sozialberufen kommt es im zwischenmenschlichen Kontakt gelegentlich zu Konflikten. Diese Alleinverantwortung zur eigenen Psychohygiene gehört zur Profession dazu, dessen sind sich die Befragten bewusst, was einen Hinweis auf gelebte pflichtbasierte Normen darstellt:

**Keine Fehler erlaubt**

„Der echte und schlimmste Stress ist der, ob man wirklich alles richtig macht - ob man alles noch im Kopf hat. Und sollte man psychischen Beistand benötigen, bist du alleine damit – es gibt für Ärzte keine Supervision oder psychologische Hilfestellungen. Als Arzt, vor allem im niedergelassenen Bereich, muss man selber schauen, wo man bleibt und selbst jemanden organisieren.“ (IP 1, Allgemeinmedizinerin, kein Kassenvertrag)

**Keine Krisenintervention vorgesehen**

„Für Ärzte gibt's in dem Sinn nix, kein KIT, keine Supervision, etc. In der Situation funktioniert man einfach. Danach denkt man viel darüber nach, führt sich die Situation noch mal vor Augen. Habe ich das Richtige getan? hätte ich etwas anderes machen können?“ (IP 4, Allgemeinmediziner, kein Kassenvertrag)

**„Man funktioniert einfach“**

„Es gibt Situationen in denen man mit schwierigen Patienten konfrontiert ist und das nimmt man nach Hause mit. Aber das gehört zum Beruf dazu.“ (IP 2, Augenärztin mit Kassenvertrag)

## Individuelle Psychohygiene-Strategien

Die individuellen Coping-Strategien im Umgang mit kritischen Situationen im Alltag des Arztberufs unterscheiden sich:

**Verpflichtungsbasierte Norm: individuelle Psychohygiene**

- Austausch mit KollegInnen

Mehrere Befragte geben an, dass ihnen der Austausch mit FachkollegInnen, oder mit befreundeten, ehemaligen StudienkollegInnen hilft. In manchen Gebieten hat sich unter den MedizinerInnen auch eine offene Diskussionskultur zu medizinischen Fällen entwickelt.

*"Das wichtigste in dem Bereich ist es, Probleme, Ängste und Fehler kollegial zu besprechen. Die Möglichkeit habe ich in meiner Entwicklung immer gehabt." (IP 8, Facharzt für Innere Medizin, kein Kassenvertrag)*

**Fach-KollegInnen**

*„(...) und selbst verlässt man die Situation und macht einfach weiter, zurück in den Alltag. Mit der Zeit wird es durch die Erfahrungen leichter damit umzugehen, es ist jedoch, besonders wenn es um junge Patient/innen geht, ist es schon sehr belastend. Ich tausche mich dann meistens mit einer befreundeten Medizinerin aus." (IP 14, Kinderärztin, kein Kassenvertrag)*

*„Austausch mit Kollegen, bei der Dienstbesprechung werden auch besondere Fälle besprochen. Critical-Care-Veranstaltungen sind auch eine Möglichkeit, wo man Fälle im großen Rahmen besprechen kann." (IP 19, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag)*

Gerade allerdings in kritischen Situationen vermeiden manche MedizinerInnen den Austausch mit KollegInnen.

*"Manche Themen kann und will ich nicht mit meinen Kollegen im Sprengel besprechen. Schwäche zeigen will man vor den Kollegen nicht" (Exp. 3, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag)*

**Keine Schwäche zeigen**

*"Es gäbe Supervisionsgruppen, an denen nehme ich aber nicht teil. Ich regle solche Situationen lieber mit mir selbst." (IP 10, Gynäkologin, kein Kassenvertrag)*

*"Es bräuchte bessere Kommunikation unter den MedizinerInnen. Man sollte sich öfter treffen und miteinander sprechen. Und man lernt schlecht mit Schwächen umzugehen. Viele sind im Irrglauben ‚Wenn man Hilfe braucht, bin ich ein schlechter Mediziner‘...“ (IP 5, Dermatologe, kein Kassenvertrag)*

- Familie und Freizeit

Das Gespräch mit Lebensgefährten und mit dem sozialen Umfeld ist für die Befragten in Krisenzeiten hilfreich. Die niedergelassenen ÄrztInnen bevorzugen eine bewusste Trennung von Berufs- und Privatleben. Verschiedene Freizeitaktivitäten wie Sport, Musik oder Zeit mit der Familie werden tragen zur Psychohygiene und zum emotionalen Ausgleich bei.

*"Ich kann gut abschalten. Beruf von Privatleben trennen. Laufen" (IP 34, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag)*

*"Ich spiele Klavier und meine Familie ist meine Tankstelle. Ich habe ver-*

**„Tankstelle“ Familie und Partnerschaft**

*sucht alles zu trennen, privat und beruflich." (IP 3, Augenarzt, kein Kassenvertrag)*

*"Vieles bespreche ich mit meiner Frau und mit meiner Familie. Des Weiteren habe ich einen Kollegen, der in derselben Fachrichtung tätig ist, mit dem ich über medizinische Angelegenheiten spreche. Jedoch ist es einfach auch notwendig, sehr viel mit sich selbst auszumachen." (IP 9, Sport-/ Unfallchirurg, kein Kassenvertrag)*

Das Thema „Alkohol“ wurde von zwei ExpertInnen erwähnt. Die psychischen Belastungen mancher KollegInnen werden mit Alkoholkonsum verdrängt. In Bezug auf dieses Thema wäre eine anonyme, quantitative Analyse von größerer Aussagekraft, um festzustellen, wie viele ÄrztInnen davon betroffen sind.

*Nach solchen Einsätzen, da greift schnell einer zum Alkohol." (Exp. 4, Allgemeinmedizinerin mit Kassenvertrag)*

*"Es war für mich erschreckend, als ich als junger Arzt aufs Land kam, und meine älteren Kollegen kennen lernte. Alkohol ist bei vielen meiner Kollegen ein ständiger Begleiter." (Exp. 3)*

**Thema Alkohol**

### 4.2.3 FÖRDERNDE UND HEMMENDE MOTIVATOREN FÜR EINE NIEDERLASSUNG AM LAND

Die MedizinerInnen in ihrer Identität und Professionskultur sind nicht überschaubar zu beschreiben. Es müssen die jeweiligen Kontextbedingungen beachtet werden. Die Identität, soziale Verbindung zu KollegInnen und Spannungsfeld zwischen ÄrztIn und Systemanforderungen wird unter anderem vom Fachgebiet, Alter, Geschlecht und vom PatientInnenklientel beeinflusst. Letzteres hängt stark vom Standort der Ordination und der vertraglichen Gebundenheit ab.

Im Rahmen der explorativen Phase der Studie wurde die Frage gestellt, was MedizinerInnen motiviert, sich in den ländlichen Regionen Österreichs niederzulassen. In Teil 2 der Untersuchung wurde die Frage gestellt, welche Faktoren daran hindern sich am Land niederzulassen.

In Hinblick auf das medizinisch-fachliche Spektrum ist anzumerken, dass niedergelassene ÄrztInnen sich - je nach ihrer Fachausbildung - in manchen Einzugsgebieten mehr, in manchen Gebieten weniger spezialisieren müssen. Das liegt laut den Befragten an der höheren Facharztdichte in der Stadt. Am Land ist hingegen der Hausarzt Ansprechpartner Nummer eins (Exp. 9).

#### **Fachliche Motive: Spezialisierung und Generalisierung**

Ein Salzburger Zahnarzt erklärte im Rahmen eines Interviews: Die Facharztpraxen am Land müssen ein breiteres, medizinisches Spektrum anbieten, als es FachärztInnen in der Stadt oder im Krankenhaus tun.

*„In der Großstadt ist die Spezialisierung größer, am Land muss man eher Generalist sein. Die Medizin ist heute auf Spezialisierung ausgerichtet, in der Stadt sind damit die Möglichkeiten größer und die Wege kürzer*

#### **Motive für Niederlassung am Land**

#### **LandärztInnen und StadtärztInnen**

*und man hat einen engeren Kontakt mit den Kollegen.“ (IP 16, Zahnarzt, kein Kassenvertrag)*

Der Zentralraum bietet die Möglichkeit für jede Krankheit SpezialistInnen zur Verfügung zu haben. Auch in der medizinischen Ausbildung ist die Ausrichtung auf Spezialisierung in einer Großstadt spürbar:

*„Nach drei Monaten Turnus kann man nie einmal an eitrigen Zehennagel behandeln, zumindest, die drei Monate, die man in einem Stadt-Krankenhaus verbringt. Dort ist ja für jede Erkrankung gleich ein Facharzt zur Stelle. Allerdings keine Zeit für Schulung und Fortbildung im Turnus. Wenn man in einem Bezirkskrankenhaus ist, wo ich ganz viel tun muss, ist es ganz anders, weil man dort Mädchen für alles ist.“ (IP 17, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag)*

### Spezialisierung in der Ausbildung

Eine andere Hypothese wirft Experte Nr. 2 auf. Er erlebt vor allem in der Bundeshauptstadt, dass bestimmte Facharztgruppen in der Großstadt ein breiteres medizinisches Spektrum abdecken und Aufgaben der AllgemeinärztInnen übernehmen.

*„In der Großstadt ist das anders. Manche FachärztInnen gehen dazu über, Patienten in Dauerbetreuung zu übernehmen. Sie machen ein bisschen Allgemeinmedizin dazu und übernehmen in gewisser Weise die Betreuung. Im städtischen Setting arbeiten die Internisten in gewisser Weise wie Allgemeinmediziner. Nur mit ein bisschen mehr Technik. Haben z.B. Diabetiker... die mit allen Medikationen zum Internisten gehen. Die Menschen gehen in Wien kaum noch zum Allgemeinmediziner. Bei Halsweh geht man zum HNO-Arzt.“ (Exp. 2, Allgemeinmediziner, kein Kassenvertrag)*

### Unterschiedliche Fachgebiete, unterschiedliche Motive

Was die Entscheidung für eine Praxis in der ländlichen Umgebung betrifft, gibt es unterschiedliche Meinungen. Je nach Fachgebiet ist zum Teil die Nachfrage nach Kassenstellen am Land sehr hoch:

*„Das ist prinzipiell eine persönliche Sache. In der Augenheilkunde sind viele Kollegen sowohl wirtschaftlich und sozial sehr gut gestellt. Jede Stelle ist gefragt, ob auf dem Land oder in der Stadt.“ (IP 2, Augenärztin mit Kassenvertrag)*

*„Für mich war es ein großer Vorteil am Land anzufangen, weil es in der Stadt genug Wahlärzte/innen gibt, und in meinem Fachbereich geht es dann schon um die Existenz. Am Land hat man viele Patientinnen, wenn es nur wenige Ärzte/innen in einem Fachbereich gibt“ (IP 10, Gynäkologin, kein Kassenvertrag)*

Vor allem bei AllgemeinmedizinerInnen fehlt allerdings der Nachwuchs am Land. Die folgenden hemmenden und fördernden Motivatoren beziehen sich vorwiegend auf das Fach Allgemeinmedizin, da sich die Befragten überwiegend auf den Mangel praktischer ÄrztInnen bezogen.

## Förder- oder Hemmfaktor: Fachliches Spektrum

Das fachliche Spektrum, verbunden mit dem unterschiedlichen PatientInnenklientel kann für manche einen Motivationsfaktor darstellen:

*"Also fachlich - Am Land, wenn du willst, kannst du a l l e s machen. Die Patientenstruktur am Land ist breiter. In der Stadt hast du ein Klientel 30-40-50, maximal nur zum Krankschreiben. Sonst 70 plus. Du hast keine Kinder, keine Unfälle, keine Sachen zum Nähen, kleine Chirurgie..." (Exp. 3, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag im oberösterreichischen Mühlviertel)*

### Fachliche Motivationsgründe

Für andere stellt die medizinische Breite ein Hindernis dar. Man muss am Land als AllgemeinmedizinerIn alle medizinischen Bereiche abdecken (vgl. IP 9).

*„Des Weiteren nimmt die Spezialisierung immer mehr zu und es gibt dadurch nicht mehr so viele Ärzte, die alle Bereiche abdecken können.“ (IP 6, Kieferchirurg, kein Kassenvertrag)*

Neben dem fachlichen Motivationsgrund stellen Geld und der Ausgleich zwischen Freizeit und Arbeit wichtige Entscheidungsfaktoren dar. Laut den Befragten sprechen weder monetäre Anreize noch die „Work-life-balance“ aktuell in Österreich für eine Landarztpraxis.

## Hemmfaktor: Geringer monetärer Anreiz

Den fehlenden monetären Anreiz bezeichnen die meisten Befragten in folgender Hinsicht als Hemmfaktor:

*"Wird nicht adequat bezahlt, man ist niemals privat und wenn die Hausapotheken noch weg sind wovon sollte man leben?" (IP 1, Allgemeinmedizinerin, kein Kassenvertrag)*

*„Die finanzielle Hürde, als Installateur verdient man mehr am Land.“ (IP 3, Augenarzt, kein Kassenvertrag)*

*"Meiner Meinung nach werden besonders am Land an die Mediziner viel zu hohe Anforderungen gestellt, und zugleich ein zu hohes Risiko. Das hält junge Ärzte davon ab. Alleinverantwortung, Flexibilität, breites Fachgebiet, finanzielle Einstiegshürde und zugleich ein viel zu hohes, rechtliches Risiko werden abverlangt. Wenn einmal etwas schief geht, steht der Arzt alleine da" (Exp. 4, Allgemeinmedizinerin mit Kassenvertrag)*

### Hausapotheken

### Finanzielle Hürden

### Rechtliches Risiko

Der Arbeitseinsatz, die Verantwortung und das Risiko stehen nach Meinung der Befragten nicht in Relation zur Entlohnung. Eine angemessene Bezahlung sei am Land noch wichtiger, als in der Stadt, wird von mehreren Befragten betont. (vgl. z. B. IP 4, IP 17, IP 18, IP 20 und IP 38)

## Hemmfaktoren: Arbeitszeiten und Bereitschaftsdienste

Die Arbeitsbedingungen von AllgemeinmedizinerInnen unterscheiden sich je nachdem, ob sie in der Peripherie oder in der Stadt praktizieren. Durch Wochen-

end- und Nachtdienste sind Praktische ÄrztInnen am Land vermehrt gefordert.

*„Landärzte sind rund um die Uhr verfügbar und können sich schlecht abgrenzen.“ (IP 35, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag)*

**Bereitschaftsdienste**

*"Die Freizeitansprüche haben sich geändert, viele junge Ärzte wollen nicht mehr so viele Bereitschaftsdienste machen oder ständige Anwesenheit haben wie am Land üblich." (IP4)*

*„Wenn das a 2er, a 3er oder a 4er-Radl ist, is des für an jungen Menschen uninteressant, jedes vierte Wochenende und 1 ½ mal die Wochn an Nachtdienst zu machen, für Jungärzte und besonders für Jungärztinnen, die bei minus 10 Grad in da Nacht Visiten fahren müssen. Des is einfach uninteressant.“ (IP 17, Allgemeinmediziner mit Vertrag)*

**Arbeitsbedingungen bei Visiten**

*"Junge Hausärzte bringst du aufs Land, indem du einen gut aufgeteilten Sprengeldienst mit wenigen Nachtdiensten schaffst. Und nicht jedes zweite Wochenende Dienst haben musst." (Exp. 6, Allgemeinmedizinerin mit Kassenvertrag)*

**Sprengelaufteilung**

Die Sprengelaufteilung betrifft die Bereitschaftsdienste in Nächten, an Wochenenden und an Feiertagen, die unter VertragsärztInnen aufgeteilt werden. Aktuell wurde dieses System laut Experte 3 in manchen Bundesländern zum Teil bereits geändert, indem es in einzelnen Bezirken zum Beispiel seit 2014 in Oberösterreich durch HÄND (Hausärztlicher Notdienst) abgelöst wurde. In diesen Bezirken haben die praktischen ÄrztInnen mittlerweile weniger Bereitschaftsdienste. (vgl. Exp. 3)

## Hemmfaktor: Vereinbarkeit mit familiären Betreuungspflichten

Was die Vereinbarkeit von Familie und Beruf betrifft, benötigen ÄrztInnen, wie auch andere Berufsgruppen, nach Angaben der Befragten ein hohes Maß an Flexibilität und Weitblick. Auf die Frage: „Was braucht man als niedergelassene/r Arzt/Ärztin?“ antwortete eine Allgemeinmedizinerin:

*„Vorausdenken, vor allem wenn man eine Familie hat" (Exp. 4, Allgemeinmedizinerin mit Kassenvertrag)*

*"Ausgleich zwischen Freizeit und Arbeit ist wichtig, sonst bekommt man keinen in den ländlichen Bereich." (Exp. 9, Urologe, kein Kassenvertrag)*

Für Ärztinnen ist eine selbstständige Berufstätigkeit aus folgenden Gründen ein Problem:

*"Bei Frauen bin ich mir ganz sicher, es ist eine Frage ob sie sich das trauen, das finanzielle und die Organisation und wenn man Kinder hat oder haben möchte auch der Zeitaufwand. Wenn man in Karenz geht, wie geht es weiter, man hat Angestellte, die Kosten laufen weiter. (...) Wenn ich eine Kassenstelle aufteilen könnte, auf zwei oder drei Kollegen/Kolleginnen, dann glaube ich, dass mehr Frauen sich trauen würden." (IP 12, Dermatologin mit Kassenvertrag)*

**Familienplanung**

*„Niederlassung am Land ist ein Einzelkämpfertum. Von der Persönlichkeit traut sich so etwas nicht jeder zu, von null anzufangen und etwas aufzubauen. Punkt zwei ist, dass sich die Medizin zurzeit sehr dramatisch verändert. Es gibt immer mehr Frauen und Frauen wollen nicht so gerne alleine arbeiten. Frauen sind eher Teamplayer. Arbeiten zu zweit oder in Gruppenpraxen.“ (IP 33, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag)*

### Frauenfreundliche Stellen

Das Landleben hat allerdings auch diverse Vorzüge und Anreize, die im Folgenden zusammengefasst werden.

#### Motivator: Leben und Arbeiten am Land

In einer Landgemeinde zu leben und sich nach Wunsch im Ortsleben zu integrieren, ist für bestimmte Menschen ein Anreiz sich für die ländliche Region als Wohn- und Arbeitsort zu entscheiden:

*„Als praktischer Arzt z. B. sich in der Gemeinde engagieren, ob als Schul- oder Feuerwehrarzt, beim Roten Kreuz oder in der Pfarre, oder politisch.“ (Exp. 2, Allgemeinmediziner, kein Kassenvertrag)*

Motivation kann auch eine schöne, idyllische Landschaft bieten, die über viele Möglichkeiten verfügt seine Freizeit mit der Familie „fern von der Stadtheftik“ (vgl. Exp. 3, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag) zu genießen.

### Idyllisches Landleben

#### Motivator: PatientInnenklientel am Land

Mehrere Befragte nennen die PatientInnenstruktur als positiven Faktor am Land, sowohl für Fach- als auch für AllgemeinärztInnen:

*„Also das Land, Patienten am Land sind fantastisch. Am Land zu arbeiten ist eigentlich für einen Arzt fast dankbarer, weil die Leut... in Wien ist man ja relativ gut versorgt. Man sagt man ist leicht unzufrieden und sagt, es gibt ja noch 10 andere, da geh ich lieber dort hin. Man muss sich als Arzt sehr, sehr stark bemühen. Am Land ist eher so eine Grund... man hat so das Gefühl... eine Grunddankbarkeit. Ja, endlich jemand da... Endlich ein Doktor“ (IP 5, Dermatologe, kein Kassenvertrag)*

### PatientInnenstruktur

*„Bei mir müssen's immer wieder kommen, von daher glaube ich, dass sie sich besser benehmen. (...) In Linz kann i zu 50 Praktiker gehen. Wenn ich es mir aber in unserem Ort mit den beiden Ärzten verscherzt hab, muss ich in den nächsten Ort fahren.“ (IP 17, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag)*

Abschließend zu den allgemeinen Motivationsfaktoren sich für eine Praxis außerhalb des Zentralraums zu entscheiden sei noch eine Expertenmeinung angemerkt. Folgenden, strukturellen Handlungsansatz nennt der Facharzt für Innere Medizin:

*„Ein Arzt, der nur die Stadt kennt, geht nicht aufs Land. Kleinere Krankenhäuser am Land erhalten und Struktur schaffen, dass die auch da*



bleiben." (Exp. 1, Internist, kein Kassenvertrag)

## 4.2.4 WORK-LIFE-BALANCE

Das Thema Vereinbarkeit zwischen Beruf und Freizeit/ Familie wurde in der dritten Phase der Studie in Form einer Frage im „Stimmungsbarometer“ aufgegriffen. Die befragten Personen gaben an, inwiefern das Ziel Vereinbarkeit für sie in ihrem Berufsalltag erreicht ist. Die Befragten nannten Prozentzahlen des „Erfüllungsgrad“ sowie Prozentzahlen des „Handlungsbedarfs“.

Der Kurz-Fragebogen „Stimmungsbarometer“ ergab in Bezug auf das Thema

**„Arbeit und Leben (Work-Life-Balance) lassen sich in meinem Beruf gut vereinbaren.“:**

- „Dieses Ziel ist zu 67% erfüllt.“ (Mittelwert n=19)
- Die Mittelwerte des Erfüllungsgrads weisen zwischen AllgemeinärztInnen (66%) und FachärztInnen (70%) Unterschiede auf. Noch größer ist die Differenz zwischen den ÄrztInnen mit und ohne Kassenvertrag:

VertragsärztInnen	62,14%
PrivatärztInnen	85,00%
<b>Gesamt Erfüllungsgrad</b>	<b>67,22%</b>

- Der Handlungsbedarf diesbezüglich wird im Durchschnitt gering bis mittel angesehen. „Es besteht ein Handlungsbedarf von 39%.“ (Mittelwert n=19)
- Folgendes merkten die Befragten zu dieser Frage der Vereinbarkeit an:

„Das muss jeder mit sich selbst vereinbaren, wie viel man arbeitet.“ (IP 16, Zahnarzt, kein Kassenvertrag)

„Als Wahlarzt, ja.“ (IP 20, Allgemeinmedizinerin, kein Kassenvertrag)

„Man kann es schon. Man muss wirklich sehr geschickt sein. Es ist möglich. Man muss viel Energie investieren, aber es ist möglich.“ (IP 21, Allgemeinmedizinerin mit Kassenvertrag)

„Eigenständigkeit als Wahlärztin - Total entspannt, man kann sich die Zeit selber einteilen und lebt eigenständiger.“ (IP 23, Allgemeinmedizinerin, kein Kassenvertrag)

„Was Ärztinnen anbelangt, haben wir momentan den Vorteil, durch hausärztliche Notdienste, dass Frauen heute sagen, dass diese Arbeit sehr interessant ist, da man heutzutage kein ‚Einzelkämpfer‘ mehr sein muss, sondern, dass man sich eine Praxis z.B. mit einer anderen Ärztin teilen kann, man einen Sanitäter zur Seite hat, und sich Ärztinnen somit leisten können Kinder zu bekommen und Teilzeit arbeiten können.“ (IP 24, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag)

„Ich achte darauf.“ (IP 30)

### Unterschiede in der Vereinbarkeit

### Eigenverantwortung

### Abhängig von den Bedingungen

Mittlerweile bestehen in manchen Gebieten Strukturen, die auch Teilzeitarbeit ermöglichen

## 4.2.5 SOZIALISATION: IDEALISMUS UND REALISMUS

*„Je mehr Druck auf den Kostenschienen und den Kostenschrauben, umso mehr werden die Ärzte so agieren. Eine Dienstleistung wird erbracht, so wie sie bezahlt wird. Eine negative Entwicklung“ (IP 12, Dermatologin mit Kassenvertrag)*

Im Rahmen der ÄrztInnenbefragung sollte auf Wunsch der Auftraggeber daher unter anderem geklärt werden, welche Faktoren in Österreich das Handeln gemäß Verpflichtungs- und Freude-basierter Normen (Janus, S. 20f) hemmen. Die Frage lautete somit, ob und durch welche Faktoren MedizinerInnen im Vergleich zum Anfang ihrer Arztkarriere eine Reduktion der intrinsischen Motivation wahrnehmen. ExpertInnen erklärten bereits in der ersten Befragungsphase, dass sich das Verhältnis zwischen Arzt oder Ärztin zu ihren PatientInnen über die Jahre verändern kann. MedizinerInnen entwickeln sich weiter und sammeln positive und negative Erfahrungen im Berufsalltag, die ihr Verhalten beeinflussen. Über ihre persönlichen Veränderungen im Umgang mit PatientInnen beschreiben sie zum Beispiel:

*"Ich lege nicht mehr jedes Wort der Patienten auf die Waagschale."  
(Exp. 3, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag)*

*"Habe an Sicherheit gewonnen. Die brauchst du als Arzt. Denn Unsicherheit überträgt sich auf Patienten." (Exp. 5, Allgemeinmedizinerin mit Kassenvertrag)*

ExpertInnen sprachen davon, dass ihre Professionskultur und die Berufsausübung zwar immer mit sozialer Motivation zu tun hat. Die Selbstaufopferung nimmt allerdings ab. Unter anderem sprachen ExpertInnen von einer allmählichen Reduktion des anfänglichen „Idealismus“ (z.B. „Helfen um des Helfens willen“, „Altruismus“ oder „materielle Erwartungen hinten anstellen“...):

*"Statt Idealismus kommt Realismus" (Exp10)*

*"Ja sicher nimmt der Idealismus ab. Was anderes kann mir keiner erzählen." (Exp. 8, Kinderärztin mit Kassenvertrag)*

Im Rahmen der zweiten Befragungsphase wurden MedizinerInnen diesbezüglich nähere Fragen zu den Ursachen dieser Entwicklung (Idealismus-Minderung) gestellt. Die Ergebnisse zeigen, MedizinerInnen sehen folgende Faktoren als Ursachen, die von den Befragten als Einschränkungen wahrgenommen werden:

- **Unzufriedenstellende Arbeitsbedingungen**

*"Die hierarchischen Strukturen entsprechen nicht meiner Weltanschauung und mit Sicherheit sind die hierarchischen Strukturen ein Faktor, die den Idealismus vermindern." (IP 2, Augenärztin mit Kassenvertrag)*

*"Verlieren tun den Idealismus die Meisten sicher mit einer Überforderung (...) Also die medizinische Kliniken sind eigentlich grundsätzlich schlecht geführt. Die Struktur, die Hierarchie, die selbsternannten, selbstverherrlichten Vorstände, das ist sicher der Hauptgrund für die Reduktion des Idealismus." (IP*

**Sinkende intrinsische Motivation**

**Routine**

**Einschränkung der Autonomie**

**Hierarchie in Institutionen**

5, Dermatologe, kein Kassenvertrag)

„Außerdem sinkt die Motivation auch mit der vielen Arbeit. Man überdreht den eigenen Motor und verfällt irgendwann in einen Erschöpfungszustand. Dann wird die Arbeit etwas mühsam und der Idealismus geht verloren.“ (IP 6, Kieferchirurg, kein Kassenvertrag)

**Chronische Belastungen und Überlastungen**

„Bei konstanter Überlastung nimmt der Idealismus ab. Wenn du deine zwischenmenschlichen Beziehungen nicht mehr hast. Wenn der Druck durch Wartelisten zunimmt. Teilweise auch nach schwierigen Tagen, wenn du viele Patienten hast, zum Beispiel in der Grippesaison.“ (IP 17, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag)

„Dies beginnt bereits mit der Ausbildung in manchen Krankenhäusern. Während der Ausbildung als Turnusarzt muss man viele Dinge machen die eigentlich keine ärztliche Tätigkeit sind. Als Turnusarzt bis du oft der „Depp vom Dienst“ dies zerstört oft den Idealismus.“ (IP 30, Orthopäde, kein Kassenvertrag)

**Frust in der Ausbildungszeit**

- **Verwaltungsvorschriften**

„Idealismus verändert sich durch Bürokratie.“ (IP 1, Allgemeinmedizinerin, kein Kassenvertrag)

**Abhängigkeit von bürokratischen Hürden**

„Die Auflagen, viele Verordnungen und Vorschriften. Kontrollen durch die Krankenkasse (...) Ich glaube, die Ärzte sind sicher sehr gewissenhaft und verordnen nicht irgendetwas Teures oder Besonderes, man macht sich immer seine Gedanken. Der Idealismus wird dann weniger.“ (IP 12, Dermatologin mit Kassenvertrag)

- **Einschränkungen der Autonomie durch die Krankenkassen**

Auf die Frage, was seiner Meinung Nach dazu führen kann, dass der Idealismus sinkt, antwortete ein Salzburger Allgemeinmediziner:

„Es werden einem viele Steine in den Weg gelegt, von den Kassen, Krankenhäusern etc.“ (IP 26, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag)

**Misstrauen**

„Obwohl die eigene Ordination, wo der Arzt als Freiberufler tätig ist, eigentlich ganz super ist, aber wenn man immer wieder eingeschränkt wird, dann wird die Motivation immer wieder weniger. Man wird als Kostenverursacher von den Krankenkassen deklariert und das ist unbefriedigend.“ (IP 12, Dermatologin mit Kassenvertrag)

**Als Kostenverursacher behandelt**

- **Fordernde PatientInnen**

Auf die Frage, welche Faktoren den anfänglichen Idealismus mindern, beschrieben mehrere ÄrztInnen, dass das Verhalten mancher PatientInnen sie verärgert:

„Erstens, die Bezahlung ist schlecht. Zweitens, die Patienten fordern und fordern – also, ganz ehrlich, die Wertschätzung der Patienten fehlt an allen Ecken.“ (IP 35, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag)

Dass viele Arztbesuche von PatientInnen in ihrer Ordination im Grunde nicht nötig wären, ist eine mehrfach genannte Aussage bei den Interviews. Vor allem bei VertragsärztInnen und im Besonderen bei AllgemeinmedizinerInnen und FachärztInnen Kinder- und Jugendheilkunde war dieses Thema präsent. ÄrztInnen kritisieren die Erwartungshaltung mancher KlientInnen, sich wie im „Selbstbedienungsladen Medizin“ (IP 17) zu verhalten. Zudem würden unnötige Besuche von PatientInnen in den Ambulanzen die Motivation bremsen (vgl. IP 11). In städtischer Umgebung ist es üblich, dass PatientInnen eher zum Facharzt gehen.

### Unnötige Arztbesuche

*"Patienten haben mittlerweile so eine Mentalität: 'Ich will das. Es steht mir zu.' Und der Patient glaubt, dass wir nicht das machen was ihm zu steht (...) Ein Patient kam zu mir: ‚Ich war in der Notambulanz, (...) weil Sie es [Anm. das Röntgen] mir nicht gemacht haben.‘ (...) Er ist nicht gestürzt und nichts. Und ich habe gesagt, ‚Ja, Sie brauchen das Röntgen nicht‘. Aber er hat kein Medizinstudium... Es gibt keinen Verdacht auf Bruch und im Röntgen sehe ich nur einen Bruch. Das heißt ‚Sei so nett und versteh, dass das da korrekt war!‘ Alles was er brauchte war eine elastische Binde. Und mit solchen Menschen arbeiten wir tagtäglich (...) Man hat Idealismus, man probiert, man hat Geduld am Anfang aber irgendwann geht alles den Bach hinunter.“ (IP 21, Allgemeinmedizinerin mit Kassenvertrag in Wien)*

### Erwartungshaltung steht das zu“

„Mir

Weitere Informationen zum Thema „PatientInnen lenken“ sind auch im Kapitel „PatientInnen-Koordination“ zu finden.

- **Finanzielles**

Den Faktor Geld nennen MedizinerInnen auch als mitverantwortlich dafür, dass der Idealismus sinkt. In diesem Zusammenhang sei verwiesen auf das folgende Teilkapitel „Eingeschränkte Autonomie“, bei dem eine herrschende Unzufriedenheit mit Abrechnungseinschränkungen, „nicht zeitgemäßen“ Leistungskatalogen und zu wenig honorierten Bereitschaftsdiensten näher beschrieben wird.

### Dauerbereitschaft

*„Mit überlangen Arbeitszeiten, mit inadäquater Bezahlung, das heißt man arbeitet mehr als man glaubt dafür zu bekommen.“ (IP 19, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag)*

### Mehr Arbeit für wenig Geld

*"Geld, Bezahlung ist ein Faktor, wenn man viele Jahre arbeitet und in Beruf ist, man möchte mehr verdienen, dass man aufsteigt in der Gehaltssituation. Ein Zahnarzt zum Beispiel hat mehr Investitionskosten als ein Psychiater." (IP 13, Facharzt für Psychiatrie, kein Kassenvertrag)*

*„Es soll ned immer des Geld der Motivator sein aber im Endeffekt arbeiten wir alle, dass wir a bissl a Geld verdienen und ned nur weil ma Gutmenschen san. Andererseits kommt von die Leute soviel zurück, dass si der Idealismus schon bewahrt“ (IP 17, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag)*

Wie soeben angeführtes Zitat beschreibt, sind nicht alle MedizinerInnen der Meinung, dass sich mit der Zeit der Idealismus verabschiedet. Vielmehr sehen manche Befragten den Idealismus als wichtigen Anker in ihrem Beruf. Sie geben

an, der Idealismus ist bei ihnen vorhanden, so stark wie beim ersten Arbeitstag.

*"Ich finde, dass es nicht so ist, dass der Idealismus geht. Es ist eine persönliche, eine gesellschaftliche Einstellung." (IP 37, Internist mit Kassenvertrag)*

*"Für mich trifft das nicht zu, ich bin absolut nicht frustriert vom Arztberuf." (IP 14, Kinderärztin, kein Kassenvertrag)*

*"Dass sich der Idealismus während der beruflichen Tätigkeit vermindert, ist sicher nicht nur ein Phänomen bei Ärzten, sondern auch in anderen Berufsgruppen. Am Anfang der Karriere ist alles spannend. Nach einigen Jahren, wenn man alles im Griff hat, wird es zur Arbeit." (IP 6, Kieferchirurg, kein Kassenvertrag)*

**Idealismus als zu bewahrende gesellschaftliche Einstellung**

Es ist hier auf Basis der vorliegenden Erhebung von der Hypothese auszugehen, dass der Idealismus stets vorhanden ist, jedoch auf Dauer durch diverse Einflussfaktoren etwas abnimmt. Die Hypothese „Der anfängliche Idealismus hält nicht auf Dauer“ sowie dessen Einflussfaktoren wären ein interessantes Forschungsfeld, um sie im Rahmen einer quantitativen Analyse mit präziseren Indikatoren näher zu überprüfen.

Eine These, die sich durch die Interviewtätigkeit im Rahmen der empirischen Erhebung ergab, ist, dass ÄrztInnen im niedergelassenen Bereich stark auf monetäre Anreize (z.B. Pharmaindustrie) sozialisiert werden. Interviewauskünfte im Rahmen dieser Studie gaben die angefragten ÄrztInnen fast ausschließlich an Personen, die sie persönlich kannten. Es kann davon ausgegangen werden, dass sich ÄrztInnen als Befragte bei wissenschaftlichen Studien für unbekannte Personen kaum Zeit für Gespräche oder Fragebögen nehmen, sofern sie keine Gegenleistungen angeboten bekommen.

### 4.3 AUTONOMIE

Im „Gutachten zur Gestaltung nicht-monetärer Anreize für Ärztinnen und Ärzte“ wird im Kapitel „Autonomie“ erläutert, dass Instruktionen und Sanktionen in Form monetärer Anreize die wahrgenommene Selbstbestimmung und damit auch die intrinsische Motivation reduzieren. „Individuen fühlen sich extern kontrolliert und verlieren das Interesse an der Arbeit an sich.“ (Janus 2014, S. 23)

Das folgende Teilkapitel behandelt die Thematik „Autonomie als Motivator“ und versucht die Einflussfaktoren in Hinblick auf die aktuelle, österreichische Situation zu präzisieren. Folgende forschungsanleitende Fragen werden versucht zu beantworten:

- Welche Rolle spielt die Autonomie bei der Entscheidung für die berufliche Selbstständigkeit als niedergelassene/r Ärztin/Arzt?
- In welchen Bereichen fühlen sich ÄrztInnen in ihrer Autonomie eingeschränkt?
- Welche Einschränkungen gehen mit einem Kassenvertrag einher?

- Welche Faktoren können zur Anerkennung von Autonomie und damit zur Förderung der intrinsischen Motivation beitragen?

### 4.3.1 MOTIVE FÜR DIE SELBSTSTÄNDIGKEIT

Unabhängigkeit und Autonomie gilt als einer der ausschlaggebenden Motivatoren von ÄrztInnen in den niedergelassenen Bereich zu wechseln, unabhängig ob mit oder ohne Kassenvertrag. Die Befragten haben bei den Interviews ihre Gründe dargelegt, warum sie sich für eine eigene Ordination entschieden haben. Folgende Freiheiten schätzen die ÄrztInnen im Vergleich mit dem institutionellen Krankenhausbetrieb:

Zum ersten nennen mehrere Befragte den Vorteil, dass sie sich ihre verfügbaren Ressourcen selbst einteilen können.

*"Im Gegensatz zu Krankenhausärzten können wir es uns schon sehr gut selbst so richten, wie wir es wollen." (Exp. 4, Allgemeinmedizinerin mit Kassenvertrag)*

*"Unterbewusst war das immer, das was ich wollte, der Spitalbetrieb war nicht meine Sache, wenn es sich vermeiden lässt, ist mir das lieber. Ich bin mein eigener Chef und habe ein nettes Arbeitsklima. Wir sind sehr kollegial." (IP 2, Augenärztin mit Kassenvertrag)*

Ein Kassenvertrag bedeutet in bestimmten Einzugsgebieten die Sicherheit, laufend PatientInnen zu haben. Diese Arbeitsplatzsicherheit und finanzielle Sicherheit ist allerdings mit vertraglich geregelten Rahmenbedingungen verbunden.

*„Als Vertragsarzt hat man ein gesichertes Geschäft. Man braucht allerdings nach meiner Erfahrung ca. achthundert bis tausend Personen pro Quartal für eine lebensfähige Ordi, also um gut davon leben zu können. Das entspricht einer Kartei, einem Patientenstock, von drei bis dreitausendfünfhundert Leuten.“ (Exp. 2, Allgemeinmediziner, kein Kassenvertrag)*

PrivatärztInnen können sich im Gegensatz zu VertragsärztInnen die Zeit selbst einteilen:

*„Motivationsfaktor für die Arbeit im niedergelassenen Bereich ist die freie Zeiteinteilung.“ (IP 10, Gynäkologin, kein Kassenvertrag)*

*„Wenn ich vergleiche Wien und Niederösterreich: In NÖ hat der Vertragsarzt eine Vier-Tage-Woche, also einen Tag geschlossen. (...) Wien hat keinen ordinationsfreien Tag. Nebentätigkeiten sind hier schwieriger.“ (Exp. 2, Allgemeinmediziner, kein Kassenvertrag)*

Zweitens ist die Entscheidung für die Selbstständigkeit verbunden mit persönlicher Entscheidungsfreiheit und Eigenverantwortung:

*"Dafür selbst verantwortlich sein, was man tut. Eigenständigkeit (...) Man kann Tempo und Struktur vorgeben und ist Herr über sich selbst"*

#### Autonomie bezüglich

#### finanzieller Ressourcen

#### Zeitressourcen

#### Eigene Verantwortung

#### Eigene Entscheidungsfreiheit

*und sein Schaffen" (Exp. 10, Internist mit Kassenvertrag)*

Unabhängig von starren Strukturen eines Großbetriebes zu sein ist ein weiterer Faktor, der häufig genannt wurde. Für manche Befragte waren berufliche Erfahrungen im Krankenhaus ausschlaggebend sich selbstständig zu machen und unabhängig vom Spitalsbetrieb zu werden. Andere arbeiten nach wie vor sowohl im Krankenhaus, als auch nebenbei in einer (Privat-)Ordination.

*"Im Krankenhaus herrschen starre Strukturen, starre Hierarchien, kein selbstständiges Arbeiten." (Exp. 3, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag)*

*"Im Spital zu arbeiten war auf die Dauer unbefriedigend, man hat seinen Aufgabenbereich, wenn man fertig damit ist übernimmt man Aufgaben von anderen, die Ihre Aufgaben nicht erledigt haben. In der Selbständigkeit kann ich nach meinen eigenen Vorstellungen arbeiten." (IP 26, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag)*

*„Im Krankenhaus ist es wie ein Teil im Arbeitsabschnitt einer Fabrik, man operiert und kontrolliert irgendwo anders. In der Ordination ist es ganz anders. Die Motivation sind die Patienten.“ (IP 38, Allgemeinmedizinerin mit Kassenvertrag)*

Der Aspekt, dass man im niedergelassenen Bereich die Behandlungserfolge selbst bestimmen und besser kontrollieren kann, trägt auch zur Motivation bei:

*"Was mich dann wirklich dazu bewogen hat, war, dass die Patienten-Betreuung, das Selbstbestimmte...besser funktioniert, weil man gewisse Parameter selber bestimmen kann und nicht von der Klinik gezwungen wird das so und so zu machen" (IP 5, Dermatologe, kein Kassenvertrag)*

*"Des Weiteren wollte ich Medizin praktizieren, so wie ich mir das vorstelle. Am und mit und für den Patienten arbeiten. Ich wollte Medizin machen und mich nicht von der ganzen Verwaltung davon abhalten lassen." (IP 9, Sport-/ Unfallchirurg, kein Kassenvertrag)*

*„Wie sich die Patienten entwickeln, ob es besser wird und dadurch kann man sich selbst kontrollieren, wenn man kritisch genug ist, sieht man die Erfolge und Misserfolge.“ (IP 3, Augenarzt, kein Kassenvertrag)*

Ein weiterer Motivationsfaktor für den niedergelassenen Bereich ist es „eigene“ PatientInnen zu haben und der soziale Bezug zu diesen Menschen.

*"Ich hatte Interesse wegen des breiten Spektrums und der Begleitmöglichkeit der Patienten über einen längeren Zeitraum und nicht nur punktuell wie im Krankenhaus." (IP 17, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag)*

*"Im Krankenhaus haben wir einen irrsinnig schnellen Durchlauf zwei Tagen Aufenthaltsdauer der Patienten in etwa. Da haben wir praktisch keine eigenen Patienten. Das Tolle in meiner Praxis ist, dass ich langjährig Patienten betreuen kann. Dass ich Kinder aufwachsen sehe." (IP 38,*

**institutionelle Unabhängigkeit**

**Unabhängigkeit von KollegInnen**

**Selbstbestimmt arbeiten**

**Erfolg selbst kontrollieren**

**„Eigene“ PatientInnen haben**

*Allgemeinmedizinerin mit Kassenvertrag)*

*"Meine Motivation war das weite Spektrum an Patienten von null bis hundert Jahren. Alle Fächer werden mehr oder weniger gestreift." (Exp. 3, Allgemeinmediziner in einer Landgemeinde)*

### 4.3.2 DIE HÜRDEN DER SELBSTSTÄNDIGKEIT

Autonomie geht mit Verantwortung und Problemlösungskompetenz einher. Die im Rahmen der Studie befragten ÄrztInnen wurden gefragt, „Wie sind Sie mit den Herausforderungen umgegangen plötzlich ArbeitgeberIn zu sein?“. Die individuellen Herausforderungen waren unter den Befragten unterschiedlich. Für den Betreiber einer nebenberuflichen Wahlarztpraxis war z.B. der Weg in die Niederlassung weniger Aufwand, als für den Jungübernehmer einer Kassenvertragsordination mit mehreren MitarbeiterInnen.

*"Ich brauchte ca. 1 Jahr um verschiedenste Sachen zu lernen, Personal einzustellen und das wirtschaftliche Denken zu erlernen „learning by doing“ war meine Devise. Dafür besuchte ich auch andere Praxen, jedoch konnte ich nicht viel übernehmen, da jede Praxis sehr individuell gestaltet ist." (IP 9, Sport-/ Unfallchirurg, kein Kassenvertrag)*

Folgende Themenbereiche wurden von den Befragten als Herausforderung wahrgenommen:

#### Plötzliche Alleinverantwortung

Im Vergleich zur Ausbildungszeit oder zur Tätigkeit als Spitalsangestellte sind niedergelassene Mediziner in einer Einzelpraxis allein verantwortlich.

*"Größte Umstellung war, allein zuständig zu sein, Ansprechpartner zum Beratschlagen und Diskutieren fehlen. Kontakt zu Kolleg/innen kann nicht so schnell hergestellt werden. Keine Krankenschwester, die mit-hilft" (IP 10, Gynäkologin, kein Kassenvertrag)*

#### Finanzielle Einstiegshürden

Die Befragten bezeichneten die anfänglichen Investitionen als „Wagnis“. PrivatärztInnen sehen die finanzielle Unsicherheit vorwiegend, wenn sie um PatientInnen werben müssen.

*"Die ersten 3-4 Monate waren etwas frustrierend, auch wegen der Menge an Patienten, da es gedauert hat bis genug Patienten gekommen sind, dass sich die Ordination rentiert." (IP 4, Allgemeinmediziner, kein Kassenvertrag)*

VertragsärztInnen berichten von hohen Ablösen bei der Übernahme einer Ordination.

*"Als junger Familienvater hätte ich mich aufgrund horender Übernahmemezahlungen nicht auf ein derartiges Experiment einlassen können" (Exp. 2, Allgemeinmediziner, kein Kassenvertrag)*

## Herausforderungen der Selbstständigkeit

### Investitionen

### Risiko



## Betriebsführung

Die Mehrheit der befragten ÄrztInnen dieser Studie sind zugleich DienstgeberInnen. Ähnlich, wie viele andere Unternehmer und Selbstständige nehmen niedergelassene MedizinerInnen die wirtschaftlichen und organisatorischen Aufgaben als Herausforderung an.

*„Mediziner sind Dienstgeber. Die intensivsten nicht-medizinischen Kontakte sind Lohnverrechnung und Steuerberater. (...) Jeder Mediziner muss sich einmal überlegen, wie die Abrechnung in der eigenen Ordi organisiert wird, auch wenn in täglicher Arbeit nicht mit Abrechnung beschäftigt.“ (Exp. 2, Allgemeinmediziner, kein Kassenvertrag)*

**Teams führen**

**Lohnverrechnung und Steuerberater**

Ordinationsverwaltung und Verrechnung sind am Beginn selbst zu erlernen:

*„Der Anfang war natürlich wegen der ganzen Bürokratie herausfordernd, das sagt einem ja niemand was das für ein Aufwand ist.“ (IP 4, Allgemeinmediziner, kein Kassenvertrag)*

*„...der administrative Aufwand von Meldungen, Beschaffen von Medikamenten...“ (IP 11, Orthopäde mit Kassenvertrag)*

**Administrationsarbeit**

*„Es prasseln auf einen unglaublich viele Fragen und Probleme ein, auf die einen niemand vorbereitet hat. Was man auf einmal alles organisieren muss, von allen Geräten, die hier herin stehen (...) und es geht sogar bis zur Schneeräumung auf den Parkplätzen.“ (IP 17, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag)*

Die Führungsposition ist für manche ÄrztInnen neu und wird auch in der Ausbildung nicht vermittelt:

*„Unternehmer sein. Chef sein. Das hat uns keiner beigebracht.“ (Exp. 3, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag)*

**Plötzlich Chef sein**

*„Aber natürlich wird man darauf nicht vorbereitet. Weder auf das Wirtschaftliche noch auf das Organisatorische vorbereitet – oder Führung – wie führt man ein Team?“ (IP 5, Dermatologe, kein Kassenvertrag)*

*„Das ist eine schwierige Situation, weil man nur eine medizinische Ausbildung hat und keine sachlich-ökonomische.“ (IP 19, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag)*

**Wird in der Ausbildung nicht berücksichtigt**

Während die Umstellung auf die Selbstständigkeit von einem Teil der Befragten als „Insgesamt aber positive Herausforderung“ (IP 15, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag) wahrgenommen wurde, kritisierten manche, dass sie sich bei ihrem Start in die Niederlassung mehr Unterstützung gewünscht hätten.

*„Wünschenswert wäre eine bessere Vorbereitung auf die neuen Aufgaben im niedergelassenen Bereich, besonders zum Thema finanzielle Organisation, Betriebswirtschaftslehre. Das derzeitige Angebot, z.B. Niederlassungsseminare, ist eher schlecht.“ (IP 10, Gynäkologin, kein Kassenvertrag)*

**Vorbereitung auf organisatorische Herausforderungen**

Der Kurz-Fragebogen „Stimmungsbarometer“ ergab in Bezug auf das Thema

**„MedizinerInnen, die eine Praxis eröffnen oder übernehmen wollen, haben keine unnötigen Hürden am Weg in die Selbstständigkeit“:**

- „Dieses Ziel ist zu 23% erfüllt.“ (Mittelwert n=19)
- Die Mittelwerte des Erfüllungsgrads weisen zwischen VertragsärztInnen (24%) und PrivatärztInnen (20%) weniger Unterschiede auf, als zwischen Allgemein- und FachärztInnen:

AllgemeinärztInnen	16,92%
FachärztInnen	37,50%
<b>Gesamt Erfüllungsgrad</b>	<b>23,42%</b>

- „Es besteht ein Handlungsbedarf von 74%.“ (Mittelwert n=19)
- Anmerkungen der Befragten:

*„Hohes Maß an Bürokratie.“ (IP 20, Allgemeinmedizinerin, kein Kassenvertrag)*

*„Nein, die haben genug Hürden – gerade jetzt.“ (IP 21, Allgemeinmedizinerin mit Kassenvertrag)*

*„Auflagen zur Qualitätsüberprüfung. Sozialversicherung legt einem Steine in den Weg. Prüfung ob genügend Parkplätze vorhanden sind etc.“ (IP 23, Allgemeinmedizinerin, kein Kassenvertrag)*

*„Es gibt schon noch ordentliche Hürden. Haupthürden: Gesetzliche Auflagen.“ (IP 25, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag)*

*„Hürden am Weg zur Selbstständigkeit hat man in jedem Job. Da geht es keinem anders.“ (IP 33, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag)*

**Stoßen AllgemeinärztInnen auf größere Hürden?**

**Großer Handlungsbedarf unnötige Hürden bei Praxiseröffnungen zu reduzieren**

### 4.3.3 DIE EINGESCHRÄNKTE AUTONOMIE DURCH DEN KASSENVERTRAG

Es ist nachgewiesen, dass Entscheidungsbreite und Autonomie im Job die Zufriedenheit, Leistung und Gesundheit von ÄrztInnen positiv beeinflussen. (Janus 2014, S. 23) Die strukturellen Gegebenheiten des Gesundheitssystems allgemein, im Besonderen die Rahmenbedingungen eines Kassenvertrags, bringen verschiedene „Spielregeln“ und Pflichten für niedergelassene ÄrztInnen mit sich. In welchen Bereichen sich ÄrztInnen eingeschränkt fühlen, und wo sie sich mehr Autonomie wünschen würden, wird in diesem Teilkapitel zusammengefasst.

ExpertInnen wiesen in der ersten Interviewphase darauf hin, dass es rechtliche, finanzielle und auch soziale Barrieren bei der Gestaltung der Praxis gibt, die in weiterer Folge von mehreren MedizinerInnen detaillierter bestätigt wurden:

#### Zeitdruck

Kritisiert wird der Zeitdruck, den MedizinerInnen mit Kassenverträgen verspü-

#### Einschränkungen

ren.

*"Als Vertragsarzt hat man permanenten Zeitdruck." (Exp. 5, Allgemeinmedizinerin mit Kassenvertrag)*

*"Ja, also von der Honorierung, wenn man richtige Medizin betreiben will, ist das nicht rentabel. Dass man die Honorierung verbessert und auch, dass man mehr Zeit mit den Patienten hat – dass man bessere Gespräche führen kann und besser mit dem Patient umgehen kann. Wenn es viele Patienten sind kommt es einem manchmal vor wie am Laufband." (IP 22, Urologe mit Kassenvertrag)*

**Medizin „auf dem Laufband“**

## Arbeitszeiten

Der aktuelle gesellschaftliche Wandel trägt laut befragten ExpertInnen und nach Meinung mehrerer KollegInnen aus der Ärzteschaft dazu bei, dass die Arbeitszeiten sich wandeln.

*„Viele jungen Kollegen wollen keine Kassenverträge mehr, sie wollen nicht viele Vorschriften und sie wollen sich die Arbeitszeit so einteilen wie sie möchten. Ich finde es schade, die Kollegen gehen uns ab, es wird schwieriger die Kassenstellen, die frei sind, besetzen zu können. In den nächsten 8 Jahren werden 15 Prozent der Kassenärzte in Pension gehen. In unserem Bezirk gibt es zwei unbesetzte Stelle und da bewirbt sich niemand.“ (IP 12, Dermatologin mit Kassenvertrag)*

**Arbeitszeit- Vorgaben**

*„Das wird ein ganz großes Thema für die Medizin, wie schafft man frauenfreundliche Stellen, die auch Kinderbetreuung integrieren. Die Arbeitszeiten in der Ordination müssen so gestaltet werden, dass sich die Frauen auch um ihre Kinder kümmern können.“ (IP 19, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag, der eine Gruppenpraxis mit seiner Tochter führt)*

**Bedarf: Teilzeitstellen**

AllgemeinmedizinerInnen mit Kassenvertrag haben neben ihren Ordinationszeiten in vielen Gebieten den Auftrag die ärztliche Versorgung rund um die Uhr mit Ihren KollegInnen in Bereitschaftsdiensten an Wochenenden und an Feiertagen aufrecht zu erhalten. Nach Angaben der befragten AllgemeinärztInnen sind diese Sprengeldienste unterschiedlich aufgeteilt. In manchen Bezirken gibt es, z.B. in Oberösterreich seit 2014, durch den HÄND (Hausärztlicher Notdienst) bezirksweit Nachtdienste, was weniger Bereitschaftsdienste für praktische ÄrztInnen bedeutet (vgl. Exp. 3). Das Thema „Bereitschaftsdienste“ nennen jedenfalls aktuell viele ÄrztInnen als Einschränkung.

*"Junge Hausärzte bringst du aufs Land, indem du einen gut aufgeteilten Sprengeldienst mit wenigen Nachtdiensten schaffst. Und nicht jedes zweite Wochenende Dienst haben musst." (Exp. 6, Allgemeinmedizinerin mit Kassenvertrag)*

**Nacht- und Bereitschaftsdienste praktischer ÄrztInnen in der Peripherie**

## Verwaltungsvorschriften

Obwohl der Hauptverband der SV Träger den MedizinerInnen nicht mehr Dokumentationspflichten vorschreibt, als im Ärztegesetz verankert ist (vgl. Exp. 2), ist der Administrationsaufwand in den Augen der Niedergelassenen groß. Neben

zunehmender Dokumentation zur rechtlichen Absicherung finden verpflichtende Korrespondenzen zu Bewilligungsvorgängen statt, die laut den Befragten viel Arbeitszeit einnimmt:

*„Die Zeiten, die auf meinem Schild stehen, lassen immer auf ein sehr entspanntes Arbeitsverhältnis schließen. Aber im Endeffekt sitzt man mindestens genauso lange bei irgendwelchen Anträgen oder Befunden oder ähnlichem, man kann sich's dafür aber leicht einteilen.“ (IP 17, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag)*

*„Überhaupt, die ganzen Vorschriften, was man erfüllen muss wird jedes Jahr mehr. Dokumentation, Datierung, die ganzen Vorschriften wird immer mehr und mehr. Das ist schon viel wichtiger als, dass man Kontakt mit Patienten hat.“ (IP 22, Urologe mit Kassenvertrag in Wien)*

### Dokumentation

### Honorardeckelung

Mehrfach wurde in Interviews Unmut über diverse Honorar-Deckelungen kundgetan:

*„Du arbeitest und bekommst es nicht entlohnt durch die Deckelung. Eine Menge an Patienten bestätigt doch nur die Qualität des Arztes.“ (IP 1, Allgemeinmedizinerin, kein Kassenvertrag)*

### Unbezahlte Arbeit

*„Scheinzahl von 1600 Scheinen Deckelung/ Deckelung der Fallzahlen überdenken“ (Exp. 8, Kinderärztin mit Kassenvertrag)*

*„Es is lächerlich in der heutigen Zeit mit irgendwelchen Reglementierungen leben zu müssen - i darf im Quartal 80 EKG's schreiben, egal ob ich in dem Quartal 80 Patienten ghabt hab oder 800. (...) Des is noch fast Stand ausm Kommunismus. Weil's einfach demotivierend ist, wenn am 23. Dezember für das, was i an dem Patienten tua, nur a Drittel davon wert is, als wenn i den gleichen Patienten am 3. Oktober ang'schaut hätt. Und des is, was ma ned verstehen kann in der heutigen Zeit.“ (IP 17, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag)*

### Quartals-Deckelung

*„Wenn der ein EKG braucht, und ist das 11. Prozent, dann hat er ein Pech gehabt, oder wie? (...) Oder wenn einer kommt, und ein längeres Gespräch braucht, aber ich darf das nicht mehr verrechnen, weil er der 14. ist in diesem Monat. Aber das ist meines Erachtens nach in Oberösterreich ein Auslaufmodell und wird bald fallen.“ (Exp. 3, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag)*

### Bewilligungspflicht

Bezüglich Chefarztsystem und der Bewilligungspflicht von Medikamenten, Computertomographie (CT) und Magnetresonanz (MRT) gibt es mehrfach Appelle nach Verbesserungsbedarf. Manche MedizinerInnen fühlen sich in ihrer Autonomie eingeschränkt, speziell wenn PatientInnen aus dem Krankenhaus mit neuen Medikamenten entlassen werden, die in weiterer Folge nicht bewilligt werden.

„Wir in Niederösterreich haben ein Chefarztsystem bei der Bewilligung. Das ist oft ein enormer Aufwand und ärgert uns. Der Patient kommt zum Beispiel mit einem neuen oralen Blutverdünnungsmittel vom Krankenhaus. Wir wollen es bewilligen lassen, bekommen aber nach langem Hin- und Herbegründen keine Bewilligung. Wir schicken den Patienten wieder zurück ins Spital.“ (Exp. 6, Allgemeinmedizinerin mit Kassenvertrag)

„Drehtür-Effekt“ im Spital

Der sinnvolle Beitrag der Bewilligungspflicht zur Qualitätssicherung und Evidenzbasierung wird wiederum von ExpertInnen betont.

„Bewilligungspflicht bei Medikamenten - Das geht MedizinerInnen auf den Geist. ‚Warum darf ich das nicht verrechnen?‘ Allerdings: MedizinerInnen im niedergelassenen Bereich wollen gerne machen, was ihnen gerade super erscheint, weil irgendein Kollege gesagt hat, das ist super. Allerdings: Sich wirklich damit auseinanderzusetzen, und sich zu fragen: Wie super ist das wirklich? Das ist Evidenzbewertung - Das ist Arbeit und das bringt kein Geld.“ (Exp. 2, Allgemeinmediziner, kein Kassenvertrag)

Vorteile der Bewilligungspflicht

Mehrere ÄrztInnen bezweifeln die Sinnhaftigkeit der Vorschrift von CT- und MRT-Bewilligungen:

„Jedes CT und jedes MRT muss von einem Chefarzt bewilligt werden. Seit 25 Jahren werden alle bewilligt und trotzdem muss jedes Mal wieder angesucht werden – eine Schikane, die abgeschafft gehört.“ (IP 19, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag)

„Chefarztpflicht abschaffen. Weil entweder bin i Arzt und brauch ned fragen ob er mir des MR genehmigt - weil er mit des eh genehmigt wenn i des richtige hinschreib, oder ned. Sinnloser Spaß für meine Angestellten, die des hinfaxen, sinnloser Spaß für mi und a sinnloser Job für den der dort sitzt und auf jedes Fax an Stempel haut“ (IP 17, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag)

### Regelungen für Gruppenpraxen

Manche Einschränkungen, die in der Befragung genannt wurden, betreffen speziell Gruppenpraxen. MedizinerInnen würden sich hier flexiblere Modelle und mehr Möglichkeiten der Rechtsformen wünschen. Vereinzelt wurde angegeben, dass die persönliche Überlegung eine Gruppenpraxis zu gründen präsent war, doch aufgrund mehrerer Einschränkungen und Pflichten nicht umgesetzt wurde.

„Ich hab eine Gruppenpraxis, wenn ich da zu viel arbeite, bekomme ich einen Honorarabzug, das ist an sich absurd, aber so ist es halt, man hat den Vertrag unterschrieben und dann kann man sich auch nicht beschweren.“ (IP 15, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag)

Honorarabzüge bei Gruppenpraxen

„Es gibt die Möglichkeit eine Gruppenpraxis mit Kassenvertrag zu haben, aber die Auflagen sind sehr streng. Es ist erlaubt 15 Prozent mehr Umsatz zu haben, alles andere wird von den Krankenkassen gestrichen. Man darf weniger Urlaub haben, und man muss die Öffnungszeiten erweitern. Wenn ich eine Kassenstelle aufteilen könnte, auf zwei oder drei Kollegen/Kolleginnen, dann glaube ich, dass mehr Frauen sich trauen

Urlaubseinschränkungen

würden." (IP 12, Dermatologin mit Kassenvertrag)

"Zum Beispiel dürfen Vertretungsärzte nicht parallel ordinieren. Neue Formen, wo es jungen Kollegen ermöglicht wird mitzuarbeiten. Könnte hier nicht überregional beigetragen werden?" (Exp. 5, Allgemeinmedizinerin mit Kassenvertrag)

**Einstieg junger KollegInnen erschwert**

Nach diesem Teilkapitel über Einschränkungen und Pflichten, die mit einem Kassenvertrag einhergehen, werden an dieser Stelle die Befragungsergebnisse um die Freiheiten der PrivatärztInnen ergänzt.

### 4.3.4 PRIVATÄRZTINNEN ZWISCHEN AUTONOMIE UND WETTBEWERB

ÄrztInnen, die keinen Kassenvertrag abgeschlossen haben, haben Autonomie im Zeit- und Arbeitseinsatz sowie in der Tarifgestaltung. Sie erfahren kaum Einschränkungen durch die Sozialversicherung, müssen allerdings im Vergleich zu ÄrztInnen mit Kassenverträgen mehr um PatientInnen „werben“ (vgl. Exp. 1 bis 10).

**Autonomie von PrivatärztInnen**

"Wenn mich jemand erreicht, ich habe Zeit und Lust, mache ich es, sonst verweise ich auf den Bereitschaftsdienst." (Exp. 2, Allgemeinmediziner, kein Kassenvertrag)

**Zeitunabhängigkeit**

„Vorteil ist das Selektieren des Patientengutes. Ich nehme den Patienten, den ich auch behandeln möchte. Jene nehmen, wo das Arzt-Patienten-Verhältnis wirklich stimmt. Dass ich eine Wellenlinie mit dem Patienten habe.“ (Exp. 3, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag)

"Ich kann machen, alles zu dem ich stehe. Keiner schafft mir was an." (Exp. 7, Kinderarzt, kein Kassenvertrag)

**Fachliche Autonomie**

Einschränkungen nehmen PrivatärztInnen einerseits durch ihre „Wettbewerbssituation“ wahr, und andererseits dadurch, dass PatientInnen einen Teil der Kosten selbst tragen müssen. Ein Facharzt für Innere Medizin ohne Kassenvertrag spricht zum Beispiel vom variierenden Einkommen und von der Pflicht der PrivatärztInnen sich selbst zu „vermarkten“ und die PatientInnen zufriedenzustellen. (vgl. IP 8)

**Einschränkungen der Autonomie**

"Man muss sich als Wahlarzt bemühen und einen bestimmten Service bieten" (Exp. 1, Internist, kein Kassenvertrag)

**Wettbewerb um PatientInnen**

"Nachteil: Der Patient bekommt nur einen Teil von der Kasse zurück, wenn ich z.B. ein Herzecho mache." (Exp. 7, Kinderarzt, kein Kassenvertrag)

Im Gegensatz zu einem Kassenvertrag ist es PrivatärztInnen nicht möglich, ihre PatientInnen medizinisch zu versorgen, unabhängig von deren finanziellen Ressourcen. Zudem erachten MedizinerInnen eine Ordination mit Kassenvertrag in bestimmten Einzugsgebieten als „sicheres Geschäft“.

"Ich kann meinen Patienten Medikamente und Therapien einfacher und umfangreicher zukommen lassen." (Exp. 3, Allgemeinmediziner mit Kas-

**Therapiefinanzierung**

senvertrag)

Finanzielle Sicherheit ermöglicht wiederum Handlungsfreiheit von KassenärztInnen, diese ist vor allem zu Beginn einer Niederlassung ohne Kassenvertrag nicht gegeben.

*"Die Angst, ob sich die Investitionskosten auszahlen und die Angst, ob man genug Patienten hat." (IP 13, Facharzt für Psychiatrie, kein Kassenvertrag)*

*"Brauche nicht um Patienten kämpfen." (Exp. 8, Fachärztin für Kinder- und Jugendheilkunde mit Kassenvertrag).*

*„Kassenärzte genießen die finanzielle Sicherheit, jedoch wird ein sehr strikter Rahmen vorgegeben, z.B wie viele PatientInnen und Zeiträumen. Man wird in allen Bereichen eingeschränkt.“ (Exp. 9, Urologe, kein Kassenvertrag)*

### 4.3.5 VERTEILUNG VON KASSENSTELLEN

Der Kurz-Fragebogen „Stimmungsbarometer“ ergab in Bezug auf das Thema

**„Was ÄrztInnen betrifft: In meinem Fachgebiet gibt es ausreichend Kassenstellen für die Gesundheitsversorgung im niedergelassenen Bereich.“:**

- „Dieses Ziel ist zu 64% erfüllt.“ (Mittelwert n=19)
- Unterschiede bestehen bei der Frage nach dem Erfüllungsgrad im Durchschnitt sowohl zwischen AllgemeinärztInnen (71%) und FachärztInnen (50%), als auch zwischen VertragsärztInnen (72%) und PrivatärztInnen (36%).
- Die Bewertung des Erfüllungsgrads weist allerdings eine sehr hohe Schwankungsbreite zwischen den Prozentangaben der einzelnen Befragten auf, auch innerhalb der genannten Beobachtungsgruppen (Fach-, Allgemein-, Vertrags- und PrivatärztInnen). Daher ist aufgrund der geringen Anzahl der Befragten (n=19) und der hohen Standardabweichung darauf zu schließen, dass sich die ÄrztInnen in manchen Gegenden Österreichs auch in Abhängigkeit des Fachgebiets entweder „unter- oder überbesetzt“ fühlen.
- „Es besteht im Durchschnitt ein Handlungsbedarf von 46%.“ (Mittelwert n=19)
- Anmerkungen der Befragten zu diesem Thema:

*„Kommende Pensionswelle bei AllgemeinmedizinerInnen. Stellen werden nicht mehr nachbesetzt werden können.“ (IP 20, Allgemeinmedizinerin, kein Kassenvertrag)*

*„Wo wir sind, im 17. Bezirk ausreichend, ja.“ (IP 21, Allgemeinmedizinerin mit Kassenvertrag)*

*„Für die chinesische Medizin gibt es keine Kassenverträge.“ (IP 23,*

**Kassenstellen sehr unterschiedlich verteilt**

*Allgemeinmedizinerin, kein Kassenvertrag)*

*„Die jungen Ärzte und Ärztinnen wollen nicht mehr raus. In zehn Jahren gibt es nur mehr 50 Prozent von uns. Alle anderen sind in Pension.“ (IP 28, Allgemeinmedizinerin, kein Kassenvertrag)*

*„Ja, gibt es. Die Zeit wird nicht entsprechend honoriert. Da überlegt man selbst oft, ob ein Kassenvertrag sinnvoll ist, oder ob man doch lieber eine Privatpraxis eröffnet.“ (IP 31, Kinderarzt mit Kassenvertrag)*

*„Zu wenig.“ (IP 36, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag)*

### 4.4 KOMPETENZ UND ANERKENNUNG

Entscheidend ist laut Janus (2014, S. 22f), „dass ÄrztInnen positives Feedback für ihre Leistungen und Beiträge sowie auch für die Erfüllung der durch die Profession definierten Normen erhalten.“ In der vorliegenden Studie wurden daher die Wahrnehmung von und die Bedürfnisse nach Anerkennung aus Perspektive der ÄrztInnen erhoben. Folgendes Teilkapitel gibt Auskunft über diese Forschungsfragen:

- In Bezug auf nicht monetäre Anreizsetzung, in welchen Bereichen erfahren MedizinerInnen Verpflichtungs- und Freude-basierte Anerkennung?
- In welchen Bereichen würden sich MedizinerInnen mehr Anerkennung erwarten?
- Wo erfahren MedizinerInnen Anerkennung ihrer Kompetenz, wo fehlt ihnen diese?
- Wie erweitern MedizinerInnen ihre Kompetenzen?

#### 4.4.1 BERUFLICHE ANERKENNUNG

*„Da sind Mediziner keine Ausnahme. Es gelten dieselben Motivatoren. Jeder will sich verwirklichen. Jeder will Anerkennung haben.“ (IP 7, Facharzt für Innere Medizin, kein Kassenvertrag)*

**„Jeder will Anerkennung“**

Im Rahmen der Studie wurden im ersten Schritt die ExpertInnen gefragt, was für sie persönlich berufliche Anerkennung bedeutet. Allgemeine Antworten dazu:

*„Wenn ich das Gefühl habe, dass das, was ich an Arbeit und Zeit hineinstecke, Erfolg bringt“ (Exp. 2, Allgemeinmediziner, kein Kassenvertrag)*

**Erfolgsenerlebnisse**

*„Gute Medizin zu machen“ (Exp. 1, Internist, kein Kassenvertrag)*

Auf die Frage, von welchen Seiten ihnen die persönlich Anerkennung wichtig ist, wurden von den ExpertInnen vorwiegend die Folgenden genannt: Die PatientInnen, die MitarbeiterInnen, die KollegInnen und die Versicherungen als Geldgeber. Es wurden in weiterer Folge die Antworten der ExpertInnen zu Themenfeldern zusammengefasst und im zweiten Befragungsturnus zu den genannten Quellen der Anerkennung Detailergebnisse gesammelt. Die wichtigsten Berei-

**Freudebasierte Anerkennung**



che, die zu freudebasierten Anerkennungsfaktoren (Janus 2014, S. 22f) gezählt werden können, sind:

- **Anerkennung durch PatientInnen und MitarbeiterInnen**

Die Befragten schätzen es, wenn PatientInnen einem Arzt oder einer Ärztin Vertrauen entgegen bringen, wenn sie immer wieder kommen und den Arzt/ die Ärztin weiterempfehlen. Bei MitarbeiterInnen ist den MedizinerInnen langjährige Treue, selbstständiges Arbeiten und Loyalität wichtig.

**Treue MitarbeiterInnen**

*„Die größte Anerkennung ist es, wenn ein Fünffähriger zu mir sagt, er freut sich auf das nächste Mal.“ (IP 31, Kinderarzt mit Kassenvertrag)*

*„Und wenn Freunde und Familie auch kommen, das zeigt, dass sie zufrieden waren, wenn sie weiterempfehlen.“ (IP 5, Dermatologe, kein Kassenvertrag)*

**Weiterempfohlen werden**

*„Die Patienten vertrauen mir sehr viel an, das sehe ich als Kompliment.“ (IP 2, Augenärztin mit Kassenvertrag)*

**Vertrauen der PatientInnen**

*„Patienten kommen immer wieder. Ich bin sehr stark in den Netzwerken vertreten, auf doc finder aktuell Nummer 1. Patienten geben dort ihr Feedback auf doc finder. Auf meiner Facebookseite bekomme ich auch positive Rückmeldungen.“ (IP 30, Orthopäde, kein Kassenvertrag)*

**ÄrztInnen-Rankings**

*„Von Patienten erfahre ich die Anerkennung täglich im Gespräch. Patienten bringen kleine Geschenke wie Naturalien oder selbstgemachte Sachen.“ (IP 26, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag in Salzburg)*

**Dankbarkeit von PatientInnen**

Manche ÄrztInnen würden sich mehr Anerkennung von Seite der PatientInnen wünschen:

*„Erstens, die Bezahlung ist schlecht. Zweitens, die Patienten fordern und fordern – also, ganz ehrlich, die Wertschätzung der Patienten fehlt an allen Ecken.“ (IP 35, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag)*

**Fehlende Wertschätzung**

*„Weil die Patienten glauben alles besser zu wissen (...) Wenn i den Patienten alles machen lassen würd was er glaubt, dann sizerten alle beim MR oder im Labor und san nachher a ned g’scheiter. [...] Man muss die Patienten lenken. Alle glauben immer, i bin so a Art Wurlitzer wo ma oben was reinschmeißt und der dann sagt: I will a MR und mir dann böse ist, wenn er es nicht kriegt.“ (IP 17, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag)*

**Fordernde PatientInnen**

- **Anerkennung durch KollegInnen**

Anerkennung im Kreis der KollegInnen spielt eine wichtige Rolle, erklärten die befragten ExpertInnen:

**Im Kreis der KollegInnen**

*„Man will schon ernst genommen werden. ... Auch das Alter, je älter man ist, umso eher wird man ernstgenommen.“ (Exp. 5, Allgemeinmedizinerin mit Kassenvertrag)*

**Sich ernst genommen fühlen**

Als erfreuliches Anerkennungsmerkmal beschrieben die niedergelassenen MedizinerInnen die Zuweisung durch andere ÄrztInnen (vgl. IP 16, IP 19, IP 28 od. IP 36)

*"Und wenn auch Kollegen ihre Patienten hierher empfehlen und sagen das ist eine gute Adresse. Das ist dann Anerkennung." (IP 5, Dermatologe, kein Kassenvertrag)*

**Zuweisung und Weiterempfehlung durch KollegInnen**

*"Wenn man vom Patienten hört, ein anderer Arzt hat gesagt: Die Wunde wurde aber schön genäht." (IP 19, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag)*

**Positives „Feedback“**

Beruflichen Erfolg definieren viele ÄrztInnen auch durch eine wissenschaftliche Karriere, eng verbunden mit der Anerkennung im FachkollegInnenkreis.

**Wissenschaftliche Anerkennung**

*"Persönlicher Erfolg, wenn Publikationen angenommen werden. Wenn meine Ergebnisse oder Ideen weiter verwendet werden." (Exp. 2, Allgemeinmediziner, kein Kassenvertrag)*

Mehrere Befragte merken allerdings das Konkurrenzverhältnis innerhalb der KollegInnenschaft an, welches das offene Zeigen gegenseitiger Anerkennung verhindert.

**Konkurrenz**

*„Beim Austausch findet schon Anerkennung statt aber der Konkurrenzkampf überwiegt und vor allem der Neid, bei Internisten ist es besonders schlimm, man muss sehen wo man bleibt.“ (IP 1, Allgemeinmedizinerin, kein Kassenvertrag)*

*"Zwischen den Kollegen ist die Anerkennung sehr sparsam. Vor allem in der Hierarchie im KH ist vom Chef abwärts die Anerkennung sehr sparsam. Man kennt eine Leistung nur an, lobt diese jedoch nicht." (IP 29, HNO-Arzt mit Kassenvertrag)*

Das Krankenhaus stellt für niedergelassene Mediziner einen wichtigen „Feedbackfaktor“ dar. Mehrfach wurden Probleme der Kommunikation mit den KollegInnen im Krankenhaus gemeldet:

**Spannungsfeld intra- und extramuraler Bereich**

*"Mehr Anerkennung würde ich mir "von oben" wünschen." (Exp. 4, Allgemeinmedizinerin mit Kassenvertrag, in Bezug auf Spitäler)*

*"Die im Krankenhaus behandeln einen ja sehr von oben herab." (Exp. 8, Kinderärztin mit Kassenvertrag)*

- **Anerkennung durch die Sozialversicherung**

**Sozialversicherung**

Die Krankenkassen werden als GeldgeberInnen und Kontrollinstanzen erlebt. Anerkennung nehmen ÄrztInnen im niedergelassenen Bereich fast ausschließlich auf finanzieller Ebene wahr.

**Finanzielles**

*"Da merke ich gar nichts. Es geht nur um Geld. Keine Anerkennung." (IP 13, Facharzt für Psychiatrie, kein Kassenvertrag)*

*"Von Seiten der Krankenkassen gibt es keine Anerkennung. Es besteht*

*lediglich ein korrespondierender Kontakt. Am ehesten erhält man Kritik, da man Kosten verursacht. (...) Wenn sich die Krankenkasse meldet, dann geht es sicher um Kritik.“ (IP 9, Sport-/ Unfallchirurg, kein Kassenvertrag in Salzburg)*

**Korrespondierender Kontakt**

*„Direkt gar nicht, Das System ist so aufgebaut, dass jeder zu funktionieren hat, wenn es nicht funktioniert, gibt es Gespräche mit der Krankenkasse, z.B. wenn man Medikamente zu teuer verschreibt.“ (IP 19, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag im Bezirk Rohrbach, OÖ)*

**Kontrolle**

Die Abrechnungsdaten im Nachhinein zu studieren bringt manchen ÄrztInnen ein positives Erfolgserlebnis:

*„Berufliche Anerkennung erlebe ich auch im Erfolg, wenn ich mich als niedergelassener Mediziner regelmäßig mal zurücklehnen kann, und mir z.B: die Karteikarten und Fälle ansehe (...) von der Einzelbeziehungsebene in die Überblicks-Ebene zu gehen.“ (Exp. 2)*

**Datenservice**

*„Die Motivation, dass der eigene Einsatz auch den Gewinn steigert, das ist ein großer Anreiz. Fleiß lohnt sich. Die Mitteilung der Krankenkasse, wie viele Zuweisungen ich getätigt habe, und wie viel ich verrechnet habe, das finde ich gut, diese Art von Feedback.“ (IP 2, Augenärztin mit Kassenvertrag)*

Auch positives Feedback wurde in den Befragungen genannt, zum Beispiel von diesem Arzt:

*„Wenn die Krankenkasse einlädt. Wo Dialog da ist, auf Gesprächsebene, Kollegial und Wohlwollende. Direkte Rückmeldung wie direkte Bewilligung von teuren Medikamenten, man hat eine Gesprächsbasis. (IP 8, Internist, kein Kassenvertrag in Linz)*

**Dialog**

### 4.4.2 KOMPETENZERWEITERUNG

„Kompetenz“ erscheint aus den Thesen der Professionskultur (Janus 2014, S. 19) als ein wesentlicher Faktor für gelingende Behandlungen. Im Rahmen der vorliegenden Studie wurden den MedizinerInnen folgende Fragen zur Kompetenz gestellt:

Erstens, „Was brauchen MedizinerInnen im niedergelassenen Bereich?“ – Die Antworten diesbezüglich finden sich im Kapitel „Professionskultur“ bzw. Teilkapitel „Die Profession und ihre Anforderungen“.

Zweitens, „Wie bilden Sie sich fort?“ Die Ergebnisse werden hier dargestellt.

#### **Hypothesen zur gelebten Praxis der Kompetenzerweiterung**

Es herrschen unter den niedergelassenen Ärzten unterschiedliche Fortbildungsgewohnheiten. Nach Analyse der qualitativen Befragungsergebnisse lassen sich bezüglich Kompetenzerweiterung einige Hypothesen formulieren, die im Rah-

**Fortbildungskultur  
Hypothesen**

men einer repräsentativen Studie nachzuweisen wären:

Fortbildungspraktiken unterscheiden sich zwischen Allgemein- und FachärztInnen. Anzunehmen ist, dass Fachärzte sich individuell und unabhängig fortbilden, und vorwiegend Kongresse oder Ärztekammer-/ Fachgruppenveranstaltungen besuchen, während AllgemeinmedizinerInnen weniger Kongresse besuchen. Qualitäts- und Lernzirkel sind unter den AllgemeinmedizinerInnen zum Teil installiert. Zwischen den Facharztgruppen herrschen Unterschiede in Bezug auf die AnbieterInnen der Fortbildungsveranstaltungen.

*„Wir haben bezüglich Fortbildung viele Möglichkeiten: einmal im Monat haben wir Teamsitzungen mit den Ärzten im Sprengel. Bezirksärztesitzungen, FAM Fortbildungen, Notarzkurs, oder Angebote von Pharmafirmen.“ (Exp. 5, Allgemeinmedizinerin mit Kassenvertrag)*

*"Kongresse, Literaturstudium, Online Portale, Ärztekammer Fortbildungskurse." (IP 3, Augenarzt, kein Kassenvertrag)*

*"Nehme Intensiv und regelmäßig an Fortbildungen teil – zwischen 2 und 5 im Monat. Fortbildungen Österreich- und Europaweit, viele Fortbildungen von der Ärztekammer aus, verschiedene Kurse." (IP 30, Orthopäde, kein Kassenvertrag)*

*"Ja, gut. Hauptsächlich im Internet. Journale und so. Pro Jahr fahre ich ungefähr zehnmal auf Kongresse." (IP 22, Urologe mit Kassenvertrag)*

Unter den AllgemeinmedizinerInnen unterscheidet sich die Fortbildungskultur je nach Sprengel. Zum Teil gibt es Qualitätszirkel. Vereinzelt schließen sich AllgemeinmedizinerInnen zu Fortbildungsvereinen zusammen.

*"Mir bringt der Qualitätszirkel sehr viel. Ich bespreche mit meinen Kollegen medizinische Fälle, Organisatorisches und was mich gerade recht anzipft". (Exp. 4, Allgemeinmedizinerin mit Kassenvertrag)*

*„Wir haben bei uns einen Fortbildungsverein der Niedergelassenen. Mediziner treffen sich dort ca. einmal monatlich. Standespolitisch, gemeinsamer Einkauf, Gegenseitige kollegiale Gespräche, Erfahrungsaustausch. (...)Z.B. bei uns gerade aktuell: wie organisieren wir die Flüchtlingsbetreuung, wie rechnen wir das ab? (...) Ein lokaler Fortbildungsverein mit regelmäßigen Treffen und Fortbildungsangeboten, das gibt es überhaupt nicht flächendeckend in Österreich. Da gibt es ein paar Inseln, die das so machen.“ (Exp. 2, Allgemeinmediziner, kein Kassenvertrag)*

Es ist anzunehmen, dass die Nachwuchsgeneration jüngerer ÄrztInnen eine andere Weiterbildungskultur verfolgt, als ihre älteren KollegInnen.

*"Über DFP-Portal wird viel angeboten, das nütze ich und alle meine jungen Kollegen machen das auch eher so." (Exp. 6, Allgemeinmedizinerin, 35 Jahre alt, mit Kassenvertrag in Niederösterreich)*

*"Besuch von Fortbildungen und Online, weil Preis-Leistung da schon unterschiedlich ist." (IP 35, Allgemeinmediziner, 40 Jahre alt mit Kassenver-*

**Abhängig vom Fachgebiet**

**AllgemeinärztInnen vermehrt regional**

**FachärztInnen international**

**Vermehrt online**

**Qualitätszirkel**

**Vereinzelt Fortbildungsvereine**

**Junge ÄrztInnengeneration:**

**mehr Online-Fernstudium**

trag)

*„Die jungen Mediziner lernen im Studium schon wie Wissenschaft funktioniert. Ältere Generationen verfolgen oft noch den Trugschluss, wenn ihnen jemand mit möglichst klingendem Namen oder Titel etwas sagt, zu glauben das stimmt. Die Jungen bekommen das kritische Hinterfragen schon in der Ausbildung mit.“ (Exp. 2, Allgemeinmediziner, kein Kassenvertrag)*

**Mehr Evidenz**

Eine letzte Hypothese ist, dass Unterschiede in den Fortbildungspraktiken zwischen Frauen und Männern bzw. in Abhängigkeit der familiären Situation bestehen.

*„Angebot ist sehr viel da. Es fehlt mir allerdings die Zeit. Ich würde gerne mehr wahrnehmen.“ (Exp. 5, Allgemeinmedizinerin mit Vertrag in Niederösterreich)*

*„Aufgrund der Familiensituation eher regionale Tagungen, Zeitschriften, Aussendungen, Leitlinien, Gesellschaften, fachspezifische Treffen von Internisten, eher regional.“ (Exp. 10, Internist mit Kassenvertrag)*

### Fortbildungsmotive

Neben dem „Wie“ kam in den Interviewgesprächen auch das „Warum“ in Bezug auf Kompetenzerweiterung zur Sprache. Als Fortbildungsmotive dienen die folgenden:

**Warum Weiterbildung?**

Zu den persönlichen Motiven zählt zum einen der permanente Wissensdurst, und auch anlassbezogene Weiterbildung, die zur laufenden Motivation im Berufsalltag beitragen:

*„Ich bilde mich regelmäßig und viel fort. Mehr als vorgeschrieben, da ich dies als sehr wichtig ansehe (...) damit man stets am Ball bleibt. Dadurch lernt man mit der Zeit auch sehr viel und springt nicht immer sofort auf jeden Zug auf, sondern man schätzt vorher selbst den Wert der neuen Methode ab. (...) Jeder ist dafür zuständig, sein Berufsleben so spannend wie möglich zu gestalten. Man darf nicht auf der Anfangsstufe stehen bleiben, sondern muss sich stets weiterentwickeln.“ (IP 6, Kieferchirurg, kein Kassenvertrag)*

**Fachliche Qualifikation auf dem aktuellsten Stand**

**Weiterentwicklung**

*„Viele selbst zu zahlende Fortbildungen, die nur teilweise rückerstattet werden. Diese sind aber nötig, damit die fachliche Qualifikation vorhanden ist und der Enthusiasmus bei der Tätigkeit bleibt.“ (IP 17, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag)*

**Motivationsfaktor**

*„Ich bilde mich anlassmäßig fort, indem ich bei Patienten mit einer bestimmten Problematik mich dort in das Thema einlese und sehe was da der neueste Stand ist.“ (IP 5, Dermatologe, kein Kassenvertrag)*

**Anlassbezogene Recherchen**

Die Soziale Vernetzung mit KollegInnen stellt für mehrere Befragte einen wichtigen Effekt dar.

*"Qualitätszirkel und Ärztterunde (...) Beide sind sehr hilfreich, nicht nur für den qualitätsvollen Austausch sondern auch wegen dem sozialen Aspekt, das Kennenlernen der anderen Kollegen im Bezirk, die man sonst nur vom Hörensagen bzw von Überweisungen oder Ähnlichem kennt." (IP 4, Allgemeinmediziner, kein Kassenvertrag)*

**Soziales Lernen**

*"Es bräuchte bessere Kommunikation unter den MedizinerInnen. Man sollte sich öfter treffen und miteinander sprechen. Und man lernt schlecht mit Schwächen umzugehen. Viele sind im Irrglauben, wenn man Hilfe braucht, bin ich ein schlechter Mediziner." (IP 5, Dermatologe, kein Kassenvertrag)*

**Kommunikation**

### 4.4.3 ANERKENNUNG VON KOMPETENZ

Die Stärkung der Kompetenz und die Anerkennung der Leistung verringern soziale Dilemmas und Interessenkonflikte. Dazu ist es wichtig, dass der Grund („reason why“) der Tätigkeit deutlich gemacht wird. „Durch eine stark monetäre Fokussierung tritt dieser oft in den Hintergrund“ (Janus 2014, S. 23)

In Bezug auf die Anerkennung von Leistungen und von Kompetenz nehmen die befragten niedergelassenen ÄrztInnen von der Sozialversicherung ausschließlich monetäre Anreize wahr. Das Gesamtziel Versorgungsqualität tritt in den Hintergrund, wenn die Leistungen und erworbene Kompetenzen von VertragsärztInnen von der Sozialversicherung nicht anerkannt werden:

**Fehlende Anerkennung**

*„Ein weiterer Punkt ist, dass niedergelassene Hausärzte manche Untersuchungen, wie zum Beispiel die Ultraschalluntersuchung nicht anbieten können, weil diese von der Krankenkasse nicht bezahlt wird. Trotz einer Ausbildung des Arztes für diese Untersuchung übernimmt die Krankenkasse die Kosten für diese Untersuchung nicht, somit würde der Arzt gratis arbeiten, wenn er diese Untersuchung anbietet. Dieses System müsste überarbeitet werden.“ (IP 20, Allgemeinmedizinerin, kein Kassenvertrag)*

**nicht honorierte Zusatzausbildungen**

*"Mein Wunsch: Leistungskatalog umarbeiten auf das, was aktuelle Medizin braucht. Die Tarifkataloge sind 30 Jahre alt. Meine Zusatzausbildungen, die ich habe - Diabetes und Endokrinologie - wende ich in meiner Kassenpraxis nicht an, weil ich sie nicht verrechnen kann." (Exp. 8, Kinderärztin mit Kassenvertrag)*

**Veraltete Leistungskataloge**

*"Gesprächsmedizin gibt es von Seiten der Sozialversicherung nicht. Diese sollten einen höheren Stellenwert bekommen und honoriert werden, da es vielen Patienten schon sehr viel besser geht oder sie sogar zufrieden sind, wenn man mit ihnen über ihre Beschwerden spricht." (IP 9, Sport-/Unfallchirurg, kein Kassenvertrag)*

Aus rein verrechnungstechnischen Gründen finden zum Teil Verschiebungen zwischen intramuralem und extramuralem Bereich statt. Da sich niedergelassene MedizinerInnen Geräte und Material selbst finanzieren, werden Tarife mit den Kosten gegengerechnet. Leistungen, die von den ÄrztInnen subjektiv als "zu

niedrig honoriert" empfunden werden, sehen sie als unrentabel (vgl. Exp. 5). Die Folge sind unnötige Krankenhausaufenthalte mit den damit verbundenen gesamtgesellschaftlichen Kosten.

*„Ein Hausarzt kann einen Splitter aus dem Auge entfernen. Muss aber den Patienten ins Krankenhaus schicken. Die Kosten kommen auf ein Vierfaches.“ (IP 19, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag am Land)*

*„Wundversorgung - Das macht mir zwar viel Spaß, Dann müssten aber eine halbe Stunde Leute draußen warten. Es wird mir dann zugleich nicht einmal der Aufwand - Instrumente und Material - bezahlt. Dadurch ist man gezwungen die Leute ins Krankenhaus zu schicken, obwohl man das als Hausarzt versorgen könnte und auch wollte.“ (Exp. 5, Allgemeinmedizinerin mit Kassenvertrag)*

## „Unrentable“ Leistungen

### Für die Wundversorgung in die Ambulanz schicken

Mehrere medizinische Handlungen, für welche die FachärztInnen ausgebildet werden, für die es im Leistungskatalog aber keine Position gibt, finden trotz fehlender Notwendigkeit im Spital statt. Es wurde von mehreren Befragten der Appell zur Aktualisierung der Leistungskataloge, von manchen auch der Wunsch nach Vereinheitlichung der Leistungskataloge zwischen den Krankenkassen, kundgetan.

Der Kurz-Fragebogen „Stimmungsbarometer“ ergab in Bezug auf das Thema

#### „Die Tarifstrukturen in der Verrechnung sind dem aktuellen Bedarf der Gesundheitsversorgung angepasst“:

- „Dieses Ziel ist zu 13% erfüllt.“ (Mittelwert n=19)
- Die Mittelwerte des Erfüllungsgrads weisen zwischen AllgemeinärztInnen (16%) und FachärztInnen (8%) Unterschiede auf. Auffallend ist, dass alle PrivatärztInnen bei dieser Frage einen Erfüllungsgrad von 0% und einen Handlungsbedarf von 100% angegeben haben. VertragsärztInnen haben hingegen beim Erfüllungsgrad Antworten zwischen 0% und 70% gegeben:

VertragsärztInnen	16%
PrivatärztInnen	0%
<b>Gesamt Erfüllungsgrad</b>	<b>13,33%</b>

- „Es besteht ein Handlungsbedarf von 88%.“ (Mittelwert n=19)
- Anmerkungen der Befragten zu diesem Thema:

*„Die medizinischen Sachen nehmen sehr viel Zeit in Anspruch und werden nicht honoriert.“ (IP 21, Allgemeinmedizinerin mit Kassenvertrag)*

*„Naja, die Kasse muss auch auf ihre Rechnung kommen. Als Unternehmer würde ich auch so oder so ähnlich handeln müssen.“ (IP 25, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag)*

*„Zu hundert Prozent nicht dem aktuellen Bedarf angepasst. Tarife*

### Hoher Handlungsbedarf die Tarifstrukturen an den aktuellen Bedarf der Gesundheitsversorgung anzupassen

*gibt es seit vielen Jahren. Sind seither nicht geändert worden.“ (IP 28, Allgemeinmedizinerin, kein Kassenvertrag)*  
*„Ich als Kassenarzt kann nicht so arbeiten, wie ich gerne möchte, da es nicht honoriert wird.“ (IP 31, Kinderarzt mit Kassenvertrag)*  
*„Tarife müssten unbedingt geändert werden“ (IP 34, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag)*

Ansatzpunkte, die die Anerkennung und das Kompetenzgefühl der MedizinerInnen stärken, sollten nicht nur kurzfristig Motivationsstrategien für ÄrztInnen betreffen, „sondern langfristig auch Einzug in die Aus-, Fort-, und Weiterbildung finden.“ (Janus 2014, S. 21)

### 4.5 DIE SCHNITTSTELLE ARZT-GESUNDHEITSSYSTEM-INTEGRATION

Das Aufeinandertreffen der beiden sozialen Systeme „Ärztenschaft“ und „Sozialversicherung“ ist ein Untersuchungsfeld der vorliegenden Studie. Diese Systeme können nur innerhalb ihrer Rahmenbedingungen und im aktuellen Kontext betrachtet werden. Daher gehen die folgenden Darstellungen der Ergebnisse über die reine Beziehung zwischen Sozialversicherung und niedergelassener ÄrztInnen hinaus, und werden im Sinne einer „Arzt-Gesundheitssystem-Integration“ (Janus 2014, S. 21ff) auch inklusive Schnittstellen zwischen intra- und extramuralem Bereich sowie Anregungen der niedergelassenen ÄrztInnen zur Optimierung der Versorgungsqualität behandelt. Forschungsfragen diesbezüglich sind:

- Welche Rahmenbedingungen und Problemfelder stellt die Schnittstelle Arzt-Gesundheitssystem-Integration dar?
  - Wie erleben MedizinerInnen das Verhältnis PatientIn – ÄrztIn – Sozialversicherung?
  - Wie stellen sich MedizinerInnen die ideale Praxis vor?
  - Welche Prozesse und Maßnahmen nehmen MedizinerInnen positiv bzw. negativ wahr?

Die Fragen, die im Rahmen der empirischen Erhebung den ExpertInnen bzw. den übrigen ÄrztInnen diesbezüglich gestellt wurden, lauteten beispielsweise (vgl. Leitfäden von Teil 1 und Teil 2 der Studie, im Anhang):

„Wie läuft die Zusammenarbeit der ÄrztInnen mit der Sozialversicherung?“ / „Wo liegen für Sie die Vorteile, wo liegen die Nachteile von Kassenverträgen?“ / „Wie würde aus Ihrer Sicht eine ideale Praxis laufen?“ / „Wie kann die Sozialversicherung über ihre Strukturen zu einer besseren Versorgungsqualität beitragen?“



## 4.5.1 KOMMUNIKATION MIT DER SOZIALVERSICHERUNG

Die vorliegenden Studienergebnisse zeigen, ÄrztInnen haben vorwiegend Kontakt mit einzelnen Krankenkassen, welche wiederum verschiedene Kontaktkulturen sowie Kommunikationspraktiken pflegen. Daher kann schwer ein einziges „Bild der Sozialversicherung“ gezeichnet werden. Manche Antworten der Befragten deuten auf ein sehr distanziertes, korrespondierendes Verhältnis. Das Wahrnehmen von Dokumentationspflichten kann zu den gelebten, pflichtbasierten Normen gezählt werden:

*„Es geht immer ums Geld. Wenn sich die Krankenkasse meldet, dann geht es sicher um Kritik.“ (IP 9, Sport-/ Unfallchirurg, kein Kassenvertrag in Salzburg)*

*„Dokumentation ist notwendig, aber lästig. Abrechnung ist lästig, aber lebensnotwendig.“ (Exp. 3, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag)*

Negativen Eindruck macht es auf niedergelassene ÄrztInnen, wenn sie ihre zuständigen AnsprechpartnerInnen nicht kennen, oder nicht erreichen:

*“(…) ist die steiermärkische GKK seit Neuem nur mehr über ein Call Center erreichbar – bzw. unerreichbar. Wenn man 20 Minuten in einer Tonbandschleife wartet, um dann irgendjemanden zu erwischen, anstatt des zuständigen Mitarbeiters, dann nervt das. Da sperrt uns die Krankenkasse offensichtlich aus, und hebt sich in ihrem Gebäude ab. Das macht für mich das Bild wie eine Festung mit Gitterstäben.“ (Exp. 4, Allgemeinmedizinerin mit Kassenvertrag in der Steiermark)*

Wenn die ÄrztInnen sich durch zu viele verschiedene Stellen und zersplitterte Kompetenzen nicht gut beraten fühlen, steht die Versicherung in einem ebenso schlechten Licht:

*„Es hilft dir kein Schwein - weder die Ärztekammer noch die Krankenkassa. Man sagt immer, man muss den niedergelassenen Bereich stärken. Aber es gibt für alles einen eigenen Ansprechpartner. Und ich hab alleine sechs Stockwerke bei der Gebietskrankenkassa. Dass man schon glaubt, man ist im 'Asterix mit'm Formblatt Nummer 44'. Die Unterstützung von den Kassen ist ned wirklich da.“ (IP 17, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag in Oberösterreich)*

Von vielen VertragsärztInnen kamen allerdings durchwegs positive Antworten auf die Frage nach der Zusammenarbeit mit der Versicherung:

*„Zu Beginn hat man bei uns einen Einführungstag bei der GKK, da bekommt man eine Liste mit Ansprechpartnern, bei wem man sich melden kann, und die erreicht man auch wirklich. Im ersten halben Jahr hat sich zweimal jemand von der Krankenkasse gemeldet, und gefragt, ob ich wo Probleme habe. Wir sind die Abrechnung durchgegangen und haben geschaut, wo könnte man was verbessern. (...) Ansonsten auch wenn man Probleme oder Fragen hat, hat man das Gefühl sie möchten einen unterstützen.“ (Exp. 5, Allgemeinmedizinerin mit Kassenvertrag in Niederös-*

### Kontakt mit der Sozialversicherung

### Dokumentation und Abrechnung

### Call Center

### Zuständigkeitsbereiche

### Partnerschaftlicher Kontakt

terreich)

*"Am Beginn meiner Karriere waren die Krankenkassen mit uns Ärzten auf Kriegsfuß. Wir wurden ständig kontrolliert, was wir besser oder anders machen müssen. Dieses Verhältnis hat sich heute schon sehr zum Positiven gewendet, also wir haben gute Kommunikation, z.B. in Bezug auf Medikamente oder Krankenhauseinweisungen." (IP 24, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag in Oberösterreich)*

**Gute Kooperation**

## 4.5.2 VERTRAUEN UND MISSTRAUEN

Die Schnittstelle zwischen ÄrztInnen und der Sozialversicherung wird im Gutachten von Prof. Janus (2014, S. 21) auch als „Prinzipal-Agenten-Beziehung“ bezeichnet, wenn ÄrztInnen (als Agent) im Sinne der Interessen der PatientInnen oder Versicherung (Prinzipals-Interessen) handeln. Deren Zielsetzungen sind häufig nicht gleichgesetzt, und auch die Interessen der ÄrztInnen dürfen nicht außer Acht gelassen werden. Ziel ist eine Art „Verhandlungslösung“ und kooperatives Verhalten um Interessen abzustimmen. Dazu müssen Wege eröffnet werden, die Beteiligten von einem Misstrauens- in ein stabiles Vertrauensverhältnis zu führen.

**Prinzipal-Agenten-  
Beziehung**

Auffallend bei der aktuellen Befragung war, dass die befragten PrivatärztInnen ein kritischeres Bild der Sozialversicherung zeichneten, als die VertragsärztInnen, diese Hypothese wäre in einer repräsentativen Befragung zu prüfen. Die folgenden ÄrztInnen sind stolz auf ihre Unabhängigkeit von vertraglichen Regelungen:

*„Ich hab in meinem beruflichen Leben wenig Kontakt mit Krankenkassen gehabt, und die Kontakte, die dadurch stattgefunden haben waren eigentlich durch die Bank unerfreulich. Und ich geh davon aus, dass wenn das meine Art Arbeitgeber ist, dass diese Kontakte ... ich schätze ... nicht wesentlich erfreulicher sein werden.“ (IP 5, Dermatologe, kein Kassenvertrag)*

*"Da ich als Privatarzt fungiere wünsche ich mir keine anderen Regelungen, da mich diese nicht betreffen. Ich bin jedoch froh, dass hier kein Abhängigkeitsverhältnis besteht und ich mit dem System nichts zu tun habe." (IP 9, Sport-/ Unfallchirurg, kein Kassenvertrag)*

**Abhängigkeitsverhältnis**

*"Als Kassenarzt ist man Franchise Unternehmer des Hauptverbandes, man ist abhängig, was die KK einem zugesteht. Zusätzlich werden Kassenärzte wirtschaftlich gedeckelt." (IP 4, Allgemeinmediziner, kein Kassenvertrag)*

**„Franchise Unternehmer“  
des Hauptverbands**

Im Folgenden werden Faktoren genannt, die den Weg zu einem Vertrauensverhältnis zwischen ÄrztIn und Sozialversicherung behindern können:

### **Einschränkung der Autonomie**

Die Sozialversicherung wird von vielen niedergelassenen ÄrztInnen als Kontrollinstanz erlebt. Der Kontakt ist von Kritik und Rechtfertigung geprägt, vor allem, wenn das Verhalten der Sozialversicherung als "detektivisches Vorgehen" wahr-

**Misstrauen durch**

genommen wird:

*„Grundsätzlich habe ich also keine Probleme. Nur bei den Überprüfungen. Zu Beginn wird man ja mal überprüft (...) fühlt man sich schon so, als ob einem misstraut wird. Als ob man die Absicht hätte die übers Ohr zu hauen. Die Kontrolleure gehen hinter dem Rücken zu den Patienten und fragen, ob die Leistungen eh erbracht wurden. Das schaut für die Patienten nicht gut aus, und gibt auch mir kein gutes Gefühl, weil so ein gewisses Misstrauen mitschwingt.“ (Exp. 5, Allgemeinmedizinerin mit Kassenvertrag)*

**Detektivisches Vorgehen bei Kontrollen**

*„Obwohl die eigene Ordination, wo der Arzt als Freiberufler tätig ist, eigentlich ganz super ist, aber wenn man immer wieder eingeschränkt wird, dann wird die Motivation immer wieder weniger. Man wird als Kostenverursacher von den Krankenkassen deklariert und das ist unbefriedigend.“ (IP 12, Dermatologin mit Kassenvertrag)*

**Einschränkungen Selbstständigkeit** **trotz**

Der Wunsch nach offenerer Vergabe von Kassenstellen wurde zum Beispiel von einer Gynäkologin gefordert:

*„Die Kassenstellen sollten nicht so exklusiv sein. Im Vergleich die Schweiz: dort kann man sich überall niederlassen und bekommt eine Kassenstelle. Bei uns ist das mit den Kassenstellen so hochpolitisch, besonders die großen Krankenkassen z.B. GKK mit Verteilerschlüssel pro Einwohner.“ (IP 10, Gynäkologin, kein Kassenvertrag in Oberösterreich)*

**Exklusion**

In Teilkapitel „Die Eingeschränkte Autonomie durch den Kassenvertrag“ wird auf weitere Faktoren näher eingegangen, die ÄrztInnen als Einschränkung ihrer Autonomie empfinden.

## Fehlende Anerkennung von Kompetenz und Leistung

Ein Einflussfaktor, der als „amoralisch“ (IP 15) und „unsinnig“ (IP 37) bezeichnet wird, trägt stark zum Misstrauen gegenüber der Sozialversicherung bei: Bestimmte Therapie- und Verschreibungsleistungen, sowie die Honorarleistungen bei Gruppenpraxen werden (quartalsweise) gedeckelt. Dies führt zu Unverständnis bei den ÄrztInnen, die sich in ihrer Leistung und Kompetenz nicht anerkannt fühlen:

*„Von der Kasse werden wir eigentlich gequält, schon seit Jahrzehnten. Die Limitierungen stören sehr. Mehrarbeit wird eigentlich bestraft. Behandlungsfall wird ab einer gewissen Anzahl mit 4,70 Euro abgegolten. Das ist natürlich sehr amoralisch. Wenn ich in meiner Gruppenpraxis zu viel arbeite, bekomme ich einen Honorarabzug.“ (IP 15, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag in einer Gruppenpraxis)*

**Limitierungen bei Mehrarbeit**

*„A Fleischhacker wird's a ned versteh'n, wenn er fürs tausendste Schnitzel weniger kriegt als fürs fünfhundertste, weil's nämlich original dieselbe Arbeit is.“ (IP 17, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag in Bezug auf Quartalsdeckelungen der EKGs)*

**Unverständnis bezüglich Quartalsdeckelungen**

*„Dadurch, dass manche Sachen, die man machen könnte, gar nicht ho-*

*noriert werden von den Krankenkassen, ist man auch limitiert sich auf das zu beschränken, was bezahlt wird, es sei denn man macht es aus Liebhaberei.“ (Exp. 5, Allgemeinmedizinerin mit Kassenvertrag)*

*„Jedes Bundesland hat eine eigene Modalität für die Versicherung, ich finde es ganz komisch und es gibt verschiedene Regelungen, ist das notwendig? Wir brauchen ein vereinheitlichtes System und außerdem müssen wir in der Verwaltung sparen. Warum wird anders verrechnet? Ist die Medizin anders in anderen Bundesländern?“ (IP 3, Augenarzt, kein Kassenvertrag)*

**Vielzahl von Krankenkassen mit unterschiedlichen Tarifen**

Die befragten MedizinerInnen kritisieren, dass die PatientInnenstruktur einzelner Ordinationsbetriebe bei diesen Einschränkungen nicht berücksichtigt wird.

### Interessenskonflikte

Niedergelassene ÄrztInnen sind zum Teil der Meinung, die Sozialversicherung handle nicht im Interesse der MedizinerInnen, der PatientInnen oder des Gemeinwohls, sondern in eigenem Interesse oder im Interesse Anderer.

**Interessen der Sozialversicherung**

Die Sozialversicherung würde zum Beispiel nicht im Sinne der Gesellschaft, sondern im Sinne politischer AkteurInnen handeln. Auf die Frage, was die Sozialversicherung über ihre Strukturen zu einer besseren Versorgung beitragen könnte, kamen folgende Rückmeldungen:

*„Sie [Anm. die Sozialversicherung] könnte etwas beitragen, aber sie will nicht. Es ist ein Problem der Politik.“ (IP 4, Allgemeinmediziner, kein Kassenvertrag)*

*Die Strukturen macht die Sozialversicherung nicht alleine. Momentan entscheidet sehr viel die Politik. Ärzte werden zur Beratung fast gar nicht mehr hinzugezogen, obwohl sie es am besten wissen würden“. (IP 6, Kieferchirurg, kein Kassenvertrag)*

**Fehlende Partizipationsmöglichkeit von ÄrztInnen bei Entscheidungen**

*„Mediziner, Pflegepersonal, Vertreter - Konzept verfolgen wie viel jemand braucht etc. - Nicht über Politik ausmachen, sondern es sollte mit Beteiligten besprochen werden“ (Exp. 10, Internist mit Kassenvertrag)*

*„Die SV wird absolut nichts zur besseren Versorgung beitragen, da die interessiert sind, die Menschen in die Krankenhäuser zu bekommen, denn dort müssen sie wenig bis gar nichts zahlen. Es gibt zwei verschiedene, die Zahlen: erstens das Land zahlt die Krankenhäuser und die Sozialversicherung die Ambulanten – Niedergelassenen, jeder will natürlich dass der andere mehr zahlt. Aber das ist hohe Politik.“ (Exp. 9, Urologe, kein Kassenvertrag)*

**Bundes- und Länderinteressen**

Weitere Personen gaben an, die Sozialversicherung wolle nur eines, nämlich Kosten sparen.

*„Die Kosten sieht ja wieder keiner. Wenn i jemanden ins Krankenhaus schick reibt sich die Gebietskrankenkasse alle 10 Finger weil's die Behandlung nimma zahlen muss, des is da Gebietskrankenkassa wurscht*

**Kosten aus dem „eigenen Topf“ fernhalten**

*wie oft i wen ins Krankenhaus schick. Aber die Zahlen legt ja a kana einfach so am Tisch [...] und kana legt zam und sagt: Was kann i da und da einsparen.“ (IP 17, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag)*

*„Ich finde es ganz negativ, wenn dieses klassische Marketing und wirtschaftliche Anreize sich mit der Medizin vermischen. Und die Medizin ist ein anderes Feld, ein ethisches System. Dann bleibt der Patient auf der Strecke und das ist demotivierend. Das gefällt mir nicht.“ (IP 12, Dermatologin mit Kassenvertrag)*

Der Kurz-Fragebogen „Stimmungsbarometer“ ergab in Bezug auf das Thema

**„Die Entscheidungen der Sozialversicherung (Krankenkassen) sind für mich persönlich nachvollziehbar.“:**

- Dieses Ziel ist laut den Befragten zu 30% erfüllt (Mittelwert n=19).
- AllgemeinmedizinerInnen geben (durchschnittlich) an, dass der Erfüllungsgrad 36% beträgt. Bei FachärztInnen beträgt dieser Mittelwert 17%.
- Es besteht laut den befragten ÄrztInnen ein Handlungsbedarf von 71% (Mittelwert n=19).
- Die Befragten merkten Folgendes zum Thema an:

*„Es handelt sich dabei um wirtschaftliche Entscheidungen und nicht medizinische. Diese sind nicht up to date.“ (IP 16, Zahnarzt, kein Kassenvertrag)*

*„Nein! Teilweise völlig veraltet.“ (IP 20, Allgemeinmedizinerin, kein Kassenvertrag)*

*„Eigentlich nicht, nein. Da ist sehr großer Handlungsbedarf.“ (IP 22, Urologe mit Kassenvertrag)*

*„Im präventiven Bereich und alternativen Bereich wird viel zu wenig geboten und das muss sich ändern.“ (IP 23, Allgemeinmedizinerin, kein Kassenvertrag)*

*„Nachvollziehbar schon, aber nicht immer verständlich.“ (IP 25, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag)*

*„Gewisse Sachen werden bewilligt, gewisse nicht. Wenn einer recht schreit, dann kriegt er es bewilligt, der andere nicht. Wir haben eine Zweiklassen-Medizin.“ (IP 28, Allgemeinmedizinerin, kein Kassenvertrag)*

*„Nein – aber wie immer geht es da um’s Geld.“ (IP 31, Kinderarzt mit Kassenvertrag)*

**Defizite bei Transparenz, Kommunikation und Vertrauensbasis?**

**Mittlerer bis großer Handlungsbedarf: Nachvollziehbarkeit von Entscheidungen**

### 4.5.3 ZUSAMMENARBEIT MIT SPITÄLERN

Die allgemeine Beurteilung der Zusammenarbeit der niedergelassenen ÄrztInnen mit den Krankenanstalten müsste im Zuge einer repräsentativen, quantitativen Studie durchgeführt werden, um die folgenden zwei Hypothesen zu prüfen, die

**Kooperation mit In-  
tramuralem Bereich**

von MedizinerInnen formuliert wurden:

PrivatärztInnen stehen öfter mit den ÄrztInnen in Krankenhäusern in persönlichem Kontakt, was sich auch auf die Zusammenarbeit positiv auswirken kann.

*"Der persönliche Kontakt ist für die Versorgung sehr wichtig. Die Wahlärzte stehen zwar sehr oft mit den Ärzten in Krankenhäusern im persönlichen Kontakt, da diese meist selbst auch neben der Wahlarztpraxis im Krankenhaus tätig sind, Ärzte mit Kassenvertrag stehen jedoch mit den Ärzten im Krankenhaus seltener in Kontakt. Der persönliche Kontakt ist für eine bessere Zusammenarbeit sehr wichtig." (IP 20, Allgemeinmedizinerin, kein Kassenvertrag)*

*"In meinem Fall läuft die Zusammenarbeit sehr gut, da ich mit privaten Krankenhäusern, in denen ich persönliche Kontakte habe, zusammenarbeite." (IP 30, Orthopäde, kein Kassenvertrag in Salzburg)*

*"Zusammenarbeit ist sehr gut. Hängt vielleicht auch damit zusammen, dass ich die Leute direkt anspreche, die Kollegen. Und ich war auch relativ lang in der Klinik und weiß wer für was gut ist, und ich kann die Leute halt auch ansprechen" (IP 5, Dermatologe, kein Kassenvertrag)*

Am Land besteht durch die Kleinstrukturiertheit der Spitäler eine engere Zusammenarbeit mit dem intramuralen Bereich (z.B. Bezirkskrankenhaus). Die Zusammenarbeit ist somit am Land einfacher.

*"Am Land ist es einfacher, wie in der Stadt. Es gibt ein Krankenhaus, man kennt sich untereinander, wenn Fragen sind, ruft man den entsprechenden Oberarzt an." (IP 19, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag im Bezirk Rohrbach in Oberösterreich)*

## Schwierigkeiten in der Kommunikation

Mehrere befragte ÄrztInnen betonten, dass der persönliche, informelle Kontakt zu ÄrztInnen im Krankenhaus der Schlüssel zu einer guten Zusammenarbeit ist, dieser ist allerdings nicht immer gegeben.

*"Nur durch meine persönlichen Kontakte funktioniert die Zusammenarbeit ansonsten ist dies eher sehr mühselig." (IP 26, Allgemeinmediziner in der Stadt Salzburg)*

Die Kommunikation läuft laut den Befragten jedoch im Normalfall sehr einseitig von der Krankenanstalt zum/zur niedergelassenen MedizinerIn. Direkte Kommunikation findet kaum statt.

*"Es sollte nicht nur den Arztbrief vom Facharzt geben und der praktische Arzt führt das nur aus, auch Rückmeldung sollte möglich sein. Langzeitverläufe chronischer Krankheiten werden von Ärzten im Spital nicht überblickt. Feedback von AllgemeinmedizinerInnen wäre nötig, ist aber nicht möglich, da kein Kontakt besteht." (IP 32, Fachärztin für innere Medizin mit Kassenvertrag)*

*"Durch die oberösterreichische Spitalsreform werden aktuell Leute*

## Unterschiede

**Persönliche Kontakte zu (ehemaligen) Kollegen nutzen**

## Kooperation am Land

## Optimierungsbedarf

## Informelle Kontakte

## Einseitige Kommunikation

*heimgeschickt, die spitalspflichtig wären. Zum Beispiel, wenn ich jemanden reinschicke zur Abklärung "Lungeninfarkt", wird der mit wenigen Befunden wieder heimgeschickt." (Exp. 6, Allgemeinmedizinerin mit Kassenvertrag)*

Schwierigkeiten gibt es zudem, wenn im Spital Medikamente verschrieben werden, und diese in weiterer Folge den Niedergelassenen nicht bewilligt werden.

*" Es kommt oft zu keiner richtigen Kommunikation, das ist das Problem. Und gerade in meinem Fall gibt es viele Chefarztpflichtige-Medikamente, und ich muss den Patient schicken...und das Medikament wird von denen nicht bewilligt und der Patient fragt sich warum das Medikament nicht bewilligt ist. Solche Sachen, das ist einfach mühsam. Und der für den Niedergelassenen –also für mich - ist das schwierig. Der Patient sagt er braucht das, und ich sag', dass es abgelehnt wurde, und das geht hin und her." (IP 22, Urologe mit Kassenvertrag in Wien)*

### Abläufe bei Bewilligungspflichtigen Medikamenten

### Vorschläge für eine bessere Zusammenarbeit zwischen ÄrztInnen und Spital

Mit einem besseren Schnittstellenmanagement könnten unnötige Doppeluntersuchungen vermieden, Missverständnisse verhindert und gesamtgesellschaftlich Kosten gespart werden. Folgende Ideen zum Ziel einer besseren Zusammenarbeit wurden in den Interviews genannt:

### Ideen zum Schnittstellen-Management

- Mehr direkter Kontakt

*„Gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen, Fälle zu diskutieren, Bei der Visite mitkommen zu können.“ (IP 32, Fachärztin für innere Medizin mit Kassenvertrag in Wien)*

### Face-to-face-Kontakte

*"Durch bessere Kommunikation. Gemeinsame Besprechungen, evtl durch gemeinsame Qualitätskreise" (IP 18, Augenarzt mit Kassenvertrag)*

### Gemeinsame Fortbildung

*„Ärztstammtische, die fachspezifisch tätig sind, fördern" (IP 11, Orthopäde mit Kassenvertrag)*

### ÄrztInnenstammtische mit SpitalsärztInnen

- Erreichbarkeit

*„Dass es immer eine Stelle gibt die man anrufen kann, und weiter kommt. Das ist derzeit immer so da ruft man an – und von einer Stelle zur anderen...der eine ist nicht erreichbar, der andere ist im OP oder im Urlaub... das ist nicht so leicht. Wenn man da eine Information- oder eine bestimmte Hilfe bei einem Anliegen von einem Patienten braucht, dass man da direkt einen Ansprechpartner hat." (IP 22, Urologe mit Kassenvertrag in Wien)*

*„Bei fix vorgegeben Zeit sollte der oder die Spezialist/Spezialistin erreichbar sein." (IP 11, Orthopäde mit Kassenvertrag)*

### erreichbare Ansprechpersonen

- Bessere Vernetzung zwischen Niedergelassenen und Krankenanstalten eventuell mit einem eigenen EDV System, per Mail oder mittels neuer Me-

dien

„Wenn man die Kollegen per E-Mail erreichen könnte, würde das alles viel einfacher machen.“ (IP 37, Internist mit Kassenvertrag)

**Kommunikation modernisieren**

„(...) bei dem Befunde übergreifend angesehen werden können, nach Berechtigung natürlich. Dass viele Ärzte an einem Dokument arbeiten können, und es ein gemeinsames Dokument gibt, wo jeder hineinschauen kann und sinnlose Untersuchungen nicht noch einmal machen, keine doppelten Untersuchungen.“ (IP 13, Facharzt für Psychiatrie, kein Kassenvertrag)

„Neue Medien (z.B. Webcam) könnten genutzt werden um Informationen/Auskünfte von SpezialistInnen zu bekommen.“ (IP 11, Orthopäde mit Kassenvertrag)

**Webcams und neue Medien nutzen**

- Administrationsaufwand minimieren bzw. modernisieren

„Durch die Reduktion der Bürokratie könnte man die Zusammenarbeit verbessern. Ärzte müssen einen Arztbrief schriftlich anfordern. Dies kann sich sehr lange hinzögern.“ (IP 19, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag)

„Arztbriefe sollten schneller kommen. Sehr mühsam, weil man Zettel ausfüllen muss und Stempel benötigt. Der umgekehrte Weg wenn Krankenhaus etwas braucht muss immer schneller gehen.“ (IP 1, Facharzt für Innere Medizin, kein Kassenvertrag)

- Unnötige Krankenhausaufenthalte vermeiden

„Und sie [Anm. die Krankenhäuser] sollten auch befreit werden von diesen Lasten, die auch im niedergelassenen Bereich erledigt werden können.“ (IP 5, Dermatologe, kein Kassenvertrag)

**Ambulanzen entlasten**

Der Kurz-Fragebogen „Stimmungsbarometer“ ergab in Bezug auf das Thema

**„Die Kooperation zwischen Krankenhäusern und den niedergelassenen ÄrztInnen ist ‚problemlos‘.“:**

- „Dieses Ziel ist zu 65% erfüllt.“ (Mittelwert n=19)
- Die Mittelwerte des Erfüllungsgrads weisen zwischen AllgemeinärztInnen (73%) und FachärztInnen (50%) Unterschiede auf. Alle befragten PrivatärztInnen gaben bei dieser Frage einen Erfüllungsgrad von 50% und einen Handlungsbedarf von 50% oder weniger an.
- „Es besteht ein durchschnittlicher Handlungsbedarf von 35%.“ (Mittelwert n=19)
- Die Befragten merkten zu diesem Thema an:

„In meinem Fall funktioniert es durch aufgebaute persönliche Kontak-

**Zusammenarbeit mit Spitälern läuft teilweise gut**



te sehr gut. Das gilt aber nicht für alle wie man aus dem Umfeld hört.“ (IP 16, Zahnarzt, kein Kassenvertrag)

„Die Kommunikation funktioniert nicht ganz“ (IP 21, Allgemeinmedizinerin mit Kassenvertrag)

„Ja, das funktioniert ganz gut.“ (IP 25, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag)

„Man muss sich als Praktikerin sehr bemühen, dann funktioniert das. Durch die neue Gesundheitsreform immer problematischer geworden.“ (IP 28, Allgemeinmedizinerin, kein Kassenvertrag)

„Dem kann ich wirklich zu 100 Prozent zustimmen.“ (IP 34, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag)

„Das liegt nur an den persönlichen Kontakten.“ (IP 38, Allgemeinmedizinerin mit Kassenvertrag)

### 4.5.4 KOORDINATION DURCH DAS GESUNDHEITSSYSTEM

Die ÄrztInnen zeigten in den Interviews aktuelle Herausforderungen im Berufsalltag auf. So wurde unter anderem kritisiert, dass PatientInnen das Gesundheitssystem wie einen „Selbstbedienungsladen“ (IP 17) nutzen würden:

„Patienten l e n k e n ! Ich werde zum Teil an einem Sonntag in der Nacht gerufen, weil das Kind 37,5 Temperatur hat.“ (Exp. 3, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag)

„Heute in meinem Dienst zum Beispiel [Anm. Spitalsdienst. Der Arzt arbeitet auch im Krankenhaus] habe ich zu 90 Prozent Leute, mit diesen Krankheiten wäre ich mit meinen Kindern nicht einmal irgendwohin gegangen. Weder zum Hausarzt und erst recht nicht ins Krankenhaus. Und das aufgrund einer Mischung aus Unerfahrenheit, Angst und dem Gefühl, ‚wir zahlen für das System, jetzt will ich es auch nützen‘.“ (Exp. 7, Kinderarzt, kein Kassenvertrag)

Laut Experte 7, „gibt es keinen Ärztemangel. Das System wird nur von zu vielen Fällen genützt, die es nicht brauchen würden“. Die Befragten geben an, dass sich dieses Problem in den vergangenen Jahren verschärft hat:

„Patienten gehen heute viel mehr und schneller zum Arzt, auch wenn es nicht dringend ist. Frequenzen sind daher mehr in den letzten Jahren.“ (IP 15, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag in einer Gruppenpraxis)

„Es wird zunehmen, dass Konsum Orientierung nicht bewusst ist. Wie im Supermarkt, dass alles verfügbar ist.“ (IP 8, Facharzt für Innere Medizin, kein Kassenvertrag)

„Im niedergelassenen Bereich sind wir fast schon überversorgt - Es ist ein Verteilungsproblem. Es ist ein gesundheitspolitisches Problem, kein Problem des Ärztemangels“ (IP 4, Allgemeinmediziner, kein Kassenvertrag)

„Patienten informieren sich oft schon selber im Internet und wollen dann Untersuchungen, die eigentlich nicht notwendig wären.“ (IP 24, Allge-

**„Selbstbedienung“ in der medizinischen Versorgung**

**Frequenzen der Arztbesuche gestiegen**

**Alles ist verfügbar**

**„Doktor Google sagt...“**

*meinmediziner mit Kassenvertrag)*

*„Es fällt schon auf, dass in den Haushalten heutzutage nicht mehr die Oma ist, die sagt: ‚Deswegen brauchen wir nicht zum Arzt‘.“ (Exp. 3, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag)*

Einzelne PrivatärztInnen sowie manche Facharztgruppen sind von dieser Problematik nicht betroffen. Sie sehen keine Notwendigkeit zu steuern und sind der Meinung, *„der Patient muss sich selber darum kümmern.“ (IP 3, Augenarzt, kein Kassenvertrag)*

*„Jeder von den Patienten sollte selbst entscheiden können wohin und zu wem er gehen möchte. Es muss nicht alles reglementiert werden.“ (IP 1, Allgemeinmedizinerin, kein Kassenvertrag)*

### PatientInnen durch das Gesundheitssystem lenken

Die ÄrztInnen erwähnten aus ihrer Perspektive einige Vorschläge zur Verbesserung der genannten Situation, die sowohl den niedergelassenen Bereich als auch die Krankenhäuser an ihre Grenzen stoßen lässt. Manche Prozesse seien bereits im Gange, andere müssten in Angriff genommen werden.

*„Wo kann die Leistung am besten erbracht werden, wie schaffe ich Anreizsysteme und wie lenke ich diese Ströme. Das tut sich was, aber halt schon langsam.“ (IP 7, Facharzt für Innere Medizin, kein Kassenvertrag)*

- Monetäre Anreize bzw. Hürden

So wurden zum Beispiel mehrfach monetäre Hürden genannt, die PatientInnen davon abhalten könnten, das System unnötig zu nutzen:

*„Es läuft sicher alles über's Geld.“ (IP 1, Allgemeinmedizinerin, kein Kassenvertrag, auf die Frage, wer eine Koordinationsfunktion im Gesundheitssystem übernehmen könnte)*

*„Aber aus meiner Sicht sind die Patienten auch sehr verwöhnt. -Das heißt sie kommen zu mir, ich sage: ‚Sie haben Fieber, gehen Sie nachhause. Nehmen Sie das und das, bleiben Sie zuhause. Und danach gehen sie noch einmal in eine Ambulanz.... Und für diese Sache ist das jetzt keine soziale Deckung, meiner Meinung nach. Und wenn das festgestellt wird, dass er einmal bei mir war und dann noch einmal dort, dann sollte er eine von den beiden Konsultationen zahlen. Und dann minimieren wir wahrscheinlich einiges was momentan nicht normal genützt wird, sondern ausgenützt wird.“ (IP 21, Allgemeinmedizinerin mit Kassenvertrag in Wien)*

*„Eines möchte ich auch noch erleben, in meinen Praxisjahren, dass die Patienten einen Selbstbehalt zahlen müssen. Dann ist auch die Arbeit wieder mehr wert und da gehen dann nicht die Patienten pro Tag zu drei Ärzten, weil es am Nachmittag noch nicht besser geworden ist.“ (IP 15, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag)*

### PatientInnen lenken

### Mehrfachkonsultationen

*"Es wäre vielleicht auch gut, wenn manche Patienten, die „aus Zeitvertreib“ zu Ärzten gehen auch einen Beitrag zahlen. Weil 20-, 30-, 40 Prozent der Arztbesuche sind nicht notwendig." (IP 22, Urologe mit Kassenvertrag in Wien)*

**Selbstbehalt für „Arztbesuche aus Zeitvertreib“**

*„Des weiteren muss der komplett freie Zugang für Patienten zur allgemeinen Versorgung erschwert werden. Der freie Zugang fördert, dass jeder immer sofort zum Arzt rennt. Es sollte nicht völlig gratis sein, medizinische Behandlung zu erhalten" (IP 28, Allgemeinmedizinerin, kein Kassenvertrag)*

**Zugang beschränken**

*"Eine Idee wäre auch, einen Selbstbehalt bei den Patienten einzuheben, wenn sie gleich in die Ambulanz bzw. zum Facharzt laufen. Aber das gab's schon mal und da war es irrsinnig schwer, zwischen Notfall und kein-Notfall zu unterscheiden." (IP 35, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag)*

- Kommunikation

Aufklärung soll dazu beitragen die Gesundheitskompetenz der PatientInnen zu stärken und ihnen bewusst zu machen, wo sie in welchen Fällen das Gesundheitssystem nutzen können.

*„Die Politik sollte den Menschen klar sagen: Du kannst alles haben, wenn es notwendig ist. Doch bitte geh nur dann zum Arzt, wenn es notwendig ist. Und geh nur dann ins Krankenhaus, wenn es notwendig ist.“ (Exp. 3, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag)*

**Bewusstsein für Kompetenzen schaffen**

*„Vor allem der Teil der Bevölkerung mit Immigrationshintergrund geht immer ins Krankenhaus, auch bei Schnupfen. Die kommen gar nicht auf die Idee zum Hausarzt zu gehen. Hier wäre Aufklärung dringend notwendig. Doch wer sollte die machen. Die Kassen sind froh wenn die Patienten in die Ambulanzen gehen weil Sie da für die Kosten nicht aufkommen müssen.“ (IP 31, Kinderarzt mit Kassenvertrag)*

**Menschen mit Migrationshintergrund über das Gesundheitssystem aufklären**

*„Wir brauchen da so etwas wie eine Hausverstand-Erziehung.“ (Exp. 7, Kinderarzt, kein Kassenvertrag)*

**Gesundheitskompetenz und „Hausverstand“ schulen**

*"Patienten sollen die Info bekommen, dass Nachbarn und Verwandte auch Hilfe bieten können - gelebte Gesundheitshilfe im Umfeld." (Exp. 1, Internist, kein Kassenvertrag)*

Das Vertrauensverhältnis zwischen ÄrztIn und PatientInnen ist dabei ein Ansatzpunkt:

*„Man darf den Patienten nicht als Kunden sehen. (...) Es muss wieder klargemacht werden, dass Medizin keine Dienstleistung, sondern ein Dienst am Menschen ist (...) Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient muss wieder gestärkt werden.“ (IP 9, Sport-/ Unfallchirurg, kein Kassenvertrag)*

*"Es fehlt zunehmend das Vertrauen in die Ärzte, weil auch in der Politik*

*und in den Medien negative Einstellungen Ärzten gegenüber „gefördert“ werden.“ (IP 21, Allgemeinmedizinerin mit Kassenvertrag in Wien)*

- Technische Unterstützung

Um Paralleluntersuchungen und –Therapien zu vermeiden, kann eine bessere Vernetzung, auch mit elektronischer Gesundheitsakte beitragen. Zudem könnten Online Portale oder Telefonzentralen PatientInnen unterstützen und eine Aufklärungs- und Koordinations-Funktion im Gesundheitssystem übernehmen.

*„Doppelgleisigkeiten vermeiden. E-Card, wo die Fakten gespeichert werden. Nachteil, dass man irgendwie ein gläserner Mensch wird, das sind wir aber ohnehin schon.“ (IP 7, Facharzt für Innere Medizin, kein Kassenvertrag)*

**ELGA**

*„Eine weitere Funktion können Onlineplattformen übernehmen, damit sich der Patient besser erkundigen kann.“ (IP 20, Allgemeinmedizinerin, kein Kassenvertrag)*

**Online-Plattformen**

- Strukturen anpassen

Die folgenden Anregungen der ÄrztInnen beziehen sich darauf die Angebotsstruktur den neuen Herausforderungen anzupassen.

*"Mehr niedergelassene Ärzte - weniger Krankenhaus. Es (KH) ist viel teurer und PatientInnen möchten lieber ins Krankenhaus, weil sie denken es gibt bessere Versorgung, was aber nicht der Fall ist. Wegen kleineren Krankheiten sollte immer ein Facharzt aufgesucht werden." (Exp. 9, Urologe, kein Kassenvertrag)*

*"Gewisse Leistungen mehr zentralisieren, es ist sicher so, dass wir nicht alles im Spital behandeln müssten, was im Spital ist, aber es fehlen die niedergelassenen Strukturen dazu.“ (IP 7)*

**Niedergelassene Strukturen anpassen**

*"Die Versorgungszentren - genauer kenne ich mich nicht so aus - aber dezentral im ganzen Land verteilt und gut erreichbar. Koordinationsfunktion übernimmt Gesundheitsmanager, Ärzte, oder Pflege oder ein Team. Damit spezielle Untersuchungen besser verteilt werden. Basis Versorgung (...) nicht in der Stadt" (IP 8, Facharzt für Innere Medizin, kein Kassenvertrag)*

**Versorgungszentren**

*"Es ist bereits jetzt ein großer Schritt getan mit dem neuen HÄND System [Anm. Hausärztlicher Notdienst]" (IP 14, Kinderärztin, kein Kassenvertrag)*

**Bereitschaftsdienste**

Dabei wurde auch darüber nachgedacht bei Umstrukturierungen auch die bestehenden Arbeitskompetenzen zu hinterfragen und auch andere Berufsgruppen einzubeziehen:

*„Die Versorgung muss neu strukturiert werden, was auch nicht ärztliche Bereiche betrifft“ (IP 8, Facharzt für Innere Medizin, kein Kassenvertrag)*

**Gesundheitsberufe in Versorgung mit einbeziehen**

*"Ja, wahrscheinlich ist es schon so, dass die Pflege ein ganz, ganz wichti-*

*ger Faktor ist (...) Ich hab das aber selbst auch eine Zeit lang im Krankenhaus so erlebt, dass das eigenständige Arbeiten – und da ist die Pflege und das geht dann auch schon in das Medizinische – dass da viel, viel an Qualität gewonnen werden kann. Weil das Gespräch zwischen der Pflege und dem Patienten ganz anders verläuft als das Gespräch zwischen einem Arzt und einem Patienten. " (IP 5, Dermatologe, kein Kassenvertrag)*

### Pflege

Der Kurz-Fragebogen „Stimmungsbarometer“ ergab in Bezug auf das Thema

**„PatientInnen werden im Gesundheitssystem zu den richtigen Anlaufstellen verwiesen. (Fälle für HausärztInnen, FachärztInnen, Ambulanzen, Krankenhäuser ...)“:**

- Diese Frage weist eine sehr hohe Schwankungsbreite zwischen den Prozentangaben der einzelnen Befragten auf. Es wurde durch die Analyse der qualitativen Zusatz-Anmerkungen der Befragten festgestellt, dass diese Frage in verschiedener Hinsicht verstanden und beantwortet wurde. Die Aussagekraft der folgenden Zahlen ist somit minimal.
- „Dieses Ziel ist zu 62% erfüllt.“ (Mittelwert n=19). Der Handlungsbedarf wird im Schnitt mit etwa 45% bewertet. (Mittelwert n=19)
- Anmerkungen der Befragten zu diesem Thema:

*„Zum Teil: Patienten gehen ohne Einweisung sofort in die Spitalsambulanz.“ (IP 20, Allgemeinmedizinerin, kein Kassenvertrag)*

*„Von mir aus schreibe ich Überweisungen, und glaube das klappt gut.“ (IP 21, Allgemeinmedizinerin mit Kassenvertrag)*

*„Aufklärung – ausländische Patienten verstehen das System oft nicht, gehen bei allem ins Krankenhaus. Weil sie es so gewohnt sind.“ (IP 26, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag)*

*„Meist werden die Symptome richtig erkannt, da man in der Medizin schon so weit ist, dass Patienten den richtigen Anlaufstellen verwiesen werden können.“ (IP 27, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag)*

*„Es werden oft Leute sofort ins Krankenhaus geschickt, wo es total unnötig ist. Die sollen erst mal zum praktischen Arzt gehen.“ (IP 28, Allgemeinmedizinerin, kein Kassenvertrag)*

*„Meist kann man als Allgemeinmediziner die Symptome der Patienten richtig zuordnen und die Patienten zu den zuständigen Anlaufstellen schicken.“ (IP 34, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag)*

*„Verwiesen? Von wem?“ (IP 35, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag)*

Die Forderung der befragten ExpertInnen, PatientInnen besser durch das Gesundheitssystem zu leiten und Strukturen anzupassen führt auch zu der Frage,

ob das herrschende System in Österreich mit den aktuellen Erstanlaufstellen für PatientInnen den aktuellen Anforderungen gerecht wird, oder ob es im Sinne einer „Gatekeeper-Funktion“ optimiert werden sollte.

### 4.5.5 ERSTANLAUFSTELLEN MIT „GATEKEEPER-FUNKTION“

Aus Perspektive der befragten ÄrztInnen braucht es

*"(...) funktionierende Einrichtungen für akute Fälle und einen Filter für die Massen, die nichts Akutes haben. Regulierungen, damit nicht jeder, der nicht kommen muss, zu jeder Zeit Zugang zu medizinischer Versorgung hat." (IP 6, Kieferchirurg, kein Kassenvertrag)*

#### Filter für Akutfälle

Nachdem von ExpertInnen in der ersten Erhebungsphase die Forderung ausgesprochen wurde, nicht „Medizin als Selbstbedienungsladen“ (IP 17) anzubieten, sondern die PatientInnen gezielt durch das Gesundheitssystem zu leiten, wurde im Leitfaden für Teil 2 der Studie folgende Frage integriert: „Wer könnte Ihrer Meinung nach eine Koordinationsfunktion übernehmen, damit die PatientInnen in Zukunft noch besser durch das Gesundheitssystem gelenkt werden?“. Diesbezüglich wurden vorrangig HausärztInnen oder Ärztezentren genannt:

*"Wir Hausärzte sind „Gatekeeper“. Das heißt, wir entscheiden, in welchen Bereich geht es? Ist es etwas Ernstes, muss ich einen Facharzt hinzuziehen, muss ich den Patienten einweisen?" (Exp. 3, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag)*

#### Screening durch Hausarzt

*"Nach wie vor der praktische Arzt. Auf Grund der Anamnese kann man sich teure Untersuchungen sparen. Diese Arzt-Patient Kontakte sind schon relevant und absolut erforderlich." (IP 2, Augenärztin mit Kassenvertrag)*

Es sollte nach Meinung mehrerer Befragter vermieden werden, dass PatientInnen einfach in das Krankenhaus gehen.

*"Hausarzt oder Ärztezentrum, von dort aus wird ins Krankenhaus überwiesen, somit werden die Ambulanzen in den Krankenhäusern entlastet." (IP 16, Zahnarzt, kein Kassenvertrag)*

*"Der erste Ansprechpartner sollte der Hausarzt am Land - dieser kennt seine Patienten und sie vertrauen ihm - oder der niedergelassene Facharzt in der Stadt sein. Man sollte als Patient nicht sofort ins Krankenhaus fahren." (IP 9, Sport-/ Unfallchirurg, kein Kassenvertrag)*

#### Behandlungskontrolle durch HausärztInnen

Manche Befragte gaben an, die HausärztInnen sollten (wieder) mehr Kompetenzen erhalten.

*"Im Allgemeinen sollte in Zukunft wieder der Hausarzt die erste Anlaufstelle für die Patienten sein (um die Notaufnahme im Krankenhaus wieder zu entlasten). (...) Die Behandlungskontrolle sollte durch den Hausarzt durchgeführt werden. In Zukunft sollte der Hausarzt wieder mehr im Zentrum stehen." (IP 20, Allgemeinmedizinerin, kein Kassenvertrag)*

#### Pflege als erste Anlaufstelle

Neben dem „Hausarztmodell“ dienen „Good Practice Modelle“ aus anderen Gesundheitssystemen in den Augen mehrerer ÄrztInnen als Vorbild. Dort dienen Pflegeberufe als erste Ansprechpersonen, die zu allererst den medizinischen Bedarf abklären.

*"Koordinationsfunktion - Das könnte wahrscheinlich die Pflege am Besten. Weil das Kommunikative... der Ansprechpartner. Wenn es so eine Art Buddy-System gibt." (IP 5, Dermatologe, kein Kassenvertrag)*

*"Multiprofessionelle Versorgungszentren. In anderen Ländern, z.B. Dänemark, funktioniert das sehr gut. Hier müsste bei uns aber ein Umdenkprozess stattfinden, aber es könnte funktionieren." (IP 6, Kieferchirurg, kein Kassenvertrag)*

Good Practice Modelle in den Augen der befragten ÄrztInnen werden werden im Kapitel „Maßnahmenvorschläge“ – „PatientInnen lenken“ angeführt.

## 4.5.6 ARBEITSBEDINGUNGEN EINER „IDEALEN PRAXIS“

Es wurde den niedergelassenen ÄrztInnen im Rahmen der Studie die Frage gestellt, wie aus ihrer persönlichen Perspektive eine „ideale Praxis“ aussieht. An dieser Stelle wird auf das Teilkapitel „Einschränkungen der Autonomie“ verwiesen. Dort werden mehrere Punkte näher behandelt, die bei dieser Frage genannt wurden. Zum Beispiel der Wunsch nach angemessener Entlohnung und Zeit für eine gute medizinische Versorgung sowie mehr Entscheidungsautonomie:

*„Dass ich so viel Zeit für jeden Patienten habe wie er braucht, ohne dass andere im Wartezimmer Stunden warten müssen“ (IP 4, Allgemeinmediziner, kein Kassenvertrag)*

*"Ich will nicht zum Administrator werden, da wird man mehr zum Unternehmen als zum Arzt, was mir Spaß macht ist der Patientenkontakt. Dazwischen gibt es wenig Spielraum." (IP 2, Augenärztin mit Kassenvertrag)*

*"Die perfekte Praxis gibt es nicht. Lustiger ist es aber trotzdem sicher in einer Gemeinschaftspraxis, da man sich auch austauschen kann." (IP 6, Kieferchirurg, kein Kassenvertrag)*

MedizinerInnen wünschen sich zum Teil mehr Autonomie in Bezug auf die Struktur und Gestaltung von Rechtsformen und Beschäftigungsverhältnissen:

*„Praxen sollten gestaltet werden wie Unternehmen am freien Markt, es sollte ihnen möglich sein die Ordination so zu gestalten, wie sie es möchten." (IP 9, Sport-/ Unfallchirurg, kein Kassenvertrag)*

*"Gestaltung der Gesellschaftsformen und Honorierungsmöglichkeiten um multiprofessionelle Versorgungszentren machen zu können. Zum Beispiel Versorgungszentren errichten, wo man als Arzt angestellt werden kann." (Exp. 3, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag)*

### Ideale Praxis

#### Zeit haben

#### PatientInnenkontakt

#### Austausch mit KollegInnen

#### Autonomie

#### Selbstständig oder angestellt arbeiten können

## 4.5.7 PRAXISSTRUKTUREN IM NIEDERGELASSENEN BEREICH

In Bezug auf eine optimale Versorgungsstruktur herrschen unter den ÄrztInnen verschiedene Meinungen, wie Ordinationen oder Versorgungszentren als „ideale Praxis“ strukturiert sein sollten. Die befragten ExpertInnen betonen, dass neben Einzelordinationen Zusammenschlüsse von mehreren ÄrztInnen und mit anderen Professionen Synergieeffekte bringen. Eine „ideale Praxis“ ist von Fachgebiet zu Fachgebiet unterschiedlich und vom/von der jeweiligen MedizinerIn abhängig.

## Praxisstrukturen

### Einzelpraxis

Für das Konzept „Einzelpraxis“ sprechen alle Faktoren, die bereits im Kapitel „Autonomie – Motive für die Selbstständigkeit“ erläutert wurden. Unabhängig von Institutionen und KollegInnen, selbstständig und eigenverantwortlich einen Betrieb zu führen, sind für manche das Hauptmotiv, warum sie sich für den niedergelassenen Bereich entschieden haben.

### Einzelpraxis bedeutet Unabhängigkeit

*„Es ist schwierig den perfekten Kollegen für eine Praxis zu finden.“ (IP 9, Sport-/ Unfallchirurg, kein Kassenvertrag in Salzburg)*

*„Ich bin nicht der Gruppenpraxistyp und glaube nicht, dass sich sowas bewährt. Da muss man sich schon finden und die wirtschaftlichen Interessen sind noch ein Grund.“ (IP 2, Augenärztin mit Kassenvertrag in Wien)*

Ein Experte merkt an, dass die Kassenstellen, auch jene, die offiziell als Einzelpraxis geführt werden, in manchen Gebieten häufig durch „Dauervertretungen“ nicht von Einzelnen geführt werden.

*„Wien hat keinen ordinationsfreien Tag. Nebentätigkeiten sind hier schwieriger. Die Ordinationen, die Freitag Nachmittag offen haben, sind rar. Die großen Ordinationen haben hier in den meisten Fällen „Dauervertretungen“, auch als Einzelpraxis – wenn man sich das leisten kann. Zum Bsp. Am Montag ist immer ein Vertretungsarzt in der Ordi. Oder den Dienst im Pflegeheim macht immer eine Vertretung. Das heißt die ‚Einzelordinationen‘ sind in vielen Fällen keine.“ (Exp. 2, Allgemeinmediziner, kein Kassenvertrag)*

### Dauervertretungen

Eine Hypothese, die statistisch zu prüfen wäre, ist, dass junge Frauen seltener eine Einzelpraxis übernehmen, als männliche Ärzte. In den Interviews wurde dies mehrmals erwähnt und damit begründet, dass die Übernahme eines „Unternehmens Praxis“ - wie auch in anderen Berufsgruppen bei Selbstständigkeit - schwer mit familiären Betreuungspflichten vereinbar ist.

*„Wenn ich eine Kassenstelle aufteilen könnte, auf zwei oder drei Kollegen/Kolleginnen, dann glaube ich, dass mehr Frauen sich trauen würden.“ (IP 12, Dermatologin mit Kassenvertrag)*

### Wunsch nach Teilzeitstellen

### Gruppenpraxis

Mehrere Allgemein- und FachärztInnen sehen die ideale Praxis in einer Gruppenpraxis. Hauptmotive wären der Austausch mit KollegInnen, Synergieeffekte,

### Gruppenpraxis mit KollegIn-



Teilen von Verantwortung... anders gesagt, „nicht mehr Einzelkämpfer zu sein.“ **nen**  
(Exp. 7, Kinderarzt, kein Kassenvertrag).

*"Eigene Struktur, Kooperationen, Qualität mit Fachkollegen, 1-3 Ärzte sollten sich zusammenschließen." (Exp. 10, Internist mit Kassenvertrag)*

*„Für die Versorgung von PatientInnen: - mehr Gemeinschaftspraxen. Zum Beispiel zwei Kardiologen könnten sich eine Praxis teilen, die Öffnungszeiten so gestalten, dass immer jemand da ist. Effizienz von Ressourcen! Wie früher in der DDR und in Norwegen. Krankenhäuser könnten bei einer guten Zusammenarbeit dann vermieden werden.“ (Exp. 1, Internist, kein Kassenvertrag)*

**Effizienz von Ressourcen**

*Gemeinschaftspraxen machen absolut Sinn und würden die Ambulanzen entlasten." (IP 30, Orthopäde, kein Kassenvertrag)"*

Gruppenpraxen, zum Beispiel mehrerer ÄrztInnen, oder als Teams von FachärztInnen sind zwar bereits in vielen Fällen schon entstanden, die Rahmenbedingungen dafür sind nach Angabe der ÄrztInnen noch sehr eng. Hier besteht ein Wunsch nach mehr Autonomie und nach flexibleren Modellen:

*"Gestaltung der Gesellschaftsformen und Honorierungsmöglichkeiten um multiprofessionelle Versorgungszentren machen zu können. Zum Beispiel Versorgungszentren errichten, wo man als Arzt angestellt werden kann." (Exp. 3, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag)*

**Mehr Möglichkeiten der Gestaltung von Gesellschaftsformen**

*"Die Veränderung findet jetzt schon statt. Eine große Veränderung ist, dass schon mehr als die Hälfte der Kollegen weiblich sind. Da wird ein Thema eigene Babys zu bekommen, auszufallen, deshalb arbeiten Frauen nicht alleine oder nehmen keine Einzelarbeitsstellen an. Das wird ein ganz großes Thema für die Medizin, wie schafft man frauenfreundliche Stellen (...)." (IP 19, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag, der eine Gruppenpraxis zusammen mit seiner Tochter führt)*

**Frauenfreundliche Stellen**

## Versorgungszentren

Multidisziplinäre Versorgungszentren, zum Beispiel von MedizinerInnen mit Gesundheits- und Pflegepersonal, mit Sozialfachkräften, mit Physio- oder PsychotherapeutInnen werden von den Befragten zum Teil gefordert, zum Teil positiv erachtet, zum Teil ambivalent oder kritisch hinterfragt, zum Teil abgelehnt mit folgenden Argumenten:

**Versorgungszentren**

- Positives

Einige Befragte sind der Meinung, dass Versorgungszentren eine wichtige Weiterentwicklung der Primärversorgung sind.

Manche Befragte würden selbst gerne mehr interdisziplinäre Zusammenarbeit praktizieren, oder haben bereits Erfahrung damit:

*"In der hausärztlichen Versorgung machen wir viel mehr als Medizin. Wir bräuchten einen niederschweligen, schnellen Zugang zu Sozialarbei-*

*tern, zu Personen, die dem Patienten in nicht-medizinischen Belangen weiterhelfen können." (IP 38, Allgemeinmedizinerin mit Kassenvertrag)*

**Versorgung ist mehr als Medizin**

*"Ich bin dem sehr positiv eingestellt. Man kann sehr wohl gut mit Krankenschwestern, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten kooperieren. Habe selber in der Praxis einen Dermatologen, der zweimal in der Woche in meiner Praxis da ist und zwei Diätassistentinnen, die mit mir kooperieren." (IP 24, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag in OÖ, Bezirk Grieskirchen)*

**Kooperation mit anderen Berufsgruppen**

*"Ganz wichtig, ganz besonders im Bereich der Psychiatrie notwendig" (IP 13, Facharzt für Psychiatrie, kein Kassenvertrag)*

Andere Befragte sind dem Thema „Primary Health Care“ einfach offen gegenüber, wenn sie auch selbst noch keine Erfahrungen damit haben:

*"Zu diesen Zentren. Der Trend geht definitiv dorthin." (IP 16, Zahnarzt, kein Kassenvertrag)*

**Trend in Richtung PHC**

*"Das ist nur gut. Da kann man nichts Schlechtes dran finden. Wenn das thematisch aufeinander abgestimmte Fachrichtungen sind, dann ist das auf jeden Fall wünschenswert." (IP 5, Dermatologe, kein Kassenvertrag)*

**Interdisziplinär kooperieren**

*"Sehr zielführend. Wo man Synergie nutzt, ist das gut für alle." (IP 7, Facharzt für Innere Medizin, kein Kassenvertrag)*

**Synergien nutzen**

*„Super, wenns die nur gäbe. (...) Physiotherapie, Diabetesberatung, Krankenschwester, in so einem Zentrum arbeit' d ich morgen!“ (IP 38, Allgemeinmedizinerin mit Kassenvertrag)*

- Kritische Stimmen

Manche niedergelassene ÄrztInnen vermuten in dem Vorhaben, multidisziplinäre Versorgungszentren zu schaffen, andere Interessen der Sozialversicherung, die nicht mit den Interessen der ÄrztInnenschaft vereinbar sind.

Manche orten zum Beispiel durch PHC einen Verlust ihrer Autonomie im niedergelassenen Bereich.

*"Ich kann mir nicht vorstellen ob die Bezahlung wieder adäquat für die Arbeitszeit ist. Primär geht es nicht um den Patienten sondern wo man einsparen kann." (IP 1, Allgemeinmedizinerin, kein Kassenvertrag)*

**Einsparung**

*"Alle müssten auf selbständiger Basis arbeiten und dürfen nicht voneinander Abhängig sein. Es darf nicht so sein dass es von einem im schlimmsten Fall von einem Nichtmediziner geleitet wird und die einzelnen Personen angestellt sind." (IP 26, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag in Salzburg)*

**Wunsch nach Autonomie**

Mehrere Befragte bezweifeln, dass die Versorgung durch Versorgungszentren besser wird, bzw. gesamtgesellschaftlich Geld gespart wird. Sie befürchten eher einen Qualitätsverlust bzw. die Schwächung des Hausarztmodells:

*"Bei Primary Health Care Zentren fällt der Hausarzt weg, es gibt drei bis vier Ärzte, und somit geht auch der persönliche Bezug verloren." (IP 19, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag)*

**Persönlicher Bezug zu PatientInnen sollte erhalten bleiben**

*„Das Problem ist, es muss sich für alle rentieren, es muss eine bestimmte Patienten - Anzahl da sein. Darunter kann aber auch die Qualität leiden, weil die Patienten dann immer an den oder die Kollegen aus der Gemeinschaftspraxis weitergeleitet werden muss, auch wenn dieser oder diese nach eigener Meinung nicht die beste Wahl ist" (IP 10, Gynäkologin, kein Kassenvertrag)*

*"Ich glaube nicht, dass dadurch die Versorgung besser wird, durch solche Zentren wird der Kontakt zu den Patient/innen weniger. So wie es jetzt ist, kennt man die Patient/innen schon lange und kann ihnen dann auch am besten helfen." (IP 14, Kinderärztin, kein Kassenvertrag)*

*„Prinzipiell bin ich der Meinung, dass multiprofessionelle Versorgungszentren eine sehr gute Idee sind, da mehrere Kollegen zusammen arbeiten und sich austauschen können. Trotzdem wäre es sehr schade, wenn der Hausarzt verloren geht, da ein wesentlicher Teil der Arzt-Patient-Beziehung verloren geht. Der Patient wird jedes Mal von einem anderen Arzt behandelt, somit gibt es keine persönliche Beziehung mehr zwischen dem Arzt und dem Patienten. Ein Vorteil dieser Versorgungszentren ist jedoch, dass der Patient in einem Zentrum alle Ärzte hat. Die Verbesserung für den Patienten durch diese Zentren ist jedoch sehr fraglich." (IP 20, Allgemeinmedizinerin, kein Kassenvertrag)*

**Geht das Hausarztmodell verloren?**

In Bezug auf monetäre Faktoren befürchtet dieser Arzt, dass eine Pauschalentlohnung den Leistungsanreiz verhindern würde:

*"Es muss ein Leistungsanreiz da sein. PHC pauschaliert, dann ist der Arzt nicht motiviert." (IP 15, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag)*

**Leistungs-Anreize**

### 4.5.8 WEITERE ANREGUNGEN ZUR ALLGEMEINEN VERSORGUNGSQUALITÄT

Auf die Frage, „Welche Prozesse braucht es in Zukunft für eine optimale Versorgungsqualität?“, nannten die befragten Ärztinnen und Ärzte verschiedenste Maßnahmen, die neben allen anderen in diesem Bericht angeführten Anregungen beachtet werden sollten.

#### **Gesundheitsförderung und Prävention**

MedizinerInnen stört, dass in Österreich zu viel auf kurative Medizin fokussiert wird.

*"Es wird viel zu wenig für die Vorsorge gemacht, und dann für die Behandlung von eingetretenen Erkrankungen Unsummen ausgegeben. Manche, speziell Hautkrebs, könnte man viel besser vermeiden wenn man Vorsorgeuntersuchungen macht" (IP 5, Dermatologe, kein Kassenvertrag)*

**Versorgungsqualität verbessern**

**In Prävention investieren**

**Hautkrebs**

„(...) die Krankheiten nicht dann erst behandelt, sondern dass man schaut, dass sie möglichst nicht eintreten. Zum Beispiel Zahngesundheit im Kindergarten. Ich hatte das selbst unterschätzt, bis ich es bei meinen eigenen Kindern gesehen habe, was die Vorsorge bringt.“ (IP 7, Facharzt für Innere Medizin, kein Kassenvertrag)

**Zahngesundheit**

Diesbezüglich würden sich ÄrztInnen auch mehr monetäre Anreize für die AkteurInnen im System wünschen. Einerseits, positives Gesundheitsverhalten zu belohnen, andererseits ÄrztInnen zu belohnen, wenn sie zur Gesundheitsförderung beitragen:

**Gesundheitsverhalten**

„Der mit 140 Kilo, der ned zum Saufen aufhert und 200 Blutdruck hat kriegt dieselben Leistungen wie der, der kane Tabletten braucht weil er was für sei G'sundheit tan hat - und des is ned fair“ (IP 17, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag)

**Ernährung und Alkohol**

„Es wird viel zu wenig gefördert und belohnt, wenn etwas gut läuft. Als Behandelnder wirst du bestraft, wenn weniger Leute kommen. Dieser Konkurrenz-Kampf um Kranke ist verrückt. (...)“ (Exp. 7, Kinderarzt, kein Kassenvertrag)

**„Konkurrenzkampf“ um Kranke ist zu stoppen**

### Mehr Vernetzung

Interdisziplinärer Austausch und Zusammenarbeit sollte in Zukunft mehr gefördert werden. Sowohl zwischen den niedergelassenen Fachdisziplinen, als auch zwischen Spitälern und niedergelassenen ÄrztInnen.

„Vernetzung und Zusammenarbeit mit Krankenhaus ist verbesserungs-, würdig-, fähig, und möglich. Bessere Zusammenarbeit dort wo es notwendig ist. Zum Beispiel brauchen KinderärztInnen öfters HNO ÄrztInnen oder OrthopädInnen“ (IP 11, Orthopäde mit Kassenvertrag)

„Für eine optimale Versorgungsqualität braucht es eine bessere Vernetzung der einzelnen Disziplinen, das heißt, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen den Ärzten.“ (IP 20, Allgemeinmedizinerin, kein Kassenvertrag)

**Zusammenarbeit interdisziplinär fördern**

### Rechtsverantwortung

Im Rahmen der Interviews wurde mehrfach der große Dokumentations- und Rechtfertigungszwang erwähnt, der neben der medizinischen Tätigkeit viel Zeit in Anspruch nimmt. Manche ÄrztInnen stört es, dass das Risiko für seine Entscheidungen persönlich rechtlich belangt zu werden so hoch ist:

„Eine gewisse Fehlerrate muss wieder erlaubt sein, ein gewisser Fehlerprozentsatz ist einfach menschlich. (...) Man könnte sehr viele Kosten sparen und das System effizienter gestalten, jedoch ist dies nicht möglich, da es enorm viele Vorschriften gibt. Diese Absicherungsmedizin – der große Verwaltungsaufwand für den Beweis der Diagnose, viele Untersuchungen nur damit man die eigene Diagnose absichert, usw. kostet sehr viel Geld.“ (IP 9, Sport-/ Unfallchirurg, kein Kassenvertrag)

**„Absicherungsmedizin“**

*Mich stört am meisten dass die Möglichkeiten so groß sind einen Arzt verklagen zu können, das heißt nicht dass wenn jemand etwas falsch gemacht hat dieses zu vertuschen, aber die Patienten können oft nicht unterscheiden zwischen Komplikationen und zwischen mutwilliger Verletzung. Das freie drauflosarbeiten wurde dadurch gehemmt. (IP 1, Allgemeinmedizinerin, kein Kassenvertrag)*

**Klagen gegen ÄrztInnen**

### Zukunftsperspektiven für junge ÄrztInnen

In den Interviews wurde das Thema „ÄrztInnen früher und heute“ mehrmals erwähnt, ob im Zusammenhang mit dem Thema „Idealismus und Sozialisation“, oder im Zusammenhang mit „Kompetenz“. Die Zitate diesbezüglich werden hier dargestellt:

**Erwartungen junger ÄrztInnen**

*"Die neue Medizinergeneration wird völlig anders werden als wir es sind." (IP 1, Allgemeinmedizinerin, kein Kassenvertrag)*

*"Die Einstellung der heutigen Ärzte hat sich geändert. Der Beruf ist meist nicht mehr Berufung, sondern ein Job. Viele möchten gleichzeitig die Vorteile eines Angestelltenverhältnisses, aber auch die Vorteile einer freien Praxis. Die Work-Life-Balance wird immer wichtiger und die meisten möchten geregelte Arbeitszeiten." (IP 28, Allgemeinmedizinerin, kein Kassenvertrag)*

**Beruf oder Berufung?**

**Work-life-Balance**

*"Generell haben die jungen Ärzte heute größere Forderungen und Ansprüche, die medizinische Arbeit steht nicht mehr so im Vordergrund. Des Weiteren nimmt die Spezialisierung immer mehr zu und es gibt dadurch nicht mehr so viele Ärzte, die alle Bereiche abdecken können." (IP 6, Kieferchirurg, kein Kassenvertrag)*

Es besteht ein Bedarf attraktive Möglichkeiten zu schaffen, dass JungärztInnen während oder nach der Ausbildung in den niedergelassenen Bereich „hineinschnuppern“:

**Anreize für niedergelassenen Bereich**

*Neue Modelle von Gruppenpraxen; Möglichkeit junge Ärzte oder Wahlärzte einzubinden. Übergang zwischen Alt und Jung unterstützen. "Zum Beispiel dürfen Vertretungsärzte nicht parallel ordinieren. Neue Formen, wo es jungen Kollegen ermöglicht wird mitzuarbeiten. Könnte hier nicht überregional beigetragen werden?" (Exp. 5, Allgemeinmedizinerin mit Kassenvertrag)*

**Vertretungsdienst**

*„Zu viel Patienten haben wir, nicht zu wenig Ärzte, wir haben keinen Ärztemangel in Österreich, wir haben eh fast die meisten Ärzte auf der Welt, aber nur die Ärzte sind falsch eingesetzt, sind im Sozialversicherungsbereich und die Basisarbeit mag keiner mehr machen, ja so ist das" (IP 15, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag)*

### Aus- und Fortbildung optimieren

Folgende Anregungen der ÄrztInnen beziehen sich auf die Ausbildungsstruktur- und Qualität:

„Ausbildungsstruktur prinzipiell ok, doch werden Individuelle Typen vergessen die nicht in Mindeststudienzeit studieren. Schnelligkeit und Effizienz ist wichtig, doch ist es meist in der Praxis nicht förderlich. Eine Elite wird selektiert und das Menschliche geht verloren.“ (Exp. 10, Internist mit Kassenvertrag)

**Studium von Schnelligkeit und Effizienz geprägt**

„Außerdem werden die Studenten nicht mehr wegen dem Hilfsgedanken Arzt. (...) Ein weiterer Punkt ist die Ausbildung. Die war wirklich scheiße. Durch den Ärztemangel nahm sich niemand die Zeit, die Jungen gut auszubilden und Fragen genau und ausführlich zu beantworten. Jeder musste schauen, dass die Arbeit gemacht wird, also konnte eigentlich auch keiner Zeit in unsere Ausbildung investieren.“ (IP 35, Allgemeinmediziner, 40 Jahre)

„Früher hatte man als junger Arzt einen „Mentor“, der einem sein eigenes Wissen weitergab. Man könnte diese Beziehung als eine Art „Vater-Sohn-Verhältnis“ beschreiben. Heute ist die Ausbildung anonymisiert und es wird weniger Zeit da rein investiert.“ (IP 9, Sport-/ Unfallchirurg, kein Kassenvertrag)

**Anonymisierte Ausbildung**

„Wir brauchen genug Mediziner. Es gibt viele, die ins Ausland gehen, 70% gehen ins Ausland.“ (IP 3, Augenarzt, kein Kassenvertrag)

„Fortbildungen sind ganz wichtig, weil nach drei Monaten Turnus kann man ned amal an eitrigen Zehennagel behandeln. (...) Nach drei Monaten Orthopädie kann man die Hakerl halten bei der Operation, aber a Knie untersuchen geht gar ned, was man eigentlich bräuchte wie die Butter aufs Brot.“ (IP 17, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag)

**Weiterbildung nach dem Studium**

Der Kurz-Fragebogen „Stimmungsbarometer“ ergab in Bezug auf das Thema „Die Sozialversicherung fördert die Qualität der medizinischen Versorgung.“:

- „Dieses Ziel ist zu 28% erfüllt.“ (Mittelwert n=19)
- AllgemeinärztInnen (25%) und FachärztInnen (33%) bewerten die Zielerfüllung unterschiedlich. Die Mittelwerte des Erfüllungsgrads zeigen auch: Durchschnittlich gaben die befragten PrivatärztInnen bei dieser Frage einen niedrigeren Erfüllungsgrad als VertragsärztInnen an:

VertragsärztInnen	31,00%
PrivatärztInnen	15,00%
<b>Gesamtergebnis</b>	
<b>Erfüllungsgrad</b>	<b>27,63%</b>

- Die VertragsärztInnen sehen jedoch einen vergleichsweise höheren Handlungsbedarf die Qualität mehr zu fördern:

**Sozialversicherung fördert Qualität aus Sicht der Befragten noch zu wenig**

VertragsärztInnen	78,93%
PrivatärztInnen	60,00%
<b>Gesamtergebnis Handlungsbedarf</b>	<b>74,72%</b>

- „Es besteht ein durchschnittlicher Handlungsbedarf von knapp 75%.“ (Mittelwert n=19)
- Anmerkungen der Befragten zu diesem Thema:
  - „Verpflichtung zur Generikaverschreibung zur Kostenreduktion!“ (IP 20, Allgemeinmedizinerin, kein Kassenvertrag)
  - „Nein, sie investieren gar nichts. Sie fordern, aber fördern nicht. Zumindest in meinem Bereich, der Allgemeinmedizin.“ (IP 21, Allgemeinmedizinerin mit Kassenvertrag)
  - „Ja, fördert sehr stark!“ (IP 22, Urologe mit Kassenvertrag)
  - „Sie fördert nicht die Qualität. Sozialversicherungen sollten auch nicht über die Qualität sprechen, da haben sie nichts mitzureden.“ (IP 23, Allgemeinmedizinerin, kein Kassenvertrag)
  - „... wird immer besser, war früher ganz anders.“ (IP 27, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag)
  - „Sie bemühen sich nur zu sparen. Der Mensch ist im Hintergrund.“ (IP 28, Allgemeinmedizinerin, kein Kassenvertrag)

## 5 KONKRETE MAßNAHMENVORSCHLÄGE AUS DER PERSPEKTIVE DER BEFRAGTEN ÄRZTINNEN

Im Sinne der Stärkung intrinsischer Motivatoren ist das Verhältnis zwischen ÄrztIn und Sozialversicherung im Idealfall vom Misstrauen zu einem stabilen Vertrauensverhältnis (Janus 2014, S. 21) zu führen. Förderliche Aspekte für eine gelingende Kommunikation diesbezüglich sind laut Janus (2014, S. 24) beispielsweise „eine bessere administrative Unterstützung, kollegiale Beziehungen, kontinuierliche Weiterbildung/ Karriereförderung, Entscheidungsautorität und Anerkennung, auch in der organisatorischen und systembezogenen Entscheidungsfindung.“

Die folgenden Teilkapitel enthalten eine kategorisierte Sammlung der der konkreten Vorschläge, die die befragten ÄrztInnen bei den Interviews anmerkten. Die Autorinnen verzichten bewusst auf eine Interpretation der folgenden Zitate. Alle Vorschläge wurden lediglich geclustert. Bei Mehrfachnennungen wurde ein Exemplar zitiert ausgewählt. Die Interpretation und Weiterbearbeitung obliegt den AuftraggeberInnen der Studie.

### 5.1 DIE ZUKUNFT DER GESUNDHEITSVERSORGUNG

Folgende Vorschläge bringen MedizinerInnen im niedergelassenen Bereich in Bezug auf die allgemeine Zukunft der Gesundheitsversorgung:

### Vorschläge der Befragten

#### 5.1.1 PRÄVENTION

*"Präventive Maßnahmen, da kann man einen Fokus daraufsetzen und dass das gefördert wird. Diese Leistungen gehören auch bezahlt, man kann niemandem vorwerfen, dass er was macht, was ihn finanziell ruiniert. Anreize müssen auch so umgesetzt werden, was die Kassen betrifft, dass die Leistungen auch dementsprechend honoriert werden." (IP 7, Facharzt für Innere Medizin, kein Kassenvertrag)*

**Honorieren von Leistungen**

- ÄrztInnen belohnen, wenn sie zur Gesundheitsförderung beitragen und PatientInnen mit gesundheitsförderndem Verhalten belohnen:

*"Es wird viel zu wenig gefördert und belohnt, wenn etwas gut läuft. Als Behandelnder wirst du bestraft, wenn weniger Leute kommen. Dieser Konkurrenz-Kampf um Kranke ist verrückt. Da muss es doch Förderprogramme geben, dass etwas gefördert wird, was der Gesundheit gut tut. Oder Selbstbehalte, die man je nachdem wieder zurückbekommt." (Exp. 7, Kinderarzt, kein Kassenvertrag)*

**Konkurrenz um Kranke „weniger ist mehr“**

*"In Deutschland gab es mal ein Bonusheft, ging man zur Vorsorge, dann zahlte die Kasse mehr zum Zahnersatz. Bessere Aufklärung durch die Krankenkassen, Ärzte in den Medien..." (IP 16, Zahnarzt, kein Kassenvertrag)*

**Bonusheft**

- Positive Anreize gestalten

*"Es wird viel zu wenig gefördert und belohnt, wenn etwas gut läuft. Als Behandelnder wirst du bestraft, wenn weniger Leute kommen. Dieser Konkurrenz-Kampf um Kranke ist verrückt. Da muss es doch Förderprogramme geben, dass etwas gefördert wird, was der Gesundheit gut tut. Oder Selbstbehalte, die man je nachdem wieder zurückbekommt." (Exp. 7, Kinderarzt, kein Kassenvertrag)*

**Förderprogramme**

### 5.1.2 STRUKTUREN UND LEISTUNGEN ANPASSEN

Das Vermeiden von unnötigen Untersuchungen sowie in den Tarifen und Verrechnungsmodi darauf zu achten, dass Spitalsambulanzen entlastet werden, sehen viele als wichtigen Ansatz zur Sparsamkeit und Ressourcenoptimierung.

Zum Beispiel wird die Wundversorgung häufig in Spitalsambulanzen verlagert. Auch medizinische Handlungen, für welche die FachärztInnen ausgebildet werden, für die es im Leistungskatalog aber keine Position gibt, finden trotz fehlender Notwendigkeit im Spital statt.

Entbehrliche Krankenhausaufenthalte finden zudem laut Angaben mehrerer ÄrztInnen aufgrund von nicht bewilligten Medikamenten statt. Die Strukturen haben sich zwar in manchen Gebieten bereits verbessert, zum Beispiel indem chefarztpflichtige Medikamente in manchen Gebieten bereits im Krankenhaus bewilligt werden können (vgl. IP 32). Dieses Thema ist jedoch aus Sicht der Befragten in mehreren Bundesländern noch verbesserungswürdig.

**Extramurale und intramurale Versorgung**



## Anreize für ÄrztInnen in Österreich zu arbeiten

„(...) Finanzierung der Versorgung muss gesichert und genügend Personal verfügbar sein. Eine Lösung hierfür wäre z.B. ein System wie es in den USA gemacht wird. Ein Student verpflichtet sich hier nach dem Studium für ein paar Jahre in einem Krankenhaus im eigenen Land zu arbeiten. Damit wird das Studium sozusagen mit einer sozialen Leistung abgegolten.“ (IP 6, Kieferchirurg, kein Kassenvertrag)

## Anreize für JungärztInnen

## PatientInnen lenken

„Gatekeeper“ (Exp. 3) sollen aus Sicht mehrerer Befragter verhindern, dass PatientInnen Medizin „als Selbstbedienungsladen“ (IP 17) nützen.

„Es müsste eine übergeordnete Struktur geben, die aufklärt, dass die Leute zu ihren Ärzten in die Praxis gehen sollen. Zum Beispiel mittels Folder, in dem alle Hausärzte und Fachärzte aufgelistet sind. Vor allem der Teil der Bevölkerung mit Immigrationshintergrund geht immer ins Krankenhaus, auch bei Schnupfen (...)“ (IP 31, Kinderarzt mit Kassenvertrag)

## Gesundheitskompetenz

## Menschen mit Migrationshintergrund

Nähere Informationen zu dem Thema finden sich im Kapitel „Koordination durch das Gesundheitssystem“. Als „Good Practice Modelle“ in den Augen mancher Befragter dienen die Systeme anderer europäischer Staaten, wo der medizinische Bedarf der PatientInnenanfragen im Vorfeld abgewogen wird:

„Hausarzt, oder: Eine weitere Möglichkeit wäre ein ähnliches System, wie es in Schweden derzeit praktiziert wird. Dort sind Krankenschwestern in Gesundheitszentren die erste Anlaufstelle. Diese entscheiden anschließend, ob und welcher Arzt für die weitere Versorgung notwendig ist. Die Triage Systeme könnten eine wichtige Koordinationsfunktion übernehmen, um die Patienten in Zukunft besser durch das Gesundheitssystem zu leiten.“ (IP 20, Allgemeinmedizinerin, kein Kassenvertrag)

## Pflege als erste Anlaufstelle

## Triage Systeme

„Wie in Holland: In Spitalambulanzen kommen nur ausgewählte SchwerpunktpatientInnen, speziell voruntersucht von Fachärzten. Der Nachteil: Die Zahlen sind dort definiert, bei Überschreitung werden sie nach Deutschland geschickt. Von der Struktur: Praktiker vor Schwerpunktmediziner vor Krankenhaus.“ (Exp. 10, Internist mit Kassenvertrag)

## Spitalsambulanzen nur für SchwerpunktpatientInnen

Primärversorgungszentren werden im Hinblick auf die Entlastung von Ambulanzen von mehreren Befragten als sehr positiv und wichtig erachtet, von manchen MedizinerInnen wird das Konzept noch ambivalent bewertet, da sie das „Hausarztmodell“ dadurch bedroht sehen.

## PatientInnenzentrierte Abrechnung

„(...)patientenzentrierte Abrechnung von Gesundheitsleistungen (unabhängig der Stellen, wie GKK und Land OÖ) um gesamtgesellschaftliche Kosten zu minimieren.“ (IP 17, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag)

## Weitere Forderungen in Bezug auf zukünftige demografische und gesellschaft-

## liche Strukturen:

*"Nachfrage an Psychotherapie und Physiotherapie bei Patienten ist viel größer als das Angebot an Kassentherapie! Wäre notwendig!" (Exp. 6, Allgemeinmedizinerin mit Kassenvertrag)*

**Zeitgemäße aktuelle Kataloge**

*"Auch die moderne Medizin und Leistungen in den Katalog mit aufnehmen. Derzeitige Kataloge sind veraltet und nicht zeitgemäß, Medizin hat sich weiterentwickelt. Das System nicht." (IP 18, Augenarzt mit Kassenvertrag)*

**Case und Caremanagement**

*"Es gibt kaum Unterstützung für die direkten Hilfeleistungen älterer Patienten z.B.: Termine mit Krankenhaus vereinbaren, Rettung rufen, Heimbehilfe organisieren usw. Weder monetär noch zeitlich wird das berücksichtigt." (IP 17, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag)*

**Einfluss von Pharmaindustrie beschränken**

*„Einfluss der Pharmaindustrie beschränken – die ist viel zu stark.“ (Exp. 1, Internist, kein Kassenvertrag)*

*„Die Notfallversorgung in den Peripherien sicherstellen“ (Exp. 5, Allgemeinmedizinerin mit Kassenvertrag)*

### 5.1.3 „VERTRAUENSVERHÄLTNIS“ ZWISCHEN ÄRZTINNEN UND SOZIALVERSICHERUNG FÖRDERN

Die Sozialversicherung steht mit einigen Befragten in guter, partnerschaftlicher Verbindung. Manche ÄrztInnen nehmen die Versicherungen jedoch eher als mächtigen Verwaltungsapparat wahr, der nur eines will: Kosten senken.

- Erreichbarkeit

**Das Bild der Versicherung positiv gestalten**

Die AnsprechpartnerInnen der SV sollen erreichbar und zugänglich sein. Dies ist je nach Krankenkasse sehr unterschiedlich der Fall. ÄrztInnen nehmen es als fehlende Wertschätzung ihrer Arbeit für die Sozialversicherung und als Kränkung wahr, wenn sie die Krankenkasse als „Institution ohne Gesicht“ wahrnehmen, wie eine Befragte, die bei ihrer zuständigen Gebietskrankenkasse keine direkten AnsprechpartnerInnen erreicht und sie deshalb als „Festung mit Gitterstäben“ (Exp. 4, Allgemeinmedizinerin mit Kassenvertrag) bezeichnet.

**Erreichbarkeit der SV**

- Partizipation

Positiver, nicht monetärer Anreiz: Niedergelassene ÄrztInnen im Rahmen von Projekten einbeziehen.....

*"Niedergelassene Mediziner einladen an Projekten mitzuarbeiten. Die dann auch am Projekterfolg partizipieren können. Egal ob das jetzt Forschungsprojekte oder Umsetzungsprojekte sind. Wenn jemand in diese Richtung tendiert. Jüngere Mediziner könnte das reizen." (Exp. 2, Allgemeinmediziner, kein Kassenvertrag)*

**Mitwirkung und Gestaltung Bsp. Projekte in der SV**

- Kommunikation

Die Aufforderung an die Sozialversicherung, aktuelle Kommunikationswege zu nutzen, wurde im Rahmen der Erhebungen für diese Studie in mehreren Zusammenhängen erwähnt. Zum Beispiel müssen niedergelassene ÄrztInnen ihre Chefarzt-Bewilligungen per Fax abwickeln.

*"Aber dass i im Jahr 2015 nu immer was faxen muss und nicht mit modernen Kommunikationsmedien agieren kann, is für Jungärzte sicher unverständlich." (IP 17, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag)*

Neue Medien könnten auch zu einfacherer Dokumentation und Verrechnung genutzt werden. Dazu können Good Practice Modelle im In- und Ausland analysiert werden.

*"Bei Wochentags-Nachtdienstvertretung über den Ärztedienst Niederösterreich gibt es ein Portal. Das bediene ich über eine Handysignatur. Dort stehen die Fälle drin. Ich kann über das Handy dokumentieren und es wird abgerechnet." (Exp. 2, Allgemeinmediziner, kein Kassenvertrag)*

### Digitale Medien

Manche Mediziner wünschen sich für ihre Ordinationen Unterstützung im EDV-Bereich oder einheitlichere Abrechnungs-Tools.

- Komplexität bei der Abrechnung vermeiden

MedizinerInnen würden sich mehr administrative Unterstützung bzw. eine Vereinfachung des Bewilligungs- bzw. Abrechnungssystems wünschen.

*"Vereinfachung der Verrechnung" (IP 18, Augenarzt mit Kassenvertrag)*

*"Bereitstellung von Heil-, -und Hilfsmittel für Behinderte entbürokratisieren." (IP 11, Orthopäde mit Kassenvertrag)*

*„Abschaffung der Chefarztpflicht könnt ma hineinnehmen in die Forderung, weil entweder bin i Arzt und brauch ned fragen ob er mir des MR genehmigt - weil er mit des eh genehmigt wenn i des richtige hinschreib - oder ned. Sinnloser Spaß für meine Angestellten, die des hinfaxen, sinnloser Spaß für mi und a sinnloser Job für den der dort sitzt und auf jedes Fax an Stempel haut" (IP 17, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag)*

*"In jedem Bundesland gibt es ein anderes Abrechnungssystem. Viele kleine Unterscheidungen. Unnötige Energie geht verloren. Aus meiner Sicht ist es viel besser beim Verwaltungsapparat zu sparen, als bei Gesundheitsleistungen." (IP 12, Dermatologin mit Kassenvertrag)*

*„die Formulare, jede Krankenkasse hat ihre eigenen Formulare. Die Leistungskataloge der Krankenkassen sollen vereinheitlicht werden. Jedes CT und jedes MRT muss von einem Chefarzt bewilligt werden, seit 25 Jahren werden alle bewilligt und trotzdem muss jedes Mal wieder angeschaut werden – eine Schikane, die abgeschafft gehört. Die Sozialversicherung sollte man zusammenlegen für eine gemeinsame Krankenkasse mit weniger Bürokratie " (IP 19, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag)*

### Vereinfachung der Abrechnung

- Informationen bereitstellen

*„Für die häufigsten 15 Krankheiten hätt i gerne Handouts, wo ma dem Patienten sagen kann: Do pass auf - des hast, und jetzt les da mal durch was des genau heißt. In vier Minuten kann i niemanden sei Zuckerkrankheit erklären und wenn i a Viertel Stund red hat er mit die letzten 10 Minuten scho gar nimma zughört oder hats vergessen. Für die Zuckerkranken hab i schon was, aber für die Übergewichtigen gibt's gar nix...“ (IP 17, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag)*

*„Die Sozialversicherung könnte mehr Informationen über Therapieangebote bereitstellen. Des Weiteren könnte die Sozialversicherungen Informationen über Wahlärzte bereitstellen, zum Beispiel, wo es Wahlärzte gibt, wie viel die Behandlung bei Wahlärzten kostet, wie viel Rückerstattet wird. Die Rückerstattung ist nämlich von der Krankenkasse, der der einzelne Patient zugehört, abhängig. Es wäre wichtig, wenn die Sozialversicherung diese Informationen bereitstellen würde. Online oder in Arztpraxen sollte das bereitgestellt werden.“ (IP 20, Allgemeinmedizinerin, kein Kassenvertrag)*

### Informationen bereitstellen

#### 5.1.4 KOMPETENZ UND ANERKENNUNG FÖRDERN

Um die Versorgungsqualität zu steigern, sind mehrere ÄrztInnen der Meinung, dass die Tarif- und Leistungskataloge der Versicherungen auf aktuellen medizinischen Stand erneuert werden sollten. Zudem würde es in ihren Augen Sinn machen, bestimmte Aspekte in die Honorierung mit einzubeziehen, die MedizinerInnen bereits anbieten, für die sie jedoch aktuell nach eigener Meinung zu wenig Anerkennung bekommen.

*„Beratungsgespräche und Zweitmeinungen werden von den Kassen kaum refundiert.“ (IP 7, Facharzt für Innere Medizin, kein Kassenvertrag)*

*„Gesprächsmedizin gibt es von Seiten der Sozialversicherung nicht. Diese sollten einen höheren Stellenwert bekommen und honoriert werden, da es vielen Patienten schon sehr viel besser geht oder sie sogar zufrieden sind, wenn man mit ihnen über ihre Beschwerden spricht.“ (IP 28, Allgemeinmedizinerin, kein Kassenvertrag)*

#### Kompetenzerweiterung: Aus- und Weiterbildung von ÄrztInnen fördern

Das Medizinstudium wurde in den Interviews mehrfach erwähnt, mit folgenden Wünschen:

*„Die Ausbildung muss wieder persönlicher werden“ (IP 9, Sport-/ Unfallchirurg, kein Kassenvertrag)*

*„Man wird im Studium nicht darauf vorbereitet ‚Unternehmer‘ zu werden. Da kommen viele neue Sachen auf einen zu und es ist eine große Herausforderung.“ (IP 31, Kinderarzt mit Kassenvertrag)*

### Studienpläne

### Weiterbildungen

Um stets qualitativ hochwertig behandeln zu können nehmen die niedergelasse-

nen MedizinerInnen verschiedene Weiterbildungs- und Entwicklungsangebote wahr (Kongresse, Onlinefortbildung, Fachjournals, Ärztekammerangebote, Fortbildungsvereine, Qualitätszirkel oder Bezirksärztesitzungen).

Nichtmedizinische Themen, die bei den Interviews als Bedarf angemeldet wurden, sind:

- Unterstützung auf dem Weg in die Selbstständigkeit (Rechtliches, Organisatorisches, MitarbeiterInnenführung, ....)

*„Ich habe bei der Praxisgründung enorme Hürden gehabt. Handlungsbedarf, dass man mehr von der Ärztekammer und mehr von der Versicherung unterstützt wird. Man muss sich alles selber erarbeiten.“ (IP 28, Allgemeinmedizinerin, kein Kassenvertrag)*

- Psychohygiene, Umgang mit Krisensituationen bzw. Work-life-balance

Besonders praktische ÄrztInnen am Land kritisierten, dass sie nach Notfällen „alleine dastehen“. Auch FachärztInnen erwähnten die psychische Belastung bei der Kommunikation schwerer Diagnosen.

*„(...) Coaching bzw. Supervision für Niedergelassene: Die praktischen Ärzte am Land sind Einzelkämpfer.“ (Exp. 3, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag)*

### Anerkennung von Kompetenz

Die Aktualisierung der Leistungskataloge wurde als Forderung mehrmals deutlich zum Ausdruck gebracht.

Mehrere MedizinerInnen kritisierten im Rahmen der Erhebungen für diese Studie, dass sie Kompetenzen, die sie entweder im Studium oder in Weiterbildungen erworben haben, in ihrer Ordination nicht anwenden. Sie haben im Leistungskatalog keine Position dafür.

*"Auch die moderne Medizin und Leistungen in den Katalog mit aufnehmen. Derzeitige Kataloge sind veraltet und nicht zeitgemäß, Medizin hat sich weiterentwickelt. Das System nicht." (IP 18, Augenarzt mit Kassenvertrag)*

Ein „Good Practice Modell“ für die Kommunikation zwischen Versicherung und AllgemeinmedizinerInnen wird hier von einem Experten angesprochen:

*„Bezirksärztesitzungen haben in Österreich sehr unterschiedliche Ausprägungen und Traditionen dieser Treffen. Haben Potential für Vernetzung und Weiterbildung. In OÖ zum Beispiel ein gutes Modell der GKK. Das gibt es bei uns in Niederösterreich und Wien nicht.“ (Exp. 2, Allgemeinmediziner, kein Kassenvertrag)*

### 5.1.5 INTERDISZIPLINÄREN AUSTAUSCH FÖRDERN

Der Wunsch nach mehr interdisziplinärer Zusammenarbeit wurde geäußert, zum

Beispiel wurde vermehrter interdisziplinärer Austausch unter den niedergelassenen ÄrztInnen über Fachgebiete hinweg gefordert, bzw. der intra- und extramurale Kontakt zwischen Spitälern und niedergelassenen ÄrztInnen über Fachgebiete hinweg erwünscht. Die bessere Vernetzung mit anderen Berufsgruppen war eine weitere Forderung:

*"In der hausärztlichen Versorgung machen wir viel mehr als Medizin. Wir bräuchten einen niederschweligen, schnellen Zugang zu Sozialarbeitern, zu Personen, die dem Patienten in nicht-medizinischen Belangen weiterhelfen können." (IP 38, Allgemeinmedizinerin mit Kassenvertrag)*

*„Vernetzung und Zusammenarbeit mit Krankenhaus ist verbesserungswürdig,- fähig, und möglich. Bessere Zusammenarbeit dort wo es notwendig ist. Zum Beispiel brauchen KinderärztInnen öfters HNO ÄrztInnen oder OrthopädInnen" (IP 11, Orthopäde mit Kassenvertrag)*

In Bezug auf Zusammenarbeit, Teilzeitmöglichkeiten und Synergieeffekte wurden von mehreren Befragten die Vorteile von Gruppenpraxen und Versorgungszentren mit verschiedenen Berufsgruppen erläutert. Hier besteht bei manchen MedizinerInnen der Wunsch nach mehr Mitgestaltungsmöglichkeiten.

*"Gestaltung der Gesellschaftsformen und Honorierungsmöglichkeiten um multiprofessionelle Versorgungszentren machen zu können. Zum Beispiel Versorgungszentren errichten, wo man als Arzt angestellt werden kann." (Exp. 3, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag)*

### 5.1.6 ERGEBNISSE DES „STIMMUNGSBAROMETERS“ IN HINBLICK AUF DEN HANDLUNGSBEDARF

Die kleine Meinungsumfrage unter niedergelassenen MedizinerInnen (n=19) stellt zwar keinen Anspruch auf Repräsentativität. Es lässt sich allerdings, wenn man so möchte, eine Tendenz aus Sicht der befragten MedizinerInnen daraus ablesen. Folgende Maßnahmen weisen demnach den meisten Handlungsbedarf auf:

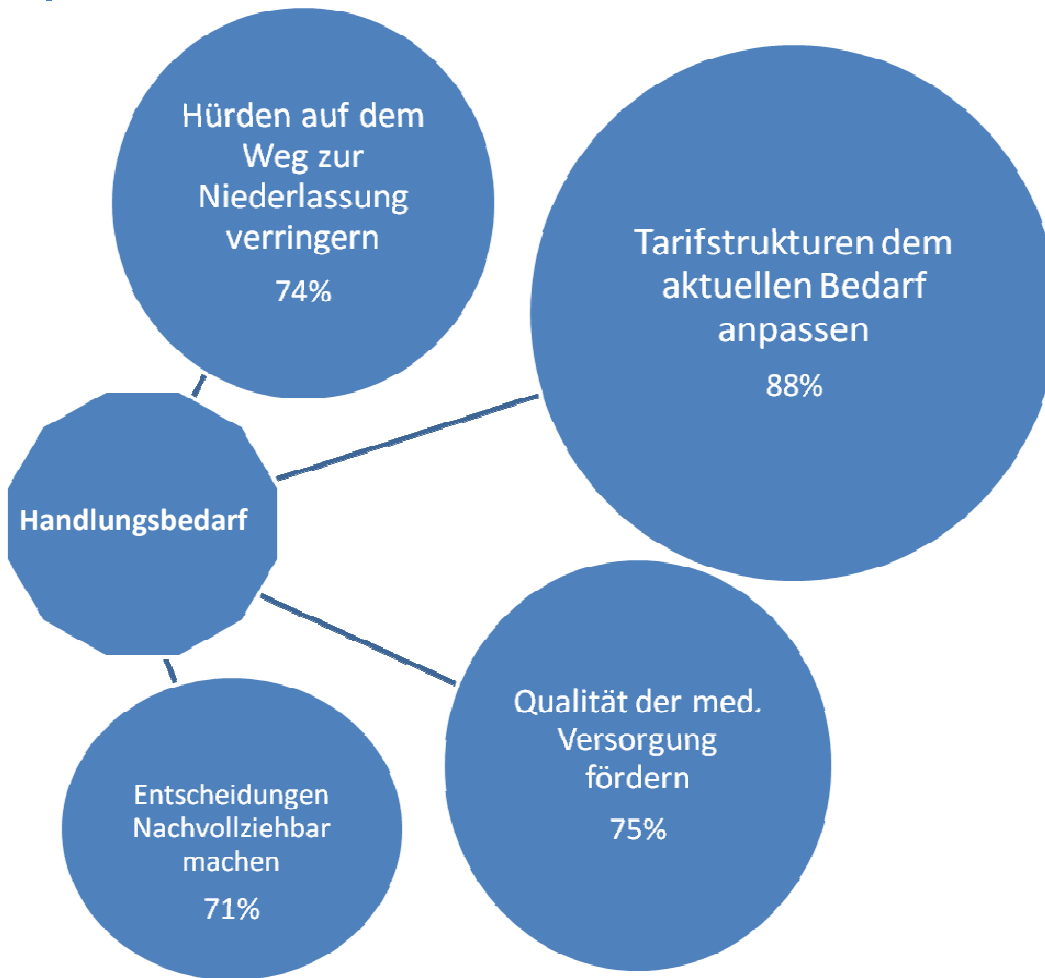


Abbildung 3: Übersicht der Maßnahmen mit dem meisten Handlungsbedarf laut "Stimmungsbarometer"

Die oben angeführten Zahlen ergeben sich aus den mittels Kurzfragebogen erhobenen Prozentangaben. Die ÄrztInnen bewerteten den aktuellen Erfüllungsgrad sowie den Handlungsbedarf zu neun verschiedenen Themengebieten. Es handelt sich hier um Mittelwerte (n=19).

Weniger Handlungsbedarf schrieben die Befragten demnach den folgenden Themen zu:

- „Ressourcen im niedergelassenen, medizinischen Bereich effizient einsetzen. (z.B. unnötige Untersuchungen vermeiden)“ (48%)
- „Ausreichend Kassenstellen für die Gesundheitsversorgung im niedergelassenen Bereich.“ (46%)
- „PatientInnen im Gesundheitssystem zu den richtigen Anlaufstellen verweisen.“ (45%)
- "Arbeit und Leben (Work-Life-Balance) im Beruf gut vereinbaren." (39%)
- „Die Kooperation zwischen Krankenhäusern und den niedergelassenen ÄrztInnen verbessern“. (35%)

**6 ÜBERBLICK ÜBER DIE FÖRDERNDEN UND HEMMENDEN MOTIVATOREN IN BEZUG AUF DIE FORSCHUNGSFRAGEN**

Es sollte laut Janus (2014) mit Hilfe nicht monetärer Anreizfaktoren verhindert werden, dass ÄrztInnen das für die Motivation wichtige „Gesamtbild“, also den Sinn ihrer Arbeit, aus den Augen verlieren. Folgendes Zitat bestätigt die in Katharina Janus' Gutachten zur „Gestaltung nicht-monetärer Anreize für Ärztinnen und Ärzte“ beschriebenen Thesen in Bezug auf die finanziellen Anreize:

*„Je mehr Druck auf den Kostenschienen und den Kostenschrauben, umso mehr werden die Ärzte so agieren. Eine Dienstleistung wird erbracht, so wie sie bezahlt wird. Eine negative Entwicklung“ (IP 12, Dermatologin mit Kassenvertrag)*

Das Ziel soll schließlich die Verbesserung der Gesamtqualität sein. Vor allem in Hinblick auf die Behandlung von multimorbiden PatientInnen ist eine rein monetäre Anreizgestaltung problematisch (Janus 2014, S. 12f) Es daher wichtig, in Zukunft vermehrt neben dem finanziellen Faktor neue Maßnahmen zur Förderung intrinsischer Motivation ins Spiel zu bringen. Die folgende Tabelle enthält eine abschließende Übersicht über verschiedene fördernde und hemmende Faktoren der beruflichen Praxis, welche die befragten ÄrztInnen im Rahmen dieser Studierhebung geäußert haben.

**Fördernde und hemmende Motivatoren von niedergelassenen MedizinerInnen**

Ergebnisse aus ExpertInneninterviews (n=10), leitfadengestützten, fokussierten Interviews (n=38) sowie Kurzfragebögen (n=19)

**Forschungsfrage:  
In Bezug auf nicht monetäre Anreizsetzung, in welchen Bereichen erfahren MedizinerInnen eine soziale Verbindung zur Professionskultur?**

<p><b>Die Profession und ihre Merkmale</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Soziale Kompetenz</li> <li>Emotionale Intelligenz</li> <li>Sich einlassen</li> <li>Verständnis zeigen</li> <li>Mehr oder weniger Vernetzung mit KollegInnen</li> <li>Sicherheit vermitteln</li> <li>Recht haben</li> <li>Sich abgrenzen</li> </ul> <p><b>Der Umgang mit kritischen Situationen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Notfälle</li> <li>Kritische Situationen im Berufsalltag</li> <li>Keine Fehler erlaubt</li> <li>Keine Krisenintervention vorgesehen</li> <li>„Man funktioniert einfach“</li> <li>individuelle Psychohygiene</li> <li>Fach-KollegInnen</li> <li>Keine Schwäche zeigen</li> <li>„Tankstelle“ Familie und Partnerschaft</li> <li>Thema Alkohol</li> </ul>	<p><b>Fördernde und hemmende Motivatoren für eine Niederlassung am Land</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>LandärztInnen und StadtärztInnen</li> <li>Spezialisierung in der Ausbildung</li> <li>Fachliche Motivationsgründe</li> <li>Hausapotheken</li> <li>Finanzielle Hürden</li> <li>Rechtliches Risiko</li> <li>Bereitschaftsdienste</li> <li>Arbeitsbedingungen bei Visiten</li> <li>Sprengelaufteilung</li> <li>Familienplanung</li> <li>Zukunftsthema: Frauenfreundliche Stellen</li> <li>Idyllisches Landleben</li> <li>PatientInnenstruktur</li> </ul> <p><b>Work-Life-Balance</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Unterschiede in der Vereinbarkeit</li> <li>Eigenverantwortung</li> <li>Abhängig von den Bedingungen</li> <li>Mittlerweile bestehen in manchen Gebieten Strukturen, die auch Teilzeitarbeit ermöglichen</li> </ul>
---	--



**Forschungsfrage:**

**In Bezug auf nicht monetäre Anreizsetzung, in welchen Bereichen erfahren MedizinerInnen Anerkennung von Autonomie?**

**Motive für die Selbstständigkeit**

Autonomie bezüglich...  
finanzieller Ressourcen  
Zeitressourcen  
Eigene Verantwortung  
Eigene Entscheidungsfreiheit  
institutionelle Unabhängigkeit  
Unabhängigkeit von KollegInnen  
Selbstbestimmt arbeiten  
Erfolg selbst kontrollieren  
„Eigene“ PatientInnen haben

**Die Hürden der Selbstständigkeit**

Investitionen  
Risiko  
Teams führen  
Lohnverrechnung und Steuerberatung  
Administrationsarbeiten  
Plötzlich Chef sein  
Wird in der Ausbildung nicht berücksichtigt  
Vorbereitung auf organisatorische Herausforderungen  
Stoßen AllgemeinärztInnen auf größere Hürden?  
Großer Handlungsbedarf unnötige Hürden bei Praxiseröffnungen zu reduzieren

**Die Eingeschränkte Autonomie durch den Kassenvertrag**

„Medizin am Laufband“  
Arbeitszeit- Vorgaben  
Bedarf: Teilzeitstellen  
Nacht- und Bereitschaftsdienste praktischer ÄrztInnen in der Peripherie  
Dokumentation  
Unbezahlte Arbeit  
Quartals-Deckelung  
„Drehtür-Effekt“ im Spital  
Vorteile der Bewilligungspflicht  
Honorarabzüge bei Gruppenpraxen  
Urlaubseinschränkungen  
Einstieg junger KollegInnen erschwert

**PrivatärztInnen zwischen Autonomie und Wettbewerb**

Autonomie von PrivatärztInnen  
Zeitunabhängigkeit  
Fachliche Autonomie  
Wettbewerb um PatientInnen  
Therapiefinanzierung  
Kassenstellen sehr unterschiedlich verteilt

**Forschungsfrage:**

**In Bezug auf nicht monetäre Anreizsetzung, in welchen Bereichen erfahren MedizinerInnen Kompetenzgefühl?**

**Kompetenzerweiterung**

Fortbildungskultur  
Abhängig vom Fachgebiet  
HausärztInnen vermehrt regional  
FachärztInnen international  
Vermehrt online  
Qualitätszirkel  
Vereinzelt Fortbildungsvereine  
Junge ÄrztInnengeneration: mehr Online-Fernstudium  
Mehr Evidenz

**Warum Weiterbildung?**

Fachliche Qualifikation auf dem aktuellsten Stand  
Weiterentwicklung  
Motivationsfaktor  
Anlassbezogene Recherchen  
Soziales Lernen  
Kommunikation

**Anerkennung von Kompetenz**

Nicht honorierte Zusatzausbildungen  
Veraltete Leistungskataloge  
„Unrentable“ Leistungen  
Für die Wundversorgung in die Ambulanz schicken  
Hoher Handlungsbedarf die Tarifstrukturen an den aktuellen Bedarf der Gesundheitsversorgung anzupassen

<p><b>Forschungsfrage:</b> <b>Wie erleben und in welchen Bereichen erwarten ÄrztInnen und Ärzte freude-basierte Anerkennung oder verpflichtungs-basierte Anerkennung?</b></p>	
<p><b>Berufliche Anerkennung</b> „Jeder will Anerkennung“ Erfolgserlebnisse</p> <p><b>Durch PatientInnen und MitarbeiterInnen</b> Treue MitarbeiterInnen Weiterempfohlen werden Vertrauen der PatientInnen ÄrztInnen-Rankings Dankbarkeit von PatientInnen Fehlende Wertschätzung Fordernde PatientInnen</p>	<p><b>Im Kreis der KollegInnen</b> Sich ernst genommen fühlen Zuweisung und Weiterempfehlung durch KollegInnen Positives „Feedback“ Wissenschaftliche Anerkennung Konkurrenz Spannungsfeld intra- und extramuraler Bereich</p> <p><b>Sozialversicherung</b> Anerkennung über Finanzielles Korrespondierender Kontakt Kontrolle Datenservice</p>
<p><b>Forschungsfrage:</b> <b>Welche Faktoren hemmen bzw. fördern das Handeln gemäß Pflicht- und Freudebasierter Normen?</b></p>	
<p><b>Sozialisation: Vom Idealismus zum Realismus?</b> <b>Sinkende intrinsische Motivation</b> Routine Einschränkung der Autonomie Hierarchie in Institutionen Chronische Belastungen und Überlastungen Frustr in der Ausbildungszeit Abhängigkeit von bürokratischen Hürden</p>	<p><b>Misstrauen</b> Als Kostenverursacher behandelt werden Unnötige Arztbesuche Erwartungshaltung „Mir steht das zu“ Dauerbereitschaft Mehr Arbeit für wenig Geld Idealismus als zu bewahrende gesellschaftliche Einstellung</p>
<p><b>Forschungsfrage:</b> <b>In Bezug auf Rahmenbedingungen und Problemfelder der Schnittstelle Arzt-Gesundheitssystem-Integration: Wie erleben MedizinerInnen das Verhältnis PatientIn – ÄrztIn – Sozialversicherung?</b></p>	
<p><b>Kommunikation mit der Sozialversicherung</b> Dokumentation und Abrechnung Call Center Zuständigkeitsbereiche Partnerschaftlicher Kontakt Gute Kooperation</p> <p><b>Vertrauen und Misstrauen</b> <b>Prinzipal-Agenten-Beziehung</b> Abhängigkeitsverhältnis „Franchise Unternehmer“ des Hauptverbands</p>	<p><b>Ideen zum Schnittstellen-Management intra- und extramuraler Bereich</b> Face-to-face-Kontakte Gemeinsame Fortbildung ÄrztInnenstammtische mit SpitalsärztInnen Erreichbare Ansprechpersonen Kommunikation modernisieren Webcams und neue Medien nutzen Ambulanzen entlasten Koordination durch das Gesundheitssystem</p>

**Misstrauen durch**

Detektivisches Vorgehen bei Kontrollen  
Einschränkungen trotz Selbstständigkeit  
Exklusion  
Limitierungen bei Mehrarbeit  
Unverständnis bezüglich Quartalsdeckelungen  
Vielzahl von Krankenkassen mit unterschiedlichen Tarifen

**Interessen der Sozialversicherung**

Fehlende Partizipationsmöglichkeit von ÄrztInnen bei Entscheidungen  
Bundes- und Länderinteressen  
Kosten aus dem „eigenen Topf“ fernhalten  
Defizite bei Transparenz,  
Kommunikation und Vertrauensbasis?  
Mittlerer bis großer Handlungsbedarf: Nachvollziehbarkeit von Entscheidungen

**Zusammenarbeit mit Spitälern**

Kooperation mit Intramuralem Bereich  
Unterschiede  
Persönliche Kontakte zu (ehemaligen) KollegInnen  
Kooperation am Land

**Optimierungsbedarf**

Informelle Kontakte  
Einseitige Kommunikation  
Abläufe bei Bewilligungspflichtigen Medikamenten

**„Selbstbedienung“ in der medizinischen Versorgung**

Frequenzen der Arztbesuche gestiegen  
Alles ist verfügbar  
„Doktor Google sagt...“

**PatientInnen lenken**

Mehrfachkonsultationen meiden  
Selbstbehalt für „Arztbesuche aus Zeitvertreib“  
Zugang beschränken?  
Bewusstsein für Kompetenzen schaffen  
Menschen mit Migrationshintergrund über das Gesundheitssystem aufklären  
Gesundheitskompetenz und „Hausverstand“ schulen  
ELGA  
Online-Plattformen  
Niedergelassene Strukturen anpassen  
Versorgungszentren  
Bereitschaftsdienste  
Pflege und weitere Gesundheitsberufe in Versorgung mit einbeziehen

**Erstanlaufstellen mit „Gatekeeper-Funktion“**

Filter für Akutfälle  
Screening durch Hausarzt  
Pflege als erste Anlaufstelle  
Triage Systeme  
Spitalsambulanzen nur für SchwerpunktpatientInnen

**Forschungsfrage:**

**In Bezug auf Rahmenbedingungen und Problemfelder der Schnittstelle Arzt-Gesundheitssystem-Integration: Wie stellen sich MedizinerInnen die ideale Praxis vor?**

**Arbeitsbedingungen einer „idealen Praxis“**

Zeit haben  
PatientInnenkontakt  
Austausch mit KollegInnen  
Autonomie  
Selbstständig oder angestellt arbeiten können

**Praxisstrukturen im niedergelassenen Bereich**

Einzelpraxis bedeutet Unabhängigkeit  
Dauervertretungen  
Wunsch nach Teilzeitstellen

**Gruppenpraxis mit KollegInnen**

Effizienz von Ressourcen  
Mehr Möglichkeiten der Gestaltung von Gesellschaftsformen  
Frauenfreundliche Stellen

**Versorgungszentren**

Versorgung ist mehr als Medizin  
Kooperation mit anderen Berufsgruppen  
Trend in Richtung PHC  
Interdisziplinär kooperieren  
Synergien nutzen

<p>Einsparung Wunsch nach Autonomie Persönlicher Bezug zu PatientInnen sollte erhalten bleiben Geht das Hausarztmodell verloren? Leistungs-Anreize</p>	
<p><b>Forschungsfrage: In Bezug auf Rahmenbedingungen und Problemfelder der Schnittstelle Arzt-Gesundheitssystem-Integration: Welche Prozesse und Maßnahmen nehmen MedizinerInnen positiv bzw. negativ wahr?</b></p>	
<p><b>Versorgungsqualität verbessern</b> In Prävention investieren Hautkrebs Zahngesundheit Gesundheitsverhalten Ernährung und Alkohol „Konkurrenzkampf“ um Kranke ist zu stoppen Zusammenarbeit interdisziplinär fördern „Absicherungsmedizin“ Klagen gegen ÄrztInnen Erwartungen junger ÄrztInnen Beruf oder Berufung? Work-life-Balance Anreize für niedergelassenen Bereich Vertretungsdienst Studium von Schnelligkeit und Effizienz geprägt Anonymisierte Ausbildung Weiterbildung nach dem Studium Sozialversicherung fördert Qualität aus Sicht der Befragten noch zu wenig</p>	<p><b>Maßnahmenvorschläge der Befragten</b> Honorieren von Leistungen Konkurrenz um Kranke „weniger ist mehr“ Bonusheft Förderprogramme</p> <p><b>Extramurale und intramurale Versorgung</b> Anreize für JungärztInnen Gesundheitskompetenz Menschen mit Migrationshintergrund Pflege als erste Anlaufstelle Triage Systeme Spitalsambulanzen nur für SchwerpunktpatientInnen Zeitgemäße aktuelle Kataloge Case und Caremanagement Einfluss von Pharmaindustrie beschränken</p> <p><b>Das Bild der Versicherung positiv gestalten</b> Erreichbarkeit der SV Mitwirkung und Gestaltung Bsp. Projekte in der SV Digitale Medien Vereinfachung der Abrechnung Informationen bereitstellen Weiterbildung</p>

## 7 ZUSAMMENFASSUNG UND SKIZZIERUNG OFFENER FORSCHUNGSFELDER

Der Bericht „Fördernde und hemmende Motivatoren von MedizinerInnen in der beruflichen Praxis“ umfasst die Ergebnisse von qualitativen Interviews mit 48 Ärztinnen und Ärzten im niedergelassenen Bereich. Die empirische Erhebung wurde zwischen Mai und Oktober 2015 in zwei Schritten durchgeführt: Teil 1 - Explorative ExpertInneninterviews (n=10) und Teil 2 - qualitative Leitfadeninterviews (n=38) mit Kurzfragebögen (n=19).

Die Interviewtranskripte wurden anhand der folgenden Dimensionen ausgewertet: „Zugehörigkeit zur Professionskultur“, „Anerkennung von Autonomie“, „Anerkennung von Kompetenz“ sowie die „Schnittstelle ÄrztIn-Gesundheitssystem-Integration“. (vgl. Janus 2014, S. 21f)

### Professionskultur

Die Professionskultur niedergelassener ÄrztInnen ist geprägt von einem Spannungsfeld zwischen sozialer Kompetenz, emotionaler Intelligenz, „Sich auf Andere einlassen“, „Sicherheit vermitteln“, „Recht haben“, „keine Schwäche zeigen“ und „Sich abgrenzen können“. Die Kooperation und Vernetzung mit anderen MedizinerInnen findet unterschiedlich statt. Die Kommunikation ist den Befragten in Richtung der Krankenhäuser und über die eigenen Fachgrenzen hinweg wichtig. Hier könnte die Wissenschaft Vorzeigebispiele für die interdisziplinäre Vernetzung aufzeigen.

Eine These, die sich durch die Erfahrungen im Rahmen der empirischen Erhebung ergab, ist, dass ÄrztInnen im niedergelassenen Bereich stark auf monetäre Anreize (z.B. Pharmaindustrie) sozialisiert werden. Für Leistungen werden Gegenleistungen erwartet.

Der Druck zur Rechtsabsicherung auf ÄrztInnen nimmt zu. Praktische ÄrztInnen in der Peripherie haben zudem die Aufgabe der Nacht- und Wochenendbereitschaft, versorgen NotfallpatientInnen und bewältigen die psychischen Belastungen individuell und meist ohne professionelle Unterstützung. Die Befragten sprechen in diesem Zusammenhang von einem unterschiedlichen Umgang mit kritischen Situationen, von Sport über den Austausch mit KollegInnen oder mit der Familie bis hin zum Alkoholkonsum um die Sorgen zu vergessen. Ein interessantes, weiteres Forschungsfeld wäre daher die individuellen „Coping-Strategien“ von ÄrztInnen quantitativ zu erheben.

### Autonomie

Die Autonomie stellt ein Hauptmotiv bei der Entscheidung für den niedergelassenen Bereich dar. Diese Autonomie bezieht sich zum Einen auf die persönliche Gestaltung des sozialen PatientInnenkontakts und auf die Möglichkeit sein fachlich-medizinisches Spektrum unabhängig von einer Institution ausüben zu können. Zum Anderen schätzen Niedergelassene die Entscheidungsfreiheit über die eigenen Ressourcen wie Personal-, Zeit- und Geldmittel, sowie, sich die Praxis eigenverantwortlich und nach den individuellen Vorstellungen organisieren zu können.

ÄrztInnen mit Kassenvertrag nehmen Einschränkungen ihrer Behandlungsautonomie wahr, vorwiegend durch Zeitdruck, Urlaubseinschränkungen und in vielen Fällen Bereitschaftspflichten, durch Quartalsdeckelungen und Bewilligungspflichten bei bestimmten Leistungen sowie Gesamtdeckelungen in Gruppenpraxen.

Für Frauen ist ein Problem, dass Kassenstellen vielfach nicht oder nur schwer teilbar sind. Um den Beruf in der Niederlassung für junge Ärztinnen attraktiver zu gestalten, fordern mehrere Befragte in Zukunft mehr frauenfreundliche Beschäftigungsmodelle, die auch die Vereinbarkeit mit Kindererziehung und einer „Work-life-balance“ ermöglichen. Vorschläge sind hier zum Beispiel neue Ordinationskonzepte und mehr Auswahl bei den Rechtsformen. Dieses Thema eröffnet neue Forschungsfragen wie etwa: „Welche Zukunftsperspektiven sehen junge ÄrztInnen im niedergelassenen Bereich?“

Die genannten Optimierungspotentiale würden für eine detaillierte Bewertung allerdings repräsentative, quantitative Analysen, zum Beispiel auch in Bezug auf das Themenfeld "Hürden der Selbstständigkeit" erfordern.

### Anerkennung von Kompetenz

Freudebasierte Anerkennung (Janus 2014, S. 20) erfahren ÄrztInnen vorwiegend von und mit PatientInnen (Erfolgerlebnisse, Weiterempfehlung, Dankbarkeit, positive Rückmeldungen), in der medizinischen KollegInnenschaft (Zuweisung, Wertschätzung, „ernst genommen werden“) und von MitarbeiterInnen (langjährige Treue und Loyalität). Monetäre Anerkennung erhalten ÄrztInnen durch die Sozialversicherung und zum Teil von PrivatpatientInnen. Hier sehen die Befragten großes Verbesserungspotential, was die aus ihrer Sicht veralteten Leistungskataloge der Sozialversicherung betrifft: „Die Medizin hat sich weiterentwickelt, das System nicht“ (IP 18, Augenarzt mit Kassenvertrag). Einige Kompetenzen, die MedizinerInnen in Aus- und Fortbildungen erwerben, werden in der Praxis nicht angewendet, da sie nicht finanziell honoriert werden.

„Kompetenz“ erscheint aus den Thesen der Professionskultur (Janus 2014, S. 19) als ein wesentlicher Faktor für gelingende Behandlungen. Der Trend zur medizinischen Spezialisierung und Fokussierung auf Teilbereiche der Krankenversorgung in der Ausbildung trägt unter anderem dazu bei, dass die Anzahl der angehenden AllgemeinmedizinerInnen stagniert und sich im Zentralraum ansiedelt, wie auch Holst (2015, S. 3) für Deutschland diagnostiziert.

Die befragten MedizinerInnen beschreiben umfassende, medizinische Fortbildungsmöglichkeiten in ihrem Fachbereich. Die meisten betonen allerdings, dass sie sich die Kompetenzen der Betriebsführung (Rechtliches, Organisation, Administration und Personalverrechnung) selbst beigebracht haben. Hier wünschen sich die Befragten mehr Unterstützung und Angebote der Fortbildung.

### Intrinsische Motivation in der beruflichen Praxis – vom Idealismus zum Realismus

Mehrere ÄrztInnen geben an, sie wären zu Beginn ihrer Karriere intrinsisch hoch motiviert gewesen, dass der anfängliche „Idealismus“ allerdings einem „Realismus“ gewichen ist. Ausschlaggebend sind unter anderem chronische Be- und Überlastungen im Arbeitsalltag. Als Belastung nehmen es die ÄrztInnen wahr, wenn sie ohne medizinische Notwendigkeit konsultiert werden, oder wenn PatientInnen unnötige Leistungen einfordern („Mir steht ein Röntgen zu!“). Hinzu kommen bei Kassenärzten der Zeitdruck durch volle Wartezimmer und bei vielen AllgemeinmedizinerInnen die häufigen Bereitschaftsdienste.

Niedergelassene ÄrztInnen haben zum Teil das Gefühl fehlender Anerkennung: „Man arbeitet mehr als man glaubt dafür zu bekommen.“ (IP 19, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag). Weitere, persönlich demotivierende Faktoren sind Einschränkungen der Entscheidungsfreiheit, zum Beispiel durch strikte Vorgaben, bürokratische Hürden sowie Frustrationserfahrungen bereits in der Ausbildungszeit und zu Beginn der ärztlichen Tätigkeit (z.B. durch hierarchische Strukturen in Krankenanstalten).

Trotz dieser Faktoren weisen die Befragten darauf hin, dass das „Helfen“ nach wie vor ein für die Berufsgruppe der ÄrztInnen bedeutsamer, zu bewahrender Motivator im Kontakt mit PatientInnen ist. Medizinische und menschliche Erfolgserlebnisse fördern den in ihren Augen notwendigen Idealismus. Es ist auf Basis der vorliegenden Ergebnisse von der Hypothese auszugehen, dass der Idealismus stets vorhanden ist, jedoch auf Dauer durch diverse Einflussfaktoren etwas abnimmt. Diese Einflussfaktoren stellen ein spannendes Forschungsfeld dar, um sie im Rahmen einer quantitativen Analyse mit präziseren Indikatoren näher zu überprüfen.

### Schnittstelle ÄrztIn-Gesundheitssystem-Integration

Die Schnittstelle zwischen ÄrztInnen und der Sozialversicherung wird im Gutachten von Janus (2014, S. 21) auch als „Prinzipal-Agenten-Beziehung“ bezeichnet. Ziel ist eine Art „Verhandlungslösung“ und kooperatives

Verhalten um Interessen abzustimmen. Dazu müssen Wege eröffnet werden, die Beteiligten von einem Misstrauens- in ein stabiles Vertrauensverhältnis zu führen.

Im Rahmen der Studie wurden folgende Faktoren erhoben, die ein Vertrauensverhältnis behindern: KassenärztInnen fühlen sich von der Sozialversicherung abhängig und durch Tarife und Bewilligungs-Regelungen in ihrer medizinisch-fachlichen Autonomie eingeschränkt. Zum Beispiel führen Limitierungen bei Mehrarbeit in Gruppenpraxen, Quartalsdeckelungen bei EKGs, als unnötig empfundene Chefarztepflicht bestimmter Leistungen oder auch unterschiedliche Tarife je nach Krankenkasse zu Unverständnis. Misstrauen entsteht auch, wenn Krankenkassen bei Kontrollen der KassenärztInnen detektivisch vorgehen. ÄrztInnen können viele Entscheidungen der Sozialversicherung nicht nachvollziehen, und wünschen sich diesbezüglich mehr Partizipationsmöglichkeit und Transparenz.

ÄrztInnen nehmen Interessenskonflikte der Sozialversicherung wahr: Zum Beispiel wird kritisiert, die Sozialversicherung handle nicht im Sinne der PatientInnen und des gesamten Gesundheitswesens, sondern im eigenen (finanziellen) Interesse. Bundes- vs. Länderinteressen sowie politische „Machtspiele“ zwischen den verschiedenen Kostenträgern sowie einzelne gesundheitspolitische Entscheidungen führen dazu, dass viele Vorgänge im System laut Angaben der MedizinerInnen kontraproduktiv sind: Erstens kontraproduktiv in Bezug auf die medizinische Gesundheitsversorgung, zweitens kontraproduktiv in Bezug auf die Gesamtkosten des Systems. (z.B. zur Wundversorgung ins Spital, Ambulanzbesuche ohne medizinische Notwendigkeit,...)

Die PatientInnen-Frequenz hat in den vergangenen Jahren stark zugenommen. Diesbezüglich wollen die ÄrztInnen von den Sozialversicherungen nicht als „Kostenverursacher“ behandelt werden, sondern fordern stattdessen, dass PatientInnen besser durch das System gelenkt werden sollten. „Gatekeeper“ (Exp. 3) sollen zum Beispiel aus Perspektive der ExpertInnen verhindern, dass PatientInnen „Medizin als Selbstbedienungsladen“ (IP 17) nutzen. Auch die Aufklärung über die Anlaufstellen unseres Gesundheitssystems und die Förderung der Gesundheitskompetenz können dazu beitragen, dass unnötige Konsultationen verhindert werden. Mit einer besseren Zusammenarbeit zwischen dem intramuralen und dem extramuralen Bereich sollen parallele Mehrfachkonsultationen oder auch ein „Drehtüreffekt“ vermieden werden. Ein interessantes Forschungsfeld eröffnet sich in der Überprüfung dieser genannten Thesen.

Laufend interessant sind zudem Forschungs- und Evaluationsergebnisse, die sich mit gesundheitspolitischen Maßnahmen und deren (Neben-)Effekten in der Verschreibungspraxis beschäftigen. (z.B. Welche Änderungen der medizinischen Versorgung bewirken einzelne Änderungen der Tarif- und Rückerstattungspraxis, etwa aktuell durch die „Gratis-Zahnspange“ oder durch die Erneuerungen des „Mutter-Kind-Passes“?)

Aktuell funktioniert die Kooperation und Kommunikation zwischen Spital und Niedergelassenen teils gut, teils besteht Optimierungsbedarf. Jene Niedergelassenen, die sich ein informelles Netz an KollegInnen im Spital aufgebaut haben, beurteilen die Kommunikation als gut. Diese und weitere Hypothesen zu diesem Thema wären allerdings quantitativ zu überprüfen.

Die MedizinerInnen nannten im Zuge der Interviews mehrere - in ihren Augen mögliche - Einsparungspotentiale für das Gesundheitssystem. Weiterführende Befragungen von niedergelassenen MedizinerInnen und anderer Berufsgruppen bzw. betroffener PatientInnen könnten noch genauere Hinweise zur Unter-, Über- und Fehlversorgung liefern.




Allgemein empfehlen die MedizinerInnen, in Zukunft mehr in präventive Maßnahmen zu investieren, gesundheitsförderndes Verhalten durch Anreizsysteme zu fördern, Fehlleitungen und Parallelstrukturen im Gesundheitssystem zu vermeiden und Anreize für den niedergelassenen Bereich zu stärken. Zu einer guten Beziehung mit den niedergelassenen ÄrztInnen kann die Sozialversicherung laut den Befragten beitragen, indem sie einfache Strukturen mit erreichbaren AnsprechpartnerInnen herstellt, Partizipation von engagierten ÄrztInnen zum

Beispiel in Projekten mit der Sozialversicherung fördert, die Abrechnung einfach gestaltet, und Informationen über modernere, schnellere Kommunikationswege bereitstellt.



## 8 DAS FORSCHUNGSTEAM

Das Projektteam der Arbeitsgemeinschaft Sozial- und Gesundheitsforschung am Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik der Johannes Kepler Universität Linz umfasste:

	Mag.ª Agnes Kaiser Projektleitung, Projektdurchführung Endbericht		Mag.ª Dr.ª in Anna Maria Dieplinger Konzept Wissenschaftliche Begleitung
			Ariane Serglhuber Wissenschaftliche Mitarbeiterin Interviewkoordination

### Kontakt:



Altenbergerstr. 69  
4040 Linz  
Telefon: +43 (0)732 / 2468-7166  
Internet: [www.gespol.jku.at](http://www.gespol.jku.at)  
E-Mail: [Agnes.Kaiser@jku.at](mailto:Agnes.Kaiser@jku.at)

## 9 QUELLEN

- Atteslander, P. (2006): Methoden der empirischen Sozialforschung. 11. Auflage, Berlin: Erich Schmidt.
- Bortz, J./ Döring, N. (2006): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. 4., überarbeitete Auflage. Berlin: Springer Medizin Verlag Heidelberg.
- Diekmann, A. (1998): Empirische Sozialforschung. 4. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Exp. 1 – Exp. 10: ExpertInneninterviews; Teil 1 der Studie „Fördernde und hemmende Motivatoren von niedergelassenen MedizinerInnen in der beruflichen Praxis“
- Gläser, J./ Laudel, G. (2009): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. 3., überarbeitete Auflage. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Holst, J. (2015): Rethinking Medical Training in Germany Towards Rural Health Care. Primary Health Care 5: 194. URL: <http://www.omicsgroup.org/journals/rethinking-medical-training-in-germany-towards-rural-health-care-2167-1079-1000194.pdf> 29.11.2015
- IP 1 – IP 38: Interviews mit Allgemein- und FachärztInnen in Österreich; Teil 2 der Studie „Fördernde und hemmende Motivatoren von niedergelassenen MedizinerInnen in der beruflichen Praxis“
- Janus, K. (2014): Gutachten zur Gestaltung nicht-monetärer Anreize für Ärztinnen und Ärzte. Hamburg: o.V.
- Lamnek, S. (2005): Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch. 4. Vollständig überarbeitete Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- Mayring, P. (2003): Qualitative Inhaltanalyse. Grundlagen und Techniken. 8. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz UTB.
- Mayring, P. (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. 5. Auflage. Weinheim; Basel: Beltz Verlag.

## 10 ANHANG

- Gesamtübersicht der Befragten nach Fachgebiet, Vertragsstatus, Geschlecht und Bundesland
- Erhebungsinstrumente:
  - Interviewleitfaden Explorative Interviews
  - Interviewleitfaden Qualitative ÄrztInnenbefragung
  - Kurz-Fragebogen „Stimmungsbarometer“

Gesamtübersicht der Befragten nach Fachgebiet, Vertragsstatus, Geschlecht und Bundesland				
Interview Nr.	Fachgebiet	Kassenvertrag	Geschlecht	Bundesland
Exp. 1	Innere Medizin	nein	männlich	OÖ
Exp. 2	Allgemeinmedizin	nein	männlich	NÖ/ W
Exp. 3	Allgemeinmedizin	ja	männlich	OÖ
Exp. 4	Allgemeinmedizin	ja	weiblich	STM
Exp. 5	Allgemeinmedizin	ja	weiblich	NÖ
Exp. 6	Allgemeinmedizin	ja	weiblich	NÖ
Exp. 7	Kinder- und Jugendheilkunde	nein	männlich	OÖ
Exp. 8	Kinder- und Jugendheilkunde	ja	weiblich	OÖ
Exp. 9	Urologie	nein	männlich	NÖ
Exp. 10	Innere Medizin	ja	männlich	OÖ
IP 01	Allgemeinmedizin	nein	weiblich	OÖ
IP 02	Augenheilkunde	ja	weiblich	W
IP 03	Augenheilkunde	nein	männlich	OÖ
IP 04	Allgemeinmedizin	nein	männlich	OÖ
IP 05	Haut- und Geschlechtskrankheiten	nein	männlich	TIR
IP 06	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	nein	männlich	OÖ
IP 07	Innere Medizin, Schwerpunkt Onkologie	nein	männlich	OÖ
IP 08	Innere Medizin, Schwerpunkt Rheumatologie	nein	männlich	OÖ
IP 09	Sport-/ Unfallchirurgie	nein	männlich	SBG
IP 10	Gynäkologie und Geburtshilfe	nein	weiblich	OÖ
IP 11	Orthopädie, Schwerpunkt Kinder	ja	männlich	OÖ
IP 12	Dermatologie	ja	weiblich	OÖ
IP 13	Psychiatrie	nein	männlich	OÖ
IP 14	Kinder- und Jugendheilkunde	nein	weiblich	OÖ
IP 15	Allgemeinmedizin	ja	männlich	SBG
IP 16	Zahnmedizin	nein	männlich	SBG
IP 17	Allgemeinmedizin	ja	männlich	OÖ
IP 18	Augenheilkunde	ja	männlich	SBG
IP 19	Allgemeinmedizin	ja	männlich	OÖ
IP 20	Allgemeinmedizin	nein	weiblich	OÖ
IP 21	Allgemeinmedizin	ja	weiblich	W
IP 22	Urologie	ja	männlich	W
IP 23	Allgemeinmedizin	nein	weiblich	NÖ
IP 24	Allgemeinmedizin	ja	männlich	OÖ
IP 25	Allgemeinmedizin	ja	männlich	W
IP 26	Allgemeinmedizin	ja	männlich	SBG
IP 27	Allgemeinmedizin	ja	männlich	OÖ
IP 28	Allgemeinmedizin	nein	weiblich	OÖ
IP 29	Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten	ja	männlich	SBG
IP 30	Orthopädie	nein	männlich	SBG
IP 31	Kinder- und Jugendheilkunde	ja	männlich	SBG
IP 32	Innere Medizin - Schwerpunkt Diabetes	ja	weiblich	W
IP 33	Allgemeinmedizin	ja	männlich	OÖ
IP 34	Allgemeinmedizin	ja	männlich	OÖ
IP 35	Allgemeinmedizin	ja	männlich	OÖ
IP 36	Allgemeinmedizin	ja	männlich	W
IP 37	Innere Medizin	ja	männlich	OÖ
IP 38	Allgemeinmedizin	ja	weiblich	STM

## ExpertInneninterview

InterviewpartnerIn: Exp. Nr. \_\_\_\_\_

Ort der Praxis (PLZ) (oder Arbeitgeber):		Kassenvertrag	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
Alter		Geschlecht	<input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Im niedergel. Bereich tätig seit...		Gruppenpraxis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
Fachgebiet		Zusatzanmerkungen	

Wir führen eine Studie der Arbeitsgruppe für Sozial- und Gesundheitsforschung am GESPOL Institut der JKU Linz durch. Hierbei sollen die Bedürfnisse und Motivationsfaktoren von Ärztinnen und Ärzten im niedergelassenen Bereich erfasst werden.

1. Können Sie uns zu Beginn kurz Ihren beruflichen Werdegang beschreiben?
2. Was hat Sie persönlich dazu bewegt in die Praxis im niedergelassenen Bereich zu gehen?
3. Warum war wollten Sie nicht im Krankenhaus tätig sein?
4. Welche Herausforderung hatten und haben Sie derzeit (oder haben MedizinerInnen) in der beruflichen Praxis?
  - a. In welchem Bereich hätten Sie in Ihrer Praxis gerne mehr Selbstbestimmungsmöglichkeiten? Wo würden Sie gerne Entscheidungs-Autonomie abgeben?
  - b. Wie wichtig ist Ihnen die persönliche Anerkennung? Von welchen Seiten erhalten Sie berufliche Anerkennung, wo würden Sie sich mehr Anerkennung wünschen?
  - c. Wie ist Ihre Erfahrung mit Pflichten/Verpflichtungen in Ihrer praktischen Arbeit? (Was ist für Sie persönlich berufliches Vergnügen, welche Pflichten „nerven“ Sie?)

- d. Wie erweitern Sie Ihre Kompetenz? Was ist Ihnen da wichtig?
  - e. Möchten Sie zum Thema „Weiterbildung“ etwas anmerken?
  - f. Fehlt Ihnen im niedergelassenen Bereich die Teamarbeit unter KollegInnen?
5. Was glauben Sie persönlich braucht ein Arzt/eine Ärztin um in der Praxis bestehen zu können? (Welche Eigenschaften muss er od. sie mitbringen? Wie müssen die Gegebenheiten sein?)
- a. Was glauben Sie persönlich kann einen Arzt /eine Ärztin motivieren eine Praxis in der ländlichen Region zu eröffnen?
6. Warum glauben Sie werden Mediziner WahlärztInnen?
- a. Wo sind aus Ihrer Sicht die Vorteile/Nachteile ein „WahlärztInnen“ zu sein?
  - b. Wären Sie gerne WahlärztIn? Warum?
7. Warum wählen Mediziner einen Kassenvertrag?
- a. Wo sind aus Ihrer Sicht die Vorteile ein „VertragsärztIn“ zu sein?
  - b. Wären Sie gerne Vertragsarzt/in? Warum?
  - c. Wo werden Sie als MedizinerIn durch einen Kassenvertrag eingeschränkt?
8. Wenn Sie an Ihre erste Ausbildungszeit zurückdenken. Als junge/r Arzt/Ärztin was unterscheidet Sie zu heute? Wie haben Sie sich pers. verändert?
- a. Wie haben sich Ihre Prioritäten in den vergangenen Jahren verändert? In Bezug auf ....
    - i. Freizeit
    - ii. Dienstzeit
    - iii. PatientInnenkontakt
    - iv. Anzahl der PatientInnen und Klientel

- v. MitarbeiterInnen
  - vi. Berufliche Kontakte; KollegInnen aus dem Fach
  - vii. Dokumentation und Abrechnung
9. Was fördert und was hemmt Ihrer Meinung nach die Qualität der Versorgung von Menschen?
- a. Welche Prozesse braucht es noch?
  - b. Was kann die Sozialversicherung über ihre Strukturen zu einer besseren Versorgung beitragen?
10. Wie läuft die Zusammenarbeit der ÄrztInnen mit der Sozialversicherung?
11. Wo (Stadt/ Land/ Bundesländer....) gibt es Verbesserungsbedarf?
12. Gibt es da Unterschiede je nach medizinischer Fachrichtung? Wenn ja, in welchen Fachrichtungen sehen Sie Optimierungsbedarf?
13. Was möchten Sie uns noch mitteilen?

## Leitfaden für qualitative Interviews mit MedizinerInnen

InterviewpartnerIn: Nr. \_\_\_\_\_

Durchgeführt am \_\_\_\_\_

Dauer in Minuten: \_\_\_\_\_

Danke, dass Sie sich für das Gespräch bereiterklärt haben. Ich führe dieses Interview für die Universität Linz durch (MitarbeiterIn der Arbeitsgruppe für Sozial- und Gesundheitsforschung am Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik). Bei dieser Studie sollen die Bedürfnisse und Motivationsfaktoren von Ärztinnen und Ärzten im niedergelassenen Bereich erfasst werden. Darf ich das Gespräch mit dem Tonband aufnehmen? Diese Aufnahme dient ausschließlich dazu, dass ich später die Inhalte unverfälscht analysieren kann. Selbstverständlich werden Ihre Daten vertraulich und anonym behandelt.

### Zu Ihrer beruflichen Situation:

1. Bitte beschreiben Sie uns zu Beginn kurz in Stichworten Ihren beruflichen Werdegang seit Ihrem Studienabschluss.
2. Was hat Sie persönlich dazu bewegt im niedergelassenen Bereich zu arbeiten?
3. Wie sind Sie mit den Herausforderungen umgegangen plötzlich Arbeitgeber zu sein?
4. Wie bilden Sie sich fort?
5. Was tun Sie nach krisenhaften Situationen für Ihre persönliche Psychohygiene?
6. In welcher Form erfahren Sie persönlich Anerkennung von den folgenden Gruppen:
  - 6.1. Anerkennung von Seite der PatientInnen?
  - 6.2. Anerkennung von Seite Ihrer MitarbeiterInnen?
  - 6.3. Anerkennung von der medizinischen Kollegenschaft?
  - 6.4. Anerkennung von Seite der Krankenkassen?

### Wenn wir schon von Krankenkassen und Sozialversicherung sprechen:

7. Ein Kassenvertrag bringt gewisse Einschränkungen mit sich, zum Beispiel Dokumentations- und Abrechnungsvorschriften oder auch den Zeitrahmen der Ordinationsöffnungszeiten. Gibt es Bereiche, wo Sie sich als Vertragsarzt andere Regelungen wünschen würden?
8. Was hindert Ihrer Meinung nach ÄrztInnen daran, eine Praxis am Land zu eröffnen?
9. Wie würden Sie aktuell die Zusammenarbeit zwischen Ihrer Ordination und den Krankenhäusern beschreiben?
10. Fällt Ihnen eine Maßnahme ein, durch die die Krankenhäuser und der niedergelassene Bereich noch besser zusammenarbeiten könnten?



**Wenn Sie an Ihre erste Ausbildungszeit zurückdenken...**

11. Zu Beginn Ihrer Ausbildung und auch als junge/r Arzt/Ärztin ist das Ausmaß des Idealismus ja sehr hoch. Im Laufe Ihrer beruflichen Tätigkeit: Mit welchen Faktoren vermindert sich dieser Idealismus aus Ihrer Sicht?

**Und im letzten Teil des Interviews wollen wir einen Blick in die Zukunft werfen:**

12. Welche Prozesse braucht es in Zukunft für eine optimale Versorgungsqualität?

13. Was kann die Sozialversicherung über ihre Strukturen zu einer besseren Versorgung beitragen?

14. Wer könnte Ihrer Meinung nach eine Koordinationsfunktion übernehmen, damit die PatientInnen in Zukunft noch besser durch das Gesundheitssystem gelenkt werden?

15. Wie würde aus Ihrer Sicht eine ideale Praxis laufen?

15.1. Wie ist Ihre Meinung zu multiprofessionellen Versorgungszentren, das heißt, dass Mediziner mit einem Team z.B. einer Hebamme, einer Physiotherapeutin und einem Sozialarbeiter, in der Ordination arbeiten?

15.2. Wer könnte Ihrer Meinung nach in Zukunft für die PatientInnen als erste Anlaufstelle ins Gesundheitssystem dienen?

16. Wir sind fast fertig. Gibt es noch etwas, das Ihnen rund um das Thema „Motivationsfaktoren und Bedürfnisse von MedizinerInnen“ am Herzen liegt, das Sie mir mitgeben möchten?

Zum Schluss beantworten Sie mir bitte noch die folgenden Fragen für die Statistik:

Fragen zum Mediziner		Fragen zur Praxis	
Fachgebiet	<input type="checkbox"/> Allgemeinmedizin <input type="checkbox"/> Facharzt für ..... <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> männlich	Bundesland	
Geschlecht		Ort der Praxis (oder Bezirk)	
Alter		PatientInnenklientel (mehrere Antworten möglich)	<input type="checkbox"/> Stadt <input type="checkbox"/> Stadt-Umland <input type="checkbox"/> ländlich
Im niedergelassenen Bereich tätig seit (Jahreszahl)		Ich führe meine Ordination .....	<input type="checkbox"/> als Einzelpraxis <input type="checkbox"/> gemeinsam mit ..... ÄrztInnen in einer Gruppenpraxis
Als Arzt/Ärztin tätig seit:		Kassenvertrag	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
Platz für Zusatzanmerkungen			



## Kurz-Fragebogen

InterviewpartnerIn: Nr. \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Wir bitten Sie um eine kurze Einschätzung zu den folgenden Aussagen. Es handelt sich bei diesen Aussagen um Wunsch-Ziele, die von Mediziner-KollegInnen bei früheren Interviews bereits formuliert wurden.

Bitte geben Sie an...

Gehen Sie Frage für Frage durch und bewerten Sie in Prozent:  <b>Erfüllungsgrad:</b> <i>Wo stehen wir heute? Bitte geben Sie bei jeder Aussage an, inwieweit dieses Ziel bereits erfüllt ist.</i> <b>Handlungsbedarf:</b> <i>Bewerten Sie, welche Notwendigkeit besteht heute, und auch in Hinblick auf morgen, etwas zu verbessern?</i>	Erfüllungsgrad heute		Handlungs-Bedarf	
	in Prozent von 100	Nicht beurteilbar	in Prozent von 100	Nicht beurteilbar
1. MedizinerInnen, die eine Praxis eröffnen oder übernehmen wollen, haben keine unnötigen Hürden am Weg in die Selbstständigkeit. Anmerkung .....	.....%	<input type="radio"/>	.....%	<input type="radio"/>
2. Die Tarifstrukturen in der Verrechnung sind dem aktuellen Bedarf der Gesundheitsversorgung angepasst. Anmerkung .....	.....%	<input type="radio"/>	.....%	<input type="radio"/>
3. Die Sozialversicherung fördert die Qualität der med. Versorgung. Anmerkung .....	.....%	<input type="radio"/>	.....%	<input type="radio"/>
4. Ressourcen werden im niedergelassenen, medizinischen Bereich effizient eingesetzt. (z.B. werden unnötige Untersuchungen vermieden) Anmerkung .....	.....%	<input type="radio"/>	.....%	<input type="radio"/>
5. Was ÄrztInnen betrifft: In meinem Fachgebiet gibt es ausreichend Kassenstellen für die Gesundheitsversorgung im niedergelassenen Bereich. Anmerkung .....	.....%	<input type="radio"/>	.....%	<input type="radio"/>
6. PatientInnen werden im Gesundheitssystem zu den richtigen Anlaufstellen verwiesen. (Fälle für HausärztInnen, FachärztInnen, Ambulanzen, Krankenhäuser ...) Anmerkung .....	.....%	<input type="radio"/>	.....%	<input type="radio"/>
7. Die Kooperation zwischen Krankenhäusern und den niedergelassenen ÄrztInnen ist „problemlos“. Anmerkung .....	.....%	<input type="radio"/>	.....%	<input type="radio"/>
8. "Arbeit und Leben (Work-Life-Balance) lassen sich in meinem Beruf gut vereinbaren." Anmerkung .....	.....%	<input type="radio"/>	.....%	<input type="radio"/>
9. Die Entscheidungen der Sozialversicherung (Krankenkassen) sind für mich persönlich nachvollziehbar. Anmerkung .....	.....%	<input type="radio"/>	.....%	<input type="radio"/>