

**Ilse Arlt Institut
für Soziale Inklusionsforschung**
Ilse Arlt Institute on Social Inclusion Research

Matthias Corvinus Str. 15
3100 St. Pölten
T: +43 (2742) 313 228
E: inclusion@fhstp.ac.at
I: <http://inclusion.fhstp.ac.at>



Erwartungen an die Primärversorgung - Die Patient*innenperspektive

Projektbericht

Projektzeitraum: Dezember 2013 bis November 2014

Auftraggeber: Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger

Projektleitung: Prof. (FH) Dr. Tom Schmid

St. Pölten, im November 2014

Unter Mitarbeit von

Manuela Krivda
Pascal Laun, BA
Andreas Neidl, MA
Katharina Auer, MA
Mag.^a (FH) Sabine Sommer

Executive Summary

Ein wesentlicher Bestandteil der Gesundheitsreform ist die Aufwertung der Primärversorgung. In diesem Zusammenhang lautet die Fragestellung der Studie: Was erwarten sich Patient*innen von einem „guten Hausarzt“ oder einer guten „Hausärztin“?

Verwendete Methoden waren: Analyse von Literatur und Dokumenten, 37 narrative Interviews mit Patient*innen, Interviews mit 5 Allgemeinpraktiker*innen sowie eine Fachtagung.

Ausgangspunkt ist eine theoretische Analyse der Ärzt*in-Patient*in-Beziehung. Historisch findet sich eine Abfolge von drei Formen:

- Medizin am Bett (Bedside Medicine)
- Medizin im Krankenhaus (Hospital Medicine)
- Gerätemedizin (Laboratory Medicine)

Aktuell entwickelt sich im wissenschaftlichen Diskurs eine Polarisierung zwischen der Patient-centered medicine (biopsychosoziales Modell) und der Evidence Based Medicine, obwohl es in der Praxis eine Überschneidung beider Ansätze gibt. Gegenwärtig finden sich in der Literatur folgende vier Modelle der Beziehungen zwischen Ärzt*innen und Patient*innen:

- Paternalistisches Beziehungsmodell
- Beziehung auf Gegenseitigkeiten
- Konsument*innenbeziehung
- „säumige“ Beziehung

Die Frage der gegenständlichen Studie war eine Analyse vorfindbarer Beziehungsformen bei Patient*innen mit mindestens einem Kontakt in einer allgemeinpraktischen Ordination (Primärversorgung) im letzten Jahr. Allgemein findet man bei den Befragten eine hohe Zufriedenheit mit Allgemeinpraktiker*innen, dabei sind die persönlichen Beziehungen zum*zur Hausärzt*in von hoher Bedeutung. Deren*dessen „Social-Skills“ stehen im Vordergrund der Bewertung. In der Bewertung der Primärversorgung findet sich aber ein starkes Stadt-Land-Gefälle. Gewünscht wird vor allem der Samstag als zusätzlicher Ordinationstag, ausreichend Zeit für Patient*innen und gleichzeitig kurze Wartezeiten, Kenntnisse über alternative Behandlungsformen, einen Schutz vor wirkungslosen Therapien, therapeutische Gespräche, Attraktivierung der Ordinationsausstattung und eine Verbesserung der Terminvergabe.

Insgesamt lassen sich sechs verschiedene Typen von Erwartungen der Patient*innen an „gute“ hausärztliche Versorgung unterscheiden:

- Typ 1 - Berater*in: „autonom-dialogische*r Vertrauensärzt*in“
- Typ 2 - Unkonventionelle*r: „Ganzheitliche*r Vertrauensärzt*in“:
- Typ 3 - Aufklärer*in: „medizinische Dienstleister*in“
- Typ 4 - Zettelschreiber*in: „Systemdienstleister*in“
- Typ 5 - Umfassende*r Betreuer*in: „Fürsorgliche*r Hausärzt*in“
- Typ 6 - Wettbewerber*in: „Kundenzentrierte*r Hausärzt*in“

Aus Sicht der befragten Hausärzt*innen findet sich eine große Bandbreite an Erwartungen zwischen „schnelle Lösung“ und „jemanden zum Zuhören“. Diese Erwartungen beeinflussen die Wahl des*der Hausärzt*in und sind abhängig von dem Problem, Einstellung zur Medikamenteneinnahme, Alter, Geschlecht. Auch aus der Sicht der Ärzt*innen erwarten alle Patient*innen kurze Wartezeiten. Aus Sicht der befragten Ärzt*innen macht es einen „guten Hausarzt“ aus, die Erwartungen schnellstmöglich zu erkennen und Behandlung daran anzupassen. Eine gute Beziehung besteht vor allem aus Zuhören und Ehrlichkeit und darin, eigene Grenzen zu erkennen (z.B. Weitervermittlung), eine Abgrenzung gegenüber den Ambulanzen und die Betonung der Alleinstellungsmerkmale des*der Hausärzt*in, langjährige Kenntnis des*der Patient*in und des Umfeldes, schnelles Erkennen von Veränderungen bei Patient*innen.

Einschätzung der befragten Ärzt*innen bezüglich der von uns herausgefundenen Typisierung: Der „wirtschaftsbezogene Typus“ gewinnt entgegen dem „Idealistischen Typus“ an Bedeutung, der „dialogische Typus“ nimmt zu, die „Götter in Weiß“ werden immer seltener, der Typus des „Zackigen“ ist nachwievor verbreitet.

Wesentliche Verbesserungsvorschläge der Befragten zur Versorgungslage sind: der Berufsstand muss aufgewertet werden, Verbesserung der Ausbildung (v.a. durch Lehrpraxen), höhere (finanzielle) Honorierung, mehr Anerkennung durch Systempartner*innen, Abbau von Bürokratie, Stärkung der Kompetenzen (z.B. bei Medikamentenausgabe, Assistenz durch diplomierte Kräfte). Die Zusammenarbeit mit der Sozialversicherung ist zu verbessern.

Aus dieser Untersuchung ergeben sich folgende **Empfehlungen** des Forschungsteams: Eine bessere Wahrnehmung des Spannungsverhältnisses „Kurze Wartezeiten – lange Behandlungszeiten“ von allen Stakeholdern der Primärversorgung ist nötig. Notwendig sind auch flexiblere Öffnungszeiten (am Abend / am Wochenende). Die Patient*innen wollen ernst genommen werden (nicht als „Nummer“ gelten). Die Unterschiede in der Ärzt*in – Patient*inbeziehung zwischen Stadt und Land sollten in der Planung von Primärversorgungszentren beachtet werden. Unterschiedliche Erwartungen („Typen“) in der Behandlung sollten wahrgenommen werden, um darauf flexibel eingehen zu können. Patient*innen wollen nicht als „Kund*innen“ wahrgenommen werden (Ausnahme: Typ 6)

Empfehlungen für die Primärversorgung: Sozialarbeit sollte (auch als Träger*in von Case Management) verbindlich in den Kern der Organisation eingebaut werden, möglichst viele Angebote sollten „in einer Hand“ vorhanden sein (vor allem am Land, aber auch in der Stadt werden „unnötige Wege“ abgelehnt). Für Behandler*innen (Ärzt*innen und andere Gesundheitsberufe) gilt: Wenn es gelingt, den vorhandenen Druck rauszunehmen und Stress abzubauen (auch als Burnout Prophylaxe) steigert das die Arbeits- und Lebensqualität der Beschäftigten, erhöht aber auch die von den Patient*innen nachgefragte Flexibilität.

Für zukünftige Forschung in diesem Bereich wäre notwendig: Eine Begleitforschung bei Aufbau der neuen Primärversorgung (vor allem bei den Modellzentren). Ebenso wäre eine quantitative Überprüfung der hier gewonnenen „Typen“ und ihrer Verteilung bei den Patient*innen durch eine Repräsentativbefragung sehr wünschenswert.

Inhaltsverzeichnis

1. Ausgangslage und Aufgabenstellung	6
2. Primärversorgung.....	6
3. Arbeitspakete und Methodisches Vorgehen	10
3.1 Methodisches Vorgehen.....	10
3.2 Arbeitspakete des gegenständlichen Projektes	11
4. Primärversorgung – die Patient*innenperspektive	12
4.1 Zum Verhältnis von Ärzt*innen und Patient*innen	12
4.1.1 Vier Formen der Ärzt*innen – Patient*innenbeziehung in der Literatur	14
4.2 Ergebnisse der Interviews im Überblick.....	16
4.3 Typisierung des „idealen Hausarztes“ aus Patient*innensicht	18
4.4 Ergebnisse im Detail	20
4.4.1 Typus 1 – Der*die Berater*in: „autonom-dialogische*r Vertrauensärzt*in“	20
4.4.2 Typus 2 – Der*die Unkonventionelle: Ganzheitliche*r Vertrauensärzt*in	44
4.4.3 Typus 3 – Der*die Aufklärer*in: „medizinische*r Dienstleister*in“.....	54
4.4.4 Typus 4 – Der*die Zettelschreiber*in: Systemdienstleister*in	60
4.4.5 Typus 5 – Umfassende*r Betreuer*in: Kompetente*r Hausärzt*in.....	65
4.4.6 Typus 6 – Der*die Wettbewerber*in: Kundenzentrierte*r Hausärzt*in.....	66
4.5 Sicht befragter Hausärzt*innen.....	69
5. Zusammenfassung und Empfehlungen	75
6. Literatur.....	77
7. Referenzen.....	79
7.1 ProjektmitarbeiterInnen	79
7.2 Das Ilse Arlt Institut für Soziale Inklusionsforschung.....	81
8. Anhang.....	83
8.1 Narrative Interviews.....	83
8.2 Leitfadeninterviews der befragten Ärzt*innen	85
8.3 Fachtagung am 18. 9. 2014.....	86

1. Ausgangslage und Aufgabenstellung

Im Zuge der Gesundheitsreform wird die „Aufwertung der Primärversorgung“ seit einigen Monaten stark diskutiert. In dieser Diskussion geht es darum, die Primärversorgung – in Abgrenzung zu Fachärzt*innen und Ambulatorien – zur „natürlichen“ Anlaufstelle für Patient*innen zu machen. Mit einer entsprechenden Lenkung der Patient*innen erwartet man eine (finanzielle) Entlastung der höherschwelligen Anbieter von Gesundheitsleistungen (Spitalsambulanzen, stationäre Spitalsversorgung, Fachärzt*innen) und eine deutlich verbesserte Primärversorgung. Mit einem „*Team rund um den Hausarzt*“ - so die Einigung der beteiligten Stakeholder im Juni 2014 (Bundeszielst. 2014), bestehend aus Ärzt*innen, Pflegepersonen, Sozialarbeiter*innen und andere Gesundheitsprofessionen sollen in den kommenden Jahren leistungsfähige Primärversorgungszentren oder -netzwerke in ganz Österreich entstehen. Damit werden auch die Zielsetzungen der österreichischen Rahmengesundheitsziele (BM für Gesundheit 2012) umgesetzt.

Allerdings besteht derzeit in Österreich kaum gesichertes empirisches Wissen darüber, welche Erwartungen Patient*innen überhaupt an „gute“ Primärversorgung haben. Dieser Frage soll im gegenständlichen Projekt empirisch nachgegangen werden.

2. Primärversorgung

Im Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz wird die Stärkung der Primärversorgung als zentrales Ziel der Gesundheitsreform festgelegt. Unter Primärversorgung wird dabei die „*allgemeine und direkt zugängliche erste Kontaktstelle für alle Menschen mit gesundheitlichen Problemen im Sinne einer umfassenden Grundversorgung*“ (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz § 3 Z 7) verstanden. Diese „*soll den Versorgungsprozess koordinieren und gewährleistet ganzheitliche und kontinuierliche Betreuung. Sie berücksichtigt auch gesellschaftliche Bedingungen*“ (ebenda).

Ausgangspunkt für diese Entwicklung ist die Wahrnehmung, dass trotz der alltäglichen Primärversorgung auf hohem Niveau durch Ärzt*innen und nichtärztlichen Gesundheitsberufen zu beobachten ist, „*dass aus Sicht der Patientinnen und Patienten den an der Primärversorgung beteiligten Gesundheitsberufen vielfach die praktischen Möglichkeiten fehlen, eine koordinierte Versorgung tatsächlich sicher zu stellen. Damit geht sehr viel an Kontinuität in der medizinischen und pflegerischen Versorgung verloren. Daran leidet die Patientenorientierung und es geht Potenzial für gesteigerte Effektivität und Effizienz im Gesundheitssystem verloren*“ (Bundes-Zielesteuerungskommission 2014:5). Aus diesem Befund wird gefolgert: „*Primärversorgung braucht ein Mehr an Kommunikation und Koordination zwischen den Versorgungsbereichen.*“ (ebenda).

Aus diesem Befund wurde im Zuge der Gesundheitsreform ein Konzept erarbeitet, dass am 30. Juni 2014 durch die Bundes-Zielesteuerungskommission beschlossen wurde und den Aufbau regionaler Primärversorgungseinheiten beinhaltet. Im Konzept heißt es dazu: „*Die*

bestehende Form der Primärversorgung soll dahingehend weiter entwickelt werden, dass sie im Zusammenwirken von Ärztinnen und Ärzten und den verschiedenen anderen Gesundheitsberufen im Vergleich zur heutigen Realität in einer organisatorisch gestärkten Form umfassende Funktionen übernehmen kann“ (Bundes-Zielsteuerungskommission 2014:5f). Und weiter heißt es: „Ein zentrales Ziel ist dabei auch, durch eine Stärkung der Leistungsfähigkeit der Primärversorgung der im internationalen Vergleich zu hohen Krankenhaushäufigkeit und dem ungebremsten Zulauf in die Spitalsambulanzen in Österreich begegnen zu können.“ (ebenda, 6).

Im Zentrum dieser Strategie steht die Stärkung der lokalen, wohnortnahen Versorgung durch die Herausbildung stabiler Netzwerke, in denen die verschiedenen Anbieter*innen von Gesundheitsdienstleistungen koordiniert und strukturiert als Team zusammen arbeiten. Dadurch wird eine verbesserte Prozess- und Ergebnisqualität (siehe Donabedian 1982) erwartet. *„Aus Sicht der Patientinnen und Patienten geht es um eine vertraglich abgesicherte und somit verbesserte Koordination und Kooperation zwischen den Gesundheitsberufen.“* (Bundes-Zielsteuerungskommission 2014:6). Durch die Effizienz- und Erfolgsverbesserung medizinischer Versorgung sollen überlange Wartezeiten reduziert und unnötige Wege von Patient*innen, auch im extramuralen Bereich sowie Mehrfachuntersuchungen vermieden werden.

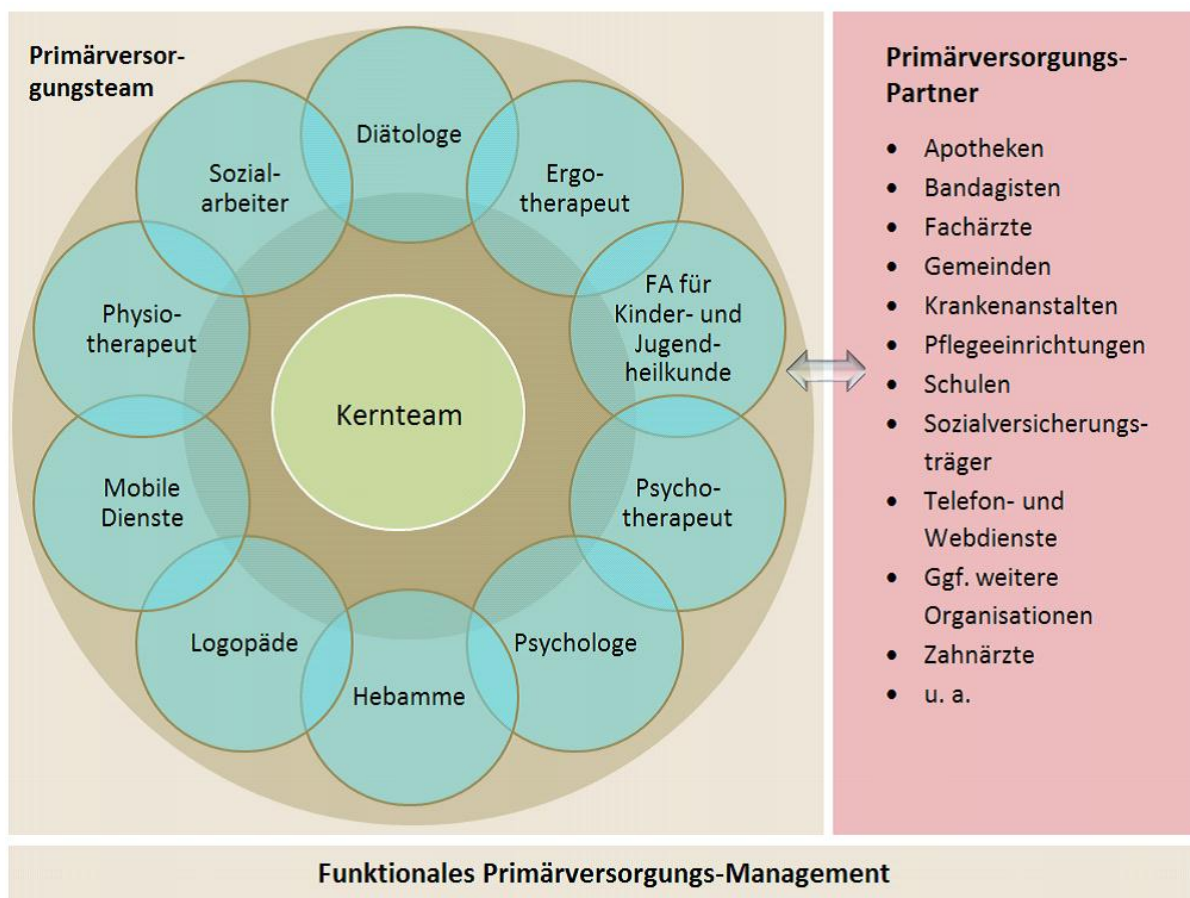
Die technisch/organisatorische Umsetzung hängt von regionalen Gegebenheiten und den bereits vorhandenen Strukturen und Ressourcen ab. Dieses Konzept ist *„auf eine mittel- und langfristige Entwicklung angelegt, an dessen Beginn auch eine Phase von Pilotierungen, des Ausprobierens und der Evaluierung stehen muss.“* (Bundes-Zielsteuerungskommission 2014:7).

Die Funktionen der gestärkten Primärversorgung wird durch folgende Punkte beschrieben (Bundes-Zielsteuerungskommission 2014:9):

- Niederschwelliger Zugang
- Umfassende Versorgung durch die Allgemeinmedizin in multiprofessionellen Teams
- Evidenzbasierung
- Kontinuierliche Versorgung
- Gesundheitsorientierung
- Proaktives Zugehen
- Auf die einzelnen Personen bezogene Versorgung
- Familienorientierte Versorgung
- Bevölkerungsorientierung
- Lernende Organisation

Die neue Primärversorgung soll die erste Anlaufstelle für die Patient*innen sein, das erfordert eine gute örtliche und zeitliche Erreichbarkeit sowie auch aufsuchende Dienste (Hausbesuche).

Das multiprofessionelle Team kann in folgender Grafik (Bundes-Zielsteuerungskommission 2014: 16) dargestellt werden.



Anmerkung: Zusammensetzung des Primärversorgungsteams muss auf die regionalen Erfordernisse abgestimmt sein. Die Koordination und Kontinuität der Betreuung wird intern durch ein funktionales Primärversorgungs-Management gesichert.

Quelle: Bundes-Zielesteuernungskommission 2014:16

Als „Kernteam“ wird in diesem Konzept (Bundes-Zielsteuerungskommission 2014:15) beschrieben:

- Ärzt*in für Allgemeinmedizin
- Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson(en)
- Ordinationsassistent*in

Je nach Bedarf kann dieses Kernteam durch weitere „*primärversorgungsrelevante Berufsgruppen*“ (Bundes-Zielsteuerungskommission 2014:15) ergänzt werden (diese Berufsgruppen werden in der oben abgebildeten Grafik angeführt). Darüber hinaus steht das Primärversorgungsteam in regelmäßigem Kontakt zu anderen Stakeholdern des Gesundheitssystems (Apotheken, Sozialversicherungen, Schulen, Gemeinden, Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen, etc.).

Die hierarchische Struktur ist klar geregelt und geht schon aus dem Titel des Konzeptes („*Das Team rund um den Hausarzt*“) hervor: „*Ärztliche und nichtärztliche Gesundheits- und Sozialberufe arbeiten unter der medizinischen Leitung des Arztes in der Primärversorgung im Team. Jede Berufsgruppe und jede Person übernimmt als Teammitglied Aufgaben entsprechend der berufsrechtlichen geregelten Zuständigkeiten und ihrer jeweiligen*

Kompetenz. Dieses Potential gilt es vollinhaltlich zu nutzen.“ (Bundes-Zielsteuerungskommission 2014:17).

In der folgenden Darstellung beschäftigen wir uns mit der Frage, was sich (potentielle) Patient*innen von einer guten Primärversorgung erwarten. Um das zu erheben, wurden 37 qualitative, unstrukturierte (narrative) Interviews mit Anspruchsberechtigten und ergänzend fünf Leitfadeninterviews mit niedergelassenen Allgemeinmediziner*innen geführt und durch das Forschungsteam ausgewertet.

3. Arbeitspakete und Methodisches Vorgehen

3.1 Methodisches Vorgehen

Ziel des gegenständlichen Projektes war eine qualitative Erhebung von Erwartungen der Patient*innen an „gute“ Primärversorgung. Dabei wurde ein Sample von Patient*innen narrativ interviewt.

Angestrebt wurden (in Zusammenarbeit mit den betreffenden Sozialversicherungsträgern) fünfzig Interviews, die sich regional wie folgt aufteilen sollten:

- 10 Interviews in Wien
- 10 Interviews im südlichen Burgenland
- 10 Interviews im Niederösterreichischen Waldviertel
- 10 Interviews in Salzburg (Land)
- 10 Interviews mit Anspruchsberechtigten der SV der Gewerblichen Wirtschaft und der Bauern in den definierten Regionen

Um diese Interviews zu ermöglichen, wurden von den beteiligten Sozialversicherungsträgern (WGKK, BGKK, NÖGKK, SGKK, SVA, SVB) jeweils zwischen 200 (die 4 Gebietskrankenkassen) und 400 (SVA, SVB) Personen mit einer kurzen Information über das Projekt und der Einladung, für ein Interview zur Verfügung zu stehen, angeschrieben. Auf Grund der geringen Rückmeldung seitens der 1.600 angeschriebenen Personen kamen letztendlich 37 Interviews zustande. Nach einer Rücksprache mit dem Auftraggeber wurde auf eine neuerliche Aussendung zum Erhalt weiterer Gesprächspartner*innen verzichtet.

Es wurden narrative Interviews, in der Regel am Wohnort der befragten Personen, geführt. Dabei wurden insgesamt rund 9.000 Kilometer Fahrtstrecke zurückgelegt. Die Interviews wurden mit Tonträgern aufgezeichnet und anschließend vom*von der Interviewer*in transkribiert.

Das Vorhaben, mehr über die Erwartungen der Patient*innen an „gute“ Primärversorgung zu erfahren, wurde durch ein qualitatives Verfahren umgesetzt, das sich an Anselm Strauß (1998) anlehnt. In diesem qualitativ angelegten Forschungsdesign geht man ohne Hypothesen ins Feld und versucht, Hypothesen und damit ein Stück neuer Theorie zu gewinnen. Mit diesem Vorgehen erhält man keine repräsentativen Informationen über die mengenmäßige Verteilung¹ von Phänomenen in der Grundgesamtheit, man erfährt jedoch viel über typische Zusammenhänge. Die geführten narrativen Interviews wurden im Forschungsteam gemeinsam in Form einer Typisierung (Bohnsack 2008, Bohnsack 2013, Nentwig-Gesemann 2013) ausgewertet. Aus der Auswertung entstanden sechs unterschiedliche Typen, geordnet nach typischen Erwartungen an den*die Hausärzt*in.

Die Ergebnisse dieses zentralen Erhebungsschrittes wurden durch zwei weitere Schritte vertieft. Einerseits durch 5 leitfadengestützte Interviews mit praktischen Ärzt*innen, um die

¹ Die gewonnenen Ergebnisse könnten in einem nächsten Schritt repräsentativ, etwa mittels Fragebogen, erhoben werden.

Schlüssigkeit der von uns gewonnenen Typen zu verifizieren und abschließend durch eine kleine Fachtagung am 19. September 2014, bei welcher die Ergebnisse vom Forschungsteam einer interessierten Expert*innengruppe präsentiert wurden.

3.2 Arbeitspakete des gegenständlichen Projektes

Aus den dargestellten Methoden ergaben sich folgende Arbeitspakete des gegenständlichen Projektes:

- *AP1 – Rekrutierung der Interviewpartner*innen:* Um zu den Gesprächspartner*innen zu gelangen, wurden von den beteiligten Sozialversicherungsträger (WGKK, NÖGKK, BGKK, SGKK, SVA der Gewerblichen Wirtschaft, SVA der Bauern) jeweils 200 - 400 Versicherte in den definierten Regionen²(einziges Auswahlkriterium: mindestens ein Arztkontakt im letzten Jahr) angeschrieben und nach ihrem Interesse an der Teilnahme dieses Forschungsvorhabens gefragt. Die Interessent*innen wurden gebeten, ein ausgefülltes Formblatt zurück zu senden, das gleichzeitig datenschutzrechtlich als Zustimmungserklärung diene.
- *AP2 – Durchführung der Interviews:* Auf Grund der Rückmeldungen konnten schlussendlich 37 Personen³ wohnortnahe interviewt werden. Die narrativen Interviews⁴ wurden aufgezeichnet und vollständig transkribiert.
- *AP3 – Datenauswertung:* Die transkribierten Interviews wurden durch das Forscher*innenteam ausgewertet. Bei der Datenauswertung wurde aus dem Material eine Typisierung unterschiedlicher Erwartungen an „gute“ Primärarztversorgung erhalten (Bohnsack 2008, Bohnsack 2013, Nentwig-Gesemann 2013). Im Anschluss daran wurden unterschiedliche „typische“ Erwartungen an die Qualität von Primärversorgung abgeleitet.
- *AP4 – Fachsymposium⁵:* Die Ergebnisse dieser Typisierungen (AP3) wurden in einem kleinen Fachsymposium im September 2014 in St. Pölten präsentiert und diskutiert, um die abgeleiteten Schlussfolgerungen noch präziser gestalten zu können.
- *AP5 – Leitfadeninterviews mit niedergelassenen Ärzt*innen:* Die so gewonnenen Ergebnisse wurden mittels 5 Leitfadeninterviews bei niedergelassenen Allgemeinmediziner*innen vertieft.
- *AP6 – Berichterstattung:* Die Ergebnisse wurden in diesem Endbericht zusammengefasst.

² Wien, nordwestliches Niederösterreich, südliches Burgenland und Salzburg Land

³ Nach erster Sichtung des Materials konnte festgestellt werden, dass theoretische Sättigung zwar bezüglich der Anzahl (Unterscheidbarkeit) von sechs Typen, nicht aber zur Beschreibung aller Typen erreicht werden konnte. Auf Grund der knappen Projektressourcen musste dieser Zustand jedoch akzeptiert werden.

⁴ Die Befragten sollten frei und unstrukturiert erzählen, es gab außer der Eingangsfrage keine gesprächsstrukturierenden Fragestellungen unsererseits

⁵ Näheres dazu siehe Anhang.

4. Primärversorgung – die Patient*innenperspektive

In diesem Kapitel wird auf das Verhältnis zwischen Ärzt*innen und Patient*innen eingegangen. Dazu wird eine Deskription der Geschichte des Ärzt*innen-Patient*innen-Verhältnis dargelegt. Anschließend folgt die Darstellung der möglichen Beziehungsformen zwischen diesen.

4.1 Zum Verhältnis von Ärzt*innen und Patient*innen

Seit der Herausbildung der Medizin als eigenem wissenschaftsbasiertem Beruf im 18. Jahrhundert sind mehrere unterschiedliche Formen der Beziehung zwischen Ärzt*innen und Patient*innen zu unterscheiden. Jewson (1976, zitiert in Morgan 2003:56) unterscheidet für die Periode bis zum Ende des 19. Jahrhunderts drei Beziehungsformen:

- **Bedside-Medicine** bezeichnete die Versorgung weniger gut gestellter Patient*innen durch ihre Ärzt*innen, in der Regel bei sich zu Hause. Aufgabe der Ärzt*innen war es vor allem, die leidenden Patient*innen so weit es die spärlichen Mittel der damaligen Medizin zugelassen haben, zufrieden zu stellen. Wohlbefinden in der Krankheit war hier wichtiger als Heilung.
- **Hospital Medicine** bezeichnet jene Veränderung in den Beziehungen, die durch die Einführung neuer Diagnose- und Behandlungsinstrumente bewirkt wurde. Vor allem das Stethoskop, aber auch andere Diagnoseelemente erlaubten es nun dem*der Ärzt*in, neben dem Erfahrungswissen auch die konkrete messbare Wahrnehmung von Auffälligkeiten als Diagnoseinstrument einzusetzen. Nicht mehr der subjektive, geäußerte Zustand des*der Patient*in war die Grundlage zur Beschreibung eines subjektiven Zustandes, sondern Symptome und ihre Erfassung dienten zur Einordnung der konkreten Erscheinung in abstrakte Kategorien von Krankheit und ihrer jeweiligen angemessenen Behandlung. Das hatte zentralen Einfluss auf die Entwicklung der Beziehung zwischen Ärzt*in und Patient*in und dem vorrangigen Ort der Behandlung. Es entstand professionelle Distanz in der Beziehung und der Ort verschob sich vom Wohnzimmer des*der Patient*in hin zum Krankenhaus.
- **Laboratory Medicine** beschreibt schließlich den Weg von der personenbezogenen Diagnostik zur Diagnostik über die Auswertung verschiedener Parameter im Labor (Blutwerte, Fettwerte, Leberwerte,...). Behandlung verwissenschaftlicht und erfordert eine immer größer werdende Arbeitsteilung und Spezialisierung. Aus dem*der Behandler*in wird ein – tendenziell unpersönliches – Behandlungssystem. Dadurch steigt die emotionale Distanz zwischen Patient*innen und dem Behandlungsteam.

In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts werden diese Orientierungen mehr und mehr durch zwei neue Diskursschwerpunkte abgelöst, einerseits durch den Diskurs der **patient-centred medicine**, die sich am bio-psycho-sozialen Gesundheitsbild der WHO, wie es in der Ottawa-Charta festgelegt wurde (vgl. WHO 1968), orientiert und andererseits dem eher naturwissenschaftlich-medizinischen Diskurs einer **evidenced based medicine**, die alternativen Ansätzen (Homöopathie, TCM) skeptisch gegenüber steht (vgl. Morgan 2008). In der Praxis greift auch der bio-psycho-soziale Ansatz auf Evidenzbasierung zurück,

allerdings auch auf „nichttraditionelle“, nicht evidenzbasierte Ansätze der Medizin (etwa Homöopathie).

Analytisch festzumachen ist ein Spannungsfeld verschiedener Ansätze. Ideal steht auf dem einen Pol dieses Spannungsfelds ein partnerschaftlich-kensorientierter Ansatz, auf dem anderen Ende ein patriarchal-expertenorientierter Ansatz. Obwohl in der Realität (wie weiter unten gezeigt wird) die Ansätze verwischen, macht es aus analytischen Gründen Sinn, die beiden Pole vorerst getrennt zu betrachten.

Die patient*innenorientierte, auf „Augenhöhe“ orientierte Form versucht, den (kranken) Menschen als holistische Person in all seinen*ihren Lebenswirklichkeiten zu sehen und das je unterschiedliche Verständnis (und Wünschen) der kranken Person über das je subjektive Wohl- und Unwohlbefinden in die Diagnose und weiter in die Therapieentwicklung einzubeziehen, um so die Compliance zu optimieren. In diesem Ansatz ist *„therefore a need to understand patient’s own beliefs about their conditions and their experience of illness, which may be influenced by their social circumstances and other aspects of their biography and social roles“*(Morgan 2008:57). Vor allem Ansätze, die dem biopsychosozialen Leitbild folgen, setzen neben den medizinisch-naturwissenschaftlichen Strategien ein wesentliches Augenmerk auf die individuellen Capabilities der einzelnen Patient*innen (siehe Abel/Schori 2009). Gestützt auf die Theorie von den drei Kapitalien (ökonomisches, soziales und kulturelles Kapital - vgl. Bourdieu 1983) kann Behandlung und Gesundheitsförderung unter Einbeziehung der Betroffenen auf alle drei Ressourcenströme aufbauen: *„Nicht nur die Veränderung der Lebensbedingungen und Lebenslagen, wie sie in der Strategie Health in all Policies am deutlichsten angesprochen werden, sondern auch die Umsetzung der Strategien zur Verringerung oder Überwindung von Ungleichheiten im Zugang zu Gesundheitsförderung und Gesundheitsleistungen müssen sich sowohl mit den betroffenen Personen als auch mit dem Rahmen, in dem sie stehen und sich bewegen, auseinandersetzen“* (Richter/Schmid 2012:284). Dieser Ansatz greift auch auf andere, nicht traditionelle Ansätze (Homöopathie, Akupunktur, etc.) zurück⁶ und überwindet auch in der interprofessionellen Kooperation die schulmedizinischen Grenzen und kooperiert mit anderen Gesundheits- und Sozialberufen wie etwa der Sozialen Arbeit und der Pflege.

Auf der anderen Seite dieses Spektrums steht jene autoritär, expertenhaft auftretende Medizin, die sich rein auf die abgesicherten Erkenntnisse der Naturwissenschaften und auf die Diagnostik des*der Ärzt*in stützt. Nicht die subjektive Einschätzung der Patient*innen, sondern die sich aus naturwissenschaftlich-medizinischen Erkenntnissen, verbunden mit – in der Regel labor- und gerätegestützten – Diagnosen ergebenden Erkenntnisse sind behandlungsleitend. Hier sind Patient*innen keine Dialogpartner*innen, sondern (möglichst neutrale) Auskunftgeber*innen. Die ärztliche Expertise bzw. die Expertise des klinischen Teams ist kein Diskussionsangebot, sondern eine für „gültig“ gehaltene Fachmeinung, aus der heraus die Behandlung abgeleitet wird. Compliance ist daher in diesem Ansatz nicht etwas, was mit den Patient*innen gemeinsam erarbeitet werden muss, sondern wird als notwendiger Behandlungsbeitrag der Patient*innen eingefordert. *„Thus increasingly individual doctors practise in a situation on increased professional and managerial control*

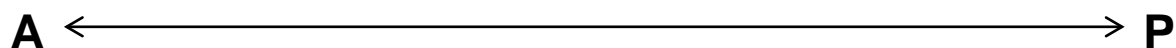
⁶ Zum Teil, wie etwa Höckner (2013) nachgewiesen hat, nur dann, wenn diese Ansätze von den Patient*innen aktiv nachgefragt werden

that may conflict with and constrain the practice of patient-centred medicine“(Morgan 2008:58).

Diese Sichtweise kann man auch so interpretieren, dass diskussionsorientierte und expertiseorientierte Medizin zwei Seiten einer Medaille sind, denn jede der beiden Positionen braucht auch die Ansätze der anderen Position. Aber für die Analyse unterschiedlicher Beziehungsformen zwischen Ärzt*innen und Patient*innen eignen sie sich unseres Erachtens recht gut als Marker für die beiden Pole, zwischen denen die einzelnen Beziehungsformen aufzuspannen sind.

Auf dem einen Pol ist daher jene autoritär-charismatische Medizin angesiedelt, die der medizinischen Expertise den absoluten Vorrang vor allen anderen Expertisen einräumt. Auf dem anderen Pol findet sich eine an dem biopsychosozialen Weltbild orientierte beratend-partizipative medizinische Versorgung, die sich als dialogische Medizin versteht und die Patient*innen als Expert*innen ihres Befindens und somit als Co-Produzent*innen ihrer Gesundheit begreift. Compliance findet sich auf der einen Seite als reine Bringschuld der Patient*innen, auf der anderen Seite als eine gemeinsam zu entwickelnde Strategie.

Dies lässt sich grafisch wie folgt darstellen:



A = autoritär-charismatisches Versorgungsmodell

P = beratend-partizipatives Versorgungsmodell

4.1.1 Vier Formen der Ärzt*innen – Patient*innenbeziehung in der Literatur

Entsprechend können die Beziehungsformen, die sich in der Literatur finden (Morgan 2008), den beiden (in der „reinen“ Form nur gedachten) hier dargestellten Pole (klar hierarchisch auf der einen Seite, auf Augenhöhe befindlich auf der anderen Seite) zugeordnet werden. Diese Beziehungswelt ist daher auf dem breiten Feld zwischen diesen beiden Polen angesiedelt. Deutlich macht das die von Morgan (2008) getroffene Unterscheidung in aktuell vier verschiedene Beziehungsformen. Orientierungspunkte für diese Unterscheidung sind die Pole „*patientcontrol*“ und „*doctorscontrol*“, die jeweils hoch und niedrig sein kann (Morgan 2008:61f). Hieraus ergeben sich vier Beziehungsmodelle:

- Ein **paternalistisches** Beziehungsmodell („*paternalisticrelationship*“) mit hoher Steuerungsmächtigkeit durch den*die Ärzt*in und niedriger durch den*die Patient*in: Der*die Ärzt*in ist hier eine dominante („väterliche“) Figur, die (allein) weiß, was im Interesse der Patient*innen ist. Dieses Modell geht von der Existenz objektiver, vom Subjekt und seinem Empfinden unabhängiger Interessen des Menschen (seines Körpers) aus. Dieses Modell ist in manchen Behandlungsphasen alternativlos, oft wird es aber auch von den Patient*innen verlangt. *„Many patients also derive considerable comfort from being able to rely to the doctor in this way and being*

⁷ Wobei hier „to control“ eher als „Steuerung“ denn als „Kontrolle“ zu übersetzen wäre.

relieved of burdens of worry and decision making, especially if they are experiencing considerable pain.“ (Morgan 2008: 62).

- Eine Beziehung der **Gegenseitigkeiten** („relationship of mutuality“): Behandler*in und Patient*in begegnen sich auf „Augenhöhe“, die Behandlung ähnelt einem „*meeting between experts, in which both parties as a joint venture and engage in an exchange of ideas and sharing of belief systems*“ (Morgan 2008:62). Der*die Ärzt*in bringt seine*ihre klinische Expertise in die Diskussion ein, der*die Patient*in seine*ihre Erfahrungen und Erwartungen mit dieser Krankheit sowie seine*ihre speziellen Kenntnisse über „*their particular social circumstances, attitudes to risk, values and preferences*“ (Morgan 2008). Die Wahl verschiedener Behandlungsstrategien kann durch subjektiv bewertete QALYs (siehe Food Today 2011) seitens der Patient*innen unterstützt werden.
- Eine **Konsument*innenbeziehung** („consumerist relationship“): Hier liegt das Gesetz des Handelns beim*bei der Patient*in, der*die Ärzt*in folgt den Anforderungen in einer mehr oder weniger passiven Haltung (Motto: „*Der Kunde ist König*“). Diese Haltung findet sich oft bei privat bezahlten Konsultationen oder Behandlungen. „*However it has been found that doctor’s perceptions of patient pressure are a strong independent predictor of referral and prescribing behaviors*“ (Morgan 2008:62).
- Eine **säumige Beziehung** („relationship of default“): Die Patient*innen haben eine sehr passive Rolle, auch wenn der*die Ärzt*in ihre Steuerungsfunktion zurück nimmt. Die Compliance geht hier gegen Null. „*This can arise if patients are not aware of alternatives to a passive patient role on rare times in adopting a more participative relationship*“ (Morgan 2008:62).

Dem Pol der autoritär-charismatischen Medizin näher zugeordnet findet sich das paternalistische Modell, aber auch das Modell der „säumigen Beziehung“, während das Modell der Beziehung auf Gegenseitigkeit, aber auch das Modell der Konsument*innenbeziehung eher dem beratend-partizipativen Pol zuzuordnen wäre. Aber auch hier gilt: Die übergroße Mehrheit der Patient*innen – Ärzt*innenbeziehungen ist wohl nicht an den Polen, sondern in den Feldern „dazwischen“ zu finden, wie auch unsere Typisierung (siehe unten) deutlich macht.

Grafisch dargestellt finden sich die vier Positionen wie folgt:



A = autoritär-charismatisches Versorgungsmodell

P = beratend-partizipatives Versorgungsmodell

1 = Paternalistisches Beziehungsmodell

2 = Beziehung auf Gegenseitigkeit

3 = Konsument*innenbeziehung

4 = Säumige Beziehung

Unsere empirische Untersuchung, die im folgenden Abschnitt behandelt wird, versucht eine Verortung real in Österreich vorgefundener Beziehungstypen auf diesem Kontinuum. Zu erwähnen ist in diesem Zusammenhang, dass eine trennscharfe Grenzziehung zwischen den beiden Polen durchwegs schwierig ist.

4.2 Ergebnisse der Interviews im Überblick

Ausgehend von den im vorhergehenden Abschnitt dargestellten theoretischen Überlegungen haben wir nunmehr unsere 37 auswertbaren Patient*inneninterviews genutzt, um eine tatsächliche Verortung von (möglicherweise typischen) Ärzt*in-Patient*in-Beziehungsmuster zu finden.

Die hier ausgewerteten 37 Interviews⁸ stellten sich als relativ unterschiedlich dar und sind daher gut geeignet zur Bildung unterschiedlicher Typen. Gemeinsam war ihnen allen eine recht hohe Zufriedenheit mit der hausärztlichen Versorgung, jedoch wurde durchgehend Kritik am gesamten System geäußert. Wichtig ist fast allen Befragten eine gute persönliche Beziehung zum*zur Hausärzt*in; ist diese nicht vorhanden, wird in der Regel gewechselt – oft solange, bis es „passf“.

Es ist in allen Interviews eine gewisse Solidarität mit dem*der Hausärzt*in spürbar, ähnlich wie mit dem*der „Hausapotheker*in“. Kritik wird vor allem an jenen Einrichtungen / Dienstleistungen geäußert, wo es (ärztliche) Hierarchien gibt, also vor allem in der Spitalsambulanz oder bei der stationären Versorgung. Je anonym der*die einzelne versorgende Ärzt*in, desto kritischer wird er*sie gesehen. Bei der Bewertung von Hausärzt*innen stehen vor allem gut ausgebildete Social Skills im Vordergrund. Hier werden noch große Defizite gesehen („Der Patient ist ja doch nur eine Nummer“ Interview SVB_35_w). Störend werden auch die offensichtlich zahlreichen Besuche von Pharmavertreter*innen während der Ordinationszeit erlebt, die den „Betrieb stören“ (Interview NÖ_07_w).

Deutlich wird in den Interviews ein Stadt – Land – Gefälle der Erwartungen. Während am Land die persönliche Beziehung (auch in Abgrenzung zu den Fachärzt*innen) im Zentrum steht, ist es in der Stadt die Fachkompetenz des*der Hausärzt*in. Das führt dann in Wien zu

⁸ 9 aus Wien, 14 aus dem nördlichen Niederösterreich, 3 aus dem südlichen Burgenland, 6 aus Salzburg Land, 3 von der SVA der Bauern und 2 von der SVA der Gewerblichen Wirtschaft. 19 Personen waren Männer, 18 Personen waren Frauen.

Äußerungen wie „*Der Hausarzt kann ja nix, da geh ich gleich zum Spezialisten*“ (Interview W_25_w). In diesen Fällen dient der*die Hausarzt*in nur zum „*Tabletten abholen*“ (Interview W_15_m). Im ländlichen Bereich ist hingegen die Erreichbarkeit von großer Bedeutung, auch außerhalb der offiziellen Ordinationszeiten. Der vorhandene Notdienst wird oft nur als schlechter Kompromiss erlebt. Die Erfahrung, im Notfall „*auch privat*“ (Interview NÖ_11_w) zum*zur Ärzt*in gehen zu können, wird nur am Land beschrieben. Hausbesuche werden vor allem von älteren Befragten erwartet. Mehrfach wird der Samstag als zusätzlicher Ordinationstag gewünscht. Auch ärztliche Hausapotheken werden am Land gewünscht.

Trotz der hohen Zufriedenheit können sich die Befragten auch Verbesserungen vorstellen. Vor allem wollen sie als Patient*innen „*wie Menschen behandelt werden und nicht wie Waren*“ (Interview NÖ_11_w).

Interessant ist der nahezu durchgängige anspruchsvolle Wunsch, dass sich der*die Hausarzt*in einerseits bei jedem Besuch „*ausreichend Zeit*“ (Interview NÖ_12_w) nehmen solle, es andererseits in den Ordinationen keine bzw. keine allzu langen Wartezeiten gibt. Diese (eigentlich widersprüchliche) Patient*innenerwartungen wird auch von den von uns befragten Hausarzt*innen wahrgenommen (siehe unten).

Gruppenpraxen bzw. Ärztezentren werden vor allem am Land als positive Versorgungsalternative gesehen, um längere Wege zu vermeiden, da hier die Entfernungen zwischen den einzelnen Standorten des*der Hausarzt*in, der Facharzt*innen und der nichtärztlichen Gesundheitsberufe oft sehr groß sind.

ELGA war in den narrativen Interviews nur am Rande ein Thema und zwar positiv wie negativ/kritisch betrachtet. Thema war bei vielen Befragten auch die so genannte "*alternative Medizin*", Hausarzt*innen sollten hier kompetent sein und sie im Bedarfsfall anbieten. Allerdings erwarten sich die Befragten wirksamen Schutz vor Therapien, die nichts bewirken, auch von ihren Hausarzt*innen. Insgesamt scheinen unsere Befragten recht kritisch zu sein, die Rolle der Hausarzt*innen als „*Götter in Weiß*“ wurde in nahezu allen Interviews hinterfragt, sie werden stattdessen als Berater*innen oder als Partner*innen am Weg zur Gesundheit gesehen. Oft wird gefordert, dass „*nicht gleich verschrieben*“ (Interview NÖ_31_w) werden solle, dem therapeutischen Gespräch wird hohe Bedeutung zugewiesen. Es gibt aber auch Befragte, die den Aufenthalt in der Ordination so kurz und effizient wie möglich halten wollen und auf ein umfassendes Anamnesegespräch wenig Wert legen – auch weil sie nicht viel über ihre Lebensumstände erzählen wollen. Diese Unterschiede wurden in der folgenden Typisierung herausgearbeitet.

Die Ordinationen, insbesondere die Wartezimmer könnten nach Meinung einiger Befragter attraktiver gemacht werden (mehr Zeitschriften, Videospiele, Kaffeeangebote, aber auch Angebote zum Basteln und Malen wurden genannt (Interview NÖ_07_w), um die – ungeliebte – Wartezeit zu verkürzen). Verbesserungsbedarf wird bei der Terminvergabe in der Ordination (aber auch bei vielen Facharzt*innen) gesehen, hier könnte viel unnütze Wartezeit vermieden werden.

4.3 Typisierung des „idealen Hausarztes“ aus Patient*innensicht

Auf Basis der 37 geführten narrativen Interviews konnten sechs unterschiedliche typische Erwartungen an „gute“ hausärztliche Versorgung festgestellt werden. Diese werden nun im Überblick dargestellt:

Typus 1 – Der*die Berater*in: „autonom-dialogische*r Vertrauensärzt*in“

Die befragten Personen, die diesen Typus als ihren „ideale*n Hausärzt*in“ beschreiben, erwarten von ihrem*ihrer Hausärzt*in als wesentliche Eigenschaft „guter“ hausärztlicher Versorgung das „Zuhören“. Die Befragten wenden sich gegen zu viele Medikamente, sie verstehen sich als mündige Patient*innen und erwarten eine Begegnung auf gleicher Augenhöhe sowie eine Überwindung des Gefälles zwischen Expert*in und Lai*in (Ernst nehmen der Patient*innen). Sie erwarten umfassende Aufklärung über alle relevanten Faktoren. In der Kommunikation mit dem*der Ärzt*in erwarten sie Augenkontakt und die Möglichkeit der Diskussion. Der*die Ärzt*in wird als „*Drehscheibe der Gesundheit*“ verstanden, dementsprechend wichtig ist der persönliche Kontakt, das Kennen der Patient*innen. Er*sie soll ein*e gute*r Diagnostiker*in sein. Darüber hinaus ist die Eigenverantwortung der Patient*innen zentral, erwartet wird von diesem Typus, dass sich die Ärzt*innen nur in geringem Einfluss durch die Pharmaindustrie und deren Vertreter*innen beeinflussen lassen. Medikamentöse Behandlung steht hier nicht im Vordergrund, wohl aber eine „*Behandlung nach bestem medizinischem Gewissen*“ und nicht nach ökonomischen Aspekten. Diese Befragten wenden sich stark gegen ein „*Ausprobieren*“ an ihrer Krankheit. Sie wollen eine klare Orientierung des*der Ärzt*in, sind aber offen gegenüber „*alternativen*“ Behandlungsmöglichkeiten. Sie erwarten neben der Beratung in der Ordination, dass ihnen ihr*e Hausärzt*in auch telefonisch Auskunft gibt (z.B. über Nebenwirkungen von Medikamenten). Das Vorhandensein einer Hausapotheke in der Ordination wird von ihnen als angenehm erlebt.

Typus 2 – Der*die Unkonventionelle: Ganzheitliche*r Vertrauensärzt*in

Die Interviewpartner*innen, die diesen Typus als „ideale*n Hausärzt*in“ beschreiben, erwarten von ihrem*ihrer Hausärzt*in einen ganzheitlichen Ansatz (Interesse an der gesamten Lebenssituation, Orientierung an der Salutogenese, keine Scheu vor nicht-traditioneller Medizin). Sie erwarten von ihrer*ihrer Ärzt*in regelmäßige Fortbildungen in allen Bereichen traditioneller und nichttraditioneller Medizin. Sie haben den Anspruch, dass ihr*e Ärzt*in ihnen zuhört und sich in der Ordination genug Zeit nimmt. Sie erwarten eine*n gute*n Diagnostiker*in, aber auch eine effiziente Ordination. Weiters erwarten sie, wenn notwendig, auch Hausbesuche. Der*die Hausärzt*in soll seine*ihre Patient*innen gut kennen und soll in der Ordination möglichst viele Diagnosen selbst stellen (und nicht gleich zu Fachärzt*innen überweisen). Die hier befragten Patient*innen wollen von ihrem*r Ärzt*in ernst genommen werden.

Typus 3– Der*die Aufklärer*in: „medizinische*r Dienstleister*in“

Die befragten Personen, die diesen Typus als „ideale*n Hausärzt*in“ beschreiben, erwarten klare Aufklärung und Informationsvermittlung (klar-verständlich, keine medizinische Fachsprache). Sie wollen in der Ordination weniger über Persönliches sprechen, sie erwarten vor allem „medizinische Fachkompetenz“. Sie fordern, dass sich ihr*e Ärzt*in regelmäßig weiter bildet. Praxisbezogene Ausbildung und Lehrpraxen werden gewünscht. Insgesamt ist das Verhältnis mit dem*der Ärzt*in eher distanziert; er*sie soll „möglichst wenig stören“. Erwartet werden vor allem Vorschläge für Untersuchungen und Behandlungen, aber keine „persönlichen Gespräche“.

Typus 4 – Der*die Zettelschreiber*in: Systemdienstleister*in

Die befragten Patient*innen, die diesen Typus als „ideale*n Hausärzt*in“ sehen, erwarten- so wie Typus 3 -, dass der*die Hausärzt*in „möglichst wenig stören“ solle: Sie wollen in der Ordination des*der Hausärzt*in möglichst schnell zu Fachärzt*innen überwiesen zu werden. Sie sehen die Hausärzt*innen als „Zettelschreiber*in“ (Zwecks Überweisungen oder Medikamenten).

Typus 5 – Umfassende*r Betreuer*in: Kompetente*r Hausärzt*in

Von diesem Typus des/der „idealen Hausärzt*in“, wird vor allem Verständnis für die persönliche Situation und dass er*sie sich primär um die*den Patient*in kümmert, erwartet. Es wird keine persönliche Beziehung zum*zur behandelnden Ärzt*in gewünscht, aber ein regelmäßiges Erkundigen nach dem persönlichen Befinden. Persönliche Betreuung und ein ausreichendes Zeit nehmen für den*die Patient*in steht hier im Zentrum der Erwartungen. Hausärzt*innen sollen sich um den*die Patient*in sorgen, sie sollen „da sein“, wenn sie gebraucht werden. Gefordert wird, dass sie den Patient*innen auch „nachgehen“, also sich von Zeit zu Zeit selbst melden.

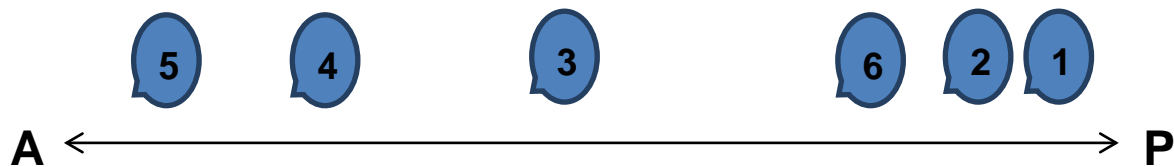
Typus 6 – Der*die Wettbewerber*in: Kundenzentrierte*r Hausärzt*in

Hier wird vom/von der „idealen Hausärzt*in“, kompetente Betreuung im Krankheitsfall und einen deutlichen Wettbewerb zwischen den Hausärzt*innen um Patient*innen erwartet, die hier als Kund*innen verstanden werden. Es wird sich dadurch mehr Angebot an Hausärzt*innen gewünscht. Durch eine vollständig freie Arztwahl wird mit Qualitätswettbewerb und evidenzbasierten Anwendungen bzw. Behandlungen gerechnet. Eine bessere Versorgung und längere, aber auch koordinierte Öffnungszeiten am Land sind weitere Erwartungen an die Primärversorgung.

Verteilung dieser unterschiedlich typischen Erwartung

Die eingangs entwickelte Polarität möglicher Erwartungen an Ärzt*innen in der Primärversorgung, die durch die beiden (ideellen) Pole (1) autoritär-charismatisches Versorgungsmodell und (2) beratend-partizipatives Versorgungsmodell zu kennzeichnen sind, können nun als Eckpunkte eines Feldes verstanden werden, auf dem die von uns –auf

Grundlage von Zuschreibungen durch die befragten Patient*innen – entwickelten sechs Typen eingeordnet werden können⁹. Das soll folgende Grafik verdeutlichen:



A = autoritär-charismatisches Versorgungsmodell

P = beratend-partizipatives Versorgungsmodell

Diese Überlegungen werden von uns zur Diskussion gestellt und könnten in einem quantitativen Folgeprojekt¹⁰ empirisch überprüft werden.

4.4 Ergebnisse im Detail

Diese sechs Typen sollen nun anhand ihrer eigenen Aussagen (aus den transkribierten Interviews) ausführlicher vorgestellt werden:

4.4.1 Typus 1 – Der*die Berater*in: „autonom-dialogische*r Vertrauensärzt*in“

Dieser Typus wurde von 17 Personen¹¹ formuliert¹². Die befragten Personen erwarten von diesem Typus des*der Hausärzt*in als wesentliche Eigenschaft „guter“ hausärztlicher Versorgung das Zuhören und ausreichende Zeit. Sie erwarten umfassende Aufklärung über alle relevanten Faktoren. In der Kommunikation mit dem*der Ärzt*in erwarten sie Augenkontakt und die Möglichkeit der Diskussion. Der*die Ärzt*in wird als „Drehscheibe der Gesundheit“ verstanden, dementsprechend wichtig ist der persönliche Kontakt, das Kennen der Patient*innen. Er*sie soll ein*e gute*r Diagnostiker*in sein. Sie erwarten neben der Beratung in der Ordination, dass ihnen ihr*e Hausärzt*in auch telefonisch Auskunft gibt (z.B. über Nebenwirkungen von Medikamenten). Das Vorhandensein einer Hausapotheke in der Ordination wird von ihnen als angenehm erlebt. Deutlich wird das bei den vielfältigen Antworten der Befragten auf die Frage, was sie sich von einem „guten Hausarzt“ bzw. einer „guten Hausärztin“ erwarten: *„Idealtypisch komme ich hin, ich komme dran, ich werde beraten, behandelt, was auch immer notwendig ist und idealerweise bekommt man die Medikamente gleich beim Hausarzt, wenn man welche verschrieben bekommt, die man wirklich braucht, und kann wieder nach Hause fahren. Das wäre idealtypisch – ja natürlich am besten ohne Termin, aber ich weiß, es ist wirklich jetzt Utopie, was ich sage.“* (Interview SVGewerbe_45_w).

⁹ Wie bereits einleitend beschrieben, ist eine Grenzziehung nicht immer einfach zu treffen.

¹⁰ Etwa durch eine repräsentative Fragebogenbefragung oder durch Telefoninterviews

¹¹ Davon 3 aus Wien, 8 aus Niederösterreich, 2 aus dem Burgenland, 3 aus Salzburg und 1 von der SV Gewerbe. 11 der Befragten waren Männer, 6 waren Frauen.

¹² Die Tatsache, dass dieser Typus in unserer willkürlichen und nicht repräsentativen Stichprobe von den meisten Befragten formuliert worden ist, sollte nicht zur Annahme verleiten, dass er tatsächlich am Häufigsten vorkommt. Um das feststellen zu können, wäre eine repräsentative Befragung nötig, die die Verteilung der einzelnen typischen Erwartungshaltungen abfragt.

Zeit und Gespräch ist immer wieder zentral. „Ich erwarte mir, dass sie sich Zeit nimmt, also für mich ist das Gespräch, dass sie zuhören kann – wenn ich jetzt zur Hausärztin da hinkomme, sagt sie ‚wir haben uns schon so lange nicht gesehen, was kann ich für Sie tun?‘. Sie hört zu (Interview B_02_m). Aber deutlich wird auch, dass man sich auf den Arztbesuch vorbereitet bzw. vorbereiten muss, um in der Aufregung nichts zu vergessen: „ich mache mir Notizen und schreibe auf, welche Fragen stelle ich der Frau Doktor (...) bevor ich zum Hausarzt gehe, das hilft ungemein und sie beantwortet das dann genau und selbst wenn ich vergesse – man ist ja doch irgendwie immer aufgeregt jedes Mal, wenn man zum Arzt geht (...) weil man befürchtet manchmal, da könnte etwas sein, es könnte was Schlimmeres sein (...) und da ist es hilfreich, wenn ich einen Zettel habe und wenn ich sage, ‚ich habe vier Sachen Frau Doktor‘ und dann, wenn ich beim Dritten dann aufhöre, sagt sie ‚Sie hatten einen vierten Punkt auch noch‘ und ich sehe dann nach und dann funktioniert das dann ganz gut.“(Interview B_02_m). Gute Hausärzt*innen sollen Zeit haben und empathisch sein. „Dass sie Zeit haben für den Patienten, ist sicher das große Um und Auf von einer persönlichen Beratung, Betreuung in medizinischer Hinsicht, würde ich jetzt einmal sagen. Und die Wartezeiten so beibehalten, so wie ich sie jetzt in Erinnerung habe (...) was da nachher an Wartezeiten in Wartezimmern gesessen wird, sage ich jetzt einmal, das interessiert keinen, das finde ich, das wird auch nie beredet (...) und da tust du dir manchmal schon schwer bei Einigen, in deiner Freizeit einen Arzt aufzusuchen (...) und wenn natürlich die Ärzteschaft immer kleiner wird, das Einzugsgebiet immer größer, die Patienten immer mehr und die Wartezeiten immer länger, und ob das nachher nicht ein wirtschaftlicher Schaden ist? Warum das immer nur berechnet wird, was Autos im Stau stehen, das müsste dann vielleicht auch einmal bedacht werden, wie ich meine. (...) Dass der Patient im Mittelpunkt steht, dass man nicht so, wie man von den Medien oft mitbekommt, die die Pharmaindustrie ziemlich stark im Hintergrund steht (...) dass man auf jede Frage eine Antwort bekommt, auch wenn sie noch so lange dauert (...) und dass man einfach ein Mensch ist und bleiben sollte in dem Bereich und nicht nur als, ich weiß nicht, wie ich das beschreiben soll, als Abfertigungsware, ‚zack bumm, nächster fertig‘ und so, dass das keine Fließbandabfertigung sein sollte, dass man eben das Gespräch haben sollte. (...) da entscheidet halt der Arzt, was gemacht wird, ob es jetzt noch mehrere Sachen gibt, die man vielleicht ausprobieren oder machen könnte, das sollte der Arzt halt dann sagen, wenn man das eben abklären kann, von wo das kommt und das und das und nicht einfach sagen ‚okay, es werden Medikamente einmal und dann schauen wir einmal, wie es weiter gehen sollte‘. (...) Eben das Diagnostizieren, das glaube ich, ist am Wichtigsten, weil wenn ich weiß, woher es kommt, dann gibt es da eh fachgeschulte Personen, nicht, deswegen wird man ja auch zum Facharzt weiter verwiesen. (...) Herausfinden, was wirklich der Ansatz ist als für die Krankheit als wie wenn einer sagt ‚okay, Schnupfen, das sind die Pollen‘ und fertig“ (Interview NÖ_16_m).

Wichtig ist die persönliche Betreuung. „Ich wünsch mir eben, dass er mehr Zeit hat, dass ich mit ihm reden kann und dass er ungefähr des, soviel Wissen hat, dass er sagt ‚hey, hallo, ich schick dich dorthin oder i probier des‘ ja.“(Interview NÖ_36_w). „Was erwarte ich mir? Wenn ich hinkomme, eine persönliche Betreuung, dass ich im Wartezimmer, egal wie lange ich warten muss, dass ich ausreden kann mit ihr oder mit ihm, ganz egal, wer das ist, dass wenn ich anrufe, wenn etwas ist in der Familie, entweder kommt der Hausarzt selber oder es kommt eine Vertretung. Was willst sonst noch sagen? Mehr erwarte ich mir gar nicht. Wie gesagt, wichtig ist persönliche Betreuung und Erreichbarkeit. (...) Was er können sollte? Im

Prinzip sollte er alles können, sind wir uns ganz ehrlich, weil wer ist denn der erste Ansprechpartner? Der Hausarzt und der stellt immer die erste Diagnose und dann sagt er eh, ‚fahren Sie dort und dort hin‘. Er soll mir sagen, was (...) wichtig ist, erstell einmal die erste Diagnose und sagt dann A, B, C oder D und dort fährst du hin, oder er kann dir selber helfen. Das ist ganz klar. (...) Das ist der erste Ansprechpartner. Wo geht es denn sonst hin, ich fahre nicht wegen jedem Schuß ins Spital, weil der Hausarzt kennt die ganze Krankengeschichte und der hat alles, früher mit den Zetteln, heute mit dem Computer, der hat alles da drinnen liegen.“ (Interview NÖ_06_m). „Im Idealfall möchte ich, dass sie mir gleich helfen können, aber was braucht er dafür? Ich denke, also was man braucht es mehr, als das, was jeder hat, weil es hat jeder eine medizinische Ausbildung und eine Spezialausbildung im Hausarztsein (...) wenn er halt sich immer wieder weiterbildet und auch vom Fachlichen interessiert ist an dem Thema (...) aber diejenigen Personen, die aus einer persönlichen Motivation heraus arbeiten und sich dort am richtigen Platz fühlen, sind sicher die besseren (...) dass gerade beim Hausarzt diese soziale Kompetenz wichtiger ist (...) ich glaube, dass der Hausarzt der Erste ist für Leute auch, die einfach nur reden wollen, weil sie irgendwie etwas auf die Seele drückt.“ (Interview S_21_w)

*Die Anerkennung der Individualität der Patient*innen wird hoch geschätzt: „Was ich dort schätze, dass er sich bemüht, dass du keine Nummer bist, sage ich jetzt einmal, ja, dass er sich für den Einzelfall interessiert, dass man das Gefühl hat, dass er sich dafür interessiert, das macht für mich einen guten Hausarzt aus. Und wenn er sich nicht auskennt, dass er, dass er sich nicht zu schön ist oder zu gut ist und meint, er weiß alles, dass er das dann nicht groß an die Dings hängt, sondern dich einfach überweist zu einem Facharzt, ja das macht einen guten Hausarzt aus. (...) So wie das bei ihm ist, er ist einfach immer da (...) Ich bin mir sicher, wenn ich einen Hausarzt hätte, wo das nicht zutreffen würde, dann würde ich mir einen anderen suchen“ (Interview S_18_m). „Sie [die Hausärztin] geht teilweise auch auf private Dinge ein, nicht, weil wir uns eben schon so lange kennen, nicht, und daher, weil ich Wanderführer bin und sie geht ganz gerne wandern (...) also ein bisschen Privates kann durchaus einfließen, nicht, das erhöht für mich auch ein bisschen die Sicherheit auch, nicht, und das Vertrauen. ((Interview B_02_m)). Vertrauen und Kompetenz erfordert auch die Fähigkeit, die Grenzen der Kompetenz zu erkennen und dazu zu stehen: „Dass man auf die Patienten eingeht, dass man dementsprechend hinterfragt, was ist; dass man dementsprechend auch Diagnosen stellen kann und nicht oberflächlich behandelt und sagt ‚naja‘, aber auch diesbezüglich habe ich nichts negatives, nicht. Kann man erwarten, ja so Kleinigkeiten, dass er nicht immer zu einem Facharzt überweist, sondern dass das im Haus gemacht wird, setze ich voraus, wenn der Arzt die nötige Erfahrung hat. Ich glaube, das ist kein guter Hausarzt, wenn er immer gleich überstellt zum Facharzt, nicht wahr – wahrscheinlich kein Risiko für ihn, aber soweit sollte der Hausarzt geschult sein und Erfahrungen haben, dass er da wirklich unterscheiden kann, kann ich das noch selber machen, oder ist es schon notwendig (...) er sollte schon jede Krankheit erkennen von einem Patienten, nicht, und nicht nur Diagnosen stellen ohne Vorkenntnisse über den Patienten und wenn man es kann, schon auch Hilfsmittel in Anspruch nehmen. (...) Aber der Hausarzt kann da auch keine Wunder wirken, sondern einmal sagen ‚okay, schicken wir auf Kur‘ (...) dass der Hausarzt einmal, dass der Druck macht, dass ich eine Kur bekomme, dass der Hausarzt einmal interveniert, ja ich glaube, dass man da das, dass das notwendig ist‘, weil der kennt die Probleme wirklich (...) das wäre vielleicht gut, die Hausärzte da einzubinden,*

weil der kennt den Patienten, was hat der wirklich, warum kommt der zu mir?' (...) dass er auch seine [des Patienten] Situation kennt und seinen Beruf, weil man dann auch Rückschlüsse ziehen kann und das sollte der Hausarzt wissen und kennen, der sollte seine Patienten kennen.“ (Interview NÖ-20_m). Dass er auch Kompetenz ausstrahlt, also dass er wirklich kompetent ist, das ist sehr wichtig für mich. Und wenn, er kann ja auch offen sein und sagen, das ist etwas, da kenn ich mich nicht aus, da müssen wir einen Spezialisten zu Rate ziehen, ich schicke Sie jetzt (...) zu irgendeinem Spezialisten, lassen wir das einmal abklären.’ (...) Ein Hausarzt kann nicht alles wissen und für alles zuständig sein, deshalb gibt es ja auch Spezialisten, nicht, und wenn er das auch zugeben kann und sagt ‚ja, da bin ich jetzt überfragt‘, das ist für mich auch wichtig, da zu sagen ‚aha, jetzt entscheide ich das nicht allein und da brauchen wir noch eine Hilfe‘.“ (Interview B_02_m). „Aber die Hausärztin kennt eben meine Wehwehchen und ist keine Medikamentenverschreiberin in dem Sinn, wenn man nur schaut, was weggeschmissen wird an Tabletten, die verschrieben werden, weil es manche gibt, die die einfach daheim liegen haben müssen.“ (Interview NÖ-20_m)

„Was ich mir erwarte ist, dass man eben dran kommt, dass man nicht so lange Wartezeiten hat, was eh nicht so wirklich der Fall ist, dass man gut behandelt wird und dass man weitergeschickt wird, wenn er nicht weiß, was los ist, an andere Ärzte eben. (...) und was man sich erwartet, dass man sich gut behandelt fühlt und – dass man halt immer schaut, dass man gesund bleibt.“ (Interview NÖ_11_w). „Wie gesagt, dass wenn ich hinkomme, in die Ordination gehen kann, ohne dass da ein Massenansturm ist von Menschen, dass ich eben meine E-Card da vorweisen kann, dass ich nicht allzulange in der Ordination warten muss, dass ich dran komme, dass der Arzt einen vernünftig behandelt oder weiterleitet und bis zur Medikamentenverschreibung erklärt, was ich brauche oder wie oft ich es nehmen muss, bis hin, wo ich halt die Ordination wieder verlasse, also alles in Summe muss passen. (...) und auch die richtigen Medikamente verordnet, weil das ist ja das, wo man als Patient nicht mitreden kann, weil man sich da überhaupt nicht auskennt.“ (Interview NÖ_11_w).

„Was er alles abdecken sollte? Naja, die Grunderkrankungen, was halt so sind, von Allerweltserkrankungen, Grippe oder so, ja oder grippale Infekte, ja also das Grundspektrum von einem Internisten halt. Und wenn es spezifisch wird, dann halt verlangt eh kein Mensch, dass er sich da auskennt, aber ich verlange es soweit, dass er sich auch selbst eingesteht und nicht er probiert selber, ja, herumzudoktoren. Aber dass er da – dafür gibt es eben die Fachbereiche auch und die Fachärzte, dass er dich da hin überweist.“ (Interview S_18_m)

*Und der*die gute Hausärzt*in wird auch mit Privatärzt*innen verglichen: „dass man hinkommen konnte, wenn ein Problem war, das schon auch ohne Termin, das ist von großem Vorteil, das geht bei der Privatärztin nicht. Und ja, die Wartezeiten waren dann schon sehr lange, (...) na eine Stunde schon. (...) es wird sich schon eine gewisse Zeit genommen, aber ich denke, zu wenig beim Hausarzt. Also man wird da schon so schnell wieder weggeschickt, zu wenig Ernst genommen, obwohl es doch etwas Gröberes hätte sein können, was man hat. Oder vielleicht wirklich gleich Medikamente verschrieben, anstatt einmal abzuwarten (...) sehr freundlich schon, sehr rücksichtsvoll, aber halt alles ein bisschen Gschwind und schauen wir, dass wir fertig werden und so (...) ich habe immer das Gefühl gehabt, dass man ihn nicht zu lange aufhalten darf, weil der nächste Patient ja schon wieder (...) was dann beim Privatarzt nicht mehr war. Die hat sich dann Zeit genommen und sehr lang die Krankengeschichte abgefragt und wie gesagt Lebensgewohnheiten“ (Interview SVGewerbe_45_w). „Das Wichtigste ist wahrscheinlich schon die fachliche Qualität des*

Hausarztes, dass er sich gut auskennt, aber natürlich auch die persönliche Ebene ist ganz wichtig. Zu einem Arzt zu gehen, da ist es ganz wichtig, sich wohl zu fühlen, dass man auch wirklich alles sagt, was eine Rolle spielen könnte, dass man da ehrlich sein kann, sich quasi aufgehoben fühlt (...) dass man jetzt eben gut behandelt wird und natürlich spielen auch Ordinationszeiten eine Rolle (...) dass der vielleicht auch einmal ins Haus kommt (...) also in ganz schweren Fällen würde ich mir das eigentlich schon wünschen, dass da auch Hausbesuche möglich sind (...) dass er sich Zeit nimmt, um unter Anführungszeichen ganzheitlich zu erfahren, was mit einer Person los ist, weil es eben nicht nur die Krankheit, nicht nur die Keime sind, die bekämpft werden müssen, sondern meistens, denke ich, dass da viel rundherum eine Rolle spielt und (..) nicht gleich Medikamente verschrieben werden (...) dass der Hausarzt an Fachärzte weiter überweist, wenn er selber nicht mehr weiter weiß, dass er die Größe besitzt, da durchaus eine Überweisung zu schreiben an einen Arzt, der es vielleicht besser kann.“ (Interview SVGewerbe_45_w)

Immer wieder wird festgehalten, dass das Gespräch (und die dafür nötige Zeit) die wesentliche Qualität guter Primärversorgung bildet: *„Wesentlich ist das Gespräch. (...) Das Gespräch soll so verlaufen, dass es keine Ängste erzeugt im Patienten, sondern es soll, wenn es darum geht, irgendwelche Beschwerden zu erkennen, dann soll sie darauf hinweisen, ‚da könnte etwas sein, untersuchen wir das einmal‘. Meistens ist es ja so, dass ich eine weitere Überweisung bekommen, sie also weitere Überweisungen vorschlägt zu anderen Ärzten (...) aber das Gespräch soll nie in Angst verlaufen, sondern ganz ruhig ablaufen (Interview B_02_m). Was sollte der Hausarzt / die Hausärztin vor allem können? „Gut diagnostizieren, weil alles andere machen nachher ja sowieso die Fachärzte und das Krankenhaus (...) dass man weiß, der muss zum Internisten, zum Orthopäden oder so, also die Forcierung der Diagnostik.“ (Interview NÖ_16_m). „Also eine Hausärztin ist für mich wichtig, dass sie nah ist, dass sie eben auch Zeit hat, dass sie zeitnah auch Termine hat und dass sie mich anhört und dass sie das eine oder andere auch wirklich von außen heilen kann in Bezug auf ihre Fachkompetenz. Möglicherweise, dass sie noch gute Kooperationspartner hat, wo sie mich dann hinverweist. Das sind so die Kriterien. (...) [und das] auch eine psychosoziale Kompetenz besteht, dass der mit sowas umgehen kann und merkt und weiß, dass die Betroffenen wirklich arme Schweine sind und dass das ernst zu nehmen ist und zu würdigen ist, wenn das jemand anspricht, ja, und dass auch irgendwie zu vermitteln, dass man ernst genommen wird und eine gewisse Fachkompetenz, die daran für mich merkbar ist, dass naja dass irgendwann doch ein Heilungserfolg eintritt. (...) es ist noch nicht geheilt, aber zumindest weiß ich ein bisschen besser, woran ich bin, ja.“ (Interview S_21_w). „Vertrauen muss man haben. Also, wenn man dem Arzt nicht alles erzählen kann, dann kann er einen auch nicht richtig behandeln. Wenn man dem was verschweigt, was jetzt vielleicht peinlich ist, oder unangenehm, oder wo er dann schimpft, und ich erzähl das dann eben nicht mehr, dann ändert sich ja auch die ganze Diagnose, und vielleicht stimmt dann der Befund nicht mehr, und die Medikamente oder die Behandlung stimmt dann nicht, und dann wird man vielleicht noch kränker und alles noch schlimmer.“ (Interview W_26_m). „Wichtig is, dass er sei Orbeit kann (...) dass er sich auskennt (...) als praktischer Arzt, der muss von Allem a bisserl was können, also von dem Internistenzeugs und dem mit den Füßen und so (...) Jo, von allem a bisserl was, weil dafür is er ja da. Weil wenn i dortn hinrenn wegen irgendwas und der weiß des ned, dann is unnedig. Oder wenn er was ned kennt, was gefährlich sein kennt (...) dass er auf mi eingeht, des er mei Gschicht kennt. War ja auch bei*

sein Vatan, der kennt mi, seit ich in Wien bin, da hamma 36 Jahre.“ (Interview W_28_m). „Ich finde es immer nett, wenn man zwei drei Worte Zeit hat (...) dass der auch sagt, ‚ja, da sehen wir uns eh am Wochenende da oder dort‘ oder ‚wie geht es Ihrer Tochter?‘, aber einfach, dass man noch schon in einer Gesellschaft lebt, wo der Eine und der andere eine Person ist, einfach nicht nur eine Ware, das erwarte ich mir“ (Interview S_32_m)

„Dass er mich vielleicht kompetent beraten tut (...) das i a kompetente Beratung hab (...) was i ma wünsch von die Ärzte halt, dass sie ehrlich san, dass sie dich ned anlügen, dass sie ned umadum reden oder was was i was – die sollen sagen, was ist und fertig.(...) und dass man gscheite Antworten kriegt von ihm, ned. Also, wenn er jetzt sagt (...) dass er ned immer, wenn da der Punkt is, und er is allwei irgendwo, sondern dass er eigentlich die Antwort gibt, was i möchte (...) wann man ein bisserl ein Menschenkenner ist, dann kriegt man eh mit, ob er dich jetzt anlügt (...) Und da kann er sagen, ‚OK, das geht über meine Grenzen,‘ dass er da auch ehrlich is, ned, in dem Fall (...) er soll sich ned beeinflussen lassen von der Pharmazie oder was (...) dass man ein kurzes und gutes Gespräch führen kann und dass man, wenn man wieder hinausgeht, das Gefühl hat, es passt für den Arzt, es passt für mich, das Gespräch. (...) und dass natürlich auch der Arzt selber ein Vertrauen hat auf sich selber“ (Interview NÖ_34_m). Kompetenz und Fachwissen wird immer wieder eingefordert: „Na ich denk mir, a bissl a Fachwissen und psychisch zuhorchen (...) dass sie die Patienten ein bisserl als Mündiger anschauen, des ja (...) i man, i will net streiten – i will meine Sachen sagen, ja und er soll ma seine Sachen sagen (...) dass ned er oben is und der andere unten, ja, sondern ungefähr auf dem gleichen Niveau aufgestellt – das wär halt einmal, das wär für mich wichtig (...) dass man mit ihm reden kann, um was es geht, naja (...) i man, er kann ja keine Wunder wirken oder was, er ist ja kein Wunderheiler, ja. Wann man da versucht, dass man a Lösung findet, oder was kann man unternehmen, was kann i machen (...) er muss kein Facharzt sein oder was, aber so, dass der Umgang mit an normalen Menschen, der ist viel wert, weil i man, i was, von was i red, weil i hab mit den verschiedensten Leut zu tun gehabt (...) es san ja viele Krankheiten a psychisch ja, und das Umfeld, man sagt die Krankheit – Geist und Seele is a Einheit und wann du da einen Störfaktor drinnen hast – und da gehst schon vor mit dem zuhorchen, des ausse finden, was kunnt das sein.“ (Interview NÖ_36_w)

Auf die Frage, wann ist man zufrieden mit dem Hausarzt /der Hausärztin wird die Qualität der medizinischen Dienstleistung betont: „Naja, wenn man eigentlich krank ist und er macht dich eigentlich wieder gesund, verschreibt dir die Medikamente, die passen, die dir helfen. (...) ich glaube einfach nur, dass es wichtig ist, dass du dich verstehst, dass du einfach Sachen bekommst, die du brauchst, nicht. (...) er ist direkt in der Ortschaft (...) die Apotheke ist auch gleich nebenbei (...) und was mir auch gefällt, ist, dass man immer gleich einen Termin bekommt, am selben Tag noch, dass heißt, man ruft an, bekommt glaube ich, am selben Tag noch sogar einen Termin oder es gibt Zeiten für Nachmittags, wenn du arbeiten gehst oder für die Schüler. (...) Ich muss sagen, dass ich die Ordinationszeiten beim Hausarzt recht in Ordnung finde“ (Interview NÖ_11_w). „Also wenn ich es mir aussuchen könnte, dann würde ich immer zum Hausarzt gehen (...) aber bei mir ist es eben nur gewesen, wenn es so eine Unfallgeschichte war, eben, oder wenn ich mir das Knie verletzt habe oder so – da ist man dann sowieso in die Unfallambulanz, weil die dann eben sofort da sind. (...) Auf der anderen Seite ist natürlich die Ambulanz eigentlich eine Facharztbehandlung (...) das, was die Ambulanzen können, können die Hausärzte gar nicht leisten können, so spezielle

Behandlungen oder Unfall (...) die ganzen Krisengeräte und so“ (Interview S_21_w). „Wichtig ist auch (...) wie die Chefin, die Ärztin, mit ihren Mitarbeitern umgeht, dass man auch ein positives Gefühl bekommt in der Praxis. Es gibt ja Leute oder Ärzte, ich hab das selbst schon erlebt, die machen ihre Angestellten vor den Patienten nieder (...) das schätze ich auch bei meiner Hausärztin, da habe ich jedes Mal das Gefühl, das Betriebsklima ist ganz in Ordnung, die Leute sind kompetent, obwohl sie unter ständigem Stress leiden (...) Du wirst immer höflich behandelt.“ (Interview B_02_m). „Und auch eine schöne Praxis, eine moderne Praxis, wo man sich auch wohlfühlt, wo ein paar Zeitschriften liegen, anderes als nur über Krankheiten und über gesunde Ernährung. Und das schätze ich auch sehr bei der Hausärztin, die hat so eine nette Auswahl an Illustrierten, wo man sich einfach auch ein bisschen wohlfühlen kann, weil bei Bedarf gibt es sogar eine Kaffee. So eine gewisse Wohlfühlatmosphäre ist jetzt vielleicht nicht entscheidend, aber es ist ein Mehrwert. Und eine Kinderspielecke, solche Sachen eben auch.“ (Interview S_21_w). Das Wohlfühlen für Kinder ist überhaupt ein wichtiges Anliegen: „Hat bis jetzt eigentlich immer gepasst, bei den Kindern genauso. (...) Sie haben keine Angst vor ihm. Also, es kommt nicht so hinüber. Für die Kinder hat man kürzere Wartezeiten. Es gibt eine eigene Kinderordination. Da kommst du hin, meldest dich an, darfst dann, wenn mehr Kinder da sind, gleich in die Kinderordination gehen. Du kommst eigentlich gleich dran, als nächster Patient kommen immer die Kinder und, und ja, dass er ich find eigentlich, dass er lieb ist zu den Kindern.“ (Interview NÖ_11_w)

Wichtig ist die Ausstrahlung und die Ausstattung, aber auch die Kooperation in der Ordination: „Was bei dem Wohlfühlen beim Hausarzt eine Rolle spielt, ist die Ausstattung in der Praxis. Also, um beim Einfachsten anzufangen, irgendwo Blumen hinzustellen, einfach, dass das eine angenehme Atmosphäre ist. Aber auch, dass die Ausstattung für die Untersuchungen, sagen wir, dem Stand der Technik entspricht, dass man schon das Gefühl hat, die Gerätschaften, mit denen man untersucht wird, funktionieren, gut sind, sauber. Also Sauberkeit in der Praxis ist wirklich wirklich wichtig.“ (Interview SVGewerbe_45_w). Und das strahlt auch auf die Wahrnehmung des Verhaltens aus. „A korrektes Verhalten im Rahmen des Gesetzes und im Rahmen der klassischen Höflichkeitsregeln is glaub i sowieso wichtig. (...) I setz auf an Arzt; der ehrlich is und trotzdem a gewisses Einfühlungsvermögen an den Tag legt, sag i jetzt amal. I find Ehrlichkeit in dem Bereich ganz wichtig. Sowohl dem Patienten gegenüber (...) und wenn i irgendwie den Eindruck hab, dass das bei einem Arzt nicht passt, dann würd ich ned hingehen. (...) Sie [die Mutter der Befragten] war einfach voll froh, dass ihr ein Arzt einmal voll ehrlich gesagt hat, es wird ihr nix bringen, ned. (...) er soll quasi von überall ein bisserl was wissen – also ned nur ein bisserl was, sondern genug, um das in die richtigen Wege zu leiten Und das ist mitunter sehr schwierig (...) der perfekte Hausarzt soll fachlich in allen Disziplinen quasi so gut beschlagen sein, dass er die richtigen schritte einleitet, ned (...) natürlich wünscht sich jeder, dass der Hausarzt Zeit hat, man wünscht sich, dass er äh, emotionales Einfühlungsvermögen hat, dass er empathisch ist. Des wäre natürlich optimal – ja – und sonst denk ich mir, grad bei uns am Land is eine Hausapotheke (...) in unserer ländlichen Gegend ist das schon sehr praktisch (...) fachlich sehr kompetent, in allen Disziplinen, weil ich sag ja, ein Internist der ist ja quasi – das ist sein Fachgebiet, alles andere pfft. Aber ein Hausarzt muss mehr oder weniger alles abdecken können. Fachlich kompetent, empathisch, wenn er a Hausapotheke a no hat, perfekt. (lacht) dass er möglicherweise mit einer Patientenentscheidung, die ihm nicht so gefällt, auch zurecht kommt.“ (Interview NÖ_29_w). „Ich meine, dass die Ordination als Solche in einem

tadellosen Zustand ist, dass ja – das setzt man eigentlich eh voraus. Dass es sauber sein muss, dass er modernes Equipment hat, weil ich mir denke, davon hängt es auch ab, wie gut die Diagnose wird oder ausfällt - und die Technik macht Fortschritte und jeder Handwerker muss schauen, dass er die neuesten Normen erfüllt und so sollte es beim Hausarzt auch sein (...) da bin ich leidenschaftslos, (...) ich muss da keine durchgestylte Ordination haben“ (Interview S_32_m)

*Erwartet wird ein*e aktive*r Hausärzt*in: „Dass er mal mitdenkt, wenn man ihm wie gesagt eine Überweisung schreiben lässt, dass er draufschreibt die Diagnose auch, na, und wenn ma ned hingehet, weil i kann ned jedes Mal, wenn man a Überweisung hat, hingehen - und das nächste Mal mach ichs eh und da wird ich sie auch ansprechen. Und von einem guten, dass er auch Hausbesuche macht (...) dass er für einen da ist, dass er sich auch Zeit nimmt, das ist auch wichtig, ja. Ich mein, ich bleib eh nicht eine halbe Stunde dort sitzen, sind ja andere Patienten a da, aber es will ja jeder a Zeit haben, also es ist dann schon bemessen irgendwie (...) wenn man reinkommt wie in ein Wohnzimmer und es wär freundlich eingerichtet und dass es atmosphärisch auch anders ist – so es gibt ja bei ihr keine Nummernausgabe, gar nix, man muss fragen, ‚wer ist der letzte?‘ (...) wenn dann so ein paar Sessel stehen, man hat leise Musik und dann wird a Nummer aufgerufen oder a Name wird aufgerufen. Dann weiß man, jetzt ist man drann. Man braucht ned immer schauen, ‚aha, des is der letzte gewesen‘, muss i aufpassen, des stört mi irgendwie.“ (Interview W_30_w).*

Die Dienstleistung muss rundum passen, auch ihr Management. „Dass eben die Wartezeiten, die entsprechend nicht länger werden, ja und das Angebot außer der üblichen Dienstzeiten (...) weil gegenüber vom Hausarzt ist der Facharzt – da bekomme ich schon die Krise, wenn ich anrufe und sage, ‚ich brauche einen Termin‘ und ich bekomme einen Termin in einem dreiviertel Jahr (...) was mir beim Hausarzt gefällt, dass er da ist, dass ich immer hingehen kann und ich meine, wenn ich Schmerzen habe, sowieso und wenn es etwas Normales ist, wo ich sage, ‚ich möchte mir nur eben das Blutbild machen lassen‘ oder sowas, dann heißt es auch nicht ‚kommen Sie in drei Monaten wieder‘, sondern dann heißt es auch ‚ja, kommen Sie am Dienstag oder am Mittwoch wieder‘, wo ich sage, das ist für mich noch vernünftig.“ (Interview S_32_m).

Auch Fachliches wird eingefordert: „...dass eine praktische Erfahrung dazu gehört, also ohne Turnus kann ich es mir nicht vorstellen (...) also so ganz frisch von der Uni kann ich keinem Hausarzt also jetzt alleine eine Stelle geben“ (Interview S_32_m)

Aber man muss auch selbst aktiv werden, um (wieder) gesund zu werden. „I erwart mir natürlich, wenn irgendwas wäre, dass er mir hilft, ned. I waß natürlich ganz genau, dass i das Ganze selber in die Hand nehmen muss, aber (...) des is eh klar, dass er dir helfen soll, na wann. Natürlich, mir is a klar, dass der Arzt ned die Krankheit heilen kann, man muss sich schon selber heilen. (...) wichtig wäre, dass halt der Arzt, dass er sich Zeit nimmt, dass er sich a a bisserl Zeit nehmen kann. Ist für – glaub ich – die Patienten auch wichtig, ned, weil wenn jetzt stehen schon wieder 15 draußen, und du bist fünf Minuten drinnen, dann mußst schon wieder auß, weil der Nächste schon klopft, das is ned optimal, aber oft wird's halt ned anders möglich sein. (...) dass er sich a wenig Zeit nimmt (...) wann i zum Beispiel die Diagnostik ins Gesicht krieg, sag ma mal, ich hab Krebs, dann lass i mi sicher ned behandeln, lass mir ka Chemo geben oder irgendwas – sicher ned. (...) verlassen darf man sich a ned hundertprozentig auf die Ärzte, (...) entscheiden muss ma schon selber“

(Interview NÖ_34_m). *„Für mich genügt des eigentlich. Weil was soll ich, er is ned mei Babysitter, er is ned mei Krankenpfleger, er is ned mei... von dem her, wenn i hingehen kann und kann mit eam reden, ‚mir geht’s so und so, was kann ich da machen? und das Problem hab i‘, das er sich das anschaut. I man, für mich genügt das.“* (Interview NÖ_36_w)

Die Kompetenz wird durchaus anerkannt. *„I komm a mein Hausarzt ned ins Kraut (lacht), dass i da mit einer Diagnose hingeh und sag, i hab des und des, ned. Na das tua ich eher ned (lacht)“* (Interview NÖ_29_w). Aber die Kompetenz wird auch realistisch gesehen: *„Und ja, sie kochen alle nur mit Wasser und es gibt gute und es gibt schlechte.“* (Interview NÖ_29_w)

Und es wird begrüßt, wenn der Hausarzt / die Hausärztin auch „menschliche“ Seiten zeigt: *„Ich war bei einem lustigen Openairkonzert und da hab ich meine Hausärztin gesehen mit einem Rotweinglasel in der Hand und mit einer Zigaretten und das hat mich irrsinnig beruhigt (...) einfach, dass sie authentisch sind, dass sie jetzt nicht weiß Gott was für Disziplinierungen empfehlen und gleichzeitig hinaus gehen und zwischen jedem Gespräch eine rauchen, Ich meine, die sollen eine rauchen, aber die sollen dazu stehen, weil ich eben von diesen Ratschlägen von oben herab (...) das halte ich nur für wenig weiterführend. Ich kann immer nur das vermitteln, was ich auch selber zu leben im Stande bin.“* (Interview S_21_w). Und er/sie muss das auch ausstrahlen: *„Trottel derf a kana sein, ned deppert reden, wann er was sagt (...) i brauch kein Arzt, der mia sagt, des solltens ned tun. I moch mir mei Leben selbst, so wiea mia taugt (...) und des er ned so gschwollen red – i bin ka Mediziner, wenn er do daher kommt mit einer Fachsprach, versteh i ja nix.“* (Interview W_28_m)

Die Erwartungen an die „gute“ hausärztliche Versorgung wird oft bereits in der Gegenwart erfüllt: *„Von meinem jetzigen Hausarzt kann ich eigentlich nur Positives sagen, dass er sehr kompetent ist, dass er sehr nett ist, dass er mir eigentlich immer geholfen hat, wenn ich etwas gebraucht habe(...) ich bin da sture Medikamentenverächterin, ich brauch das nicht (...) was mir gefällt, ist, wenn du hingehst und du hast irgendwas (...) hört sich nicht so gut an, Husten – Lungenröntgen – Überweisung, das taugt mir schon auch, dass er sich schon sehr Gedanken macht, ‚es ist nicht nur Husten, es kann auch mehr dahinter stecken‘ (...) das ist eigentlich, wenn ich selber was brauche, dass er mir weiter hilft oder mich weiter überweist oder er selber seine Diagnose stellt.“* (Interview NÖ_11_w)

Die früheren Erfahrungen mit konkreten Hausärzt*innen sind ebenso umfassend wie die Ansprüche an die „gute“ hausärztliche Versorgung. *„Ich habe nie gewechselt, war immer beim selben [Hausarzt], habe nur gewechselt, wenn er auf Urlaub gefahren ist, dann hat man müssen, seine Vertretung besuchen müssen, und die ist meistens in dem Nachbarort gewesen.“* (Interview B_01_m)

Frühere Erfahrungen können durchaus durchwachsen sein: *„Es war so, dass sich manche Ärzte zu wenig Zeit genommen haben für ein Gespräch, man kam rein und der fragte nur ‚was fehlt Ihnen‘. Erkältung, kurz ein Medikament verschrieben, kaum eine Untersuchung und man war schon wieder draußen. Man hat sich also nicht besonders wohl gefühlt, man muss auch sagen, ich war damals ein viel zu wenig mündiger Patient, der sich da auf die Beine gestellt hätte und da nachgefragt hätte – vielleicht war das, weil man zu autoritär erzogen wurde und sich nicht nachfragen getraut hatte. (...) Mittlerweile bin ich ein mündiger Patient und ich muss sagen, ich frage immer wieder nach, wenn mir etwas komisch*

vorkommt oder ich sammle auch Zeitungsausschnitte (...) und dann spreche ich mit meiner Urologin und die klärt mich auf. (...) Wir haben zuerst einen Hausarzt hier gehabt im Ort (...) und der hat sich sehr wenig Zeit genommen, nicht, und dann haben wir gewechselt nach (...) und dort fühlen wir uns wirklich sehr sehr gut aufgehoben. Die nimmt sich wirklich Zeit für uns, für mich, dass ich mich oft frage, es ist das Wartezimmer immer sehr voll und da sind viele Leute und da mache ich mir teilweise Sorgen, ‚jetzt redet sie immer noch mit mir‘, aber im Endeffekt ist das wirklich ganz in Ordnung.“ (Interview B_02_m). „I wohn aber gegenüber – von der Donau drüben, weil i den Arzt, der bis dato da war, weil ma der ganz einfach ned sympathisch war – der war jetzt da 20 Jahre dort, aber jetzt is er eh in Pension gegangen, jetzt hamma wen Neuen, aber dort war i a no nie durt. (...) I wissad ned, dass i irigendwas sogn könnt, was ned passt hat. Weil de is immer freundlich, de Sprechstundenhilfe, die is recht kooperativ. Nur, dass er viel Leut hat, weil die stehn oft vor der Tür auss, bis ins Stiegenhaus. Aber, des geht relativ schnell, weil die Damen heraußen, die machen so Infusionen und Blutabnahmen, also da kummt ma normal gar ned eini zum Arzt, des is scho viel wert. (...) und mit Schmerzen oder irigendwas, da kommt ma glei zum Arzt.“ (Interview NÖ_05_m)

Erfahrungen entstehen auch aus Vertretungsfällen: „Weil i kenn andere a, wo i hingangen bin, wenn der ned do war, wenn er im Urlaub war oder so. Die schau ja nur, was hams, zack, zack. Rezept, Medikamente und Tschüss. Aber des is ja ganz wichtig, wenn sich der Arzt Zeit nimmt und redt mit einem, na. (...) des Wichtigste ist mir persönlich, dass i ned, weiß i ned, drei Stunden sitzen muss. I man, a Stund rechent man ja eh beim Arzt, aber bei andere Ärzte, da sitzt ja, i waß ned wie lang - und länger wie a Stund, sag ma, braucht ma ned bei mein Hausarzt. (...) der is ganz normal; der, der nimmt si Zeit und der hat scho a gewisse Berufserfahrung scho, sag i amal. Der weiß genau, wennst was hast oder was. I sag amal, zu 99 % hat die Diagnose gestimmt, was er gesagt hat, ned.“ (Interview NÖ_05_m). „Also vier Hausärzte hatte ich schon (...) und wir sind eigentlich immer dabei geblieben. Ich habe mich noch nie beschweren dürfen, ja nein der Eine ist vielleicht ein bisschen härter in der Aussprache und der Andere ein bisschen weicher (...) aber ansonsten, mit den Hausärzten, ich muss sagen, ich darf mich überhaupt nicht beschweren, weil wie gesagt, wenn ich hin komme und ich setze mich hin, entweder sage ich gleich ‚wann komme ich dran?‘ dann weiß danach eh die Assistentin, oder ich gehe gleich hinein – aber ansonsten könnte ich nichts nachsagen, nein wirklich nicht.“ (Interview NÖ_06_m). „Im Großen und Ganzen war eigentlich immer der Ansprechpartner der Hausarzt oder, der ist halt nachher in Pension gegangen, dann ist es eine Hausärztin geworden, die hat seine Ordination übernommen und ich muss sagen, dass ich eigentlich, dass ich immer bei einem Hausarzt war und meiner Meinung nach sehr gut betreut wurde, und sobald ich Probleme habe oder irigendwas zu erfragen wäre, bin ich dort beim Hausarzt. (...) Auch mit den Kindern ist es immer ‚machen wir, schauen wir, wir können eine Lösung finden‘ und das muss ich sagen, ist sehr positiv“ (Interview NÖ_16_m)

Erfahrungen mit verschiedenen Hausärzt*innen entstehen vor allem wegen Pensionierungen (daraus entstehen auch Befürchtungen, siehe weiter unten): „Der eine [Hausarzt] ist dann irgendwann in Pension gegangen, der andere war dann der Nachfolger, eben, bei dem bin ich nach wie vor (...) ichühl mich grundsätzlich gut aufgehoben, sicher sind so Kleinigkeiten, ich meine, er hat das Fachwissen nicht auf dem Gebiet, was auf mich zutrifft, aber für das bin ich ja nicht bei ihm, ich habe regelmäßig Kontrollen (... [in der Klinik]...) und Primärversorgung | Projektbericht

wenn er was fragen soll, was er nicht weiß, dann fragt er eh nach, sag ich einmal, von dem her und die Krankengeschichte und die Befunde von der Klinik kommen eh zum Hausarzt (...) ich habe da kein Problem, es ist mehr ein freundschaftliches Verhältnis. Man ist auch per Du, aber das ist im Pinzgau überhaupt so.“ (Interview S_18_m)

Der alte Hausarzt, „das war ganz ein eigener Ding, aber ich habe ihn so respektiert, wie er ist, er war ganz eigen, Doktor (...) und Medizinalrat und – ja, der war ganz eigen, der hat seine Eigenheiten gehabt und also, aber lieber so, als einer, der die Nasen oben trägt und meint, er hat die Gscheitheit gefressen, also das mag ich überhaupt nicht, also das muss ich nicht haben und – wie gesagt, wenn das ein Arzt ist, heißt das noch lange nicht, dass er der Allmächtige ist“ (Interview S_18_m). Erfahrung kann auch Vertrauen schaffen: „Ich bin sehr zufrieden, die Ärzte, die ich früher hatte durch meinen Beruf, weil ich ständig unterwegs war und habe daher den Hausarzt nie so richtig beansprucht (...) aber in letzte Zeit, seit ich in Pension bin, gehe ich zur Hausärztin mehr und mit der habe ich nur positive Erfahrungen gemacht. (...) Wenn man mal Vertrauen hat zu einem Arzt, und gewisse Gewohnheit ist auch dabei, dann wechselt man ungern.“ (Interview NÖ-20_m)

„Der alte Hausarzt „der war ganz von der alten Schule mit ewigen Wartezeiten und da habe ich sehr schnell eine Lösung gesucht (...) dass man eben so lange Wartezeiten hatte (...) überhaupt, wenn man dann verantwortlich im Berufsleben steht, ist es aber, glaube ich, für niemanden fein (...) das merke ich bei immer mehr Ärzten und auch jetzt bei Hausärzten erst recht, dass man wirklich einen Termin bekommt und der ist es dann auch. Also ich kann das wirklich besser einplanen, das ist besser geworden im Laufe der Jahre (...) das ist ein großes Plus gegenüber der Ambulanz (...) und ich bin jetzt bei der Gemeinschaftspraxis, wo beide auch so alternative Heilmethoden anbieten, was aber nur bedingt, nur bedingt der Grund ist, dort hinzugehen, weil ich eben das auch nicht wirklich ... davon wirklich nicht profitiert habe (...) und dann ist es eben mir wichtig, dass ich gehört werden, dass ich Zeit bekomme, mich zu erklären, speziell bei der Hausärztin, weil auf der Ebene der Wehwechen sehe ich meine Selbstverantwortung, ja und da möchte ich gerne ... das möchte ich gerne als Zusammenarbeit sehen.“ (Interview S_21_w)

Auch ärztliche Kompetenz kann über Generationen weiter gegeben werden, die gute Beziehung bleibt so quasi in der Familie. „I woa scho bei seim Vata, wissens, und da hab i sehr guade Erfahrungen, also er is afoch sehr guad. Also der hat die Ordination da übernommen, übernommen vom Vata, joa, am Anfang, wissens eh, so a Junger, da haben wir uns alle dacht: ‚Noja‘. Wissens eh, wie ich mein? So jung, der lernt sicher noch, kennt si ned aus, wissens eh. Aber guad, hot von sein Vata gelernt, der kann ja was, also kann der a was. Also passt das auch. Und er is sehr ok, sehr nett. (...) wie der Junge gekommen ist, der seinen Vata abgelöst hat, des war mühsam (...) da war dann das Chaos, lauter junge Haserln (...) die standen da und wollten, des i mi anmeld. Na bitte, i frog Sie, wofür? Hob i nie gmocht, moch i den! Früher hat der Doktor das mit der anen Schwester gmocht und jetzt stehen da so junge Madln? Von nix a Ahnung, aber hübsch. (...) früher hod man ned do alles ins Kasterl einegeben, wissens eh, da Computer, do hat ma sich des gmerkt oder auf an Zettel geschrieben und alles woa in Ordnung. Heut gebens das Ganze in Computer rein, aber des is nur unnedig, weil wenns weg is, is weg.“ (Interview W_28_m)

Nachfolger*innen werden oft besonders kritisch gesehen. „Also mein erster Hausarzt, der war so der klassische Hausarzt im weißen Mantel, der was alles weiß und alles kann. Und –

wie der sei Ordination dann aufgegeben hat, weil er in Pension gegangen ist, war ich einmal bei seiner Nachfolgerin (...) sie hat mich selbst gar nicht angeschaut, hat nur im Computer einigschaut und dann hats mi amal kurz angeschaut und gesagt, ja sie san viel zu dick! Sie müssen abnehmen! Hab i gsagt, aah, mir tuat die Hand weh (...) i hob dann den Hausarzt gewechselt.“ (Interview NÖ_29_w). „Ich hab früher einen anderen Hausarzt gehabt, der war (...) sehr nett, der hat auch Hausbesuche gemacht. Die [jetzige Ärztin] macht keine Hausbesuche, also die hat nur Ordination Montag den ganzen Tag mit Pausen und sonst nur Vormittag und Freitag Nachmittag, ned. Also das ist wahnsinnig schwer; was ist, wo gehen Sie am Nachmittag hin, net. Also des find ich, des is net ganz so, ist dann ned ganz das Eigentliche, ned, weil nur Vormittag ... I man, sie hat zwei Kinder, des seh ich alles ein, ich hab auch zwei Kidner gehabt. Aber wenn i so einen Beruf hab, muss i schon schauen, dass i für die Bevölkerung a da bin und dann andere Zeiten hab, na. (...) sie ist da in der Nähe, ich brauch dann nicht runter gehen.“ (Interview W_30_w)

Und in der Vergangenheit hatte der Dorfarzt eine besondere Bedeutung – zumindest in der Erinnerung. *„Ja in meiner Kindheit in den achtziger Jahren, da wars – da wars so, wissens: Doktor, Pfarrer, Bürgermeister. Ja. Das waren so im Ort die geachtetsten Personen, ja. (...) Da waren die Patienten ja no ned so ‚frech‘, dass a eigene Meinung gehabt haben. Sag ma, wenn er das gesagt hat, dann war es so.“ (Interview NÖ_29_w)*

Die Erfahrung ist grundsätzlich *„insgesamt positiv (...) der war sehr umsichtig und ruhig und da hatte man immer das Gefühl, dass man sehr gut aufgehoben ist und der auch jede Menge Zeit für Einen hat, obwohl das Wartezimmer immer voll war. Aber man hat dann nie übermäßig lange warten müssen, dass war so eine sehr gute Kombination (...) und die Öffnungszeiten, ja die passen, ja, die haben ja normalerweise von in der Früh weg und am Abend auch noch zwei Mal in der Woche Ordination und das ist für mich schon wichtig, weil ich grundsätzlich nicht während der Arbeit weg will für solche Sachen, sondern wenn es geht, mache ich das außerhalb der Arbeitszeit (...) man ist dann dort hingegangen, der hat einen angesehen und hat dann Schmerzzapferl oder irgendwas oder Fieberzapferl oder irgendwas verordnet.“ (Interview S_32_m). „Es hat einem dieser Arzt vermittelt, dass er jede Menge Zeit hat und in Ruhe das und sachlich das beurteilt, das ja und die neue Ärztin hat ein bisschen eine andere Art. Ich sage nicht, dass sie es deswegen schlechter macht, es geht halt zackizacki, sie macht das halt anders (...) sie holt einen herein, sagt ‚aha‘, zack schnell, schaut sich das an, sagt (...) ‚okay, na dann können wir das so und so‘ zacki zack und bekommt man schon das Rezept und ist man wieder draußen bei der Tür. Und da hab ich dann oft das Gefühl, sie hat gar nicht Zeit (...) aber sie wird es schon wissen. Ich habe jetzt noch keine Fehldiagnose von ihr mitbekommen.“ (Interview S_32_m). „Mein Hausarzt, des war so der Diagnostiker, den wir gehabt haben – der is ma leider gstorben – der Hausarzt, der hat da, der hat des sofort kennt und der hat mi da ins Spital geschickt“ (Interview NÖ_34_m). „Ja, i muss sagen, der Hausarzt, den was i da ghabt hab, der war scho a Wahnsinn, also. Wenn du eingegangen bist, zu dem, die Tür aufgmacht hast, du bist eingegangen, der hat scho gwusst, was du hast. Der hat das am Gang oder Haltung – der hat das sofort kennt, war a Wahnsinn, sowas hab i nie troffen, nima. (...) gstorben ist er, na, der hat gearbeitet bis vier-, fünfundsiebzig oder was, da war er a no in der Ordination und dann is er gstorben an an Herzinfarkt, is er plötzlich gestorben. (...) Da bist du hingangen zu eam, der hat dir immer helfen können, der hat die ned mit Medikamenten angstopft, sondernn der hat gsagt, ‚des nimmst jetzt, des und aus und dann rennts wieder‘ (...) a a Krankheit, was*

ganz selten is, aber der hats kennt, na waß i ned, der hat dich nur anschauen brauchen, der hat des in der Gestik kennt, in – der war halt da, der hat ned aufs Röntgenbild gschaut, oder aufn Befund, wennst jetzt bei an Spezialarzt warst, des hat den ned interessiert. Der hat dich selber angeschaut oder hat dich angriffen oder wie auch immer und der hat des gwusst. (...) Wenn der dir a Sprizen zum Beispiel gegeben hat, die hast gar bned gspürt, des war a Wahnsinn, wenn der irgendwo geimpft hat“ (Interview NÖ_34_m)

„Wir haben einen [Hausarzt] gehabt, der war – kann man ned sagen – war scho sehr kompetent,. Aber ich hab Pflegeberuf gelernt (...) wann i ganz ehrlich bin, wenn i gsagt hab, was i hab und was i will (lacht) (...) richtig diskutieren war halt ned.“ (Interview NÖ_36_w)

Manchmal wird auch über Erfahrung mit einem anderen Hausarzt gesprochen: *„Also so richtig, ja es war ein Bundesheering und der hat des durchgezogen (lacht) (...) allanig die Art und Weise kann i auch, wie a Kommando ungefähr (...) lustig, weil wenn es mir ned passt, dann sag ichs eh, also ich hab da keine Probleme. Aber Andere haben damit schon Probleme gehabt.“ (Interview NÖ_36_w)*

In vielen Stellen der Interviews werden ausdrücklich positive Erfahrungen mit früheren Ärzt*innen heraus gearbeitet. *„Wir haben einen guten Kontakt mit den Hausärzten gehabt, also da könnte ich nichts Negatives sagen, im Gegenteil, wenn der Hausarzt kommt, also zum Beispiel zu meiner Gattin oder zu mir und das Medikament nicht mit hat, dann sagt er ‚warte, ich hol es Dir‘, er fährt dann zurück und holt es noch einmal. Also was diese Betreuung anbelangt, kann ich nichts Schlechtes über meinen Hausarzt sagen. (...) Weil wir sind ja auch persönlich gut bekannt und es ist von Vorteil, weil wir reden auch immer über Privates und das schafft natürlich Vertrauen zum Arzt.“ (Interview B_01_m).* Auf die Frage, ob auch die Familie diesen Hausarzt besucht, antwortet die Befragte: *„Wir fahren alle dahin, wir tun uns des an, mit dem Auto so weit fahren, weil des einfach alles passt, weil mir der sympathisch is und weil des halt alles passt. Jetzt fahr ma halt hin. Wenn i jetzt zu einem Fremden fahren müssat, des is halt – wenn man den ned kennt, is de schwierig (...) wenn man mal 20 Jahre hinfahrt, kennt ma sich so a oder man sieht sich hier und da irgendwo auf der Straßen. Red ma halt ein paar Worte oder was.“ (Interview NÖ_05_m)*

Auch die gegenwärtige Versorgung wird in diese guten Erinnerungen einbezogen. *„Eh sehr nett, kurz und bündig, nicht zu viel Blabla (...) ist unser Hausarzt eigentlich sehr ruhig und (...) er redet sicher nicht zu viel, aber das Wichtigste, was man halt wissen muss (...) und wenn er sich irgendwo nicht sicher ist, dann gibt es sowieso eine Überweisung für irgendeinen Facharzt“ (Interview NÖ_11_w).*

Aber warum wechselt man nicht, wenn man schlechte Erfahrungen gemacht hat? *„Weil sie meine ganze Vorgeschichte kennt und ich nicht sagen muss ‚ich bin.. und ich habe..‘ ich meine, sicher am Anfang ist es schwierig, das Ganze zu und pff weil man einfach über alles reden kann; das persönliche Gespräch quasi wie ein freundschaftliches Gespräch (...) [der Hausarzt ist in einem Nachbarort fünf Kilometer entfernt] drum fahre ich dorthin, wo es mir passt, wo ich mich verstanden fühle und gut betreut werde (...) dass sie eigentlich in allen Bereichen ein umfangreiches Wissen haben, was immer, wie soll ich sagen, es bleibt keine Frage unbeantwortet in allen Belangen, was ich an Wissen möchte oder ich zumindest wissen wollte, ist mir das sehr kompetent vorgekommen.“ (Interview NÖ_16_m)*

Gute Qualität ist aus der Sicht der Befragten gut erkennbar: *„Das kann man „schon vom ganzen Ablauf irgendwie festmachen wie das, wie er mich behandelt und wie er hinterfragt,*

diese Sachen, und er ist auch bemüht, dass er von sich aus irgendwas sagt ‚können wir das vielleicht noch machen‘ und ‚das dauert da vielleicht‘ oder, oder, oder ‚solltest du jetzt nicht einmal Reha gehen‘ und ja, solche Sachen eben (...) ich habe nicht das Gefühl, dass ich eine Nummer bin, sondern [dass er] sehr wohl an der Geschichte interessiert ist“ (Interview S_18_m). Und er/sie erkennt auch ausgefallenes: „dass ich anfällig bin für Angststörungen in Bezug auf Krankheiten (...) das habe ich auch eingeleitet, indem ich gesagt habe, das ist mein Hauptproblem und ich komme her zur Beruhigung und bitte, arbeiten wir da zusammen. Und das funktioniert auch gut beim Hausarzt, weil da ein Vertrauensverhältnis besteht. Bei anderen Ärzten ist es immer wieder eine Herausforderung (...) dass sehr viel gewonnen ist, wenn Ärzte zuhören können, also eine Beratungskompetenz haben (...) ist auch eine Mehrleistung, die ein Hausarzt besser bringen kann als eine Ambulanz.“ (Interview S_21_w)

„I bin mit meinem aktuellen Hausarzt eigentlich sehr zufrieden. Der spricht mit den Patienten wirklich auf Augenhöhe (...) er bemüht sich a, so verständlich zu sprechen für Nichtmediziner. (...) Ich finde, dieses Gespräch auf Augenhöhe, dieses Alles Erklären, das Für und Wider abwägen dieses ned sagen ‚so und so und i sag des so und so is des richtig‘, sondern ‚es gibt die Möglichkeit und die Möglichkeit. I würd diese empfehlen, aber wenns a andere Wahl treffen, ist das genauso ok.“ (Interview NÖ_29_w)

Die Komplexität des Berufes wird anerkannt. *„Die Entscheidung der Ärzte ist meistens sehr schwierig, überhaupt bei schwerkranken, bei sterbenden Patienten, des is ja nochmal a besonders heikles Thema, wo ma..., wo ma sehr schwierige Entscheidungen treffen muss (...) es gibt Situationen, wo, wo sich der Arzt eigentlich sicher ist, es wäre für den Patienten eigentlich besser, wenn man das alles jetzt dem natürlichen Lauf der Dinge überlassen würde (...) und man hat aber auf der anderen Seite viele Angehörige, die sagen, ja Sie können doch mei Mutter nicht sterben lassen ned. Und jetzt ist die Frage: Fangt man jetzt a Chemotherapie an, obwohl man als Arzt weiß, es ist sinnlos, es wird dem Patienten eher das Leben verkürzen als verlängern. Oder sagt ma, ‚na ich mach des ned, i riskiers, von den Angehörigen dann quasi vor alle möglichen Instanzen gezerrt zu werden und mit der Beschuldigung, man hät die Mutter ja quasi sterben lassen‘ (...) auf der einen Seite ist man hauptsächlich dem Patienten verpflichtet, ned. Aber ja, es gibt eben Angehörige, a – und manche Angehörige können und wollen das eben ned sehen, dass a geliebter Mensch a irgendwann sterben wird. (...) Aber dass der Arzt selbst oft im Zweifel ist, was hat er jetzt, ned? Was sag i jetzt dem Patienten, mit den Angehörigen im Schlepptau. Es ist schwierig, des was fürn Patienten gut ist, kann für die Angehörigen die Hölle sein und umgekehrt genauso, ned.“ (Interview NÖ_29_w). „Was i ganz toll gefunden hab, i hab einmal die Schwiegermutter gepflegt und da war er eigentlich schon sehr engagiert, weil da war er wirklich jeden Tag mindestens einmal da, bei so Infusionen anhängen und so Sachen (...) da hat er sogar Hausbesuche gemacht, was er an und für sich nicht mehr macht.“ (Interview NÖ_36_w).*

Und es gibt so etwas wie einen Kredit auf zukünftige gute Erfahrungen: *„Bei der Ärztin bin ich jetzt, die ist nicht so schlecht, die ist halt jung, die wird sich schon hocharbeiten.“ (Interview W_30_w). „Ich kann erm ned unnötig belobigen oder a schlecht machen oder was“ (Interview NÖ_36_w). „Also ich habe schon festgestellt, dass eine große Rolle die*

Assistentin, die Sekretärin spielt, die, wenn die fachlich kompetent ist, einen immensen Beitrag dazu leistet, dass die Praxis funktioniert.“ (Interview SVGewerbe_45_w)

Positive Einschätzungen werden auch begründet. „Ich fühle mich bei Ärzten wohl, wenn ich einfach merke, sie machen sich intensiv Gedanken darüber, was mir jetzt fehlen könnte, interessieren sich eben dafür, was rundherum los ist. Das alles spielt natürlich eine Rolle. Ist natürlich eine persönliche Sympathie auch, was jetzt nicht messbar ist (lacht), das da gehört auch dazu. Höflichkeit, wenn der Arzt jetzt einer ist, der immer komisch herumschimpft oder immer bissig ist – ein Lächeln, ein einfaches Lächeln, das haben nicht alle Ärzte drauf. (...) dass man als Mensch wahrgenommen wird, als Person wahrgenommen wird, als einzelner Patient und einfach nicht als etwas, was am Fließband steht und vorbei läuft und man schaut das geschwind an. (...) beratend zur Seite stehen, wie man einfache Sachen vielleicht auch ohne Medikamente wegbekommt“ (Interview SVGewerbe_45_w)

*Und auch hier spielt der Vergleich zu Privatärzt*innen eine Rolle: „Bei der Privatärztin, die hat sich Zeit genommen, wir haben über eine Stunde gesprochen, wo das herkommen könnte und so weiter – und diese Zeit nimmt sich der Hausarzt natürlich nicht, wenn dann schon die anderen Patienten im Wartezimmer warten. Also ich würde schon sagen, es sollte bis zu einer Stunde gehen können, aber verstehe natürlich, dass es nicht immer so geht, aber das man sich vielleicht doch für solche Fälle einen Termin ausmachen kann, wo dann keine anderen Patienten dann schon im Wartezimmer warten.“ (Interview SVGewerbe_45_w)*

Es werden aber in einigen Interviews auch negative Erfahrungen mit der hausärztlichen Versorgung dargestellt, oft verbunden mit der Begründung, wieso der Arzt / die Ärztin gewechselt wurde. „Das muss für mich diskret verlaufen und nicht in ein Verlaufsgespräch von sagen wir irgendwelchen, sagen wir einmal alternativmedizinischen oder homöopathischen oder sonstigen Mitteln verlaufen, sondern es soll eine Empfehlung vielleicht sein, aber ansonsten sollte es nur das sein, was als Medikament empfohlen werden kann oder was einfach notwendig ist.“ (Interview B_02_m). „Ich meine, in letzter Zeit hat es ein paar Sachen gegeben, ich habe ein bissi Untersuchungen angefordert, was heißt angefordert – ich habe es vorgeschlagen, was sicher nicht uninteressant wäre (...) und er hat von sich aus schon eine Überweisung geschrieben, aber zu irgendeinem Wahlarzt. Für was bin ich versichert, ich brauche keinen Wahlarzt (...) das muss nicht sein, also, an und für sich möchte ich schon mit Kassaleuten zu tun haben, für das bin ich ja versichert“ (Interview S_18_m). Defizite werden aber auch realistisch eingeschätzt: „Wenn es dann fachspezifisch wird, so wie bei der MS, was soll der Hausarzt da groß wissen, so gesehen, sag ich das jetzt einmal. Ich meine, natürlich hat er in seinem Gebiet, wenn ich sonst irgendwas, weiß ich nicht, Grippe oder was auch immer, die Allgemeinkrankheiten, was halt so der Hausarzt behandelt, also das ist kein Problem, aber wenn es dann fachspezifisch wird (...) das ist eh logisch, wie ich eh vorhin schon gesagt habe, dafür gibt es ja Fachärzte“ (Interview S_18_m). „Gerade hab ich bei Hausärzten und Fachärzten das Gefühl einer gewissen Beliebigkeit, ausgeliefert zu sein (...) wenn mir konkret geholfen wird, dann passt es auch für mich (...) und die hilft, dann bin ich zufrieden. Da ist mir egal, ob er weiß Gott wie mit mir redet oder nicht. Aber es gibt eben gesundheitliche Wehwehchen, die ich habe, die ein Dauerbrenner sind, wo mir nur bedingt wer schnell helfen kann, und da ist mir zumindest

wichtig, gehört zu werden, dass das eine Zusammenarbeit wird (...) vieles hat einfach die Zeit geheilt.“ (Interview S_21_w)

Schlechte Erfahrungen (oder die Möglichkeit schlechter Erfahrungen) begründen auch einen Wechsel: „Also was ein Grund wäre ... naja, wenn nicht sauber gearbeitet wird. Also wenn ich Blutabnahme hab oder so, und das ist irgendwie nicht rein, dann auf jeden Fall. Oder wenn sie Unterlagen vertauschen oder Befunde, das wär auch blöd. Also, wenns einmal passiert, ok, aber wenn das öfter vorkommt, dann würd ich wechseln. Wechseln würd ich auch, wenn ich irgendwo anders wohn (...). Und sonst ... wenns nur noch Abfertigung ist und er nicht zuhört und allen das Gleiche verschreibt (...) wenn er wirklich sehr unfreundlich ist oder mir die Person einfach nicht sympathisch ist.“ (Interview W_26_m)

Ein schlechter Hausarzt wird so beschrieben: „Wen er keine Hausbesuche macht und si ned auskennt. Wenn er sa Orbeite ned kann oder wenn er ned mit die Leute kann. Sonst is er ka Arzt. (...) Und so, das Abfertigen do, des mitn Computer und so, des is a nix, oba weas solls, wissens eh, was i man? Des is halt die Zeit, ned?(...) wenn er nur am Schreiben is, Medikamente verschreibt und sich die Leut ned amoi anschaut, dann is er a a schlechter Arzt. Des is für mich ka Arzt.“ (Interview W_28_m). „Es ist dann schon sehr schwierig, wenn man so gedrängt wird zu irgendwas, ja. Mein Hausarzt is zum Beispiel ein totaler Impfer. Ich mein, ich lass meine Kinder eh die Klassiker impfen (...) zum Beispiel Phneumokokken oder was es sonst noch alles gibt als Spezialpaket, hab ich ned machen lassen (...) mein Hausarzt (...) nimmt sowas eher nicht hin. Des versucht er schon sehr bemüht, da zu überzeugen – aber wie gesagt mit mir eh ned. (...) Es gibt Impfschäden, des is, des is belegt und ja, aber man muss eben, man das Risiko und den Nutzen eh für einen selbst abschätzen und das Schwierige ist, man muss ja die Entscheidung für sein Kind treffen“ (Interview NÖ_29_w). „Das ist halt bei manchen Ärzten, da fühlt man sich wie ein fünftes Rad am Wagen und das find ich ned in Ordnung. Es ist auch heute schwer, wenn sie irgendwo zu einem Arzt gehen, Sie hören die Schwester, was dort sitzt, red mit einem jugoslawisch oder türkisch. Also wenn ich in einem Land einreise, hab ich die Sprache zu beherrschen, na weil wenn i nach England fahr und ich will ein Jahr dort bleiben, muss i Englisch kennen.“ (Interview W_30_w). „Man behandelt ja mit dem ganzen unnedigen Klumpert, i sag halt unnediges Klumpert, des sans ja nur, wanns unnedig is oder was – aber der behandelt ja nur die Symptome, ned die Ursachen und des is, was mi allweil a bisserl auf die Palme bringt. Wanns ned anders geht, muss i eh was nehmen (...) a paar ältere Herrschaften oder was, de gehen mit an Sackerl ausse, die freuen sich scho, denk i, is das jetzt das Mittagessen oder des Abendessen oder was? Ja und des kann ned korrekt sein und er lebt ja a von der Hausapotheke, i man, des braucht ma gar ned reden (...) i krig nur a bisserl an Grant, wieviel da verschrieben wird oder was und was unnedig is.“ (Interview NÖ_36_w)

Manchmal liegen positive und negative Erfahrungen eng beieinander. „2009 Ende Dezember hab ich die Gürtelrose kriegt, da war i wieder drin. Da muss i wieder des Positive erzählen, weil da hat sich der praktische Arzt sehr gekümmert um mich. Ich vertrag nicht immer die Neodolpasse, der hat mir dann andere gegeben. Dann ist dazu gekommen Meningitis, da hat man nicht gewusst, wo es her ist und da bin ich gestochen worden ins Kreuz und es ist eingeschickt worden, und dann ist der in der Früh schon gerannt kommen und hat gesagt ‚nein, es ist nur vom Kreuz, ka Angst, nur vom Kreuz‘, weil normal stirbt ma von denen. Und der hat sich sehr bemüht, na.“ (Interview W_30_w)

Schlecht in Erinnerung bleiben auch (vor)schnelle Urteile: „Was ich bei Ärzten nicht mag, dass sie so schnell urteilen und irgendeine Krankheit – dass man keinen Hintergrund nachfragt und sofort Tabletten verschreibt. Und das macht sie eben nicht, also sie ist auch Homöopathin und überlegt vorher sehr lange, bevor sie irgendwelche sehr starken Medikamente verschreibt und das weiß ich sehr zu schätzen.“ (Interview SVGewerbe_45_w)

Schlechte Erfahrungen gibt es aber auch über Privatärzt*innen: „Bei Privatärzten hat man auch das Gefühl manchmal, dass man nur so durchgeschleust wird (lacht) es sind eben – das ganze Wartezimmer ist voll und man kommt nur ganz kurz zum Arzt und man schreibt sich schon Zettel, dass man ja alles fragen kann, was man fragen will. Einfach, weil man sofort wieder hinaus geschickt wird, sobald man Tabletten verschrieben bekommt. Also ich hab schon das Gefühl, dass die überfordert sind; einfach zu viel Patienten.“ (Interview SVGewerbe_45_w)

In einem Fall gab es eine ganz schlechte Erfahrung mit einem praktischen Arzt: „Unser Hausarzt musste diese Jahr die Praxis schließen, weil er in der Praxis Fische gezüchtet hat und er hatte dort immer seine Katzen in der Praxistisch war mit Akten belegt. Also, ich bin da, seit ich großjährig bin, nicht mehr hingegangen (...) wenn dann wirklich etwas gewesen ist, bin ich zu einer Privatärztin gefahren. (...) und das war mehr als vorzüglich. Ja also, sie nimmt sich Zeit, soviel wie halt gebraucht wird, also bei Gesundenuntersuchungen fahr ich regelmäßig zu ihr (...) und man kann alles fragen und es wird beantwortet (...) die Privatärztin muss ich bezahlen, is natürlich ein Manko (...) der persönliche Bezug der Ärztin zur Region spielt eine gewisse Rolle, es ist mir eigentlich eher persönlich lieber, da in der Gemeinde zu bleiben und man hat dann auch Kontakt zu den Personen der anderen Gemeindeveranstaltungen und so weiter. Es ist ein bisschen näher einfach, das Verhältnis dann; ich denke, dass das Vertrauen dann passt.“ (...)„Es waren einfach die hygienischen Bedingungen so schlecht, dass ich beschlossen habe, da nicht mehr hinzugehen und es hat eben sehr lange gedauert, bis die Ärztekammer gesagt hat, bis die gesagt haben, er muss die Praxis schließen (...) wir bekommen jetzt wieder eine junge Ärztin da in die Gemeinde und ich habe fest vor, da wieder hin zu gehen. Also das ist mir eigentlich lieber, zur Gemeindeärztin zu gehen.“ (Interview SVGewerbe_45_w)

Auch bei diesem Typ ist die kritische Auseinandersetzung mit den Wartezeiten weit verbreitet. „Wenn mein Hausarzt auf Urlaub war, ist die Anzahl der Patienten bei der Vertretung immer größer geworden und man hat dann müssen oft 4 bis 5 Stunden warten, bis man dran gekommen ist und das war kein Vorteil für mich, das war echt kein Honiglecken, wenn man dann dort sitzt und wartet und vielleicht auch irgendwelche Schmerzen hat und warten muss.“ (Interview B_01_m). „Ich weiß nicht, wie ich da sagen soll, manchmal komme ich gleich dran oder manchmal melde ich mich an und gehe dazwischen einkaufen, ja, das ist so – du weißt nicht, da kommt irgendwer herein mit einer Verletzung oder so. Mir ist schon passiert, dass ich hingefahren bin und auf einmal zeigt der Doktor der Assistentin, er muss zu einem Unfall hin, na gut, und dann sitzt du dort zwei Stunden also, pffft, und dann nimmt sie sich wieder Zeit und nicht Zeit und es kommt immer darauf an - das meiste geht mir bei den ganzen Ärzten auf den Zeiger die Warterei, weil wenn ich in ein Geschäft gehe, gehe ich hinein und sage ‚zahlen bitte‘ und das war es. Und bei den Hausärzten, das wäre das Schönste, auch sie, aber das spielt es nicht, das müsste man ganz locker sehen, wenn du dort sitzt und sitzt zwei Stunden dort und es geht nichts

weiter, aber du weißt nicht, was sich dahinter abspielt, das weiß ja kein Mensch (...) ich meine, wenn ich es so sehe, ich bin krank, ich gehe hin, dann habe ich etwas und dann nehme ich das in Kauf, aber natürlich, je länger du dort sitzt, umso kribbeliger wird man dann. Ich glaube, die Warterei, die wird man nie ganz abbringen. (...) also, bezüglich der Zeit, die sie sich nehmen für einen, sehr sehr gut, ja. Und drum darf ich mich auch nicht wundern, wenn man längere Wartezeiten hat, Hauptsache, der Arzt nimmt sich Zeit für den Patienten.“ (Interview NÖ_06_m)

Auch das Terminmanagement wird problematisch erlebt. Aber man kann sich die Wartezeit ja füllen, zum Beispiel mit dem Smartphone. *„Wenn man sich einen Termin vereinbart, dann bekommt man zum Beispiel dann den Termin und wenn man hinkommt, natürlich, wenn man kein Kleinkind mehr ist, dann muss man halt warten, bis man an der Reihe ist. Aber wie gesagt, da hat man in der heutigen Zeit mit den Smartphones – wenn du dich da hinsetzt und ein bisschen spielst, da auf Facebook, dann ist das ja nicht so, dass du jetzt also – ich glaube, Maximum habe ich schon einmal eine Stunde gewartet (..) das man 20 oder 30 Minuten da warten muss, das nimmt man ja in Kauf, also bei den Kindern ist es ja nicht so lang (...) und auch wenn außertourlich hinkommt wie am Wochenende oder beim Bereitschaftsdienst am Wochenende, es ist nicht irgendwie, dass es stressig ist oder so oder dass man unerwünscht wirkt. (...) Weil wenn man draußen im Wartezimmer sitzt, dann glaubt man, es ist eine Ewigkeit, und wenn man drinnen ist, sitzt man gleich zehn Minuten und es kommt einem nicht so vor (...) je nachdem, wenn man nur Rezept oder was braucht, dann geht das natürlich schneller oder Krankenstand oder Gesund schreiben, das geht, weil da muss man ja nicht hinein gehen zum Arzt, das macht ja die Gehilfin da draußen auch.“ (Interview NÖ_11_w)*

Wartezeiten werden nicht nur kritisch gesehen, es gibt auch bei diesem Typus auch Verständnis und Anerkennung für flexibles Vorgehen in der Ordination (z.B. was Kinder betrifft): *„Ich meine, sicher kommt es manchmal zu Wartezeiten, das ist halt im Winter, wenn Grippezeit ist oder sonstwas, da muss man davon ausgehen, dass man warten muss (...) die sind im Durchschnitt, unter einer halben Stunde war ich da wieder weg, das ist vollkommen okay. (...) In seltenen Fällen, wenn ein großer Ansturm ist bei Grippe oder manchen Epidemien oder Virusgeschichten, kann es sicher 30 oder 40 Minuten auch sein, aber das finde ich, ist im Rahmen der Leute, die dort sind (...) man sollte in bisschen sprechen über das ganze auch und drum braucht jeder Patient seine Zeit und ob es jetzt 10 Minuten sind oder 15 Minuten sind, nach dem richtet sich auch die Wartezeit (...) ich warte lieber um 10 Minuten länger, dafür habe ich nachher auch ein Gespräch, mit dem ich etwas anfangen kann (...) da finde ich schon, dass die Information schon wichtiger ist für mich und das passt bei meinem Hausarzt. (...) Ich bin halt der Typ, der nachfragt (...) und wenn das nachher 20 Minuten dauert, dann dauert es halt 20 Minuten (...) und da gibt es offensichtlich schon gravierende Unterschiede zwischen Hausärzten (...) und bei meinem Hausarzt spielt es auch eine Rolle, sage ich jetzt einmal, ob ich mit einem Kleinkind hinkomme (...) bei meinem Hausarzt wird man, wenn es das Kind betrifft, eingeschoben (...) es sind zwar Kinderspielsachen da, aber die Zeitspanne zu überbrücken für lange Wartezeiten, ist es auf keinen Fall gegeben“ (Interview NÖ_16_m).“Es kommt darauf an, wenn i z.B. mit einem kleinen Kind, des schreit wie am Spieß, zwei Stunden im Wartezimmer sitzt, dann bin ich auch nicht glücklich. (...) Die Prioritäten, da, da wird man scho a bisserl fertig, wenn ma warten muss. (...) ma sitzt da mit an Kind, des sich vor Schmerzen krümmt und muss aber*

warten, bis man an der Reihe is, weil ma da fünf Zeckenbisse vorher hat (...) aber es ist natürlich: wer zuerst da war, der kommt zuerst dran.“ (Interview NÖ_29_w)

„Zur Wartezeit aber wie gesagt, das ist auch etwas, was normal ist für mich, logisch, also ich kann nicht sagen, ‚ja, jetzt muss du gehen‘, er will sich natürlich für jeden die Zeit nehmen und das dauert halt seine Zeit. Ich will damit nur sagen, ich finde das eigentlich normal, da brauchen wir jetzt nicht reden über die Wartezeiten (...) auch bei den Fachärzten; bei den Hausärzten ist es ja noch normaler, dass du warten musst, weil du hast ja eigentlich keinen Termin, weil du gehst da hin (...) er nimmtsich die Zeit, ja, wie gesagt, ich fühle mich gut behandelt. Wenn ich mich gut behandelt fühle, dann heißt das auch, dass ich nicht das Gefühl habe, dass er nur schnell, schnell die ganze Sache machen will, sondern dass er eben alles hinterfragt und, und, und – ja, dass er einfach bemüht ist. Das dauert seine Zeit und das macht er nicht nur bei mir so, das macht er bei jedem, glaube ich (...) es ist halt keine Massenabfertigung.“ (Interview S_18_m)

Die Wartezeit kann aber auch sehr lang sein, auch wenn es nicht als problematisch gesehen wird: „Also das waren bis zu ganze Vormittage, hat man einplanen müssen, also so im Schnitt zwei Stunden oder so. Es war extrem, wie ich meine. Ist heute sicher die Ausnahme. (...) Man kann ja zu meinem Hausarzt auch gehen ohne Termin, und dann sitzt man halt ein bisschen länger (...) auch ein Kriterium ist die Parkplatzsituation. Also das ist auch etwas, das ist manchmal hier ein Problem.“ (Interview S_21_w). Aber kürzeres Warten wird schon auch gewünscht, meist durch bessere Information und besseres Terminmanagement: „Weniger lang warten vielleicht. Mehr Informationsmaterial. Also dass vielleicht, wenn man warten muss, im Wartezimmer, dass es da vielleicht so einen Fernseher gibt, wo Informationen drüber laufen. Über .. weiß ich nicht ... Impfungen oder wenn eine Grippe da ist oder was man tun kann bei Verstauchungen oder so. Oder Erste Hilfe.“ (Interview W_26_m). „Da wird man ganz freundlich behandelt, bekommt man einen Termin, ja sie schauen auch immer, dass sie es nach der Sachlage einschätzen. Ja, wenn man jetzt totale Schmerzen hat, dann kommt man gleich hin, dann kann man bei der Nachttür hinein, den Umweg braucht man dann nicht übers Wartezimmer zu machen, sondern man wird gleich hereingeholt, wenn sie sehen, dass einem eh alles weh tut ... dass er immer da ist, wenn ich ihn brauche, den Hausarzt und eben insgesamt mit dem , wie er diagnostiziert hat, war ich auch zufrieden, oder was er für Therapien verschrieben hat“ (Interview S_32_m). „I man, dassd halt bei einem Hausarzt a Wartezeit hast, is eh klar. I man, des is eh normal, dass da dir denkst, zwei, drei Stunden oder was oft sitzt oder was. Aber da hast eh Zeit, wennst krank bist, hast eh Zeit ned, und dass du dort sitzt, des find i ned so schlimm, wenn i jetzt warten muss – sicher wars besser, wennst glei dran kommst, des is, des spielt halt ned, ja. I sag, des muss ma akzeptieren, fertig, des is ned des Thema, des Problem, ned.“ (Interview NÖ_34_m). „Wann i a halbe Stund im Warteraum sitz oder wann ma so zuhorcht: A jeder rennt mal zum Hausarzt, der schickt die dann sowieso weiter, ja – und des man i ja, des is ja kein Facharzt (...) da gehört, dass der Patient auch mündiger is.“ (Interview NÖ_36_w)

Manchmal geht es auch flexibler: „Ja, der hat Nachmittag die Ordination in [Heimatsdorf] gehabt (...) aber des war wieder angenehm, weil i hab angerufen und die Sprechstundenhilfe hat gesagt wann ich kommen kann oder sie hat mich dann zurück gerufen. I hab mi ned einesitzen müssen und ewig warten, des war sehr..., des war sehr positiv.(...) war überhaupt

kein Problem, hat ma jederzeit kommen können, also wegen meine Infusionen – angehängt, also das – das is was sehr Positives“ (Interview NÖ_36_w)

Neben der Wartezeit ist auch die Erreichbarkeit ein zentrales Thema: „Aber auch ist es so, wenn er einen Hausbesuch zu machen hat, er kommt auch in der Nacht, wenn er da ist, also ohne Probleme und das ist gerade für die Älteren von uns ein großer Vorteil, weil die nicht mehr so mobil sind und er ist immer gut erreichbar, außer er ist auf Urlaub.“ (Interview B_01_m). Und da wird ein Befragter durchaus auch mal zynisch: „Aber ansonsten wird es irgendwann einmal eine Taxilösung werden und geben, nicht, so eine Art Gemeindetaxi, wo man dann zur Ärztin fährt und sich dann wieder abholen lässt.“ (Interview B_02_m). Erreichbarkeit bezieht sich auch auf die Öffnungszeiten: „Die Verfügbarkeit des Hausarztes ist ja beschränkt, nicht, der hat einen Tag frei und Samstag, Sonntag auch frei, das heißt, er ist vier Tage nur verfügbar und da an zwei Tagen auch nur vormittags. Und um Ambulanzbesuche zu vermeiden, wäre es angebracht, entweder durch Gemeinschaftspraxen die Zeiten für den Besuch bei Hausärzten zu verlängern, das wäre für mich ein ganz wichtiger Punkt noch.“ (Interview B_02_m). „Dass die Öffnungszeiten am Nachmittag oder am Abend, sage ich jetzt einmal, sicher einfacher wäre zu handeln als Arbeiter, aber sonst, sage ich jetzt einmal, sind es vier Tage in der Woche, wo er da ist und vom Angebot her, wenn man wirklich krank ist, ist es ja sowieso egal, kann man ja sowieso hingehen, aber wenn man jetzt nur irgendeinen Rat braucht oder ein Medikament, um irgendeine Vorgeschichte zu behandeln, dann ist es halt mühsam, das vormittags einzuteilen. Also da wären vielleicht flexiblere Öffnungszeiten sicherlich auch nicht schlecht (...) es gibt sicher auch andere Hausärzte, die drei Tage am Nachmittag da sind, wie es jeder einteilt, sag ich einmal, aber nur deswegen meinen Hausarzt zu wechseln, sage ich einmal, kommt nicht in Frage für mich, weil irgendwie der Gesundheit zuliebe schaut man, dass man es schafft. (...) Es ist immer so in der Firma, wenn du sagst ‚ich muss zum Arzt‘, ‚wie lange wird es dauern‘, das ist die erste Frage (...) ob die Arbeit warten kann oder ob du einen Ersatz brauchst für das, was du machst, das ist halt nachher immer schwierig einzuteilen für die Firma und für dich und wenn das relativ kurz gehalten wird, ist das natürlich auch viel leichter, weil wenn die Arbeit eine halbe Stunde liegen bleibt, ist das vielleicht verkräftbar (...) vom wirtschaftlichen Faktor“ (Interview NÖ_16_m). „außer das zu wenig Parkplätze sind“ (Interview S_32_m). „Zu den Öffnungszeiten halt, da erwarte ich schon, dass er für mich da ist, also das ist einmal eh klar. Und ansonsten gibt es eh einen Wochenenddienst, also. Also da erwarte ich mir, ich kann auch nicht Tag und Nacht für jemanden da sein, also das ist mir schon klar. Ich meine, ich denke, ich könnte ihn immer anrufen, aber das erwarte ich mir nicht, das ist halt einfach so. Ja, also ich erwarte mir nicht, dass ein Hausarzt Tag und Nacht für jemanden da ist, also ich spreche nur von meinem, dass ich das Gefühl habe, den könnte ich jederzeit anrufen, wenn was wäre. (...) Am Dienstag hat er nur Gesundenuntersuchungen und das ist etwas, das gar nicht geht beim Hausarzt, weil wenn ich krank bin, dann bin ich krank, dann gehe ich zum Arzt. Also ich kann nicht sagen, wegen der Gesundenuntersuchung kann ich nicht zum Hausarzt gehen.“ (Interview S_18_m). „Jedenfalls haben wir in der Anlage jetzt keinen Arzt mehr, und das ist schon blöd, weil wir haben sehr viele alte oder sehr alte Mieter, und für die ist es natürlich sehr blöd, wenn das nicht in Gehweite ist. Also der nächste ist zu Fuß schon 10, 15 Minuten und als alter Mensch, wennst gebrechlich bist, das ist nicht mehr lustig.“ (Interview W_26_m)

Erreichbarkeit ist eine Frage guter Versorgung. *„Die Versorgung muss wirklich gesichert sein, dass er fundiert ausgebildet ist, ja dass er entsprechendes Personal auch hat, weil die federn ja viel ab und die müssen doch viel jonglieren und schnell Überblick haben (...) man hat ja Verständnis, dass man warten muss, wenn man jetzt nicht so was Dramatisches hat und eine Mutter mit einem kleinen Kind herein kommt, das ist klar, aber umgekehrt will man auch nicht den ganzen Vormittag deswegen sitzen, nicht. Dieses Jonglieren können mit den Terminen, das müssen die beherrschen und eine gewisse menschliche Komponente erwarte ich mir eigentlich auch (...) was es auf keinen Fall geben darf, ist sozusagen sozial unterschiedliche Behandlungsweise (...) wenn man plötzlich für jeden Ordinationsbesuch 20 Prozent Selbstbehalt zahlen müsste“* (Interview S_32_m). *„Ich wünsche mir wenigstens abwechselnde Ordinationszeiten, dass unter der Woche nicht nur Vormittag zum Beispiel eine Ordination ist, sondern auch mal ein Nachmittag oder zwei Nachmittage, weil es halt mit dem Beruf besser zusammenpasst, dass man sich dann nicht frei nehmen muss, wenn man zum Arzt gehen möchte. (...) Wünschenswert wäre, wenn er mehr als zu den Ordinationszeiten erreichbar wäre, auch für Fragen, dass man nicht immer zum Hausarzt fahren muss. Zum Beispiel, Fragen zu Medikamenten, wie man sie nehmen muss, Nebenwirkungen der Medikamente, ‚soll ich das jetzt weiter nehmen?‘ Für solche Fragen wäre es schon ideal, eine Zeit, vielleicht aufzumachen, da kann man anrufen. Oder eine E-Mail-Adresse, das was ja heute wirklich einfach wäre, dass man den Arzt per Mail erreichen kann (...) das man Fragen stellen kann, das würde ich wirklich sehr hilfreich finden.“* (Interview SVGewerbe_45_w).

Erreichbarkeit wird aber nicht nur kritisiert, sondern auch positiv erlebt: *„Also bis jetzt habe ich die Hausärzte anrufen können und wenn ich die erreiche, sind sie da und wenn nicht, rennt eh das Bandl. Ganz wurscht, ob der einen dienstfreien Tag hat, sagt er ‚wenn ich abhebe, hast Du Glück, wenn nicht, dann bin ich furt‘ – gut, das muss man jedem Menschen zugestehen.“* (Interview NÖ_06_m). *„Weil wenn irgendetwas war, wenn ich irgendetwas Größeres hatte, zuerst einmal der Hausarzt und dann, wenn es nicht mehr gegangen ist, Spital oder Facharzt oder so, aber immer den Hausarzt zuerst, außer er war nicht erreichbar.“* (Interview NÖ_06_m). *„Jetzt muss ich sagen, dass ich den Hausarzt auch zu den Ordinationszeiten immer erreichen kann und die paar Mal, wo ich ihn außertourlich angerufen habe, habe ich ihn auch erreicht – einmal habe ich ihn nicht erreicht (...) auch muss ich sagen, dass wenn etwas wäre, könnte man in auch quasi in seiner Privatwohnung erreichen, ich meine, vorausgesetzt, er ist daheim“* (Interview NÖ_11_w). *„Auch telefonisch, wenn man etwas wissen will, wenn man anruft und etwas besprechen will bei Medikamenten, wenn man sagt, ‚okay das vertrage ich jetzt nicht so gut‘, dass ich nicht einfach wieder hinkommen muss, dass man das auch am Telefon machen kann, das finde ich zum Beispiel sehr gut und was natürlich auch entlastet die Wartezeit im Warteraum“* (Interview NÖ_16_m). *„Also es ist für mich wichtig, dass der natürlich in der Nähe ist (...) dass er eben nahe ist, da ist also – es passt auch, wenn er jetzt auf dem Arbeitsweg irgendwo liegt. Aber ich würde jetzt keinen mögen, wo ich ewig weiß Gott jetzt wo hinfahren müsste. Das würde ich, das würde ich nicht wollen. Ist ja auch blöd, weil wenn man wirklich etwas hat, wenn man krank ist, dann will ich mich nicht ins Auto setzen und irgendwo hin fahren“* (Interview S_21_w). *„Schnell einen Termin bekommen oder einfach hingehen können, das ist auch wichtig.“* (Interview W_26_m). *„Dass es auch Fälle gegeben hat, wo ich sagen konnte, ‚bitte, ich brauche einen Hausbesuch‘, zum Beispiel, weil da hätte ich gesagt,*

„ich packe jetzt mein Kind so wie es jetzt ist, fiebert, packe ich jetzt nicht ins Auto und fahre hin ins Wartezimmer‘ und das erwarte ich und das wurde auch gemacht (...) so etwas ist für mich wichtig.“ (Interview S_32_m): „Das gäbe es jetzt nicht, dass da keiner abhebt und in der Nacht gibt es eh immer einen Notdienst, sozusagen, und die sind auch immer da“ (Interview S_32_m).

Die Erreichbarkeit muss gegeben sein, aber nicht unbedingt vom*von der eigenen Hausärzt*in: *„24 Stunden, aber jetzt nicht genau mein Hausarzt, sondern in der Nacht hat natürlich jeder einmal (...) das ganze Radl (...) und hetzt, unter der Woche, denk ich mir schon, dass hauptsächlich mein Hausarzt jetzt da sein sollte (...)wenns so ist, dass sie Urlaub hat, ist klar (...) aber im Notfall muss ein Hausarzt – irgendeiner – 24 Stunden erreichbar sein, das ist mir gleich, wer, aber wenn es jetzt heißt, ich habe etwas, das ich mir ein bisschen einteilen kann (...) da will ich zu meinem Hausarzt gehen. (...) eine Stunde kann man warten, zwei Stunden sind schon sehr lange für mein Gefühl (...) wenn ich einen Termin habe, da muss es dann passen, weil ansonsten mach ich mir keinen Termin aus. Wenn ich jetzt nur auf gut Glück komme, dann muss ich mit längerer Wartezeit rechnen“ (Interview S_32_m). Zur Vertretung *„Idealfall wäre so wie in einer Gemeinschaftspraxis, das sich die Leute untereinander kennen und auch besprechen können. Ja, das wäre das Ideal, denke ich mir. Und ansonsten hängt es sowieso wieder von der Vertretung ab, für irgendeine Vertretung wird sowieso gesorgt, aber eine gute ... oja, fällt mir gerade ein, ein Kriterium ist auch noch, dass die Vertretung dann nicht weiß Gott wo ist, sondern erreichbar.“ (Interview S_21_w)**

Auch eine gute Hausapotheke gehört (am Land) zu den Erwartungen einer guten primärärztlichen Versorgung. *„Unser Hausarzt hat auch eine Hausapotheke (...), weil wir haben keine Apotheke hier im Ort und die Entfernung zur nächsten Apotheke ist glaub ich zwölf Kilometer (...), dadurch darf er auch eine Hausapotheke führen und was die Medikamente anbelangt, hat er meistens fast alles hier. Ganz selten, dass er sagt, er hat das Medikament nicht und das wird sofort innerhalb eines Tages besorgt.“ (Interview B_01_m). „Für uns ist es ein Vorteil, dass sie eine Hausapotheke hat, nicht, das ist ein großer Vorteil, nicht, man kann direkt die Medikamente bei ihr beziehen, das kommt in den größeren Orten oder Städten nicht vor, weil ja dort überall eine Apotheke ist, aber unsere Hausärztin hat eine Hausapotheke und das finde ich sehr angenehm, das kann man nur dazu ergänzend sagen. Also das ist im ländlichen Gebiet etwas sehr sehr sinnvolles, weil ich werde auch nicht mehr jünger und wer weiß, wie lange ich noch mit dem Auto fahren kann.“ (Interview B_02_m)*

Die Befragten dieses Typus haben – wie bereits erwähnt - auch Befürchtungen, insbesondere was die (bevorstehende) Pensionierung des*der gegenwärtigen Ärzt*in betrifft. *„Viel habe ich mir nicht zu erwarten, wenn man mal neunzig Jahre alt ist, und da ist es natürlich gut, wenn man einen guten Hausarzt in der Nähe hat (...) es ist halt nur so, dass unser Hausarzt bald in Pension gehen wird, weil er das Alter auch bald erreicht haben wird, und dann weiß man nicht, wer nachkommt. Also vor dem habe ich ein bisschen Spundus.“ (Interview B_01_m). „Also es ist natürlich eines klar, ich bin jetzt über 70 und wenn eine ganz, ganz junge Ärztin da ist, nicht, dann ist es für mich sicherlich eher ein Problem, mit einer ganz jungen Ärztin ein Gespräch zu führen wie mit einer Ärztin, die mittlerem Alters ist oder so wie meine Hausärztin da. Ja ich meine, das sind keine Vorurteile, aber ich empfinde es einfach.“ (Interview B_02_m). „Jetzt mach i ma schon Sorgen, was is, wenn der in*

Pension geht, wenn wer anderer kommt, weiß man wieder ned (...) des is a bisserl problematisch, weil man muss halt ein gewisses Vertrauensaufbauen zum Arzt, weil sonst – und Frauen muss i ned so haben (...) also i geh überhaupt nimma zu de Frauen – i weiß a ned, vielleicht bin i voreingenommen, wenn i Guade derwisch – es wird sicher gute Frauen a geben, und a Polin war des a noch (...) weil mir is a Österreicherin lieber als irgendwer aus dem Ausland.“ (Interview NÖ_05_m). Zur Übergabe bei Pension gibt es aber nicht nur Befürchtungen, sondern auch Erwartungen: „Das ist vielleicht schon eine Erwartung an meinen Hausarzt, dass solche Übergaben schleifend gemacht werden und nicht so abrupt, weil jeder muss seine Schäfchen erst kennen lernen“ (Interview S_32_m)

Die Befragten dieses Typus sind nicht ausschließliche Anhänger*innen traditioneller Medizin, viele von ihnen haben einen breiteren Blick auf ideale Gesundheitsversorgung. „Ich zögere deswegen, weil ich Anhängerin der Salutogenese bin (...) weil ich sehr stark darauf vertraue, dass Gesundheit etwas ist, wo jeder Mensch persönlich Mitverantwortung hat und auch persönlich viel dazu beitragen kann (...) ich Sorge auch dafür, dass es mir gut geht und habe allerdings meine Schwachstellen, die kenne ich mittlerweile“ (Interview S_21_w). „Salutogeneseausbildung können Sie ruhig genauso aufschreiben, dass ist ein eigener Bereich, den halte ich einfach für so weiterführend für unser ganzes System.“ (Interview S_21_w). Aber sie stellen auch Ansprüche an sich selbst: „Wennst gar nicht weißt, dass es sowas wie Alternativen gibt, also Kräuter oder was aus der Natur oder so, dann nimmst das natürlich, weil Du glaubst, es gibt nichts Anderes. (...) also man muss dann natürlich wissen, was in welchem Fall. Aber prinzipiell finde ich das gut. (...) wie gesagt, alternative Medizin wäre gut und wenn er sich genug Zeit nimmt und sich das wirklich anschaut, anstatt gleich und sofort irgendeinen Hammer zu verschreiben, der den Schmerz wegnimmt, aber das Problem nicht löst. Und sonst wärs halt gut, finde ich, dass sie sich vernetzen. Also dass die vielleicht auch die Befunde wegschicken zu den anderen Ärzten, also zu weiterbehandelnden Ärzten. (...) Ich nehm lang schon keine Medikamente mehr. Mir geht’s seitdem auch viel besser.“ (Interview W_26_m). „Also, wenn ich krank bin, geh ich halt hin, also wenn ich Grippe hab oder so, das Restliche macht meine Freundin. Und wegen den Bandln halt. Und ja, ein Mal im Jahr mache ich Blutabnahme und Abhören und Abtasten und Gewicht, so halt die typischen Sachen.“ (Interview W_26_m). „Ich hab mir dann im Zuge der letzten Schwangerschaft an a Selbsthilfegruppe gewandt und des hat eam glaub ich ned so gefallen. Weil ich bin dann gekommen ur Untersuchung mit dem Folder von der Selbsthilfegruppe und hab gesagt, ‚man kann da dieses und dieses und jenes machen‘ ned. Und des hat eam glaub ich auch ned so gefallen, aber er hat dann gesagt, ja wenn mir das dann quasi hilft, dann findet er das eh in Ordnung (lacht). Ja, also er nimmt das hin, er akzeptiert da auch entgegen seiner Überzeugung das, wann mir das so passt. Das, wie gesagt, das schätze ich.“ (Interview NÖ_29_w). „Was i wichtig find, dass man eigentlich scho muss se eigentlich scho des Ganze selber a bisserl in die Hand nehma, in den Körper ein bisserl einhorchen, das man halt a scho – also man kennt eh den Körper (...) i nimm keine Medikamente oder irgendwas (...) natürlich, is natürlich besser, wennst kan brauchst, des is ka Frage ned. Aber dadurch, dass i halt selber, weil i auf mi a wenig schau a und so hab i a kane Probleme nimma, oder eher Winterprobleme. Grippe hab i vielleicht alle zwei, drei Jahre mal eine leichte (...) i tu halt Hausmittel anwenden“ (Interview NÖ_34_m)

Die Ansprüche an sich selbst werden durchaus auch mit Kritik an jenen Patient*innen verbunden, die diese Ansprüche nicht haben. „Wenn ma den Leuten so zuhört, die

Unzufriedenheit und die Ansprüche, was a jeder stellt und die Wunder, was wirken sollen – was mir ned gefällt, i kann ned hingehen und sagen, er gibt mir was oder er legt die Hand auf und i bin gesund. Ja, was aber sehr viele erwarten, ja weil wann i ned selber mithilf, er kann mir helfen, ja, aber er kann keine Wunder wirken. (...) I empfind das sehr gut und i empfind, das is gar ned einfach (...) da habens von mir die Hochachtung, weil so einfach is ned‘

Die Befragten dieses Typus sehen und nutzen durchaus auch Alternativen zur Primärversorgung. *„Es ist natürlich, der Hausarzt hat nicht immer die Möglichkeit, die entsprechenden Untersuchungen zu machen, der schickt einen dann halt wieder zu Fachärzten. (...) wenn ich auch einen Facharzt besuche, dann ist es so, dass ich den schon mehrmals besucht habe und ich eine Nachuntersuchung habe, also dann besuche ich den Hausarzt nicht, weil meistens ist es so, dass man beim Facharzt einen nächsten Termin bekommt und dann geht man hin, aber wenn man dann eine Überweisung braucht (...) dann gehe ich natürlich vorher zum Hausarzt, aber ansonsten gehe ich gleich zum Facharzt.“* (Interview B_01_m). *„Zum Hausarzt geht man halt, wenn man es, wenn man eben so etwas hat oder die Gesundheitsvorsorgeuntersuchung, da habe ich jetzt aber erst zwei gemacht (...) Wann gehe ich noch zum Hausarzt? Na sicher, wenn man jetzt sagt, man hat das Gefühl, die Grippe ist im Anzug. Ja man hat Fieber – dann geht man natürlich hin und lässt sich was verschreiben, dass man ein Medikament bekommt und sich ins Bett hinlegen kann. Ja wenn es ist, aber das grundsätzliche Krankenstandsmäßige trifft mich sehr selten.“* (Interview S_32_m). *„Wann ka Arzt ned da is, na dann fahr i halt ins Spital, weil ins Spital kannst eigentlich immer fahren, zu jeder Tages- und Nachtzeit, wenn akut irgendwas war. Von dem her ist des eh ka schlechte Einrichtung.“* (Interview NÖ_34_m)

Wichtig ist vielen Befragten das Vertrauen zur Primärversorgung bzw. überhaupt zu medizinischen Dienstleister*innen. *„Man muss das nötige Vertrauen haben und das müssen sich die Leute auch ..., das muss sich der Hausarzt auch verdienen und das haben sie alle gemacht (...) dass sie nicht gleich mit Antibiotika versucht draufzuhauen, sondern dass sie auch versucht, mildere Sachen zu machen, nicht, und auch akzeptiert, dass ich nicht immer gleich ein Tablette für alles haben will, nicht, und versucht, mit mir über Medikation zu reden, also (...) dass sie nicht mit Gewalt Medikamente verkaufen will. (...) Das ist beim Hausarzt das Vertrauen, der einen kennt und der die Leiden kennt. Der weiß, was passiert ist, das fehlt wahrscheinlich im Krankenhaus.“* (Interview NÖ-20_m). *„Das ist das Wesentlichste, das Vertrauen. Weil es gibt Krankheiten, die einen schwer betreffen und doch einmal das Vertrauen haben muss, zu sagen, ‚Sie, da hat es was, vermute ich‘ und so weiter. Und wenn da das Vertrauen nicht da ist, dann macht man das nicht, weil ich gehe auch nicht zu einem Fremden und teile ihm das mit. Das ist ganz wichtig, wenn ich weiß, wenn es da Probleme gibt, dass es ich sagen kann, da stimmt was nicht. Das Vertrauen sollte man haben.“* (Interview NÖ-20_m). *„Ganz einfach gesagt, weil entweder hat man Vertrauen, oder man hat keines“* (Interview NÖ_06_m).

Schließlich finden sich in den Interviews dieses Typs auch zahlreiche Äußerungen zur Gesundheitspolitik, beispielsweise: *„Was muss ein Hausarzt viel können außer das er schaut, dass seine Bürger halbwegs gesund sind und gesund bleiben.“* (Interview NÖ_11_w). *„Was ich mit Hausärzten auch sofort in Verbindung bring, ist Gesundenuntersuchung. Also das ist für mich eine ganz hilfreiche Einrichtung.“* (Interview S_21_w). *„Ist das System in Österreich eher unfreundlich gegenüber Gemeinschaftspraxen.“*

„Also da könnten Qualitätsverbesserungen drin liegen.“ (Interview S_21_w). „Ich weiß ja nicht, ob die Fortbildungen machen, die Ärzte“ (Interview W_26_m). „Ich hätte gerne, dass er Empfehlungen gibt. Also dass er als Arzt praktisch andere Ärzte für Fachgebiete empfehlen kann.“ (Interview W_26_m). „Also irgendwie ist es nicht fair, weil für die Behandlung soll man nicht extra was zahlen müssen oder was mitbringen, weil wir eigentlich ein Gesundheitssystem dafür haben. Aber bitte ... von mir aus.“ (Interview W_26_m)

Äußerungen finden sich auch über das österreichische Gesundheitswesen und seine Qualitäten. „Und ich glaub, wir jammern in Österreich übers Gesundheitswesen auf sehr hohem Niveau und das ist den Wenigsten bewusst, ned. Weil wo i sag, a in Afrika is ma mal drei Tage unterwegs, bis ma zum nächsten Doktor kommt, und bei uns beschwert ma sich, wenn ma im Wartezimmer warten muss eine halbe Stunde, obwohl man einen Termin hat, ned. Des, des is glaub ich, was, was uns ein bisserl fehlt ... So der Blick über den Tellerrand. (Interview NÖ_29_w). „Ich glaub, dass man das eben als Patient oft vergisst, dass das ja genauso a Mensch is, der an guten Tag hat, an schlechten Tag hat, der heimgeht, der sich vielleicht daheim dann noch vor Sorgen wälzt – ‚hob i des heute alles richtig gemacht oder ned, na?‘ Man glaubt halt, als Patient hat man Anspruch darauf, dass der das alles weiß und dass er das wissen muss und dass der die richtige Entscheidung für mich trifft (...) als Patient wünscht man sich natürlich immer, man hat den allwissenden, alleskönnenden Arzt, der sofort weiß, was ich hab und sagt, von dem nehmens jetzt zwei Wochen lang jeden Tag zwei und ist wieder alles gut. So ists halt ned, ja. (...) des sollte man vielleicht ein bisserl sehen, dass man doch die Hauptverantwortung für die Gesundheit selber tragt net der Arzt. Und dass man da ned alles dem Arzt in die Schuhe quasi schieben kann, weil der des ned früh genug erkannt hat.“ (Interview NÖ_29_w)

„Diese ganze Vernetzung würde ich mir schon erwarten, dass keine Doppeldiagnosen durchgeführt werden oder jeder auf alles Zugriff hat (...) dass muss schon irgendwo anders möglich sein, dass das irgendwo zentral abgelegt wird (...) die Ärzte, denk ich mir schon, sollten alle auf bestmögliche Informationen zurück greifen können (...) da denke ich mir, da wäre das für den, der das beurteilt, vielleicht auch interessant, dass man sieht, ‚aha, vor vier Jahren haben sie auch schon was gemacht‘ (...) aber die Historie hat er nicht dazu (...) und deswegen glaube ich, dass das nicht so verkehrt wäre, wenn die Daten alle irgendwo zentral hingestellt wären (...) der Hausarzt, der einen allumfassend beurteilen sollte, der braucht ja sowieso alle Informationen.“ (Interview S_32_m)

Zum Schluss ein nachdenkliches Zitat: „Das beste wär für einen Arzt, je mehr gesunde Leut was er hat in seinem Raum, ned“ (Interview NÖ_34_m)

4.4.2 Typus 2 – Der*die Unkonventionelle: Ganzheitliche*r Vertrauensärzt*in

Dieser Typus wurde von acht Personen¹³ formuliert. Die befragten Personen erwarten von diesem Typus des*der Hausärzt*in einen ganzheitlichen Ansatz. Die umfassende Betreuung ist ein hoher Wert. „...wenn man mich privat auf der Straße trifft, fragt er genauso und fragt ‚wie geht es dir, is eh alles in Ordnung?‘ brauchst nicht einmal hingehen, das finde ich gut, nicht, das Vertrauen zum Arzt... (...) habe ich einmal die Grippe bekommen, nicht, habe

¹³ 2 Befragte kamen aus Wien, 1 aus Niederösterreich, 1 aus Salzburg und 4 von der SV Bauern. 3 der Befragten waren Männer, 5 waren Frauen.

angerufen und er hat gesagt, ‚komm herauf‘ und ich war in einer viertel Stunde fertig, nicht. Dann ins Extrazimmer hinein und er ist schon hingekommen und hat mir so Blutdruck gemessen und Fieber gemessen und hat mir gesagt, was, und ich war schon wieder fertig und habe schon wieder heimgehen können. (...) Wenn ich wieder Tabletten brauche, aber wenn was ist, wird angerufen, Telefon, und dann musst Du hinkommen und dann der und der Wert ist zu hoch oder irgendwas nicht also da, das meine ich, er sucht einen persönlichen Kontakt oder wenn er dich auf der Straße trifft, dann spricht er dich an (...) das ist praktisch wie wenn man hingehet zu ihm und nachfragt, der sagt das einem schon auf der Straße, nicht, da braucht man nicht einmal die Karte, nicht, und fragt, wie geht es und wie sieht es aus und viel mehr, wenn man nicht krank ist und zur Kontrolle hingehet, passiert ja auch nicht mehr, nur muss ich dort die Karte stecken, aber das macht er auf der Straße...“ (Interview SVB_49_m). Diese Vorstellungen werden aber nicht immer (zur Gänze) erfüllt: „Du musst ihm [dem Arzt] das alles aus der Nase ziehen, du musst ihm ein Loch in den Bauch fragen, dass er dir das erklärt, worum es geht und dass man das wirklich alles fragen kann, ‚gibt es ein paar Hausmittelchen, die man vor dem Medikament eventuell nehmen könnte?‘ (...) der Hausarzt ist halt so, er ist auch ein Mensch. Man muss ihn so akzeptieren, er hat sicher auch viel um die Ohren“ (Interview SVB_48_w). Ganzheitliche Betrachtung ist aber für diesen Typus sehr wichtig. „Vielleicht ist das nur mein Empfinden, weil ich mich sehr dafür interessiere, was macht der ganze Mensch und nicht nur ein Symptom sehe, sondern den ganzen Menschen. Es wäre wünschenswert, wenn es so wäre, aber für das ist eben unsere Schulmedizin noch nicht weit genug.“ (Interview NÖ_31_w). Aber es wird begrüßt, wenn der Hausarzt / die Hausärztin auf alle Ressourcen zurück greift. „[Meine Hausärztin] die hat das Glück, das ihr Mann Internist ist und der sitzt oft im Sprechzimmer. Also den kann man auch dazu fragen, der kennt sich auch aus“ (Interview W_33_w). „Beim jetzigen Hausarzt (...) der versucht halt, seine Physiotherapeuten, die er hat, die dort arbeiten – schön, dass es die gibt, aber ich kann es mir nicht leisten dadurch, dass er die privat da drinnen hat. (...) du kannst dir die Physiotherapeuten von der SVA der Bauern nicht leisten, was allerdings sehr sinnvoll wäre, weil du eben in dem Radl drinnen bist und wieder Bewegungen falsch machst“ (Interview SVB_48_w)

Zum Teil ist aber auch eine gewisse Skepsis gegenüber dem vorhandenen Angebot zu erkennen. „Also mein Arzt ist sicher erfahrener geworden, aber er ist nicht mein Typ, zu dem was man ein gewisses Vertrauen aufbauen kann. Ich freue mich, dass es einen Arzt gibt in der Gemeinde, ich freue mich, dass er sehr hilfsbereit ist und dass er kommt, wenn man ihn ruft (...) ich bin froh, dass es Ärzte gibt, es gefällt mir, dass ich einen Arzt habe in der Gemeinde, aber man wird ja vom Medizinischen her auch erfahrener und man geht dann schon mit einer gewissen Vorstellung zum Arzt und bringt das dann eben so, dass er auch versteht, was man will von ihm. Also ich würde das einmal so bezeichnen, das man sich total den Ärzten und den Medikamenten ausliefert, das ist sicher nicht der Fall (...) ich bin sicher nicht beliebt bei den Ärzten, weil ich ja frage und ich habe ein medizinisches Bücherl zu Hause – und dass man eben bei den Befunden, die man so bekommt, das entziffern kann, was die vielen Fremdwörter heißen. Also das möchte ich auch einmal kritisieren bei den Ärzten. Sie könnten das ja so in einem verständlichen Deutsch schreiben, dass ein Normalsterblicher das auch begreift“ (Interview SVB_48_w). „Im Grunde hab ich, seit ich in der SVA versichert bin, kaum jemals mehr einen Arzt in Anspruch genommen, weil ich diese Medikamente nicht nehmen wollte, weil sie mich massiv eingeschränkt haben (...) es geht

mir heute, wenn ich nicht zum Arzt gehe, wesentlich besser, als wenn ich auch nur irgendeinen hausärztlichen oder sonstigen Arzt in Anspruch nehme.“ (Interview SVB_53_w). Und es ist eine gewisse Skepsis gegenüber der medizinischen Versorgung überhaupt zu erkennen: „Einen Hausarzt, aber auch nur, wenn ich Grippe habe wenn ich bettlägrig war oder sonst...“ (Interview SVB_49_m). Man hilft sich auch selbst. „Ich gehe regelmäßig in die Sauna und dadurch bin ich widerstandsfähig, Gott sei Dank, nicht, ist auch eine Art Gesundheitsvorsorge.“ (Interview S_17_w) Der Blick ist auch ein zweckmäßiger: „Weil wenn man angestellt ist, braucht man einen Hausarzt, einfach um wenn man mal schlecht beisammen ist, krank geschrieben zu werden; auch das ein völlig falsches System. Ich gehe da hin und werde meistens dann noch viel schlimmer krank, weil ich mich anstecke mit irgendwas anderem.“ (Interview SVB_53_w)

Skepsis findet sich auch dem gesamten System gegenüber. „Ja das ist jetzt nicht so, dass ich mir denke, man sollte diesen Fachmensen, diesen Fachleuten in jeder Hinsicht vertrauen, das ist dann halt so aus der Erfahrung heraus entstanden.“ (Interview SVB_53_w) „Die Fachärzte sollten nur den Krankenhäusern überlassen werden, die privaten Fachärzte [sollten] aufgelassen werden (...) Fachärzte nehmen den Krankenhäusern das Standbein weg (...) dann wird es ein Superhausarztsystem geben, die Krankenhäuser würden auch profitieren, weil die in schwarzen Zahlen wirtschaften könnten.“ (Interview SVB_38_m)

„Die Notfallmedizin, da kann ich nicht aus, da muss ich die bösesten Medikamente setzen, die es gibt, weil wir nichts anderes haben, weil das halt sein muss jetzt in dem Moment, weil es akut ist. Aber wegen jedem Schmarren muss man nicht mit solchen Kanonen auf Spatzen schießen und das hätte ich gerne geändert.“ (Interview SVB_53_w) – die Befragte arbeitet ehrenamtlich als Sanitäterin in der Notfallversorgung.

Notwendig ist, dass es genug Zeit für die Untersuchung gibt. „Die Erfahrung (...) ist eigentlich von Arzt zu Arzt unterschiedlich und es wird immer ärger. Sie haben für alle Patienten nur ein paar Minuten Zeit und sie nehmen sich eigentlich nicht Zeit für ein Gespräch. Du musst versuchen, in ein paar Minuten das herüber zu bringen, was dir wehtut und dann versuchen, dass er die richtige Diagnose stellt. Und da möchte ich eigentlich meinen Hausarzt kritisieren, er ist kein guter Diagnostiker. Er schickt dich von einem Arzt zum anderen und versucht sich immer nur abzusichern (...) dass du eben so viele Fachärzte in Anspruch nehmen musst, was nicht notwendig wäre, wenn er ein bisschen Diagnostik stellen würde. Aber in kürzester Zeit musst du heraus und es warten so viele Patienten heraußen, (...) aber das Gespräch wäre so wichtig.“ (Interview SVB_48_w) Sie erwarten von ihrer* / von ihrem Ärzt*in Kompetenz in allen Bereichen traditioneller und nichttraditioneller Medizin. „Ich bin immer privat zu Internisten gegangen, ich bin immer zu alternativen Therapien gegangen, jetzt bin ich bei einer chinesischen Medizinerin, also TCM und ich geh außerdem zur praktischen Ärztin, die hilft mir soviel sie kann, soviel halt auch die Krankenkassa erlaubt.“ (Interview W_33_w). Zeit ist ganz wichtig, weil die Alternativen (Das Spital) noch unattraktiver sind als ein*e Allgemeinpraktiker*in mit wenig Zeit. „Ich weiß nicht ob man den Ärzten nicht zu viel aufoktroiert, weil sie so wenig Zeit haben für die Patienten. Aber das geht nur an uns aus, wenn ein Arzt wirklich nur drei Minuten zeit – ich meine, das kanns nicht sein, weil dann landet man irgendwann im Spital und das ist ja nicht Sinn der Sache, man sollte eigentlich so wenig wie möglich im Spital sein. (...) sonst ist man jedes Mal im Spital, also das ist auch nicht für die Krankenkasse gut, die Unwissenden gehen dann

nach Hause und denen passiert dann was“ (Interview W_33_w). „Mein Arzt, der verschreibt mir halt die Tablette und er hat weniger Zeit, aber er horcht mir schon zu, aber er hat doch weniger Zeit, dass er irgendwie sonst noch ein Gespräch führen würde, da müsste ich zu einer Psychologin gehen wahrscheinlich und das in Anspruch nehmen.“ (Interview S_17_w). Zeit und Zuhören ist wichtig. „Also, das aufmerksame Zuhören ist wichtig (...) ein guter Ratgeber für alle Behandlungen (...) und sie nimmt auch meine seelischen Probleme ernst (...) man will ernst genommen werden“ (Interview W_33_w). Zuhören ist notwendig, „weil ich schon das Gefühl hatte, das sie zuhören, was ich in erster Linie zu sagen haben, was jetzt meine Symptome sind und dann eben schon auch noch rückgefragt wurde (...) medizinische Kompetenz, die haben sie sicher.“ (Interview NÖ_31_w). Die Erwartungen an eine umfassende Aussprache sind hoch: „Das ich das alles besprechen kann, wenn ich Anliegen habe (...) wenn meine Wünsche an ihn herangetragen werden, wenn kleine Wehwehchen sind. Natürlich ist es so, dass wenn irgendeine OP oder so etwas notwendig ist, das quasi (...) mein Hausspital war. (...) morgen bin ich wieder beim Internisten“ Denn „ich komme zum Arzt ja nicht und sage ‚das und das muss geschehen‘, sondern ich komme und sage ‚Herr Doktor, das und das gibt es bei mir und was können wir tun?‘.“ (Interview W_27_m)

Aber diese nötige Zeit ist oft nicht vorhanden. „Der Hausarzt hat das Problem, dass er zu wenig verdient für das, aber dass er sich da doch Zeit nimmt, das ist ihm hoch anzurechnen, weil wenn er sich Zeit nimmt, dann untersucht er dich ganz anders, der hat mehr Zeit zum Nachdenken (...) eine Massenabfertigung, das kann ich mir gar nicht vorstellen (...) er [der Hausarzt] soll also mehr denken für mich“ (Interview SVB_38_m)

Man möchte vollständig umsorgt werden bzw. genießt dieses Gefühl. „... und das hat der Hausarzt selbständig gemacht. Ich bin auf dem Traktor gesessen und mir läutet das Handy und sagt, es ist der Hausarzt, und sagt, ich habe einen Antrag auf Kur gestellt und der ist schon genehmigt und ich sage okay.. (...)...wenn ich um Tabletten hinkomme, sagt er, weißt eh, Termin Internist...“ (Interview SVB_49_m). „Ein guter Hausarzt ist einer, der seine Leute auch auf der Straße kennt (...) wenn er vorbeigeht, dass er grüßt und sich das Vertrauen zu den Leuten auch so aufbaut (...) und dass er nicht immer die Karte stecken muss, dass er dich auf der Straße anspricht (...) dass er praktisch den Kontakt zu den Patienten sucht (...) wo der Patient keine Nummer ist (...) meine Kinder und seine Kinder kennen sich auch“ (Interview SVB_49_m) Wichtig ist auch die Einfühlsamkeit. „Ja er ist eigentlich sehr einfühlsam (...) und weil wir uns schon so lange kennen, weil wir, und weil er meinen ganzen Lebensinhalt schon weiß und wie es mir gegangen ist all die Jahre und das finde ich eigentlich recht gut.“ (Interview S_17_w)

Auch Hausbesuche werden geschätzt – auch in Wien. „Es ist so, dass sie [die praktische Ärztin] auch Hausbesuche macht, wenn man krank ist und das ist für mich sehr wichtig, weil wenn man noch mit hohem Fieber mit seiner Krankengeschichte noch außer Haus geht, da kann man gleich die Rettung holen, aber das Spital bedeutet dann noch zusätzlichen Stress (...) es ist für mich besser, ich kann zu Hause bleiben (...) [die Hausärztin] ist wirklich meine Unterstützung, die andere Ärztin ist die Internistin, zu der ich privat gehe (...) eine schwierige Ärztin, aber sie ist die Einzige, die (...) überhaupt helfen kann. (...) Sie ist eine sehr intelligente Person und sie setzt das auch von ihren Patienten voraus (...) sehr viel, was die praktische Ärztin nicht abdecken kann“ (Interview W_33_w). „Ansonsten habe ich nie einen

Hausarzt gebraucht, der ins Haus gekommen ist (...) aber so Hausbesuche macht er keine mehr, das war beim früheren Arzt schon“ (Interview S_17_w).

*Außerdem werden zusätzliche Angebote in der Primärversorgung gewünscht, vor allem für Diabetiker*innen. „Vielleicht gibt es die Möglichkeit, bei praktischen Ärzten jemanden dort zu haben, der das übernimmt, Diabetiker in einer Gruppenschulung zu unterstützen. (...) des alles nur halbert also, dass man ihnen nur Tabletten oder Spritzen gibt (...) Beratung und ja vielleicht auch einmal im Monat auch so ein Zieltreffen, wo eben Beratung ist und a bissl Kochen, damit die Leute auch Lust zum Leben haben “ (Interview W_33_w) „Es müssten eigentlich bei den praktischen Ärzten so Diabetesberater sein, die dann auch solche Sachen wie Teststreifen ... damit nicht alles auf dem Arzt lastet, dass es da vielleicht jemanden zusätzlich gibt. (...) vielleicht könnte man ja pro Bezirk eine Stelle machen, wo Diabetiker beraten werden. Also ich bin der Meinung, dass das günstiger wär.“ (Interview W_33_w). Und es sollte weitere Angebote geben. „Vielleicht auch verschiedene Angebote setzen, Vorträge machen oder sich in der Schule stark zu machen für die Kinder, irgendwie, wenn vielleicht übergewichtige Kinder sind und dass man da vielleicht auch beratend hilft und, ja, dass es verschiedene Vorträge gibt über Diabetes, wo vielleicht auch Angehörige kommen können“ (Interview NÖ_31_w). Und auch andere Angebote werden gefragt: „Also das würd ich mir wünschen, dass das auch Hausärzte machen, also dass man da die Infusion machen kann (..) wär wichtig, dass des irgendwie in der Nähe is“ (Interview W_33_w).*

Das breite, gewünschte Angebot findet man dann eher bei der Wahlärztin / beim Wahlarzt: „Meine Wahlärztin, die macht nämlich homöopathische Behandlungen auch in Kombination mit der Schulmedizin. Aber sie versucht zuerst mit Homöopathie, dem Ganzen entgegen zu wirken. Sollte das nicht mehr funktionieren, dann kommen schon Antibiotika zum Einsatz. (...) einen Hausarzt hab ich jetzt in der Ortschaft bzw. diese zweite Ärztin, die aber privat zu bezahlen ist. (...) bei der Wahlärztin weiß ich, dass sie einfach mal versucht, das mit Hausmitteln in den Griff zu bekommen und beim Hausarzt bin ich mir fast sicher, dass ich irgendein Medikamentausfasse. Und natürlich ist es zu bezahlen, der Wahlarzt, darum geh ich auch nicht immer hin. (...) vielleicht die Sympathie, (...) dass das auch noch ein Faktor [ist](...) dass die eine eben eine Frau ist, oder eine Ärztin ist, wo man sich vielleicht auch anders sprechen kann wie mit einem Mann in meinem Fall“ (Interview NÖ_31_w)

Die Behandlungsdauer ist auch beim Vertragsarzt / bei der Vertragsärztin wesentlich: „Ja mindestens schon eine Viertelstunde, ja schon, muss ich sagen. Außer man hat sonst noch Beschwerden, dass man sagt, oder dass man man sonst soweit nichts braucht außer einen Tablettenwechsel oder dass man mit dem Arzt halt dann spricht, dass man die einen Tabletten lassen kann und dafür was anderes nehmen sollte oder dafür mal eine Therapie macht. Sowas halt statt die vielen Tabletten schlucken. Das nicht zu viel verschrieben wird. (...) Man könnt daheim auch viel selber machen und wenn der Arzt das verschreibt, dass man sagt, ‚ja man könnte die Bäder daheim auch machen‘.“ (Interview S_17_w)

Nicht immer muss man auf ein anderes Angebot zurück greifen, wenn die Primärversorgung funktioniert. Das bedeutet, „dass man Hausärzte unterstützt, weil es immer heißt, die Spitäler sind überfüllt (...) aber ich finde, das wäre vielleicht eine Möglichkeit, (...) dass die dort alle nicht immer ins Spital gehen, dass der Hausarzt auch schon was feststellen kann (...) und wenn das der Hausarzt auch schon feststellen könnte, brauchte der nicht ins Spital gehen, (...) dass er feststellt, das ist nur eine Prellung, den brauchen wir auch nur ein bisschen ruhig

stellen, eine Schlaufe umgeben, aber der braucht nicht ins Spital fahren und überfüllt das Spital im Warteraum, in der Ambulanz nicht (...) wo man die Leute dann von den Spitälern wegbringt.“ (Interview SVB_49_m)

Auch von diesem Typus werden die Wartezeiten kritisch, aber differenziert gesehen. „Die langen Wartezeiten, die gibt es in der Stadt genauso wie am Land, dass ist einmal ganz gleich (...) das kann schon bis eineinhalb, zwei Stunden auch dauern, insbesondere wenn man keinen Termin nicht ausmacht, nicht. Wenn man einen Termin ausmacht, dann geht’s schon, nicht, aber ich mache mir in der Regel gar keinen Termin aus, nicht. Oft fahr ich nur hin, will nur meine Tabletten holen und dann sagt die Assistentin draußen, nun musst du reingehen (...) dann wartest du nicht lange, dann bist eh gleich dran, wenn der Termin ausgemacht ist, dann geht es, aber ich will das gar nicht, (...) dann muss ich halt länger warten, wenn ich mich nicht angemeldet habe, nicht, dann rechne ich aber eh damit, aber in der Regel bin ich nur dort, dass ich meine Tabletten hole und das geht eh ruck zuck, da braucht man nicht warten.“ (Interview SVB_49_m). „Ja wir haben eigentlich sehr lange Wartezeiten oft gehabt. Ich meine, das war, das war jetzt so ab einer Stundeungefähr bis zu zweieinhalb Stunden ungefähr, dass man warten musste. Aber wie gesagt, die sind selbst so überfüllt oder überfordert, wenn so viele Patienten sind (...) weil ich mir denke, ja nächsten Tag, kann ich ihn auch nicht in Anspruch nehmen, zum Hausarzt gehen, wenn ich irgendwelche Tabletten brauche. (...) der muss das so einteilen, so wie die Leute kommen und wie die Behandlung ist. Auch z.B. beim Internisten, da hat man (...) einen Termin und dann hat man nicht lange Wartezeiten, und und. Das passt dann auch.“ (Interview S_17_w)

Aber es besteht auch Akzeptanz, dass es halt mal dauert: „Wenn denn der Hausarzt mehr Möglichkeiten hätte, dann kann das schneller vor sich gehen, aber Gesundenuntersuchung dauert bei uns zwischen einem halben und einem dreiviertel Jahr, nicht, weil bis du da bei jedem Arzt durch bist und einen Termin bekommst, das kann dauern“ (Interview SVB_49_m). „Also meine Erfahrung punkto Hausarzt ist so, dass ich das Gefühl habe, dass immer irrsinnig viel Patienten warten, die Wartezeiten extrem lang sind, die effektive Zeit, die man dann drinnen verbringt und untersucht wird, ist sehr gekürzt gehalten aufgrund wahrscheinlich des vollen Wartezimmers. Und dass dann auch immer sehr viele Medizinprodukte verschrieben werden. (...) es war immer mit langen Wartezeiten verbunden, und kurz geschaut in den Mund (...) wenn man Halsschmerzen hatte. Und dann schon verschrieben, wo man sich dann beim näheren Durchlesen von dem Beipackzettel fragt, ob das nicht zu viel des Guten ist. (...) Extrem viel los, fast keine Zeit für die Patienten und lange Wartezeiten – was natürlich extrem unangenehm ist, wenn es einem nicht gut geht. Und zweitens speziell auch mit den Kindern will man sie nicht noch mehr aussetzen, als es unbedingt notwendig ist. Aber das Einzige, was mich wirklich abschreckt, ist die Wartezeit; oft eineinhalb, zwei Stunden Warten für fünf Minuten Konsultation ist zu Lange. (...) also erträglich wäre eine halbe Stunde längstens (...) am besten ohne Terminvereinbarung“ (Interview NÖ_31_w).

Aber es gibt auch Verständnis bzw. flexiblen Umgang. „Man muss immer sehr lange warten bei ihr [bei der Internistin], aber sie nimmt sich dann auch eine halbe, dreiviertel Stunde Zeit, das ist halt die andere Seite, da muss man auch realistisch sein.“ (Interview W_33_w) Denn „wenn ich gewusst habe, die sind in der Praxis, dann habe ich immer jemanden erreicht, also das war auch immer okay und vorher schaut man eh im Internet nach oder sucht sich die

Öffnungszeiten heraus und meldet sich innerhalb dieser Zeit.“ (Interview NÖ_31_w). Schließlich sind lange Wartezeiten auch ein Qualitätsausweis. „Wenn ich hinkomme, sehe ich, dass das Wartezimmer voll ist, dann heißt das, dass der Arzt auch etwas kann. (...) wenn man als Pensionist eine halbe oder dreiviertel Stunde warten muss (...) sind das keine Schwierigkeiten.“ (Interview W_27_m)

Aber man sollte bei den Öffnungszeiten etwas machen, meinen die Befragten. Denn *„dass ein Nachmittag in der Woche, wo die Ordination offen ist, zu wenig ist (...) da geht es am Vormittag einfach schlecht“* (Interview NÖ_31_w). Es werden längere oder flexiblere Öffnungszeiten gewünscht oder man wechselt ins Krankenhaus. *„Von Montag bis zum Freitag, also immer die Ordination offen sind, außer einen Tag in der Woche, wo es nicht ist, wo keine Ordination ist. Aber wie gesagt, wenn etwas Gravierendes ist, kann ich ins Krankenhaus rüber fahren und kann mich da untersuchen lassen und das passt eigentlich auch.“* (Interview S_17_w). Da baut man auf Flexibilität: *„Ich muss sowieso zum Hausarzt kommen mit den ganzen Befunden und das besprechen und dann sagt er, eigentlich kommst du am Abend oder am Nachmittag schon früher“, dass er wenigstens in seinen normalen Zeiten, wo er offen hat, die anderen Patienten abfertigen kann und da hat er noch mehr Zeit. Er nimmt mich nicht nur herein, dass du herkommst, kurz, zack zack. (...) Das hab ich nie erlebt bei Hausärzten, das erlebst du nur bei Fachärzten“* (Interview SVB_38_m). Insgesamt ist die Betrachtung realistisch, denn *„weil wenn ich einen jeden fragen will, wann er [der Arzt] offen sein soll, dann hätte er immer offen und am Sonntagvormittag hätte er dann auch offen und das ist ja auch nicht der Sinn und Zweck des ganzen“* (Interview SVB_49_m)

Zu volle Ordinationen senken die Betreuungsqualität in der Wahrnehmung der befragten Patient*innen: *„Der Hausarzt, den ich jetzt habe, naja, der hat sehr viele Patienten. Er kann sich weniger ausführlich damit beschäftigen, dass (...) er horcht mir schon zu und das alles, also und auch das Menschliche ist eigentlich auch recht gut. (...) Aber es ist halt immer dann so, dass man dann nachher auch sagt, ‚jetzt probieren wir halt die Tabletten, die Schmerztabletten und wenn die halt zu leicht sind, dann probieren wir halt die anderen Schmerztabletten. Und auf die einen Tabletten habe ich in letzter Zeit ziemlich starke Magenschmerzen gehabt, habe sie dann von selbst wieder lassen.“* (Interview S_17_w)

Gruppenpraxen werden als Alternative bei zu langen Wartezeiten gesehen: *„Also wenn es wirklich so Gruppenpraxen geben würde – ich bin nicht so der Typ, der unbedingt einen einzigen Arzt braucht, oder der sagt, ‚ich vertrage nur den‘, aber wenn ich weiß, es ist jemand am Nachmittag auch da, wäre es mir persönlich nicht so wichtig. Mir wäre es wichtig, dass jemand erreichbar ist und das es eine gewisse Flexibilität gibt, dass auch am Nachmittag wer da ist (...) dass sich das nicht so staut einfach am Vormittag. Aber es gibt natürlich auch Leute, die nur den einen Arzt sprechen wollen, aber das wäre mir prinzipiell nicht so wichtig. (...) damit der Zulauf zu den Ambulanzen wird, ja ich kann es nur wieder erwähnen, es ist einfach zu viel los, man wartet zu lange, da sollte sich was tun. Und es sollte auch an keinem Tag unter der Woche niemand erreichbar sein.“* (Interview NÖ_31_w)

Schlechte Erfahrungen mit der Primärversorgungen finden hier auch ihren Platz: *„ich wird halt von einem Arzt zum Anderen geschickt und es kommt nie was richtiges raus (...) und seit zwei Jahren nur mehr Schmerztabletten und auch Physiotherapie gehabt und das hat nichts gebracht (...) ich hab schon öfter Physiotherapie gemacht, aber es bringt nichts, es sind die gleichen Schmerzen wie zuerst da (...) mein Hausarzt schickt mich zwar weiter,*

aber er könnte mehr machen, als dass er mir nur die Tabletten verschreibt“ (Interview S_17_w) „Sonst bin ich eigentlich nur überwiesen worden, z.B. zum Orthopäden oder ins Krankenhaus gleich einmal zur Operation“ (Interview S_17_w). Die Versorgung wurde nicht immer kompetent erlebt. „Außer dass sie [die Ärztin] mal gesagt hat, ich hätte keine Magensäure, ich war damals so zwischen 16 und 18 Jahren und sie hat gemeint, naja, ich könnte ja zum Essen ein Glas Weißwein trinken. Aus heutiger Sicht würde ich das jetzt nicht als sonderlich kompetent bezeichnen, aber vielleicht war es damals auch ein richtiger Ansatz.“ (Interview SVB_53_w). „Ja wie es mir psychisch so schlecht gegangen ist, dass er [der Hausarzt] mir, dass er mir zugehört hat und ja, er hat nur nicht mehr verschreiben können, als wie meine Tabletten, die ich sowieso allerweile nehme.“ (Interview S_17_w). Aber es gibt auch ‚durchwachsene‘ Erfahrungen: „Wie es halt so ist in Landpraxen, ich war mit meinen ja damals erwachsen werdenden Kindern einer Meinung, Arzt hätte er nicht werden sollen – aber er hat sein Bestes gegeben. Er hat (...) aus unserer Sicht auch nicht gravierend was falsch gemacht. (...) aber für kleinere Wunden war er nicht schlecht, also eher ein guter Praktiker.“ (Interview SVB_53_w). Der Hausarzt hat wenig Macht. „Der bekommt die Befunde von den Krankenhäusern zugeschickt. Er macht sich selbst ein Bild davon, teilweise kann er mit den Befunden nicht wirklich viel anfangen (...) irgendwo kann er dir gar nicht helfen, ja er kann nur Medikamente verordnen, er muss dich immer weiter schicken, nur weiter schicken. Ja das verstehe ich nicht ganz, warum das System so ist, dass man dauernd, wenn man Allgemeinmediziner ist, dauernd zu den anderen Fachärzten schicken muss. Allgemeinmediziner haben so viel Erfahrung. (...) ich glaub, die wären zum Einsparen, die Fachärzte überhaupt und wenn ein größeres Problem auftritt, dann schickt er dich eh ins Krankenhaus (...) aber wenn es einen Facharzt gibt, dann soll er mehrere Sparten gleichzeitig können“ (Interview SVB_38_m). Kritik besteht auch an einer ‚Zweiklassenmedizin‘: „Man fühlt sich ohne Zusatzversicherung als Normalsterblicher als Patient zweiter oder dritter Klasse und ich verspüre das auch extrem“ (Interview SVB_38_m) Es besteht bei diesem Typus hohe Zufriedenheit mit dem gewählten Hausarzt / der gewählten Hausärztin. „Ich bleibe meistens bei einem Hausarzt, bei dem was ich anfangen, bei dem bleibe ich (...) ich geh lieber zu dem als wo anders hin (...) der hat eigentlich meine ganze Krankengeschichte, der weiß alles, der kennt mich in und auswendig“ (Interview SVB_49_m). gerade am Land muss es ja so sein, denn „ichglaube, dass wirklich alle gut sein müssen, überhaupt da auf dem Land, weil sonst geht keiner hin und da gehen die Leute vielleicht nicht so viel zum Arzt wie in der Stadt, nicht, aber es muss alles passen“ (Interview SVB_49_m) Aber es besteht auch das Gefühl, dass es immer schwieriger wird, eine*n gute*n Hausärzt*in zu finden: „Mit Hausärzten wird es immer schwieriger, einen zu bekommen, weil das Problem ist, die sollen ja Gemeindefacharzt auch sein und das ist das große Problem, nicht, weil er bekommt ja dann die Schulbetreuung dazu und da kriegen sie halt zu wenig, nicht, die Hausärzte, und Totenschein ausfüllen (...) es ist halt viel, das kriegen sie zu wenig entgolten.“ (Interview SVB_49_m)

In Bezug auf die Erwartungen an den*die gute*n Hausärzt*in „Ich denke, dass es wichtig wäre, alle hausärztlichen Tätigkeiten auf die Gesunderhaltung zu lenken. (...) die schwierige Aufgabe, Menschen dazu zu bringen, für sich selbst Verantwortung zu übernehmen.“ (Interview SVB_53_w). Es ist nach Ansicht der Befragten unzumutbar von den Ärzt*innen zu erwarten, diese Verantwortung zu übernehmen. Dass „denen die Verantwortung zugeschoben wird, völlig zu unrecht. Die müssen da Verantwortung tragen für jemand

anderes Gesundheit bzw. Krankheit, was nicht funktioniert.“ (Interview SVB_53_w). Hausärzt*innen sollen nicht nur Rezepte ausstellen, sondern „mit den Menschen darüber reden, wie sie ihr Leben verändern können.“ (Interview SVB_53_w). Was sollen gute Hausärzt*innen noch bieten? „Zumindest komplementärmedizinische Fähigkeiten (...), also auf alle Fälle Akkupunktur, alles, was die Natur uns bietet, also ich sage einmal Homöopathie (...) man sollte viel mehr auf Paracelsus‘ alte Signaturlehre schauen, also da gibt es eine Riesenpalette von Möglichkeiten (...) man darf einfach ein Stück weit die Anthropologie mit hinein nehmen, im Sinne von ‚na dann schau wir halt einmal, was die Naturvölker tun und warum die hundert Jahre ohne Arzt werden‘. Da gibt es viele Möglichkeiten.“ (Interview SVB_53_w) Was macht einen guten Hausarzt aus? „Na dass er sich für den Patienten Zeit nimmt und die Beratung oder Behandlung. (...) Er hat a die Ausbildung, er ist Allgemeinmediziner, da ist er doch überlegen gegenüber einem Facharzt (...) der Hausarzt weiß ganzheitliche Medizin zu beschreiten“ (Interview SVB_38_m)

Das Interesse für Komplementärmedizin ist vorhanden: „Ich bin zwischendurch bei einem Chinesen – Zungendiagnostik, ein ganz Berühmter am Chiemsee, den ich aus meiner eigenen Kasse bezahlen muss (...) der schaut mich an auf der Zunge, der sagt mir, was ist los mit Ihrem Fuß, Sie haben Probleme, große Probleme mit der Halswirbelsäule, Sie haben Probleme mit dem Magen, Ihre Nieren sind schwerst angegriffen, die Hand“ (Interview SVB_38_m)

Wünsche an den*die Ideale*n Hausärzt*in: „dass der vielleicht noch besser ausgestattet wäre, dass er viel mehr Möglichkeiten hätte, selbst Diagnosen zu erstellen, nicht, (...) er hat ja kein Blutlabor dort, er hat kein Röntgengerät, (...) wenn er das auch noch machen könnte, dann wäre er ja viel weiter, dann könnte er ja Diagnosen auch stellen“ (Interview SVB_49_m). Der „gute Hausarzt“ lebt auch in der Erinnerung fort: „Das war einer der besten Ärzte im Bezirk, das muss ich gleich dazu sagen, er hat sich auch mit Homöopathie befasst und war wirklich ein guter Diagnostiker. Der ist aber gestorben (...) ich meine, einen Arzt stellt man sich nicht vor, dass man nur Medikamente in die Hände bekommt, er soll auch sprechen können (...) ich komme mit ihm trotzdem noch nicht richtig zurecht. Ich meine, ich gehe jetzt zu ihm, weil die Frau Doktor (...) ist dadurch, dass sie eine Scheidung gehabt hat, auch nicht mehr das geblieben, was sie einmal war“ (Interview SVB_48_w). Jedenfalls ist er*die ein*e gute Diagnostiker*in: „Er ist ziemlich gründlich und ich glaube, dass er sich eher mit seiner Diagnose etwas zurück hält (..)er lässt das immer von zwei, drei noch extra absichern, weil er schickt jetzt einem zu einem richtigen Facharzt (...) schickt dich dort und dort hin zu dem Facharzt und zu dem Spezialisten, weil er wahrscheinlich weiß, um was es geht“ (Interview SVB_49_m) Der*die gute Hausärzt*in ist optimistisch. „Und nicht ‚da kann man nichts machen‘, das ist mir bei ihm [dem Hausarzt] noch nie passiert, das find ich nicht sehr gut an Ärzten. Das ist noch nie von ihm gekommen, da gab es noch immer irgendeine Lösung, die man da dann gemeinsam getroffen hat.“ (Interview W_27_m). Wichtig ist auch die ärztliche Fortbildung: „Also mein Hausarzt, der hat ja auch immer wieder so Schulungen und Fortbildungen und trifft die Diagnose eigentlich sonst recht gut, das muss ich schon sagen.“ (Interview S_17_w)

Der*die gute Hausärzt*in ist ein*e gute*r Ratgeber*in. „Dass ich mir eben Rat hole oder dass ich sage, okay, jetzt gehen wir zu dem Facharzt oder jetzt gehen wir zu der Hausärztin, dass ich da.., dass die dann wirklich hundertprozentig die Diagnostik stellen und dass das dann

auch hundertprozentig passt. (...) dass ich das selber entscheide, wo ich hingehere und das ist eigentlich eh schon viel wert, dass ich das als Patientin (...) machen kann, dass ich selbst entscheide, wo ich hinfahren kann. Also, der muss nicht unbedingt ins Haus kommen, (...) weil wir haben keine weiten Strecken zu fahren.“ (Interview S_17_w) Vertrauen erfordert das ärztliche Gespräch. „Als Patientin wohlfühle, naja, dass man das Vertrauen hat, dass er sich bemüht, dass er eine gute Untersuchung macht, eine intensive praktisch nicht Naja, ich denke mir auch, wenn es jetztmehr fehlt, dass er einen weiterschickt an die Fachärzte (...) dass er mir zuhört. Er weiß meine Verhältnisse und alles und er weiß, wie es mir geht und dass er dann sagt: ‚Suchen wir einmal auf eine Kur an.‘ Also da merkt man nachher schon, dass er sich bemüht um einen Patienten, dass er eingeht auf einen Patienten, dass er sagt, was gut ist und nicht nur Tabletten verschreibt.“ (Interview S_17_w)

Der*die gute Hausärzt*in ist jedenfalls ein*e gute*r Diagnostiker*in. „Vielleicht wirklich mehr Diagnosefreudigkeit, also dass sie auf den Menschen eingehen und die Diagnose selber feststellen können und dich nicht von Pontius zu Pilatus schicken die ganze Zeit. Und ich erwarte vom Hausarzt nicht, dass wenn ich hingehere, dass er mir ein Medikament verschreibt. Ich erwarte Beratung, Empfehlung und nicht ‚da hast du eine Schachtel Medikamente und wenn die nicht helfen, kommst du wieder‘ also das ist das Letzte, was ich erwarte vom Hausarzt (...) dass man auf den Patienten eingeht, ihn beraten tut, was sollte man vielleicht anders machen, auch ernährungsmäßig vielleicht mehr beraten tut (...) es muss einmal die Wellenlänge passen, dass das, was man sagen möchte, auch dort hinkommt, nicht dass der Arzt sich auch die Zeit nimmt für die Patienten und dass auch er Bescheid weiß über die Patienten (...) dass heute die Apotheker vielleicht schon mehr wissen als die Ärzte (...) Und dass sie das nicht belächeln, weil wenn du homöopathisch was nehmen tust, was ja auch Wirkungen hat und vielleicht auch sinnvollere Wirkungen hat, dann solltest du dem das sagen können, deinem Hausarzt sagen können und der sollte dich nicht belächeln (...) also im Spital darfst du das gleich gar nicht erwähnen, dass du homöopathische Nerventropfen nimmst oder irgendwas, weil das ist besser, du sagst nichts, weil sonst wirst du schon wieder schräg angesehen. Man sollte in den Dingen auch ernst genommen werden von den Ärzten und sie sollten das mitkalkulieren in der Medikation (...) man sollte mit dem Arzt reden können.“ (Interview SVB_48_w) „Ich finde, ein Hausarzt muss eh schon mehr können, weil zu einem Spezialisten (...) einen Hausarzt kannst du bald wie einen Tierarzt vergleichen (...) ja, ich will es nicht vergleichen, aber das ist auch so, wenn eine ältere Person hinkommt oder ein Kind hinkommt und ein Kind weint immer, aber er muss trotzdem drauf kommen, was dem Kind fehlt (...) der Hausarzt muss immer die richtigen Diagnosen stellen“ (Interview SVB_49_m) „Der alte Hausarzt (...) der hat sehr gut die Diagnostik gestellt und das ist eigentlich ja ein sehr guter Arzt gewesen (...) das war so ein alter Militärarzt, wie sie früher noch waren und Diagnostik hat er auch eigentlich bald einmal erkannt und (...) Tabletten hat eigentlich auch niemand verschrieben, Schmerztabletten oder sonst irgendetwas“ (Interview S_17_w). „[Meine Ärztin] ist erstens eine super Diagnostikerin, die war Rettungsärztin. Die was sofort, was los ist. Wie gesagt, wenn was Gravierendes ist, schickts mich zum richtigen Facharzt, oder sie kann mich selber behandeln.“ (Interview W_33_w)

Der*die Hausärzt*in sollte ganzheitlich vorgehen. „Was vielleicht einen Hausarzt jetzt auch auszeichnen würde, wenn er wirklich das Umfeld des Patienten näher erkundet, sich dann näher – aber das zählt für mich auch zur Komplementärmedizin – dass eben vielleicht das Umfeld und die Lebensumstände hinterfragt werden.“ (Interview NÖ_31_w)

Gute Hausärzte gibt es auch bereits und sie ‚vererben‘ ihre Kompetenz: *„Mein Hausarzt, der kennt mich schon sagen wir seit 50 Jahren oder 40 Jahren ist der in der Praxis, aber wir reden immer vom gleichen Hausarzt, Vater und Sohn, jetzt der Sohn. (...) Das ist noch ein Hausarzt, sag ich, aus dem Bilderbuch, der kommt auch und macht auch Hausbesuche, was es eigentlich nicht mehr gibt, auf seine Kosten, der kennt mich eigentlich von klein auf“* (Interview SVB_38_m) *Der Hausarzt „der ist immer eigentlich vor Ort, also da kann ich auch runter kommen am Abend, da kann ich auch nachmittags kommen, wenn er seine Freizeit hat, er bemüht sich sehr, er sieht das eindeutig, welche Problematik ich durch den Unfall davon getragen habe (...) Er will immer schauen, ja da ist die Beratung eigentlich gewaltig gut und er schickt mich dann schon weiter, es bleibt ihm nichts anders übrig, als mich wieder weiter zu schicken zu einem Facharzt (...) Also der ist eigentlich wieder derjenige, der mich da irgendwie wieder ins Lot bringt, er bemüht sich einfach, weil er sieht, wie es ist, er kennt die Familie“* (Interview SVB_38_m)

Schließlich sind Befragte dieses Typs eigentlich am glücklichsten, wenn sie überhaupt keinen Arzt / keine Ärztin brauchen. *„Ich glaube, wenn du auf fremde Hilfe angewiesen bist, das ist das Schrecklichste, was passieren kann, wenn du andere bitten musst.“* (Interview SVB_48_w). *„Am besten wäre es, wenn ich keinen brauchen würde, aber leider nach dem doppelten Herzinfarkt ist das halt ein bisschen anders“* (Interview SVB_49_m). *„Es ist so, als Frau in der Landwirtschaft, da darf man eh nicht krank sein, zumindest geht man dann erst zum Arzt, wenn der Hut brennt, also darunter verstehe ich, wemns gar nicht mehr anders geht (...) ich hab keine Zeit gehabt zum Kranksein, zum Schonen (...) man muss halt mit den Krankheiten leben lernen (...) das ist sicherlich so alles im Griff, ja es passt, wir leben mit den Wehwehchen, die wir haben, wenn es nicht mehr zum Aushalten ist, also ohne Schmerzmittel geht sowieso nichts mehr (...) das ist alles akzeptabel, es ist eigentlich nichts gravierendes gewesen“* (Interview SVB_48_w)

4.4.3 Typus 3 – Der*die Aufklärer*in: „medizinische*r Dienstleister*in“

Dieser Typus wurde von vier Personen¹⁴ formuliert. Die befragten Personen erwarten von diesem Typus klare Aufklärung und Informationsvermittlung (klar-verständlich, keine medizinische Fachsprache). Die Sachebene steht im Vordergrund: *„Bei den Firmenärzten hab ich auch noch ausgenutzt das medizinische Callcenter, was mir als Sachverständige zur Verfügung steht im Rahmen meiner Tätigkeit – muss i mit meinen, wenn man drei Kinder hat, vollberufstätig ist, also Freizeit (...) für mich schon etwas, wo i ma denk, i muss halt zwei Stunden beim Hausarzt sitzen und warten, bis i dran kumm und des is, des war der Grund...(…) ja ich hab sämtliche Fachärzte zur Verfügung, vom Augenarzt – natürlich ohne Instrumente – oder Internisten, aber i kann halt, wenn i zum Gutachten geh, kann i halt sagen, ich hätt das und das...(…) das sind teilweise Privatärzte im richtigen Leben und haben auch dann im Falle des Falles Medikamente verordnet“* (Interview NÖ_35_w). Und sie helfen sich auch selbst, wenn es geht: *„In der Jugend hatte ich immer Probleme mit den Bronchien, das ist aber geblieben. Aber zur Zeit stelle ich mich so ein, durch Meditieren, dass das nicht so gravierend wird.“* (Interview NÖ_13_w). *„Außerdem, wenn mi a bissi was zwickt, dann geh i ned glei zum Arzt, sondern nehm amal die Salbe von meiner Schwiegertochter, die wird amal ausprobiert und wemns dann nicht geht, geh ich ja zum Hausarzt. Und der überweist*

¹⁴ Eine Person stammte aus Wien, 3 aus Niederösterreich, alle 4 befragten Personen waren Frauen

mich dann eh zum Orthopäden oder so. Eigentlich zu den Fachärzten geht nur mein Mann.“ (Interview NÖ_35_w) Und es wird nicht nur auf die Schulmedizin gesetzt: „Homöopathische [Medikamente] kauf ma uns selber, natürlich. Des is klar. Und sonst gehma zum Hausarzt und nehmen die dann von der Apotheke mit.“ (Interview NÖ_35_w) manchmal ist der Hausarzt nur das letzte Mittel, wenn die eigene Kompetenz nicht (mehr) hilft: „Ich geh wirklich sehr selten zum Hausarzt, ich geh nicht so oft. Sie verschreiben immer irgendwelche Pillen. Das geht mir nur auf die Nerven. Was ich brauche, das hab ich und das Andere geht mir einfach nur auf die Nerven, weil sie verschreiben dir für eine Virenerkrankung Antibiotika, obwohl jeder Mensch weiß, dass es nichts hilft (..) es gibt viele Bereiche, wo Alternativmedizin einfach besser ist, weil du dir deinen Körper nicht mit irgendwelchen Medikamenten belastest.“ (Interview NÖ_07_w)

Aber die Erinnerung an ein „gutes Früher“ ist präsent: „Der [alte Arzt] war so ein richtiger Landarzt. Ja ganz nett. Der hat uns eigentlich nie Medikamente verschrieben. Der hat immer gesagt, ‚naja, wanns a Fieber habts, dann machma ein paar Essigpatscherl.‘ Aber wenns dann auf 40 Grad gegangen ist, haben wir schon ein Zapferl kriegt. Früher hat es ja nichts gegeben. Nur wenn wir Halsweh gehabt haben, dann hat ma so a rote Lösung bekommen zum Grugeln.“ (Interview NÖ_35_w). Die Erinnerungen an das „Früher“ sind hier überhaupt recht stark: „Für alles gehen wir zum Doktor und es gibt ein Pulver und das Alte ist alles, fast alles weg. Keiner kann sich mehr erinnern und wenn du sagst, ‚du hast Durchfall, dann sind getrocknete Heidelbeeren gut‘, dann schaut der dich an, als ob du einen Vogel hättest.“ (Interview NÖ_07_w) Die Erinnerung geht vor allem in die Kindheit zurück. „Früher war das halt so, wie wir Kinder waren (...) natürlich ist man da zum Arzt gefahren. Die haben aber glaub ich, viel mehr gemacht und du warst da mit ihm viel mehr verbunden und der hat deine ganze Geschichte gekannt (...) hat der schon gewusst, was du hast. Das ist ja heute nicht mehr so, nicht, weil heute werden ja viele Sachen zu den Fachärzten delegiert und ausgelagert (...) ich habe einen Orthopäden, ich habe einen Internisten, ich habe einen Augenspezialisten, warum soll ich dann wegen sowas zum Hausarzt gehen? Da geh ich doch gleich dorthin(...) aber da bin ich gleich vor Ort und habe dann die entsprechende Hilfe. Weil wenn ich ein orthopädisches Problem habe, ist eben der der Fachmann. Ich geh ja um eine Semmel auch nicht zum Fleischhacker. (...) und immer, wenn du zu einem anderen Arzt gehst, wieder deine Krankengeschichte zu erzählen, weil eigentlich sind das alles Kollegen und eigentlich sollte der meinem Arzt die Unterlagen zur Verfügung stellen, aber scheinbar dürfen sie das nicht und ich muss hingehen zu meinem Arzt, muss mir das ausdrucken lassen, wenn es der Arzt hat, weil ich hebe mir das ja nicht auf. (...) und dann dachte ich mir, warum muss ich das [eine Tetanusspritze beim niedergelassenen Arzt] zahlen? Wenn ich ins Krankenhaus gehe mit meinem Sohn, bekomme ich dort eine Spritze, die zahle ich nicht.“ (Interview NÖ_07_w)

Oft wird der „alte Hausarzt“ der gegenwärtigen Versorgung gegenüber gestellt: „Aber er [der Hausarzt] war als Mensch so toll und mit dem hast du wirklich über alles reden können und wenn du dich dort hingesetzt hast und du hast geweint, hat er dir zugehört und hat dich nicht abgeschasselt mit irgendeinem Schuß, nicht. Das ist halt am Land viel besser in der Stadt, weil in der Stadt – du gehst hinein und fünf Minuten später bist du wieder draußen und eigentlich hast du die Hälfte sowieso wieder vergessen, was du sagen wolltest. (...) und er [der Landarzt] macht auch immer Vorschläge, weil er sagt, ‚Blut abnehmen sollten wir auch einmal‘ und dann bin ich auch gut beraten, aber der schickt dich auch dorthin, wo du hin

musst. *„Ja, orthopädisch‘ hat er gleich gesagt, ‚nein, da kann man nichts machen‘, da bin ich einfach hingegangen, ohne Überweisung.“* (Interview NÖ_07_w). Das gilt unter Umständen auch für eine Fachärztin. *„Ich hatte jahrelang eine Fachärztin, die hatte ich eigentlich dreißig Jahre und die ist leider Gottes vor fünf Jahren in Pension gegangen und seitdem hab ich nicht wirklich eine Hausärztin; eine benachbarte, sie ist relativ jung (...) und wenn ich was brauch und in die Apotheke schnell flitze, bevor ich mich da anstell und für die Rezeptgebühr dann doch bezahlen muss, der Zeitaufwand der hebt sich dann ziemlich auf, ned.“* (Interview W_25_w)

Insgesamt ist das Verhältnis mit dem*der Ärzt*in eher distanziert; er*sie soll „möglichst wenig stören“. Erwartet werden vor allem Vorschläge für Untersuchungen und Behandlungen, aber keine „persönlichen Gespräche“. *„Da ich bei einer Privatkassensache arbeite (...) ich bin zwar versorgt vom Hausarzt (...) somit bin ich in die Firma gegangen, hab das dem Internisten gesagt, hat mir ein Medikament verordnet (...) dieses Medikament muss fachärztlich verordnet werden (...) Behördenwege, die ich mir eigentlich nicht wünsche“* (Interview NÖ_35_w).

Der Hausarzt wird eher als „Notlösung“ beschrieben: *„Jetzt geh ich halt zum praktischen Arzt und lass mir die Eisenpräparate verordnen (...) man braucht einen Termin, um zu ihm zu kommen, außer es dürfte – aber sowas hab i no ned ghabt – es dürft superakut sein, aber so, dass man sagt, ‚ich bin aus dem Krankenhaus entlassen und wie geht’s weiter?‘ oder sonstwas, wo man auch ned die Informationen ned unbedingt vom Krankenhaus bekommt (...) ohne Termin keine Auskunft, aber sonst kann i nichts großartiges dazu sagen.“* (Interview NÖ_35_w). *„Es ist eine rein sachliche Beziehung: „Wenn i irgendwas hab, gibt mir mein Arzt schnell eine Überweisung, das geht auch“* (Interview NÖ_35_w). Und es muss funktionell sein: *„Wundert mich eigentlich auch, dass du bei einem Hausarzt auch schon einen Termin brauchst, was eigentlich ned normal ist. Wann in der Nacht heute krank wird, morgen zum Doktor muss, brauch ich einen Termin,. Da will ich hingehen und fertig. Beim Facharzt ist es eigentlich klar, dass ich einen Termin brauch, ob das jetzt ein Augenarzt ist oder sonst irgendwas, dass ich einen Termin brauche. Aber einen praktischen, find i, braucht man grundsätzlich, dass die ohne Termine (...) weil dann bin ich krank und muss ich hingehen. Ja und ich brauch halt keinen Arzt, der mich krankschreibt.“* (Interview NÖ_35_w). Aber in der Ordination soll es keinen „Massenbetrieb“ geben: *„Also, bei den normalen Kassenärzten, die nehmen sich die Zeit nicht, das kenne ich nicht (...) wenn ich zum Arzt gehe, dann hab ich oft mehr als nur ein Problem (...) jeder hat 16 Kammerln und in jedem Kammerl hockt einer drinnen und du wirst aufgerufen und dann kommst du nicht in die Hauptordi, sondern in die Nebenordi, nicht, und dann hast du noch eine Nebenordi und dann wirst du aufgerufen und denkst dir, ich komme dran, aber dann hockst du da drinnen und wartest wieder. Da bin ich zwar schon drinn, aber nicht dran. Aber das ist auch ein Unding.“* (Interview NÖ_07_w). Und es gibt auch qualitative Ansprüche an die Ordination: *„Was mir wichtig ist – ja Hygiene. Hygiene ist mir sehr wichtig, dass es sehr sauber ist, das ist mir ganz wichtig. Das ist mir eigentlich bei jedem Arzt sehr wichtig, dass die Hygiene einfach passt, weil wennst zum Arzt gehst und zusätzlich mit drei Krankheiten heim kommst, das brauch ich nicht wirklich.“* (Interview NÖ_35_w)

Der*die Hausärzt*in ist nicht unbedingt die „erste Wahl“, sondern eine Option unter mehreren. Entscheidend ist die jeweilige Funktionalität oder der Wohlfühleffekt: *„Hin und*

wieder. Wenn dann nicht den Hausarzt, sondern den HNO Arzt. (...) wir haben schon – wie lange haben wir den schon? – Ja mindestens seit 20 Jahren den gleichen Hausarzt (...) ich bin sehr zufrieden aber Gott sei Dank brauchen wir ihn nicht oft. Nur für Impfungen und so. Und wir gehen schon regelmäßig zur Gesundenuntersuchung. (...) Ja und, wie gesagt ein Mal im Monat, auch wegen der Medikamente, was man so braucht. (...) ja genau, also Gesundenuntersuchung machen wir meistens beim Internisten. Des ist schon – einmal im Jahr machma des – des is a so ewig ...“ (Interview NÖ_35_w). Die Kompetenz der Fachärzt*innen wird hier höher bewertet als die hausärztliche: „I habs nie braucht, also diese Erkrankungen, die gynäkologischen Sachen, wegen dem bin ich nie zum Hausarzt gegangen, da hab ich schon den Facharzt gehabt (...) Deswegen wusste ich sofort Bescheid, dass das nichts ist, wo man zuschauen sollt, schnell raus, und dann hat man weit weniger Probleme als wenn man zuwartet. Aber das ist auch nicht so etwas, was der Hausarzt zu beurteilen hat, das ist was anderes, fachliches.“ (Interview NÖ_35_w). Jedenfalls wird dem*der Hausärztin keine große Kompetenz zugeschrieben: „Hausärzte? Na – Fachärzte, zum Großteil auch Wahlärzte (...) was soll der großartig machen? Der Hausarzt ist für mi genauso wie ein Apotheker, wenn ich dann irgendetwas Spezielles ansehen würde, ja dann wirst eh mit irgendeiner Überweisung zum Facharzt überwiesen. (...) [der Hausarzt] überhaupt nicht wichtig, na wenn ich einen Facharzt brauch, muss ich eh zum Facharzt gehen (...) aber ich brauch ihn nicht, wozu sollt ich ihn brauchen?“ (Interview NÖ_35_w)

Oft ist der Hausarzt auch nur eine Stufe auf dem Weg zum Facharzt: „Diese Krankheiten, die was mein Mann hat, da wird man dann scho zum Urologen überwiesen. Da geht man zuerst zum Hausarzt und der schickt einen dann zum Facharzt. Der is operiert worden im Jänner, jo. Wegen diese Sachen gemma zuerst zum Hausarzt und der schickt uns dann weiter zum Facharzt.“ (Interview NÖ_35_w). Aber dann wird – ein durchaus widersprüchlicher Befund – dem*der Hausärzt*in doch mehr getraut als der fachärztlichen Expertise: „Der [Facharzt] is ja ganz in der Nähe. Aber wissens ..., man bekommt dann immer so komische Medikamente. Aber es gibt Situationen, dass mas nehmen muss, natürlich.“ (Interview NÖ_35_w)

Die Primärversorgung findet in einzelnen Fällen auch im privaten (oder beruflichen) Bereich statt: „Ich hab einen Freund, der mich zusätzlich betreut, ich hab erst seit einem Jahr ungefähr einen Hausarzt, nachdem der [der Freund] auf Urlaub war und hat gemeint, naja, es wär ned schlecht, wenn ich mir doch einen ständigen Hausarzt suchen würde. (...) Jetzt geh ich halt zu ihm und denk ma, des is halt ein Ansprechpartner, nachdem mein Freund ohnehin bald in Pension geht (...) weil meine beste Freundin ist Anestisistin und deren Schwiegersohn ist Radiologe, und da hab ich noch zusätzlich vorher schnell abgeklärt, obs wirklich notwendig ist, also i war bei drei Ärzten insgesamt (...) i man, bei der OP Freigabe, da bin i a zu eam [dem Freund] gegangen im Dezember, weil ich das Gefühl hab, ein EKG schreiben und den Ausdruck mitnehmen, des muss egal sein von wem ich den bring, schaut man sich ja im Krankenhaus nocheinmal an“ (Interview NÖ_35_w). Auf unsere Frage, warum die Dame einen Freund in Anspruch nimmt, kommt die Antwort: „Einfach aus zeitlichen Gründen und wann ma uns gesehen haben hat er ... und i war nie wirklich krank, i war nie so, dass i Krankenstand hätt gehen müssen...(...) sonst hätt ich woanders hingehen müssen (..) warum solt ich zum Hausarzt gehen, wenn i beim Freund grill oder was, warum sollt ich da extra noch wo hingehen – es sei denn, ich bin wirklich krank, weil das übersteigt dann auch den Freund. (...) Wo ich ständig irgendeine Betreuung brauch, also das wäre dann vermessen, wenn es wirklich ein Freund machen sollte, aber es ist halt wirklich so, das

hat auch mein Hausarzt gemeint, man sollte sich dann schon einen nehmen, weil ein Freund kennt einen mit ganz anderen Gesichtspunkten und ein Hausarzt, den trifft man, der schaut vielleicht anders.“ (Interview NÖ_35_w). Und oft ist es gleich das Spital, was aufgesucht wird: „Ich war auch im Krankenhaus, aber da wär ich nie zum Hausarzt gefahren, das war ein akuter Fall (...) ich habe so einen allergischen Schock bekommen und habe keine Luft mehr bekommen (...) weil ich nicht warten kann eine Stunde, oft wirklich nicht warten kann, entweder weil der Zustand so akut ist oder weil ich mich so viel fürchte, das ich unbedingt sofort wen benötige, der mir hilft – ja, und da ist eben der Weg ins Krankenhaus viel kürzer als wenn ich eine Stunde beim Doktor warte.“ (Interview NÖ_07_w)

Ein immer wieder angesprochenes Problem sind die Wartezeiten in der hausärztlichen Ordination. Die Wartezeiten werden dann nicht als schlimm empfunden, wenn man es sich „richten“ kann, wie das am Land oft möglich ist: *„Das [die Wartezeiten] passt für mich. Wir haben da schon unsere Sprechstundenhilfe, die dann immer sagt: ‚kommts dann und dann‘. Also da haben wir so a bissel, ja wie soll i sagen, a bissel a liebe Bekannte, die dann sorgt, dass ma nicht so lange warten müssen.“ (Interview NÖ_35_w). Aber das liegt auch daran, dass der Arzt ganz in der Nähe ist: „Der wohnt vis-a-vis von uns, wir wohnen auf einem Hügel, und wenn er zu uns kommt, ist er immer so begeistert von der Aussicht und dann schaut er immer zu seinem Haus rüber. (...) Wenn es wirklich brenzlich wird, wenn ma zum Beispiel Grippe oder Fieber hoben, dann braucht ma ihn nur anrufen. Gott sei Dank, des ma sowas hot“ (Interview NÖ_35_w). Aber ansonsten werden die Wartezeiten eher problematisch gesehen: *„Wenn ich krank bin, geh ich einfach hin. Da sind halt die Wartezeiten manchmal wirklich enorm, das ist ja, wenn du nicht Stammgast bist mit Stammmedikamenten, die du bekommst, weil du sie brauchst, dann wartest du. Die Wartezeit ist auch ein Wahnsinn und dann frag ich mich, warum sie Termine vergeben, weil du hast einen Termin um 10.15 und um 11.15 hocke ich immer noch drinnen. (...) und wenn du dort bist, dann bist du dort und du wartest und wartest und so. Aber es gibt halt die Abendtermine für die, die arbeiten gehen. Aber da hocken ja auch alle dort, auch die, die nicht arbeiten gehen und den ganzen Tag ich weiß nicht was machen, die hocken auch dort (...) je dichter die Anzahl [der Ärzt*innen] ist und je weniger die Wartezeit ist, desto schneller ist der Genesungsprozess des Menschen, desto schneller geht er wieder arbeiten.“ (Interview NÖ_07_w). Aber die Wartezeiten sind in der Primärversorgung überall ein Problem. *„...bei den Hausärzten, keine Ahnung, im Durchschnitt sind alle gleich gut oder schlecht, wie man es sehen will, bei denen, bei denen ich war, gibt es keinen Unterschied bei der Wartezeit und auch nicht bei der Betreuung“ (Interview NÖ_07_w). Wirklich unangenehm wird es, wenn die Wartezeit durch „sonstige“ Besuche noch weiter verlängert werden: *„Er [der Pharmavertreter] geht immer eine, also das regt mich ja auch auf, und der hockt dann eine dreiviertel Stunde drinnen, damit er irgendwas anbringt von seinem Zeugs (...) das regt mich auf, weil der soll kommen, wenn keine Patienten mehr da sind“ (Interview NÖ_07_w)****

Was erwarten sich die Befragten dieses Typus von einem guten Hausarzt / einer guten Hausärztin? *„Dass er jemand, zum Beispiel wenn eine Diagnose erstellt ist, mit klaren Worten das jemandem zu verstehen gibt, dass er schaut, versteht ers und wenn man das Gefühl hat, dass er es nicht versteht, dass man es dann vielleicht in eigenen Worten dann dem Patienten noch einmal sagen lässt, auch wenn das jetzt Zeit braucht; dass man sagt, ‚haben Sie es verstanden? Können Sie mir sagen, wie Sie es verstanden haben?‘ (...) genau*

und ob sie auch bewusst sind, welche Konsequenzen es hat, wenn sie nichts machen – so würd ich mir das vorstellen, egal ob es jetzt ein Hausarzt ist oder nicht. (...) und dass sich ein Hausarzt einen Befund dann anschaut, das erwart ich mir schon, zum Beispiel, wenn irgendwelche Blutwerte ned ganz zampassen oder so, dass er kombinieren kann. (...) Und ein Hausarzt soll verpflichtet werden, sich weiter zu bilden (...) ich find, bei der Ausbildung zum praktischen Arzt sollte man auch auf Qualität achten, das heißt, dass er wirklich alles machen kann“. (Interview NÖ_35_w).

Wichtig ist die Menschlichkeit: „Der kann ugrscheid sein und eine Koryphäe auf seinem Gebiet und wissen, wie man Todkranke lebendig macht, aber er sollte auch menschlich sein. (...) Menschlichkeit und so viel Kompetenz, dass er sieht, er ist überfordert und nicht an mir herumdoktert, sondern mich dort hin schickt, wo ich hin gehöre. Das ist das Wichtigste.. Die Wartezeit nehm ich gerne in Kauf, weil wenn ich einkaufen gehe, muss ich auch warten. (...) es gibt ja manchmal auch Patienten, die länger Zeit brauchen (...) aber er muss mich dorthin schicken, wo ich hin gehöre, nicht an mir herumdoktern, keine Experimente machen (...) Kompetent sollte er sein, natürlich muss er wissen, wenn ich dort hin gehe und ich habe Schädelpweh, ich bin verkühlt – und es ist auch immer gut, wenn er EKG machen kann, ich sage nicht, dass er seine Apparatur nicht verwenden darf (...) und ich finde es auch gut, wenn sie die Hausapotheke haben (...) ich meine, wenn eine Apotheke im Ort ist, ist es okay, wenn er es nicht hat, aber wenn keine Apotheke in der Nähe ist, dann kann er das ja sehr wohl haben.“ (Interview NÖ_07_w)

Wichtig für eine gute Primärversorgung ist die Serviceisierung: „Das find ich wirklich schön, wenn man hingehet, man setzt sich hin und bekommt sofort den Blutdruck gemessen, es is ned so, dass man sagt, das vergisst er, sondern da hat man schon das Gefühl, er schaut amal, ist man mal grundsätzlich gesund (...) einen Komplettcheck und wenn ma eh ned so oft zum Hausarzt geht, oder, sollte das doch das Erste sein, was ein Hausarzt macht. Aber ob es wirklich so ist, weiß ich nicht, ich bin ja kein Mediziner.“ (Interview NÖ_35_w)

Der ideale Besuch bei einem Hausarzt / einer Hausärztin wird wie folgt beschrieben: „Das i ned bis am Gang außē steh, wann i kumm und mi nicht scho anmelden muss, und dass i ned dann zwei Stunden warten muss. Des kennt i ma gut vorstellen, wird's aber nicht spielen. Du bist eben bei einem praktischen Arzt und da musst eben warten. Das hast natürlich bei einem Facharzt nicht, weil da komm ich hin, hab den Termin und nach dem nächsten Klienten dann dran. Und für mi is a praktischer Arzt wie a Apotheker. Na warum? Wenn i an Apotheker sag, i hab Halsweh und i brauch was zum Gurgeln und zum Einnehmen, dann wird mir der die Sachn, die sind dann wahrscheinlich teurer, sag i mal, was dann dorten kaufst und da kannst du dir sicher auch bessere Sachn aussuchen als wie der praktische Arzt verschreiben darf. Weil die haben auch ihre Vorgaben und du wirst sicher ned immer die Topmedikamente kriegen.“ (Interview NÖ_35_w). Schließlich hat die Befragte noch eine Anmerkung zur Chefarztpflicht: „Hätt ich noch a gute Idee: Wenn ich ein Rezept benötige, dann entscheidet das ja der Hausarzt, ob ich es brauche oder ned, und bei vielen Dingen ist es dann chefarztpflichtig. Der Chefarzt kennt mich ja gar ned. Ja also ich find, dass die Kompetenz dem Hausarzt übertragen werden sollte, weil der kennt mi und weiß, ob ich es brauch. Der wird es sicher besser einschätzen können als wie ein Chefarzt, der mi gar ned kennt.“ (Interview NÖ_35_w)

4.4.4 Typus 4 – Der*die Zettelschreiber*in: Systemdienstleister*in

Dieser Typus des*der idealen Praktiker*in wurde von sechs Personen¹⁵ formuliert. Sie nutzen den*die Hausärzt*in als erste Anlaufstelle, aber nicht nur diese, sondern auch Fachärzt*innen oder das Spital. *„Ich gehe selten zum Arzt, außer halt die normalen Vorsorgeuntersuchungen (...) natürlich haben wir einen Hausarzt und außer Erkältungen einmal ja eigentlich gar nichts“* (Interview S_22_w) Denn *„eigentlich ist man so zufrieden, denn normal geht es hauptsächlich so um das Diagnosen stellen und so manche Sachen kann er halt selbst behandeln und sonst schickt er einen eh weiter“* (Interview S_22_w) oder man hilft sich selbst, wie das Interview mit einer MS-kranken Person zeigt. Gefragt, ob sie sich die Injektion vom Hausarzt verabreichen lässt *„Na, i moch des selba, i hab so an Pen, Fertigpen. Klappt ganz gut, nur die Nebenwirkungen san natürlich verheerend“* (Interview W_14_w) und *„Ja, i hab mir Hilfe geholt, also i hab a ganz al liabe Therapeutin, die ma wirklich gholfen hat“* (Interview W_14_w)

Die Befragten erwarten (und finden das normal), vom*von der Hausärzt*in möglichst schnell zu Fachärzt*innen überwiesen zu werden. Sie sehen die Hausärzt*innen oft als "Zettelschreiber*in" (Überweisung oder Medikamente). *„Ja, dass er [der Hausarzt] ein guter Allgemeinmediziner ist und dass er Patienten richtig behandeln kann für kleinere oder die üblichen Sachen, für die ein Hausarzt zuständig ist, dass er das behandelt und wenn es dann wirklich in was Spezifisches geht (...), dass er Einen dann zum Facharzt überweist.“* (Interview S_10_m). Oder aus einer anderen Perspektive der selben Befragten: *„Weil ich beim Fuß Beschwerden hatte, wo sie mich dann zum Orthopäden geschickt hat“* (Interview S_10_m) *„Wenn sie weiß (...) das ist nicht mehr ganz in ihrem Einflussbereich behandelbar, dann wird man weiter geschickt, aber nicht gleich weiter geschickt nur auf Verdacht, sondern ich denke, fundiert; also dass man weitergeschickt wird, wenn wirklich dann ein Facharzt von Nöten ist.“* (Interview S_10_m) *„Ich hab eine Hausärztin und die hat dann festgestellt, dass die Werte nicht stimmen, hat dann angeregt, dass ich zur Diabetesambulanz gehe“* (Interview S_10_m)

Jedenfalls werden die Grenzen des*der Hausärzt*in klar gesehen und eingefordert. *„Ich war eigentlich immer zufrieden, ja schon. Allerdings muss ich sagen, das sind halt praktische Ärzte und von meinem persönlichen Hausarzt kann ich nur sagen, dass er sehr wohl weiter leitet an Fachärzte, wenn er nicht genau weiß, was da ist; also der tut nicht umerdumdoktor, sondern er schickt schon an die Fachärzte und das ist auch wichtig (...) er ist eine erste Instanz und er kann sich natürlich nicht überall hundertprozentig auskennen. (...) also dass sich der Hausarzt auch abgrenzen kann und sagen kann, ‚okay, das überzeugt mein medizinisches Wissen und da überweise ich lieber den Patienten‘ und dass er das auch zugibt.““* (Interview B_04_m)

Es wird eine flexiblen Nutzung der verschiedenen Angebote erwartet. *„Die Hausärztin geht auf mi ein, sie kennt die Krankheit, sie weiß, wie man sich fühlt, ja, was man besser machen könnte, dass i mi besser fühl, ja. Und so halt. Und dann hab i no die Ärztin im SMZ Ost. (...) die Unterlagen von der Hausärztin (...) die Blutbefunde und alles muss i immer sammeln und ihr dann geben, damit sie durchschauen kann“* (Interview W_14_w) Aber der Befragte glaubt nicht, *„dass die miteinander kommunizieren. Da wird sich der Facharzt da ein persönliches*

¹⁵ 2 Personen stammten aus Wien, je eine aus Niederösterreich und dem Burgenland und 2 aus Salzburg. 4 der befragten Personen waren Männer, 2 waren Frauen.

*Bild machen müssen. Ich glaube nicht jetzt unbedingt, dass die kommunizieren. Man bekommt die Überweisung, geht hin und muss sich dann halt selber dort präsentieren.“ (Interview S_10_m) Aber es wird der Kontakt erwartet: „Ja, es wäre schon schön, wenn er einem zum Facharzt schickt und so, wenn man da also vom Krankenhaus kommt, dass er sich dann erkundigen würde, aber das ist wahrscheinlich mit der Zeit nicht drinnen.“ (Interview B_04_m) Jedoch, der*die Hausärzt*in soll zwar nicht alles selbst machen, aber für das, was er*sie macht, soll er*sie sich ausreichend Zeit nehmen. „Dass man das Gefühl hat, er nimmt sich Zeit (...) und wenn man das Gefühl hat, er ist irgendwo an seine Grenzen, dass er einen an einen Facharzt weiter schickt“ (Interview S_22_w)*

*Als mühsam erlebt wird die Kontaktaufnahme eines*r Hausärzt*in vor/nach einem fachärztlichen Kontakt. „Ja, wenn irgendwas ist, schon, ja. Blutabnahme von Zeit zu Zeit, auf steht sich unser Arzt nicht so, und sonst, wenn irgendwas ist, geht man zum Hausarzt. Aber wenn ich gerade zu einem Urologen oder so fahre, da geh ich nicht hin, weil (...) da bekomm ich eine Überweisung, dann bekomm ich einen Befund, dann muss ich wieder hingehen – und wenn ich gleich [zum Urologen] hingeh, dann erspar ich mir das (...) Aber sonst bin ich schon bei ihm, Zecken impfen und das alles, nicht, wenn was ist, da bin ich immer beim Hausarzt.“ (Interview NÖ_09_m). „Na muss ich hin, mir eine Überweisung holen, so hätt ich mir keine Überweisung geholt, (...) und dann musste ich wieder hin fahren, weil ja den Befund der Hausarzt bekommt und das soll nichts gegen den Hausarzt sein, aber wenn ich nichts gesagt hätte und wäre so hinunter gefahren [zum Facharzt], wäre es auch weg gewesen, nicht wahr“ (Interview S_10_m)*

Aber nicht nur die Überweisung wird eingefordert, sondern auch die Ausweitung des Angebotes in der Ordination: „Wichtig ist auch, dass er an Fortbildungen teilnimmt, dass er immer am neuesten Stand ist. Angenehm wäre auch, wenn er vielleicht in der Ordination verschiedene Therapien anbietet, anbieten könnte, vielleicht was er nicht selber macht, sondern Therapeuten oder so – dass er ihnen die Möglichkeit gibt, dort zu arbeiten, dass man nicht muss zig Kilometer fahren.“ (Interview B_04_m) Allerdings werden dabei auch Gefahren gesehen: „Die sind größtenteils überlastet und wenn man denen noch mehr aufte gibt, dann wird auch für den Patienten noch weniger Zeit sein, das ist meine Ansicht“ (Interview S_10_m)

*Am Land ist der*die Hausärzt*in nach wie vor die zentrale Person. „1989 hat sich bei uns in der Gemeinde eine Ärztin angesiedelt und die ist dann meine Hausärztin geworden und seither und wenn irgendwas is, ist das die erste Anlaufstelle, also ich kenne das nicht anders als dass man den ersten Schritt zum Hausarzt geht und der dann die Diagnose macht und im Bedarfsfall dann weiter schickt. (...) Ich habe eigentlich mit allen Hausärzten, die ich bisher hatte, positive Erfahrungen gemacht“ (Interview S_10_m) „Der Hausarzt ist die erste Instanz im Gesundheitssystem (...) [das ist]wahrscheinlich Gewohnheitssache, es hat früher eher wenig Fachärzte gegeben außer in Salzburg Stadt (...) und aus dem heraus ist man zuerst zum Hausarzt gegangen.“ (Interview S_10_m). Daher muss der*die Hausärzt*in auch im Ort leben. „Daher soll der Arzt auch in der eigenen Gemeinde sein, denn die in der Nachbargemeinde haben nicht mehr so sehr den persönlichen Kontakt in die Gemeinde, kennen die Leute nicht so gut. Also das wäre vielleicht nicht so gut, also das ist dann halt ein fremder Arzt.“ (Interview S_10_m) „Oft wird man ja krank nicht in der Ordinationszeit, wenn man dan einen örtlichen Hausarzt erreicht und abklären kann“ (Interview S_10_m) „Der*

persönliche Kontakt (...) und da hat man auch private Kontakte dann teilweise und geht sich viel leichter hin, wenn etwas ist und kann das gut besprechen (...) der Hausarzt weiß einfach alles über einen“ (Interview S_10_m)

Wichtig ist den Befragten einerseits eine kurze Wartezeit in der Ordination, andererseits ausreichende Zeit in der Behandlung. Aber sie sind sich dieses Widerspruches durchaus bewusst und akzeptieren daher in der Regel, dass es immer wieder zu Wartezeiten kommt. Was sie nicht akzeptieren, sind Störungen, die sich durch Missmanagement in der Ordination ergeben, etwa durch „eingeschobene“ Besuche von Pharmavertreter*innen. *„Manchmal ist natürlich schon länger zu warten oder so, aber für normal ist man ja eigentlich schon darauf eingestellt. Zum Hausarzt gehst du ja eigentlich, weil du vielleicht akut irgendwas hast und da kann man natürlich auch keine Termine vergeben, und dann muss man sich darauf einstellen, dass man ein bisschen warten muss“ (Interview S_22_w). Aber „Man muss zwar trotzdem no a bissl wartn, aba des nimmt ma in Kauf, mein Gott na (...) wenn a Patient länger drinnen braucht bei ihr, i mein, des sieht ja jeder ein, da regt si kana auf. (...) und wenn i amal länger brauch, dann tut si des a wieder ein bissl verschiebn; die was den Termin nach mir haben, ja.“ (Interview W_14_w)*

Jedenfalls sollen sich die behandelnden Ärzt*innen, sofern sie nicht weiter verweisen (müssen), auf jeden fall ausreichend Zeit nehmen. *„Der braucht sich nur Zeit nehmen für seine Patienten. Und an dem scheiterts meistens. (...) Ja, die hat sich wirklich Zeit genommen, ja. Da wir diese Krankheit noch nicht gekannt haben (...) Dann hab i meinen Mann angerufen und der is dann a kumman und dann hat sie glaub i anderthalb Stunden Zeit genommen, uns diese Krankheit zu erklären“ (Interview W_14_w). Daher ist auch ein*e ideale*r Hausärzt*in jemand, „Ja, dass wenn man hingeht, dass sie erst einmal Zeit haben für eingehende Diagnosen (...), dass sie einen untersuchen können und dass wenn man dann schon länger dort ist, dass die auch laufend wissen von einem, was man hat (...) und in diesem Vertrauensverhältnis soll durchaus auch Platz sein für Privates (...) wir sind eher eine kleine Gemeinde“ (Interview S_10_m). Und gute Hausärzt*innen müssen fürsorglich sein, auch wenn es Zeit kostet. *„und dann bin i eini kummen zum Doktor, hab i scho a Weil warten müssen, owa wurscht, und i sag zu ihm ‚Herr Doktor, i hab ja nur das Rezept braucht‘. ‚Nein, Sie sind eine MS-Patientin, setzen Sie sich her und erzählen Sie mir, sagen Sie mir, wie es Ihnen geht und ob alles in Ordnung ist‘ (lacht) Also, des hab i liab gfunden.“ (Interview W_14_w). Die Hausärztin, „die nimmt sich Zeit, also da hat man sicher, das da alles passt und das weiß ich auch von anderen, bevor sie nicht alles durchbesprochen hat, also ich glaube, da ist jeder in guten Händen bei ihr.“ (Interview S_10_m)**

Aber es werden auch Möglichkeiten der Verbesserung gesehen. *„Also mein persönlicher Hausarzt, mit dem bin ich sehr zufrieden. Natürlich, wenn man hingeht, braucht man für gewisse Sachen einen Termin, obwohl man einen Termin hat, muss man allerdings über eine Stunde warten, bis man dran kommt, also man kommt eine Stunde später dran, als vereinbart – aber das ist halt so: Das heißt ja als Sprichwort: Wenn man krank ist, muss man Zeit haben. (...) Da muss man einfach in der Regel eine Stunde länger warten, die tun da mit der Terminvereinbarung so viel hinein pferchen (...) das ist ein Wahlarzt und dort ist es ziemlich genau, wie der Termin eingehalten wird, der hat wenig Leute und mein Hausarzt, den nehmen ja doch deutlich mehr Leute in Anspruch und dann ist das Wartezimmer voll und das dauert lange.“ (Interview B_04_m) „Dazu müssten die Termine so gegeben werden,*

dass auch Zeit bleibt für die Patienten, weil bei dieser Anzahl an Patienten ist das wahrscheinlich nicht möglich, der ordiniert ja nur Vormittag bis Mittag und da wollen alle dran kommen. (...) Nachmittag macht er seine Hausbesuche (...) dann hat er noch einen freien Tag in der Woche, ja, was ihm ja auch zusteht. (...) Am Nachmittag ist dann kein Arzt mehr erreichbar. (...) Am Wochenende funktioniert das fast besser wie wochentags Nachmittag.“ (Interview B_04_m) „Da bleibt die Ganzheitsmedizin etwas auf der Strecke und dann haben wir auch welche, speziell einer, der verschreibt halt gleich immer Antibiotika, und ja, ich weiß nicht, ob das immer notwendig ist. (...) das hab ich auch schon bei mir selbst erlebt, (...) dass ich Antibiotika verschrieben bekommen habe, die ich dann eh nicht in der Apotheke geholt habe, sondern einfach halt, wie man eine Erkältung ausheilt, mit Hausmitteln behandelt habe, dauert zwar ein bisschen länger, aber ist nicht schädlich.“ (Interview B_04_m) „Aber dem könnte man ja auch mit einer höheren Anzahl an Hausärzten vorbeugen, das würde sich dann aufteilen auf alle Ärzte und dann wären zwangsläufig in jeder Ordination, in jedem Warteraum weniger Leute. Dann würde es, dann hätte er mehr Zeit für jeden Einzelnen, das ist aber eine Milchmädchenrechnung.“ (Interview B_04_m)

Speziell am Land mit seinen kurzen Entfernungen werden auch individuelle Lösungen gefunden. *„Beim früheren Hausarzt musste der Befragte zum Teil schon warten, aber im erträglichen Ausmaß (...) habe ich zirka eine halbe Stunde warten müssen (...) bei der jetzigen Ärztin, (...) weil wir im selben Gebäude sind (...) habe ich gar keine Wartezeiten.“ (Interview S_10_m). Daher ist räumliche Nähe (auch in der Stadt) für die Wahl der*des Hausärzt*in bei diesem Typus von Befragten von hoher Bedeutung. „I was ja ned, wias weida geht da brauch i a Ärztin in der Nähe, ned? Und da hab i dann die aussa gsucht und es war wirklich a Glücksgriff“ (Interview W_14_w). Denn: „Ja was wünscht man sich? Wenn man ihn braucht, dass er kommt, weil das kann auch einmal sein“ (Interview S_10_m)*

Zur Zufriedenheit trägt auch die (telefonische) Erreichbarkeit bzw. die ausreichende Information viel bei. *„Ja, weil es gepasst hat, mit einem Wort gesagt, nicht, ich könnt mich nicht beschweren, das er einmal unfreundlich war oder so, das hat es nicht gegeben, nicht. Aber ich bin auch nicht oft hingegangen.“ (Interview S_10_m) „Naja, er war eigentlich immer ganz gut erreichbar, weil wenn er nicht Dienst gehabt hat, dann musst du sowieso zu einem anderen, dann redet eh das Bandl ‚wir sind auf Urlaub.‘“ (Interview S_10_m) „Ich glaub schon, dass da ein Vertrauensverhältnis besteht, ich glaube schon, weil ich könnte nichts Negatives sagen.“ (Interview S_10_m). Und es zählt auch der Wohlfühlfaktor: „Ich bin froh, wenn mir geholfen worden ist, eben wenn ich mit Kreuzschmerzen zum Arzt gehe und ich sitze zuerst schon einmal mit einer Infusion auf dem Massagestuhl, ist das schon sehr angenehm natürlich und bekomme noch den Fernseher eingeschaltet – das braucht man natürlich gar nicht – und dann bekomme ich auch noch Medikamente verschrieben (...) und die helfen natürlich nachher auch.“ (Interview S_22_w).*

Aber Hygiene und Schutz vor Infektionen ist – gerade im Zusammenhang mit langen Wartezeiten – auch wichtig. *„Also Wartezimmer hat man überall, und da ist halt das Dumme, dass man sich da auch was einfangen kann, also an Krankheiten, Da muss man einfach zusehen, dass man sich da keinen Virus einfängt.“ (Interview W_19_m)*

Am wichtigsten ist für die hier Befragten die Kompetenz der Hausärzt*innen und das Beachten ihrer jeweiligen Kompetenzgrenzen. Dabei wird auch zwischen den Generationen der Ärzt*innen differenziert. *„Der [Sohn] ist wirklich sehr gut, da merkt man schon, dass viel*

dahinter ist und er sich gut auskennt. Aber ja, eben nichts im Vergleich zum Vater, der hat einfach viel mehr Erfahrung gehabt und hat schon gewusst – ohne Aufzeichnungen oder so – welche Medikamente man lieber nimmt oder welche man nicht verträgt (...) er macht auf jeden Fall bis jetzt alles richtig und geht auf die Menschen ein, der nimmt sich sehr viel Zeit, auch wenn das Wartezimmer voll ist (...) was auch wirklich gut ist, dass er mehr Sachen anbietet, auch mehr als der Vater, also man kann zum Beispiel dort auch die Blutabnahme machen lassen, das macht er sogar selbst, nicht die Schwester (...) also ich bin sehr froh, dass er das anbieten kann. Ich frag mich da auch manchmal, warum das nicht einfach alle anbieten, da wären sicher alle Patienten froh und obs wirklich mehr kosten würde, weiß ich auch nicht“ (Interview W_19_m). Aber es geht auch um Unterschiede in der Qualifikation: „Bei manchen wäre es vielleicht wünschenswert, wenn sie sich in der Notfallmedizin mehr auskennen würden oder wenn sie mehr machen würden. (...) weil [der Hausarzt] ja doch manchmal als Erster vor Ort ist als medizinisches Personal. Speziell die Älteren, die haben damit nichts am Hut. (...) Die Älteren haben zwar viel mehr Erfahrung, aber die Jüngeren sind speziell in der Notfallmedizin viel besser ausgebildet. Also was die Diagnose anlangt, sind die Älteren besser, aber die Jüngeren haben auch die Erfahrung noch nicht.“ (Interview B_04_m)

Was soll nun aus Sicht dieser befragten Gruppe den*die „ideale*n Hausärzt*in“ darstellen? „Also am wichtigsten ist es eigentlich, dass er die Krankengeschichte kennt. Also im Normalfall vielleicht nicht all zu wichtig, aber [n unserem Fall] schon, weil der [kranke Angehörige] einfach so viele verschiedene Sachen hat, da sollte man sich schon auskennen. Ja (...) dass der Hausbesuche macht. Das haben sie alle gemacht, der Kinderarzt und der Hausarzt.“ (Interview W_19_m). Aber das trifft auch zu, denn „na also die Ärzte muss i sogn, san wirklich, wirklich gut, ja. Unsere Ärzte sind gut und nett.“ (Interview W_14_w) und es funktioniert: „Heut hab ich wieda an Termin bei meiner Hausärztin, wie es mir geht, was ma machen können und dass es mir bald besser geht, ned ... und und und. Des funktioniert a wunderbar, da hab i überhaupt ka Problem. Die san nett und verstehen das alles und sagen jo. I hab no ned erlebt, dass a Ärztin dort unfreundlich gewesen wär (...) Bei meiner Hausärztin bin i amal in der Wochn. Die verschreibt mir die Medikamente und ja, jetzta hab i an neuen Blutbefund machen müssn, weil das Problem is, diese Spritzen, die gehen auf die Leber (...) bei meiner Hausärztin und am 1. April bin i dann wieder bei der WGKK, bei der Ärztin durtn. Also ma kummt ja immer zu andere, aber es ist egal, es san alle nett dort und die, die berätet mi auch“ (Interview W_14_w). Die Idealvorstellungen treffen auch auf die Praxis (bzw. wird so lange gewechselt, bis es passt) - Erfahrungen: „Bis heute keine schlechten, nicht, das hat immer gepasst.“ (Interview S_10_m).

Der Besuch beim*bei der Hausärzt*in ist durchaus funktionell. „Vorwiegend geh ich hin zur Blutabnahme (...) ein paar Tage später geh ich dann wieder hin zur Besprechung. Ja das funktioniert so, und es ist in Ordnung. Ich bekomme dort keine Behandlung in dem Sinn, sondern einfach nur Kontrolle.“ (Interview B_04_m)

Was soll ein*e gute*r Hausärzt*in also können? „Der sollte überall ein bisschen Bescheid wissen, sonst is es eh nichts (...) [und] wenn er mich beachtet und dass ich nicht nur eine Nummer bin“ (Interview S_10_m). Denn Respekt ist den Befragten wichtig. „Dass er freundlich zum Patienten ist und nicht so herablassend ,der weiße Gott bin ich und du bist der arme Patient‘ (...) dass er menschlich umgeht mit den Patienten und einfühlsam ist, dass

*das nicht ‚der Blinddarm‘ ist, sondern der Herr XY. (...) Wenn er herzlich behandelt wird, ist das schon ein Teil der Heilung.“ (Interview B_04_m). Und er*sie soll seine*ihre Grenzen kennen; auch das wird als Teil des nötigen Respekts gesehen. „Dass er eben ja sehr freundlich ist, dass er (...) sich nicht festkrallt an irgendwelche Symptome, sondern dass er einen dann an einen Facharzt überweist.“ (Interview B_04_m)*

Aber eine gewisse Kenntnis von über die Schulmedizin hinaus gehenden Behandlungsformen wird vom*von der Hausärzt*in ebenfalls gefordert. Ein Befragter ist medikamentenkritisch und überzeugt, dass seine Ärztin *„nur das verschreibt, was ich wirklich brauche und das nehm ich dann also.“* (Interview S_10_m). Denn *„bei uns haben die Hausärzte auch Hausapotheke und da hat man eigentlich nicht das Gefühl, dass man zu viel bekommt“* (Interview S_22_w). Aber Alternativmedizin muss nicht sein. Denn *„es beschäftigen sich viele Ärzte schon auch mit Alternativmedizin, aber ich erwarte mir das nicht“* (Interview S_10_m)

4.4.5 Typus 5 – Umfassende*r Betreuer*in: Kompetente*r Hausärzt*in

Dieser Typus wurde von einer Person¹⁶ formuliert. Der Befragte will effiziente Behandlung, nimmt dafür aber auch Wartezeiten in Kauf (wenn er einmal doch zum*zur praktischen Ärzt*in muss, er wartet ja auch im Ambulatorium): *„Na, ma muss überall warten, des is scho richtig ... Is ja gar kein Problem, die Wartezeiten da dazwischen, aber wenn wer Dritter kommt, da wird i narrisch. ... na ja, der Vertreter von de Medikamenten. Der meld sich an und es kann dir passieren, dass der a halbe Stunde drinn is“* (Interview W_15_m). Also effiziente Behandlung und möglichst ohne externe Störung.

Der Befragte macht deutlich, dass er keine* (inkompetenten) Hausärzt*in brauchen würde, denn *„wenn er sich ned auskennt, dann überweist er dich eh zum Facharzt. Daher brauch ich den Hausarzt ned. () Aber dass ich zu an praktischen Arzt geh, weil mia irgendwas weh tut? Der weiß zwar ok, des is chirurgisch bedingt, aber wos weiß er ned. Da muß er mich erst recht zum Facharzt überweisen. Daher geh i gleich zum Facharzt.“* (Interview W_15_m). Und weiter: *„Wenn ich Bronchitis hab, des was i, weil des spür ich, dann geh ich ... zum Lungenfacharzt, die kennt mich. () Aber wie gesagt der Praktische, weil i genug Erfahrung hab. Warum soll i? Dea kann ma ned helfen. () Ich war auch beim Hausarzt, aber ich bin nur hingangen, wie gesagt, weil ich Pulver brauch hab.“* (Interview W_15_m).

Der Befragte ist daher indifferent, was die Existenz der Hausärzt*innen betrifft: *„Ja, beim praktischen Arzt, da (Pause) ja, ich bin weder zufrieden noch unzufrieden mit ihnen, ich geh hin, hol meine Medikamente, wann i meine Pulver brauch, geh i zum Praktischen. Aber da brauch i ned eini gehen, sondern der verschreibt mir das. Ja außer bei Makomar.“* (Interview W_15_m). Er wünscht vor allem eine kompetente Behandlung, egal von wem er die bekommt. Daher würde er Hausärzt*innen nicht brauchen und sähe sich auch in einem Ambulatorium gut aufgehoben. *„Offiziell tät ich sie ned brauchen ... I hab mir auch immer dacht, Ambulatorin, alles in einem Haus müsst doch günstiger sein als ein praktischer Arzt. Aber da oben¹⁷ sind die ja auch praktische Ärzte, also die meisten ja, die sind praktische Ärzte und Fachärzte in einem.“* (Interview W_15_m).

¹⁶ Die Person war ein Mann und stammte aus Wien

¹⁷ Gemeint ist das Ambulatorium der WGKK am Wienerberg

Der persönliche Kontakt zwischen Ärzt*in und Patient*in ist ihm hingegen nicht wichtig „*Na, i will nur behandelt werden*“ (Interview W_15_m). Egal, ob Hausärzt*in oder Ambulatorium, er und seine Leiden und daher die kompetente Behandlung sollen im Zentrum der Aufmerksamkeit stehen. Ärzt*innen sollen da sein, wenn sie gebraucht werden, sie sollten sich auch von Zeit zu Zeit selbst um die Patient*innen kümmern.

4.4.6 Typus 6 – Der*die Wettbewerber*in: Kundenzentrierte*r Hausärzt*in

Dieser Typus wurde auch nur von einer Person¹⁸ formuliert. Sie erwartet vom idealen Hausarzt bzw. von der idealen Hausärztin, „*dass er sich Zeit nimmt, dass ich ihn erreiche, wenn ich ihn brauche (...) Man kann in der Nacht anrufen, weil wenn man anruft, hat man eh nur eine Frage und die lässt sich am Telefon klären. Ja, dass er sich auskennt, dass er mich beruhigen kann, wenn ich ein wenig durch den Wind bin, vielleicht dass er einfach kompetent umekummt, und weiß, was er macht (...) dass ich den Eindruck habe, dass ich alles angebracht habe, was ich sagen oder wissen wollte oder mitteilen wollte (...) wenn er ein bisschen nachfragt, merkt er eh schon, ob man fertig ist oder ob noch wo etwas steckt, wo (...) er noch Zeit hat dafür. Zeit haben kann man nicht wirklich sagen, weil manchmal geht es schneller und manchmal ... Ja, dass man ausseht und sich denkt, es war positiv, man hat alles angebracht.*“ (Interview NÖ_12_w). Der*die ideale Ärzt*in muss vor allem kompetent sein. Das bedeutet in den Augen der Befragten, „*dass er sich auf seinem Gebiet halbwegs auskennt oder er kann irgendwas, er kann einen wo hinschicken, wo er sagt, okay, jetzt weiß ich nicht weiter, jetzt musst Du dorthin, ja also, dass er weiß, was er tut und nicht einfach nur behandelt*“ (Interview NÖ_12_w). Und der*die ideale Behandler*in muss Einfühlungsvermögen und Empathie haben. „*Ja, vielleicht Einfühlungsvermögen, dass er weiß, wie er mit einem umgehen muss oder wo man sich selber vielleicht schwer tut, fachliche Kompetenz natürlich sowieso, zuhören können*“ (Interview NÖ_12_w) Und weiter: „*Geschickt wäre es natürlich, wenn er eine Apotheke hätte, also ich meine eine Hausapotheke, das wäre vielleicht von Vorteil*“ (Interview NÖ_12_w). Wenn es eine*n zufriedenstellende*n Behandler*in gibt (im Fall der Befragten ist das ein Wahlarzt), dann soll es auch in Zukunft so bleiben. Dazu ist es nötig, dass er*sie sich nicht verändert, denn „*dass er so bleibt, wie er ist und dass er das auch weiterhin bleibt, auch wenn er älter wird*“ (Interview NÖ_12_w)

Wichtig ist der Befragten auch die Erreichbarkeit, wobei sie die Probleme, die damit verbunden sind, durchaus erkennt. „*Am besten rund um die Uhr, aber ich weiß, dass es schwierig ist (...) aber geschickt wäre vielleicht auch, wenn ein Bandl rennt und dann kann er selbst entscheiden, wann er zurück ruft und wann nicht.*“ (Interview NÖ_12_w). Jedenfalls sollten sich die einzelnen praktischen Ärzt*innen (am Land!) die Öffnungszeiten besser aufeinander abstimmen, denn problematisch ist es „*naja, dass einige halt sehr ähnliche Tage haben. An denen sie geöffnet sind, wo man sich doch in der näheren Umgebung ein bisschen absprechen könnte, ein bisschen abwechseln könnte. Das wäre natürlich von Vorteil, weil wenn er nicht da ist, dann geht man natürlich zu einem anderen und so muss man halt dann einen Tag länger warten und das ist dann halt anstrengender als wenn man gleich gehen könnte.*“ (Interview NÖ_12_w)

¹⁸ Die Person war eine Frau und stammte aus Niederösterreich

Die Versorgung mit niedergelassenen Ärzt*innen am Land wird insgesamt als kritisch gesehen; für die Befragte besteht hier Handlungsbedarf. *„In der Stadt glaub ich, ist es nicht so tragisch, dass man einen Arzt erwischt innerhalb von einem Kilometer und am Land ist es allerweile natürlich schwieriger, dass da wer bleibt, also auch wirklich dableibt auch über längere Zeit und dann ja nicht zu weit weg ist.“* (Interview NÖ_12_w)

Die Befragte hat offensichtlich schlechte Erfahrungen mit einem Vertragsarzt gemacht und schwört auf die Qualitäten ihres Wahlarztes. *„Ich bin bei einem Wahlarzt und da fühle ich mich besser aufgehoben, weil ich das Gefühl habe, er nimmt sich mehr Zeit als der praktische Arzt auf Kassa. Ja, der meint sowieso, dass du hinkommen musst, weil es nichts kostet und weil es bequem ist, natürlich, obwohl es beim Wahlarzt auch bequem ist, nur dass ich eben einen Kostenbeitrag habe, ansonsten war ich mit dem vorherigen auch zufrieden.“*(Interview NÖ_12_w). Die Zufriedenheit mit dem Wahlarzt begründet sie in Abgrenzung zum Vertragsarzt: *„Naja weil er sich mehr denkt bei den Beschwerden“* (Interview NÖ_12_w), aber sie wechselt nicht ohne die Loyalität zu ihrem bisherigen Arzt zu verletzen: *„Das ich zwischenzeitlich bei einem anderen Arzt war, das habe ich ihm nicht gesagt, das wäre irgendwie fies“*¹⁹ (Interview NÖ_12_w) Nach dem Wechsel erkennt sie aber ein gewisses distanziertes Verhalten des bisherigen Arztes. *„Wir treffen uns zwar sonst öfters, aber er hat mich auch nicht mehr gefragt, wie es mir geht“* (Interview NÖ_12_w)

Sie findet, dass die Betreuungsqualität beim Wahlarzt höher ist und vergleicht das mit Erfahrungen aus anderen Gebieten. *„Naja, der Kassenarzt macht nicht wirklich viel selber, also wenn du irgendwo einen Splitter aus dem Auge entfernen musst, wie unsere Mechaniker öfter haben, da musst Du ins Krankenhaus. Ja, das macht der Wahlarzt in der Praxis, außer es ist irgendwie schwierig“* (Interview NÖ_12_w). Der Vertragsarzt hingegen ist ihrer Wahrnehmung nach oft ein Auffangbecken für viele Menschen, die anderes als eine effiziente Behandlung suchen. *„Bei manchen [Patient*innen] hatte ich den Eindruck, die haben auch sonst niemanden zum Reden, setzen sie sich halt zum Doktor, der macht ihnen dann eine Therapie, die Zeit vergeht, sie haben wen zum Tratschen, dann gehen sie wieder heim und passieren tut nichts, weil schlechter wird es auch nicht dadurch, aber dass es etwas bringt, das wage ich zu bezweifeln.“* (Interview NÖ_12_w). Sie selbst schätzt hingegen effiziente Behandlung. *„Ich muss eigentlich in die Arbeit gehen und habe keine Zeit, mich dort hinzusetzen“* (Interview NÖ_12_w) und weiter *„aber es wäre mir darum gegangen, dass ich nicht lange warten muss speziell durch das Geschäft, wenn viel los ist und die Zeit recht begrenzt ist und das funktioniert beim Wahlarzt besser, die sind da recht bemüht (...) so ähnlich wie beim Frisör.“* (Interview NÖ_12_w)

Die Befragte verallgemeinert diese Erfahrungen mit Vertrags- und Wahlärzt*innen und fordert stärkeren Wettbewerb zwischen den allgemeinpraktischen Angeboten. *„Da würd ich halt sagen, mir ist das egal, wenn das was kosten, aber (...) von da her wäre halt der Wettbewerb besser, dass die Kassenärzte auch sich mehr anstrengen würden, dass sie die Leute halten (...) Ja Wettbewerb wäre nicht schlecht, guter Wettbewerb“* (Interview NÖ_12_w) Und weiter *„Ich glaube, dass die Qualität dann steigen würde, weil jeder schauen müsste, dass er flexibler ist von den Ordinationszeiten oder vom Termin ausmachen oder ... ja, diverse Sachen, wo man sagt, man hat einen Vorteil gegenüber den Anderen so wie bei*

¹⁹ Zu dieser ausgeprägten Loyalität von Patient*innen zu ihren Ärzt*innen vgl auch Auer et. 2011I.

allen in der Privatwirtschaft auch, wo man überlegen muss, wo man besser ist wie jeder andere.“ (Interview NÖ_12_w)

4.5 Sicht befragter Hausärzt*innen

Im Juni 2014 wurden fünf niedergelassene praktische Ärzt*innen in Wien, Niederösterreich und dem Burgenland mittels Leitfadenterview befragt, um die Stellung von Praktiker*innen zu den von uns gewonnenen und oben dargestellten Typen der Erwartungen an Hausärzt*innen zu überprüfen.

1. In der ersten Frage wurden die **allgemeinen Erwartungen** der Patient*innen an Hausärzt*innen angesprochen:

Die Erwartungshaltung der Patient*innen sei, so die Befragten, sehr breit gestreut. Die Bandbreite reiche von „*schnelle Lösungen* (Überweisungen, Bestätigungen, Rezeptur)*bekommen*“ bis hin zu jenen, die einfach nur reden wollen, einen Zuhörer brauchen (Ärzt*inneninterview 5). Die befragten Ärzt*innen differenzieren dabei zwischen Personen, die wirkliche Schmerzen und Probleme haben und jenen, die „nur“ Gesprächsbedarf haben. Zu unterscheiden ist auch zwischen Patient*innen, die rasch wirkende Medikamente wünschen und jenen, die überhaupt keine Medikamente wollen. Gemeinsam ist allen Patient*innen, dass sie rasch drankommen und möglichst nicht warten wollen.

Das rasche Herausfinden, zu welcher Kategorie der*die einzelne Patient*in gehört, welche Behandlung sich der*die Patient*in erwartet, ist bei Erstkontakten eine große Herausforderung für Hausärzt*innen. Patient*innen wechseln, so die Meinung der Befragten, so oft den*die Hausärzt*in, bis er*sie jene*n findet, der*die ihren individuellen Erwartungen entspricht.²⁰Die Befragten nehmen bei den Patient*innen Unterschiede nach Alter und Geschlecht war. Insgesamt wird festgestellt, dass Patient*innen heute „*anders*“ (Ärzt*inneninterview 1) seien als früher (vor allem bezüglich ihrer Einstellung zur Medikation).

Unser **Kommentar** dazu: Auffällig ist bei dieser Frage eine große Homogenität der Antworten. Alle Befragten sagen (mit je anderen Worten) das Gleiche. Die Grundaussagen sind gleich, es gibt keine wirklichen Widersprüche. Die Befragten sehen unterschiedlich typische Erwartungen an den*die Hausärzt*in, auch wenn sie diese Unterschiede nicht als verschiedene Typen ausweisen. Wenn der*die Ärzt*in die Typen reflektiert, kann er*sie zwischen unterschiedlichem typischen Verhalten (auf dem oben beschriebenen Kontinuum von „*autoritär*“ bis „*konsensual*“) wechseln, um den Erwartungen der je konkreten Patient*innen optimal zu entsprechen.

Fraglich ist für uns jedoch, ob ein*e Ärzt*in in der Lage ist, mehrere Typen des*der „guten Hausärzt*in“ überhaupt authentisch zu leben oder ob er*sie es nur glaubt, zu können. Fraglich ist auch, ob die Hausärzt*innen auf alle Erwartungen überhaupt eingehen (z.B. wenn jemand nur hören will, „*arm und bemitleidenswert*“ (Ärzt*inneninterview 5) zu sein).

2. In der zweiten Frage wollten wir wissen, was die niedergelassenen Allgemeinpraktiker*innen denken, was **aus Patient*innen Sicht ein*e gute Hausärzt*in** sei:

²⁰In unserer empirischen Studie aus 2011 (siehe Auer et.al. 2011) haben wir allerdings festgestellt, dass dieses Verhalten nur für einen Teil der Patient*innen zutrifft, ein Teil gilt unabhängig von der konkreten Behandlungsform als „treuer Hausarztfan“.

Patient*innen erwarten, dass sich die Hausärzt*innen ihren Erwartungen anpassen und sie dementsprechend behandeln. Ein*e gute*r Hausärzt*in muss mit der Zeit, die er*sie für alle Patient*innen insgesamt hat, haushalten – die Patient*innen erwarten nach Ansicht der befragten Ärzt*innen Zeitgeschick. In einem Interview wird gesagt, die besondere Aufgabe bestünde darin, „*bei den Jungen Zeit für die Alten einzusparen*“ (Ärzt*inneninterview 3).

Ein*e gute*r Hausärzt*in glaubt zu wissen, was die Patient*innen von ihm*ihr wollen und artikuliert das dann stellvertretend für die Patient*innen. In allen Interviews wird die Bedeutung der Beziehungsebene betont - wie wichtig die gute Beziehung sei. Die Patient*innen wollen angehört werden, auch wenn das Zuhören schwer wird, weil sie dann „*immer wieder das Selbe*“ (Ärzt*inneninterview 5) sagen. Gute Hausärzt*innen können nach Meinung der von uns Befragten mit den Patient*innen sprechen und sind ehrlich, wenn etwas nicht geklappt hat. Sie sind auch offen, wenn die Grenzen ihrer eigenen Kunst erreicht sind, etwa nach dem Motto: „*Das kann ich nicht, da schick ich Sie jetzt zum Facharzt*“ (Ärzt*inneninterview 1).

Unser **Kommentar** dazu: Offensichtlich haben sich die von uns befragten Hausärzt*innen mehr Gedanken darüber gemacht, was für sie ein*e gute*r Hausärzt*in ist als darüber, was aus Sicht der Patient*innen ein*e gute*r Hausärzt*in ist. Außerdem scheint hier – zumindest implizit – die Vorstellung zu bestehen, die Hausärzt*innen wären viel effizienter, wenn die Patient*innen „*nicht jede Geschichte immer aufs Neue aufrollen*“ (Ärzt*inneninterview 5) würden.

3. In der dritten Frage haben wir die Befragten **um eine Typisierung** „guter Hausärzt*innen“ gebeten.

Die befragten Hausärzt*innen formulieren in Antwort auf diese Frage ihrerseits verschiedene charakteristische Patient*innen – Typen: (1)kommen wegen Krankheit/Rezept; (2) jene, die schnelle Lösung möchten; (3)die, die vom*von der Hausärzt*in eine Einschätzung haben möchten, auch wenn er*sie vorher beim*bei der Fachärzt*in waren (second opinion); (4) jene die sich etwas von der Seele reden wollen;(5) jene, die nur klagen wollen, also „*herumsudern*“; (6) chronisch Kranke; (7) jene, die nach Unfällen oder mit „*Banalitäten*“ kommen; (7) der*die Wechsler*innen; (8) der*die ganzheitlich Orientierte (inklusive Alternativmedizin). Es werden auch Unterschiede nach dem Alter der Patient*innen getroffen: einerseits der*die Hausärzt*in als „*Kumpel*“ und andererseits der*die Hausärzt*in als (fehlerhafter) Dienstleister*in. Die meisten Patient*innen wünschen unabhängig von ihrem Typus kurze Wartezeit und lange Behandlungszeit. Eine Ausnahme bilden nur die „*Zackigen*“ und jene, die ausschließlich wegen einer Krankschreibung kommen (vgl. Ärzt*inneninterview 5).

Unser **Kommentar** dazu: Die Befragten sehen ihre Patient*innen durchaus differenziert und scheren nicht alle über einen Kamm, jedoch unterscheiden sie nach Typen von Patient*innen und nicht nach typisch unterschiedlichen Bildern vom*von der guten Hausärzt*in. Die Befragten wissen aber, dass die Patient*innen mit sehr unterschiedlichen Erwartungen an

sie herantreten. Fraglich wird, wie weit sich die Ärzt*innen auch versuchen auf unterschiedliche Erwartungen an ihre Tätigkeit einzustellen. Die Differenzierung nach (schlechter) Wartezeit und (guter) Behandlungszeit ist bei allen Befragten ein wichtiges Thema. Es spielt in der ärztlichen Praxis wohl eine große Rolle, wobei der Wunsch der meisten Patient*innen nach einer langen Behandlungszeit mit dem gezwungenermaßen auch (zeit)ökonomischen Denken der Ärzt*innen in Konflikt steht.

4. Anschließend wurden die Befragten in einer vierten Frage um einen Kommentar zu den aus den Patient*inneninterviews **gewonnenen Typisierung** „guter Hausärzt*innen“ gebeten. Patient*innen suchen sich den*die Ärzt*in laut Einschätzung der von uns Befragten nach ihrem Wunschtypus aus, d.h. danach, wie sie sich ihre*n „idealen“ Hausärzt*in vorstellen. Der „wirtschaftsbezogene Typus“ wird nach Einschätzung der von uns befragten Ärzt*innen immer häufiger nachgefragt, während der „idealistische Typus“ immer seltener vorkäme (Kommentar eines*einer Befragten: *„Die Jungen wollen honoriert werden“* (Ärzt*inneninterview 1). Der*die „*mündige Patient*in*“ (Ärzt*inneninterview 5)(in Wirklichkeit der*die internetaffine Patient*in) ist nach Aussage unserer Befragten in Ärzt*innenkreisen sehr gefürchtet.

Unser **Kommentar** dazu: Die befragten Ärzt*innen stimmen teilweise mit unserer Typisierung überein, teilweise entwickeln sie eine eigene Typisierung oder führen Ergänzungen an .Eine Ergänzung: *„der Militärarzt“* bzw. *„der Schnelle/Zackige“*. Die Verteilung der Typen unter den Ärzt*innen, so unsere Befragten, wandeln sich im Laufe der Zeit. So käme beispielsweise der dialogische Typ immer häufiger vor, die *„Götter in Weiß“* vom alten Schlag gebe es hingegen immer seltener.

Die befragten Hausärzt*innen haben die Hausarzt-Typen vorwiegend aus ihrer Sicht und weniger aus Perspektive der Patient*innen dargestellt. Es zeigt sich, dass hier die Antwort sehr stark von der Frage abhängt: Bei dieser vierten Frage wird von den Befragten nicht davon ausgegangen, dass ein*e Ärzt*in mehrere Typen verkörpern können. Bei der Frage zu den Erwartungen an den*die *„Gute*n Hausärzt*in“* (Frage Zwei, siehe oben) wurde hingegen anders geantwortet. Dort wurde angegeben, dass ein*e Hausärzt*in mehrere Typen verkörpert. Genannt wurden hier von den Befragten nicht die *„guten“* Typen, die von Patient*innen erwartet werden, sondern einfach jene, die es ihrer Meinung nachgibt. Deswegen findet sich vermutlich der hier von Ärzt*innen genannte Typus des *„Militärarztes“* nicht in den Patient*inneninterviews.

5. In der Frage Fünf wurde um **die eigene Einordnung als Arzttypus** gebeten.

Das was die Befragten hier als ihren Typus beschrieben bildet ein Mischtypus unserer Typen eins bis drei²¹ ab.

²¹ Das sind die Typen „der*die Berater*in“, „der*die Unkonventionelle“ sowie „der*die Aufklärer*in“

Unser **Kommentar** dazu: Hier wurde nicht nach der Idealvorstellung der Befragten gefragt, sondern nach ihrer realen Einordnung. Daraus erklären wir Unterschiede zu unserer Typisierung, die aus Patient*innenantworten heraus entstanden ist.

Die befragten Ärzt*innen verstehen sich hier zu einem bestimmten Typus zugehörig, das bedeutet sie erkennen (siehe Frage eins), dass verschiedene Patient*innengruppen unterschiedliche Bilder idealer Hausärzt*innen haben. Sie wollen jedoch eher ihrem Ideal vom*von der guten Hausärzt*in entsprechen, als unterschiedlichen (ja manchmal sogar widersprüchlichen) Erwartungshaltungen jeweils gerecht zu werden. Das bedeutet zwar eine Einschränkung von Patient*innensouveränität (zumindest für jene Gruppen, deren Idealtypus nicht getroffen wird), aber im Gegenzug ein deutlich höheres Niveau ärztlicher Authentizität. Allerdings meinten die befragten Ärzt*innen zu Anfang, dass sie von den verschiedenen Typen jeweils ein wenig Anteil besitzen würden.

6. In der sechsten Frage wurde danach gefragt, was **praktische Ärzt*innen auszeichnet**.

Wichtig ist allen Befragten die positive Abgrenzung zu den Ambulanzen, zu den Fachärzt*innen grenzen sich vorwiegend die städtischen Ärzt*innen ab. Die Befragten betonen die Alleinstellungsmerkmale des*der Hausarzt*in - in erster Linie lange Bekanntschaft mit den Patient*innen und ihrem Umfeld. Der*die Hausärzt*in erkennt als erste*r wenn beim*bei der Patient*in etwas nicht stimmt. Der*die Hausärzt*in ist aus der Sicht unserer Befragter Manager und Organisator der Gesundheit. Alle Befragten meinen überdies, Hausärzt*innen seien die kostengünstigste Variante der Versorgung.

Unser **Kommentar** dazu: Die Befragten denken sich als Gatekeeper des Systems. Alle Befragten vertreten ihre Rolle ziemlich selbstbewusst und heben ihre Vorzüge hervor, ohne dass das Gefühl entsteht, sie würden sich verteidigen. Es ist dennoch zu erkennen, dass sie die Konkurrenz der Ambulanzen spüren (weniger wirtschaftlich, als fachlich). Die Existenz der Ambulanz ist für unsere Befragten fast so etwas wie eine „narzisstische Kränkung“ – denn da gibt es ein Angebot, das offensichtlich etwas besser macht, was die ureigene Aufgabe der niedergelassenen Hausärzt*innen betrifft.

7. In der siebenten Frage wollten wir wissen, wie die Primärversorgung allgemein aus Sicht der Befragten **verbessert** werden könne.

Die Befragten meinten, die zentrale Aufgabe bestünde darin, die ärztliche Ausbildung zu verbessern: Diese Aufgabe wäre über eine Lehrpraxis, eventuell über eine Gemeinschaftspraxis zu lösen (sofern die Rahmenbedingungen passen). Darüber hinaus sollte der Leistungskatalog „ausgemistet“ (Ärzt*inneninterview 4) sowie die Honorierung verbessert werden. Ein Wunsch aller Befragten war, die Zeit zu honorieren, die mit den Patient*innen verbracht wird. Falsche Anreizsysteme im Honorarsystem sollten überwunden werden (z.B. sind junge Patient*innen nach Aussage in einem ärztlichen interview „wirtschaftlicher als alte, behandlungsaufwändigere“. Insgesamt sollte die Versorgung weg von den Spitälern und von den Fachärzten (als Primärversorger). Hierfür bräuchte es unter anderem mehr Möglichkeiten des Delegierens an diplomierte Kräfte. Die Befragten wünschen sich insgesamt mehr Lob an ihre Disziplin. Mehr Dialog und Zusammenarbeit

insbesondere mit der Sozialversicherung sei genauso nötig wie eine bessere Lobby für die Hausärzt*innen. Nötig sei auch eine bessere Übergaberegulierung für Nachfolger*innen. Auch die Medikamentenausgabe durch Hausärzt*innen wäre zu erleichtern und der Mangel an jungen Hausärzt*innen zu beheben (vor allem durch die Verbesserung der Ausbildung). Verlangt wird zudem ein Bürokratieabbau, ohne diesen näher auszuführen. Die Befragten meinten in die Zukunft blickend, dass die Feminisierung des Berufsstandes zu Prestigeverlusten und damit zu Einkommensreduktion der Hausärzt*innen führe.

Unser **Kommentar** dazu: Es handelt es sich bei diesen Aussagen um eine durchwegs homogene Argumentation.

8. In der Frage Acht wollten wir wissen, wie aus Sicht der Befragten **Patient*innen zu Hausärzt*innen gelenkt werden** könnten.

Alle Befragten stimmten darin überein, dass die Menschen zu selten zu Hausärzt*innen gingen, eher gleich Spitalsambulanzen oder den niedergelassenen Facharztbereich konsultieren würden. Ein*e Befragte*r meinte, dass es um das attraktivere Image der Hausärzt*innen gehen müsse. Dabei wird vor allem die Qualifikation/Ausbildung angesprochen. Alle anderen Befragten vertraten eher die Meinung, dieses Patient*innenverhalten eher nicht beeinflussen zu können. Interviewpartner*innen beobachten, dass vor allem türkische Migrant*innen sofort ins Spital gehen würden, da es in ihrem Herkunftsland keine niedergelassene ärztliche Versorgung gibt. Hier wäre eine bessere Information der Patient*innen über das System durch die Sozialversicherung (über die „Polizze“ – wie bei einer Privatversicherung) nötig.

Unser **Kommentar** dazu: Tendenziell suchen die Befragten die „Schuld“ der (zu) geringen Konsultation von Hausärzt*innen als Primärversorger*innen bei allen anderen, jedoch keineswegs bei sich selbst und fordern daher bei „diesen Anderen“ lenkende Maßnahmen. Sie schätzen ihren eigenen Einfluss auf die Patient*innenbewegung als gering ein. Am Anfang der einzelnen Interviews wurde festgestellt, dass es typische Unterschiede im Erwarten der Patient*innen an „den*die gute*n Hausärzt*in“ gäbe. Aber im weiteren Gesprächsverlauf findet dieser differenzierende Gedanke keinen Platz mehr. Alle Befragten beschrieben ausschließlich ihr Standardangebot. Das könnte einer der Gründe von Patient*innen sein - flexiblere und treffgenauere Angebote, wie Ambulatorien zu konsultieren. Ein Gedanke zur angesprochenen Polizze und ihrer Informationswirkung auf die Patient*innen: Fraglich ist es, ob einer Polizze (bei Privatversicherungen) so informativ ist. Möglicherweise wird das ohnehin nur von Personen mit juristischem Grundwissen verstanden. Die gesetzliche Krankenversicherung bietet unserer Wahrnehmung nach sehr wohl Informationen an (Broschüren).

9. In der abschließenden neunten Frage wollten wir wissen, was **daran hindert, ein*e gute*r Hausärzt*in zu sein**.

Die Befragten merkten an, dass dafür die Informationsweitergabe durch Fachärzt*innen und Spitaler an Hausärzte gegeben sein müsste. Hausärzt*innen sollten von diesen mehr über

die Ergebnisse in den einzelnen zugewiesenen Behandlungsfällen informiert werden. In der hausärztlichen Praxis gibt es nach Meinung der Befragten zu wenig Assistenz bzw. unterstützendes Personal, um „bestimmte Tätigkeiten“ abnehmen zu können. Alle Befragten kritisieren „zu viel Bürokratie“ und „zu viel Kontrolle“ (Ärzt*inneninterviews 2, 4). Der Leistungskatalog solle überarbeitet werden. Der*die Hausärzt*in ist in der Wahrnehmung der von uns Befragten Lückenbüßer im Versorgungssystem unliebsame, anstrengende Tätigkeiten werden an die hausärztlichen Praxen ausgelagert und „*der Facharzt beschäftigt sich nur mit einem kranken Organ, der Hausarzt auch mit anderen Dingen*“, „*die komplexere und weniger feine Arbeit liegt beim Hausarzt*“ (Ärzt*inneninterview 2).

Angesprochen wird von fast allen Befragten ein fehlendes Vertrauen zwischen Hausärzt*innen und Sozialversicherung, hier gäbe es eine schlechte Zusammenarbeit. Hausärzt*innen würden in Veränderungen nicht eingebunden werden. Bemängelt wird der wahrgenommene Nachwuchsmangel, was den Druck auf die bestehenden allgemeinpraktischen Ordinationen erhöhe. Das Ansehen/die Reputation der Hausärzt*innen sei schlecht „*der Hausarzt als Buhmann für Alle*“ (Ärzt*inneninterview 5). Auch die Ausbildung sei schlecht sowie Leistungsdruck und Arbeitsdichte nehme zu. Dazu käme eine schlechte Honorierung, als Beispiel wird folgendes genannt: „*Ein Hausarzt erhält für eine Nachtvisite 45 € pauschal - was verdient hingegen ein Installateur in der Stunde?*“ (Ärzt*inneninterview 2).

Unser **Kommentar** dazu: Die befragten Hausärzt*innen sehen sich als Opfer des Systems. Der Anreiz bzw. ausschlaggebende Punkt zur eigenständigen Veränderung wird jedoch nicht gesehen. Aus Forscher*innenperspektive ist nach Auswertung beider Interviewgruppen (Patient*innen und Ärzt*innen) fraglich, ob die Selbst- und Fremdwahrnehmung beider Untersuchungsgruppen zusammengehen, in beide Richtungen. So sagen z.B. die befragten Ärzt*innen, dass die Patient*innen mit den Öffnungszeiten zufrieden sind, in den Patient*inneninterviews wird hingegen expliziert, dass viele von ihnen mit den Öffnungszeiten der Primärversorgung nicht zufrieden²² sind.

²²Vermutlich sind nicht berufstätige Patient*innen mit den Öffnungszeiten zufriedener als berufstätige (v.a. Pendler*innen), diese wechseln vermehrt zu alternativen Angeboten (wie z.B. Spitalsambulanzen); siehe auch Auer et. Al. 2011).

5. Zusammenfassung und Empfehlungen

Aus der bisherigen Erhebung wird deutlich, dass es keine einheitliche Vorstellung dessen gibt, was sich Patient*innen unter einer guten Primärversorgung erwarten. Vielmehr finden sich unterschiedliche typische Erwartungen auf einer Bandbreite vom*von der „autoritär-charismatischen“ bis zum*zur „beratend-partizipativen“ Hausarzt*in. Hausarzt*innen, so zeigt unsere Befragung, nehmen durchaus wahr, dass es typisch unterschiedliche Erwartungshaltungen an ihre Betreuungsleistung gibt. In der eigenen Performance versuchen sie aber insbesondere dem Bild gerecht zu werden, dass sie selbst vom*von der guten Hausarzt*in haben, als flexibel auf verschiedene reale Erwartungen von Patient*innen einzugehen. *Evidenced based medicine* und das Bemühen, in jedem Fall eine Behandlung am aktuellen *state of the art* medizinischer Heilkunst zu bieten, erfordern eine gewisse Unabhängigkeit des*der Ärzt*in vom Patient*innenerwarten. Andererseits erfordert eine hohe Akzeptanz ärztlicher Anweisungen und damit eine höchstmögliche Compliance seitens der Patient*innen, dass ihre betreuenden Ärzt*innen ihnen zumindest das Gefühl geben, auf ihre (je unterschiedlichen) Wünsche und Erwartungen einzugehen. In diesem Spannungsfeld wird sich auch der Spielraum der neuen Primärversorgungseinheiten bewegen, wenn sie gute Performance und Akzeptanz bei möglichst vielen Patient*innen in ihrem Einzugsgebiet anstreben.

Aus unserer Untersuchung ergeben sich folgende wesentliche **Empfehlungen für die Praxis der Primärversorgung:**

- Wahrnehmung des Spannungsverhältnisses „Kurze Wartezeiten: Lange Behandlungszeiten“ für alle–Die meisten befragten Patient*innen wünschen ausreichend lange Zeit in der Ordination, um alle ihre Fragen stellen zu können; manche bereiten sich extra durch eine Frageliste vor, um in ihrer Nervosität nichts zu vergessen. Hier könnte eine Delegation eines Teils der Anamnese an Mitarbeiter*innen des*der Ärzt*in helfen. Andererseits wollen die meisten Patient*innen kurze Wartezeiten. Dies kann durch ein gutes Terminmanagement gewährleistet werden.
- Öffnungszeiten am Abend / am Wochenende: Gruppenpraxen oder Primärversorgungszentren können lange Öffnungszeiten gewährleisten, ohne dass man auf einen Vertretungsdienst angewiesen wäre. Dies ist vor allem für berufstätige Patient*innen (v.a. für Pendler*innen) von oft zentraler Bedeutung und ein wesentlicher Grund, wieso sie die Spitalsambulanz bevorzugen.
- Patient*innen wollen ernst genommen werden (nicht als „Nummer“ gelten): Dieser Anspruch kann nur durch gute Ausbildungen in Kommunikation und Gesprächsführung gelöst werden – für alle in der Ordination bzw. in der Primärversorgung Beschäftigten.
- Unterschiede in der Ärzt*in – Patient*inbeziehung zwischen Stadt und Land in der Planung beachten: Die wesentlichen Unterschiede in den Patient*innenstrukturen und -erwartungen zwischen Stadt und (stadttferne) Land müssen in der Planung

zukünftiger Angebotsstrukturen der Primärversorgung unbedingt beachtet werden; desgleichen müssen Unterschiede in der Sozialstruktur auch innerhalb städtischer Agglomerationen (z.B. zwischen dem siebenten und dem zwölften Wiener Gemeindebezirk) beachtet werden.

- Unterschiedliche Erwartungen („Typen“) in der Behandlung wahrnehmen und flexibel darauf eingehen: Auch innerhalb der einzelnen Versorgungseinheit gibt es offensichtlich ein Mix unterschiedlicher Patient*innenerwartungen und -ansprüche. Das Angebot scheint heute zu wenig und zu unflexibel auf diese Herausforderung eingestellt zu sein.
- Patient*innen wollen nicht als „Kund*innen“ wahrgenommen werden (Ausnahme: Typ 6): Die meisten der hier befragten Personen, schätzen es nicht, als „Kund*in“ bzw. wie es in vielen Interviews heißt, als „Nummer“ wahrgenommen zu werden und erwarten, als leidende Individuen gesehen zu werden.

Empfehlungen für die Primärversorgung:

- Möglichst viele Angebote „in einer Hand“ (vor allem am Land, aber auch in der Stadt werden „unnötige Wege“ abgelehnt)
- Sozialarbeit (*auch* als Träger*in von Case Management) verbindlich in Kern der Organisation einbauen: Die Installierung von professioneller Sozialarbeit im Sinne von Case Management leitet sich aus der Profession dieser ab. Diese können auf Grund ihres professionellen Hintergrunds als Fallmanager*innen fungieren und so eine umfassende und passgenaue Unterstützungsplanung – in Kooperation mit den Patient*innen – (aus einer Hand) erarbeiten.
- Auch die anderen Gesundheitsberufe sollen ihren Platz in der Primärversorgung erhalten, um eine ganzheitliche multiprofessionelle Betreuung „aus einer Hand“ anbieten zu können.
- Für Behandler*innen (Ärzt*innen und andere Gesundheitsberufe): Druck rausnehmen, Stress abbauen (Burnout Prophylaxe). Ein wirksamer Schutz gegen Burnout (im Terminus von Maslach: „Depersonalisation“) erhöht die von den Patient*innen nachgefragte Flexibilität.

Schließlich gibt es noch zwei **Empfehlungen für die zukünftige Versorgungsforschung** in Österreich:

- Begleitforschung bei Aufbau der neuen Primärversorgung
- Quantitative Überprüfung der „Typen“ und ihrer Verteilung (durch eine entsprechende repräsentative Fragebogen- oder Telefonbefragung).

6. Literatur

Abel, Thomas / Schori, Dominik (2009): Der Capability-Ansatz in der Gesundheitsförderung: Ansatzpunkte für eine Neuausrichtung der Ungleichheitsforschung. In: Österreichische Zeitschrift für Soziologie. Heft 34. Wien. S. 48 – 64.

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

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

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

Bourdieu, Pierre (1983): Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital. In: Kreckl, Reinhard (Hrg.): Soziale Ungleichheiten. Göttingen. S. 183 – 198.

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

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

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

Food Today (2011) Die Bewertung der Krankheitslast – die Kennzahlen QALY und DALY. Gefunden in: <http://www.eufic.org/article/de/artid/Bewertung-Krankheitslast-Kennzahlen-QALY-DALY/> am 10.9.2014

Höckner, Heidemarie (2013): Akzeptanz und Nichtakzeptanz neuer Behandlungsmethoden praktischer Ärztinnen und Ärzte durch ihre Patientinnen und Patienten – Versuch einer Typisierung anhand der Patientinnen und Patienten eines oberösterreichischen Allgemeinmediziners. Krems (Masterthesis).

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

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

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

Richter, Veronika / Schmid, Tom (2010): „Armut macht krank“. Ergebnisse eines Forschungsprojektes im Auftrag des Fonds gesundes Österreich und der Volkshilfe Österreich, Wien.

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

WHO-Europabüro (1968): Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung vom 21.11.1968 In: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf (gefunden am 1.9.2014).

7. Referenzen

7.1 ProjektmitarbeiterInnen

FH-Prof. Dr. Tom Schmid (Projektleitung)

- FH-Professor Department Gesundheit & Soziales an der FH St. Pölten
- Leitung und Mitarbeit von Forschungs- und Entwicklungsprojekten
- Geschäftsführer von DAS BAND, Wien und Leiter der Sozialökonomischen Forschungsstelle
- Lehraufträge am IMC Krems, der FH Wr. Neustadt und an der Alpe-Adria Universität Klagenfurt/Celovec

Kontakt: tom.schmid@fhstp.ac.at

Katharina Auer, MA

- Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Ilse Arlt Institut für Soziale Inklusionsforschung
- Lektorin am Department Gesundheit & Soziales an der FH St. Pölten
- Mitarbeit an div. Forschungs- und Entwicklungsprojekten
- Sozialarbeiterin

Kontakt: katharina.auer@fhstp.ac.at

Manuela Krivda

- Studierende des Bachelorstudienganges Soziale Arbeit in St. Pölten
- Studentische Projektassistenz

Pascal Laun, BA

- Wissenschaftlicher Projektmitarbeiter
- Mitarbeit an div. Forschungs- und Entwicklungsprojekten
- Sozialarbeiter

Andreas Neidl, MA

- Wissenschaftlicher Projektmitarbeiter
- Lektor am Department Gesundheit & Soziales an der FH St. Pölten
- Mitarbeit an div. Forschungs- und Entwicklungsprojekten
- Sozialarbeiter

Mag.^a (FH) Sabine Sommer

- Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Ilse Arlt Institut für Soziale Inklusionsforschung
- Mitarbeit an div. Forschungs- und Entwicklungsprojekten
- Sozialarbeiterin

Kontakt: sabine.sommer@fhstp.ac.at

7.2 Das Ilse Arlt Institut für Soziale Inklusionsforschung

Das Ilse Arlt Institut an der FH St. Pölten bündelt und organisiert die Forschungs- und Entwicklungsaktivitäten rund um die Studiengänge Soziale Arbeit. Es baut auf einer mehr als 30-jährigen Tradition der Sozialarbeitsforschung am Standort auf.

Mit dem Namen Ilse Arlt soll eine Verbindung zu den klassischen forschungsgeleiteten Sozialarbeitstraditionen Österreichs geschaffen werden. Ilse Arlt steht für ein Verständnis der Sozialen Arbeit, das gesellschaftliche Strukturen der Hilfe wie der Ausgrenzung im Blick hat und Sozialarbeit als eine gesellschaftsbezogene Aufgabe bei gleichzeitiger methodischer Individualisierung betrachtet.

F & E für das Praxisfeld

Das Ilse Arlt Institut bemüht sich um umfassende Kontakte zum Praxisfeld. Projekte in Zusammenarbeit mit Organisationen aus dem Praxisfeld dienen

dem Erkenntnisgewinn und der Erkenntnisvermittlung

der Lösungsorientierung

der Innovation

der Qualitätsentwicklung

Wir begrüßen ausdrücklich auch kleine Projekte, wenn diese den angeführten Kriterien entsprechen.

Professionsbezogene Wissenschaft

Das Ilse Arlt Institut macht professions- und damit anwendungsbezogene Forschung, Methoden- und Theorieentwicklung. Das heißt insbesondere:

- der Gegenstandsbereich korrespondiert mit den Handlungsfeldern und Arbeitsweisen der Sozialen Arbeit
- Forschungsfragen und Ergebnisse nehmen auf relevante Fragen der Praxis der Sozialen Arbeit Bezug
- Einbezug der NutzerInnenperspektive (User- und Carer-Involvement)

Das Institut sucht die Kooperation mit den Sozial- und Geisteswissenschaften, die Beiträge zu Fragen der Inklusion leisten. Es nützt die Neuen Technologien für Forschung und Praxis der Sozialen Arbeit und kooperiert dabei verstärkt auch mit technischen Disziplinen.

Leitprinzipien unserer Forschung

- Geschichtsbewusstsein und Zukunftsorientierung
- Optionen für ein Leben unter erschwerten Bedingungen
- Umsetzung im Alltag für KlientInnen
- Professionelle Stärkung sozialer Netze
- Lösungsorientierter Aus/Umbau des Sozialwesens
- Integration/Rückbezug in die/zur Lehre

- Umfassende Publikation der Ergebnisse

Aktuelle Forschungsbereiche des Instituts

- Sozialraumbezogene Arbeit und Theoriebildung mit einem Schwerpunkt auf ländliche Räume
- Soziale Diagnostik
- Geschichte der Profession und des Sozialwesens mit Schwerpunkt auf Ilse Arlt
- Sozialgeriatrie
- Gesundheit/sförderung
- Kinder, Jugend, Familie
- Suchtberatung und Prävention
- Arbeitsmigration


Produkte und Prozesse

- Expertisen zur Sozialen Planung und Gestaltung
- KIIS (Kurzintervention im Sozialraum)
- Diagnostik und Diagnoseinstrumente (NWK, IC2, Blackbox)
- Methodenentwicklung
- Family Group Conferences
- Studien
- Evaluierungen
- Aufarbeitung des Ilse Arlt Nachlasses

8. Anhang

8.1 Narrative Interviews

Einladungsbrief

	Wiener Gebietskrankenkasse	
		<small>Wienerbergstraße 15–19 Postfach 6000 1100 Wien Telefon: (+43 1) 601 22-0 www.wgkk.at</small>
		<small>Öffnungszeiten: Montag bis Mittwoch und Freitag von 7.30 bis 14 Uhr Donnerstag von 7.30 bis 16 Uhr</small>
		<small>DVR: 0023957 UID-Nr.: ATU 16250401</small>
		Ihr Partner in Sachen Gesundheit.
Herrn		
Ihr Zeichen	Ihre Nachricht vom	Unser Zeichen Xxx
		Durchwahl/Kleppse Xxx
		Faxdurchwahl XXX
		Wien,
		8. Dezember 2014

Betr.: Mitwirkung an einer Befragung zur Primärversorgung

Sehr geehrter Herr!

Die Wiener Gebietskrankenkasse ist an einer ständigen Verbesserung der Versorgung im Sinne der Versicherten interessiert und möchte daher zusammen mit der Fachhochschule St. Pölten im Rahmen eines gemeinsamen Projektes zur Versorgungsforschung mehr zu den Erfahrungen von PatientInnen im Umgang mit Gesundheitsproblemen herausfinden. Dazu haben wir aus unserem Versichertenkollektiv per Zufallsgenerator 200 Personen ausgewählt, die wir geme zu ihren individuellen Erfahrungen befragen würden. Die Befragung würde durch besonders in qualitativer Sozialforschung geschulte MitarbeiterInnen der Fachhochschule St. Pölten an einem Ort Ihrer Wahl (z.B. in einem von Ihnen ausgewählten Kaffeehaus oder auch bei Ihnen zuhause) durchgeführt werden und etwa eine Stunde dauern. Um Ihnen ein Bild von den zu erwartenden Fragestellungen zu geben, finden Sie nachstehend zwei Beispiele.

- Haben Sie einen Hausarzt? Wenn ja, ist dieser Ihr primärer Ansprechpartner in Gesundheitssachen?
- Welche Motivation haben Sie in der Regel für die Konsultation von Fachärzten ohne vorher mit Ihrem Hausarzt gesprochen zu haben?

Wir versichern Ihnen, dass Ihre Angaben und Daten absolut vertraulich behandelt werden – falls Sie an der Befragung teilnehmen, erfolgt eine Datenübermittlung ausschließlich an die zur

- 2 -

Verschwiegenheit verpflichteten InterviewerInnen im Rahmen Ihrer Zustimmung (die Sie mittels beiliegender Erklärung erteilen und jederzeit widerrufen können).

Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie Ihre Erfahrungen im Gesundheitssystem mit uns teilen und Ihre Zeit eine Mitwirkung an der Studie zuließe. Für Rückfragen und bei Interesse steht Ihnen Herr Xxx (Tel. 01/601 22 – Xxx oder E-Mail: Xxx) gerne zur Verfügung. Im Falle Ihrer Teilnahme wären wir Ihnen sehr dankbar, wenn Sie die beiliegende Zustimmungserklärung unterschrieben mittels beiliegendem adressierten und frankierten Antwortkuvert bis zum **27. August 2010** an uns zurücksenden. Sie können uns das ausgefüllte Antwortformular auch sehr gerne eingescannt per E-Mail, an die oben angeführte Adresse, zukommen lassen.

Vielen Dank für Ihre wertvolle Unterstützung!

Mit freundlichen Grüßen

Wiener Gebietskrankenkasse

Insgesamt wurden 37 narrative Interviews mit Patient*innen, mit folgender Verteilung, geführt:

Wien	9
Niederösterreich	14
Burgenland	3
Salzburg	6
SVB	3
SVA	2
Weiblich	18
Männlich	19

8.2 Leitfadeninterviews der befragten Ärzt*innen

Insgesamt 5 Interviews mit niedergelassenen Hausärzt*innen:

Ärzt*innen-Interview 1: weiblich. Geführt am 12.5.2014 im Bezirk Wien-Umgebung/Niederösterreich

Ärzt*innen-Interview 2: weiblich. Geführt am 15.05.2014 im Bezirk Liesing/Wien.

Ärzt*innen-Interview 3: männlich. Geführt am 15.05.2014 im Bezirk Liesing/Wien.

Ärzt*innen-Interview 4: männlich. Geführt am 24.05.2014 im Bezirk Tulln/Niederösterreich

Ärzt*innen-Interview 5: weiblich. Geführt am 02.06.2014 im Bezirk Eisenstadt-Umgebung/Burgenland.

Leitfaden

- Ich würde Sie bitten eingangs zu erzählen, wie lange Sie als Praktischer Arzt/Praktische Ärztin tätig sind und wie es zu diesem Berufsweg gekommen ist.
- Mit welchen Erwartungen kommen Patient*innen in Ihre Ordination? (Anschlussfrage: Welche Erwartungen richten Patient*innen an einen guten Hausarzt/eine gute Hausärztin?)
- Inwieweit können Sie verschiedene Typen von Patient*innen hinsichtlich ihrer Erwartungen ausmachen?
- Vorstellung der Studienergebnisse: Patient*innen-Typen werden beschrieben. Inwieweit stimmen Sie der Typisierung zu, über welche Erfahrungen können Sie diesbezüglich berichten?
- Wie sehen Sie Primärärzt*innen im System neben Wahlärzt*innen, Fachärzt*innen, Ambulanzen und Spitälern positioniert? (Anschlussfrage: Was zeichnet Praktische Ärzt*innen im Vergleich zu den anderen genannten aus?)
- Was müsste getan- oder verändert werden, um die Versorgung durch Primärärzt*innen weiter aufzuwerten? Was hindert Sie daran ein „guter“ Hausarzt/ eine „gute“ Hausärztin zu sein?
- Haben Sie abschließend noch weitere Ideen oder Anmerkungen zum Thema?

8.3 Fachtagung am 18. 9. 2014

Teilnehmer*innenliste

Primärversorgung aus Patientenperspektive – Erwartungen, Bedürfnisse und Planung | 19.9.2014
TeilnehmerInnenliste

Name	Institution	E-Mail
Barbara Mayer, BSc MSc	AUVA	barbara.mayer@auva.at
Mag. Inge Hiebler	AUVA	inge.hiebler@auva.at
Judith Füzi	BGKK	judith.fuezi@bgkk.at
Mag. Tamara Peck	BGKK	tamara.peck@bgkk.at
LA Robert Weissenfels	BKK Mondl	robert.weissenfels@bkkmondi.at
Stv.-LA Günther Stadlmann	BKK WVB	guenther.stadlmann@bkkwvb.at
Mag. Christian Halper	BMG	christian.halper@bmg.gv.at
Mag. Dr. Elisabeth Schaffler	BMG	elisabeth.schaffler@bmg.gv.at
Mag. Stefan Eichwalder	BMG	stefan.eichwalder@bmg.gv.at
Mag. Thomas Krammer, PLL.M.	BMG	thomas.krammer@bmg.gv.at
Mag. Josef Rainer Kandlhofer, LL.M.	BVA	josef.kandlhofer@bva.at
Xaver Lahmer	Dachverband der NÖ Selbsthilfegruppen	lahmer@selbsthilfenoe.at
Andreas Neidl, MA	FH St. Pölten	andreas.neidl@gmx.at
Dr. Helmut Ritschl MA MSc	FH St. Pölten	helmut.ritschl@fhstp.ac.at
FH-Prof. ⁱⁿ Daniela Wewerka-Kreimel, MBA	FH St. Pölten	daniela.wewerka-kreimel@fhstp.ac.at
FH-Prof. DSA Mag. (FH) PhDr. Christoph Redelsteiner, MSc	FH St. Pölten	christoph.redelsteiner@fh-stpoelten.ac.at
FH-Prof. ⁱⁿ DSA Mag.* (FH) Ulrike Rautner-Reiter	FH St. Pölten	lbrautner@fhstp.ac.at
FH-Prof. ⁱⁿ Romana Bichler, MAS (Sports Physiotherapy), PT	FH St. Pölten	romana.bichler@fhstp.ac.at
FH-Prof. ⁱⁿ DSA Mag.* Dr. ⁱⁿ Manuela Brandstetter	FH St. Pölten	manuela.brandstetter@fhstp.ac.at
FH-Prof. ⁱⁿ Mag.* Dr. ⁱⁿ Monika Vyslouzil	FH St. Pölten	monika.vyslouzil@fhstp.ac.at
Katharina Auer, MA	FH St. Pölten	katharina.auer@fhstp.ac.at
Mag.* (FH) Sabine Sommer	FH St. Pölten	sabine.sommer@fhstp.ac.at

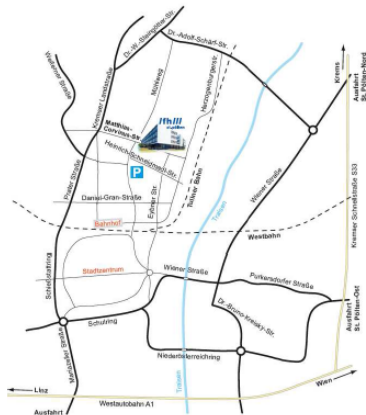
Primärversorgung aus Patientenperspektive – Erwartungen, Bedürfnisse und Planung | 19.9.2014
TeilnehmerInnenliste

Mag. Thomas Immervoll	FH St. Pölten	thomas.immervoll@fhstp.ac.at
Pascal Laun, BA	FH St. Pölten	so111003@fhstp.ac.at
FH-Prof. Dr. Tom Schmid	FH St. Pölten	Tom.schmid@fhstp.ac.at
Mag. Petra Paretta	GÖG	petra.paretta@goeg.at
Dieter Holzweber	Hauptverband	dieter.holzweber@hvb.sozvers.at
Dr. Irmgard Schiller-Frühwirth	Hauptverband	irmgard.schiller-fruehwirth@hvb.sozvers.at
Dr. Johannes Gregoritsch	Hauptverband	johannes.gregoritsch@hvb.sozvers.at
Dr. Peter Scholz	Hauptverband	peter.scholz@hvb.sozvers.at
Dr. Timo Fischer	Hauptverband	timo.fischer@hvb.sozvers.at
GD Dr. Josef Probst	Hauptverband	josef.probst@hvb.sozvers.at
Mag. (FH) Matthias Schuppenlehner	Hauptverband	matthias.schuppenlehner@hvb.sozvers.at
Mag. Bettina Maringer	Hauptverband	bettina.maringer@hvb.sozvers.at
Mag. Clemens Sigl	Hauptverband	clemens.sigl@hvb.sozvers.at
Mag. Sascha Müller	Hauptverband	sascha.mueller@hvb.sozvers.at
Mag. Monika Bauer	IfGP	monika.bauer@ifgp.at
Mag. Aron Rautz	KGKK	aron.rautz@kgkk.at
Mag. Sandra Marczik-Zettinig, MPH	Land Steiermark	sandra.marczik-zettinig@stmk.gv.at
Barbara Weiser, MA	NÖ Landeskliniken Holding	barbara.weiser@holding.lknoe.at
Mag. Michael Prunbauer	NÖ Patientenanwaltschaft	michael.prunbauer@noel.gv.at
Dr. Martina Hasenhündl	NÖÄK	assam@arztnoe.at
Michael Dihlmann	NÖÄK	assam@arztnoe.at
Dir.-Stv. Dr. Martina Amler	NÖGKK	martina.amler@noegkk.at
Dr. Michaela Stitz	NÖGKK	loek@noegkk.at

Primärversorgung aus Patientenperspektive – Erwartungen, Bedürfnisse und Planung | 19.9.2014
TeilnehmerInnenliste

Mag. Daniela Ludwan	NÖGKK	daniela.ludwan@noegkk.at
Dr. Christoph Dachs	ÖGAM	christoph.dachs@aon.at
Dr. Walter Heckenthaler	ÖGAM	W_heck@gmx.at
Dr. Anita Offenthaler	OÖGKK	anita.offenthaler@ooegkk.at
Monika Danhofer	OÖGKK	monika.danhofer@ooegkk.at
Mag. Engelbert Schiller	SVA	engelbert.schiller@svagw.at
Mag. Karin Brandstätter, MBA	SVA	karin.brandstaetter@svagw.at
Brigitte Decker, BA	SVA/ Landesstelle NÖ	brigitte.decker@svagw.at
Claudia Kastelic	SVB	claudia.kastelic@svb.at
Mag. Franz Schweinberger	SVB	franz.schweinberger@svb.at
Mag. Sigrid Schreiber-Fasching	SVB	sigrid.schreiber-fasching@svb.at
Mag. Katharina Hintringer	TGKK	katharina.hintringer@tgkk.at
Mag. Bernhard Prinz	VAEB	bernhard.prinz@vaeb.at
Claudia Lohr	WGKK	claudia.lohr@wgkk.at
DI Elmar König	WGKK	elmar.koenig@wgkk.at
Mag. Karin Wagner	WGKK	karin.wagner1@wgkk.at
Tatjana Sadovnik	WGKK	tatjana.sadovnik@wgkk.at

Einladung und Tagesordnung



Für die TeilnehmerInnen steht der FH-Parkplatz in der Heinrich-Schneidmadlstraße zur Verfügung.

Einladung

Primärversorgung aus PatientInnenperspektive - Erwartungen, Bedürfnisse und Planung

19. September 2014

Zeit
19. September 2014, 09.30

Ort
Fachhochschule St. Pölten
Matthias Corvinus-Straße 15, 3100 Sankt Pölten

Veranstaltungsbüro
Mag. (FH) Matthias Schuppenlehner
Hauptverband der
österreichischen Sozialversicherungsträger
1030 Wien, Kundmangasse 21
Email: ewg@hvb.sozvers.at

Um Anmeldung per Email bis 11.09.2014 wird gebeten!
Die Teilnahme an dieser Veranstaltung ist kostenlos.
Ich stimme der elektronischen Speicherung und Verarbeitung der Daten zu.



Primärversorgung aus PatientInnenperspektive - Erwartungen, Bedürfnisse und Planung

Im Juli 2014 wurde von der Bundes-Zielsteuerungskommission ein Konzept zur Neuorientierung der Primärversorgung in Österreich verabschiedet. Bis Ende 2016 soll 1% der österreichischen Bevölkerung in Primärversorgungsstrukturen versorgt werden.

Um in diesem Umsetzungsprozess die PatientInneninteressen nicht aus den Augen zu verlieren und diese entsprechend berücksichtigen zu können, führte das Ilse-Arzt-Institut der FH St. Pölten, im Auftrag des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger und unter Mitwirkung verschiedener SV-Träger, eine Studie zu PatientInnenerwartungen an die Primärversorgung durch.

Die Ergebnisse dieser Studie sollen im Rahmen des ExpertInnenforums vorgestellt und diskutiert werden. Zu diesem Zweck sollen wesentliche Stakeholder zu Wort kommen und wichtige Inputs für die Umsetzung der Primärversorgung in Österreich liefern. Auch soll der Einfluss der PatientInnen auf die Planung der Primärversorgung aufgearbeitet werden.

Bei allen Diskussionen stehen die PatientInnen im Fokus, da eine zukünftige Primärversorgung für sie den größten Nutzen hervorbringen soll.

PROGRAMM

09.30	Eröffnung GD Dr. Josef Probst, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger FH-Prof. ⁱⁿ Mag. ^a Dr. ⁱⁿ Monika Vyslouliz, Fachhochschule St. Pölten
09.45 – 10.30	Relevanz der Patientenperspektive in der Planung der neuen Primärversorgung Mag. (FH) Matthias Schuppenlehner und Dr. Timo Fischer, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
10.30 – 11.15	Erwartungen an die Primärversorgung – die Patientenperspektive FH-Prof. Dr. Tom Schmid, Ilse Arlt Institut für Soziale Inklusionsforschung
11.15 – 11.45	Kurz-Statements zum Thema Dr. Christoph Dachs, Österreichische Gesellschaft für Familien- und Allgemeinmedizin Mag. Michael Prunbauer, NÖ Patientenanwaltschaft FH-Prof. DSA Mag. (FH) PhDr. Christoph Redelsteiner, MSc, Fachhochschule St. Pölten
11.45 – 12.30	Diskussion
12.30 – 13.00	Zusammenfassung und Ausblick
13.00	Ausklang mit Buffet

Moderation: FH-Prof.ⁱⁿ DSA Mag.^a Dr.ⁱⁿ Manuela Brandstetter

Handouts

Ite Ait Institut für Soziale Inklusionsforschung
 Wallfahrts-Gürtelstr. 40
 3100 St. Pölten
 E: inklusion@ite.at
 T: [+43774262100](tel:+43774262100)



Erwartungen an die Primärversorgung - die Patient*innenperspektive

Pascal Laun
 Andreas Neidl
 Tom Schmid

Ite Ait Institut für Soziale Inklusionsforschung

Gliederung

- Überblick
- Patient*innenperspektive
- Perspektive von Allgemeinpraktiker*innen
- Empfehlungen

inklusion@ite.at | ite.at/sozialer Inklusion

Ite Ait Institut für Soziale Inklusionsforschung

Das Forschungsteam

- Katharina Auer, BA MA
- Manuela Krivda
- Pascal Laun, BA
- Andreas Neidl, BA MA
- Prof. (FH) Dr. Tom Schmid
- Mag.^a (FH) Sabine Sommer

inklusion@ite.at | ite.at/sozialer Inklusion

Ite Ait Institut für Soziale Inklusionsforschung

Die Fragestellung

- Gesundheitsreform → Aufwertung der Primärversorgung
- Ausbau von Primärversorgung in den kommenden Jahren zu erwarten
- Aber: Was erwarten sich Patient*innen von einem „guten Hausarzt“ oder einer guten „Hausärztin“?

inklusion@ite.at | ite.at/sozialer Inklusion

Ite Ait Institut für Soziale Inklusionsforschung

Methoden


- Analyse von Literatur und Dokumenten
- Narrative Interviews mit Patient*innen
 - 1500 Personen wurden angeschrieben
 - 37 Interviews waren möglich
 - Typisierung
- Interviews mit 5 Allgemeinpraktiker*innen
- Fachtagung am 19.9.2014
- Wissenschaftlicher Endbericht

inklusion@ite.at | ite.at/sozialer Inklusion

Ite Ait Institut für Soziale Inklusionsforschung

„Das Team rund um den Hausarzt“

- Ziel: Schaffung multiprofessioneller Teams



inklusion@ite.at | ite.at/sozialer Inklusion

Ise Art Institut
 für Soziale Inklusionsforschung

Ärzt*in – Patient*in Beziehung

- Historisch 3 Formen:
 - Bedside Medicine
 - Hospital Medicine
 - Laboratory Medicine
- Aktuell entwickelt sich eine Polarisierung
 - Patient-centered medicine (biopsychosoziales Modell)
 - Evidence Based Medicine
- Das ergibt ein Spannungsfeld

A _____ P

- A = autoritär-hierarchisches Versorgungsmittel
- P = beiderseitig-partizipative Versorgungsmittel

Ise Art Institut
 für Soziale Inklusionsforschung

Beziehungsmodelle

- Aus der Literatur ergeben sich vier „Beziehungsmodelle“ im Arzt*in – Patient*in – System
 - Paternalistisches Beziehungsmodell (1)
 - Beziehung auf Gegenseitigkeiten (2)
 - Konsument*innenbeziehung (3)
 - „skurrile“ Beziehung (4)
- Das ergibt ein Spannungsfeld:

A _____ P

- A = autoritär-hierarchisches Versorgungsmittel
- P = beiderseitig-partizipative Versorgungsmittel

Ise Art Institut
 für Soziale Inklusionsforschung

Gliederung

- Überblick
- Patient*innenperspektive
- Perspektive von Allgemeinpraktiker*innen
- Empfehlungen

Ise Art Institut
 für Soziale Inklusionsforschung

Methoden

- Qualitative Erhebung
- Schreiben an je 200 bis 400 Personen
- Narrative Interviews
 - Insgesamt 37 bei mehr als 9000 km Fahrtstrecke
 - 9WGKK, 14NOGGK, 3BGKK, 6SGKK
 - 3SVB, 2SVA
 - 19 männlich, 18 weiblich
- Auswertung qua Typisierung
- Sechs unterschiedliche Hausärzt*intypen
- Vertiefung der Ergebnisse mittels leitfadengestützter Ärzt*inneninterviews

Ise Art Institut
 für Soziale Inklusionsforschung

Allgemeine Erkenntnisse

- Hohe Zufriedenheit
 - Gleichzeitig Kritik am gesamten System
- Paradoxe Beziehung zum*zur Hausarzt*in von hoher Bedeutung
- „Social-Skills“ im Vordergrund
- Kritik an zahlreichen Besuchen der Pharmaverträter*innen
- Stadt-Land-Gefälle
- Sensibel als zusätzlicher Ordinationstag
- Ablehnung einer Verdinglichung von Patient*innen

Ise Art Institut
 für Soziale Inklusionsforschung

Allgemeine Erkenntnisse

- Ausreichend Zeit für Patient*innen
- Gleichzeitig kurze Wartezeiten
- Gruppenpraxen bzw. Arzt*innenzentren
- Kenntnisse über alternative Behandlungsformen
- Schutz vor wirkungslosen Therapien
- Therapeutische Gespräche werden gewünscht
- Attivierung der Ordinationsausübung
- Verbesserung der Terminvergabe

fh Institut für Soziale Inklusionsforschung

Typus 1

- **Berater*in:** „autonom-dialogische*r Vertrauensärzt*in“
- Begegnung auf Augenhöhe
- Zuhören
- Umfassende Aufklärung und Möglichkeit der Diskussion
- Ärzt*in als Drehachse der Gesundheit
- Eigenverantwortung der Patient*innen
- Geringe Beeinflussung durch Pharmaindustrie
- Behandlung nach bestem medizinischem Gewissen
- Offenheit ggü. alternativen Behandlungsmöglichkeiten

© 2019/2020/2021/2022/2023/2024

fh Institut für Soziale Inklusionsforschung

Typus 2

- **Unkonventionelle*r, „Ganzheitliche*r“ Vertrauensärzt*in:**
 - Ganzheitlicher Ansatz
 - Interesse an der Lebenssituation, Selbstgenese
 - Regelmäßige Fortbildungen
 - Konventioneller- und nichtkonventioneller Medizin
 - Genügend Zeit
 - Gute*r Diagnostiker*in
 - Hausbesuche
 - Kennen der Patient*innen
 - Ernst nehmen der Patient*innen

© 2019/2020/2021/2022/2023/2024

fh Institut für Soziale Inklusionsforschung

Typus 3

- **Aufklärer*in:** „medizinische Dienstleister*in“
- Aufklärung und Informationsvermittlung
 - Keine medizinische Fachsprache
- Medizinische Fachkompetenz
 - Vorschläge für Untersuchungen und Behandlungen
 - Wenig persönliche Gespräche
- Regelmäßige Weiterbildung
- Praxisbezogene Ausbildung und Lehre
- Distanzierteres Verhältnis zum/zur Ärzt*in

© 2019/2020/2021/2022/2023/2024

fh Institut für Soziale Inklusionsforschung

Typus 4

- **Zeitleihgeber*in:** „Systemdienstleister*in“
- Hausärzt*in solle möglichst wenig stören
- Reichliche Überweisung zu Fachärzt*innen
- Hausärzt*in als Aussteller*in von Rezepten
 - Für Medikamente sowie Überweisungen

© 2019/2020/2021/2022/2023/2024

fh Institut für Soziale Inklusionsforschung

Typus 5

- **Umfassende*r Betreuer*in:** „Fürsorgliche*r Hausärzt*in“
- Verständnis für persönliche Situation
- Kümmern und sorgen um den/die Patient*in
 - Erkundung nach dem Befinden
 - Selbständiges Aufsuchen der Patient*innen
- Persönliche Betreuung
- Hinreichend Zeit nehmen für Patient*innen

© 2019/2020/2021/2022/2023/2024

fh Institut für Soziale Inklusionsforschung


Typus 6

- **Wettbewerber*in:** „Kundenzentrierte*r Hausärzt*in“
- Wettbewerb zwischen den Ärzt*innen
 - Hohes Angebot an Ärzt*innen
- Patient*innen als Kund*innen
- Qualitätswettbewerb
 - Evidenzbasierte Anwendungen bzw. Behandlungen

© 2019/2020/2021/2022/2023/2024

Ise Arlt Institut
 für Soziale Inklusionsforschung

Verortung der Beziehungsformen (Typen)



A = autori-charakteristisches Versorgungsmodell
 P = patient-partizipatives Versorgungsmodell

- 1 Berater*in „Autonom-dialogische“ Vertrauensakt*in
- 2 Unkonventionelle „Ganzheitliche“ Vertrauensakt*in
- 3 Aufklärer*in „Medizinische“ Dienstleister*in
- 4 Zeitkäufer*in „Systemdienstleister*in
- 5 Umfassende*r Betreuer*in „Flüorgliche“ Hausarzt*in
- 6 Wettbewerber*in „Kundenorientierte“ Hausarzt*in

Ise Arlt Institut
 für Soziale Inklusionsforschung

Gliederung

- Überblick
- Patient*innenperspektive
- **Perspektive von Allgemeinpraktiker*innen**
- Empfehlungen

Ise Arlt Institut
 für Soziale Inklusionsforschung

Perspektive von Allgemeinpraktiker*innen

- Durchführung von fünf leitfadengestützten Expert*inneninterviews mit praktizierenden Hausärzt*innen in Wien, NÖ und Burgenland
- Erste Prüfung der Ärzt*innentypisierung
- Einbeziehung der Interview-Ergebnisse in weitere Auswertung
- Einschätzung zur (zukünftigen) Stellung der Hausärzt*innen in der Versorgungslandschaft

Ise Arlt Institut
 für Soziale Inklusionsforschung

Erwartungen der Patient*innen aus Sicht von Hausärzt*innen

- Große Bandbreite an Erwartungen: „schnelle Lösung“ vs. „Jemanden zum Zuhören“
- Erwartungen beeinflussen Wahl des*der Hausärzt*in
- Erwartungen abhängig von...
 - dem Problem, Einstellung zur Medikamenteneinnahme, Alter, Geschlecht
- Alle erwarten kurze Wartezeiten

Ise Arlt Institut
 für Soziale Inklusionsforschung

Was macht eine*n gute*n Hausärzt*in aus?

- Erwartungen schnellstmöglich erkennen und Behandlung anpassen
- Zeitgeschick: „bei den Jungen Zeit für die Alten einspannen“
- Eine gute Beziehung: Zuhören, Ehrlichkeit
- Eigene Grenzen erkennen (z.B. Weitervermittlung)
- Forscher*innencharakter:
 - Flexibilität bezüglich Erwartungen möglich?
 - Wird die Patient*innenmacht tatsächlich nachvollzogen?
 - Soll der*die Patient*in möglichst wenig stören?

Ise Arlt Institut
 für Soziale Inklusionsforschung

Einschätzung der Typisierung aus Sicht befragter Ärzt*innen

- Zustimmung und Anregungen zur Typisierung des Forschungsteams
- „Wirtschaftsbezogene Typus“ gewinnt entgegen dem „Idealistischen Typus“ an Bedeutung
- „Dialogische Typus“ nimmt zu, die „Götter in Weiß“ werden immer seltener
- Typus des „Zackigen“, der „Mittler*in“ nachweisbar verbreitet
- Forscher*innencharakter:
 - Eigene Einordnung als Mischtypus
 - Wechseln zwischen verschiedenen Typen als Idealvorstellung aber kaum machbar

Ise Art Institut
für Soziale Inklusionsforschung

Was zeichnet Hausärzt*innen aus?

- Abgrenzung gegenüber den Ambulanzen: Betonung der Alleinstellungsmerkmale
- Langjährige Kenntnis des/der Patient*in und des Umfeldes
- Schnelles Erkennen von Veränderungen bei Patient*innen
- Manager*in/Organisator*in der Gesundheit
- Kostengünstigere Versorgung

Ise Art Institut
für Soziale Inklusionsforschung

Verbesserungsvorschläge der Befragten zur Versorgungslage

- Berufstand muss aufgewertet werden
 - Verbesserung der Ausbildung (v.a. durch Lehrpraxen)
 - höhere (finanzielle) Honorierung
 - Anerkennung durch Systempartner*innen
- Leitungsstablog erneuerunggerechte Honorarforderungen
- Abbau von Bürokratie
- Stärkung der Kompetenzen (z.B. bei Medikamentenausgabe, Anamnese durch diplomierte Köpfe)
- Zusammenarbeit mit Sozialversicherung verbessern

Ise Art Institut
für Soziale Inklusionsforschung

Verbesserungsvorschläge der Befragten zur Versorgungslage

Forscher*innensichtweise:

- Selbsteinschätzung der Hausärzt*innen und Fremdeinschätzung der Patient*innen oftmals divergent (z.B. Öffnungszeiten)
- Hausärzt*innen schätzen ihre Einflussmöglichkeiten auf die Patient*innenströme als gering ein
- Wahrnehmung als „Opfer des Systems“, System als Ursache der Probleme
- Ökonomischer Druck und persönliche Belastung töben die Kooperationsbereitschaft

Ise Art Institut
für Soziale Inklusionsforschung

Gliederung

- Überblick
- Patient*innenperspektive
- Perspektive von Allgemeinpraktiker*innen
- **Empfehlungen**

Ise Art Institut
für Soziale Inklusionsforschung

Empfehlungen in der Praxis

- Wahrnehmung des Spannungsverhältnisses „Kurze Wartezeiten – lange Behandlungszeiten“ für Alle
- Öffnungszeiten am Abend / am Wochenende
- Patient*innen wollen ernst genommen werden (nicht als „Nummer“ gelten)
- Unterschiede in der Arzt*in – Patient*inbeziehung zwischen Stadt und Land in der Planung beachten
- Unterschiedliche Erwartungen („Typen“) in der Behandlung wahrnehmen und flexibel darauf eingehen
- Patient*innen wollen nicht als „Kund*innen“ wahrgenommen werden (Ausnahme: Typ 5)

Ise Art Institut
für Soziale Inklusionsforschung

Empfehlungen für Primärversorgung

- Sozialerbeit (auch als Träger*in von Case Management) verbindlich in Kern der Organisation einbauen
- Möglichst viele Angebote „in einer Hand“ (vor allem am Land, aber auch in der Stadt werden „unnötige Wege“ abgelehnt)
- Für Behandler*innen (Arzt*innen und andere Gesundheitsberufe): Druck rausnehmen, Stress abbauen → Burnout Prophylaxe → erhöht die von den Patient*innen nachgefragte Flexibilität
- Für Forschung:
 - Begleitforschung bei Aufbau der neuen Primärversorgung
 - Quantitative Überprüfung der „Typen“ und ihrer Verteilung