BEILAGE ZUR FACHZEITSCHRIFT SOZIALE SICHERHEIT
ERSTELLT DURCH DAS INSTITUT FÜR HÖHERE STUDIEN, IHS
Herausgegeben vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Health System Watch

AUSGABE I 2019

Wartezeitenmanagement im niedergelassenen Bereich

Thomas Czypionka, Sophie Achleitner*

Zusammenfassung

Lange Wartezeiten im Gesundheitssystem sind ein häufiger Grund für Unzufriedenheit seitens der Patientinnen und Patienten. Echtzeitinformationen über aktuelle Wartezeiten im niedergelassenen Bereich sind so gut wie nicht vorhanden, was zu überfüllten Wartezimmern und einer Ungleichverteilung der Auslastung von Gesundheitsdiensteanbietern, Ärztinnen und Ärzten führen kann. Dem Problem der mangelnden Transparenz von Wartezeiten wird zunehmend mit Online-Lösungen begegnet. Neben Online-Terminvergabesystemen geht es aber auch um effizientere Möglichkeiten, Praxen zu organisieren und Ordinationen zu entlasten, indem Arztgespräche auch per Videokonversation oder Chat geführt werden können, um unnötige Wartezeiten vor Ort zu vermeiden. In einem internationalen Vergleich wird die Wartezeitenproblematik im Detail beleuchtet; im Anschluss werden einige der genannten Online-Systeme und weitere Optionen zur effizienteren Praxisorganisation vorgestellt.

Zusammenfassung

Einleitung

Lange Wartezeiten im Gesundheitssystem sind nach wie vor eine Problematik, über die viele Patientinnen/Patienten klagen. Bereits in den Jahren 2007 und 2013 beforschte das IHS das Nun soll es darum gehen, Wartezeiten bzw. Wartezeitenmanagement und Praxisorganisation im niedergelassenen Bereich zu analysieren und Methoden und Mechanismen darzustellen, wie diese optimiert werden können.

Einleitung

Wartezeiten sind nicht per se schlecht – wäre die völlige Absenz von Wartezeiten doch vor allem ein Indiz für Überkapazitäten im System. Von Patientinnen/Patienten werden zu lange Wartezeiten freilich mit mangelnder Versorgungsqualität und Ineffizienz assoziiert. Das Wartezeitenmanagement im niedergelassenen Bereich ist bei Weitem nicht so vielseitig beforscht wie das Thema Wartezeiten auf Elektivoperationen. Die Datenlage ist schlechter und die verschiedenen Gesundheitssysteme der Länder erschweren den Vergleich und die Analyse von Wartezeiten im niedergelassenen Bereich zusätzlich.

Im Folgenden soll ein Problemaufriss von Wartezeiten im niedergelassenen Bereich gegeben und die damit einhergehenden Implikationen für Gesundheitssysteme beschrieben werden. Nach wirtschaftstheoretischen Ausführungen zur Wartezeitenproblematik auf Angebots- und Nachfrageseite werden die Patientensicht und die Rolle der Gesundheitsdiensteanbieter diskutiert. Danach folgt ein internationaler Überblick über die aktuelle Datenlage zu Wartezeiten und mögliche Lösungsansätze und Steuerungsmechanismen, um diese zu verkürzen und zu optimieren. Dabei werden vor allem Managementmöglichkeiten von Wartezeiten, wie etwa verschiedene Varianten der Terminvereinbarung, beleuchtet. Ein besonderer Fokus liegt dabei auf Online-Terminvereinbarungssystemen und webbasierten Arztterminen, wie sie vielerorts bereits Praxis sind, beispielsweise im englischen National Health Service (NHS) oder in Schweden. Zum Abschluss werden in der Literatur diskutierte Empfehlungen für eine effizientere Praxisorganisation angesprochen, die dem Problem von Wartezeiten im niedergelassenen Bereich entgegenwirken sollen.

* Institut für Höhere Studien, Josefstädter Straße 39, 1080 Wien, Telefon: +43/1/599 91-127, E-Mail: health@ihs.ac.at

Frühere Ausgaben von Health System Watch sind im Internet unter www.ihs.ac.at abrufbar.

Theoretischer Hintergrund

Ökonomische Perspektive

Wartezeit wird einerseits als die Zeit verstanden, die Patientinnen/Patienten ab dem Auftreten der ersten Krankheitssymptome auf einen Arztbesuch bzw. bis zu einer wirksamen Intervention (z. B. Operation) warten müssen (vgl. Czypionka et al., 2007). Wartezeit kann aber andererseits auch als jene Zeit verstanden werden, die die Patientin/der Patient vor Ort in der Arztpraxis auf den direkten Kontakt mit der Ärztin/dem Arzt wartet. Wartezeiten entstehen unter anderem aus dem Zusammenspiel von Angebot und Nachfrage (vgl. Viberg et al., 2013). Ist die Nachfrage vorübergehend zu hoch, entstehen Ressourcenengpässe (z. B. Ärztemangel) und somit Wartezeiten. Vice versa verursacht auch ein angebotsseitiger Überschuss Ineffizienz, namentlich durch unzureichend ausgeschöpfte Kapazitäten. Wartezeiten können zudem durch mangelnden Informationsaustausch verursacht werden. 2007 berichtete das IHS über das Problem, dass nahe zusammenliegende Spitäler sehr unterschiedliche Wartezeiten für den gleichen Eingriff hatten, da ihnen die Wartezeit im jeweils anderen Haus nicht bekannt war und somit Patientinnen/Patienten nicht entsprechend informiert werden konnten (vgl. Czypionka et al., 2007). In ähnlicher Weise kann das auch für den niedergelassenen Bereich zutreffen und erklären, wieso Arztpraxen sich unterschiedlichem Andrang gegenübersehen: Patientinnen/Patienten haben keinen Zugriff auf eine Informationsquelle, die ihnen Auskunft über Wartezeiten gibt. Während sich Patientinnen/Patienten, die auf Elektivoperationen warten, mittlerweile an Wartelisten und Informationen des Krankenhauses orientieren können, existiert für den niedergelassenen Bereich nur selten ein Service, das Echtzeitinformationen über Wartezeiten bei einem bestimmten Gesundheitsdiensteanbieter ausgibt. Im Folgenden werden zunächst angebots- und nachfrageseitige Determinanten von Wartezeiten dargelegt (vgl. Finkenstädt, 2017a/b).

Angebotsseite

Wartezeiten können aufgrund mangelnder **Kapazitäten** entstehen, wenn die Nachfrage zu groß ist. Je weniger Gesundheitsdiensteanbieter verfügbar sind, desto mehr Patientinnen/Patienten entfallen auf den einzelnen Anbieter, wodurch Ressourcenengpässe und somit lange Wartezeiten entstehen. In öffentlichen Gesundheitssystemen wird diese Knappheit dann nicht – wie mitunter auf anderen Märkten – geregelt, indem die Güter eben an jene mit der höchsten Zahlungsbereitschaft vergeben werden, sondern an jene, die sich am längsten „dafür anstellen".

Die **Anbieterdichte** ist also ein wichtiger Faktor für Wartezeiten, wobei das Finanzierungsregime beachtet werden muss. So kann die Anbieterdichte zwar hoch sein, aber nur bestimmte Anbieter haben auch einen Vertrag mit dem öffentlichen Gesundheitsversorger, weswegen sich ein Großteil der Patientinnen/Patienten bei diesen anstellen. In solchen Systemen lässt sich langen Wartezeiten durch das Ausweichen auf rein private Gesundheitsdiensteanbieter beikommen. Im Fall von Österreich besteht z. B. die Möglichkeit, auf Wahlärztinnen/-ärzte auszuweichen, bei denen zwar die Behandlungskosten fürs Erste selbst getragen werden müssen, aber im Nachhinein zumindest zu einem Teil rückerstattet werden können.

Die **Reputation** der Gesundheitsdiensteanbieter ist ebenfalls eine wichtige Determinante. Zum einen bevorzugen viele Patientinnen/Patienten Anbieter mit guter Reputation und nehmen dafür auch längere Wartezeiten in Kauf. Eine zunehmend wichtigere Rolle spielen dabei Arztbewertungsportale im Internet, da Patientinnen/Patienten nicht nur gerne auf die Erfahrungen anderer vertrauen, sondern dort oft auch Informationen über Wartezeiten erhalten (vgl. Palmowski, 2017). Zum anderen werden längere Wartezeiten als Indikator für Qualität wahrgenommen, wobei das nicht zwangsläufig objektiv sein muss. Es kann durchaus eine Informationsasymmetrie bestehen, die Qualität mit langen Wartezeiten, aber auch Reputation gleichsetzt. Schließlich sind Gesundheitsleistungen zum Teil sogenannte Vertrauensgüter. Der Erfolg einer Intervention kann mitunter weder vor noch nach Durchführung vollständig beurteilt werden (waren Komplikationen in diesem Fall vermeidbar oder wären sie auch beim erfahrensten Behandler passiert?), wodurch deren objektive Qualitätsmessung erschwert wird. Beliebte Praxen sind dann vermehrt mit langen Wartezeiten konfrontiert, was jedoch nicht heißen muss, dass dort die Versorgung auch qualitativ am hochwertigsten ist. So kann die Wartezeit unabhängig von den tatsächlichen Gegebenheiten hohe Qualität suggerieren und die Nachfrage und damit die lange Wartezeit aufrechterhalten.

Letztlich spielt auch die **Praxisorganisation** eine Rolle bei der Entstehung von Wartezeiten. Anders als Akutfälle oder Grippewellen, die nicht vorhersehbar sind und spontan zu stärkeren Nachfrageschwankungen führen können, unterliegt die Einteilung der Patientinnen/Patienten z. B. -schon vorab nach Art des Termins durchaus der Planbarkeit. Auch hier können Informationsdefizite zum Tragen kommen, sodass die Dauer des Termins aufgrund fehlender Information über den Besuchsgrund nicht im Vorhinein kalkuliert werden kann. Unangemeldete Patientin-

nen/Patienten und Akutfälle können den Tagesablauf einer Ordination durcheinanderbringen, wenn sie in der Planung und Organisation nicht berücksichtigt und dementsprechend eingeplant werden.

Nachfrageseite

Der **Gesundheitsstatus** und somit der Grund eines Arzttermins hat einen zentralen Einfluss auf Wartezeiten. So haben z. B. chronisch Kranke absehbare und somit planbare Termine, wohingegen Akut- und Notfälle kurzfristigen Handlungsbedarf erzeugen, wodurch die Wartezeit für die betroffenen Patientinnen/Patienten selbst und andere Patientengruppen ansteigt. Allgemein hebt auch die wachsende und zunehmend alternde Bevölkerung das Nachfrageniveau nach Gesundheitsleistungen kontinuierlich und führt – sofern sich das Angebot nicht in ausreichendem Maße der steigenden Nachfrage anpasst – zu einer Erhöhung des allgemeinen Andrangs und somit der Wartezeiten.

Auch der **sozioökonomische Hintergrund** der Patientinnen/Patienten kann die Länge von Wartezeiten bestimmen. Einige Studien (vgl. u. a. Monstad et al., 2014; Roll et al., 2012) stellten fest, dass Personen mit höherer Bildung und höherem Einkommen schneller einen Termin erhalten. Während Monstad et al. (2014) einen signifikanten Einfluss des Bildungsgrads von Frauen bzw. der Höhe des Einkommens von Männern auf die Wartezeit auf eine Elektivoperation in Norwegen feststellen, können Roll et al. (2011) eine ähnliche Aussage für den niedergelassenen Bereich in Deutschland treffen. Neben einer privaten Krankenversicherung spielt dort das Einkommen eine Rolle. Ein höheres Einkommen verkürzt die Wartezeit in den Praxen und die Wartezeit auf einen Termin in der Allgemeinmedizin. So haben z. B. Haushalte mit einem monatlichen Einkommen von über 2.000 Euro signifikant kürzere Wartezeiten auf einen Termin bei Allgemeinmedizinerinnen/-medizinern als Haushalte mit einem monatlichen Einkommen von weniger als 500 Euro.

Zudem sind viele Länder dazu übergegangen, zumindest auf der jeweiligen Versorgungsstufe die **Wahl des konkreten Gesundheitsdiensteanbieters** freizustellen, wodurch bei beliebten Anbietern automatisch höherer Andrang und längere Wartezeiten gegeben sind. In Österreich steht es Patientinnen/Patienten z. B. frei, in welchen Krankenhäusern oder bei welchen Ärztinnen/Ärzten sie sich behandeln lassen. Die freie Arztwahl kann also ebenfalls zu längeren Wartezeiten bei bestimmten Anbietern führen. Außerdem ist in vielen Fällen vermehrt ein gewisses Anspruchsdenken der Bevölkerung festzustellen, das heißt, dass schneller als früher statt auf Selbsthilfe gleich auf einen Arzttermin gesetzt wird. Oft sind es dann „unnötige“ Termine für Bagatellerkrankungen, die die Wartezeit verlängern (vgl. Finkenstädt, 2017). Natürlich stellt sich hier auch die Frage, was das Gesundheitssystem seinerseits tun kann, um „Hilfe zur Selbsthilfe“ bei Bagatellerkrankungen bereitzustellen. Hinzu kommen außerdem Implikationen des Hausarztsystems bzw. die Rolle der Hausärztinnen/-ärzte als „Gatekeeper“, wie das in vielen Ländern der Fall ist. Österreich ist hier eines der wenigen EU-Länder, in dem freie Arztwahl herrscht.

Ein weiterer nachfrageseitiger Faktor, der Wartezeiten unnötig erhöhen kann, sind **unnötige oder nicht gut vorbereitete** Zu- bzw. Überweisungen. So kann die konkrete Anforderung bei einer Zuweisung nicht ausreichend formuliert sein, sodass unter Umständen die Untersuchung falsch durchgeführt wird und wiederholt werden muss, oder aufgrund mangelnder Informationen unnötig lange dauert, weil Informationen erneut erhoben werden müssen. Auch sind Fälle denkbar, in denen eine fachärztliche Begutachtung nicht notwendig ist, aber „zur Sicherheit“ oder aufgrund mangelnder Kenntnisse in einem Gebiet eine Weitergabe komplizierter Fälle an andere erfolgt. Immer wieder Thema sind auch die langen Wartezeiten auf MRT- und CT Untersuchungen. In der HSW-Ausgabe vom Juni 2018 zeigte sich beispielsweise, dass österreichweit auf rund jede zehnte MRT-Untersuchung im extramuralen Bereich innerhalb von 90 Tagen keine weitere medizinische Leistung folgte (vgl. Czypionka & Berger, 2018). Auch werden Röntgen- und MRT-Zuweisungen zum gleichen Zeitpunkt vergeben, was im Einzelfall gerechtfertigt sein, aber in einigen Fällen auch aus Bequemlichkeit erfolgen mag. Das impliziert auch, dass bei der Verwendung von evidenzbasierten Patientenpfaden für Zu- und Überweisungen Ressourcen effizienter genutzt werden können. Ein wichtiger Faktor ist dabei die funktionierende Kommunikation zwischen den Gesundheitsdiensteanbietern.

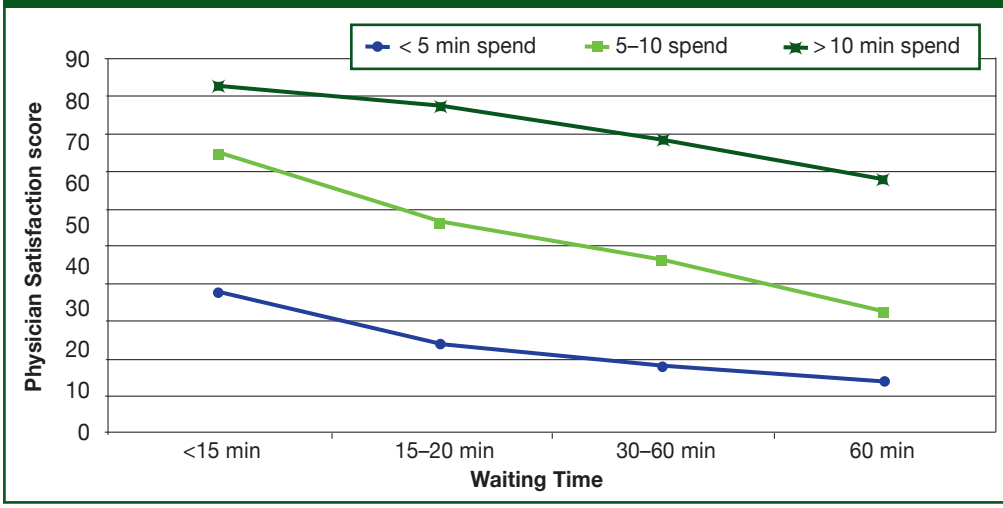
Wartezeiten aus Patientenperspektive

Für Patientinnen/Patienten können lange Wartezeiten neben der Verlängerung des Schmerzzustands womöglich auch verschlechterte Behandlungsergebnisse zur Folge haben. Wartezeiten sowohl auf einen Termin als auch in der Praxis werden als ein wichtiger und fühlbarer Qualitätsindikator für Gesundheitssysteme empfunden (vgl. Kopetsch, 2014).

Was die Wartezeiten in der Praxis betrifft, untersuchte eine US-amerikanische Studie (Anderson et al., 2007) den Zusammenhang zwischen Wartezeiten und Patientenzufriedenheit. Obwohl längere Wartezeiten mit niedriger Zufriedenheit assoziiert sind, wurde die Zeit, die Patientinnen/Pa-

tienten mit den Ärztinnen/Ärzten selbst im Gespräch verbrachten, als wichtigster Indikator für Qualität angesehen. Die wegen langer Wartezeiten abnehmende Zufriedenheit kann mit zusätzlicher Zeit beim Arzt/bei der Ärztin (fünf Minuten oder mehr) kompensiert werden. Die mit den Ärztinnen/Ärzten verbrachte Zeit ist also ein stärkerer Prädiktor für die Patientenzufriedenheit als die Zeit, die im Wartezimmer verbracht wurde.

Abbildung 1: Zufriedenheit mit der ärztlichen Betreuung und der Wartezeit nach wahrgenommener Zeit, die mit der Ärztin/dem Arzt verbracht wurde



Quelle: Anderson et al., 2007

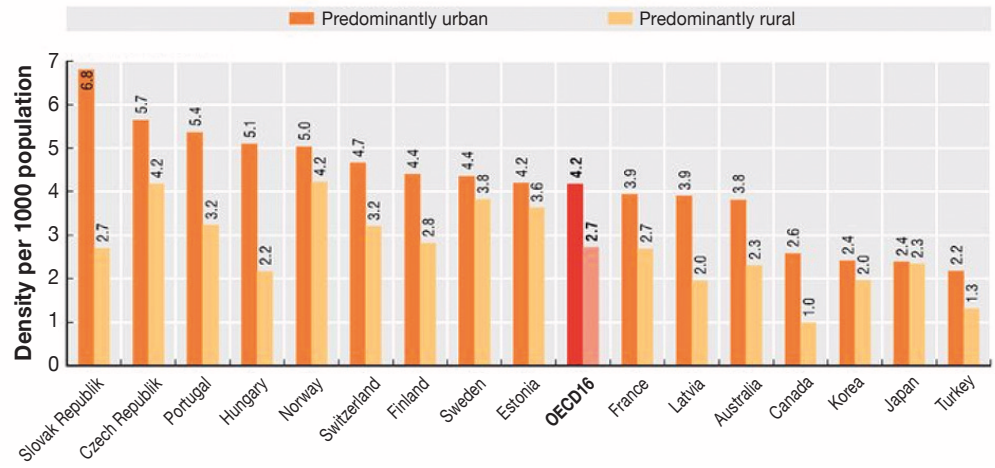
Abbildung 1 zeigt die wahrgenommenen Wartezeiteffekte nach dem Grad der wahrgenommenen Zeit, die mit dem Arzt/der Ärztin verbracht wird. Unter denjenigen, die angaben, 30–60 Minuten auf ihren Arzt/ihre Ärztin gewartet zu haben, betrug der mittlere Skalenwert 18,0, wenn die mit dem Arzt/der Ärztin selbst verbrachte Zeit mit < 5 Minuten angegeben wurde. Wenn > 10 Minuten mit dem Arzt/der Ärztin verbracht wurden, schlug sich das schon in einem Zufriedenheitsscore von 78,7 nieder. Demnach waren die zufriedensten Patientinnen/Patienten diejenigen, die kurze Wartezeiten (< 15 Minuten) und längere Besuche hatten, mit einer Zufriedenheit mit der ärztlichen Betreuung von 92,7 (vgl. Anderson et al., 2007). Zu ähnlichen Ergebnissen kommen Camacho et al. (2006), die ebenfalls eine Studie durchführten, um Zufriedenheitsoutcomes im Hinblick auf Wartezeiten zu betrachten und Variationen der Zufriedenheit zu erkennen – nach mehr oder weniger verbrachter Zeit mit dem Arzt/der Ärztin selbst. Auch sie kommen zu dem Schluss, dass längere Wartezeiten bei zugleich kürzeren Arztgesprächen eine erhöhte Unzufriedenheit der Patientinnen/Patienten hervorrufen. Die Ergebnisse deuten zudem darauf hin, dass die Bereitschaft, auf die Gesundheitsversorgung zu warten, selbst ein Indikator für die Patientenzufriedenheit sein kann. Das wird durch die Wirtschaftstheorie bestätigt, die besagt, dass Patientinnen/Patienten bereit sein werden, Zeit- und Geldkosten in Kauf zu nehmen, die ungefähr dem Wert des Nutzens entsprechen, den sie aus diesem Zeit- und Geldaufwand erwarten. In diesem Kontext ist die Wartezeit eine wichtige Komponente des Zeitpreises, und die Bereitschaft der Patientinnen/Patienten zu warten, sollte mit der Wahrnehmung einer verbesserten Versorgungsqualität steigen. Die Bereitschaft der Patientinnen/Patienten zu warten oder ihre „Zahlungsbereitschaft" für die Versorgung in Zeiteinheiten hängt auch von den Lohnsätzen sowie dem Schweregrad und der Natur der Erkrankung ab. Steigt die Wartezeit auf eine Behandlung, muss diese daher ausreichend qualitativ sein, um diese Wartekosten zu kompensieren (vgl. Camacho et al., 2006).

Die Rolle der Gesundheitsdiensteanbieter

Wartezeiten sind – wie schon erläutert – das Ergebnis einer komplexen Interaktion zwischen der Nachfrage nach und dem Angebot von Gesundheitsleistungen, wobei Ärztinnen/Ärzten auf beiden Seiten eine Schlüsselstellung zukommt. Die Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen wird durch den Gesundheitszustand der Bevölkerung, die Präferenzen der Patientinnen/Patienten und deren Belastung durch die Kostenteilung bestimmt. Gesundheitsdiensteanbieter spielen jedoch eine ausschlaggebende Rolle bei der Umwandlung der Nachfrage nach einer besseren Gesundheit von Patientinnen/Patienten in eine Nachfrage nach medizinischer Versorgung. Der Zugang zur Gesundheitsversorgung setzt zuallererst ein adäquates Angebot und eine angemessene Verteilung von Gesundheitsdiensteanbietern in allen Teilen eines Landes voraus. Eine hohe Anbieterkonzentration in einer Region und ein Mangel in anderen Regionen kann zu Ungleich-

heiten im Zugang zur Versorgung führen, sei es durch längere Weg- oder durch längere Wartezeiten. Die ungleiche Verteilung von Anbietern und die Schwierigkeiten, Anbieter für spezielle Regionen zu rekrutieren und dort zu halten, ist ein wichtiger Punkt auf der Agenda vieler OECD-Länder – vor allem dort, wo es abgelegene und spärlich bewohnte Regionen gibt (vgl. OECD, 2017). Beispielsweise ist die Arztdichte in städtischen Regionen vielerorts höher, was die Konzentration von spezialisierten Dienstleistungen und Präferenzen von Ärztinnen/Ärzten für ein städtisches Umfeld widerspiegelt. Besonders deutliche Unterschiede zwischen ruralen und urbanen Regionen bestehen z. B. in der Slowakei, Kanada und Ungarn.

Abbildung 2: Unterschiede in der Ärztedichte, städtische vs. ländliche Regionen, 2015



Quelle: OECD Statistics Database, 2017

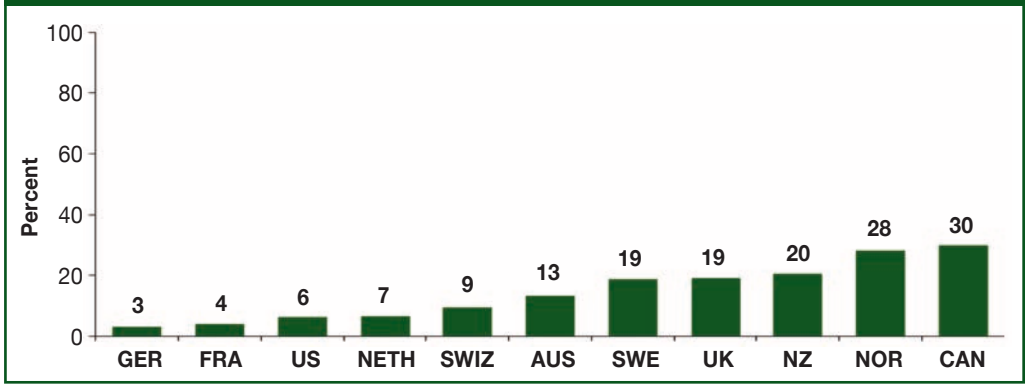
Einkommen, Arbeitszeit, Möglichkeiten zur Karriereentwicklung sowie soziale Faktoren, wie Bildungseinrichtungen oder Berufsmöglichkeiten für Ehepartnerinnen/-partner, können ausschlaggebend sein, sich dafür oder dagegen zu entscheiden, in einer ruralen Umgebung zu praktizieren. Monetäre und nichtmonetäre Anreize für Ärztinnen/Ärzte in unterversorgten Gebieten oder die Regulierung der freien Wahl des Ordinationsstandorts können diesem Hang zur städtischen Konzentration entgegenwirken (vgl. OECD, 2017, S. 94 ff).

Internationaler Überblick

Internationaler Überblick

Dass für den extramuralen Bereich international kaum Daten zu Wartezeiten vorliegen, liegt unter anderem daran, dass in vielen Ländern die ambulante fachärztliche Versorgung ebenfalls im Krankenhaus stattfindet (vgl. Ettelt et al., 2006). Zwar werden in einigen Ländern Daten zu Wartezeiten erfasst und veröffentlicht, diese beziehen sich jedoch größtenteils auf Wartezeiten auf Elektivoperationen. Daten für den niedergelassenen Bereich sind schwer zu finden – auch in jenen Ländern, die offizielle Daten zu Wartezeiten auf Elektivoperationen erheben, sind keine Daten für den niedergelassenen Bereich vorhanden. Folgende OECD-Länder erheben offizielle Informationen zu Wartezeiten auf Elektivoperationen: Australien, Dänemark, Estland, Finnland, Großbritannien, Irland, Italien, Kanada, Neuseeland, die Niederlande, Norwegen, Polen, Schweden, Spanien und die USA. In Österreich, Deutschland, Belgien, Frankreich und Italien werden Wartezeiten nicht national erfasst (vgl. Kopetsch, 2014). Bereits daraus resultiert das Problem einer eingeschränkten internationalen Vergleichbarkeit von Wartezeiten, da die Daten in verschiedenster Form auf den Internetseiten der Behörden oder zuständigen Institute veröffentlicht werden. Die aktuellsten Informationen für den niedergelassenen Bereich publiziert das englische NHS, wo die Wartezeit auf einen Facharzttermin nach Überweisung durch einen Hausarzt/eine Hausärztin jeden Tag aktualisiert wird. Dort beträgt z. B. bei Verdacht auf eine Krebserkrankung nach Überweisung zu einem Facharzt/einer Fachärztin die maximale Wartezeit zwei Wochen (vgl. NHS, 2018). Dänemark, Estland, die Niederlande und Portugal veröffentlichen monatlich aktuelle Daten, und in Irland, Norwegen, Polen und Schweden können sich Patientinnen/Patienten zumindest an den Daten der vergangenen Monate orientieren (vgl. Finkenstädt, 2017). Zusätzlich wird die internationale Vergleichbarkeit von Daten zu Wartezeiten durch die unterschiedlichen Definitionen von Wartezeit erschwert. Diese Unterschiede können aus verschiedenen sachlichen Definitionen der Wartezeit, der Darstellung oder der Zeitraumbetrachtung resultieren (vgl. Kopetsch, 2014). In einer Umfrage des Commonwealth Fund gab es den Versuch, dieses Vergleichsproblem

Abbildung 3: Anteil der Befragten, die zwei Monate oder länger auf einen Facharzttermin warten mussten (in %)



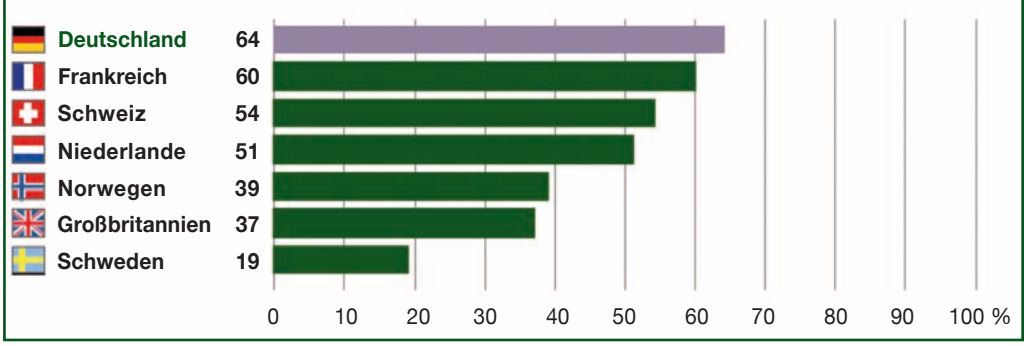
Quelle: Commonwealth Fund, 2016

zu beheben, indem ein einheitlich erhobener Ländervergleich zu Wartezeiten erstellt wurde. Telefonisch wurden über 19.000 Personen über 18 Jahre zu ihren Erfahrungswerten mit Warten im Gesundheitssystem befragt (vgl. Commonwealth Fund, 2016).

Kanada erwies sich als das Land mit den längsten Wartezeiten. 30 % der Befragten mussten zwei Monate oder länger auf einen Facharzttermin warten, knapp gefolgt von Norwegen, wo der Anteil mit 28 % ähnlich hoch ist. Am besten schneiden Frankreich und Deutschland ab, mit 4 % bzw. 3 %. Die Ergebnisse der Umfrage des Commonwealth Fund von 2016 ergeben außerdem, dass 53 % der Kanadier, als sie das letzte Mal Akutversorgung benötigt hätten, weder am selben noch am nächsten Tag einen Termin erhielten. Kurzfristige Termine am selben oder nächsten Tag wurden auch in Norwegen, Deutschland und Frankreich nur an etwa 60 % der Befragten vergeben. Ein weiteres Problem in vielen Ländern ist die Randzeitenversorgung, ohne in eine Ambulanz oder Notaufnahme gehen zu müssen. Ein Problem ist das gegenwärtig besonders in Schweden, Deutschland, Frankreich und Kanada, wo rund 64 % der Befragten über mangelnde Randzeitversorgung klagten. In den Niederlanden betrifft dieses Problem nur 25 % der Befragten (vgl. Commonwealth Fund, 2016). Eine Befragung des Commonwealth Fund aus dem Jahr 2015 wurde gezielt auf Hausärztinnen/-ärzte aus zehn verschiedenen Ländern ausgerichtet. Abbildung 4 verdeutlicht, dass Deutschland mit einem Patientinnen-/Patientenanteil von 64 %, die auf Anfrage noch am selben oder nächsten Tag einen Hausarzttermin erhalten, im Ländervergleich vorne liegt. Am schlechtesten schneidet hier Schweden ab, mit nur 19 % der Patientinnen/Patienten, die kurzfristig einen Hausarzttermin bekommen (vgl. Finkenstädt, 2017).

Österreich kann im Ländervergleich in Bezug auf Wartezeiten im niedergelassenen Bereich zumindest bei praktischen Ärztinnen/Ärzten als gutes Beispiel genannt werden. Laut der von GfK Austria für den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger durchgeführten Bevölkerungsstudie 2017 erhielten 65 % der Befragten einen Termin bei praktischen Kassenärztinnen/-ärzten noch am selben Tag, weiteren 16 % wurde ein Termin innerhalb einer Woche angeboten. Anders sieht es allerdings bei Fachärztinnen/-ärzten aus: Nur 20 % der Patientinnen/Patienten erhielten einen Termin innerhalb einer Woche, bei Radiologinnen/Radiologen waren es überhaupt nur 13 %, und rund 61 % mussten Wartezeiten von bis zu zwei Monaten in Kauf nehmen (vgl. GfK, 2017). Die Wartezeiten auf einen Facharzttermin variieren außerdem stark zwischen den

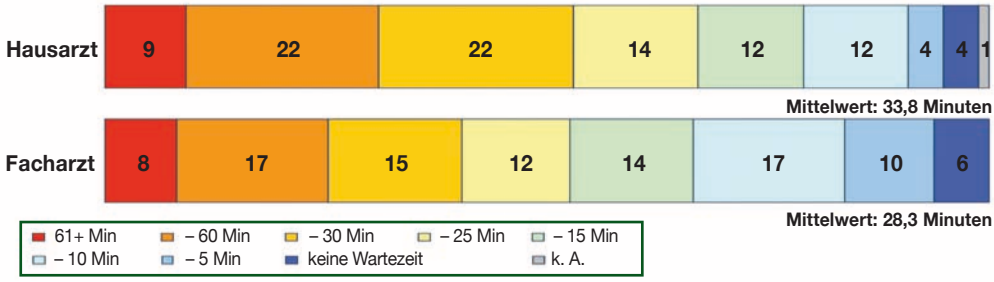
Abbildung 4: Anteil der Patientinnen/Patienten, die am selben oder nächsten Tag einen Hausarzttermin bekommen (in %)



Quelle: Osborn et al., 2015

einzelnen Bundesländern: Neun Tage musste man in Wien warten, 17 Tage in Vorarlberg. Weitere Erkenntnisse in Bezug auf Facharztgruppen ergeben sich außerdem aus einer Bestandsaufnahme über Wartezeiten bei Vertragsärztinnen/-ärzten der OÖGKK. Bereits seit 2008 werden regelmäßig telefonische Erhebungen zu Wartezeiten bei Fachärztinnen/-ärzten durchgeführt und nach Fachgruppen ausgewertet. Dabei wird besonders darauf geachtet, ob die 2011 vereinbarten „Zielwerte für Wartezeiten" eingehalten werden und bei welchen Fachgruppen es noch Handlungsbedarf gibt. Bei der letzten Erhebung 2014 wurde der Zielwert für Akutpatientinnen/-patienten – eine Behandlung noch am selben Tag – in allen Fachgruppen eingehalten. Außerdem wurde die maximal vereinbarte Wartezeit von fünf Werktagen bei dringenderen Problemen in 84,6 % der Ordinationen eingehalten. Auch Routinetermine, für die eine maximale Wartezeit von 40 Tagen festgesetzt wurde, konnten in sieben Fachgruppen vollständig, in weiteren vier zu 80 % eingehalten werden. Problematisch war die Lage insbesondere bei den Fachgruppen der Urologinnen/Urologen und Augenärztinnen/-ärzten, in denen die Zielwerte nur dürftig eingehalten wurden. Die Ergebnisse zeigen zudem, dass es offenbar keinen Zusammenhang zwischen der Auslastung einer Ordination und der Wartezeit auf einen Termin gibt. So konnten in stark frequentierten Ordinationen Routinetermine innerhalb weniger Wochen vergeben werden, während in weniger ausgelasteten Ordinationen überdurchschnittlich lange Wartezeiten beobachtet wurden. Verbesserungen können hier laut OÖGKK und Ärztekammer OÖ insbesondere durch regelmäßiges Wartezeitenmonitoring, Versichertenbefragungen und klare Zielwertdefinitionen für Wartezeiten erreicht werden. Auch ein erweitertes Leistungsspektrum in der Primärversorgung könnte helfen, „Drehtüreffekte" zu verhindern und unnötige Überweisungen auf die nächste Versorgungsstufe zu vermeiden (vgl. Pirngruber & Siegl, 2017). Ab 2019 gelten in Oberösterreich zudem neue Zielwerte für Facharzttermine: Akutbehandlungen werden innerhalb von 24 Stunden, dringende binnen fünf Werktagen und alle weiteren Termine in einem Zeitraum von zwei Monaten vergeben. Falls eine Ordination die Zielwerte nicht einhalten kann, soll darauf geachtet werden, dass umliegende Fachärztinnen/-ärzte mit freien Kapazitäten die Termine übernehmen. Ab März 2019 soll diese Koordination der freien Termine bei Fach- und Hausärztinnen/-ärzten eine neue „Clearingstelle" in der Ärztekammer übernehmen, die Ordinationen rechtzeitig kontaktieren, falls sie keine neuen Patientinnen/Patienten mehr annehmen oder ihre Wartezeitenziele nicht einhalten können. Auch Patientinnen/Patienten haben die Möglichkeit, die Clearingstelle anzurufen, falls Ordinationen sie trotz der neuen Zielwartezeiten nicht aufnehmen können (vgl. OÖGKK, 2018).
Schließlich zeigt Abbildung 5 die Wartezeiten in der Ordination für Fach- und Hausärztinnen/-ärzte. Eine Wartezeit von 60 Minuten wird kaum überschritten, die durchschnittliche Wartezeit beträgt für Hausärztinnen/-ärzte 33,8 Minuten, für Fachärztinnen/-ärzte ein wenig kürzer, nämlich 28,3 Minuten (vgl. Fischer, 2009).

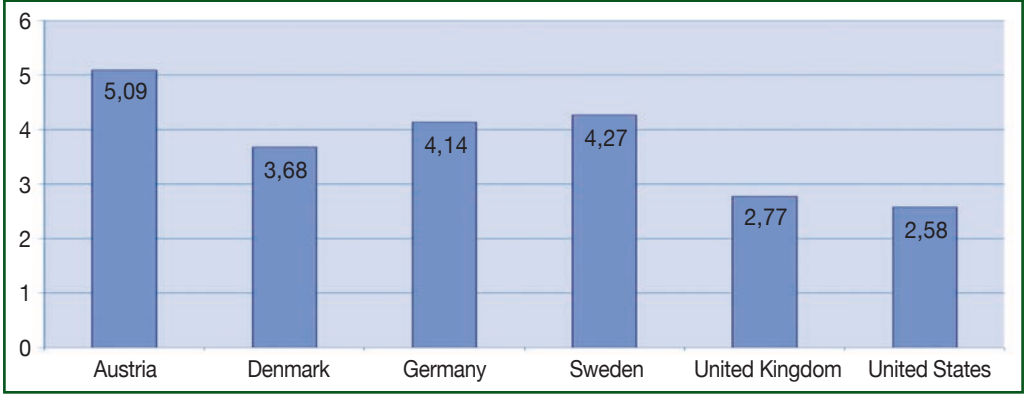
Abbildung 5: Wartezeit in der Praxis



Quelle: Fischer, 2009

Die Ärztedichte im niedergelassenen Bereich (praktische und Fachärztinnen/-ärzte zusammen) ist relativ hoch in den Städten Wien (13,3 pro 1.000 Einwohner), Krems (5,2), St. Pölten (4,2), Linz (4,3) und Klagenfurt (3,7), vergleichsweise niedrig – mit einem minimalen Wert von 0,2 Ärztinnen/Ärzten pro 1.000 Einwohner – ist sie hingegen in ruralen Bezirken oder Gemeinden. Diese geografische Schere ist vor allem für Fachärztinnen/-ärzte vorhanden: Die Dichtewerte reichen von 0,04 bis vier Fachärztinnen/-ärzten für Pädiatrie und von 0,04 bis zwei Augenärztinnen/-ärzten (vgl. ÖÄK, 2015). Diese regionalen Ungleichheiten könnten problematischer werden, da rurale Gegenden Schwierigkeiten haben, offene Stellen zu besetzen, und da mehr als die Hälfte der aktiv praktizierenden Hausärztinnen/-ärzte in den nächsten 15 Jahren in den Ruhestand gehen wird. Trotzdem hat Österreich die zweithöchste Ärztedichte in der EU (5,1 pro 1.000 Einwohner) und liegt damit weit über dem EU-Schnitt von 3,5 Ärztinnen/Ärzten, die auf 1000 Einwohner fallen (vgl. Bachner et al., 2018). Das ist auch der nachfolgenden Grafik der OECD zu entnehmen. Österreich hat hier im Vergleich die höchste Ärztedichte pro 1.000 Einwohner mit 5,09 im Jahr 2015. Deutschland schneidet ähn-

Abbildung 6: Ärztedichte pro 1.000 Einwohner auf Länderebene, 2015



Quelle: OECD, 2015

lich gut ab, wohingegen vor allem das Vereinigte Königreich und die USA vergleichsweise niedrige Werte aufweisen.

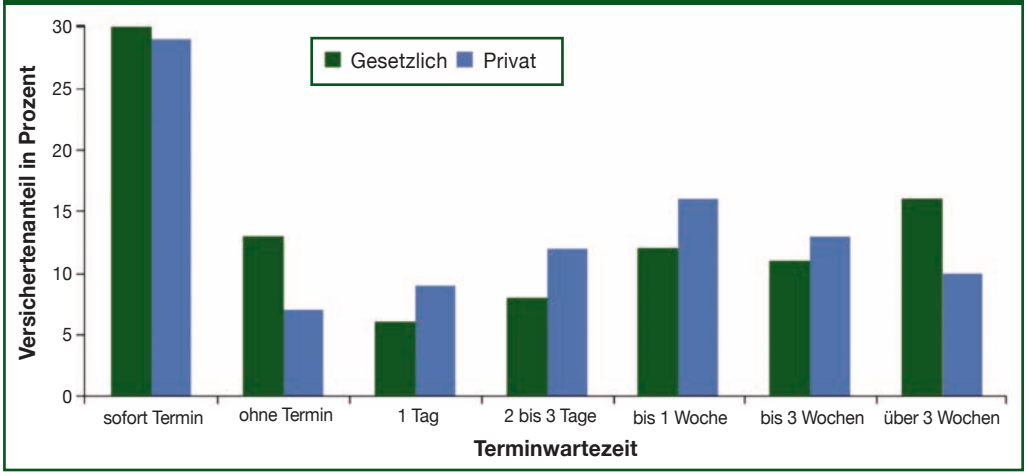
Auch die zeitliche Verfügbarkeit von niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten in Österreich ist messbar. Allgemeinmedizinerinnen/-mediziner sind österreichweit durchschnittlich 933 Wochenstunden pro 100.000 Einwohner verfügbar, wobei die Verfügbarkeit in Tirol in Relation zur Bevölkerung am größten ist. Eine Auswertung der täglichen Öffnungszeiten österreichischer Arztpraxen ergibt, dass Arztpraxen am meisten in der Vormittagskernzeit von 8 bis 12 Uhr geöffnet sind. Nur spärlich besetzt sind Praxen vor acht Uhr, nach 18 Uhr und am Wochenende (vgl. dexhelpp, 2018).

Die Bevölkerungsstudie der GfK 2017 zeigte außerdem, dass die Befragten mit den Wartezeiten bei Hausärztinnen/-ärzten großteils zufrieden sind: 67 % waren sehr bis eher zufrieden und nur 10 % überhaupt nicht. Etwas über ein Drittel gab an, weniger als 30 Minuten in der Ordination selbst gewartet zu haben, was von höherer Zufriedenheit mit der Versorgung begleitet war. Trotz dieser Ergebnisse würden sich 26 % der österreichischen Bevölkerung kürzere Wartezeiten wünschen und mehr Zeit für das Arztgespräch. Ebenfalls 26 % wünschen sich eine bessere flächendeckende Versorgung durch Ärztinnen/Ärzte (vgl. GfK, 2017).

Auch wenn in **Deutschland** keine offiziellen Daten zu Wartezeiten erhoben werden, geht aus Umfragen hervor, dass man auch dort vergleichsweise wenig auf einen Arzttermin warten muss – mit feinen Unterschieden in Abhängigkeit vom Versichertenstatus. Die aktuelle Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ergab, dass Privatversicherte oft weniger lang warten müssen als gesetzlich Versicherte, in den letzten Jahren haben sich die Wartezeiten der beiden Gruppen allerdings aneinander angeglichen (vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2018).

Wie der Abbildung 7 zu entnehmen ist, bekamen 30 % der Versicherten sofort einen Arzttermin, ohne zu warten, 12 % konnten sogar ohne Termin kommen. Dennoch warteten 16 % der Versicherten über drei Wochen auf einen Arzttermin, wobei hier auch ein deutlicher Unterschied zwischen privat und gesetzlich Versicherten festzustellen ist. Lediglich 10 % der Privatpatientinnen/-patienten warteten so lange auf einen Arzttermin, im Gegensatz zu den 16 % der gesetzlich Versicher-

Abbildung 7: Versichertenanteil in %, Terminwartezeit, 2018



Quelle: Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Abbildung 8: Wartezeiten in der Praxis

Quelle: Kopetsch, 2014

ten. Die Daten für Wartezeiten in der Ordination stammen aus dem Jahr 2013, lassen aber deutlich erkennen, dass Privatversicherte auch in der Praxis weniger lang warten müssen. Das ist Abbildung 8 zu entnehmen, die die Wartezeiten in der Ordination für privat oder gesetzlich Versicherte zeigt (vgl. Kopetsch, 2014). Wartezeiten in der Praxis selbst waren 2018 vergleichsweise kurz. 10 % hatten gar keine Wartezeit, 33 % warteten bis zu 15 Minuten und nur 26 % warteten mehr als eine halbe Stunde; das ergab eine Umfrage zur Wartezeiten in Arztpraxen (vgl. Statista, 2018).

Die Annahme, dass Wartezeiten für gesetzlich Versicherte sich ohne Privatversicherte verkürzen würden, wurde allerdings widerlegt. Finkenstädt (2017) untersucht diese Hypothese und schlussfolgert, dass sich die Wartezeit auf einen Facharzttermin – unter der Annahme, dass alle zuvor privat Versicherten nun unter den gesetzlichen Versicherungsschutz fallen – nicht einmal um einen ganzen Tag verringern würde. Die Wartezeit auf einen Termin bei Hausärztinnen/-ärzten würde sich gar nur um 0,1 Tage verkürzen. Auch in der Praxis selbst ist bei den Wartezeiten kein signifikanter Unterschied zu sehen. Argumentiert wird das mit der Tatsache, dass die Privatversicherten aufgrund ihrer geringeren Anzahl weniger ins Gewicht fallen und sie sich in diesem Rechenbeispiel ja unter die gesetzlich Versicherten einreihen würden (vgl. Finkenstädt, 2017).

Um ein Beispiel von Wartezeiten andernorts anzuführen, wird eine **US-amerikanische Studie** (vgl. Oostrom et al., 2017) betrachtet, die Daten von über 21 Millionen Arztbesuchen bei niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten erfasste und die Wartezeit in der Ordination analysierte. Die Resultate ergeben eine Medianwartezeit von weniger als fünf Minuten, allerdings musste ein Fünftel der Patientinnen/Patienten länger als 20 Minuten warten, 5 % warteten über 45 Minuten. Wartezeiten waren kürzer für Termine in der Früh, für Kinder und in größeren Praxen. Außerdem mussten Medicaid[1]-Patientinnen/-Patienten länger warten als privat Versicherte, wobei fast die Hälfte dieser Differenz dadurch erklärt werden kann, dass Medicaid-Patientinnen/-Patienten andere Praxen aufsuchen als privat Versicherte. Die Merritt-Hawkins-Studie aus dem Jahr 2017 dokumentierte die Wartezeit auf einen Arzttermin in Tagen und kam zu dem Ergebnis, dass die durchschnittliche Wartezeit auf einen Termin bei einem neuen Gesundheitsdiensteanbieter ab der Kontaktaufnahme 24 Tage betrug. Am längsten, nämlich ganze 52 Tage, wartete man in Boston auf einen Termin und am kürzesten in Dallas mit knapp 15 Tagen (vgl. Merritt Hawkins, 2017).

Ansätze zur Verkürzung von Wartezeiten: Internationale Übersicht

In der Sekundärversorgung kann die Wartezeit insbesondere dadurch verringert werden, dass die Primärversorgung, die die Patientenwege besser koordiniert und mehr Leistungen als bisher an einer Stelle zusammenfasst, gestärkt wird. Wichtig dabei ist vor allem gute Kommunikation mit anderen Gesundheitsdiensteanbietern in Zusammenhang mit Zu- und Überweisungen.

Daneben können auf wenigstens drei Ebenen Maßnahmen gesetzt werden, um die Wartezeiten auf einen Termin bzw. innerhalb der Praxis zu verkürzen. Dazu zählt zum einen Information: Sie soll den Patientinnen/Patienten den richtigen Weg weisen und Hilfe zur Selbsthilfe bei Bagatellerkrankungen leisten. Zum anderen helfen heute vielerlei Online-Lösungen wie Online-Terminvereinbarung und telemedizinische Möglichkeiten dabei, Wartezeiten zu managen. Zu guter Letzt tragen auch Optimierungen der Strukturen und Prozesse in den Arztpraxen selbst zu kürzeren Wartezeiten bei.

1 Medicaid ist ein Gesundheitsfürsorgeprogramm für Personen mit geringem Einkommen, die sich keine private Versicherung leisten können. Der Bezug von Medicaid-Leistungen setzt eine Bedürftigkeitsprüfung voraus.

Die Rolle der Information

In einigen Fällen ist ein Arzttermin nicht unbedingt notwendig, beispielsweise bei Bagatellerkrankungen. Wird trotzdem ein Termin vereinbart, kann auch das zu unnötiger Wartezeit für die Patientinnen/Patienten selbst und für andere führen. Einige Länder, z. B. Deutschland oder England, haben für solche Fälle Dienste implementiert, die Patientinnen/Patienten zur Selbsthilfe anweisen, damit diese gegebenenfalls auch ohne Arztbesuch zurechtkommen können. Gesundheitsportale wie *Varguiden* (Schweden), *Sundhed* (Dänemark), *MedlinePlus* (USA), *NetDoctor* (Europa) oder das englische *NHS* bieten allgemeine Informationen über Gesundheit oder Ratschläge zur Vorbeugung von Krankheiten. Medizinische Informationen werden in verständlicher Sprache vermittelt und bei individuelleren Fragen wird auf Spezialistinnen/Spezialisten verwiesen. Oft besteht auch die Möglichkeit, telefonische Auskunft zu erhalten (vgl. Schneider, 2007). Österreichische Patientinnen/Patienten haben in Wien, Niederösterreich und Vorarlberg schon die Möglichkeit, bei Unwohlsein die *Gesundheitsnummer 1450* zu konsultieren, unter der nach Angabe der Symptome eine diplomierte Krankenpflegeperson Ratschläge erteilt. Man wird zu einem Arztbesuch aufgefordert oder erhält Tipps, wie man sich selbst helfen könnte. Sollte sich das Problem als Notfall herausstellen, wird automatisch ein Rettungsdienst entsendet.
Im deutschen Baden-Württemberg z. B. wurde 2018 das Modellprojekt *DocDirekt* begonnen, das gesetzlich versicherten Patientinnen/Patienten telemedizinische Beratung ohne persönlichen Arztkontakt ermöglicht. Per App, online oder telefonisch können Patientinnen/Patienten mit einer medizinischen Fachkraft sprechen, die die Krankheitssymptome auf Dringlichkeit bewertet. In lebensgefährdenden Notfällen wird man direkt mit der Rettung verbunden. Liegt kein Notfall vor, wird das Beschwerdebild an Teleärztinnen/-ärzte weitergeleitet, die sich zur Abklärung bei den jeweiligen Patientinnen/Patienten melden. Ist dennoch ein persönlicher Termin notwendig, wird man an eine in der Nähe gelegene Haus- oder Facharztpraxis verwiesen, in der Termine extra für jene Akuterkrankten freigehalten werden (vgl. Krüger-Brand, 2018).
Das englische NHS hat ein *„minor ailment scheme"* eingerichtet, um dieses Problem zu beheben. Es erlaubt Apotheken, Patientinnen/Patienten auf Kosten des NHS mit Medikamenten zu versorgen und ihnen Ratschläge zur Selbsthilfe zu erteilen. Gültig ist das aber nur für jene, die auch sonst nichts für von Hausärztinnen/-ärzten ausgestellte Rezepte zahlen, wie beispielsweise unter 16-Jährige oder über 60-Jährige. Außerdem gibt es diese Möglichkeit nicht überall im Land, sondern das muss mit der lokalen Apotheke oder Stammapotheke abgesprochen werden.
Schließlich gibt es auch Unterstützungsangebote, um vergebene Termine auch optimal zu nutzen und eine Wiederbestellung aufgrund fehlender Unterlagen zu vermeiden. Die genannten Seiten geben daher auch oft Informationen darüber, welcher Untersuchungsablauf zu erwarten ist und welche Voruntersuchungen notwendig sind, um auf den Besuch beim Gesundheitsdienstanbieter richtig vorbereitet zu sein. Insbesondere in komplexeren Fällen kann auch ein case manager den Patientinnen/Patienten helfen, die notwendigen Untersuchungen und Unterlagen dazu vor dem Besuch parat zu haben. Unterstützend können dabei auch Plattformen wie *Patients Know Best* sein. Dabei handelt es sich um eine elektronische Plattform, die in England im Einsatz ist und den Behandelnden wie den Patientinnen/Patienten und deren Angehörigen hilft, den Behandlungsweg zu planen und abzubilden.

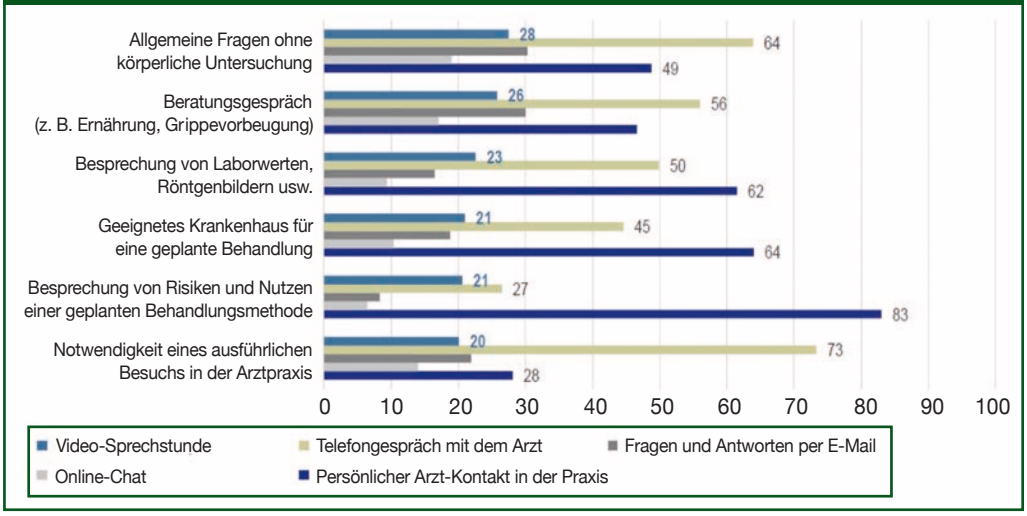
Online-Terminmanagement und Telemedizin

Trotz voranschreitender Digitalisierung im Gesundheitswesen sind Online-Terminmanagementsysteme (OTMS) immer noch nicht richtig in den Praxen angekommen. OTMS entlasten die Rezeption durch weniger Anrufe und machen die Terminbuchungen unabhängig von Ort und Zeit. Die Terminwahl selbst ist frei und es entstehen weniger Fehlbuchungen durch Kommunikationsfehler. Teure *„no-shows"* und Leerlaufzeiten können dadurch vermieden werden, da auch Dienstleistungen wie individuelle Erinnerungs-SMS oder -E-Mails zum bevorstehenden Termin automatisiert werden können. Zudem vermitteln sie ein modernes Image der Praxis und können außerdem zu geringeren Wartezeiten führen, was mit höherer Patientenzufriedenheit verbunden ist (vgl. Prinz, 2015). Eine Studie der WHO über E-Health-Konsumententrends zeigt, dass 2007 nur etwa 11 % der europäischen Bevölkerung mit Gesundheitsdiensteanbietern oder Ärztinnen/Ärzten, die sie zuvor nicht kannten, über Online-Services kommuniziert haben (vgl. Kummervold et al., 2008). Dabei ist die Möglichkeit, Termine online zu buchen, wichtig für das Qualitätsempfinden von Patientinnen/Patienten. 2007 gaben 38 % der europäischen Bevölkerung an, dass Online-Terminbuchungssysteme die ansprechendste Form von Terminvereinbarung für sie seien (vgl. Santana et al., 2010). Im Folgenden werden einige Beispiele solcher Systeme in verschiedenen Ländern und deren Umsetzung vorgestellt.
In **Österreich** existiert beispielsweise das Online-Terminvereinbarungsservice *OTR24.* OTR24 ermöglicht es Patientinnen/Patienten, Arzttermine online zu reservieren, indem sie sich mit ihrer Handynummer registrieren, einen Arzt/eine Ärztin auswählen und den Besuchsgrund angeben.

Freie Termine werden dann zur Auswahl aufgelistet. Der Nachteil des Systems ist, dass nur wenige Ärztinnen/Ärzte in diesem Portal registriert sind und viele von ihnen Wahlärztinnen/-ärzte sind (vgl. www.otr24.at). Seit 2012 gibt es außerdem *CGM LIFE eServices* – ein Programm, das Online-Terminbuchungen ermöglicht. Das Service muss auf der Website der gewünschten Ärztinnen/Ärzte verfügbar sein, es ist also kein Suchportal für Arzttermine in dem Sinn. Termine können bei den gewählten Ärztinnen/Ärzten vereinbart, storniert oder verschoben werden. Zudem kann man Online-Befunde herunter- oder hochladen oder Laborergebnisse anfordern. Über die eDialog-Funktion können Fragen wie z. B. nach der korrekten Medikamenteneinnahme gestellt werden, die die Ärztinnen/Ärzte dann über das Service beantworten. Auch dieses Programm ist nicht weit verbreitet. Die GfK-Befragung 2017 ergab für Österreich, dass die webbasierte oder telefonische Erstauskunft nur selten in Anspruch genommen wird. 65 % der Befragten ist dies nicht bekannt und von den 35 %, denen es bekannt ist, haben lediglich 7 % davon Gebrauch gemacht.
Ein Versuch, einen Dienst zu implementieren, der Echtzeitinformationen über Wartezeiten bietet, ist z. B. die Website *Waity.* Der Dienst soll Live-Wartezeiten in österreichischen Arztpraxen erfassen, allerdings sind bislang sehr wenige Ärztinnen/Ärzte auf dem Portal registriert, da die Ärztinnen/Ärzte ihre Praxen erst selbst anmelden müssen. Die App kann anzeigen, wie viele Personen im Moment im Wartezimmer sitzen und mit welcher Wartezeit zu rechnen ist. Dazu muss die Ordinationsassistenz die Daten mit einer Schaltfläche auf dem PC (plus/minus) aktuell halten. Die Website existiert erst seit 2017 und hat daher noch keinen hohen Bekanntheitsgrad erlangt.
Für CT- und MRT-Untersuchungen gibt es seit 2017 einen *Wartezeiten-Checker,* seitdem sich alle radiologischen Institute dazu verpflichtet haben, ihre Wartezeiten für Untersuchungen online zu veröffentlichen und auf dem aktuellen Stand zu halten. Die vereinbarten Zielwartezeiten sind in einer „5-10-20"-Regel festgehalten: Maximal fünf Werktage darf bei dringenden Fällen mit ärztlicher Überweisung gewartet werden, zehn Tage für eine CT- und maximal 20 für eine MRT-Untersuchung. Nach Eingabe der Postleitzahl oder des Institutsnamens wird man über die aktuelle Wartezeit informiert, und weitere Institute in der Umgebung werden mit Name, Adresse, Weblink und Entfernung zum Wohnort angezeigt (vgl. Netdoktor, 2019).
Ein weiteres Beispiel ist das schon beschriebene *Wartezeitenmanagement der OÖGKK.*
In **Deutschland** wurden 2015 im Zuge einer Gesundheitsreform die sogenannten *Terminservicestellen* eingeführt, um den steigenden Wartezeiten im ambulanten Bereich entgegenzuwirken. Sie laufen über die zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen und sind über eine zentrale Rufnummer zu festgelegten Uhrzeiten erreichbar. Die Terminservicestellen sollen einen freien Termin in einer Facharztpraxis finden, die sich in der Nähe des Wohnorts der Patientinnen/Patienten befindet. Voraussetzung für eine Terminvermittlung ist eine Überweisung von einem Hausarzt/einer Hausärztin. Zudem darf die Wartezeit nicht länger als vier Wochen dauern. Nach einem Anruf unter der jeweiligen Telefonnummer des Bundeslandes bietet die Terminservicestelle einen Termin an. Falls die Terminservicestelle keinen Termin anbieten kann, wird man zur ambulanten Behandlung ins Krankenhaus überwiesen. Die Einführung der Terminservicestellen war ein Versuch, die Nachfrage, die einerorts hoch ist und zu Überlastung führt, auf andere Praxen zu verlagern, wo es freie Kapazitäten gibt. Das sollte dann die Wartezeiten aufgrund einer besseren Verteilung der Nachfrage verkürzen (vgl. Heinrich et al., 2017). Laut Kassenärztlicher Bundesvereinigung kommen die Terminservicestellen allerdings nicht sehr gut in der Bevölkerung an. Im ersten Jahr wurden nur ungefähr 110.000 Termine bundesweit gebucht, bei insgesamt 580 Millionen ambulanten Behandlungsfällen. Laut Medscape Deutschland liegt das unter anderem daran, dass Patientinnen/Patienten verstanden haben, dass sie keine Ansprüche auf Wunschärztinnen/-ärzte haben und sich die Nachfrage daher in Grenzen hält. Dazu kommt, dass Patientinnen/Patienten in wirklich dringenden Fällen direkt an Fachärztinnen/-ärzte vermittelt werden, ohne dass die Terminservicestelle benötigt wird (vgl. Eppinger, 2018). Eine gesetzliche Verstärkung der Terminservicestellen durch erweiterte Sprechstundenzeiten ist für April 2019 geplant (vgl. Bundesgesundheitsministerium, 2018). Mindestens 25 Stunden pro Woche sind verpflichtend, wobei Hausbesuchszeiten angerechnet werden. Bestimmte Facharztgruppen (Gynäkologie, HNO) müssen außerdem mindestens fünf Wochenstunden als offene Sprechstunden anbieten. Zudem sollen dann auch Termine bei Haus- und Kinderärztinnen/-ärzten vermittelt werden und die Stellen rund um die Uhr unter einer einheitlichen Rufnummer erreichbar sein. In Akutfällen werden Patientinnen/Patienten auch während der Sprechstundenzeiten an Ordinationen oder Notfallambulanzen vermittelt, und ein Online-Service der Terminservicestellen ist in Arbeit.
Das Portal *Doctolib* bietet eine webbasierte Möglichkeit, Termine zu verwalten – sowohl für Ärztinnen/Ärzte als auch für Patientinnen/Patienten. Nach Angabe des Aufenthalts- oder Wohnorts werden Ärztinnen/Ärzte in der Nähe vorgeschlagen und der nächste freie Termin in der jeweiligen Praxis angezeigt. Nach der Buchung erhält man per SMS außerdem eine Erinnerung an den bevorstehenden Termin. Auf dem Portal sind 65.000 Ärztinnen/Ärzte registriert und 1.300 Gesund-

heitseinrichtungen und Krankenhäuser (in Deutschland und Frankreich, wo es das Service auch gibt). Direkt in Kontakt treten kann man mit dem Arzt/der Ärztin nicht (vgl. Doctolib). Dabei wäre die Bereitschaft der Bevölkerung, Videosprechstunden abzuhalten, gemäß einer Bevölkerungsbefragung der Bertelsmann Stiftung in Deutschland aus dem Jahr 2015 offenbar durchaus gegeben. Patientinnen/Patienten können sich Videosprechstunden bei Haus- oder Fachärztinnen/-ärzten vorstellen, vor allem, wenn damit langen Wartezeiten ausgewichen werden kann. Besonders für das Abklären von Fragen und für Beratungsgespräche auch außerhalb der üblichen Öffnungszeiten ist diese Möglichkeit der Kommunikation erwünscht. Immerhin 33 % gaben außerdem an, dass auch die Vermeidung der Ansteckungsgefahr durch andere Patientinnen/Patienten ein Grund für sie sei, Videosprechstunden zu nutzen. Geeignet für das Videogespräch sind laut Befragten vor allem Hausärztinnen/-ärzte oder Psychotherapeutinnen/-therapeuten (57 % und 39 %), augenärztliche oder gynäkologische Beratungsgespräche über Videokontakt lehnen Patientinnen/Patienten eher ab (jeweils 5 % würden das in Anspruch nehmen). Die Beliebtheit der unterschiedlichen Kontaktwege mit Ärztinnen/Ärzten je nach Behandlungsanlass ist Abbildung 9 zu entnehmen. Die durchgängige Präferenz für die Kontaktaufnahme per Telefon wird der Annahme zugeschrieben, dass dieser Kanal für die Befragten bekannter und etablierter ist als Online- oder Videolösungen – sowohl privat als auch im Ärztekontakt (vgl. Bertelsmann Stiftung, 2015).

Abbildung 9: Behandlungsanlässe nach Kontaktwegen zum Arzt



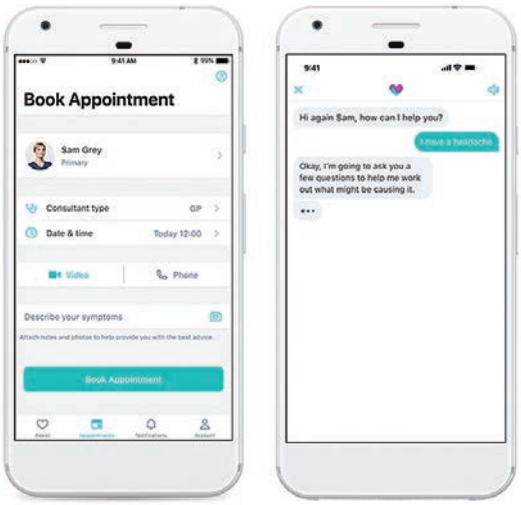
Quelle: Bertelsmann Stiftung, 2015

In den **USA** gibt es seit 2007 *ZocDoc,* ebenfalls eine Online-Plattform, um Arzttermine in der Nähe des Wohnorts zu buchen. Das Portal ist mit den Terminkalendern der Arztpraxen verknüpft und ermöglicht es, freie Termine in Echtzeit anzusehen. Auch hier erhält man Erinnerungsnachrichten und kann online Befunde einsehen. Während Patientinnen/Patienten ZocDoc kostenfrei nutzen können, müssen Ärztinnen/Ärzte ungefähr 300 Dollar im Monat dafür zahlen. Ungefähr 2,5 Millionen Arzttermine werden monatlich in 34 amerikanischen Großstädten gebucht. In New York, New Jersey, Florida und Connecticut gibt es bereits die Möglichkeit, mit Ärztinnen/Ärzten über ZocDoc ein „video appointment" abzuhalten.

Wie bereits vereinzelt in den USA kann man in **Schweden** über *KRY* Online-Termine mit Ärztinnen/Ärzten und Psychologinnen/Psychologen ausmachen und videochatten. KRY wurde 2014 gegründet, und bis dato sind ungefähr 400 Ärztinnen/Ärzte und Psychologinnen/Psychologen in der Applikation verzeichnet. Neben psychologischen Beratungsgesprächen kann man zwischen Hausärztinnen/-ärzten und einigen Fachrichtungen wählen; z. B. sind Internistinnen/Internisten, HNO-Ärztinnen/-Ärzte, Haut- und Kinderärztinnen/-ärzte registriert. Die Nutzung ist gratis bis zum 21. Lebensjahr, danach zahlt man für einen Videotermin umgerechnet ungefähr 25 Euro. Das Service ist von 6 bis 24 Uhr verfügbar und wird wie jede normale Arztpraxis über die schwedische Einheitskrankenversicherung abgerechnet. Rund 300.000 Patientinnen/Patienten nutzen KRY. Nach der Wahl eines Arztes/einer Ärztin können noch die Symptome eingegeben werden und Fotos davon hochgeladen werden. Daraufhin ruft die Ärztin/der Arzt direkt in der App an, um die Videokonversation zu starten. 15 Minuten zuvor erhält man noch eine Erinnerungs-SMS. Rezepte oder Laborüberweisungen können dann direkt über die App versendet und abgerufen werden. Ähnliche Services in Schweden sind *MinDoktor.se, Doktor.se* und *Medicoo.se.* Ferndiagnosen und Behandlungen dieser Art wird in Schweden bereits seit Jahren vor allem in spärlich besiedelten Gebieten durchgeführt.

In **England** gibt es mit *Now GP* eine ähnliche App. Die App ermöglicht es wie KRY und ZocDoc, Videokonversationen mit NHS-Ärztinnen/-Ärzten zu führen, elektronische Rezepte, Überweisungen oder Krankschreibungen zu erhalten und sich Medikamente nach Hause oder an den Arbeitsplatz liefern zu lassen, um unnötige Krankenstände zu vermeiden. In London ist die Medikamentenlieferung sogar innerhalb von zwei Stunden möglich. 2018 wussten zwar 41 % der im Rahmen der „GP Patient Survey" befragten Personen von Online-Services wie Now GP, lediglich 13 % nutzen es aber aktiv, indem sie ihre Arzttermine online buchten. Ähnlich verhält es sich mit Online-Rezeptbestellungen: Immerhin 37 % wussten, dass die Möglichkeit besteht, allerdings machten nur 14 % davon Gebrauch (vgl. NHS, 2018b). Auch über das Service *GP at hand* können Videokonversationen mit Ärztinnen/Ärzten gebucht werden. Hier kann man zusätzlich die Notizen der Ärztinnen/Ärzte jederzeit aufrufen, und wenn man sich nicht sicher ist, ob man überhaupt einen Arzttermin braucht, kann man den Symptom-Checker nutzen. Dieses System – eine Art Chatbot – stellt zunächst Fragen, aus deren Beantwortung es dann mögliche Ursachen herausfiltert, und kann so den Weg weisen. Das ist vor allem bei Bagatellerkrankungen von Vorteil, bei denen tatsächlich kein Arzttermin notwendig wäre.

Abbildung 10: Now GP Interface



Quelle: Babylon GP at hand, 2018 (https://www.gpathand.nhs.uk/our-nhs-service)

Ein weiteres Service in Großbritannien ist *VideoDoc*. Nach einer Online-Registrierung werden allgemeine medizinische Informationen wie Allergien oder regelmäßige Medikamenteneinnahmen abgefragt sowie der Grund des gewünschten Arzttermins. Der Account kann mit der privaten Kreditkarte verbunden werden; ein Online-Videotermin kann ab 20 Pfund wahrgenommen werden. VideoDoc ist jedoch nur für Konsultationen in den Bereichen der Physiotherapie und der Psychotherapie verfügbar.

In **Dänemark** gibt es schon seit 2003 das öffentliche Gesundheitsportal *sundhed.dk,* das von den dänischen Regionen, dem Ministerium für Gesundheit und Prävention, der lokalen Verwaltung in Dänemark und dem Verband der dänischen Apotheken eingerichtet wurde. Das Online-Portal bietet Ärztinnen/Ärzten und Patientinnen/Patienten einen zentralen Zugang zu Informationen über die Gesundheitsdienste in Dänemark und dient der Erleichterung der elektronischen Kommunikation. Patientinnen/Patienten können über das Portal auf allgemeine Gesundheits- und Behandlungsinformationen zugreifen, ihre Krankenakten, ihre Medikamentenhistorie, ihre Laborergebnisse und Krankenhausbesuche einsehen, Termine mit ihrem Hausarzt/ihrer Hausärztin buchen, Verschreibungen erneuern und auf ihre Medikationsdaten zugreifen. Ärztinnen/Ärzte können mit dem System Aufzeichnungen und Labortestergebnisse für ihre eigenen Patientinnen/Patienten anzeigen. Der nationale Rezeptserver ermöglicht es Patientinnen/Patienten und Ärztinnen/Ärzten, ihre Rezepte in jeder Apotheke über das Portal sundhed.dk elektronisch abzurufen. Hausärztinnen/-ärzte werden automatisch benachrichtigt, wenn Patientinnen/Patienten ihr Rezept aus der Apotheke abrufen. Sundhed.dk bietet Patientinnen/Patienten allerdings keine Möglichkeit, online via Video mit ihren Hausärztinnen/-ärzten in Kontakt zu treten (vgl. Kierkegaard, 2013). Die meisten telemedizinischen Projekte in Dänemark konzentrieren sich auf drei Hauptthemen:

Telemonitoring: Diese Projekte decken eine Vielzahl von Initiativen ab, bei denen der Gesundheitszustand der Patientinnen/Patienten aus der Ferne überwacht wird. Zu den Projekten gehören die selbst berichtete bzw. vorgenommene Überwachung chronischer Krankheiten sowie die unterstützte Telemedizin, bei der Patientinnen/Patienten Tests unter Videoüberwachung einer Fachärztin/eines Facharztes durchführen. Der Zweck ist, Besuche im Krankenhaus zu vermeiden. Dies kommt den Patientinnen/Patienten zugute und senkt die Kosten.

Projekte mit Videokonferenzen: Ziel dieser Projekte ist es, die Kommunikation entweder zwischen Ärztinnen/Ärzten (zwischen Hausärztin/-arzt oder Krankenpflegerin/-pfleger und Krankenhaus oder zwischen Krankenhäusern) oder zwischen Patientinnen/Patienten und Ärztinnen/Ärzten zu unterstützen. Krankenhäuser können Videokonferenzen nutzen, um Zweitmeinungen von Fachleuten einzuholen.

Digitaler Austausch von Fotos: Die am weitesten verbreitete Anwendung dieser Technologie ist der Austausch von Fotos von diabetischen Geschwüren zu Untersuchungszwecken zwischen Hauskrankenpflege in Gemeinden und Spezialistinnen/Spezialisten in Krankenhäusern. In einigen Teilen des Landes gehört der Einsatz der Telemedizin zur Untersuchung von Ulzera bereits zum Alltag, während andere die Technologie noch testen. Es ist allgemein anerkannt, dass die Lösung sowohl hinsichtlich der Qualität als auch der Kosten von Vorteil sein kann (vgl. Krag et al., 2012).

Praxisorganisation

Eine effiziente Praxisorganisation ist ein weiterer Weg, um Wartezeiten – sowohl auf einen Termin als auch in der Praxis selbst – zu minimieren. Praxisanalysen in Deutschland haben gezeigt, dass durchschnittlich nur etwa 60 % der Instrumente, Verfahren und Regelungen eingesetzt werden, die für eine optimale Organisation wichtig sind. Das führt dann auch dazu, dass die Erwartungen, die Patientinnen/Patienten an eine Praxis stellen, nur zu etwa 40 % erfüllt werden. Die wenigsten Praxisinhaber führen Praxisanalysen durch, um Rationalisierungs- und Veränderungsmöglichkeiten zu bestimmen. Dabei gibt es einige Bereiche, in denen oft Mängel festgestellt werden. Das können fehlende Pufferzeiten, das „Einschieben" von Patientinnen/Patienten ohne Termin oder eine unsystematische Mischung von Kurz- und Langterminen sein. Schlechte interne Kommunikation kann dann auch zu Doppelbuchungen führen (vgl. Thill, 2015). In der Literatur finden sich einige Vorschläge zur Verbesserung von Strukturen und Prozessen.

Die Praxisorganisation fängt bereits bei den **Räumlichkeiten** an. Natürlich hängt die Größe von der Fachrichtung oder der Anzahl der in der Praxis ordinierenden Ärztinnen/Ärzte ab, aber schon im Fall einer Einzelpraxis ist ausreichend Raum von Vorteil, um einen möglichst effizienten Ablauf zu ermöglichen. Räume sollten so angeordnet sein, dass Patientinnen/Patienten möglichst kurze Wege haben und Anmeldung und Wartezimmer sich in der Nähe des Eingangs befinden. Lange Wartezeiten können zudem mit mehreren Sprechzimmern minimiert werden. Ärztinnen/Ärzte können dann schon die nächste Patientin/den nächsten Patienten sehen, während sich die/der vorige noch in Ruhe ankleidet. Bei nur einem Sprechzimmer kann bei jeder Konsultation ein zusätzlicher Zeitaufwand von ungefähr zwei Minuten entstehen, wenn Patientinnen/Patienten warten müssen, bis sich die vorige Patientin/der vorige Patient fertig angekleidet hat. Auf einen Ordinationstag hochgerechnet kann das eine zusätzliche Stunde insgesamt bedeuten, nur weil auf ein zweites Sprechzimmer verzichtet wurde. Wenn eine Ordination allerdings über zwei Sprechzimmer verfügt, kann die Sprechstundenassistenz bereits den Raum vorbereiten. Auch ein Labor/Behandlungszimmer kann durch ein Kabinenkonzept die Behandlung von mehreren Patientinnen/Patienten gleichzeitig ermöglichen und verringert ebenfalls die Wartezeit (vgl. Welling, 2009).

Auch die **Terminvergabe** führt schon oft zu „eingeplanten" Wartezeiten. Das passiert z. B., wenn mehrere Patientinnen/Patienten für den gleichen Zeitpunkt eingeteilt werden, daher alle um die gleiche Uhrzeit erscheinen, aber nur eine/einer den Termin zur vereinbarten Uhrzeit wahrnehmen kann. Um ein gutes Zeitmanagement einzuhalten, wird daher für die Terminplanung empfohlen, Terminzeiten bzw. Zeitfenster von z. B. 15 Minuten festzulegen, natürlich mit ausreichend eingeplanter Zusatzzeit für Akuttermine. So können Patientinnen/Patienten ohne Termin nur berücksichtigt werden, wenn ein solches Zeitfenster frei ist. Es ist also wichtig, dass das Ordinationspersonal bereits bei der Terminvereinbarung einschätzen kann, wie dringend ein Besuchsgrund ist, bzw. die Dringlichkeit richtig zuordnen kann und die Termine entsprechend vergibt. Der Besuchsgrund sollte also unbedingt schon bei der Terminvereinbarung angegeben werden, denn für Patientinnen/Patienten wird vieles subjektiv als dringender eingestuft, als es objektiv betrachtet ist. Wenn eine ungefähre Dauer für häufige Besuchsgründe erstellt wird, kann bei der Terminvereinbarung bereits besseres Zeitmanagement betrieben werden, indem unterschiedlich lange Zeitfenster eingeplant werden. Die Slots werden dann nach Bekanntgabe des Besuchsgrunds am Telefon oder online vergeben. Es empfiehlt sich auch, darauf zu achten, ob Akutfälle ein gewisses Tages- oder Zeitschema annehmen, um Pufferzeiten besser einplanen zu können. Zusätzlich bestimmt oft die Fachrichtung der Praxis, mit wie vielen Akutpatientinnen/-patienten man rechnen muss (vgl. Welling, 2009). In Bezug auf das Management von **Pufferzeiten** kann z. B. ein 80:20 Richtwert herangezogen werden, gemäß dem 80 % der Ordinationszeiten für Termine und 20 % als Zeitpuffer eingeplant werden. Diese Relation variiert allerdings zwischen Ordinationen, und um ein möglichst effizientes Verhältnis zu erhalten, ist eine genaue Kenntnis der Patientenstruktur notwendig (vgl. Thill, 2015).

Sinnvoll für eine optimale Terminplanung ist es sicherlich auch, die **Priorität** der Leistungen zu berücksichtigen. Prioritär sind dann Akutpatientinnen/-patienten, Notfälle oder Patientinnen/Patienten mit Schmerzen, während sich Terminpatientinnen/-patienten, Kontrolluntersuchungen oder Basis-Checks auch langfristig terminieren lassen. Mit einer solchen Einteilung kann ein Ordinationstag z. B. so eingeteilt werden:

Die Klassifizierung der Besuchsgründe und deren Priorität kann noch detaillierter erfolgen. Beispielsweise kann man Patientinnen/Patienten in Normal-, Lang- und Kurzkontakte gliedern. Normalkontakte haben keinen zusätzlichen Zeitbedarf (insgesamt etwa zehn Minuten) und finden daher meist in der Kernzeit statt. Zu Langkontakten zählen dann z. B. technische Untersuchungen,

Vorsorgeuntersuchungen oder psychotherapeutische Gespräche. Es macht durchaus Sinn, hierfür mehr Zeit einzuplanen. Unter Kurzkontakte fällt dann alles, was innerhalb weniger Minuten abgehandelt werden kann, etwa eine neue Rezeptausstellung, sofern das nicht auch ohne Termin möglich ist, oder eine kurze Frage. Genau solche Kurztermine sollten aber in Zukunft telefonisch oder allgemein digital zu erledigen sein (vgl. Welling, 2009).
Daher ist es wichtig, die **Kontaktmöglichkeiten** zwischen Patientinnen/Patienten und Praxis so einfach und flexibel wie möglich zu gestalten. Von Vorteil ist es in jedem Fall, Terminbuchungen, Erinnerungen oder Rezeptbestellungen zu automatisieren, indem die dafür notwendigen technischen Rahmenbedingungen geschaffen werden. Niedergelassene Gesundheitsdiensteanbieter sollten über digitale Kalender, Online-Terminvergabesysteme, moderne Homepages und Tools für die Ausstellung von Online-Rezepten (wenn im jeweiligen Gesundheitssystem schon implementiert) verfügen. Die durch diese Systeme gewährleistete ständige Erreichbarkeit macht die Terminvergabe effizienter und für Patientinnen/Patienten einfacher und flexibler. SMS-Erinnerungen an den Termin können dann noch dazu *No-show*-Zahlen senken.

Fazit

Fazit

Wartezeiten deuten nicht automatisch auf ein Problem im Gesundheitssystem hin, sondern sind, will man Überkapazitäten vermeiden, notwendig. Dennoch werden sie von vielen Patientinnen/Patienten als lästig betrachtet und können bei einem Übermaß auch negative gesundheitliche Folgen haben. Umgekehrt führt auch der Wunsch, einen bestimmten Gesundheitsdiensteanbieter in Anspruch zu nehmen, dort zu längeren Wartezeiten. Unabhängig von diesen Gründen gibt es Möglichkeiten, Wartezeiten sowohl auf den Termin als auch beim Gesundheitsdiensteanbieter vor Ort zu optimieren. Dazu zählen erstens Informationen, die unnötige Besuche hintanhalten oder den Besuch effizient gestalten, wie beispielsweise über benötigte Voruntersuchungen. International existieren hier umfangreiche Webangebote, die den richtigen Weg weisen und bei Bagatellerkrankungen Hilfe zur Selbsthilfe oder Informationen zum konkreten Ablauf von Untersuchungen geben. Ein zweites wichtiges Tool sind Online-Terminvereinbarungssysteme, die rund um die Uhr eine Terminvereinbarung ermöglichen. E-Mail- bzw. SMS-Erinnerungsservices sowie die jederzeitige Abänderungsmöglichkeit helfen, die Zahl nicht wahrgenommener Termine zu reduzieren. Ebenfalls in den Bereich der Online-Systeme fallen automatisierte Chatbots, die eine erste Hilfestellung bieten, sowie Videokonsultationen bzw. – wie gerade im Vorreiterland Dänemark – Telemonitoring und Tele-Check-ups. Schließlich kann auch eine effiziente Praxisorganisation vor Ort sowohl die Wartezeiten in der Praxis als auch die Wartezeiten auf einen Termin reduzieren und die Patientenerfahrung verbessern. Nicht zu vergessen sind auch Bemühungen, die Nachfrage nach Leistungen durch verbesserte Koordination im Rahmen einer ausgereiften Primärversorgung zu reduzieren.
Untersuchungen wie in Deutschland über das Optimierungspotenzial wären auch in Österreich sinnvoll. Beide Länder stehen noch vergleichsweise gut da, was Wartezeiten auf Termine betrifft. Eine wachsende, älter werdende Bevölkerung wird jedoch auch hier neue Wege erforderlich machen, zumal diese auch eine Win-win-Situation darstellen können.

LITERATUR

Anderson, R. T., Camacho, F. T., Balkrishnan, R. (2007): Willing to wait? The influence of patient wait time on satisfaction with primary care, BMC Health Services Research, 7: 31.

Bachner, F., et al. (2018): Austria – Health System Review, Health Systems in Transition, 20 (3): 1–256.

Bertelsmann Stiftung (2015): Video-Sprechstunden in der ambulanten Versorgung. Repräsentative Bevölkerungsbefragung, abgerufen am 5.12.2018 unter https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/43_Weisse_Liste/IN_Video-Sprechstunden_Bevoelkerungsbefragung-2015.pdf.

Bundesgesundheitsministerium (2018): Terminservice- und Versorgungsgesetz. abrufbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/terminservice-und-versorgungsgesetz.html [Zugriff: 8.1.2019]

Camacho, F., et al. (2006): The Relationship Between Patient's Perceived Waiting Time and Office-Based Practice Satisfaction, North Carolina Medical Journal, Vol. 67, 6: 409–413.

Commonwealth Fund (2016): 2016 International Health Policy Survey of Adults. downloadbar unter https://www.cihi.ca/en/commonwealth-fund-survey-2016 [Zugriff 17.12.2018]

Czypionka, T., Berger, M. (2018): Über-, Unter- und Fehlversorgung im Gesundheitswesen: Nutzung der MRT in Österreich, Health System Watch, Beilage zur Fachzeitschrift Soziale Sicherheit, erstellt durch das IHS HealthEcon.

Czypionka, T., et al. (2007): Warten in Europa: Ein internationaler Vergleich bei Elektivoperationen, Health System Watch, Beilage zur Fachzeitschrift Soziale Sicherheit, erstellt durch das IHS HealthEcon.

Czypionka, T., Kraus, M., Röhrling, G. (2013): Wartezeiten auf Elektivoperationen – Neues zur Frage der Transparenz?, Health System Watch, Beilage zur Fachzeitschrift Soziale Sicherheit, erstellt durch das IHS HealthEcon.

dexhelpp (2018): Verteilung der Öffnungszeiten, abgerufen am 20.11.2018 unter http://www.dexhelpp.at/de/versorgungsatlas/task-2/ergebnisse/vergleich-2/.

Eppinger, U. (2018): Ernüchternde Bilanz nach den ersten Wochen mit Terminservicestellen, Medscape Deutschland, abgerufen am 27.11.2018 unter https://deutsch.medscape.com/artikelansicht/4904660.

LITERATUR

Ettelt, S., et al. (2006): Health care outside hospital: accessing generalist and specialist care in eight countries, WHO Regional Office for Europe.

Finkenstädt, V. (2017a): Wartezeiten auf Arzttermine: Eine methodische und empirische Kritik der Debatte, Wissenschaftliches Institut der PKV, WIP-Diskussionspapier 3.

Finkenstädt, V. (2017b): Zugangshürden in der Gesundheitsversorgung. Ein europäischer Überblick, Wissenschaftliches Institut der PKV, S. 28–43.

Fischer, C., Czypionka, T., Fößleitner, S. (2018): Verbesserungspotenziale des extramuralen fachärztlichen Sektors, Institut für Höhere Studien.

Fischer, T. (2009): Die ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich aus dem Blickwinkel der PatientInnen, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Soziale Sicherheit Online, März 2009.

Gächter, M., et al. (2011): Physician Density in a Two-Tiered Health Care System, Working Papers in Economics and Finance, University of Salzburg, Working Paper 2011-05.

GfK (2017): Bevölkerungsstudie – Gesundheit 2017, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, abgerufen am 20.11.2018 unter http://www.hauptverband.at/cdscontent/?contentid=10007.785301.

Heinrich, N., Wübker, A., Wuckel, C. (2017): Waiting times for outpatient treatment in Germany: New experimental evidence from primary data, Ruhr Economic Papers, RWI – Leibnitz-Institut für Wirtschaftsforschung, Essen, No. 683.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2018): Gesundheitsdaten, abgerufen am 8.11.2018 unter http://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/24045.php.

Kierkegaard, P. (2013): eHealth in Denmark: a Case Study, Journal of Medical Systems, 37: 9991.

Kopetsch, T. (2014): Wartezeiten in der ambulanten Versorgung, Kassenärztliche Bundesvereinigung, abgerufen am 8.11.2018 unter http://kbv.de/media/sp/wartezeiten_studie_kopetsch.pdf.

Krag, A., Hansen, B., Nielsen, E. (2012): e-health in Denmark, abgerufen am 21.11.2018 unter https://www.sum.dk/~/media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2012/Sundheds-IT/Sundheds_IT_juni_web.ashx.

Krüger-Brand, H. E. (2018): Telemedizin: KV erprobt die Fernbehandlung, Deutsches Ärzteblatt, 115 (16).

Kummervold P. E., et al. (2008): eHealth trends in Europe 2005–2007: a population-based survey. J Med Internet Res, 10 (4): e42.

Merritt Hawkins (2017): Survey of physician appointment wait times, abgerufen am 30.11.2018 unter https://www.merritthawkins.com/uploadedFiles/MerrittHawkins/Content/Pdf/mha2017waittimesurveyPDF.pdf.

Monstad, K., Engesaetter, L., Espehaug, B. (2014): Waiting time and socioeconomic status – an individual-level analysis, in: Health Economics 23: 446–461.

National Health Service (2018a): Guide to NHS waiting times in England, NHS, abgerufen am 20.11.2018 unter https://www.nhs.uk/using-the-nhs/nhs-services/hospitals/guide-to-nhs-waiting-times-in-england/.

National Health Service (2018b): GP Patient Survey – National Report, NHS England, Ipsos MORI Social Research Institute abgerufen am 27.11.2018 unter https://www.gp-patient.co.uk/downloads/archive/2018/Weighted/GPPS%202018%20National%20infographic%20PUBLIC.pdf.

Netdoktor (2019): Netdoktor – Wartezeiten, abgerufen am 8.01.2019 unter https://wartezeiten.netdoktor.at/.

ÖÄK (2015): Ärzteliste der Österreichischen Ärztekammer, Vienna: Österreichische Ärztekammer.

OECD (2017): Health at a Glance – OECD Indicators, OECD Publishing, abgerufen am 13.11.2018 unter https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017_health_glance-2017-en#page4.

OÖGKK (2018): Vertragsabschluss Ärzte und OÖGKK: Kürzere Wartezeiten & Clearingstelle, abgerufen am 8.01.2019 unter https://www.ooegkk.at/cdscontent/?contentid=10007.799995&portal=ooegkkportal&viewmode=content.

Oostrom, T., Einav, L., Finkelstein, A. (2017): Outpatient Office Wait Times and Quality of Care for Medicaid Patients, Health Aff (Millwood), 36 (5): 826–832.

Osborn, R., et al. (2015): Primary care physicians in ten countries report challenges caring for patients with complex health needs, Health Affairs, Vol. 34, 12: 2104–2112.

Palmowski, S. (2017): Patientenerfahrungen bedeutend für die Arztwahl, Spotlight Gesundheit: Arztbewertungen, Bertelsmann Stiftung.

Prinz, S. (2015): Online-Terminmanagementsysteme als Optimierungs- und Marketinginstrument für Arztpraxen in Deutschland, Karlsruher Institut für Technologie, abgerufen am 21.11.2018 unter https://www.aerzteblatt.de/archiv/169213/Online-Terminmanagement-Viele-Potenziale-fuer-Arztpraxen.

Pirngruber, C., Siegl, K. (2017): Wartezeiten bei Vertragsärzten – überraschende Erkenntnisse bei Bestandsaufnahme in Oberösterreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Soziale Sicherheit Online, Mai 2017.

Roll, K., Stargardt, T., Schreyögg, J. (2012): The effect of type of insurance and income on waiting time in outpatient care, Geneva Papers, 37: 609–632.

Santana, S., et al. (2010): Online Communication Between Doctors and Patients in Europe: Status and Perspecitves, Journal of Medical Internet Research, Vol. 12 (2): e20.

Schneider, S. (2007): eHealth in Europa: Szenarioanalyse für das Jahr 2020, VDM Verlag Dr. Müller e. K. und Lizenzgeber, Saarbrücken.

Siciliani, L., Moran, V., Borowitz, M. (2014): Measuring and comparing health care waiting times in OECD countries, Elsevier Ireland Ltd., Health Policy, 118: 292–303.

Statista (2018): Wartezeit in Arztpraxen in Deutschland in den Jahren 2008 bis 2018, abgerufen am 5.12.2018 unter https://de.statista.com/statistik/daten/studie/706887/umfrage/umfrage-zur-wartezeiten-in-arztpraxen-in-deutschland/.

Thill, K. D. (2015): 100 Best Practice-Tipps für eine noch bessere Praxisorganisation, neobooks, abgerufen am 29.11.2018 unter https://www.neobooks.com/ebooks/klaus-dieter-thill-100-best-practice-tipps-fuer-eine-noch-bessere-praxisorganisation-ebook-neobooks-36674.

Thorbly, R., Arora, S. (2018): The English Health Care System, International Health Care System Profiles, The Commonwealth Fund, abgerufen am 6.12.2018 unter https://international.commonwealthfund.org/countries/england/.

Viberg, N., et al. (2013): International comparisons of waiting times in health care – limitations and prospects, Elsevier Ireland Ltd., Health Policy 112: 53–61.

Welling, H. (2009): Das Handbuch für den Praxiserfolg, Books on Demand GmbH, Norderstedt.