



Health System Watch



Warten auf Elektivoperationen in Österreich: eine Frage der Transparenz

Thomas Czypionka, Markus Kraus, Monika Riedel, Gerald Röhrling*

Zusammenfassung

Dem Themenkomplex Wartezeiten auf Elektivoperationen in Österreich gingen wir mithilfe mehrerer Untersuchungen auf den Grund: einer Befragung aller Krankenhausbetriebsgesellschaften, Patientenanwälte sowie des Gesundheitsministeriums, einer Analyse der Gesundheitsbefragung 2006 und eigens durchgeführter retrospektiver Patienteninterviews. Dabei konnten wir Wartezeiten auf bestimmte elektive Operationen quantifizieren, aber auch ihre erheblich ungleiche Verteilung auf Bundesländer und Patienten. Es besteht in Österreich bei weitem zu wenig Transparenz und Koordination, damit Wartezeiten optimiert werden. Dass dies möglich ist, beweisen internationale Beispiele, aber auch die steiermärkische KAGes. Ein solches Modell sollte in Hinblick auf die individuelle und gesamtgesellschaftliche Bedeutung von unnötig langen Wartezeiten österreichweit umgesetzt werden. Es bestehen auch Hinweise, dass eine private Zusatzversicherung oder die Inanspruchnahme des Operators als Privatarzt teilweise die Wartezeiten verkürzt. In unseren Patienteninterviews wurde die von Patientenanwälten geäußerte Praxis bestätigt, dass manche Ärzte eine Verkürzung der Wartezeit in Aussicht stellen, sollte eine private Zuzahlung geleistet oder die Privatordination besucht werden. Auch diesbezüglich sehen wir Handlungsbedarf.

Einleitung

Wartezeiten auf elektive Operationen stellen in etlichen Ländern ein ernsthaftes Problem im Gesundheitswesen dar.¹ Österreich berichtet im Rahmen einer groß angelegten OECD-Studie², keine nennenswerten Wartezeiten auf Elektivoperationen zu haben. Demgegenüber stehen wiederholte Berichte sowohl von Patienten als auch von offiziellen Stellen, dass mitunter lange Wartezeiten bei orthopädischen und ophthalmologischen Operationen auftreten. Ziel dieses Beitrages ist es, mehr Licht in die Frage der Wartezeiten auf Elektivoperationen in Österreich zu bringen.

Zusammen-
fassung

Einleitung

* Alle: Institut für Höhere Studien, IHS HealthEcon, 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>. Wir danken Sandra Müllbacher und Sigrid Stix (beide IHS) für die Mitwirkung sowie den beteiligten Primarii für ihre Unterstützung!

1 Vgl. Czypionka T., Kraus M., Riedel M., Röhrling G., Schnabl A. (2007): Warten in Europa: ein internationaler Vergleich bei Elektivoperationen. Health System Watch I/2007, Wien.
2 Vgl. Siciliani L., Hurst J.: Explaining Waiting Times Variations for Elective Surgery across OECD Countries. OECD Health Working Papers DELSA/ELSA/WD/HEA(2003)7.





Vorgangsweise

Vorgangsweise

Um trotz der mangelnden und verstreuten Datenlage ein möglichst genaues Bild der Wartezeiten auf geplante Operationen in Österreich zu zeichnen, haben wir mehrere einander ergänzende Untersuchungen durchgeführt. Die Krankenanstaltenbetriebsgesellschaften, die Patientenvertreter und das Gesundheitsministerium wurden zu diesem Thema befragt bzw. um eine Stellungnahme zu verschiedenen Fragen gebeten. Weiters führten wir eine retrospektive Erhebung von Wartezeiten auf Hüftgelenks- und Kniegelenksoperationen mittels eines Fragebogens in niederösterreichischen Rehabilitationsanstalten durch. Darüber hinaus analysierten wir die aktuelle österreichische Gesundheitsbefragung 2006 bezogen auf das Thema Wartezeiten.

Generell möchten wir darauf hinweisen, dass es sich bei den unten angeführten Wartezeiten großteils um bundeslandweite Durchschnitts- bzw. Schätzwerte handelt. Auf Individual-ebene betrachtet sind daher Abweichungen möglich, sogar wahrscheinlich.

Wartezeiten aus dem Blickpunkt der Krankenanstaltenbetriebsgesellschaften

Wartezeiten aus dem Blickpunkt der Krankenanstaltenbetriebsgesellschaften

Wie schon eingangs erwähnt ist die Transparenz von Wartezeiten und Wartekriterien auf geplante Operationen sowohl im orthopädischen Bereich (speziell bei Hüft- und Knieoperationen) als auch im ophthalmologischen Bereich (insbesondere bei Kataraktoperationen) nicht wirklich gegeben. Um die derzeit in Österreich vorherrschende Wartezeitsituation in den öffentlich- und privat-gemeinnützigen Krankenanstalten realistisch abbilden zu können, haben wir alle neun Krankenanstaltenbetriebsgesellschaften sowie die privat-gemeinnützig tätige Vinzenz-Gruppe und die ebenfalls privat-gemeinnützig wirkenden Barmherzigen Brüder Österreich um eine Stellungnahme gebeten.³ Die Auskunftsbereitschaft von dieser Seite her war im Allgemeinen sehr groß. Leider erreichte uns von zwei Krankenanstaltenbetriebsgesellschaften (Niederösterreich und Tirol) keine Rückmeldung.

Wartezeiten – wie lange beträgt diese?

Übereinstimmend erklärten alle Krankenkassenbetriebsgesellschaften in ihren Stellungnahmen, dass Wartezeiten sowohl bei Hüftgelenks- und Kniegelenksoperationen als auch bei Kataraktoperationen existieren. Eine exakte Quantifizierung dieser Wartezeiten war jedoch lediglich der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. (KAGes) und der Oberösterreichischen Gesundheits- und Spitals-AG (GES-PAG) möglich. Demnach liegen in den KAGes-Spitälern die durchschnittlichen Wartezeiten auf eine Totalendoprothese des Hüftgelenks bei 108 Tagen (abteilungsbezogen zwischen 65 und 160 Tagen), auf eine Totalendoprothese des Kniegelenks bei 172 Tagen (abteilungsbezogen zwischen 100 und 255 Tagen) und auf eine Kataraktoperation bei 142 Tagen (abteilungsbezogen zwischen 84 und 200 Tagen). In den Krankenhäusern der GES-PAG beträgt die durchschnittliche Wartezeit für Hüftgelenks- und Kniegelenksoperationen 10,3 Wochen⁴ bzw. 21,3 Wochen⁵, für Kataraktoperationen zwölf Wochen.

Der Wiener Krankenanstaltenverbund (KAV) bezieht die Wartezeiten in der Orthopädie mit maximal sechs Monaten (Tendenz: sinkend) und in der Augenheilkunde zwischen zwei und sechs Monaten. Das Allgemeine Krankenhaus Wien (AKH) meldete auf unsere Anfrage eine Wartezeit bei elektiven Hüftgelenks- und Kniegelenksoperationen von bis zu sechs Monaten und bei elektiven Kataraktoperationen zwischen drei und vier Monaten. Über die Tiroler Patientenvertretung erreichte uns eine Stellungnahme bezüglich der Wartezeiten in

3 Mit folgenden Fragen haben wir uns an die Krankenanstaltenbetriebsgesellschaften gewandt:

- 1.) Kommt es in den Landeskliniken zu Wartezeiten bei Hüftgelenks-, Kniegelenks- oder Kataraktoperationen?
- 2.) Falls solche Wartezeiten existieren, quantifizieren Sie diese bitte.
- 3.) Führen Sie Wartelisten von Patienten, die für eine Operation vorgemerkt sind?
- 4.) Nach welchen Kriterien/Prioritäten reihen Sie Patienten (auf den Wartelisten), die auf eine Operation warten?

4 Bezogen auf alle elektiv operierenden Abteilungen.

5 Bezogen auf die orthopädischen Abteilungen.





den Universitätskliniken für Augenheilkunde und Orthopädie des Landeskrankenhauses-Universitätsklinik Innsbruck. Hier betragen die Wartezeiten auf orthopädische Eingriffe sowohl für Allgemein- als auch Sonderklassepatienten einen Monat, auf ophthalmologische Eingriffe für Allgemeinpatienten fünf Monate und für Sonderklassepatienten zwei Wochen. In den Spitälern der Burgenländischen Krankenanstalten-Gesellschaft m.b.H. (KRAGES) gibt es für beide Operationsbereiche Wartezeiten von einigen Monaten. Die Kärntner Krankenanstaltenbetriebsgesellschaft (KABEG) meldet bei Kataraktoperationen eine Wartezeit von drei Monaten in der Krankenanstalt Klagenfurt und zwölf Monate in der Krankenanstalt Villach. Dieser beträchtliche Unterschied bei den Wartezeiten in den beiden Spitälern ist laut KABEG-Management darauf zurückzuführen, dass die Wartezeit im LKH Klagenfurt durch bedeutende Kapazitätssteigerungen erheblich abgebaut wurde und dies offenbar in der betroffenen Öffentlichkeit und bei den zuweisenden Fachärzten noch nicht entsprechend bekannt ist. Der Stellungnahme der Vorarlberger Krankenhaus-Betriebsges.m.b.H. zufolge kommt es in den Vorarlberger Landeskrankenhäusern gelegentlich zu kurzen Wartezeiten bei Elektivoperationen.

Nicht nur öffentliche Krankenanstalten, sondern auch privat-gemeinnützige Krankenanstalten bejahen Wartezeiten auf Elektivoperationen. In der Vinzenz Gruppe ist bei orthopädischen Operationen mit einer Wartezeit von drei Monaten bis zu über einem Jahr zu rechnen. Auch in den von den Barmherzigen Brüdern geführten Krankenanstalten existieren in beiden Operationsbereichen Wartezeiten. Für endoprothetische Operationen beträgt die Wartezeit zwischen zehn und zwölf Monaten im KH Eisenstadt und vier bis sechs Wochen im KH Klagenfurt, für Kataraktoperationen ergibt sich eine Wartezeit von drei Monaten im KH Linz und fünf Monaten im KH Wien.

Insgesamt gesehen ist bei Hüftgelenks- und Kniegelenksoperationen (Endoprothetik) in öffentlich-gemeinnützigen Spitälern mit einer Wartezeit zwischen drei und sechs Monaten zu rechnen. In einzelnen Abteilungen privat-gemeinnütziger Spitäler wartet man auf derartige Operationen bis zu ein Jahr und mehr. Dieses Ungleichgewicht bei den Wartezeiten führen wir unter anderem darauf zurück, dass sich privat-gemeinnützige Spitäler auf einzelnen Gebieten Spezialisierungen erworben haben und aufgrund dessen starken Patientenzustrom verzeichnen, sowie auf die Reputation einzelner Primarii. Längere Wartezeiten sind die Folge, die die Patienten aber bereit sind in Kauf zu nehmen. Zudem präferieren Patienten offenbar einen speziellen Spitalsträgertypus (nämlich die Ordenskrankenhäuser) für ihre Operation/Behandlung. Hierfür sind sie auch bereit, länger zu warten. Außerdem ist in diesem Zusammenhang zu bedenken, dass privat-gemeinnützige Krankenanstalten in der Regel geringere Kapazitäten als öffentlich-gemeinnützige haben, was ein weiterer Grund für längere Wartezeiten ist. Unterdurchschnittliche Wartezeiten im Bereich der orthopädischen Operationen weisen das Landeskrankenhaus-Universitätskliniken Innsbruck und das Krankenhaus der Elisabethinen in Klagenfurt auf (vier Wochen bzw. vier bis sechs Wochen). Die Wartezeiten auf Kataraktoperationen liegen im Schnitt zwischen zwei und sechs Monaten. Anders als bei den orthopädischen Eingriffen sind die Wartezeiten hier unabhängig vom Trägertyp.

Wartelisten – nach welchen Kriterien erfolgt die Reihung?

Das Führen von transparenten bundes- bzw. bundeslandeseinheitlichen Wartelisten ist in Österreich nicht gängige Praxis. Vielmehr reiht jedes Krankenhaus die Patienten nach selbst definierten Kriterien. Diesem Umstand zufolge wären unserer Auffassung nach standardisierte und transparente Kriterien zur Wartelistenführung sehr wünschenswert. Eine Vorreiterrolle übernimmt in dieser Hinsicht die KAGES, die ein sehr ausgeklügeltes und auf Transparenz bedachtes bundeslandeseinheitliches Wartelistenmanagement für Hüft- und Knieoperationen sowie Kataraktoperationen entwickelt hat.

Die GESPAG beispielsweise führt in Abteilungen/Krankenanstalten, in denen die Wartezeit mehr als zwei Wochen beträgt, elektronische Wartelisten, um die Ressourcen besser einsetzen zu können. Hierbei erfolgt die Reihung nach medizinischer Dringlichkeit, Schmerz-



Wartezeiten aus dem Blickpunkt der Patienten- vertreter

symptomatik, aber auch nach sozialen Gesichtspunkten, wie zum Beispiel Vorreihung erwerbstätiger Personen, um einen raschen Wiedereintritt ins Berufsleben zu ermöglichen. Für diese akuterer Fälle halten alle Abteilungen Kapazitäten frei, Ausfälle geplanter Operationen werden durch Patienten auf der Warteliste ersetzt. Dringlichere Eingriffe können somit in der GESPAG praktisch ohne Wartezeiten operiert werden.

Die Salzburger Landeskliniken (SALK) vergeben Operationstermine nach der Dringlichkeit des Eingriffs. Die Entscheidungskriterien zur Festlegung der Wartezeit sind sowohl medizinischer als auch sozialer Natur. Zu den Entscheidungskriterien, die denen der GESPAG ähneln, zählen Schmerzbelastung, Invalidität, Alter, abzusehende Risikosteigerung in der möglichen Wartezeit, Berufstätigkeit und Berufsfähigkeit, drohender Arbeitsplatzverlust, Komorbidität, familiärer Status. Bei manchen Patienten ist ein Kriterium (z. B. Alter > 85 Jahre), bei anderen Patienten das Zusammenspiel mehrerer Kriterien (z. B. schmerzbedingter Krankenstand mit drohendem Arbeitsplatzverlust bei Berufstätigkeit) ausschlaggebend, um sie innerhalb kurzer Zeit zu operieren. Die SALK unterscheidet zusätzlich zwischen Akut- und Standardwartelisten.

Innerhalb der KRAGES läuft aufgrund des deutlich bemerkbaren Anstiegs der Wartezeiten einerseits und der Objektivierung und Transparenz andererseits ein Projekt, elektronisch geführte und nach medizinischen Kriterien standardisierte Wartelisten einzuführen. Um diesbezüglich Informationen zu erhalten und auch um zukünftig einheitliche Wartelisten länderübergreifend zu führen, wurden laut KRAGES bereits Kontakte zur KAGES aufgenommen. Da die Versorgungsstrukturen in den beiden Bundesländern sehr unterschiedlich sind, wird seitens der KRAGES derzeit daran gearbeitet, inwieweit die von der KAGES erstellten Einstufungskriterien und die damit verbundenen zeitlichen Vorgaben zur Operation auch auf das Burgenland übertragbar sind.

Bei der Betrachtung der gesammelten Stellungnahmen ist zu erkennen, dass abgesehen von der medizinischen Dringlichkeit auch Kriterien wie Alter (sehr alt oder sehr jung) und berufliche Notwendigkeit ausschlaggebend sind, wie lange man auf einen Operationstermin wartet.

In diesem Zusammenhang sollte noch darauf hingewiesen werden, dass Akutpatienten in österreichischen Spitälern umgehend behandelt bzw. operiert werden. Dieser Umstand wird auch in den Stellungnahmen der Krankenanstaltenbetriebsgesellschaften bestätigt.

Wartezeiten aus dem Blickpunkt der Patientenvertreter

Um ein flächendeckendes Bild zu generieren, ob und inwiefern die Warteproblematik Gegenstand von Beschwerden ist, haben wir alle Patientenvertreter um eine diesbezügliche Stellungnahme gebeten.⁶ Die Auskunftsbereitschaft war auch von dieser Seite her sehr groß, acht der neun Patientenvertreter respondierten unsere Anfragen.

Wartezeiten – ein Grund zur Beschwerde?

Bei der Auswertung zeigte sich, dass hinsichtlich der Problematik langer Wartezeiten weder ein West-Ost- noch ein Nord-Süd-Gefälle besteht. Gemeinsamer Konsens der Patientenvertreter ist, dass es bei elektiven Operationen immer wieder zu langen Wartezeiten kommt, dies betrifft vor allem orthopädische⁷ und ophthalmologische⁸ Operationen, aber auch den Bereich der Herz- und Neurochirurgie.

Diese Wartezeiten sind auch immer wieder Anlass für Beschwerden von Patienten. Für betroffene Patienten – so der Wiener Patientenvertreter – ist es oftmals nämlich nur schwer

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

- 1.) Inwieweit sind bei Ihrer Tätigkeit als Patientenvertreter Wartezeiten auf Elektivoperationen ein Thema?
- 2.) Falls solche Wartezeiten existieren, quantifizieren Sie diese bitte.
- 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?

7 In diesem Bereich vor allem Hüft- und Knieprothesen.

8 In diesem Bereich vor allem Kataraktoperationen.





nachvollziehbar, dass ihre gesundheitliche Beeinträchtigung nicht der Grund für eine sofortige Operation ist, obwohl von den Krankenanstaltenträgern und Ärzten immer wieder versichert wird, dass geplante Operationstermine nach medizinischer Dringlichkeit vergeben werden. Er weist ebenso darauf hin, dass es für die betroffenen Patienten eine psychische Belastung darstellt, wenn deren Operationstermin aufgrund einer dringlichen Operation eines akut aufgenommenen Notfalls verschoben werden muss. Im Zusammenhang mit Beschwerdeführungen ist auch zu bedenken, dass die Akzeptanz von Wartezeiten Hand in Hand mit dem Leidensdruck der Patienten geht, dem sie ausgesetzt sind. Mit steigendem Leidensdruck sinkt die Wartebereitschaft der Patienten.⁹ Dementsprechend kann es etwa sein, dass für einen sehr schmerzgeplagten Patienten eine Wartezeit von einem Monat unzumutbar erscheint und daher beschwerdeauslösend ist, für einen weniger schmerzgeplagten Patienten hingegen erst eine Wartezeit von sechs Monaten inakzeptabel erscheint.

Einzig beim Vorarlberger Patientenvertreter sind die Wartezeiten auf elektive Eingriffe nicht Grund für Beschwerdeführungen – was aber nicht heißt, dass die Wartezeiten die Patienten nicht belasten. Vielmehr führt er diesen Umstand darauf zurück, dass sich gerade Schmerzpatienten eine schnelle Behandlung wünschen und vielleicht gerade deshalb noch längere Wartezeiten aufgrund von Beschwerdeführung vermeiden wollen. Diese Gegebenheit kann unserer Ansicht nach auch darauf zurückgeführt werden, dass die Wartezeiten auf Elektivoperationen in Vorarlberg im Allgemeinen kürzer sind als in den anderen Bundesländern.

Wartezeiten – Quantifizierung durch die Patientenanwaltschaften möglich?

Eine exakte Quantifizierung der Wartezeiten war keinem Patientenanwalt möglich. Der Grund hierfür dürfte sein, dass es in den einzelnen Krankenanstalten, unseres Wissens zufolge, keine Erhebung über Wartezeiten gibt – ein Punkt, der dringend verbesserungswürdig wäre, um die Transparenz in diesem Bereich zu stärken. Der burgenländische Patientenvertreter spricht in einzelnen Fällen von bis zu sechs Monaten Wartezeit auf orthopädische Operationen, ähnliche Wartezeiten führt die Patientenvertreterin für die Steiermark an (Hüftprothese, Dringlichkeitsstufe 3: rund drei Monate; Knieprothese, Dringlichkeitsstufe 3: unter sechs Monate).

Der Kärntner Patientenanwalt hält die in seinem Bundesland vorherrschenden sechs bis acht Monate Wartezeit auf Kataraktoperationen für zu lang. Es erscheint ihm unethisch, bei alten Menschen die Leistung eines Sinnesorgans in einem schlechten Zustand zu belassen, statt sie zu verbessern.

Private Zusatzversicherung – verkürzt eine solche die Wartezeit?

„Private Zusatzversicherungen verkürzen die Wartezeit auf elektive Operationen“ – ein Gerücht, das schon seit langem im Raum steht. Gemäß den Aussagen fast aller unabhängig voneinander befragten Patientenvertretern gebe es Hinweise, dass kürzere Wartezeiten auf Operationen bestünden, wenn man eine private Zusatzversicherung habe. Die steirische Patientenvertreterin bestätigt, dass eine private Zusatzversicherung bei Kataraktoperation die Wartezeit verkürzt. Dem burgenländischen Patientenvertreter zufolge haben Beschwerdeführer/Patienten darauf hingewiesen, dass kürzere Wartezeiten auf Operationen bestünden, wenn man eine private Krankenversicherung habe. Diese Vorwürfe betrafen jedoch Spitäler in anderen Bundesländern. Die Richtigkeit dieser Behauptung konnte allerdings nicht verifiziert werden. Der niederösterreichische Patientenvertreter bestätigt in einem Gespräch uns gegenüber Beschwerden zur Praxis, dass Vorreihungen durch Geldleistungen erhofft werden. Auf Nachfrage der Patientenanwaltschaften würde aber stets geantwortet, dies dem Patienten suggeriert zu haben. Der Wiener Patientenvertreter weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die verschiedenen Versicherungen auf ihren

⁹ Vgl. Czypionka T., Kraus M., Riedel M., Röhring G., Schnabl A. (2007): Warten in Europa: ein internationaler Vergleich bei Elektivoperationen. Health System Watch I/2007, Wien.



Wartezeiten aus dem Blickpunkt des Gesundheits- ministeriums

Homepages private Zusatzversicherungen mit „kurzen Wartezeiten auf Operationen“ bewerben. Die Uniqua beispielsweise bewirbt ihre Sonderklasseversicherung unter anderem mit der Devise „Rasche und flexible Vereinbarung von Behandlungs- und Operationsterminen“¹⁰, die Wiener Städtische bewirbt ihr Sonderklasseprodukt unter anderem mit dem Slogan „Sie werden vom Arzt Ihres Vertrauens betreut und bekommen rascher Termine“¹¹. Diese Bevorzugung von Patienten mit Zusatzversicherung kann auf zwei Ursachen zurückgeführt werden: Zum einen werden orthopädische und ophthalmologische Eingriffe bei Patienten mit privater Zusatzversicherung oftmals in einem Beleg- oder Privatspital durchgeführt. Derartige Spitäler können Patienten oftmals rasch einen Operationstermin anbieten, da sie keine Notfälle versorgen müssen. Hierdurch sind Aufnahmen und Operationen besser und leichter planbar. Ein früherer Termin aufgrund dieser Tatsache stellt auch noch kein Problem dar. Zum anderen aber können in öffentlichen Spitälern Operationstermine nur in Zusammenhang mit einem freien Bett vergeben werden. In der Regel ist ein Bett der Sonderklasse eher verfügbar bzw. leichter für eine Aufnahme zu reservieren als ein Bett der Allgemeinklasse. Da die Sonderklasseversicherung aber im Fall eines öffentlichen Spitals in erster Linie Unterbringung und Arzthonorar bezahlt, nicht aber eine Bevorzugung bei der OP-Kapazität, wäre eine Bevorzugung fragwürdig.¹² Es müssten eher die Bettenkapazitäten so aufgeteilt werden, dass keine Bevorzugung entsteht. Andernfalls hieße dies tatsächlich, dass Patienten mit gleichen medizinischen Bedürfnissen vom öffentlichen Spital ungleich behandelt werden. Diese Diskussion ist auch im Lichte der Sondergebühren zu sehen, da die Anzahl der Sonderklassebetten eine prozentuelle Obergrenze an den Gesamtbetten hat.¹³

Wartezeiten aus dem Blickpunkt des Gesundheitsministeriums

Im Zuge dieser Untersuchung haben wir auch das Ministerium um eine Stellungnahme zur Warteproblematik auf Elektivoperationen gebeten. Nach Ansicht des Ministeriums gibt es österreichweit keine nennenswerten Wartezeiten auf Elektivoperationen. Punktuell träten jedoch Wartezeiten bei geplanten Operationen auf.

Österreichweit sind die Wartezeiten auf orthopädische und ophthalmologische Eingriffe sowohl aus medizinischer als auch aus Patientensicht im Großen und Ganzen tolerierbar, wenngleich auch nicht wünschenswert. Dies dürfte auch der Grund sein, warum das Ministerium von keinen nennenswerten Wartezeiten auf elektive Eingriffe spricht.

In diesem Kontext stellte sich uns die Frage, ob das Ministerium gegenwärtig bzw. künftig Wartezeiten auf Elektivoperationen erfasst. Gegenwärtig wird das Ministerium von sich aus nicht tätig, um Wartezeiten zu erheben. Die einzige diesbezüglich nennenswerte Aktivität war die Erhebung von Wartezeiten auf fünf ausgewählte elektive Operationen im Rahmen der letzten Gesundheitsbefragung. Künftig wird das Ministerium im Rahmen der europaweit geltenden Indikatoren Wartezeiten auf geplante Operationen erheben müssen.¹⁴

Auch in Hinblick auf das Gesundheitsqualitätsgesetz sind hier Änderungen unerlässlich.

Wartezeiten im Lichte der österreichischen Gesundheitsbefragung

Erstmalig wurde in Österreich im Zuge der 2006 durchgeführten und kürzlich publizierten Österreichischen Gesundheitsbefragung¹⁵ versucht, aus Patientensicht die gegenwärtige Situation bezüglich Wartezeiten auf ausgewählte elektive Operationen zu erheben. Der Fra-

10 URL: http://www.uniqua.at/uniqua_at/cms/privat/health/special_class/index.jsp, Zugriff am 17.10.2007.

11 URL: <http://www.wienerstaetdtische.at/privat/gesundheit/produktuebersicht/sonderklasse-versicherung>, Zugriff am 17.10.2007.

12 Siehe auch Fußnote 16.

13 Siehe dazu den Rechnungshofbericht 2006/12.

14 Eine der Zielsetzungen der Europäischen Kommission besteht darin, vergleichbare Daten über Gesundheit und gesundheitsbezogene Verhaltensweisen der Bevölkerung, über Krankheiten und Gesundheitssysteme zu erheben. Dazu werden für ihre Definition, Erhebung und Verwendung europaweit einheitliche Indikatoren herangezogen. Ein solcher Indikator erfasst die Wartezeiten auf Elektivoperationen.

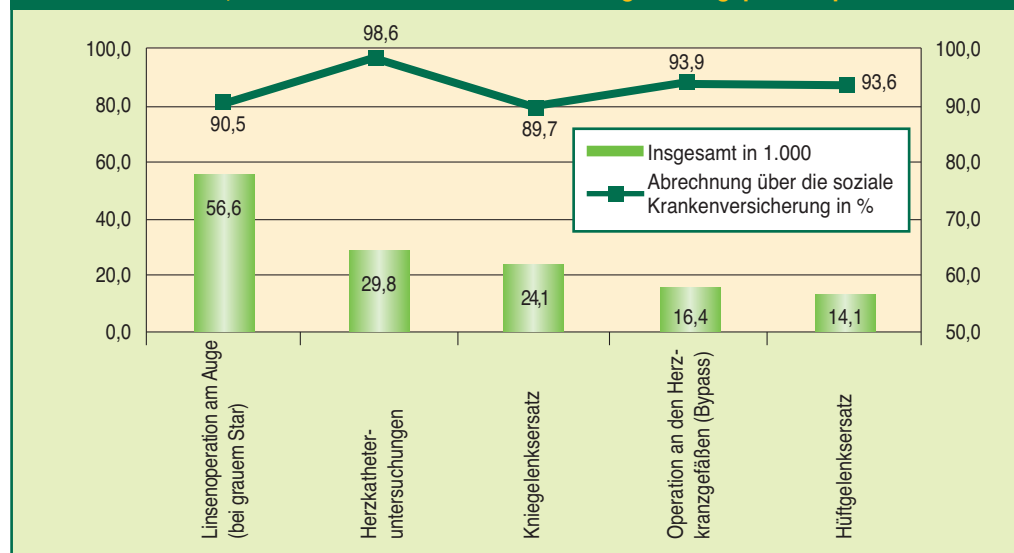




genkomplex „Wartelisten“ gliedert sich in das European Health Care Module – EHCM, Abschnitt „Stationäre Aufenthalte“ – ein und umfasst drei Fragen. Zu Beginn des Fragenkomplexes wurde erhoben, ob in den letzten zwölf Monaten eine Elektivoperation durchgeführt wurde; Hauptaugenmerk lag dabei auf fünf ausgewählten Operationen: Linsenoperation am Auge (bei grauem Star), Hüftgelenkserersatz, Kniegelenkserersatz, Operation an den Herzkranzgefäßen (Bypass) sowie Herzkatheteruntersuchungen. Anschließend sollten die Befragten angeben, wie lange sie auf ihre Operation warten mussten (in Tagen – Wochen – Monaten). Darüber hinaus waren die Befragten aufgefordert, Auskunft zu erteilen, ob die Operation im Rahmen der sozialen Krankenkasse oder einer privaten Krankenversicherung abgerechnet wurde.¹⁶

Mit knapp 57.000 Operationen stellt die Linsenoperation am Auge (bei grauem Star) die häufigste Elektivoperation in den letzten zwölf Monaten dar, vgl. Abbildung 5. Rund 24.000 Personen mussten sich einer Kniegelenkoperation unterziehen, immerhin 14.000 einer Hüftgelenkoperation. Bei allen fünf Eingriffen wurde die überwiegende Anzahl über die soziale Krankenversicherung abgerechnet, und zwar zwischen 89,7 und 98,6 Prozent aller Operationen.

Abb. 1: Personen, die in den letzten 12 Monaten die angeführte geplante Operation hatten



Quelle: Statistik Austria 2007, IHS HealthEcon 2007.

Auch die Ergebnisse der Gesundheitsbefragung zeigen, dass es in Österreich bei den ausgewählten elektiven Eingriffen zum Teil doch beträchtliche Wartezeiten gibt. So warten in Österreich laut Befragungsergebnissen Patienten mit durchschnittlich 102 Tagen auf eine Linsenoperation am Auge (bei grauem Star) am längsten, vgl. Abbildung 2 – Krankenhausbetriebsgesellschaften geben bei Kataraktoperationen eine Wartezeit zwischen zwei und sechs Monaten an. Bei Hüft- und Kniegelenkoperationen liegen die Ergebnisse der Gesundheitsbefragung (Wartezeit von 97 bzw. 78 Tagen) deutlich unter den Angaben der Krankenhausbetriebsgesellschaften (drei bis sechs Monate). Nichtsdestotrotz erscheinen die Wartezeiten bei Hüftgelenks- und Kniegelenkoperationen insbesondere aus dem Grund problematisch, da in diesen Fällen die auftretende Wartezeit in der Regel mit Schmerzen einhergeht oder die Lebensqualität der Patienten durch eingeschränktes Be-

15 Die Erhebung wurde im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend (BMGFJ) sowie der Bundesgesundheitsagentur von der Statistik Austria konzipiert und durchgeführt und liefert repräsentative Aussagen für die österreichische Bevölkerung im Alter von 15 und mehr Jahren, vgl. BMGFJ, Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007: Hauptergebnisse und methodische Dokumentation. Wien, 2007.

16 Krankenhausaltenträger (öffentlich – privat-gemeinnützig – privat-gewinnorientiert) wurden nicht erhoben – eine derartige Frage sollte bei der nächsten Gesundheitsbefragung Berücksichtigung finden.

Personen, die in den letzten zwölf Monaten die angeführte geplante Operation hatten



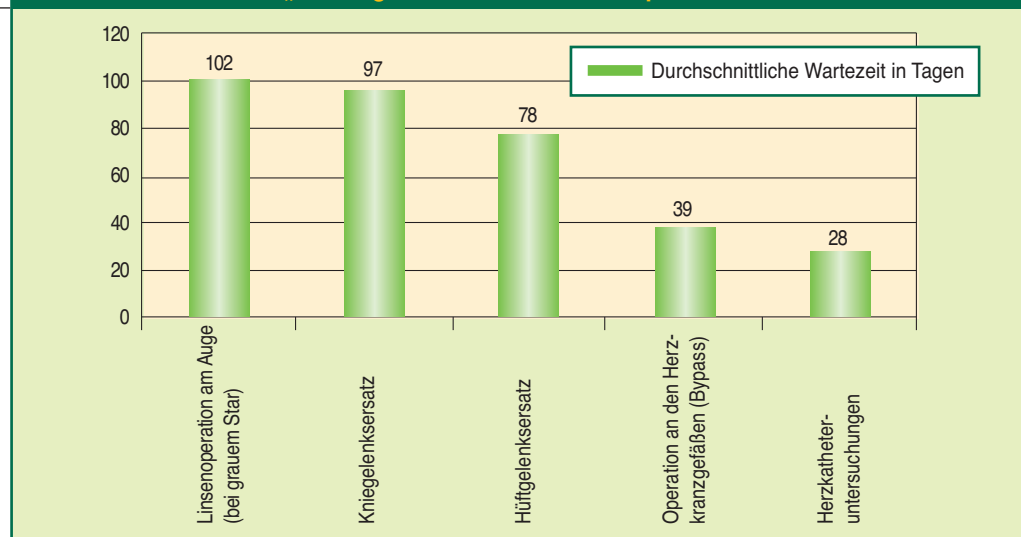
wegungsvermögen stark beeinträchtigt wird. Die Wartezeit ist im Allgemeinen kürzer, wenn die Operation im Rahmen einer privaten Krankenversicherung abgerechnet wurde. Bei Kataraktoperationen muss der betroffene Patient mit nur gesetzlicher Krankenversicherung durchschnittlich viermal, bei Knieoperationen durchschnittlich 3,5-mal und bei Hüftoperationen bzw. Herzkatheteruntersuchungen doppelt so lange warten wie privatversicherte Patienten.¹⁷ Leider kann man hier nicht nach Krankenhasträgern differenzieren, sodass keine Aussage möglich ist, ob dies auch auf öffentliche Spitäler zutrifft.

Bei einer geschlechts- bzw. altersspezifischen Betrachtung der Wartezeiten zeigen sich zum Teil überraschende, aber schwer erklärbare Unterschiede in der durchschnittlichen Wartezeit, vgl. Anhangstabelle A1:

Die größten geschlechtsspezifischen Unterschiede ergeben sich bei Linsenoperationen und Kniegelenksoperationen. So warten Männer auf eine Kataraktoperation um mehr als einen Monat länger als Frauen; bei Knieoperationen wiederum haben Frauen eine knapp einmonatige längere Wartezeit. Bei den restlichen Operationen warten Männer um sieben bis 16 Tage länger als Frauen. Weiters überrascht, dass bei Betrachtung der beiden „großen“ Altersgruppen (15- bis 60-Jährige und über 60-Jährige) die beiden orthopädischen Operationen unterschiedliche Trends in der Wartezeit aufweisen: Während die überwiegend nicht mehr erwerbstätige Bevölkerung der über 60-Jährigen bei Hüftgelenksoperationen im Vergleich zur Erwerbsbevölkerung eine um drei Viertel höhere durchschnittliche Wartezeit hat, liegt die Wartezeit der älteren Bevölkerung bei Kniegelenksoperationen um knapp

Wie lange
mussten Sie auf
Ihre Operation
warten?

Abb. 2: „Wie lange mussten Sie auf Ihre Operation warten?“



Quelle: Statistik Austria 2007, IHS HealthEcon 2007.

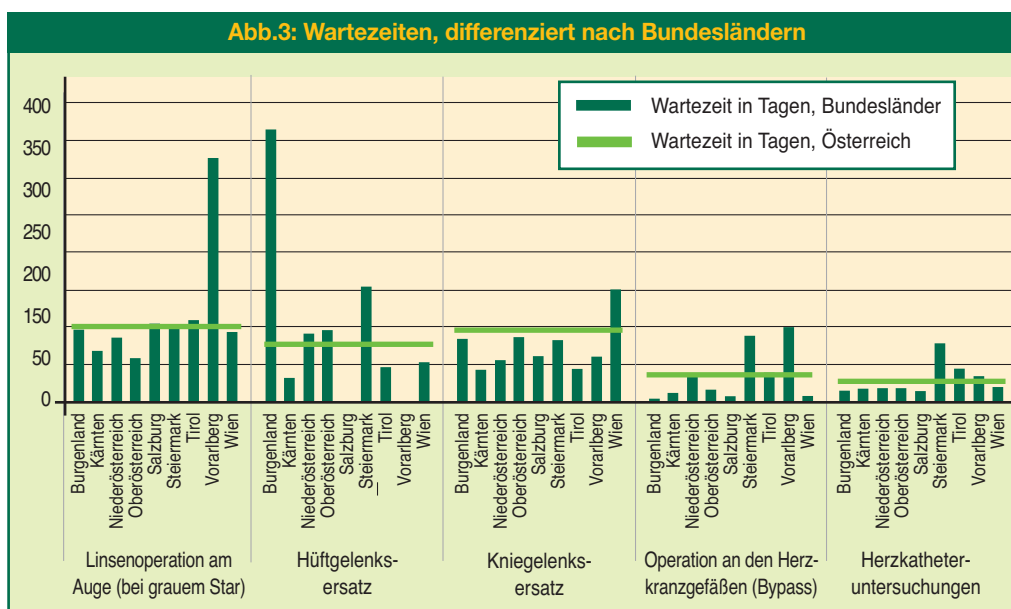
60 Prozent unter der Zeit, die 15- bis 60-Jährige warten müssen. Ein Zusammenhang zwischen der Zahl der durchgeführten Operationen und der Wartezeit ist nicht zu erkennen: Bei fast doppelt so vielen Hüftgelenksoperationen bei den über 60-Jährigen erhöht sich die Wartezeit, wie gerade erwähnt, um 75 Prozent – im Gegensatz dazu reduziert sich die Wartezeit bei Kniegelenksoperationen bei den nicht Erwerbsfähigen stark trotz steigender Operationshäufigkeit (Erhöhung um fast 50 Prozent) im Vergleich zu den 15- bis 60-Jährigen. Ein Vergleich der Wartezeiten in den einzelnen Bundesländern zeigt, dass beispielsweise die Steiermark bei drei von fünf Elektivoperationen (Hüftgelenksersatz: doppelt so lange Wartezeit als im Österreichschnitt; Bypassoperation: 2,3-mal so lange Wartezeit; Herzkatheteruntersuchungen: 2,8-mal so lange Wartezeit) stark über dem österreichischen Durchschnittswert liegt. Besonders starke Ausreißer nach oben sind auch im Burgenland (bei Hüftgelenksopera-





tionen: Wartezeit rund ein Jahr), in Vorarlberg (bei Kataraktoperationen: mehr als 3-mal so lange Wartezeit als im Österreichschnitt) sowie in Wien (beim Kniegelenksersatz rund 1,5-mal so lange als im Österreichschnitt) zu finden.

Ein Mitgrund für die doch erheblichen Unterschiede bei den Wartezeiten zwischen den einzelnen Bundesländern ist, dass ein bundesländerübergreifender Ausgleich von verfügbaren bzw. freien Kapazitäten aufgrund des vorherrschenden Finanzierungssystems nicht existiert.



Quelle: Statistik Austria 2007, IHS-HealthEcon 2007.

Wartezeiten im Lichte einer Patientenbefragung

Im Zuge dieses Beitrags konnte das IHS mit Unterstützung der österreichischen Sozialversicherung durch anonymisierte Patienteninterviews die Datenlage in Österreich bezüglich Wartezeiten auf Elektivoperationen (Hüftgelenks-, Kniegelenks- und Kataraktoperationen) verbessern. Bei dieser Erhebung wurden Patienten aus drei niederösterreichischen Rehabilitationseinrichtungen strukturiert befragt (n = 61). Diese sollten angeben, wie lange sie von der Entscheidung für die Operation bis zur Durchführung der Operation warten mussten. Weiters wurde erhoben, ob die Operation in einem öffentlichen oder in einem privaten Krankenhaus durchgeführt wurde, ob die Patienten durch eine private Krankenversicherung zusätzlich versichert sind und ob die Operation ein- oder mehrmals verschoben wurde (Verschiebung durch den Patienten selbst oder Verschiebung durch das Krankenhaus). Darüber hinaus wurde versucht zu erheben, ob es in Österreich vorkommt, dass angeboten wird, mittels privater Zuzahlungen oder durch den Besuch einer Privatordination Wartezeiten zu verkürzen. Auch der Schmerzzustand der Patienten und seine Veränderung sowie die körperliche Beeinträchtigung und Veränderung während der Wartezeit fanden im Fragebogen Niederschlag.

Die durchschnittliche Wartezeit bei Hüftgelenksoperationen beträgt zehn Wochen und bei Kniegelenksoperationen 29 Wochen (ohne Berücksichtigung jener Personen, die selbst ihre Operation verschoben haben); der Unterschied ist statistisch signifikant. Die Stichprobe enthält jedoch auch Ausreißer am oberen Ende der Verteilungen, sodass sich bei Betrachtung der medianen Wartezeit¹⁸ diese bei Hüftgelenksoperationen um vier Wochen auf sechs

18 Der Median als ausreißerunabhängiger Lageparameter teilt die Stichprobe in zwei Teile, wobei 50 Prozent der Werte über und 50 Prozent der Werte unter dem Median zu liegen kommen.

Wartezeiten,
differenziert nach
Bundesländern

Wartezeiten
im Lichte einer
Patienten-
befragung



Wartezeiten unter dem Gesichtspunkt der Transparenz

Wochen und bei Kniegelenksoperationen um 13 Wochen auf 16 Wochen reduziert. Über alle Operationsarten hinweg und auch getrennt nach Hüftgelenks- und Knieoperationen, besteht hinsichtlich der Wartezeit kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den drei untersuchten Rehabilitationseinrichtungen. Jedoch einigermaßen überraschend war, dass acht Prozent der Befragten angaben, dass ihnen angeboten wurde, die Wartezeit durch private Zahlungen zu verkürzen, sowie 15 Prozent der Befragten das Angebot gemacht wurde, durch den Besuch einer Privatordination einen früheren Operationstermin zu bekommen.

Der überwiegende Anteil der Befragten war während der Wartezeit Schmerzen ausgesetzt (95 Prozent), wobei diese bei drei Viertel der Befragten als stark oder sehr stark klassifiziert wurden und bei rund 40 Prozent während der Wartezeit sogar zunahmen. Fast 97 Prozent der Befragten fühlten sich körperlich beeinträchtigt; rund zwei Drittel stuften die körperliche Beeinträchtigung als stark oder sehr stark ein, und knapp mehr als die Hälfte der Befragten gab an, dass die körperliche Beeinträchtigung während der Wartezeit zugenommen habe.

Das mittlere Alter bei Hüftgelenksoperationen betrug 73 Jahre, bei Kniegelenksoperationen 66 Jahre; ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen Alter und Wartezeit konnte nicht festgestellt werden. Aufgrund der zu geringen Fallzahl von Operationen in privaten Krankenhäusern, zusatzversicherten Patienten und befragten Männern konnten Auswertungen hinsichtlich des Krankenhaustyps, der Zusatzversicherung und des Geschlechts nicht durchgeführt werden.

Die Ergebnisse der Befragung können aufgrund der kleinen Stichprobe nur als Hinweise/Richtwerte verstanden und sollten nicht überinterpretiert werden. Es ist jedoch angedacht, die Befragung, die gegenwärtig aus Zeit- und Kostengründen nicht umfangreicher gestaltet werden konnte, auszudehnen, um statistische Analysen ausführlicher durchführen zu können und um den Repräsentativitätsgrad zu erhöhen.

Zusammenfassend bestätigt die durchgeführte retrospektive Betrachtung jedoch die Existenz von Wartezeiten sowie deren erhebliches interindividuelles Abweichen und auch die Existenz von Einzelfällen, die sich extremen Wartezeiten gegenübersehen, ohne selbst ihre Operation zu verschieben. Darüber hinaus stimmt der relativ hohe Anteil an Angeboten, die Wartezeit durch Zuzahlung oder Privatordinationsbesuch zu verkürzen, bedenklich.

Wartezeiten unter dem Gesichtspunkt der Transparenz

Die Transparenz von Wartezeiten auf elektive Eingriffe ist im österreichischen Gesundheitssystem so gut wie nicht gegeben. Außerdem fehlt es an transparenten nachvollziehbaren Kriterien, nach denen Patienten auf Wartelisten gereiht werden. Wirft man einen Blick über die Grenzen nach Großbritannien und Kanada, so findet man in diesen beiden Ländern beispielsweise Möglichkeiten, Wartezeiten auf elektive Operationen transparenter zu gestalten.

Das Department of Health in Großbritannien beispielsweise veröffentlicht auf seiner Homepage¹⁹ quartalsweise – getrennt nach Grafschaften –, wie viele Patienten gerade auf eine gewisse Operation warten und auf welche Zeiträume sich die Wartedauer beläuft.

Abgesehen davon werden auch Informationen über Wartezeiten auf Magnetresonanztomografien, Computertomografien, Gastroskopien und Kolonoskopien bereitgestellt. Den Patienten ist es damit leicht möglich, sich über die Wartezeiten in ihrer Umgebung zu informieren.

Health Canada bietet auf seinem Internetportal²⁰ – separat für jede Provinz – eine Fülle an Informationen über Wartezeiten auf alle gängigen Operationen sowie auf CT- und MRT-

19 Homepage des Department of Health: www.doh.gov.uk

20 Homepage von Health Canada: www.hc-sc.gc.ca



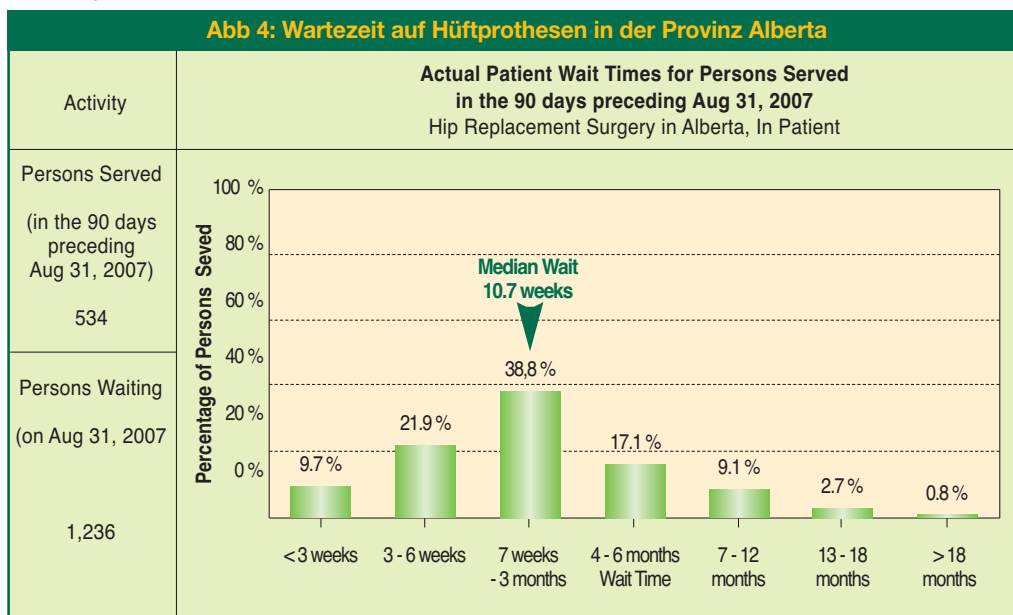


Untersuchungen an. Diese Informationen beinhalten für jede Operation unter anderem

- ♦ Angaben zur Zielwartezeit²¹,
- ♦ Angaben zur Anzahl an wartenden Patienten,
- ♦ Angaben zur Durchschnitts- und Medianwartezeit,
- ♦ Angaben zur Wartezeit im ausgewählten Krankenhaus,
- ♦ Angaben zur Wartezeit beim ausgewählten Chirurgen,
- ♦ Abweichungsanalyse hinsichtlich Ziel- und Ist-Wartezeit.

Diese Informationen werden auf sehr patientenfreundliche Art und Weise in Form von Grafiken und Tabellen angeboten und folgen für jede Operation dem gleichen Schema. Am Beispiel einer Hüftoperation präsentieren wir einen Teil des abrufbaren/verfügbaren Wartezeitinformationsmaterials für die Provinz Alberta (Kanada).

Grafiken wie beispielsweise in Abbildung 4 informieren die Patienten über die Medianwartezeit sowie über die Anzahl an wartenden Patienten und über die Anzahl der in den letzten 90 Tagen operierten Patienten. Wie die Patienten anhand dieser Abbildung gut erkennen können, liegt die Medianwartezeit für eine Hüftprothese per 31. August 2007 bei 10,7 Wochen – insgesamt warten 1.236 Patienten auf eine derartige Operation. Die Abbildung verdeutlicht außerdem, dass 70,4 Prozent der wartenden Patienten innerhalb von drei Monaten operiert werden.



Quelle: Health Canada, Zugriff am 09.10.2007.

Grafiken wie in Abbildung 5 zeigen den Patienten, dass Wartezeiten auf Hüftprothesen rückläufig sind. Die durchschnittliche Wartezeit ist im Jahresvergleich von 20 auf 16 Wochen gefallen, und die Medianwartezeit hat sich von 14 auf 11 Wochen verringert.

Grafiken wie in Abbildung 6 verdeutlichen den Patienten, dass die tatsächliche Wartezeit deutlich von der geplanten Wartezeit abweicht. Für eine Hüftoperation beträgt in der Provinz Alberta die Zielwartezeit (bei Dringlichkeitsstufe 3) 20 Wochen, die Ist-Wartezeit beträgt jedoch rund 34 Wochen.

Die Transparenz bei Wartezeiten auf elektive Operationen ist in Kanada bis auf Krankenhausebene, ja sogar bis auf Chirurgenebene, vollstens gegeben. Eine derartige Transparenz von Wartezeiten- und Wartelistenmanagement hat in seiner Gesamtheit betrachtet eine große Vorbildwirkung für Österreich. Um auch hierzulande derartig transparente War-

**Wartezeit auf
Hüftprothesen
in der Provinz
Alberta**

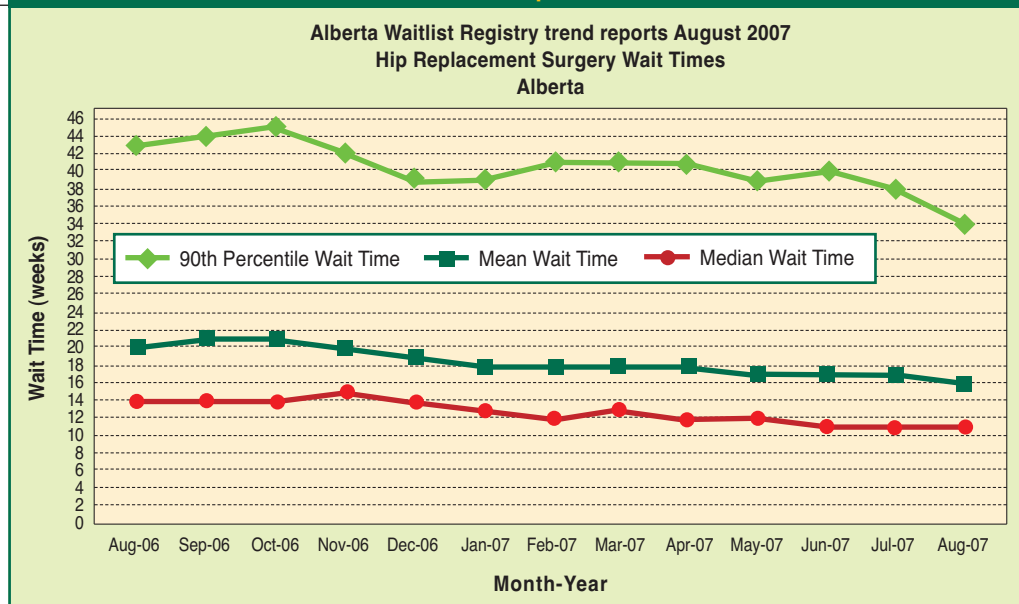
²¹ Die Provinz Alberta hat für jede Operationsart, abgestuft nach medizinischer Dringlichkeit, eine Zielwartezeit definiert, innerhalb deren 90 Prozent aller wartenden Patienten operiert werden sollen.



telisten führen und den Patienten bereitstellen zu können, müsste seitens aller Akteure im Gesundheitswesen eine größere Bereitschaft zur Transparenz bestehen. Eine solche vermissen wir jedoch zurzeit.

Trend der Wartezeit auf Hüftprothesen in der Provinz Alberta

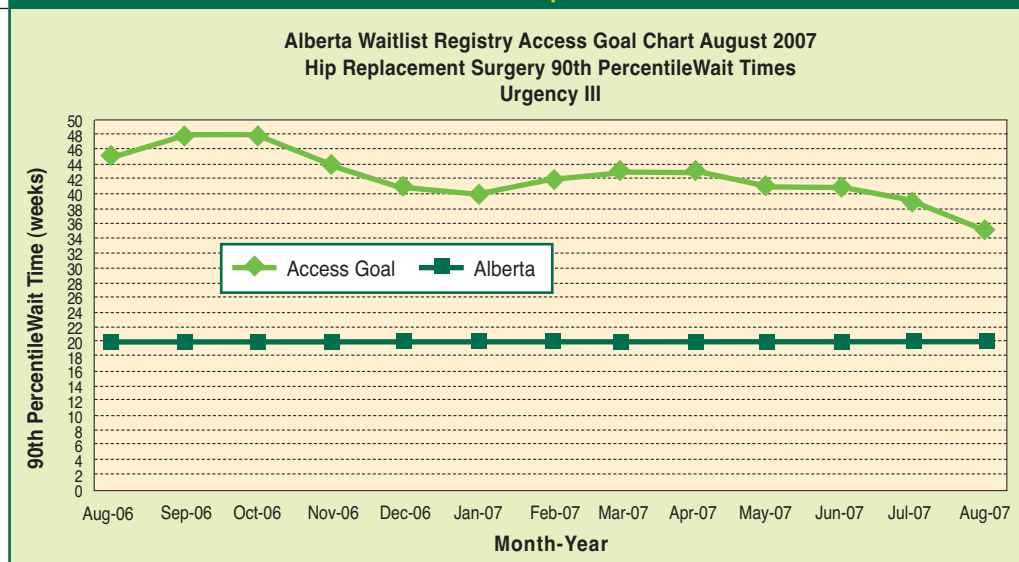
Abb. 5: Trend der Wartezeit auf Hüftprothesen in der Provinz Alberta



Quelle: Health Canada, Zugriff am 09.10.2007.

Ziel- und Ist-Wartezeit auf Hüftprothesen in der Provinz Alberta

Abb. 6: Ziel- und Ist-Wartezeit auf Hüftprothesen in der Provinz Alberta



Quelle: Health Canada, Zugriff am 09.10.2007.

Eine Wartezeitentransparenz nach kanadischem Vorbild wäre in Österreich sowohl für die Ärzteseite als auch für die Patientenseite sehr hilfreich. Beiden Seiten stünde die Möglichkeit offen, sich ein umfassendes Bild von der Wartezeitsituation zu machen. Ärzte z. B. könnten bei Kenntnis der Wartezeiten die Patienten in Krankenanstalten mit kurzen Wartezeiten überweisen. Patienten hätten bei Kenntnis der Wartezeiten die Möglichkeit, sich in Krankenanstalten mit kurzen Wartezeiten für eine Operation vormerken zu lassen. Das derzeit vorherrschende Ungleichgewicht bei den Wartezeiten auf Kataraktoperationen





In den Krankenanstalten der KABEG (siehe oben) ist ein Beispiel fehlender Transparenz. Bei Kenntnis der genauen Wartezeiten könnten die zuweisenden Ärzte steuernd eingreifen, indem sie vermehrt Patienten in das Krankenhaus Klagenfurt überweisen, bis das Ungleichgewicht ausgeglichen ist.

Wartelistenmanagement in der Steiermark, ein Schritt in die richtige Richtung

Im Rahmen der Sicherstellung einer adäquaten Patientenversorgung wurde das Thema Wartezeiten 2004 vom damals neu gewählten Vorstand der KAGES aufgegriffen. Vorangegangen war eine vermehrte Medienberichterstattung über die Problematik langer Wartezeiten auf geplante Operationen. Unter breiter Einbeziehung der betroffenen Spitäler bzw. Abteilungen wurde ein Konsens über die Vorgehensweise für eine zeitgerechte Versorgung mit Gelenkersatzoperationen der großen Gelenke sowie Kataraktoperationen erreicht. Das daraus entstandene Wartelistenmanagement zielt auf die systematische Auswertung von Wartezeiten ab, um Versorgungsdefizite rechtzeitig erkennen zu können. In der Zwischenzeit nehmen die Spitäler der KAGES eine Vorreiterrolle hinsichtlich Wartelistenmanagement ein.

Im Folgenden wird das Wartelistenmanagement der KAGES beschrieben. Herzstück dessen ist ein Stufenschema zur Priorisierung von elektiven Operationen. Die Reihung der wartenden Patienten basiert hierbei primär auf medizinischen Kriterien (vgl. Abbildung 7). Zudem werden in jeder Dringlichkeitsstufe auch „annehmbare/akzeptable“ Wartezeiten als Zielgrößen definiert. Mit der Implementierung eines derartigen Stufenschemas einerseits für Hüft- und Knietotalendoprothesen und andererseits für Kataraktoperationen wurde ein KAGES-weit einheitliches Instrument zum Wartelistenmanagement geschaffen. Zudem dient ein derartiges Wartelistenmanagement dem Monitoring von Wartezeiten. Um in Zukunft noch frühzeitiger auf ein allfälliges Ansteigen von Wartezeiten reagieren zu kön-

Abb. 7: Stufenschema zur Priorisierung von elektiven Operationen

Dringlichkeitsstufe	Hüft-/Knie totalendoprothese
Stufe 0 (akut) 24 Stunden	Fraktur ODER Liegende Totalendoprothese UND – Prothesenluxation ODER – Akuter Protheseninfekt
Stufe 1 (elektiv) dringend bis 6 Wochen	Arthrose (inkl. rheumatoide Arthritis, Hüftkopfnekrose) UND – Im Arbeitsprozess UND – Dauernd (kontinuierlich) Schmerzmittel (gelenksbezogen) ODER – Gehfähig nur mit einem Stock (gelenksbezogen) ODER – WOMAC-Score¹ Funktion > 110 Schmerz > 30 ODER Liegende Totalendoprothese UND – Klinisch manifeste Prothesenlockerung ODER – Rezidiv. Luxation (Hüfte) / ausgeprägte Instabilität (Knie) ODER – Chronischer Protheseninfekt ODER Spacer-Tausch²

Wartelisten- management in der Steiermark, ein Schritt in die richtige Richtung

Stufenschema zur Priorisierung von elektiven Operationen





Stufenschema zur Priorisierung von elektiven Operationen

Fortsetzung Abb. 7: Stufenschema zur Priorisierung von elektiven Operationen

Stufe 2 (elektiv) mittel dringend bis 3 Monate	Arthrose (inkl. rheumatoide Arthritis, Hüftkopfnekrose) UND – Chronisch – permanente Schmerzen (gelenksbezogen) ODER – Regelmäßig aber nicht kontinuierlich Schmerzmittel ODER – WOMAC-Score Funktion > 35 Schmerz > 10
	ODER Liegende Totalendoprothese UND – Radiologisch manifeste Lockerung ODER – Abrieb der Gleitpaarung
Stufe 3 (elektiv) nicht dringend bis 3 Monate	Arthrose (inkl. rheumatoide Arthritis, Hüftkopfnekrose) UND – Chronisch – rezivierende Schmerzen (gelenksbezogen) ODER – Gelegentlich Schmerzmittel ODER – WOMAC-Score Funktion < 35 Schmerz < 10

Quelle: Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.

1 Index, der auf mehreren Messebenen den Schmerz, die Steifigkeit und die sogenannte funktionelle Kapazität von Patienten mit Hüft- und Kniegelenksarthrose erfasst.

2 Spacer „Platzhalter“ sind spezielle Formen von Endoprothesen

nen, erfasst die KAGES halbjährlich die jeweils aktuellen Vormerktermine sowie die durchschnittlichen Wartezeiten im abgelaufenen Halbjahr (zumindest der niedrigsten Dringlichkeitsstufe).

Im Sinne einer elektronischen Unterstützung der Wartelistenführung wurde auch ein Prototyp eines EDV-Tools für das Wartelistenmanagement erarbeitet. Dieser ist derzeit pilotmäßig an der Universitätsklinik für Augenheilkunde Graz im Einsatz.

Ein derartiges transparentes Wartelistenmanagement ist uns aus keinem anderen Bundesland bekannt. Es wäre mehr als wünschenswert, wenn in Zukunft mehrere Krankenanstaltenbetriebsgesellschaften dem steiermärkischen Vorbild folgen und damit „Licht ins Dunkel“ der Wartezeiten auf Elektivoperationen bringen würden.

Conclusio

Anhand der Befragung der Krankenhausbetriebsgesellschaften, der Gesundheitsbefragung und unserer eigenen Patientenbefragung lässt sich das Vorhandensein von Wartezeiten auf Elektivoperationen bestätigen und auch quantifizieren. Dabei gibt es nicht nur hinsichtlich der Operationsart große Unterschiede, obwohl bei den orthopädischen Operationen – Knie- und Hüftendoprothesen – dieselben Kapazitäten substitutiv verwendet werden können. Auch zwischen den Bundesländern und innerhalb von Bundesländern liegen große Diskrepanzen vor, die nicht alleine durch unterschiedliche regionale Nachfrage bei mangelnder Mobilitätsbereitschaft erklärbar sind. Vielmehr führen wir dies zum einen darauf zurück, dass die Transparenz bezüglich Wartezeiten nicht gegeben ist. Dies hat zur Folge, dass Fachärzte und Patienten gar nicht wissen, wie lange man wo warten muss, was sich anhand der Befragung der Betriebsgesellschaften zeigte.

Es wäre im Sinne des Patienten, hier die Wahl treffen zu können, ob eine größere Entfernung vom Heimatort in Kauf genommen wird. Dies setzt natürlich auch voraus, nicht mehr nur in Bundesländergrenzen zu denken, da auch zwischen den Bundesländern zum Teil ganz erhebliche Unterschiede existieren. Bereits der Übergang von Bundesländern auf die Zonen des Österreichischen Strukturplans Gesundheit wäre ein Fortschritt, aber angesichts der „Größe“ Österreichs immer noch eine Einschränkung gegenüber dem denkbaren Optimum.

Neben einer bundesländerübergreifenden Planung wäre in diesem Zusammenhang

Conclusio



auch das Problem der Gastpatienten endlich im Sinne der Versicherten zu lösen. Die Befragung in den Rehabilitationszentren weist auch klar nach, dass Einzelne aufgrund dieser Problematik massiv „durch den Rost“ fallen und individuell massive Wartezeiten auftreten. Bezüglich der Problematik der Bevorzugung bei privater Zusatzversicherung bestehen klare Hinweise, aber leider fehlt in der Gesundheitsbefragung der Krankenhausträgertyp, um diese Hinweise auch für öffentliche Spitäler letztgültig zu bestätigen. Unsere eigene Befragung berücksichtigt zwar den Typ, das Sample ist aber nicht groß genug, um einen Zusammenhang herstellen zu können.

Jene Hinweise, dass Zuzahlungen oder Privatordinationsbesuche zur Verkürzung der Wartezeiten angeboten werden, konnten wir hingegen in den Interviews bestätigen. Diese wurden sogar 8 Prozent bzw. 15 Prozent der von uns Befragten angeboten. Die Ärztervertretung, das Gesundheitsministerium und die Länder sind aufgerufen, gegen diese Praxis Maßnahmen zu ergreifen.

Die durch mangelnde Transparenz und Koordination verursachten unnötigen Wartezeiten dürften angesichts der großen Streubreiten enorm sein. Dadurch geht Humankapital verloren, und individuelles Leid wird verlängert. Dass Transparenz und Koordination möglich sind, haben wir an internationalen Beispielen gezeigt. Die Krankenanstaltengesellschaft der Steiermark geht hier mit gutem Beispiel voran, wie ein solches Wartelistenmanagement umgesetzt werden kann. Angesichts des eben Gesagten besteht höchster Handlungsbedarf, ein solches Modell in und für ganz Österreich zur Anwendung zu bringen.

Tabelle A1:

Operationen und Wartezeiten in Österreich, nach Altersgruppen und Geschlecht

	Linsenoperation am Auge (bei grauem Star)		Hüftgelenksersatz		Kniegelenksersatz		Operation an den Herzkranzgefäßen (Bypass)		Herzkatheteruntersuchungen	
	Operationen in 1.000 ¹	Wartezeit in Tagen	Operationen in 1.000	Wartezeit in Tagen	Operationen in 1.000	Wartezeit in Tagen	Operationen in 1.000	Wartezeit in Tagen	Operationen in 1.000	Wartezeit in Tagen
Insgesamt	56,6	102	14,1	78	24,1	97	16,4	39	29,8	28
15-60	9,6	42	4,8	52	9,8	147	5,6	54	12,3	37
15-30	1,0	27	–	–	1,9	61	–	–	0,3	14
30-45	2,4	31	0,8	81	1,2	150	1,7	38	3,2	24
45-60	6,2	49	4,0	47	6,7	171	4,0	61	8,8	42
60+	47,0	114	9,3	92	14,3	63	10,8	30	17,5	22
60-75	20,5	106	5,2	123	7,4	72	6,0	21	10,8	26
75+	26,6	120	4,0	51	6,9	52	4,8	43	6,8	17
Männer	20,9	123	6,6	87	7,1	77	11,1	41	16,7	32
15-60	3,0	20	2,7	46	3,1	96	4,9	62	8,0	49
15-30	0,6	1	–	–	1,9	61	–	–	–	–
30-45	0,8	12	0,5	91	1,2	150	1,5	42	1,2	49
45-60	1,6	32	2,2	35	–	–	3,4	71	6,8	49
60+	17,9	140	3,9	115	4,0	61	6,2	24	8,7	17
60-75	7,9	151	3,2	134	2,6	84	4,1	12	6,0	18
75+	10,0	132	0,7	30	1,5	22	2,1	48	2,7	14
Frauen	35,7	89	7,5	71	17,0	105	5,4	34	13,1	23
15-60	6,6	52	2,1	61	6,7	171	0,8	3	4,3	13
15-30	0,5	61	–	–	–	–	–	–	0,3	14
30-45	1,6	42	0,3	61	–	–	0,2	3	2,0	10
45-60	4,6	55	1,8	61	6,7	171	0,6	3	2,0	16
60+	29,1	98	5,3	75	10,3	63	4,6	39	8,8	27
60-75	12,6	78	2,1	107	4,8	66	1,9	39	4,8	35
75+	16,5	113	3,3	55	5,5	60	2,7	39	4,0	18

¹ Der Wert bezieht sich auf Personen, die bei der Frage »Hatten Sie in den letzten zwölf Monaten eine geplante Operation?« mit „Ja.“ geantwortet und eine „Linsenoperation am Auge (bei grauem Star)“ angegeben haben.

Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007.

Operationen und Wartezeiten in Österreich, nach Altersgruppen und Geschlecht



Health System Watch IV/2007

Tabelle A2:

Eingriffe pro 100.000 EinwohnerInnen

	Hüftprothesen (stationär)				Knieprothesen (stationär)				Kataraktoperationen (stationär)				Kataraktoperationen (Tagesfälle)			
	1995	2005	1995 =100	EU2005 =100	1995	2005	1995 =100	EU2005 =100	1995	2005	1995 =100	EU2005 =100	1995	2005	1995 =100	EU2005 =100
Österreich	206 ^g	270	131	187	94 ^g	187	198	192	465 ^h	698	150	304	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Belgien	162	217 ^a	134	150	86 ^f	137 ^a	159	140	553	164 ^a	30	71	743 ^f	1436 ^a	193	251
Bulgarien	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Dänemark	125	194	155	134	48 ⁱ	106	221	109	133 ⁱ	20	15	9	222 ⁱ	502	226	88
Deutschland	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Estland	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Finnland	110	183	166	127	64	168	261	172	305	30	10	13	153	765	501	134
Frankreich	174 ^h	187 ^d	107	129	71 ^h	85 ^d	120	87	507 ^h	482 ^d	95	210	118 ^h	270 ^d	228	47
Griechenland	34 ⁱ	61 ^f	182	42	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Irland	110	127	116	88	16	40	253	41	316	111	35	49	39	140	361	24
Italien	92 ⁱ	139 ^a	152	96	18 ⁱ	73 ^a	412	75	340 ⁱ	164 ^a	48	72	21 ⁱ	583 ^a	2843	102
Lettland	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Litauen	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Luxemburg	169 ^g	213	126	148	94 ^f	151	160	155	481 ^f	635	132	277	185 ^f	314	170	55
Malta	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Niederlande	156	199	127	138	61	131	216	134	274	25	9	11	116	737	635	129
Polen	n.v.	33	n.v.	23	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	304	n.v.	133	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Portugal	50	77	154	54	6	24	430	25	100	135	135	59	n.v.	153	n.v.	27
Rumänien	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Schweden	151 ^g	208	138	144	74 ^g	108	146	111	34 ^g	20	60	96	15 ^d	872 ^b	142	152
Slowakei	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Slowenien	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Spanien	70 ^h	90	129	62	33 ^h	92	277	95	363 ^h	102	28	44	n.v.	893	n.v.	156
Tschechien	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	332 ^e	411	124	179	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Ungarn	70 ^f	118	169	82	n.v.	55	n.v.	56	n.v.	827	n.v.	360	n.v.	3	n.v.	1
Vereinigtes Königreich	134	186	139	129	59	125	210	128	196	43	22	19	142	584	411	102
Zypern	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
EU (verfügbare Länder)*	121	144	120	100	50	98	197	100	333	230	69	100	143	572	399	100
Kroatien	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Mazedonien	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Türkei	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Schweiz	n.v.	218	n.v.	151	n.v.	148	n.v.	151	226 ^c	112	50	49	251 ^c	317	126	55
USA	98	177 ^a	181	123	88	176 ^a	200	181	7	3 ^a	49	1	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.

*bevölkerungsgewichtet

^a2004, ^b2003, ^c2002, ^d2001, ^e2000, ^f1999, ^g1998, ^h1997, ⁱ1996

Quelle: OECD Health Data, Juli 2007, IHS HealthEcon Berechnungen 2007.

