



Health System Watch

Wartezeiten auf Elektivoperationen – Neues zur Frage der Transparenz?

Thomas Czypionka, Markus Kraus, Gerald Röhrling*

Zusammenfassung

In zahlreichen Ländern stellen Wartezeiten auf Elektivoperationen ein ernsthaftes Problem im Gesundheitswesen dar und sind deshalb Gegenstand der politischen Agenda. Dieser Themenkomplex ist für Österreich im Laufe des Jahres 2013 zum zweiten Mal nach dem Jahr 2007 umfassend von IHS HealthEcon beforscht worden. In Österreich warten Patienten im Median 2,1 Monate auf eine Hüftgelenkoperation und 2,5 Monate auf eine Kniegelenkoperation, wie unsere retrospektive Patientenbefragung zeigte. Eine Befragung der Krankenanstaltenbetriebsgesellschaften stellte starke Unterschiede bei der Wartezeit sowohl zwischen als auch innerhalb der einzelnen Bundesländer fest. So variiert die Wartezeit auf orthopädische Operationen zwischen unter einem Monat und acht Monaten und die auf ophthalmologische Operationen zwischen unter einem Monat und fast zwölf Monaten. Mit Hilfe der Patientenbefragung konnte die von den Patientenvertretern geäußerte Annahme, dass eine private Krankenzusatzversicherung bzw. eine private Zuzahlung bzw. ein Besuch einer Privatordination die Wartezeit verkürzen, bestätigt werden. Patienten mit einer privaten Krankenzusatzversicherung haben in Fondsspitalern eine signifikant kürzere Wartezeit als Patienten ohne private Krankenzusatzversicherung. 6,5 % der befragten Patienten wurde angeboten, die Wartezeit durch eine private Zuzahlung zu verkürzen, und 7,4 % der befragten Patienten wurde angeboten, die Wartezeit durch den Besuch einer Privatordination zu verringern. In Zusammenhang mit diesen Vorgehensweisen orten wir deutlichen Handlungsbedarf. Die Novellierung des Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetzes (KAKuG) vom Juli 2011 hat zur Verbesserung der Transparenz bei Wartezeiten auf Elektivoperationen beigetragen. In der konkreten Ausgestaltung sollte aber neben der Transparenz für unmittelbar Betroffene auch jene für die Öffentlichkeit gelebt werden.

Einleitung

Wartezeiten auf Elektivoperationen und deren Management stehen seit rund eineinhalb Dekaden auf der politischen Agenda zahlreicher Länder (Hurst und Siciliani 2003, Siciliani und Hurst 2003, Siciliani und Hurst 2005, Czypionka et al. 2007a, b, Kraus et al. 2010, Siciliani et al. 2013). Die Ursachen für die mitunter nicht unbeträchtlichen Wartezeiten sind sowohl auf der Angebots- als auch auf der Nachfrageseite¹ verortet. Etliche Länder haben eine Reihe von Instrumenten eingesetzt um diesen entgegenzuwirken. Diese reichten von kapazitäts- und produktivitätssteigernden Maßnahmen auf der Angebotsseite über nachfrageregulieren-

* Alle: Institut für Höhere Studien
Stumpergasse 56, A-1060 Wien, Telefon: +43/1/599 91-127, E-Mail: thomas.czypionka@ihs.ac.at. Frühere Ausgaben von Health System Watch sind abrufbar im Internet unter: <http://www.ihs.ac.at>

Ein besonderer Dank gilt Monika Riedel, Michael Berger, Frank Kronemann, Teresa Pointner, Miriam Reiss, Maximilian Salcher (alle IHS) und Mag. Patricia Dundler für die Mitwirkung sowie Mag. Alexander Maksimovic und den beteiligten Primari für ihre Unterstützung!

Bemerkung: Zum Zwecke der besseren Lesbarkeit werden Personenbezeichnungen in der männlichen Form gebraucht.

1 Unter angebotsseitige Ursachen fallen z. B. fehlende Kapazitäten, mangelnde Produktivität; nachfrageseitige Ursachen sind z. B. der Gesundheitszustand der Bevölkerung, der Stand der Medizintechnologie und die Erwartungen der Patienten.

Zusammenfassung

Einleitung





de Aktivitäten auf der Nachfrageseite (Czypionka et al. 2007a). Eine gängige unmittelbare Maßnahme für die Reduktion von Wartezeiten ist die Abgabe einer „maximalen Wartezeitgarantie“ (Hurst und Siciliani 2003, Kreindler 2010, Siciliani et al. 2013). Obwohl von den einzelnen Ländern in den letzten eineinhalb Dekaden eine Reihe von Vorkehrungen zur Reduzierung von Wartezeiten getroffen wurden, stellen sie nach wie vor ein nicht zu vernachlässigendes Problem in vielen Gesundheitssystemen dar (Siciliani et al. 2013).

Österreich gab im Rahmen einer groß angelegten OECD-Studie (vgl. Siciliani und Hurst 2003) aus dem Jahr 2003 an, dass es keine nennenswerten Wartezeiten auf Elektivoperationen gebe. Dem widersprachen wiederholte Berichte sowohl von Patienten als auch von öffentlichen Stellen, dass es mitunter zu langen Wartezeiten bei orthopädischen und ophthalmologischen Operationen kommt. Dies veranlasste IHS HealthEcon im Jahr 2007, die Wartezeitsituation in Österreich näher zu beleuchten (vgl. Czypionka et al. 2007b). Mithilfe einer schriftlichen Befragung der Krankenanstaltenbetriebsgesellschaften, der Patientenvertreter, des Gesundheitsministeriums und von Patienten sowie einer Auswertung der Gesundheitsbefragung der Statistik Austria versuchten wir ein möglichst genaues Bild der Wartezeiten auf Elektivoperationen zu zeichnen. Das war bis dahin aufgrund der mangelnden und verstreuten Datenlage nicht möglich. Unsere Untersuchung zeigte entgegen der OECD-Studie mitunter lange Wartezeiten auf Elektivoperationen in der Orthopädie (zwischen drei und sechs Monaten in öffentlichen und bis zu zwölf Monaten in privat-gemeinnützigen Krankenhäusern) und der Augenheilkunde (zwischen zwei und sechs Monaten in öffentlichen bzw. privat-gemeinnützigen Krankenhäusern) auf. Außerdem stellten wir fest, dass so gut wie keine Transparenz in Bezug auf die Reihung der Patienten auf Wartelisten besteht und auch Spitäler untereinander nicht wussten, mit welchen Wartezeiten in nahe gelegenen anderen Einrichtungen zu rechnen war, um gegebenenfalls Patienten umzulenken.

Im Laufe des Jahres 2013 haben wir diese Untersuchung wiederholt und bei der Patientenbefragung ein deutlich größeres Sample heranziehen können. Wir wollten eruieren, ob und inwiefern sich die Wartezeiten auf Elektivoperationen geändert haben und ob sich andererseits die Transparenz beim Wartelistenmanagement verbessert hat. Zudem ist zwischenzeitlich eine Novelle des Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetzes (KAKuG) für ein transparenteres Wartelistenregime bei Elektivoperationen und invasiver Diagnostik verabschiedet worden. Die diesbezüglichen Auswirkungen davon sind ebenfalls Gegenstand dieser Untersuchung.

Die Vorgehensweise ist analog zu der Untersuchung aus dem Jahr 2007. Auch dieses Mal haben wir die Krankenanstaltenbetriebsgesellschaften, die Patientenvertreter und das Gesundheitsministerium um eine schriftliche Stellungnahme zu verschiedenen das Thema betreffenden Fragen gebeten. Außerdem führten wir eine retrospektive Patientenbefragung zur Erhebung von Wartezeiten auf Hüftgelenks-, Kniegelenks- und Schultergelenksoperationen in elf österreichischen Rehabilitationseinrichtungen durch. Anders als im Jahr 2007 ist das Gesundheitsministerium dieses Mal der Bitte um eine Stellungnahme nicht gefolgt, sodass dessen Ansicht zur Wartezeitsituation nicht abgebildet werden kann.

Wartezeiten aus dem Blickwinkel der KAKuG-Novelle

Die Novellierung des Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetzes (KAKuG) (BGBl. I Nr. 69/2011) vom 29.07.2011 soll zu einer Verbesserung der Transparenz bei Wartezeiten auf Elektivoperationen beitragen. Der mit dieser Novellierung in Kraft getretene § 5a Abs. 2 KAKuG fordert die Landesgesetzgebung dazu auf, die Träger von öffentlichen und privaten gemeinnützigen Krankenanstalten zu verpflichten, ein transparentes Wartelistenregime für Elektivoperationen und invasive Diagnostik einzurichten. Ein solches soll jedenfalls für die Fächer Augenheilkunde und Optometrie, Orthopädie und orthopädische Chirurgie sowie Neurochirurgie eingerichtet werden, und zwar dann, wenn die Wartezeit für Elektivoperationen vier Wochen übersteigt. Die Landesgesetzgebung soll Kriterien für Ablauf und Organisation der Wartelistenregimes verfassen. In den zu erstellenden Wartelistenregimes müssen die Gesamtzahl der pro Abteilung für den Eingriff vorgemerkten Patienten sowie der Anteil an Sonderklassepatienten vermerkt sein. Der ebenfalls neu eingefügte § 5a Abs. 3 KAKuG gibt

Wartezeiten aus
dem Blickwinkel
der KAKuG-
Novelle





vorgemerkten Patienten das Recht, auf ihr Verlangen über die gegebene Wartezeit informiert zu werden. Diese Information ist nach Möglichkeit auf elektronischem Weg bereitzustellen.

Wie stellt sich die Umsetzung in den Landesgesetzen dar?

Die Bestimmungen aus § 5a Abs. 2 u 3 KAKuG sind entsprechend der Formulierung im Bundesgesetz in allen Bundesländern in Landesrecht umgesetzt worden. In einigen Punkten unterscheiden sich die Landesgesetze untereinander. Die Reihung der Patienten auf den Wartelisten erfolgt in den meisten Bundesländern nach „medizinischen Gesichtspunkten und betriebsorganisatorischen Aspekten“ (Oberösterreich, Salzburg, Steiermark, Vorarlberg, Wien) bzw. „medizinischen Gesichtspunkten und organisatorischen Belangen“ (Burgenland). In Tirol sind „die Art der Indikationsstellung für den Eingriff sowie die Dringlichkeit der Durchführung nach medizinischen Priorisierungskriterien“ ausschlaggebend. In Kärnten werden neben medizinischen auch „soziale Gründe“ für die Reihung angeführt. Die Nennung von sozialen Gründen für die Reihung der Warteliste ist einzigartig in Österreich und ersetzt die in den meisten anderen Ländern an dieser Stelle angeführten betriebsorganisatorischen Aspekte. Das niederösterreichische Landesgesetz gibt keine Kriterien für eine Reihung an. Im Burgenland, in Oberösterreich, in Salzburg, in der Steiermark und in Vorarlberg legen die Landesgesetze fest, dass die Warteliste auch die Wartezeit einzelner Personen – definiert als die Zeit zwischen Aufnahme in die Warteliste und Eingriffstermin – zu enthalten hat. In Wien wird dazu etwas allgemeiner formuliert, dass in Zusammenhang mit einer Operation stehende Prozesse inklusive der Terminvergabe schriftlich zu dokumentieren sind. In den übrigen Bundesländern Kärnten, Niederösterreich und Tirol wird die Wartezeit einzelner Personen nicht als Bestandteil der Warteliste festgelegt.

Dem Bundesgesetz zufolge haben die Patienten auf der Warteliste das Recht, auf ihr Verlangen über die gegebene Wartezeit für den jeweiligen Eingriff informiert zu werden. Das Maß an Transparenz, das durch diese Information geschaffen werden soll, variiert ebenfalls zwischen den Bundesländern. In acht Ländern (Burgenland, Kärnten, Oberösterreich, Salzburg, Steiermark, Tirol, Vorarlberg, Wien) wird die voraussichtliche Wartezeit nur Personen mitgeteilt, die bereits auf der Warteliste vermerkt sind. Einen größeren Schritt in Richtung Transparenz hat Niederösterreich gesetzt. Auf der Homepage der Niederösterreichischen Landeskliniken-Holding werden für die Fachbereiche Orthopädie, Augenheilkunde und Neurochirurgie Wartelisten veröffentlicht, die für jeden Besucher der Homepage zugänglich sind. In diesem Zusammenhang veröffentlicht jedes Krankenhaus für seine Abteilungen in den genannten Fachbereichen gesonderte Listen.

Tabelle 1: Umsetzung des Bundesgesetzes in den Landesgesetzen

Land	Umsetzung in Landesrecht	Wartelistenreihung nach ...	Wartezeit als Bestandteil der Warteliste	Information für Patienten auf der Warteliste	Veröffentlichung der Wartelisten im Internet*
Burgenland	15.11.2012	medizinischen und organisatorischen Aspekten	ja	Wartezeit	nein
Kärnten	19.07.2012	Anmeldezeitpunkt, medizinischen und sozialen Aspekten	nein	Wartezeit	nein
Niederösterreich	19.04.2012	keine Nennung von Kriterien im Landesgesetz	nein	Wartezeit	ja
Oberösterreich	05.07.2012	medizinischen und betriebsorganisatorischen Aspekten	ja	Wartezeit	Nein (bei der GES-PAG in Planung)
Salzburg	03.10.2012	medizinischen und betriebsorganisatorischen Aspekten	ja	Wartezeit	nein
Steiermark	16.10.2012	medizinischen und betriebsorganisatorischen Aspekten	ja	Wartezeit	nein
Tirol	04.10.2012	Art der Indikationsstellung und medizinischer Dringlichkeit	nein	Wartezeit	nein
Vorarlberg	12.12.2012	medizinischen und betriebsorganisatorischen Aspekten	ja	Wartezeit	nein
Wien	28.06.2012	medizinischen und betriebsorganisatorischen Aspekten	ja	Wartezeit	nein

* Angaben in dieser Spalte beziehen sich auf die neun Krankenanstaltenbetriebsgesellschaften, die Krankenhäuser der Vinzenz Gruppe und der Barmherzigen Brüder.
Quelle: IHS HealthEcon (2013).



Wartezeiten aus dem Blickwinkel der Krankenanstaltenbetriebsgesellschaften

Die KAKuG-Novelle sowie ihre Umsetzung in den Landesgesetzen ist per se ein wichtiger Schritt, um die Transparenz im Bereich der Wartelisten und Wartezeiten zu steigern. Inwiefern die praktische Umsetzung zur Transparenzsteigerung in diesem Bereich beiträgt, ist unter anderem auch Teil der nachstehenden Untersuchung.

Wartezeiten aus dem Blickwinkel der Krankenanstaltenbetriebsgesellschaften

Anhand einer schriftlichen Befragung der neun Krankenanstaltenbetriebsgesellschaften sowie der privat-gemeinnützigen Vinzenz Gruppe und der ebenfalls privat-gemeinnützigen Barmherzigen Brüder möchten wir die Wartezeiten auf Elektivoperationen in öffentlichen und privat-gemeinnützigen Krankenhäusern realistisch darstellen. Die Auskunftsbereitschaft war sehr groß: Von acht der neun Krankenanstaltenbetriebsgesellschaften erreichte uns eine Stellungnahme. Nur die Niederösterreichische Landeskliniken-Holding kam unserer Bitte um eine Stellungnahme nicht nach.²

Wie lange ist die Wartezeit?

Alle Krankenanstaltenbetriebsgesellschaften bejahen die Existenz von Wartezeiten auf Elektivoperationen in der Orthopädie und in der Augenheilkunde. Die Burgenländische Krankenanstalten-Gesellschaft m. b. H. (KRAGES) quantifiziert die Wartezeiten für Hüftgelenks- und Kniegelenksoperationen mit ca. vier Monaten auf unfallchirurgischen Abteilungen und mit ca. sechs Monaten auf orthopädischen Abteilungen. Für Kataraktoperationen wird eine Wartezeit von sieben bis acht Monaten im Krankenhaus Oberpullendorf und von zehn bis elf Monaten im Krankenhaus Güssing genannt. Die Kärntner Krankenanstaltenbetriebsgesellschaft (KABEG) meldet derzeitige Wartezeiten von unter einem Monat in der Orthopädie und von acht Monaten in der Augenheilkunde (Kataraktoperationen). Die Oberösterreichische Gesundheits- und Spitals-AG (GESPAG) verfügt im orthopädischen bzw. ophthalmologischen Bereich in nur drei Krankenhäusern über Wartezeiten von über vier Wochen. Im Jahr 2012 betrug die durchschnittliche Wartezeit für Hüftgelenks-, Kniegelenks- und Schultergelenksoperationen im KH Steyr 46 Tage, im KH Gmunden 103 Tage und im KH Kirchdorf bis zu einem Jahr. Hier besteht noch Optimierungspotenzial (wobei man natürlich berücksichtigen muss, dass manche Patienten ein bestimmtes Spital präferieren). Die Salzburger Krankenanstaltenbetriebsgesellschaft (SALK) bestätigt Wartezeiten von über vier Wochen in der Orthopädie. Die Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m. b. H. (KAGes) führt für das Jahr 2012 eine durchschnittliche Wartezeit auf eine Totalendoprothese des Hüftgelenks von 13 Tagen in der höchsten und 124 Tagen in der niedrigsten Dringlichkeitsstufe und auf eine Totalendoprothese des Kniegelenks von 13 Tagen in der höchsten und 150 Tagen in der niedrigsten Dringlichkeitsstufe an.

Damit konnten bei diesen beiden Operationen die im Rahmen des Stufenschemas zur Prio-

2 Mit folgenden fünf Fragen haben wir uns an die Krankenanstaltenbetriebsgesellschaften gewandt:

1. Das XXX Krankenanstaltengesetz sieht eine Reihung der Patienten auf Wartelisten nach „medizinischen Gesichtspunkten/betriebsorganisatorischen Aspekten/sozialen Aspekten“ vor.
 - Welche konkreten Gesichtspunkte bzw. Aspekte werden hierfür herangezogen bzw. planen Sie hierfür heranzuziehen? Bitte um eine genaue Auflistung und Beschreibung dieser Gesichtspunkte bzw. Aspekte.
 - Seit wann bzw. ab wann werden diese Gesichtspunkte bzw. Aspekte angewendet?
2. Hat sich aufgrund der Gesetzesnovelle eine Änderung der Kriterien/Prioritäten für die Reihung der Patienten auf Wartelisten ergeben?
 - Wenn ja, bitte um eine Beschreibung dieser Kriterien/Prioritäten.
3. Kommt es in den Landeskliniken XXX zu Wartezeiten bei Hüftgelenks-, Kniegelenks-, Schultergelenks- oder Kataraktoperationen?
 - Wenn ja, können Sie diese quantifizieren?
4. Planen Sie, ähnlich wie der NÖGUS, die Wartelisten (Gesamtzahl der vorgemerkten Personen, differenziert nach Allgemein- und Sonderklasse, sowie die durchschnittliche Wartezeit) in der Augenheilkunde, der Neurochirurgie und der Orthopädie auf Landesklinikebene auf Ihrer Homepage allgemein öffentlich zugänglich zu machen? [Diese Frage war bei der Befragung der Niederösterreichischen Landeskliniken-Holding nicht enthalten.]
 - Wenn nein, was spricht aus Ihrer Sicht gegen eine derartige Veröffentlichung?
5. In Österreich hat sich die Meinung manifestiert, dass private Zuzahlungen und/oder der Besuch einer Privatordination und/oder eine private Zusatzversicherung die Wartezeiten auf Elektivoperationen verkürzen.
 - Welche Maßnahmen werden von der XXX gesetzt, um eine derartige Vorgangsweise auszuschließen?





risierung von elektiven Operationen³ als maximal tolerierbar festgelegten Wartezeiten eingehalten werden. Bei den Kataraktoperationen stellt sich der Sachverhalt etwas anders dar. Die durchschnittliche Wartezeit lag hier im Jahr 2012 bei 53 Tagen in der höchsten und bei 180 Tagen in der niedrigsten Dringlichkeitsstufe. Damit konnten die als maximal tolerierbar festgelegten Wartezeiten vor allem bei Fällen mit hoher Dringlichkeit nicht immer eingehalten werden. Durch Umschichtung und Kooperationen zwischen den Abteilungen sowie den Ausbau der tagesklinischen Versorgung ist es bei Fällen mit niedriger Dringlichkeit gelungen, die Wartezeit auf die maximal tolerierbare Zielgröße zu senken. Der bereits laufende Ausbau der tagesklinischen Versorgung im Bereich der Augenheilkunde soll dazu beitragen, die maximal tolerierbaren Wartezeiten in allen Dringlichkeitsstufen einhalten bzw. unterschreiten zu können. Generell ist in diesem Zusammenhang festzuhalten, dass Kataraktoperationen in Österreich noch viel häufiger tagesklinisch erfolgen könnten. In den EU-15 werden 72 % aller Kataraktoperationen tagesklinisch abgewickelt, in Österreich sind es nur 33 % (OECD 2012). Die Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH (TILAK) bejaht die Existenz von Wartezeiten auf Hüftgelenks-, Kniegelenks-, Schultergelenks- und Kataraktoperationen ohne jegliche weitere Quantifizierung. Die Vorarlberger Krankenhaus-Betriebsges. m.b.H. beziffert die Wartezeiten für Elektivoperationen „ohne objektive medizinische Dringlichkeit“ derzeit (Stand: Juni 2013) mit rund 16 Wochen in der Orthopädie und rund 50 Wochen in der Augenheilkunde. Der Wiener Krankenanstaltenverbund (KAV) gibt durchschnittliche Wartezeiten von 2,5 bis fünf Monaten bei Hüftgelenksendoprothesen-Operationen, von 2,5 bis vier Monaten bei Kniegelenksendoprothesen-Operationen, von 3,5 bis 5,5 Monaten bei Schultergelenksendoprothesen-Operationen und von 2,5 bis 3,5 Monaten bei Kataraktoperationen an.

In den Krankenhäusern der Niederösterreichischen Landeskliniken-Holding variieren laut Homepage die Wartezeiten auf eine Totalendoprothese des Hüft-, Knie- bzw. Schultergelenks erheblich.⁴ Die Wartezeit auf eine Totalendoprothese des Hüftgelenks reicht von durchschnittlich 6,2 Wochen im KH St. Pölten bis 30,4 Wochen im KH Neunkirchen, jene für eine Totalendoprothese des Kniegelenks von 8,0 Wochen im KH Zwettl bis 29,7 Wochen im KH Neunkirchen und jene für eine Totalendoprothese des Schultergelenks von 10,2 Wochen im KH Gmünd bis 29,1 Wochen im KH Scheibbs. Im KH Amstetten liegen die Wartezeiten in der Orthopädie unter vier Wochen. Die durchschnittlichen Wartezeiten auf eine Kataraktoperation variieren ebenfalls zwischen den einzelnen Krankenhäusern beträchtlich. Sie reichen von 13,0 Wochen im KH Mistelbach bis 39,0 Wochen im KH Wiener Neustadt. Im KH Waidhofen/Ybbs überschreiten die Wartezeiten in der Augenheilkunde vier Wochen nicht. Wir erbaten von der Niederösterreichischen Landeskliniken-Holding eine Stellungnahme, worauf diese Unterschiede zurückzuführen sind und ob geplant ist, die Operationen zwischen den einzelnen Landeskliniken besser zu verteilen, um die Wartezeiten zu reduzieren. Leider wurden uns diese Fragen von der Niederösterreichischen Landeskliniken-Holding nicht beantwortet. Ob die Wartezeiten in anderen Bundesländern zwischen den Krankenhäusern ähnlich stark variieren, können wir nicht feststellen. Einerseits wurden im Rahmen der schriftlichen Befragung der Krankenanstaltenbetriebsgesellschaften die Wartezeiten auf Krankenhausebene nicht abgefragt und andererseits fehlt es in den restlichen Bundesländern an einer ähnlich transparenten Darstellung der Wartezeiten wie in Niederösterreich.

Nicht nur in öffentlichen, sondern auch in privat-gemeinnützigen Krankenhäusern existieren Wartezeiten auf Elektivoperationen. In der Vinzenz Gruppe sind die Wartezeiten auf Hüftgelenks-, Kniegelenks- und Schultergelenksoperationen aufgrund der verfügbaren Kapazitäten und den konkreten Indikationsstellungen sehr unterschiedlich. Sie reichen von 60 bis 250 Tage. Für Kataraktoperationen ist im tagesklinischen Bereich mit einer Wartezeit von vier Wochen zu rechnen (KH der Barmherzigen Schwestern Ried). Im KH der Barmherzigen Brüder Eisenstadt beträgt die Wartezeit auf Gelenksendoprothesen zwischen acht und zwölf

3 Für eine detaillierte Beschreibung des von der KAGes implementierten Stufenschemas zur Priorisierung von elektiven Operationen siehe Cypionka et al. 2007b.

4 Stand laut Homepage Ende Juli bzw. Anfang August 2013.



Wochen bei „elektiv dringenden“ Fällen und rund 32 Wochen bei „elektiv nicht-dringenden“ Fällen. Im KH der Barmherzigen Brüder Linz kommt es zu keinen nennenswerten Wartezeiten auf Kataraktoperationen (rund zwei Wochen).

Tab. 2: Wartezeiten (in Wochen) von orthopädischen und ophthalmologischen Operationen

Krankenanstaltenbetriebsgesellschaften	Orthopädie (Hüft-, Knie-, Schultergelenksoperation)	Augenheilkunde (Kataraktoperation)
KRAGES	rund 24	28–44
KABEG	unter 4	32
NÖ Landeskliniken-Holding	Hüfte: 6,2–30,4 Knie: 8,0–29,7 Schulter: 10,2–29,1 unter 4 (KH Amstetten)	13–39 unter 4 (KH Waidhofen/Ybbs)
GESPAG	6,6–52	unter 4
SALK	n. v.	unter 4
KAGes	Hüfte: 1,9 (Stufe 1), 4,8 (Stufe 2), 17,7 (Stufe 3) Knie: 1,9 (Stufe 1), 1,9 (Stufe 2), 21,4 (Stufe 3)	7,6 (Stufe 1), 14,6 (Stufe 2), 26,6 (Stufe 3)
TILAK	n. v.	n. v.
Vorarlberger Krankenhaus-Betriebsges. m. b. H.	rund 16	rund 50
KAV	Hüfte: 10–20 Knie: 10–16 Schulter: 14–22	10–14
Vinzenz Gruppe	8,6–35,7	unter 4 (stationär)* 4 (tagesklinisch)*

* die Angaben beziehen sich nur auf das KH der Barmherzigen Schwestern Ried.

Quelle: IHS HealthEcon (2013)

Bei der österreichweiten Betrachtung zeigt sich, dass in öffentlichen wie auch in privat-gemeinnützigen Krankenhäusern mit maximalen Wartezeiten von bis zu 12 Monaten bei Hüftgelenks-, Kniegelenks- und Schultergelenksoperationen zu rechnen ist. Damit hat sich das Bild seit unserer letzten Erhebung im Jahr 2007 insofern geändert, als die Wartezeiten im orthopädischen Bereich in öffentlichen Krankenhäusern gestiegen sind und sich im privat-gemeinnützigen Krankenhäusern reduziert haben. Auf Kataraktoperationen wartet man in öffentlichen Krankenhäusern bis zu zwölf Monate und in privat-gemeinnützigen bis zu einem Monat. Diese Wartezeitendifferenzen zwischen öffentlichen und privat-gemeinnützigen Krankenhäusern dürfen aber nicht überinterpretiert werden, weil die zuvor angeführten Wartezeiten in privat-gemeinnützigen Krankenhäusern nur auf der Auskunft von zwei Spitälern (KH Barmherzige Schwestern Ried und KH Barmherzige Brüder Linz) beruhen und insofern nicht als repräsentativ für Österreich zu betrachten sind.

Zudem zeigen sich auch starke Unterschiede bei den Wartezeiten zwischen und innerhalb der einzelnen Bundesländer (siehe Tabelle 2). Diese sind bei den Kataraktoperationen besonders stark ausgeprägt. Hier liegt die Wartezeit in den öffentlichen Krankenhäusern von Oberösterreich und Salzburg unter vier Wochen und in den öffentlichen Krankenhäusern von Vorarlberg bei fast einem Jahr.

Nach welchen Kriterien erfolgt die Reihung auf den Wartelisten?

Das Führen von transparenten Wartelisten sollte seit der zuvor beschriebenen KAKuG-Novelle selbstverständlich und gängige Praxis sein. Im Rahmen der schriftlichen Befragung der Krankenanstaltenbetriebsgesellschaften wollten wir in Erfahrung bringen, wie die Vorgaben der Landesgesetzgebung in der Praxis umgesetzt werden und nach welchen Kriterien die Patienten auf den Wartelisten gereiht werden.

In den Krankenhäusern der KRAGES werden für den Fachbereich Orthopädie seit ca. 8 Jahren Wartelisten geführt. Die Wartelisten beinhalten u. a. Name des Patienten, Diagnose, Dringlichkeitsstufe, Tag der Anmeldung, geplanter OP-Termin, Datum des tatsächlichen OP-Tages sowie Angaben zu Wartezeit in Tagen, Allgemeinklasse/Sonderklasse, Selbstzahler/kein Selbstzahler. Bei Hüft- bzw. Knieoperationen erfolgt die Reihung der Patienten nach Dringlichkeitsstufen, wobei die Dringlichkeitsstufe akut und drei elektive Stufen unterschieden





werden. Für den Fachbereich Augenheilkunde wurden mit der Novellierung des Burgenländischen Krankenanstaltengesetzes Wartelisten eingerichtet. Die Reihung der Patienten auf den Wartelisten erfolgt nach uns nicht näher beschriebenen festgelegten Kriterien. In den Krankenhäusern der KABEG findet die Reihung der Patienten bei Kataraktoperationen basierend auf drei Dringlichkeitsstufen statt, welche vom Facharzt festgestellt werden. In den Krankenhäusern der KAGES basiert die Reihung der Patienten auf dem 2004 entwickelten Stufenschema zur Priorisierung von elektiven Operationen. Dieses kommt mittlerweile in einer EDV-gestützten Version in allen betroffenen Abteilungen der KAGES-Krankenhäuser zum Einsatz. In den Krankenhäusern der GESPAG erfolgt die Reihung der Patienten nach den Kriterien Zeitpunkt der Vormerkung, Schmerz oder Behinderung im Alltag, drohende Verschlechterung für Patienten, Pflegebedürftigkeit durch das Leiden, Berufsunfähigkeit. Zudem werden bei der Reihung soziale Gründe wie z. B. Angehörige zu pflegen, Aufsichtsperson, saisonale Berufstätigkeit berücksichtigt. In den Krankenhäusern der SALK ergibt sich die Reihung der Patienten nach medizinischer Dringlichkeit der Operation (diese wird vom behandelnden Arzt beurteilt) und der Verfügbarkeit von OP- und Bettenkapazitäten. Falls die Dringlichkeit es erfordert, werden in Einzelfällen weniger dringliche Operationen verschoben. In den Krankenhäusern der Vorarlberger Krankenhaus-Betriebsges. m. b. H. werden die Patienten in Übereinstimmung mit dem Vorarlberger Spitalsgesetz ausschließlich nach medizinischen (Schmerzsituation, Beeinträchtigung in der autonomen Lebensführung oder im Erwerbsleben durch die Erkrankung, Risiko einer Dauerschädigung durch verzögerte Behandlung) und betriebsorganisatorischen Gesichtspunkten (Verfügbarkeit von geeignetem Fachpersonal, OP-Saalkapazität, postoperative Betreuungsinfrastruktur) gereiht. In den Krankenhäusern des KAV werden für die Reihung der Patienten auf den Wartelisten ebenfalls medizinische und betriebsorganisatorische Gesichtspunkte herangezogen. Unter den medizinischen Gesichtspunkten sind Kriterien wie z. B. Fortgeschrittenheit der Erkrankung, Schmerzen, Berufstätigkeit, Art der Operation (vollstationär oder tagesklinisch) zu verstehen, während unter betriebsorganisatorische Gesichtspunkte sämtliche für die Operation notwendige Ressourcen wie freie OP-Saalkapazität, Operateur und OP-Team, vorhandene/verfügbare speziell notwendige Infrastruktur wie Intensivstation und Vorgaben wie Eigenblutvorsorge fallen. In den Krankenhäusern der Vinzenz Gruppe erfolgt die Reihung der Patienten mit Elektivoperationen in der Orthopädie chronologisch und in der Augenheilkunde nach dem Leidensdruck (Visusminderung) und der damit verbundenen Einschränkung im täglichen Leben.

Die Frage, ob die Patienten auf den Wartelisten aufgrund der Gesetzesnovelle nunmehr nach anderen Kriterien bzw. Prioritäten gereiht werden, wurde von allen Krankenanstaltenbetriebsgesellschaften verneint. Sie betonten, dass die Reihung der Patienten auf den Wartelisten seit jeher nach medizinischen Kriterien erfolgte. Die Gesetzesnovelle hat unserer Meinung nach jedenfalls dazu beigetragen, dass die Patienten nun nach nachvollziehbaren und mehr oder weniger transparenten Kriterien auf den Wartelisten gereiht werden. Damit ist die Transparenz bei der Führung von Wartelisten im Gegensatz zu unserer letzten Untersuchung deutlich gestiegen. Insofern kann die Gesetzesnovelle und auch die Umsetzung auf Landesebene als Verbesserung angesehen werden.

Abschließend ist in diesem Zusammenhang wichtig festzuhalten, dass Patienten mit einem Akutgeschehen in den österreichischen Krankenhäusern umgehend behandelt bzw. operiert werden. Auf diesen Umstand wird in sämtlichen Stellungnahmen der Krankenhausbetriebsgesellschaften explizit hingewiesen.

Erfolgt zukünftig eine transparente Darstellung der Wartezeiten auf den Homepages der Krankenhäuser?

Die Niederösterreichische Landeskliniken-Holding übernimmt bei der öffentlichen und transparenten Darstellung von Wartezeiten auf Elektivoperationen eine absolute Vorreiterrolle in Österreich. Sie veröffentlicht als einzige Krankenhausbetriebsgesellschaft auf Krankenhausebene in den Fächern Augenheilkunde, Neurochirurgie und Orthopädie die Gesamtanzahl an vorgemerkten Personen, differenziert nach Allgemein- und Sonderklasse, sowie die





durchschnittliche Wartezeit in Wochen. Diese Veröffentlichung erfolgt auf ihrer Homepage.⁵ Eine derartige Veröffentlichung ist unserer Meinung nach äußerst wünschenswert und trägt maßgeblich zur Transparenzsteigerung im Bereich der Wartezeiten auf Elektivoperationen bei. Aufgrund dessen haben wir im Rahmen der schriftlichen Befragung die restlichen Krankenhausbetriebsgesellschaften gefragt, ob sie auch eine derartige Darstellung der Wartezeiten planen.

Die GESPAG ist die einzige Krankenhausbetriebsgesellschaft, welche diese Frage bejahte. Derzeit arbeitet sie an einer standardisierten, automatisierten elektronischen Auswertung der durchschnittlichen Wartezeiten. Sobald diese Auswertung verfügbar ist, werden die Wartezeiten auf der Homepage veröffentlicht werden. Die SALK gab zu dieser Frage keine Stellungnahme ab. Die übrigen Krankenhausbetriebsgesellschaften verneinten diese Frage und begründeten das wie folgt:

- Die KRAGES gibt in ihrer Stellungnahme an, dass die Veröffentlichung der Wartelisten „aufgrund des Datenschutzes“ auf der Homepage bis dato noch nicht erfolgt sei.
- Laut KABEG ist eine Veröffentlichung der Wartezeiten auf der Homepage nicht angedacht, weil den Patienten im Rahmen der Vorstellung in der jeweiligen Spitalsambulanz die Wartezeit unmittelbar mitgeteilt wird.
- Die KAGes teilte uns mit, dass eine Veröffentlichung der Wartezeiten auf der Homepage nicht geplant sei, weil jeder Patient sofort auf Basis des zuvor beschriebenen Priorisierungsschemas einen OP-Termin zugewiesen bekommt. Die Wartezeit auf diesen kann unter oder über der auf einer Homepage veröffentlichten durchschnittlichen Wartezeit liegen. Aufgrund dessen hält die KAGes es nicht für sinnvoll, unkommentierte und anonyme Wartelisten zu veröffentlichen. Aus ihrer Sicht würde das Veröffentlichen von Wartezeiten auf Homepages nur dann Sinn machen, wenn jeder Patient gezielt seinen persönlichen Wartezeitstatus tagesaktuell via Internet abfragen könnte. Dies ist aber laut KAGes aufgrund der Datenschutz- und -sicherheitsbestimmungen ein schwer umzusetzendes Unterfangen, welches mit einem hohen Zeit- und Geldaufwand verbunden wäre und nur einen geringen Nutzenzuwachs stiften würde. Daher hat sich die KAGes laut eigenen Angaben dazu entschieden, eine derartige Strategie derzeit nicht zu verfolgen.
- Die TILAK führt in ihrer Stellungnahme an, dass der unmittelbare Vorteil für den Patienten durch auf Homepages veröffentlichte Wartezeiten nicht zu erkennen sei, weil die OP-Termine mit den Patienten in den Krankenhäusern direkt vereinbart würden. Gegen eine Veröffentlichung spreche zudem der hohe Verwaltungsaufwand, da sich die Wartelisten permanent ändern und daher permanent aktualisiert werden müssen. Bei der Aktualisierung besteht laut TILAK das Problem, dass sich Patienten an mehreren in- und ausländischen Krankenhäusern gleichzeitig auf Wartelisten setzen lassen, ohne jedoch eine zeitnahe Rückmeldung zu geben, dass sie von der Liste gestrichen werden können, wenn die Behandlung schon erfolgt ist. Ähnliches gelte für Verständigung durch Angehörige, falls ein auf einer Warteliste befindlicher Patient verstirbt.
- Laut der Vorarlberger Krankenhaus-Betriebsges. m. b. H. wird eine Auskunftserteilung auf elektronischem Weg aus technischen Gründen und unter Abwägung des mit einer solchen Lösung verbundenen Aufwands nicht realisiert.
- Der KAV teilte uns mit, dass eine Veröffentlichung der Wartezeiten nach niederösterreichischem Vorbild derzeit nicht geplant sei, weil dadurch kein Aussagewert für die auf eine Operation wartende Person gegeben sei. Laut KAV erfolgt die Beurteilung eines OP-Termins ausschließlich nach medizinisch begründeten und objektiv nach-

⁵ URL: <http://www.holding.lknoe.at/kliniken.html>





vollziehbaren Kriterien und lässt sich nicht auf statistisch errechnete Durchschnittswerte reduzieren. Eine reine Veröffentlichung von Durchschnittszeiten auf der Homepage würde der Intention einer Unterbindung von Doppel- und Mehrfachanmeldungen widersprechen, weil die Gefahr bestehe, dass Patienten sich dann sofort bei verschiedensten Trägern anmelden würden.

Auch die privat-gemeinnützige Vinzenz Gruppe hat derzeit keine Pläne, Wartelisten auf den Homepages der jeweiligen Krankenhäuser zu veröffentlichen. Grundsätzlich spricht laut Vinzenz Gruppe nichts gegen eine Veröffentlichung der Wartelisten. Der Aussagegehalt solcher Wartelisten sei für die Patienten jedoch nicht eindeutig. Lange Wartezeiten können, so die Auskunft, unterschiedliche Gründe haben, z. B. können sie ein Anzeichen für eine hohe Qualität des Krankenhauses bei gleichzeitig niedriger Kapazität sein, sie könnten aber auch ein Hinweis auf organisatorisches Unvermögen sein. Die Geschäftsführung der Vinzenz Gruppe würde es als wesentlich sinnvoller erachten, den Patienten über die Homepage standardisierte medizinische Ergebnisqualitätsinformationen zur Verfügung zu stellen, um hier eine bewusste Wahlentscheidung des Patienten zu unterstützen.

Aufgrund der Antworten der einzelnen Krankenanstaltenbetriebsgesellschaften kann man sich des Eindrucks nicht erwehren, dass eine Transparenzsteigerung im Bereich der Wartezeiten nicht im Fokus ihres Interesses steht. Es fällt auch auf, dass die Datenschutzerfordernisse offenbar sehr unterschiedlich ausgelegt werden. Insofern ist in naher Zukunft nicht mit einer österreichweiten transparenten Darstellung von Wartezeiten nach niederösterreichischem Vorbild zu rechnen, was unserer Ansicht nach sehr bedauerlich ist. Diese würde zu einer erheblichen Steigerung der Transparenz im Gesundheitswesen beitragen und könnte als Anhaltspunkt für Ärzte und Patienten dienen, um sich ein Bild von der vorherrschenden Wartezeitensituation zu machen. Ärzte hätten dann z. B. die Möglichkeit, steuernd einzugreifen indem sie Patienten in Krankenhäuser mit kurzen Wartezeiten überweisen bzw. sie auf diese Alternativen überhaupt hinweisen können. Es ist fraglich, ob die Intention des Bundesgesetzgebers war, dass Transparenz, wie dies in einigen Fällen geschieht, nur für bereits zur Operation angemeldete Patienten gelten soll, oder ob nicht vielmehr als Zielgruppe die Öffentlichkeit angedacht war. Abschließend sei noch angemerkt, dass die Veröffentlichung von Wartelisten bzw. Wartezeiten in anderen Ländern gängige Praxis ist. Als internationale Vorbilder können in diesem Zusammenhang z. B. Großbritannien oder Kanada angesehen werden (vgl. Czypionka et al. 2007b).

Welche Maßnahmen setzen Krankenhäuser gegen den Vorwurf, dass eine private Krankenzusatzversicherung oder ein Besuch in einer Privatordination die Wartezeit verkürzen?

In Österreich hat sich die Meinung manifestiert, dass eine private Krankenzusatzversicherung und/oder der Besuch in einer Privatordination die Wartezeit auf Elektivoperationen verkürzen. In diesem Zusammenhang haben wir die Krankenanstaltenbetriebsgesellschaften gefragt, welche Maßnahmen sie setzen, um eine derartige Vorgangsweise auszuschließen.

Die KRAGES und die KAGES verfügen über klare interne Richtlinien, um ein derartiges Vorgehen auszuschließen. In den Krankenhäusern der Vorarlberger Krankenhaus-Betriebsges. m. b. H. ist es eine klar kommunizierte Vorgabe der Geschäftsleitung an alle leitenden Ärzte, dass die Vergabe von OP-Terminen bei elektiven Operationen in Übereinstimmung mit dem Spitalgesetz ausschließlich nach medizinischen und betriebsorganisatorischen Vorgaben erfolgen darf. In den Krankenhäusern des KAV verhindert das EDV-unterstützte Anmelde-system „OPERA“ eine Vorreihung von Privatpatienten.

Laut der Geschäftsführung der privat-gemeinnützigen Vinzenz Gruppe sind private Zuzahlungen für stationäre Heilbehandlungen verboten und kommen daher nicht vor. Zuwiderhandlungen würden streng geahndet – bis zur Entlassung des Mitarbeiters, der die private Zuzahlung angenommen hat.



Wartezeiten aus dem Blickwinkel der Patientenvertreter

Wartezeiten aus dem Blickwinkel der Patientenvertreter

Mithilfe einer schriftlichen Befragung der neun Patientenvertretungen möchten wir ein flächendeckendes Bild generieren, ob und inwiefern Wartezeiten auf Elektivoperationen für die Patientenvertreter ein Thema oder Gegenstand von Beschwerden sind. Die Auskunftsbereitschaft war sehr groß. Alle neun Patientenvertreter kamen unserer Bitte um eine Stellungnahme nach.⁶

Sind Wartezeiten ein Grund zur Beschwerde?

Generell kann kein österreichweit einheitliches Bild gezeichnet werden, ob und inwiefern Wartezeiten ein Grund für Patienten sind, sich an die Patientenvertretung zu wenden. Die Patientenvertretungen des Burgenlands, von Oberösterreich, von Salzburg, der Steiermark und von Vorarlberg gaben an, dass Wartezeiten auf Elektivoperationen so gut wie kein Thema bei ihrer Tätigkeit sind. Die steirische Patientenvertretung ergänzte in der Stellungnahme, dass es bis vor ca. drei bis vier Jahren massive Beschwerden über Wartezeiten vor allem im Augenbereich gab, was sich aber völlig gelegt habe.

Im Unterschied dazu berichteten die Patientenvertretungen von Kärnten, Niederösterreich, Tirol und Wien, dass lange Wartezeiten auf Elektivoperationen immer wieder Grund zur Beschwerde seien. Die niederösterreichische Patientenvertretung merkte in der Stellungnahme an, dass bei den Überprüfungen der Beschwerden immer wieder fachärztlich/gutachterlich bewertet werden müsse, ob durch diese Wartezeit nicht ein zusätzlicher Schaden bei den Patienten entstanden sei. Die Kärntner Patientenvertretung fügte hinzu, dass es vereinzelt Beschwerden wegen der langen Wartezeiten auf Kataraktoperationen gebe. Die Zeitspanne für diese Operation sei in Kärnten gegenüber anderen Bundesländern extrem lang. Aufgrund dessen seien von der Kärntner Patientenvertretung diesbezüglich zielführende Maßnahmen von der Gesundheitsplattform gefordert worden, welche zugesichert, aber noch nicht ausreichend umgesetzt worden seien. Die Tiroler Patientenvertretung hielt fest, dass die Beschwerden vorwiegend die Nichteinhaltung oder die Verschiebung bereits vereinbarter OP-Termine betreffe. In diesen Beschwerdefällen gehe es weniger darum, dass sich die Betroffenen ungerecht behandelt oder als Patienten zweiter Klasse fühlten, sondern vielmehr um die Frage, ob ihnen durch diese Wartezeit nicht ein zusätzlicher Schaden entstanden sei. Die Wiener Patientenvertretung führt in ihrer Stellungnahme an, dass sich die Beschwerden auf immer wieder verschobene Operationen bezögen, zum Teil wären die Patienten schon für die Operationen im Krankenhaus aufgenommen und vorbereitet worden.

Verkürzen eine private Krankenzusatzversicherung oder ein Besuch in einer Privatordination die Wartezeit?

Sämtliche Patientenvertretungen (ausgenommen Burgenland) führen an, dass aus den Schilderungen der Patienten immer wieder entnommen werden kann, dass sich durch eine private Krankenzusatzversicherung oder den Besuch in einer Privatordination die Wartezeiten verkürzen. Diesbezügliche Beschwerden erfolgten bei den Patientenvertretungen in der Regel allerdings nicht. Aufgrund dessen sei es den Patientenvertretungen nicht möglich, die durch die private Krankenzusatzversicherung bzw. einen Besuch in einer Privatordination entstandene Wartezeitverkürzung zu quantifizieren.

6 Mit folgenden sechs Fragen haben wir uns an die Patientenvertreter gewandt:

1. Inwieweit sind bei Ihrer Tätigkeit als Patientenanwalt Wartezeiten auf Elektivoperationen ein Thema?
2. Hat sich Ihrer Meinung nach seit der KAKuG-Novelle vom 30.07.2011 die Transparenz von Wartezeiten auf elektive Operationen verbessert?
3. Erhalten Sie Hinweise darauf, dass private Zuzahlungen und/oder der Besuch einer Privatordination und/oder eine private Zusatzversicherung des Patienten die Wartezeiten auf elektive Operationen verkürzen?
4. Falls dem so ist, können Sie das quantifizieren oder näher ausführen?
5. Haben Sie in Ihrer Funktion als Patientenanwalt Möglichkeiten, Maßnahmen gegen Wartezeitverkürzungen aufgrund von privaten Zuzahlungen/Besuchen von Privatordinationen/privaten Zusatzversicherungen zu setzen? Falls dem so ist, können Sie diese kurz beschreiben?
6. Inwieweit können Sie Patienten unterstützen, welche gegen Wartezeitverkürzungen aufgrund der zuvor genannten Umstände vorgehen möchten?



Der niederösterreichische Patientenvertreter Herr Dr. Bachinger hielt in seiner Stellungnahme fest, dass sich aus seiner Sicht die Problematik des offenen Vorziehens von Patienten mit einer privaten Krankenzusatzversicherung (und zwar ohne Schuldbewusstsein) abgeschwächt hat, weil sich in den Krankenhäusern und beim Personal nach und nach die Einsicht durchgesetzt haben dürfte, dass dies ungerecht und gesetzeswidrig ist. Hingegen wurde vermehrt berichtet, dass ein Besuch (mit entsprechenden Zahlungen) in einer Privat- oder Wahlarztordination eine Bevorzugung in zeitlicher Hinsicht und in Bezug auf die persönliche Betreuung (Aussuchen des Operateurs) zur Folge habe. Dies führe zu einem noch größeren Nachteil für das öffentliche System, da anders als bei bevorzugten Privatversicherten in einem solchen Fall nicht einmal Privatversicherungszahlungen an das Krankenhaus flössen. Die Salzburger Patientenvertreterin Frau Drⁱⁿ. Zsifkovics geht davon aus, dass Privatpatienten mit Zuzahlung einen früheren OP-Termin bekommen. Der Vorarlberger Patientenvertreter Herr Mag. Wolf gibt an, dass ihm immer wieder Fallkonstellationen zugetragen würden, wo eine private Krankenzusatzversicherung bzw. ein Besuch in einer Privatordination die Wartezeit verkürzt hätten. Laut dem Vorarlberger Patientenvertreter ist die Verkürzung insbesondere der privaten Krankenzusatzversicherung zuzuschreiben. In bestimmten Fächern (Augenheilkunde, Orthopädie) bestehe anekdotische Evidenz, dass sich die Wartezeiten von neun auf drei Monate verkürzen. Die Wiener Patientenvertreterin Frau Frau Drⁱⁿ. Pilz betonte in ihrer Stellungnahme, dass sie durch ihre jahrelange Tätigkeit als Referentin im Grünen Klub und ihre Kenntnis über das Wiener Gesundheitswesen wisse, dass gesetzlich versicherte Patienten über den Umweg einer bezahlten Privatordination schneller an einen OP-Termin kämen. Dieses Prozedere sei in Wien gängige Praxis.

Die Patientenvertretungen haben nur dann eine Handhabe, gegen Wartezeitverkürzungen aufgrund von privaten Krankenzusatzversicherungen bzw. Besuchen in einer Privatordination vorzugehen, wenn sie eine diesbezügliche Beschwerde erhalten. In der Regel erfolgt dann eine Meldung an den Rechtsträger, wo eine Aufarbeitung erfolgt. Die Tiroler und Wiener Patientenvertretungen geben an, proaktiv im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit, bei Vorträgen und im persönlichen Gesprächen bzw. bei Treffen mit Vertretern der Ärztekammer, von Versicherungen, von Krankenhäusern und aus der Politik für eine nicht diskriminierende Vorgangsweise zu werben.

Das Gerücht „Private Krankenzusatzversicherungen bzw. der Besuch in einer Privatordination verkürzen die Wartezeiten auf Elektivoperationen“ steht nach wie vor im Raum. Das zeigt die Befragung der einzelnen Patientenvertreter, die diese anekdotische Evidenz mehr oder weniger bestätigt. Die diesbezügliche Sachlage hat sich somit seit unserer letzten Erhebung nicht wesentlich verändert.

Hat die KAKuG-Novelle die Transparenz bei den Wartezeiten verbessert?

Mithilfe der KAKuG-Novelle vom 30.07.2011 sollte, wie bereits zuvor erwähnt, die Transparenz bei Wartezeiten auf Elektivoperationen verbessert werden. Auf die Frage, ob und inwiefern diese Novelle zu einer Transparenzverbesserung führe, antworteten die meisten Patientenvertretungen, dass das korrespondierende Landesgesetz noch nicht vollständig umgesetzt bzw. noch zu kurz in Kraft sei, um darauf seriös antworten zu können. Die burgenländische Patientenvertretung betonte in diesem Zusammenhang, dass sich hinsichtlich der Transparenz nicht viel geändert habe, weil nur Personen auf den Wartelisten ein Auskunftsrecht über die Wartezeit hätten. Die niederösterreichische Patientenvertretung stellt eine verbesserte Transparenz sowohl nach innen (für das Management) als auch nach außen (für die Patienten) fest. Zudem verwies die niederösterreichische Patientenvertretung noch darauf, dass die derzeitige Situation der Transparenzsteigerung noch nicht befriedigend sei, weil die Kriterien für die Einstufung zumindest in Niederösterreich nicht veröffentlicht würden. Die steirische Patientenvertretung hob hervor, dass sich die Transparenz nach innen bereits zu diesem Zeitpunkt verbessert habe. Dies sei darauf zurückzuführen, dass die KAGes auf Druck der Patientenvertretung die Koordination der Wartezeiten übernommen habe und nicht mehr den



Wartezeiten aus dem Blickwinkel der Patienten

einzelnen Abteilungen in den Krankenhäusern überlasse. Dahingegen lässt laut der steirischen Patientenvertretung die Transparenz nach außen noch sehr zu wünschen übrig. Die Vorarlberger Patientenvertretung glaubt, dass diese Art der Transparenz für die Patienten kein geeignetes Mittel darstellte. Einerseits werde die Möglichkeit zur Anfrage von Patientenseite kaum bzw. überhaupt nicht genutzt, andererseits hätten die Abteilungen immer die Möglichkeit zu argumentieren, es seien eine gewisse Anzahl an medizinischen „Notfällen“ vorzuziehen gewesen. Die Wartezeiten darzustellen sei in einem gewissen Rahmen eine Kontrolle, eine Verbesserung habe sich aber dadurch nicht ergeben.

Wartezeiten aus dem Blickwinkel der Patienten

Ziel der „IHS HealthEcon-Patientenbefragung 2013“ zu Wartezeiten auf elektive Operationen war es, die gegenwärtig dünne österreichische Datenlage zu verbessern und dadurch ein realistisches Bild über Wartezeiten auf Hüftgelenks-, Kniegelenks- und Schultergelenksoperationen zu bekommen. Dazu wurde in Absprache mit den ärztlichen Leitern anhand eines strukturierten Fragebogens eine Patientenbefragung an 13 österreichischen Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt. Die Beteiligung an der Patientenbefragung kann durchaus als zufriedenstellend bezeichnet werden: Insgesamt konnten nach Bereinigung um nicht plausible Ausreißer 540 Fragebögen in die Stichprobe aufgenommen werden. Bei rund 83 % (N = 447) der befragten Patienten handelte es sich bei der zuletzt durchgeführten Operation um eine (Total-)Endoprothese des Hüftgelenks, Kniegelenks oder Schultergelenks. Für die folgenden Auswertungen konzentrierten wir uns auf ebendiese drei Operationen und exkludierten zur besseren Vergleichbarkeit mit den Ergebnissen der Befragungen der Krankenhausbetriebsgesellschaften und Patientenanwälte sämtliche „andere Operationen“. Im Vergleich zu unserer Patientenbefragung im Jahr 2007 übersteigt der Stichprobenumfang dieser Follow-up-Untersuchung das Siebenfache des damaligen Samples. Der höhere Stichprobenumfang erlaubt uns, statistisch besser abgesicherte Aussagen über die Wartezeit der Patienten zu treffen.

Die Kernfrage des Fragebogens war, wie lange die tatsächliche Wartezeit von der medizinischen Entscheidung für die Operation (durch den behandelnden Facharzt, den Operateur) bis zur Durchführung der Operation betrug. Weiters wurde erhoben, in welchem Krankenhaus die Operation durchgeführt wurde, ob die Patienten eine private Krankenzusatzversicherung besitzen, ob sie während des Krankenhausaufenthalts auf einer Sonderklassestation bzw. in einem Sonderklassezimmer untergebracht waren und ob die Operation ein- oder mehrmals verschoben wurde. Ein besonders wichtiger Aspekt in der Patientenbefragung war auch die Frage, ob den Patienten angeboten wurde, ihre Wartezeit durch private Zuzahlungen oder durch den Besuch einer Privatordination zu verkürzen. Zudem wurden Fragen aufgenommen, die den Schmerzzustand der Patienten und seine Veränderung während der Wartezeit sowie den Grad der körperlichen Beeinträchtigung und seine Veränderung während der Wartezeit identifizieren sollen.

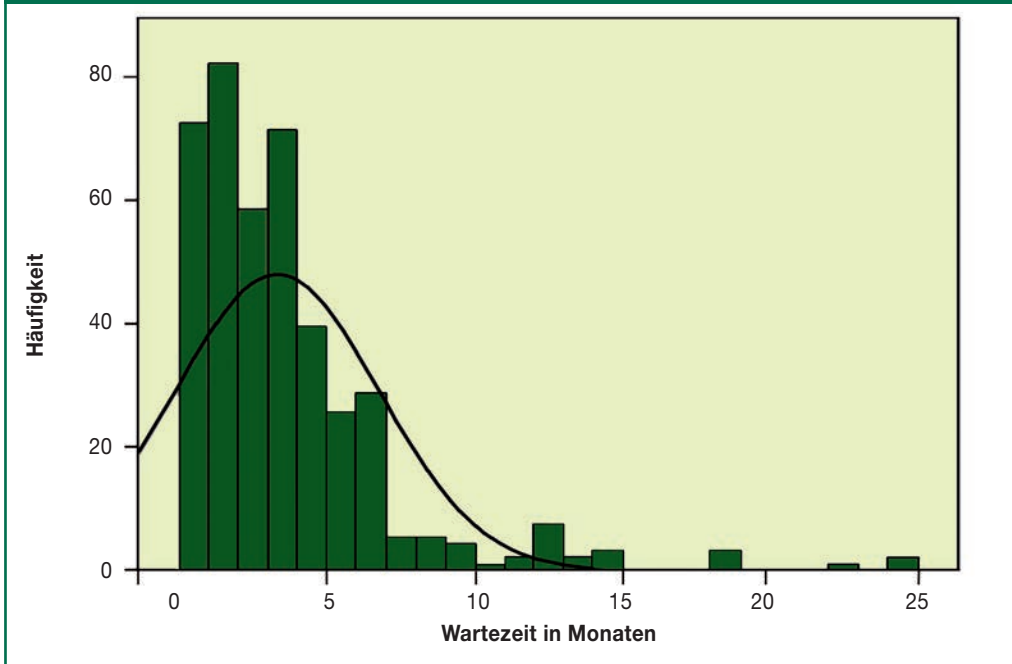
Die Verteilung der Wartezeiten⁷ ist im Vergleich zu einer Normalverteilung (Gauß'sche Glockenkurve) rechtsschief, was bedeutet, dass viele Patienten eine eher kurze Wartezeit haben, während einige wenige Ausreißer lange auf ihre Operation warten (Maximum: 24 Monate, vgl. Abbildung 1); nur rund 5 % der befragten Patienten warten länger als elf Monate. Aufgrund der Gegebenheit, dass in der Stichprobe Ausreißer zu finden sind und die Wartezeiten nicht der Normalverteilungsannahme entsprechen, werden im Folgenden stets der Median als Ausreißer-robustes Lagemaß und nichtparametrische Testverfahren zur Signifikanzprüfung angewendet.

⁷ Bei sämtlichen Analysen zur Wartezeit wurden jene Personen ausgeschlossen, die selbst ihre Operation verschoben haben.





Abbildung 1: Verteilung der Wartezeiten, Patienten mit einer (Total-)Endoprothese des Hüft-, Knie- oder Schultergelenks, ohne Selbstverschieber, N = 390



Quelle: IHS HealthEcon 2013

Die mediane Wartezeit auf eine Hüftgelenksoperation beträgt – ohne Berücksichtigung jener Personen, die selbst ihren Operationstermin verschoben haben – auf Basis unserer Stichprobe 2,1 Monate (N = 182); jene auf Kniegelenksoperationen liegt mit medianen 2,5 Monaten (N = 214) leicht höher. Es ergibt sich somit auf einem Niveau von 5 % kein signifikanter Unterschied in der durchschnittlichen Wartezeit der beiden Operationen (Mann-Whitney-U-Test, $p > 0,05$).

Hinsichtlich des Rechtsträgertyps des Krankenhauses sind unterschiedliche Wartezeiten festzustellen. So ist die mediane Wartezeit in PRIKRAF-Spitälern mit 1,0 Monaten (N = 23) signifikant niedriger (Kruskal-Wallis-Test, $p < 0,05$) als in öffentlichen Fondsspitälern⁸ (3,0 Monate, N = 210) und in privat-gemeinnützigen Fondsspitälern⁹ (3,0 Monate, N = 151).

Bei alleiniger Betrachtung der Wartezeiten in Fondsspitälern zeigt sich, dass Patienten mit privater Krankenzusatzversicherung (PKV) im Median (1,0 Monat, N = 52) signifikant kürzer (Mann-Whitney-U-Test, $p < 0,05$) auf ihre Hüftgelenks-, Kniegelenks- und Schultergelenksoperationen warten als Patienten ohne PKV (3,0 Monate, N = 309). Dieses Ergebnis berücksichtigt auch, dass sich der Grad der Beschwerden gemessen an der Stärke der Schmerzen während der Wartezeit von Patienten mit und ohne PKV nicht signifikant unterscheidet (Mann-Whitney-U-Test, $p > 0,05$). Ebenso ist die mediane Wartezeit in Fondsspitälern von Personen ohne PKV, die während ihres Krankenhausaufenthalts auf einer Sonderklassestation bzw. in einem Sonderklassezimmer untergebracht waren, mit 2,0 Monaten (N = 27) kürzer als jene von Personen, die ebenfalls keine PKV haben und nicht Sonderklasseleistungen in Anspruch genommen haben (3,0 Monate, N = 191); der Unterschied ist jedoch nicht signifikant (Mann-Whitney-U-Test, $p > 0,05$). Hinter dieser Hypothese steckt die Vermutung, dass Personen ohne PKV, die auf Sonderklasse liegen, ihre Operation selbst bezahlt haben und dadurch auch eine kürzere Wartezeit aufweisen.

Insgesamt wurde beachtlichen 6,5 % der befragten Patienten mit einer Hüftgelenks-, Knie-

⁸ Wir subsumieren unter öffentlichen Fondsspitälern jene Fondsspitäler mit folgenden Rechtsträgern: Land, Gemeinde, Krankenhausbetriebsgesellschaft, Krankenkasse.

⁹ Geistliche Orden und Glaubensgemeinschaften.



gelenks- oder Schultergelenksoperation angeboten, die Wartezeit durch private Zuzahlungen zu verkürzen. Damit liegt dieser Anteilswert leicht unter dem Vergleichswert der „IHS Health-Econ-Patientenbefragung 2007“¹⁰ (8 %). Jene Patienten, denen angeboten wurde, eine private Zuzahlung zu leisten, um ihre Wartezeit zu verkürzen, und die ihre Operation nicht selbst verschoben haben, weisen im Median eine längere Wartezeit auf (3 Monate, N = 25) als jene, denen dieses Angebot nicht gemacht wurde (2,5 Monate, N = 371); der Unterschied ist jedoch nicht signifikant (Mann-Whitney-U-Test, $p > 0,05$). Das legt trotzdem die Vermutung nahe, dass eher Patienten mit einer längeren Wartezeit mittels privaten Zuzahlungen eine Wartezeitenverkürzung angeboten wird als jenen mit kürzerer Wartezeit, da sich eine Wartezeitverkürzung in diesen Fällen nicht auszahlt. Auf die Frage, ob den Patienten mit einer Hüftgelenks-, Kniegelenks- oder Schultergelenksoperationen angeboten wurde, die Wartezeit durch den Besuch einer Privatordination zu verkürzen, antworteten etwa 7,4 % der Befragten, die diese Frage beantworteten, mit „ja“. Im Vergleich zu unserer Befragung im Jahr 2007 ist dieser Anteilswert etwa halb so groß. Auch hier zeigt sich, dass Patienten, denen das Angebot gemacht wurde, eine längere Wartezeit (3,0 Monate, N = 29) aufweisen als jene, denen dieses Angebot nicht gemacht wurde (2,5 Monate, N = 365); aber auch hier erweist sich der Unterschied als nicht signifikant (Mann-Whitney-U-Test, $p > 0,05$). Die Zusammenfassung der Information aus der Frage nach dem Angebot von privaten Zuzahlungen und ob das Angebot gemacht wurde, die Wartezeit durch den Besuch in einer Privatordination zu verkürzen, illustriert, dass beachtliche 10,4 % der befragten Patienten mindestens ein derartiges Angebot erhalten haben. Der Unterschied in der medianen Wartezeit von Personen mit dem Angebot irgendeiner informellen Zahlung (3,0 Monate, N = 42) und jenen ohne Angebot informeller Zahlungen (2,5 Monate, N = 352) ist wiederum nicht signifikant (Mann-Whitney-U-Test, $p > 0,05$).

Der überwiegende Anteil (89 %) der Patienten mit Hüftgelenks-, Kniegelenks oder Schultergelenksoperation hatte während der Wartezeit mittelmäßige bis starke Schmerzen. Zudem kann festgehalten werden, dass bei mehr als einem Drittel der Patienten (35 %) die Schmerzen während der Wartezeit auch zugenommen haben. Während knapp 8 % aller Patienten mit mittelmäßigen bis starken Schmerzen angeboten wurde, ihre Wartezeit durch private Zuzahlungen zu verkürzen, waren es bei Patienten mit keinen bis eher geringen Schmerzen lediglich 2 %. Ganz ähnlich ist der Sachverhalt in Bezug auf die körperliche Beeinträchtigung: 86 % gaben an, starke körperliche Beeinträchtigung erfahren zu haben, bei rund 36 % hat diese während der Wartezeit auch noch zugenommen. Ebenfalls 8 % aller Patienten mit mittelmäßiger bis starker körperlicher Beeinträchtigung wurde angeboten, ihre Wartezeit durch private Zuzahlungen zu verkürzen, bei Patienten mit keiner bis geringer körperlicher Beeinträchtigung waren es 3 %. Befragte Patienten, die sich bereits im Ruhestand befinden, warten im Median rund 2,5 Monate (N = 311) auf eine Hüftgelenks-, Kniegelenks- oder Schultergelenksoperation, während Angestellte oder Selbstständige (N = 61) eine mediane Wartezeit von 2,0 Monaten aufweisen; der Unterschied ist aber nicht signifikant (Mann-Whitney-U-Test, $p > 0,05$). Ein Grund für die etwas kürzeren Wartezeiten von berufstätigen Personen könnte sein, dass sie in gewissen Fällen aus sozialen Gesichtspunkten vorgereicht werden, um ihnen einen rascheren Wiedereintritt ins Berufsleben zu ermöglichen.

Die retrospektiv durchgeführte Patientenbefragung bestätigt das Bestehen von Wartezeiten auf Elektivoperationen sowie die Existenz von Einzelfällen, welche mit sehr langen Wartezeiten konfrontiert sind, ohne dass sie selbst ihre Operation verschoben haben. Darüber hinaus erscheint der Umstand, dass das Vorhandensein einer PKV die Wartezeiten in Fondsspitalern reduziert, ebenso bedenklich wie der relativ hohe Anteil an Angeboten, die Wartezeit durch eine private Zuzahlung bzw. einen Besuch in einer Privatordination zu verkürzen.

¹⁰ Bei sämtlichen Vergleichen mit der Patientenbefragung 2007 sei jedoch ausdrücklich darauf hingewiesen, dass im Jahr 2007 ein deutlich geringerer Stichprobenumfang (N = 61) zur Verfügung stand und die Ergebnisse somit mit größerer statistischer Unsicherheit zu interpretieren sind.





Fazit

Die Patientenbefragung hat eine mediane Wartezeit von 2,1 Monaten bei Hüftgelenksoperationen und 2,5 Monaten bei Kniegelenksoperationen ergeben. In Einzelfällen sehen sich Patienten auch mit sehr langen Wartezeiten konfrontiert (4,6 % warteten zwölf Monate und länger auf ihre Operation, 1,5 % 18 Monate und länger und 0,5 % sogar 24 Monate)¹¹. Hier gilt es, das System dahingehend zu verbessern, dass solche Patienten nicht „durch die Maschen“ fallen können. Zudem stellten wir bei der Befragung der Krankenanstaltenbetriebsgesellschaften starke Unterschiede bei den Wartezeiten zwischen und innerhalb der einzelnen Bundesländer fest. Auch hier gilt es, Maßnahmen zu finden, um die Allokation der Patienten zu verbessern.

Die KAKuG-Novelle hat zu deutlichen Änderungen im Umgang mit Wartezeiten geführt. Die Kriterien, nach denen Patienten auf den Wartelisten gereiht werden, sind zum Beispiel nun gesetzlich verankert und damit auch besser nachvollziehbar als noch im Jahr 2007. Dennoch gibt es noch Verbesserungspotenzial. So haben Patienten zum Teil nur dann Zugang zur Wartezeiteninformation, wenn sie bereits selbst auf die Warteliste kommen. Schon im Zuge unserer Untersuchung im Jahr 2007 haben wir als eines der wesentlichen Probleme festmachen können, dass die bessere Allokation von Patienten und damit die Verkürzung individuell sehr langer Wartezeiten nur dann gelingen kann, wenn die Patienten schon zum Zeitpunkt der Entscheidung für die Operation über diese Information verfügen. Zu diesem Zweck wäre eine Veröffentlichung der Wartelisten und Wartezeiten auf den Homepages der Krankenanstaltenbetriebsgesellschaften nach niederösterreichischem Vorbild sehr wünschenswert, womit aber, wie unsere Untersuchung zeigt, in naher Zukunft nicht zu rechnen ist.

Aus unserer Sicht war auch eine der Intentionen der Gesetzesnovelle, anhand der Veröffentlichung von Wartelisten nach Versicherungsstatus eine Bevorzugung von Patienten mit privater Krankenzusatzversicherung (PKV) zu verhindern. §16 KAKuG normiert eigentlich, dass Pflinglinge ungeachtet ihrer Unterbringung in Allgemein- oder Sonderklasse medizinisch gleich zu behandeln sind. Die meisten implementierten Systeme leisten das allerdings nicht: Unsere Untersuchung weist nach, dass Patienten mit PKV nach wie vor signifikant kürzer warten. Damit konnte die von den Patientenvertretern geäußerte Vermutung, dass Patienten mit PKV kürzer warten, empirisch bestätigt werden. Mehr Transparenz könnte helfen, diese Praxis zu beseitigen. Das bisweilen vorgebrachte Argument, dass Patienten mit PKV dem Krankenhaus mehr Geld einbrächten und somit das öffentliche System entlasten würden, muss differenziert betrachtet werden. Diese Entlastung mag gegeben sein, sie kann jedoch nicht über eine Diskriminierung auf Ebene der Patienten erfolgen. Als höchst problematisch sehen wir die Situation bei den informellen Zahlungen an. Man kann hier nicht mehr von Zufallstreffern oder Einzelfällen sprechen. Die Problematik besteht hier in einem externen Effekt: Wird das Angebot angenommen, stellen sich beide Seiten (Patient und Arzt) auf Kosten des Systems bzw. der anderen Patienten besser. Da die Geschädigten somit nicht von den Verursachern erfahren, erfolgen auch keine Konsequenzen und keine Aufdeckung. Unbeschadet der wissenschaftlichen Objektivität möchten wir festhalten, dass es gegenüber diesem Verhalten keinerlei Toleranz geben darf und die Ärztekammern – schon zum Schutze des Rufs ihres Berufsstandes – sowie auch die anderen Systempartner mit aller Entschlossenheit dagegen vorgehen müssen.

Fazit

¹¹ Patienten mit einer (Total-)Endoprothese des Hüftgelenks-, Kniegelenks- oder Schultergelenks, ohne Selbstverschieber, N = 390



LITERATUR

Czypionka, T., Kraus, M., Riedel, M., Röhrling, G., Schnabl, A. (2007a): Effizienz im Gesundheitswesen: Alles ganz einfach? – Warten in Europa: Ein Internationaler Vergleich bei Elektivoperationen. In: Health System Watch, Beilage zur Fachzeitschrift Soziale Sicherheit, erstellt durch das IHS HealthEcon, I/Frühjahr 2007.

Czypionka, T., Kraus, M., Riedel, M., Röhrling, G. (2007b): Wartezeiten auf Elektivoperationen in Österreich: eine Frage der Transparenz. In: Health System Watch, Beilage zur Fachzeitschrift Soziale Sicherheit, erstellt durch das IHS HealthEcon, IV/Winter 2007.

Hurst, J., und Siciliani, L. (2003): Tackling Excessive Waiting Times for Elective Surgery: A Comparison of Policies in Twelve OECD Countries. OECD Health Working Papers, 6.

Kreindler, S. (2010): Policy strategies to reduce waits for elective care: a synthesis of international evidence. In: British Medical Bulletin, Volume 95, Issue 1, 7–32.

Kraus, M., Czypionka, T., Röhrling, G., Rasinger, T. (2010): Wartezeiten unter mangelnder Transparenz – Ein Verteilungsproblem. In: WISO, Volume 33, Issue 2, 31–46.

OECD Health Data 2012; Eurostat Statistics Database.

Siciliani, L., Hurst, J. (2003): Explaining Waiting Times Variations for Elective Surgery across OECD Countries. OECD Health Working Papers, 7.

Siciliani, L., Hurst, J. (2005): Tackling excessive waiting times for elective surgery: a comparative analysis of policies in 12 OECD countries. In: Health Policy, Volume 72, Issue 2: 201–2015.

Siciliani, L., Borowitz M. and Moran V. (eds.) (2013): Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing.

Anhangstabelle: Eingriffe pro 100.000 Einwohner

	Hüftprothesen (stationär)			Knieprothesen (stationär)			Kataraktoperationen (stationär)			Kataraktoperationen (Tagesfälle)		
	2011	Index 2005 = 100	EU = 100	2011	Index 2005 = 100	EU = 100	2011	Index 2005 = 100	EU = 100	2011	Index 2005 = 100	EU = 100
Österreich	273	108	146	218	137	169	582	81	486	488	1452	107
Belgien	236 ^{a)}	99	126	178 ^{a)}	124	138	62 ^{a)}	81	51	999 ^{a)}	134	220
Dänemark	225 ^{a)}	109	121	175 ^{a)}	154	135	16 ^{a)}	72	14	890 ^{a)}	129	196
Deutschland	286	112	153	207	126	160	161	95	135	7	154	2
Estland	82	101	44	n. v.	n. v.	n. v.	2	14	2	917	200	202
Finnland	225	106	120	193	112	149	13	36	11	788	102	173
Frankreich	230	106	123	133	135	103	188	47	157	890	188	196
Irland	118	86	63	40	98	31	21	19	18	171	133	38
Italien	157	106	84	98	128	76	43	31	36	212	36	47
Luxemburg	228	104	122	160	102	124	441	73	369	288	311	63
Niederlande	216 ^{a)}	113	115	118 ^{a)}	140	91	10 ^{a)}	39	9	835 ^{a)}	114	184
Polen	75	187	40	22	386	17	232	136	194	75	617	17
Portugal	88 ^{b)}	113	47	62 ^{b)}	256	48	113 ^{b)}	43	95	1.277 ^{b)}	421	281
Schweden	233	111	125	124	133	96	19	99	16	829	129	183
Slowakei	86	110 ^{f)}	46	n. v.	n. v.	n. v.	160	55 ^{f)}	134	65	133 ^{f)}	14
Slowenien	187	119	100	110	279	85	31	11	26	1	1	0
Spanien	102	117	54	109	128	84	21	42	18	593	149	131
Tschechien	160	96 ^{f)}	85	110	99 ^{f)}	85	82	24 ^{h)}	69	11	2 ^{h)}	2
Ungarn	115	105	62	54	114	42	635	77	531	274	9793	60
Vereinigtes Königreich	181	126	97	143	128	110	12	34	10	652	110	144
EU (verfügbare Staaten)*	187	112	100	129	130	100	120	64	100	454	125	100
Island	173 ^{b)}	99	92	91 ^{b)}	92	71	9 ^{b)}	20	8	470 ^{d)}	68	103
Norwegen	242 ^{b)}	120	130	84 ^{b)}	112 ^{g)}	65	15 ^{b)}	47	12	447 ^{b)}	99	98
Schweiz	306	115	163	205	145	159	71	57	59	338 ^{c)}	106	74
Vereinigte Staaten	204 ^{a)}	122	109	226 ^{a)}	122	175	n. v.	n. v.	n. v.	1.890 ^{g)}	n. v.	416

* bevölkerungsgewichtet

^{a)}2010, ^{b)}2009, ^{c)}2008, ^{d)}2007, ^{e)}2006, ^{f)}2009–2011, ^{g)}2008–2009, ^{h)}2007–2011

Quelle: OECD Health Data 2013, IHS HealthEcon 2013.

