

# Umgang mit Ärzten

Den richtigen Arzt finden

Diagnose, Therapie, Infos im Web

Arztgespräch, Krankenhaus, Patientenrechte

Den richtigen  
Arzt finden

Diagnose,  
Therapie,  
Infos im Web

Arztgespräch,  
Krankenhaus,  
Patientenrechte

Verein für Konsumenteninformation (Hrsg.)  
Elisabeth Tschachler

# Umgang mit Ärzten

## Impressum

---

### Herausgeber

Verein für Konsumenteninformation (VKI)

Mariahilfer Straße 81, A-1060 Wien

ZVR-Zahl 389759993

Tel. 01 588 77-0, Fax 01 588 77-73, E-Mail: [konsument@vki.at](mailto:konsument@vki.at)

[www.konsument.at](http://www.konsument.at)

### Geschäftsführer

Ing. Franz Floss

Dr. Josef Kubitschek

### Autorin

Elisabeth Tschachler

### Lektorat

Doris Vajasdi

### Produktion

Günter Hoy

Edwin Würth

### Foto Umschlag

kurhan/Shutterstock.com

### Druck

Holzhausen Druck GmbH, 1140 Wien

### Stand

März 2013

### Einzelbestellung VKI

KONSUMENT, Kundenservice

Mariahilfer Straße 81, A-1060 Wien

Tel. 01 588 774, Fax 01 588 77-72

E-Mail: [kundenservice@konsument.at](mailto:kundenservice@konsument.at)

© 2013 Verein für Konsumenteninformation, Wien

Printed in Austria

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt.

Alle dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Bearbeitung, der Übersetzung, des Nachdruckes, der Entnahme von Abbildungen, der Funksendung, der Wiedergabe auf fotomechanischem oder ähnlichem Wege und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben ohne vorherige schriftliche Zustimmung des Verlages (auch bei nur auszugsweiser Verwertung) vorbehalten. Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Buch sind auch ohne besondere Kennzeichnung im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung nicht als frei zu betrachten. Produkthaftung: Sämtliche Angaben in diesem Fachbuch erfolgen trotz sorgfältiger Bearbeitung und Kontrolle ohne Gewähr. Eine Haftung des Autors oder des Verlages aus dem Inhalt dieses Werkes ist ausgeschlossen.

Wir sind bemüht, so weit wie möglich geschlechtsneutrale Formulierungen zu verwenden.

Wo uns dies nicht gelingt, gelten die entsprechenden Begriffe im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für beide Geschlechter.

### Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Verein für  
Konsumenteninformation  
ISBN 978-3-99013-022-3

€ 14,90

<u>Das Ende des guten alten Gesundheitsbuchs</u>	9
(Miss-)Information aus den Medien	11
Rätsel Statistik	12
Überreden statt informieren	14
Versteckspiel mit Ergebnissen	15
Jonglieren mit dem Risiko	18
Schiefe Daten	20
Es ist was faul ...	22
Wissen, wo man nachschaut	23
Wissen macht stark und gesund	26
<u>Drum prüfe ...</u>	29
Verzerrtes Bild	30
Patientenzufriedenheit kann der Gesundheit schaden	33
Irren ist menschlich	34
Aus Fehlern werden Ärzte klug	36
Qualität sichtbar machen	38
Wie gut ist gut?	40
Kurz und schmerzlos	43
Zum Arzt oder gleich in die Ambulanz?	45
Kasse oder privat?	47
Oder ganz einfach ein Kuvert?	49
Spezialfall Zahnärzte	50
<u>Tango mit dem Doktor</u>	53
Gläubige und Zweifler	56
Vertrauensverhältnis gestört?	60
Ärzte haben's auch nicht leicht	61
Falsche Vorstellungen und andere Sprache	63
Aufklärungspflicht und Selbstbestimmungsrecht	67
Einer weiß viel, zwei vielleicht mehr	70
Nachher klüger?	73
<u>Dschungel Krankenhaus</u>	75
Wählen nach Zahlen	76
Erhobene Zufriedenheit	78
Mängel im System	82
Und wann bin ich dran?	84
Für die Operation freigegeben	86
Im Krankenhaus	88
Nichts wie raus	92

---

95	<u>Hilf dir selbst</u>
98	Die Gruppen werden professioneller
100	Abhängig von Förderungen
103	<u>Was Recht ist</u>
105	Behandlungsfehler und Haftung
105	Hilfe im Konfliktfall
107	ELGA, das (noch) unbekannte Wesen
108	Wertschätzender Umgang
113	<u>Service</u>
115	Literatur
123	Adressen/Links
127	Stichwortverzeichnis



Foto: VILevi/Shutterstock.com

# Dschungel Krankenhaus

Für die Ärzte Routine, für den Patienten eine Ausnahmesituation: ein Spitalsaufenthalt. Wie bereitet man sich auf die Aufnahme vor? Warum kommen mindestens zwei Personen und fragen das Gleiche? Der Aufklärungsbogen vor dem chirurgischen Eingriff: unterschrieben ist gleich eingewilligt? Und nach der Entlassung?

Gleich alt,  
aber weniger  
gesund

Die Österreicher sind, so heißt es immer wieder, Weltmeister im Krankenhausliegen. 2.682.948 Mal wurde im Jahr 2011 ein Krankenhausbett für einen neuen Patienten frisch bezogen (Statistik Austria 2012c). Zwar ist die Aufenthaltsdauer der Patienten im Spital seit 1996 von 10,3 auf 5,43 Tage gesunken, doch das ist im europäischen Vergleich immer noch lang. Unter anderem mag es daran liegen, dass es in der Alpenrepublik relativ viele Spitäler mit relativ vielen Betten gibt (7,6 Krankenhausbetten pro 100.000 Einwohner; in Schweden kommen im Vergleich dazu nur 2,7 Betten auf 100.000 Einwohner).

Dass die Österreicher deshalb gesünder wären, kann man nicht behaupten. Sie werden zwar ungefähr gleich alt, verbringen aber weniger Lebensjahre in Gesundheit als beispielsweise Franzosen, Schweden oder Iren (OECD 2012).

Wie dem auch sei: Wer einen Krankenhausaufenthalt vor sich hat, ist in der Regel etwas unsicher. Schließlich weiß man nicht so genau, was auf einen zukommt. Immerhin gaben in einer im Auftrag des Gesundheitsministeriums durchgeführten Befragung rund 15 Prozent der Patienten an, von ihrem zuweisenden Arzt auf ihre Aufnahme in der Krankenanstalt wenig bzw. gar nicht vorbereitet worden zu sein (Gleichweit et al. 2011). Sofern es sich nicht um einen Notfall oder einen Unfall handelt und man mit der Rettung bzw. dem Notarzt ins Krankenhaus kommt, stellt sich für gewöhnlich während des Arztgesprächs (► Seite 53 ff) heraus, dass ein Spitalsaufenthalt notwendig ist. Der behandelnde Arzt füllt einen Einweisungsschein aus. Dann muss mit dem Krankenhaus Kontakt aufgenommen und ein Termin für die Aufnahme vereinbart werden. Gerade bei Operationen im Bereich der Orthopädie oder Augenheilkunde kommt es mitunter zu langen Wartezeiten (► Seite 84 f).

## Wählen nach Zahlen

Von den rund 270 Krankenhäusern in Österreich sind die meisten im Besitz eines Bundeslandes, einige wenige gehören Gemeinden, Krankenkassen oder dem Bund. Es gibt auch Spitäler, die privaten Organisationen gehören. Nicht alle Krankenhäuser haben das Öffentlichkeitsrecht – nur

in solchen mit Öffentlichkeitsrecht übernehmen die Krankenkassen die Kosten für Aufenthalt und medizinische Behandlung.

Auch gibt es nicht in allen Spitälern sämtliche Fachabteilungen. So sind Standardkrankenhäuser für die Basisversorgung zuständig. Sie verfügen zumindest über bettenführende chirurgische und interne Abteilungen sowie über grundlegende Einrichtungen wie z.B. jene für Röntgendiagnostik. Schwerpunktkrankenhäuser haben Bettenstationen in den Bereichen Augenheilkunde, Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, Haut- und Geschlechtskrankheiten, innere Medizin, Kinderheilkunde, Neurologie und Psychiatrie, Orthopädie, Unfallchirurgie und Urologie. Weitere Einrichtungen gibt es unter anderem für Strahlendiagnostik und -therapie, für physikalische Medizin, Intensivpflege oder Zahnheilkunde. Und Zentralkrankenhäuser schließlich bieten das gesamte Spektrum der medizinischen Heilkunde an.

Wenn es sich nicht um einen Notfall oder einen Unfall handelt, wo man mit der Rettung ins nächstgelegene bzw. in jenes Spital eingewiesen wird, wo Kapazitäten frei sind, hat jeder Österreicher die Möglichkeit, sich das Krankenhaus selbst auszusuchen. Im Jahr 2012 hat die zum Gesundheitsministerium gehörige Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) den sogenannten Spitalskompass online gestellt ([www.spitalskompass.at](http://www.spitalskompass.at)). Er soll bei der Suche nach dem am besten geeigneten Krankenhaus in der Nähe helfen. Man kann nach einzelnen Krankheitsbildern, medizinischen Leistungen und Fachbereichen suchen und erfährt, in welchen Krankenhäusern bestimmte Operationen und Therapien angeboten bzw. wie häufig diese durchgeführt werden. Außerdem bietet der Spitalskompass Informationen zu den Ambulanzen und Instituten sowie zur medizinisch-technischen Ausstattung. Darüber hinaus kann man das Serviceangebot nach individuellen Bedürfnissen auswählen (z.B. Telefon, Sat-TV, vegetarisches Menü oder Morgenmantel).

Was die Qualität der angebotenen medizinischen Leistungen anlangt, wird man aus dem Kompass allerdings nicht wirklich schlau. Zwar werden die Fachabteilungen mit Leistungsschwerpunkten angeführt und es gibt einer Liste der häufigsten Diagnosen und Leistungen, dabei ist aber erstens nicht klar, wer diese Liste erstellt und überprüft hat, und zweitens wird das jeweilige Ergebnis der Behandlung (bzw. Komplikationen oder Wiederaufnahmen) nicht publiziert. „Wenn mir als Patient das Telefon

Standard-,  
Schwerpunkt-  
und Zentral-  
krankenhäuser

Kein Hinweis  
auf Behandlungs-  
qualität

am Bett und der Fernseher im Aufenthaltsraum wichtiger ist als die Qualität der medizinischen Leistung, dann mag mir der Spitalskompass helfen“, sagt die Journalistin Livia Rohrmoser, die den Spitalskompass unter die Lupe genommen hat. „Wenn ich jedoch wissen will, in welchem Spital nach einfachen Bypass-Operationen die meisten Patienten gesund werden und wo die meisten versterben, dann ist er die falsche Adresse.“ (Rohrmoser 2012). Manche Experten sehen in der Veröffentlichung von Fall- bzw. Erfolgszahlen sowieso ein Problem, da eben nicht alle Abteilungen, die die gleiche Leistung anbieten, miteinander vergleichbar sind (► Seite 40 ff).

Viel öfter laufen die Informationen ohnehin anders, nämlich in Form von Mundpropaganda, in letzter Zeit auch immer häufiger übers Internet. Besser gesagt über die sogenannten sozialen Netzwerke und Foren. Web2watch, ein Ableger des Meinungsforschungsinstituts OGM, hat gezählt, dass es im Zeitraum von Juni 2011 bis Juni 2012 im Netz 20.225 Postings zu österreichischen Krankenhäusern oder Kuranstalten gab. Die meisten (7.088) betrafen das Wiener Allgemeine Krankenhaus (AKH). An zweiter Stelle, weit abgeschlagen, das Grazer Landeskrankenhaus, über das 1.705 Mal gepostet wurde, allerdings mit dem höchsten Anteil an Negativmeldungen. Am häufigsten tun Schwangere bzw. Frauen, die vor Kurzem ein Kind auf die Welt gebracht haben, ihre Meinung kund über die Betreuung vor und während der Geburt. Aber auch das Personal hat einiges über den Arbeitsplatz Krankenhaus zu sagen – meist anonym (Format 2012).

## Erhobene Zufriedenheit

Was bei einzelnen Ärzten über anonyme Tester oder Internetbewertungen erfolgt, wird in Krankenhäusern mit Fragebögen versucht: die Zufriedenheit der Patienten zu ergründen, um Schwachpunkte aufzudecken und Ansätze für Verbesserungsmaßnahmen zu identifizieren. Und um Werbung zu machen. Fast in jedem Spital bekommt der Patient – meist unmittelbar vor der Entlassung – einen Fragebogen ausgehändigt. Er soll beurteilen, wie gut aufgehoben er sich während seines Aufenthalts gefühlt hat.

Allerdings sind paradoxerweise „nicht schlechte Bewertungen, sondern vielmehr die durchwegs ausgezeichneten Beurteilungen“ ein häufiges Problem solcher Patientenbefragungen, sagt der Krankenhausberater Alexander Schwarz-Musch (2008). Denn dann lehnen sich die Verantwortlichen beruhigt zurück – bloß den Mitarbeitern kommen Zweifel, zumal sie selbst etliche Kritikpunkte kennen und in vielen Fällen etliches zu verbessern wäre. Aber sie schweigen meist. Schwarz-Musch hat untersucht, warum Patienten, auch wenn sie mit ihrem Krankenhausaufenthalt gar nicht so zufrieden waren, dazu neigen, positive Bewertungen abzugeben. Da sind einerseits die gesellschaftlich erwünschten Antworten („Es waren ja alle so nett, da kann man doch nicht“). Dazu kommt die Angst der Patienten vor möglichen Konsequenzen, auch wenn die Fragebögen anonym auszufüllen sind („Wer weiß, ob die nicht doch wissen“). Und schließlich sind es Schwachpunkte der Fragebögen selbst („Die eine Schwester war immer unfreundlich, aber ich kann nur eine Gesamtnote vergeben“). Und dann gibt es noch die sogenannten resignativ zufriedenen Kunden. „Diese sind mit den erbrachten Leistungen zwar nicht wirklich zufrieden, glauben aber, dass man eben nicht mehr erwarten könne“, sagt Schwarz-Musch. Deshalb vergeben sie Bestnoten.

Um solche in die Irre führenden Ergebnisse auszuschließen oder wenigstens gering zu halten, sollten die Bewertungen eher nicht nach dem Schulnotensystem erfolgen, sondern die Zufriedenheit sollte verbal beurteilt werden können. Denn selbst wer das Mittagsmenü als „gut“ bewertet, muss nicht zwangsläufig zufrieden damit sein. Auch wenn nur drei bis fünf Antwortstufen zwischen „sehr gut“ und „nicht genügend“ zu vergeben sind, entsteht oft ein zu positives Bild. Fazit: Wirklich zu trauen ist den Ergebnissen solcher Erhebungen nicht.

Nicht nur in einem Krankenhaus, sondern in 49 der insgesamt 270 österreichischen Spitäler wurde in den Jahren 2010 und 2011 im Auftrag des Gesundheitsministeriums eine sogenannte sektorenübergreifende Zufriedenheitsbefragung durchgeführt. Erhoben werden sollte nicht nur, wie Menschen die Betreuung im Spital selbst erleben, sondern auch, wie gut die Übergänge vom niedergelassenen Arzt ins Krankenhaus funktionieren und ob die betroffenen Patienten wissen, was mit ihnen passiert und warum (Gleichweit et al. 2011).

Ergebnisse  
führen in die Irre

### Verbesserungsbedarf an den Nahtstellen

Insgesamt scheint die Zufriedenheit mit stationären Aufenthalten recht hoch zu sein, zwischen 63 und 95 Prozent der befragten 22.000 Patienten waren mit dem Krankenhaus sehr zufrieden. (Allerdings gab es – siehe oben – nur eine vierteilige Antwortskala von „sehr zufrieden“ bis „nicht zufrieden“ sowie die Möglichkeit „kann ich nicht beurteilen“). Der Anteil jener, die den Aufenthalt subjektiv als keine oder als nur geringe Verbesserung ihres Gesundheitszustandes wahrnahmen, schwankt je nach Krankenhaus zwischen 4 und 24 Prozent. Verbesserungsbedarf besteht jedoch besonders im Bereich der sogenannten Nahtstellen, also unmittelbar vor und nach dem Spitalsaufenthalt, sowie bei der Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern. Jeder sechste Patient gab an, vom Arzt, der ihn in die Klinik überwiesen hatte, wenig oder gar nicht auf den Spitalsaufenthalt vorbereitet worden zu sein. Bei fast jedem Zweiten wurden Untersuchungen, die kurz vor dem Aufenthalt durchgeführt worden waren, im Spital wiederholt (► Seite 43). Jeder vierte der Patienten, die selbst angaben, lebensgefährlich krank oder verletzt gewesen zu sein, musste länger als eine Stunde warten, bis eine ärztliche Untersuchung stattfand. Und nur die Hälfte jener Patienten, die nach der Entlassung weitere Unterstützung wie beispielsweise Wundverbände oder Gehhilfen benötigten, hatten eine Ansprechperson, die sich darum kümmerte. Die Erkenntnisse sollen nun helfen, gezielte Maßnahmen zur besseren Patientenbetreuung zu setzen. Die teilnehmenden Krankenhäuser erhalten ihre eigenen Auswertungen sowie – anonymisiert – die der anderen, um einen Vergleich ziehen zu können.

### Keine Aussage über die medizinische Qualität

Freilich geht es auch bei solchen Fragebogenerhebungen durchwegs um subjektive Eindrücke von Patienten, eben um die Zufriedenheit. Über die tatsächliche Qualität der medizinischen Behandlung sagen sie nichts aus. Richtig gemacht, können sie trotzdem bis zu einem gewissen Grad sinnvoll sein. Das zeigte sich in einer Studie des Londoner Imperial College (Greaves et al. 2012). In England können die Patienten seit 2008 ihre Meinung zur Behandlung und Betreuung in öffentlichen Krankenhäusern online abgeben. Das System ist ähnlich einfach wie Hotel-Ratings. Beim Vergleich dieser Laien-Beurteilungen mit objektiven Qualitätskriterien wie beispielsweise der Häufigkeit von im Krankenhaus erworbenen Infektionen oder der Anzahl der nach der Entlassung aus dem Spital notwendigen Wiederaufnahmen zeigte sich eine ziemlich hohe

Übereinstimmung. So war in jenen Krankenhäusern, die von den Patienten besser beurteilt wurden, die Sterblichkeitsrate um fünf Prozent niedriger als in den weniger günstig bewerteten Spitälern.

### Die Spezialisten der Spezialisten

Krankenhausärzte waren, im Gegensatz zu ihren niedergelassenen Kollegen, nie Einzelkämpfer. Doch in der letzten Zeit arbeiten die Teams vermehrt auch fächerübergreifend zusammen. Beispielsweise in sogenannten Tumorboards. Da wird in Konferenzen, bei denen auch das Pflegepersonal vertreten ist und an Uni-Kliniken zuweilen auch Studenten teilnehmen, der Zustand von Krebspatienten besprochen und die weitere Behandlung wird von Krebspezialisten, Internisten, Radiologen und Schmerztherapeuten diskutiert und geplant. Manchmal werden auch Spezialisten anderer Krankenhäuser per Video zugeschaltet. Der Vorteil für die Patienten: Viel Expertenwissen fließt ein. Aber auch Ärzte profitieren von diesen Konferenzen, denn sie lernen voneinander. Ein weiterer Trend ist die Bildung von Zentren – ganzen Kliniken oder Abteilungen, die auf ein Krankheitsbild spezialisiert sind, etwa Brustzentren, wie sie in Salzburg oder Wien existieren. Dort wird die Patientin von der ersten Untersuchung bei Verdacht auf einen Tumor über weitere Diagnostik, Befundbesprechungen, Festlegung des weiteren Vorgehens in Absprache mit ihr, die Behandlung und schließlich die Nachsorge immer wieder vom selben Team betreut.

Freilich kann es, je nach Häufigkeit der Erkrankung, nur eine bestimmte Anzahl solcher Zentren geben. Für das äußerst seltene Krankheitsbild der Epidermolysis bullosa etwa – die Erkrankten werden Schmetterlingskinder genannt, weil ihre Haut schmetterlingsflügeldünn und empfindlich ist – gibt es in Österreich nur eine einzige Spezialklinik, in Salzburg. Für Herzoperationen bei Kindern existieren derzeit vier Zentren (jeweils eines in Graz, Linz, Innsbruck und Wien). Um zwei zu viel, wie internationale Experten betonen. Denn pro Jahr brauchen in ganz Österreich rund 600 Kinder eine Herzoperation. Als Messlatte für gesicherte Qualität wird aber eine Fallzahl von 250 pro Klinik und Jahr gesehen. Internationale Studien zeigen immer wieder: Je mehr ein Chirurg operiert, desto besser wird er (► Seite 42) (Rohrmoser 2011).



Foto: Yuri Arcurs/Shutterstock.com

## Mängel im System

Laut dem französischen Philosophen Voltaire liegt die Kunst der Ärzte darin, den Patienten so lange zu amüsieren, bis die Natur ihn heilt. Ganz so einfach ist es freilich nicht. Zwar heilt ein Großteil der Beschwerden und Misslichkeiten tatsächlich von selbst. Doch wenn das nicht der Fall ist, dann ist ärztliche Hilfe jedenfalls angezeigt. Hier kann ausschlaggebend sein, wo man wohnt und an welchem Wochentag man Hilfe braucht.

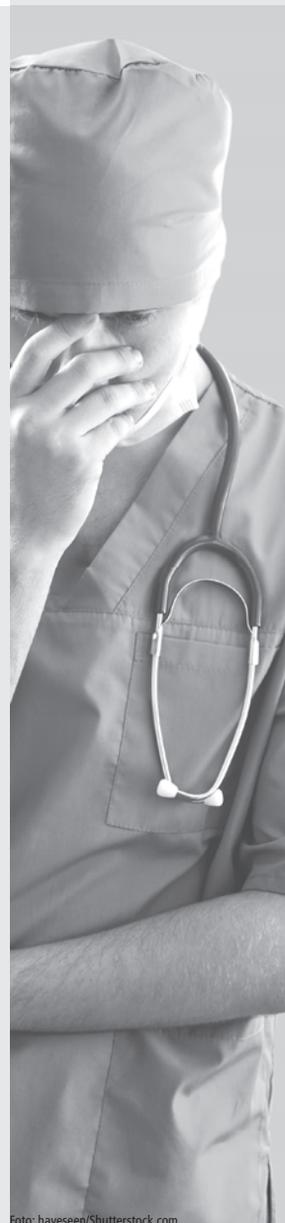
Eine Titelgeschichte des Nachrichtenmagazins „profil“ ließ vor ein paar Jahren die Wogen hochgehen. Titel „Wo Sie schneller sterben: Fatale Mängel machen Herztod zu einer Ortsfrage“ (Goebel 2008). Herzkreislauf-Erkrankungen sind die häufigste Todesursache. 32.374 Menschen starben im Jahr 2011 daran (Statistik Austria 2012d). Das sind zwar bedeutend weniger als noch vor 15 Jahren, aber fast immer noch jeder zweite Todesfall geht auf ein Problem des Gefäßsystems zurück. Die Statistik zeigt aber noch etwas anderes: Während in Vorarlberg von 100.000 Menschen 273 an einem Herzinfarkt sterben, sind es im Burgenland 487. Das könnte daran liegen, dass die Burgenländer aufgrund verschiedener Ursachen eher herzinfarktgefährdet sind. Doch anhand der Aufzeichnungen über Spitalsaufenthalte wird klar: Während von den 1.091 Menschen, die im Jahr 2011 in Vorarlberg mit einem Herzinfarkt ins Krankenhaus eingeliefert wurden, 42 starben (3,8 Prozent), waren es von den 621 im Burgenland 59 (9,5 Prozent) (Statistik Austria 2012d).

Bei der Behandlung eines Herzinfarkts zählt – wie auch beim Schlaganfall – jede Minute. Wird der Herzmuskel durch ein Blutgerinnsel, das ein zum Herzen führendes Gefäß verengt oder verschließt, nicht mehr mit Sauerstoff versorgt, so schafft er es nur 20 Minuten, weiterzuschlagen. Spätestens dann stirbt Gewebe ab. Das bedeutet nicht nur eine möglicherweise bleibende Schädigung des Herzens, sondern im Extremfall den Tod. Um optimal versorgt zu werden, sollte ein Infarktpatient innerhalb von neunzig Minuten in ein sogenanntes Herzkatheterlabor kommen. Dort können die notwendigen Untersuchungen und Behandlungen durchgeführt werden. Doch längst nicht jedes Krankenhaus verfügt über einen solchen Behandlungsraum, manche halten nur tagsüber offen; abgesehen davon kommen viele Patienten erst sehr spät ins Krankenhaus. Allerdings wird auch dann der Infarkt zuweilen gar nicht diagnostiziert.

## Übermüdete Ärzte

Seit Jahren wird in Österreichs Spitälern an der Einhaltung der EU-Arbeitszeitrichtlinie herumgedoktert. Und seit Jahren stoßen die Verantwortlichen bei der Umsetzung auf die gleichen Probleme: Obwohl es darum geht, dass das Gesundheitspersonal und vor allem die Ärzteschaft in den Krankenhäusern weniger arbeiten sollte, ist genau diese Berufsgruppe damit nicht ganz glücklich. Der Grund: Die Nacht- und Wochenenddienste fetten das – im europaweiten Vergleich nicht gerade üppige – Grundgehalt auf. Zwar sind die Zeiten vorbei, in denen Ärzte für den Wochenenddienst am Freitagmorgen das Spital betreten und erst am Montagnachmittag wieder an die frische Luft kamen. Bereits seit 1997 ist in Österreich das Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz in Kraft. Es sieht vor, dass die Tagesarbeitszeit von Ärzten nicht mehr als 13 Stunden beträgt und die Wochenarbeitszeit in einem Durchrechnungszeitraum von bis zu 17 Wochen im Durchschnitt 48 Stunden nicht überschreiten darf. Doch in einzelnen Betriebsvereinbarungen können da schon Ausnahmeregelungen getroffen werden. Denn abgesehen davon, dass die Ärzte ungern auf das Zubrot der langen Dienste verzichten, stehen auch die Krankenhauserhalter vor einem doppelten Problem: Kürzere Dienstzeiten bedeuten, es braucht mehr Ärzte, um die Versorgung aufrechtzuerhalten; und schon jetzt haben vor allem Spitäler an der Peripherie Schwierigkeiten, genügend Ärzte zu rekrutieren. Außerdem verursacht mehr Personal auch höhere Kosten.

Die Arbeitszeiten, so der oberösterreichische Chirurg Kurt Adamer, der sich mit dieser Problematik eingehend auseinandergesetzt hat, werden „nur mehr auf Basis eines überkommenen Mythos toleriert, eines Mythos von permanenter Unfehlbarkeit und Tapferkeit ab dem Zeitpunkt der Promotion, der von der Gesellschaft und der Ärzteschaft gleichermaßen nicht hinterfragt wird“ (Adamer 2007). Aber Menschen werden müde, und auch Ärzte sind Menschen. Und wer müde ist, macht mehr Fehler. Das hat bereits 1997 ein australisches Ärzteteam herausgefunden: Eine Gruppe von Versuchspersonen musste in der Zeit von acht Uhr früh bis zum nächsten Tag um zwölf Uhr – eine in vielen Krankenhäusern normale Arbeitszeit für Ärzte, wenn sie Nachtdienst haben – immer wieder Testaufgaben lösen. Dabei ging es um motorische Genauigkeit, aber auch um Reaktionsgeschwindigkeit. Eine Kontrollgruppe trank schluckweise Alkohol bis zu einem Blutalkoholspiegel von 0,5 Promille und musste die gleichen Aufgaben bewältigen. Bereits nach 17 Stunden machte die Gruppe ohne Schlaf ebenso viele Fehler wie die alkoholisierte Gruppe (Dawson et al. 1997).



Von fünf Herzinfarktpatienten, die „profil“ über Vermittlung des Österreichischen Herzverbandes kontaktierte, berichteten drei, dass ihr Infarkt selbst im Krankenhaus nicht entdeckt worden war. In einem Fall einfach deshalb, weil der Oberarzt der Kardiologie auf Urlaub war. In einem anderen Fall wurde der Patient wegen vermeintlicher Magenprobleme behandelt. Die Herzattacke wurde erst Jahre später diagnostiziert.

Das ist allerdings kein österreichisches Phänomen. Die Krankenakten von mehr als 231.000 Patienten in Krankenhäusern im US-Bundesstaat New Jersey zeigten, dass es einen Unterschied macht, ob man an einem Wochentag oder am Wochenende mit einem Herzinfarkt ins Krankenhaus kommt. Am Wochenende herrscht in den Spitälern – und auch in den Herzkatheterlabors – nur Notbetrieb. Die Wartezeiten sind entsprechend länger. Dann gehen Herzattacken öfter tödlich aus (Kostis et al. 2007).

Bei dieser Problematik geht es zwar auch um einzelne Ärzte und Krankenhäuser, denn dass deren Qualität durchaus noch Spielraum nach oben hat, zeigt die Tatsache, dass Herzinfarkte zuweilen nicht erkannt und in der Folge nicht rechtzeitig und richtig behandelt werden. Viel mehr aber noch geht es um die Qualität des ganzen Gesundheitssystems. Hier ist das gefragt, was Gesundheitspolitiker unter „integrierter Versorgung“ verstehen: eine funktionierende, fächer- und berufsgruppenübergreifende Behandlungskette, egal wo sich der Patient befindet. Denn dass der Betrieb in verschiedenen Abteilungen am Wochenende nur mit halber Mannschaft geführt wird, liegt an der Organisation und den (Personal-) Kosten. Dass das österreichische Gesundheitswesen gemessen an den relativ hohen Ausgaben im internationalen Vergleich nur mittelmäßige Ergebnisse liefert, ist immer wieder Gegenstand von Untersuchungen und mehr oder weniger geglückten Gesundheitsreformen.

## Und wann bin ich dran?

Die Novelle des Bundesgesetzes über Kranken- und Kuranstalten (KAKuG) 2011 verpflichtet die Bundesländer als Träger der öffentlichen Krankenhäuser dazu, für Patienten einsehbare Wartelisten für Bereiche mit planbaren Eingriffen einzuführen, also für Fächer wie Orthopädie,

orthopädische Chirurgie, Augenheilkunde oder Neurochirurgie. Die Listung soll anonymisiert erfolgen, Personennamen tauchen darin also nicht auf. Standardisierte medizinische Kriterien sollen die Terminreihung nachvollziehbar machen – denn bei manchen Patienten sind die Gesundheitsprobleme drängender als bei anderen, auch wenn es sich nicht um einen Notfall handelt. Die Patienten könnten dann auch, wenn sie sehen, dass anderswo weniger Andrang ist, auf dieses andere Krankenhaus ausweichen. Nicht einmal mehr auf ein bestimmtes Bundesland sind Patienten in der Wahl ihres Krankenhauses beschränkt.

Der Grund für mehr Transparenz im Wartelistenmanagement ist ein schon länger bekanntes Problem, das durch einen Test des Vereins für Konsumenteninformation (VKI) im Spätsommer 2011 bestätigt wurde: Patienten mit einer Zusatzversicherung kommen bei planbaren (in der Fachsprache: „elektiven“) Eingriffen früher an die Reihe (KONSUMENT 2011). Die Reaktionen der Ärzteschaft und der Krankenhausträger auf die Veröffentlichung der Testergebnisse reichten von verdattert-verschämt bis erbost. Immerhin haben zweieinhalb Millionen Menschen in Österreich eine Privatversicherung, und diese Zusatzversicherungen spülen laut dem damaligen Primärärztereferenten der Ärztekammer, Robert Hawliczek, jährlich rund eineinhalb Milliarden Euro in das Gesundheitssystem: „Man kann nicht auf der einen Seite das Händchen aufhalten und das Geld der Zusatzversicherten wollen, weil das nützlich ist für alle, und gleichzeitig sagen, kriegen tun sie nichts dafür“, sagte er (Koschuh 2011). Womit er nicht ganz unrecht hat. Für die unter zunehmendem Spardruck stehenden öffentlichen Krankenhäuser sind die Privatpatienten ein wichtiges Zubrot: Die Zahlungen der Versicherungen an Ärzte (sie bekommen einen bestimmten Teil der Einnahmen) und Krankenhäuser nahmen im Jahr 2011 um 1,2 Prozent auf 1,098 Milliarden Euro zu (Rümmele 2013).

Doch laut Gesetz ist „für die ärztliche Behandlung einschließlich der Pflege sowie, unbeschadet einer Aufnahme in die Sonderklasse, für Verpflegung und Unterbringung ausschließlich der Gesundheitszustand der Pfleglinge maßgeblich“ und nicht der Geldbeutel. Und: „Die Sonderklasse hat durch ihre besondere Ausstattung höheren Ansprüchen hinsichtlich Verpflegung und Unterbringung zu entsprechen.“ Also: Ein- oder Zweibettzimmer und größere Auswahl beim Essen – das, was gemeinhin als Hotelkomponente bezeichnet wird. Auch den behandelnden Arzt können

sich Zusatzversicherte aussuchen. Der freut sich, weil ihm ein Zusatzhonorar winkt. Jede Vorreihung von Patienten aus nicht medizinischen Gründen ist jedoch gesetzeswidrig.

Für die Patienten heißt es im Zusammenhang mit den einsehbaren Wartelisten der einzelnen Krankenhäuser allerdings noch: bitte warten. Denn die Listen sind längst noch nicht überall öffentlich.

## Für die Operation freigegeben

Vor einer Operation sind für gewöhnlich verschiedene Untersuchungen notwendig, damit der Patient die sogenannte Operationsfreigabe erhält: Chirurg und Anästhesist müssen wissen, in welchem Gesundheitszustand der Patient ist. Wurde noch bis vor kurzer Zeit auch bei kleinen Eingriffen vom gesamten Blutbild über ein EKG bis hin zum Röntgen des Brustraumes eine ganze Reihe von Checks durchgeführt, so hat sich anhand von Studien herausgestellt, dass dieser Befund-Marathon gar nicht immer notwendig ist. Bei rund 80 Prozent der Patienten reichen ein intensives Arztgespräch („Anamnese“) und eine Untersuchung durch den Arzt zur Abklärung aus. In der Praxis werden aber nur in 37 Prozent der Fälle keine weiteren Befunde angefordert. Zudem hat es sich eingebürgert, dass etliche Untersuchungen in der Klinik wiederholt werden. So gaben in der besagten Patientenbefragung 47 Prozent an, dass sie sich im Spital noch einmal den gleichen Untersuchungen unterziehen mussten wie kurz zuvor im niedergelassenen Bereich. Im Speziellen ein Projekt an der Salzburger Landeslinik hat gezeigt, dass es auf recht einfache Weise und vor allem ohne Nachteile für den Patienten gelingen kann, unnötige Befunde, unnötige Patientenwege sowie Doppelbefundungen zu vermeiden. Als Hilfsmittel dafür wurde ein webbasiertes Computerprogramm entwickelt, in das die Daten des Patienten eingegeben werden und das dann errechnet, welche Checks tatsächlich notwendig sind (Huber 2010). Auf ein Röntgen des Brustraums kann meistens verzichtet werden. Wichtig ist jedenfalls, am Tag der Aufnahme ins Krankenhaus sämtliche Befunde mitzunehmen. Was Sie sonst noch brauchen, finden Sie in der folgenden Checkliste.

## Checkliste Krankenhausaufenthalt

### Toiletteartikel

- Zahnbürste, Zahnpasta und Becher
- Reinigungstabletten und -dose für Gebissträger
- Seife oder Duschgel
- Haarbürste/Kamm
- Handspiegel
- Nagelpflegeset
- Papiertaschentücher
- Hautcreme
- Föhn
- Rasierutensilien
- Haarspange/Haarband
- Waschlappen, Handtücher (Sie erhalten Handtücher auch im Spital)

### Kleidung

- Unterwäsche
- Socken
- Schlafanzüge oder Nachthemden (Sie erhalten Nachthemden auch im Spital)
- Morgenmantel
- Jogginganzug
- Hausschuhe
- evtl. ein Paar Sportschuhe für Krankengymnastik

### Für die Spitalsärzte

- relevante Röntgenbilder mit Datum
- Laborbefunde
- Medikamentenliste, einschließlich Dosierung
- Angaben zu bekannten Allergien (Allergiepass)

### Für die Krankenhausverwaltung

- Vorbefunde
- e-card
- Angaben zu Privatkrankenversicherung, wenn vorhanden
- Name der Hausärztin/des Hausarztes
- Einweisungsschein des einweisenden Arztes

### Sonstiges (je nach Bedarf)

- Mobiltelefon
- Bücher
- eine kleine Summe Bargeld (keine großen Beträge und Wertsachen!)
- MP3-Player, Walkman, Radio (mit Kopfhörern)
- Laptop und DVDs
- Brille
- Armbanduhr
- Schreibutensilien

### Nicht vergessen

- Wer kümmert sich um die Kinder?
- Sind Pflanzen und Haustiere versorgt?
- Sind Gas- und Wasserhahn zuge dreht?
- Sind Lampen und Elektrogeräte ausgeschaltet?
- Wer kümmert sich um die Post?
- Vor längerem Spitalsaufenthalt Daueraufträge einrichten, z.B. für TV-Gebühren, Telefon, Strom, Gas, Miete etc.
- Eventuell Nachbarn darüber informieren, dass Sie sich im Spital aufhalten

(Quelle: [www.gesundheit.gv.at](http://www.gesundheit.gv.at))

**A**

Akutfall 43 f, 46  
Allergie 91  
Allgemeinmediziner  
37, 44, 47, 62  
Ambulanz (► Spitals-  
ambulanz)  
Arzt 49  
Anamnese 62, 86  
Anonyme Alkoholiker  
96  
Antibabypille 18  
Antibiotikum 48  
Antidepressivum 16  
Apparatemedizin 62  
Arzneimittel 10, 15, 21,  
37, 50  
Arzneimitteltests 17  
Arztgespräch 66, 76,  
86, 91  
Arztsuche 30 ff  
Arztwahl, freie 47  
Aufklärung 52, 67 ff,  
89f, 104  
Aufklärungspflicht 66 ff  
Aufnahmeformalitäten  
88  
Ärztgedichte 46  
Ärztchamber 39, 48,  
50, 85, 98, 104 f

**B**

Befund 65, 67, 86, 93,  
109  
Behandlung 54f, 63, 67  
Behandlungserfolg 40  
– fehler 35, 69, 73,  
104 ff, 108  
– kette 84  
– vertrag 67 f  
Beipackzettel 10, 70, 89  
Beschwerdemanage-  
ment 107  
Beschwerden 62, 109  
Beweislast 92  
Bewertungsportal  
30 ff, 110  
Bias 20

Bluthochdruck 15  
Blutkonserve 41  
Bluttransfusion 41  
Brustkrebs 11, 13,  
18, 64

**C**

Case Management 94  
Checklisten 126  
Cholesterinspiegel 57  
Cochrane Collabora-  
tion 22  
Compliance (► Thera-  
pietreue)  
Computertomografie 46

**D**

Datenschutz 111  
Diagnose 46, 50, 54 f,  
62, 66, 72  
– fehler (► auch Fehl-  
diagnose) 70  
Dickdarmspiegelung 72  
Dokumentation 90  
Doppelbefundungen 86  
DrEd 48

**E**

Eigeninitiative 96  
ELGA 107 f  
Entlassung 34, 78, 80,  
91, 93  
Entlassungsbrief 93,  
111  
– management 94  
Entscheidung 54 ff  
Entscheidungsfindung,  
partizipative 56  
– hilfen 58  
Ergebnis, falsch-posi-  
tives 13 f  
– qualität 34, 40 f, 111

**F**

Facharzt 44, 47

Fallzahlen 42  
Fehldiagnose 64  
Fehler 35 ff, 83, 110  
– berichtssystem 111  
– meldesystem 36, 38  
Fragebogen 78 f, 80  
Frauengesundheit 96  
Früherkennung  
(► auch Vorsorge-  
untersuchung) 13

**G**

Gebärmutterhalskrebs  
11  
Gesundheitsinforma-  
tionen 10 ff  
– kompetenz 10, 26 f  
– schäden 35  
– system 26, 35, 38, 45,  
49, 54, 57, 84 f, 96  
– wesen 36, 56  
– zustand 57 f, 68, 80,  
85 f, 89, 93, 106  
Google 24  
Grippe 15  
Gütesiegel 26, 39

**H**

Hausarzt (► Allgemein-  
mediziner)  
Health Literacy  
(► Gesundheits-  
kompetenz)  
Health-on-net-Founda-  
tion 26  
Heil- und Kostenplan 50  
Herzinfarkt 82, 84  
Herzkatheterlabor 82  
Herz-Kreislauf-Erkrankungen 82  
Herzschrittmacher 40  
Honorar 47  
Hormontherapie 27  
Hotelkomponente 85  
HPV-Impfung 27  
Hüftgelenk 40  
Hygienevorschriften 90

**I**

Implantat 40  
Impotenz 54, 64  
Infektion 41  
Influenza (► Grippe)  
Informationsbogen 89  
Interessenkonflikt 22  
Internet 10, 19, 24 ff,  
30, 32, 48, 55, 61, 65  
f, 72, 78  
– foren 97

**K**

Kariesbehandlung 52  
Kassenpatient 44  
– vertrag 47  
Knieoperation 43, 71  
Kommunikation (► auch  
Arztgespräch) 61, 108  
Kompetenz, medizi-  
nische 31, 51  
Komplikation 40, 42,  
88, 109  
Korruption 49  
Kosten 52  
– erstattung 48  
Krankengeschichte  
93, 107  
Krankenhaus (► Spital)  
– ambulanz (► Spitals-  
ambulanz)  
– ärzte 49, 81, 83  
– aufenthalt 76 ff  
Krankenkasse 47 f  
Krebs 57, 67  
Krebsrisiko 19  
Kunst, ärztliche 69  
Kunstfehler (► auch  
Behandlungsfehler)  
35, 90

**L**

Lebenserwartung 15, 19  
Lebensqualität 40,  
96, 99  
Leitlinien 69  
Liegedauer 92

- M**  
 Magnetresonanztomografie 46, 71  
 Mammografie 11, 27  
 Medikamente (► auch Arzneimittel) 25, 49, 91, 99  
 Medizin, evidenzbasierte 55 f, 96  
 – produkt 15, 50  
 Mundpropaganda 78
- N**  
 Nachbehandlung 91  
 Nachkontrolle 93  
 Nahtstellen 80  
 Narkose 88  
 Nebenwirkungen 15, 17, 104  
 Notfall 10, 47  
 Notoperation 36  
 Nutzen 27
- O**  
 Operation 40, 42, 86 ff  
 Ordination (► auch Praxis) 33 f, 37, 39, 44, 48, 62, 65, 104, 111
- P**  
 Patienteninformation 24, 89  
 – anwalt 26, 32 f, 46, 104 f, 51, 66, 72, 89, 92, 104 ff  
 – befragung 79, 86  
 – charta 68, 106  
 – gespräch (► auch Arztgespräch) 61 ff  
 – handbuch 91  
 – härtefonds 105, 107  
 – ombudsmann 104, 107  
 – rechte 106  
 – sicherheit 36, 41, 70, 111  
 – vertreter 98  
 – zufriedenheit 33, 57, 80, 111  
 peer review 21  
 Pflegemaßnahmen 88  
 Pharmaunternehmen 16  
 Plattform Patientensicherheit 38, 88, 91  
 Praxis 48, 51  
 Privatklinik 88  
 – patient 44, 47  
 Prostatakrebs 54
- Q**  
 Qualität 41 ff, 77, 80 f, 109, 111  
 Qualitätsbericht 43  
 – indikator 40  
 – sicherung 34, 38, 42
- R**  
 randomisiert 21  
 Rechtsbeistand 105  
 Rehabilitation 92 ff  
 Rezept 48  
 Risiken 27, 50, 104  
 Risikoadjustierung 41  
 – patient 40  
 – rechner 19  
 Röntgen 86
- S**  
 Schaden 104 f  
 – ersatz 105  
 Schlichtungsstelle 104  
 – verfahren 105  
 Schmerzen 58, 64, 91  
 Schmerzensgeld 104 f  
 Schmerzmittel 34  
 Schweinegrippe 14, 16  
 Schwerpunktkrankenhäuser 77  
 Screening 11 f, 27  
 Selbstbestimmung 106  
 Selbstbestimmungsrecht 68 f  
 Selbstheilungskräfte 58  
 Selbsthilfe 56, 95 ff  
 – -Dachverband 101  
 – gruppen 95 ff  
 – -Kontaktstelle 101  
 – organisation 101  
 Selbstorganisation 96  
 Shared Decision Making (► Entscheidungsfindung, partizipative)  
 Sonderklasse 85, 88  
 Spital 50, 74 ff  
 Spitalsambulanz 34, 45 ff, 63, 73, 77  
 – kompass 77 f  
 Standardkrankenhäuser 77  
 Statine 57  
 Statistiken 12 f  
 Strahlentherapie 54  
 Stress 36  
 Studien 12, 15, 16, 20 f, 25  
 Suchverzeichnis 30
- T**  
 Tagebuch 91  
 Terminvergabe 44 f  
 Therapie (► Behandlung)  
 – freiheit 55  
 – treue 57, 69  
 – ziel 70  
 Transparency International 15
- Transparenz 38, 110  
 Tumorboard 81
- U**  
 Unverträglichkeit 91
- V**  
 Verpflegungskostenbeitrag 88  
 Vertrauen 5, 38, 45, 49, 51, 57, 60, 91, 106, 108, 110  
 Vogelgrippe 14, 16  
 Vorbereitung 66  
 Vorsorgeuntersuchung (► auch Früherkennung) 13, 58
- W**  
 Wahlarzt 47 f  
 Wartelisten 84 f  
 – zeit 31, 44 ff  
 – zimmer 31  
 Wechseljahre 27  
 Werbung 25  
 Wiederaufnahme 80  
 Wirbelsäulenoperation 43  
 Wirksamkeit 55
- Z**  
 Zahnarzt 45, 50 ff  
 Zahnbehandlung 50 f  
 Zeitmangel 62, 89  
 Zentralkrankenhäuser 77  
 Zertifizierung 39  
 Zusatzversicherung 44, 49, 85  
 Zweitmeinung 45, 71



### **Elisabeth Tschachler**

Medizinjournalistin, Chefredakteurin eines gesundheitspolitischen Fachmagazins und Autorin zahlreicher Bücher.

Im Verein für Konsumenteninformation sind zuletzt erschienen: **Wechseljahre** und **Pubertät**.

# Umgang mit Ärzten

Die Zeit der Götter in Weiß ist vorbei. Die Behandlung erfolgt im Idealfall patientenorientiert und nicht mehr, weil der Doktor es wie einst in der Schwarzwaldklinik ohne weitere Erklärung anordnet. Aber wie kann ein medizinischer Laie beurteilen, welche Therapie für ihn die geeignetste ist? Wie findet man überhaupt den richtigen Arzt? Wie kommt man zu seriösen Informationen über Krankheiten und mögliche Behandlungen? Ist das teuerste Medikament auch das beste? Helfen Selbsthilfegruppen? Was tun, wenn etwas schiefgegangen ist? Das sind nur einige der Fragen, die sich kompetente Patienten und alle, die es werden wollen, stellen. Die Antworten darauf bietet dieses Buch auf der Basis von Gesprächen mit Ärztinnen und Ärzten, Patientenvertretern, Selbsthilfegruppen, Soziologen und Juristen und auf dem neuesten Stand der Wissenschaft.

Verein für Konsumenteninformation, Wien  
[www.konsument.at](http://www.konsument.at)

ISBN 978-3-99013-022-3



€ 14,90

P.b.b. Verlagspostamt 1060 Wien, Erscheinungsort Wien. 02Z031019 M