

# Selbstzuweiser im Spital – wie viele könnten im primär-medizinischen Bereich behandelt werden?

## *Patients with Self-Referral to the Hospital – How Many Could Have Been Treated by the Primary Sector?*

Gerald Haidinger<sup>1</sup>, Luzia Eckert-Graf<sup>1,2</sup>, Peter Ernst Wirgler<sup>1</sup>, Martin Weber<sup>3</sup>, Georg Csaicsich<sup>4</sup>, Christian Meznik<sup>5</sup>

**Einführung:** In der Diskussion um die Aufteilung von Ressourcen im Gesundheitswesen wird die Verlagerung von (teuren) intramuralen Behandlungen zu (weniger teuren) extramuralen Behandlungen im niedergelassenen ärztlichen Bereich gefordert. Die vorliegende Arbeit versucht, die Inanspruchnahme von Ambulanzen in einem niederösterreichischen Schwerpunktkrankenhaus zu quantifizieren und abzuschätzen, wie hoch der Anteil der ambulanten PatientInnen wäre, der genauso gut in der Ordination niedergelassener MedizinerInnen behandelt werden könnte.

**Methode:** Zwei Monate lang wurden die Gründe von Ambulanzbesuchern ohne Zuweisung (12,5 % aller Ambulanzkontakte) für das Aufsuchen einer Spitalsambulanz aufgezeichnet. Diese Liste von Beschwerden wurde im Anschluss von zwei niedergelassenen Allgemeinärztinnen begutachtet und in die Gruppen „von niedergelassenem/r Allgemeinmediziner/in behandelbar“, „dringend abklärungsbedürftig und Behandlung vermutlich nur im Krankenhaus möglich“ und „von niedergelassenem/r Spezialist/in behandelbar“ eingeteilt.

**Ergebnisse:** Insgesamt wurden die Angaben zu 888 Einzelpersonen registriert. Von 419 registrierten Beschwerdebildern könnten mindestens 60 % bei niedergelassenen Allgemeinärzt/innen behandelt werden. Bei mindestens 3 % der ausgewerteten Angaben bedürfen die Patienten einer Behandlung im Krankenhaus und bei mindestens 5 % der Behandlung durch Spezialist/innen.

**Schlussfolgerung:** Analog einer nicht veröffentlichten Studie der Vorarlberger Krankenhaus-Betriebsgesellschaft könnte ein nicht geringer Anteil von Ambulanzkontakten ohne Zuweisung (65 %) im niedergelassenen Bereich versorgt werden. Will man aber die Versorgung von den Spitalsambulanzen in den niedergelassenen Bereich verlagern, müssen für die betroffenen Personen attraktive Angebote außerhalb der Krankenhäuser geschaffen werden.

*Schlüsselwörter:* Selbstzuweiser; Allgemeinmedizin; Kontaktgrund; Spitalsambulanz; Österreich

**Introduction:** Novel approaches are sought to confine the run on hospital outpatient clinics. By recording the reasons for contact for two months in a rural hospital in Lower Austria, we tried to quantify the portion of non-hospitalized patients without referral who could be treated adequately by community doctors who work in a practice.

**Methods:** In August and September 2010 the reason for contact was recorded for all persons visiting one of the hospitals outpatient clinics. The list of reasons for contact was then reviewed by two family practitioners to check, whether the individual could be treated in family practice, in a specialist's office, or require hospital treatment.

**Results:** The records of 888 persons (12.5 % of all contacts of the outpatient clinics) were analysed. According to the family practitioner's expertise, at least 60 % of the contacts could be treated in family practice, another 5 % in a specialist's office.

**Conclusion:** According to the expertise of two family practitioners an estimated 65 % of the persons who visit the outpatient clinics of a rural hospital in Lower Austria without referral could be treated by extramural family practitioners or medical specialists.

*Keywords:* Self-Referral; Family Medicine; Reason for Contact; Outpatient Clinic; Austria

<sup>1</sup> Abteilung für Epidemiologie, Zentrum für Public Health, Medizinische Universität Wien

<sup>2</sup> Ärztin für Allgemeinmedizin, Amstetten, Österreich

<sup>3</sup> Abteilung für Innere Medizin, Landesklinikum Amstetten, Österreich

<sup>4</sup> Arzt für Allgemeinmedizin, St. Martin-Karlsbach, Österreich

<sup>5</sup> Abteilung für Orthopädie, Landesklinikum Amstetten, Österreich

Peer reviewed article eingereicht: 12.04.2012, akzeptiert: 07.09.2012

DOI 10.3238/zfa.2013.0041-0046

## Hintergrund

Im Zuge der gegenwärtigen Diskussionen über Einsparungsmöglichkeiten im Gesundheitsbereich wird auch immer wieder angedacht, ambulante Leistungen von Spitälern in den niedergelassenen, extramuralen Bereich (niedergelassene Allgemeinärzt/innen und Spezialist/innen) zu verlagern, bzw. den lokalen Krankenhäusern einen Bereich vorzulagern, der ambulante Versorgung kostengünstig anbietet, ohne die Infrastruktur (und damit die Budgets) der Spitäler (und damit der Krankenhausträger) zu belasten [1]. Eine Studie der Vorarlberger Krankenhausbetriebs-Ges.m.b.H. konnte im Jahr 2010 zeigen, dass (in einem Erhebungszeitraum von 28 Tagen) rund 60 % der Selbstzuweiser (Personen, die ohne Zuweisung und ohne Termin selbstständig eine Ambulanz aufgesucht haben) adäquat im extramuralen Bereich behandelt werden könnten. Die stationäre Aufnahme lag bei rund 8 % und nur 30 % wurden in die Spitalsambulanz wiederbestellt [2].

In Österreich herrscht freie Arztwahl, was bedeutet, dass jede Person frei entscheiden kann, ob sie niedergelassene Ärzt/innen ihres Vertrauens, oder – als Selbstzuweiser – eine Ambulanz eines Krankenhauses aufsucht. Hierbei kommt sicherlich auch zum Tragen, dass – besonders im ländlichen Raum (Amstetten ist eine Bezirkshauptstadt mit etwa 23.000 Einwohnern) – eine Knappheit in der Versorgung mit Spezialisten für bestimmte medizinische Fachrichtungen eintreten kann, die sich vor allem in langen Wartezeiten für Konsultationstermine niederschlagen können.

Im Bundesland Niederösterreich ist seit Juli 2001 ein ärztlicher Nachtbereitschaftsdienst eingerichtet, der dazu dienen soll, Personen, die wochentags zwischen 19:00 und 07:00 Uhr oder am Wochenende medizinischer Hilfe bedürfen, zu versorgen („Wochentagsnacht-Bereitschaftsdienst“). Zusätzlich dazu besteht für die Bevölkerung die Möglichkeit, medizinische Hilfe in Krankenanstalten zu suchen.

Die vorliegende Arbeit soll dazu dienen, die Frage zu beantworten, wie sich die Grundgesamtheit der Personen, die ohne Zuweisung selbstständig eine Spitalsambulanz aufsucht („Selbstzuweiser“), zusammensetzt, wann und warum die Besuche stattfinden und wieviele

Selbstzuweiser im niedergelassenen extramuralen Bereich (Ärzt/innen für Allgemeinmedizin und Spezialist/innen) hätte behandelt werden können.

## Methoden

In die Erhebung wurden alle Personen ohne ärztliche Zuweisung, die im August und September 2010 eine der Ambulanzen des Landesklinikums Amstetten (außer unfallchirurgische Ambulanz) aufgesucht haben, eingeschlossen (1. August 00:00 Uhr bis 30. September 24:00 Uhr). Im Krankenhaus Amstetten stehen zusätzlich zur Notaufnahme, die rund um die Uhr geöffnet ist, sechs spezialisierte Spitalsambulanzen als Krankenhausbereich zur ambulanten Diagnostik und Therapie zur Verfügung. Die Spezialambulanzen haben in der Regel zwischen 08:00 und 12:00 Uhr geöffnet, es sind aber persönliche Terminvereinbarungen und abweichende Öffnungszeiten möglich. Ziel der vorliegenden Studie war, so viele Selbstzuweiser wie möglich in die Studie einzuschließen. Notfälle und Patienten, die mit einem Rettungsfahrzeug kamen, aber auch alle stationär aufgenommenen Patienten wurden im Nachhinein von der Studie ausgeschlossen.

Für jede Person der Grundgesamtheit wurde vom Personal der Administration/Aufnahme ein Blatt ausgefüllt, auf dem die Ambulanz (Notaufnahme, Pädiatrie, Orthopädie, Chirurgie, Gynäkologie) die Ambulanznummer, Datum und Uhrzeit des Eintreffens, das Beschwerdebild, die Dauer der Beschwerden, der Name des Hausarztes/der Hausärztin (falls vorhanden) und die Antwort auf die Frage, warum nicht der Hausarzt bzw. der Ärztenachtdienst kontaktiert wurde, vermerkt wurden.

Diese Blätter wurden im Nachhinein von einem Studenten der Medizin (PEW) elektronisch erfasst. Die so gewonnenen Daten wurden anhand der Ambulanznummer mit der Datenbank des Spitals abgeglichen und die Angaben zu Geschlecht, Alter (Geburtsmonat und Jahr), Wohnbezirk (Postleitzahl), Typ des Spitalskontaktes (neu/wiederholter Besuch), Spitalsaufnahme (ja/nein), Dauer des Aufenthaltes (in Tagen) ergänzt.

Im Datensatz sind einzelne Mehrfachnennungen vorhanden, nämlich

dann, wenn ein und dieselbe Person im Beobachtungszeitraum mehrfach die Ambulanzen aufgesucht hat. Diese Mehrfachnennungen wurden bereinigt, indem jeweils der erste Kontakt der Person (im Beobachtungszeitraum) im Datensatz belassen wurde und die weiteren Besuche aus den folgenden Analysen ausgeschlossen wurden. Die Zweit-, Dritt- und Mehrfachbesuche von 112 Personen wurden in Analysen zu personenbezogene Daten (Alter, Geschlecht) nur einfach gezählt.

Die Beschwerdebilder wurden so aufgezeichnet und elektronisch erfasst, wie sie von den Ambulanzbesuchern selbst geschildert wurden. In einem späteren zweiten Schritt wurden diese Beschwerdebilder von einer niedergelassenen Ärztin für Allgemeinmedizin (LEG) und einem niedergelassenen Arzt für Allgemeinmedizin (GC) auf die Möglichkeit hin, diese Beschwerden im hausärztlichen Bereich zu behandeln, eingeschätzt. Die möglichen Kategorien waren: (a) von niedergelassenem/r Allgemeinmediziner/in behandelbar, (b) dringend abklärungsbedürftig und Behandlung vermutlich nur im Krankenhaus möglich, (c) von niedergelassenem/r Spezialist/in behandelbar und (d) unvollständige Angaben/mit vorliegender Information nicht beurteilbar. Dabei wurde konservativ vorgegangen, bei ungenügender Information über das Beschwerdebild wurde mit „unvollständige Angaben/mit vorliegender Information nicht beurteilbar“ codiert. Zur Bewertung gelangten nur die Beschwerdebilder jener Personen (n = 690), für die im EDV-System des Krankenhauses keine Aufenthaltsdauer vermerkt war, welche also tatsächlich lediglich ambulant ohne nachfolgende Aufnahme behandelt wurden.

Zu keiner Zeit wurden in diesem Projekt persönliche Daten der Spitalsbesucher von nicht damit beauftragten und befugten Personen gesehen oder erfasst. Personenbezogene Daten haben im Rahmen dieses Projektes niemals das Krankenhaus verlassen. Alle Auswertungen wurden an einem anonymen Datensatz vorgenommen. Die statistische Prüfung auf Unterschiede zwischen Mittelwerten erfolgte mittels t-Test, die Prüfung auf unterschiedliche Verteilungen zwischen Gruppen mittels Chi-Quadrat-Test. P-Werte unter 0,05 werden als statistisch signifikant betrachtet. Alle sta-

	Gesamt	Notauf- nahme	Pädia- trie	Ortho- pädie	Chirur- gie	Gynäko- logie	Neuro- logie
	in Prozent						
n*	888	36,5	33,8	5,4	7,3	15,8	1,2
Ambulanzbesuch Nacht/Wochenende **	423	59,3	53,0	6,3	16,9	38,6	36,4
Geschlecht weiblich (%)	55,7	50,6	44,7	47,9	44,6	100	45,4
Durchschnittliches Alter (in Jahren)	29,5	41,6	6,3	58,4	49,0	31,4	42,6

\* Für die einzelnen Ambulanzen werden die jeweiligen Anteile an der Gesamtzahl dargestellt.  
 \*\* Für die einzelnen Ambulanzen wird der Prozentsatz der Nacht-Wochenend-Inspruchnahme dargestellt, z.B. erfolgten 59,3 % aller Inspruchnahmen an der Notauf-  
 nahme (durch Selbstzuweiser) in der Nachtzeit bzw. am Wochenende.

**Tabelle 1** Ambulante Inanspruchnahmen durch Selbstzuweiser am Landeskrankenhaus Amstetten, August bis September 2010: Soziodemografische Verteilung nach Spitalsambulanz.

tistischen Berechnungen erfolgten mit Hilfe von IBM SPSS Statistics 19; zur Einschätzung, ob es Unterschiede zwischen den beiden Allgemeinmedizinerinnen in Bezug auf ihre Beurteilung der PatientInnen-Beschwerden gibt, wurde eine Inter-Rater-Intraclass-Korrelation berechnet.

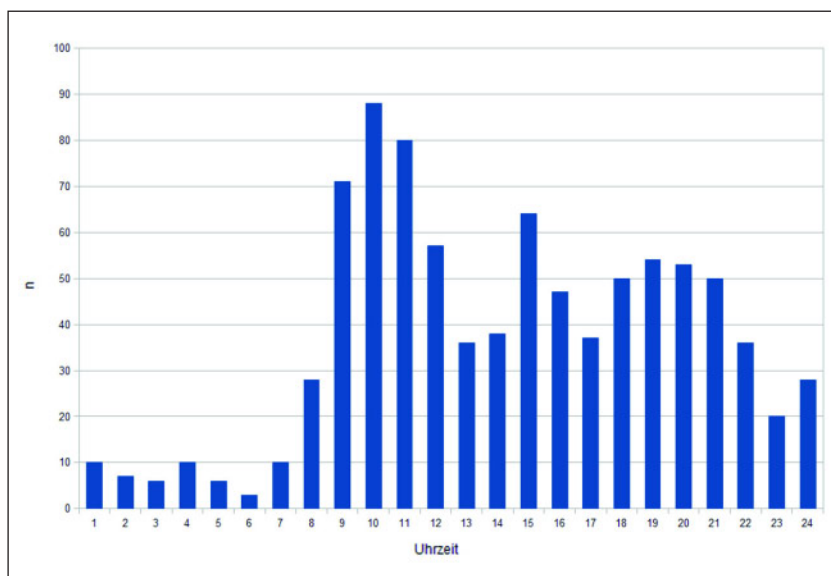
**Ergebnisse**

Insgesamt wurden für 1.017 Kontakte (Personen die ohne Zuweisung und ohne Termin selbstständig eine Ambulanz aufsuchten) die Aufnahmezettel ausgefüllt. Bei 13 Kontakten fehlt die Am-

bulanznummer und bei vier Kontakten ist die Ambulanznummer nicht zuordenbar (fehlerhaft), sodass in weiterer Folge die Daten von 1000 Einzelkontakten ausgewertet wurden. Diese 1.000 Personenkontakte entsprechen 12,5 % von insgesamt 7.975 Personenkontakten in den untersuchten Ambulanzen zwischen 1. August und 30. September 2010. Unter diesen 1.000 Kontakten besuchten 112 Personen die Ambulanz während der Beobachtungszeit ein- oder mehrmals, insgesamt wurden daher 888 Einzelpersonen beobachtet. Rund ein Fünftel der Personen (20,7 %) waren nicht zum ersten Mal in diesem Jahr in der Ambulanz. Es kann aus unserer Sicht

nicht entschieden werden, ob es sich hierbei um Wiederbestellungen oder um erneute Kontakte mit anderen Symptomen/mit einer anderen Erkrankung handelt. Die Verteilung der Kontakte über die einzelnen Ambulanzen ist in Tabelle 1 dargestellt. Mehr als die Hälfte der Kontakte (52,4 %) finden in einer Zeit statt, in der niedergelassene ÄrztInnen im Rahmen ihrer Ordinationszeiten geöffnet haben (07:00 bis 19:00 Uhr) oder in Rufbereitschaft sind. Der Schwerpunkt der Inanspruchnahme der Spitalsambulanzen liegt am Vormittag, jedoch sind auch die Nachmittagsstunden bis in den Abend frequentiert (Abbildung 1). Die 888 Personen haben die Spitalsambulanzen am häufigsten an einem Montag frequentiert (16,0 %), der zweitstärkste Tag ist der Sonntag mit 15,8 %, die restlichen Ambulanzbesuche verteilen sich relativ gleichförmig auf die anderen Wochentage.

Rund 56 % der Ambulanzbesucher sind weiblich, zieht man die 140 Besucherinnen der gynäkologischen Ambulanz ab, so verbleiben durchschnittlich 47,5 % weibliche Besucher der anderen Ambulanzen (Tabelle 1). Das Durchschnittsalter liegt bei 29,5 Jahren (Männer sind rund 29, Frauen rund 30 Jahre alt), zwischen Männern und Frauen beträgt der Altersunterschied etwa 1 Jahr und ist statistisch nicht signifikant. Ohne die 300 Besucher der pädiatrischen Ambulanz liegt das mittlere Alter bei 41,4 Jahren, zwischen Männern und Frauen beträgt der Altersunterschied etwa 6,6 Jahre und ist statistisch signifi-



**Abbildung 1** Uhrzeit der Inanspruchnahmen der Spitalsambulanzen durch Selbstzuweiser (n = 888) (1. Stunde = 00:01 bis 01:00 Uhr)

	Gesamt	Notauf- nahme	Pädia- trie	Ortho- pädie	Chirur- gie	Gynä- kologie	Neuro- logie
	in Prozent						
Schmerzen	38,2	45,4	27,3	66,7	29,2	37,9	54,5
Fieber	7,5	1,5	20,0	0,0	0,0	1,4	0,0
Blutung	4,7	2,2	0,7	0,0	6,2	20,7	0,0
Durchschnittliche Dauer (h) (Standardabweichung)	16,5 (21,0)	18,9 (22,4)	17,3 (20,0)	8,2 (14,3)	11,9 (23,1)	14,2 (19,6)	6,0 (4,6)

**Tabelle 2** Ambulante Inanspruchnahmen durch Selbstzuweiser am Landeskrankenhaus Amstetten, August bis September 2010: Schmerzen, Fieber, Blutung und durchschnittliche Dauer der Beschwerden (in Stunden, h) vor Inanspruchnahme der Ambulanz (gesamt und nach Spitalsambulanz, in Prozent, n = 888).

kant (Männer sind rund 45,5, Frauen rund 38,8 Jahre alt,  $P < 0,001$ ).

In Tabelle 2 sind Häufigkeiten von Beschwerden mit Schmerzen, Fieber und Blutung sowie die durchschnittliche Dauer der Beschwerden dargestellt. Es zeigt sich, dass der Durchschnitt der AmbulanzbesucherInnen bereits seit mehr als 16 Stunden Beschwerden verspürt.

Die Bewertung durch die Hausärztinnen (AM1 und AM2), ob Beschwerden durch niedergelassene Allgemeinmediziner behandelt werden könnten, wird in Tabelle 3 dargestellt. Für die Kollegin waren 99 Fälle (17,8 %) nicht beurteilbar, für den Kollegen 75 Fälle (13,5 %). Dies ergab eine Schnittmenge von 419 Fällen (75,2 %), die von beiden bewertet werden konnten. Die Auswertung zeigt, dass mindestens 60,1 % der 419 Beschwerdebilder bei niedergelassenen AllgemeinmedizinerInnen behandelt werden könnten. Mindestens 2,9 % bedürfen nach Einschätzung der beiden Allgemeinmediziner einer Behandlung im Krankenhaus und mindestens 5,3 % der Behandlung durch FachärztInnen (Tabelle 3). Insgesamt werden also 68,3 % der Beschwerdebilder von beiden hinsichtlich ihres Behandlungsortes gleich eingeschätzt. Dies ergibt eine (statistisch signifikante) Inter-Rater-Korrelation von  $r = 0,481$ .

## Diskussion

Diskussionen über mögliche Einsparungen im Gesundheitswesen durch Auslagerung bzw. Behandlung ambulanter

Fälle in den hausärztlichen bzw. spezialistischen Bereich werden auch in den Medien kontrovers geführt [1, 3]. Diese Diskussion enthält in der Regel Meinungsäußerungen, jedoch wenige Ergebnisse von wissenschaftlichen Arbeiten, die auf gezielten, systematisch verlaufenden Untersuchungen beruhen. Internationale Literatur ist zwar verfügbar, die Unterschiede in den Gesundheitssystemen lassen aber Vergleiche mit der Situation in anderen Staaten kaum zu. Experten kritisieren regelmäßig, dass im Gesundheitswesen Österreichs zu viel im Spital geschieht, dafür zu wenig an medizinischer Versorgung im niedergelassenen Bereich erfolgt. Eine neue Untersuchung zur Primärversorgung bei niedergelassenen Ärzten gibt dieser Ansicht recht [4, 5]. Zitate in der Presse sprechen von „Überflutung der Ambulanzen, vor allem zu den Randzeiten“ und dass „in Richtung Aufwertung der Allgemeinmedizin nichts passieren“ [6], auch in Deutschland halten 96 % der Hausärzte eine grundlegende Reform des Systems für erforderlich [7].

Mit der vorliegenden Arbeit wollen wir objektive Daten zu diesem, bereits lange andauernden Disput um die Lösung des Spannungsfeldes Spitalsambulanz – niedergelassene Ärzteschaft beitragen. Eines der Hauptergebnisse, dass rund 60 % der präsentierten Beschwerdebilder bei den „Selbstzuweisern“ auch von niedergelassenen Arzt/innen für Allgemeinmedizin behandelt werden könnten, wird auch durch eine – nicht veröffentlichte – Studie der Vorarlberger Krankenhaus-Betriebsgesellschaft ge-

stützt [2]. Eine der Schlussfolgerungen der zitierten Studie ist, dass etwas mehr als die Hälfte der Selbstzuweiser nach Einschätzung der Spitalsärzte durch den niedergelassenen Bereich adäquat behandelt hätte werden können. In der Studie geben Patienten an, deswegen nicht zum niedergelassenen Hausarzt zu gehen, „weil es im Krankenhaus schneller, einfacher und organisatorisch besser gehe; (dort ist alles was man braucht, auf einem Fleck)“

Diese letzte Aussage wird auch durch Ergebnisse unserer Erhebung gestützt: Mehr als die Hälfte der Kontakte der Selbstzuweiser zu den Spitalsambulanzen findet zu Tageszeiten statt, zu denen die Ordinationen niedergelassener Ärzte geöffnet sind. Weniger als die Hälfte der untersuchten Kontakte findet demnach zu Zeiten statt, in denen – in Niederösterreich – ein telefonischer Ärztenotruf (täglich 19:00 Uhr bis 07:00 Uhr, Freitags 19:00 Uhr bis Montags 07:00 Uhr) verfügbar wäre. Inwieweit bei der Verteilung der tageszeitlichen Inanspruchnahmen die Öffnungszeiten der Ambulanzen eine Rolle spielen, ist nicht bekannt. Die Auswahl des Untersuchungszeitraumes erfolgte bewusst in den Monaten August und September, um eventuelle Unterschiede zwischen „Urlaubszeit“ und „Nicht-Urlaubszeit“ überprüfen zu können. Es konnten aber keine relevanten Unterschiede zwischen den beiden Monaten beobachtet werden. Des Weiteren ist zu vermuten, dass nicht alle Ambulanzbesucher sofort aufgenommen werden konnten, sodass in der Uhrzeit (Abb. 1) kleine Schwankungen vermutet werden, die aber unserer

		AM1 Versorgung durch			
		Allgemeinmedizin	Krankenhaus	Facharzt	Gesamt
AM2 Versorgung durch	Allgemeinmedizin	60,1	0,2	6,2	66,6
	Krankenhaus	10,0	2,9	2,9	15,8
	Facharzt	9,5	2,9	5,3	17,7
	Gesamt	79,7	6,0	14,3	100

**Tabelle 3** Ambulante Inanspruchnahmen durch Selbstzuweiser am Landeskrankenhaus Amstetten, August bis September 2010: Bewertung durch zwei Allgemeinmediziner (AM1 und AM2), ob Beschwerden durch Hausärzte behandelt werden könnten, ob sie dringend abklärungsbedürftig und damit vermutlich nur im Krankenhaus behandelbar oder ob sie durch Spezialisten behandelbar wären (n = 419 Selbstzuweiser). Darstellung der Einschätzung getrennt nach den beiden Begutachtern in Prozent.

Ansicht nach tolerierbar und für diese Auswertung irrelevant sind. Hinzuzufügen ist in diesem Zusammenhang jedenfalls, dass die Dauer der bestehenden Beschwerden im Durchschnitt 16,5 Stunden besteht. Eine in Deutschland durchgeführte E-Mail-Diskussion zum Thema „Welche Motive spielen eine Rolle bei der Entscheidung, einen Hausbesuch durchzuführen?“ untersuchte mithilfe einer qualitativen Inhaltsanalyse Argumente von Hausärzten für bzw. gegen die Durchführung von Hausbesuchen. Die Antworten lassen sich neben der medizinischen Indikation in die Kategorien Selbstverständnis/Rollenverständnis, Evidenz, Recht/Verträge, gesellschaftliche Erwartungen, Telefontriage, persönliche Erfahrungen, Zeitaufwand und „sonstige“ einteilen. Aus den Beiträgen werden eine gewisse Ambivalenz von Hausärzten gegenüber der Durchführung von Hausbesuchen sowie das Fehlen von evidenzbasierten Daten zur Hausbesuchstätigkeit deutlich. Die Autoren kommen zu dem Schluss: „Hier sollte Abhilfe geschaffen werden.“ [8]

Unsere Ergebnisse werden von mehreren Faktoren beeinflusst, die wir nicht im notwendigen Ausmaß kontrollieren konnten: So ist es möglich, dass ein ungewollter Selektionsmechanismus bei der Aufnahme dafür gesorgt hat, dass bestimmte Patienten in die Studie aufgenommen wurden, andere hingegen nicht. Es war ursprünglich vereinbart, dass für möglichst alle Personen, welche die Ambulanzen selbstständig und ohne Zuweisung aufsuchen, ein entsprechendes Erhebungsblatt ausgefüllt wird. Wir

haben bei der Planung der Studie großen Wert auf den einfachen Aufbau und möglichst wenige Variablen gelegt. Trotzdem kann nicht ausgeschlossen werden, dass einige der Selbstzuweiser nicht registriert wurden. Die Zahl von 1017 (rekrutierten) Kontakten ohne Zuweisung entspricht etwa 12,8 % aller in dieser Zeit registrierter Kontakte (n = 7.975). In der bereits erwähnten Studie aus Vorarlberg [2] waren insgesamt 24,7 % Selbstzuweiser, dies ließe den von uns gefundenen Prozentsatz als sehr gering erscheinen. Aufgeteilt nach Krankenanstalt lag diese Prozentzahl aber zwischen 14 % (LKH Feldkirch) und 39 % (KH Dornbirn) [2], sodass davon ausgegangen werden kann, dass unsere Zahlen nahezu komplett sind.

Die Einschätzung der Allgemeinmediziner ist natürlich subjektiv; es kann angenommen werden, dass andere KollegInnen andere Einschätzungen treffen. Dennoch ist davon auszugehen, dass der Anteil der in der Hausarztpraxis Behandelbaren größenordnungsmäßig in etwa gleich bleibt (s. Tab. 3). Zwischen den beiden allgemeinmedizinischen Beurteilern wurden recht deutliche Unterschiede in der Einschätzung der Behandelbarkeit gefunden, was sich in der recht kleinen, aber statistisch signifikanten Korrelation von  $r = 0,481$  ausdrückt. Bei der Bewertung der Ergebnisse ist darauf zu achten, dass die den beurteilenden Ärzten zur Verfügung stehende Information lediglich auf den Angaben der Selbstzuweiser beruht. Wir haben uns in dieser Arbeit bemüht, möglichst authentisch vorzugehen,

d.h. den niedergelassenen Allgemeinmedizinern steht auch zu Beginn des Patientenkontaktes lediglich die Angabe der Patienten zur Verfügung, bevor dann Anamnese und weitere Untersuchungen erfolgen. Wir mussten uns bei der Planung der Studie auch nach den organisatorischen Möglichkeiten richten (eine Erhebung bei Notfällen wäre unmöglich gewesen). Andererseits wollten wir ja erheben, wie hoch der Prozentsatz der Selbstzuweiser ist, der auch in der Ordination Niedergelassener versorgt werden könnte. Deshalb wurde beschlossen, dass jene PatientInnen, welche – nach zumindest telefonischer Triage (Anruf bei der Rettung durch eine Privatperson) oder nach Begutachtung durch einen Arzt/eine Ärztin vor Ort – mittels Rettungsfahrzeug eingeliefert werden und jene PatientInnen, die nach dem Besuch einer Spitalsambulanz stationär aufgenommen wurden, nicht für die Versorgung im niedergelassenen Bereich in Frage kommen. In diesem Zusammenhang erscheinen zwei Punkte relevant und müssen bei der Bewertung der Ergebnisse dieser Studie berücksichtigt werden: (1) Bei einem Teil der PatientInnen musste eventuell eine ausschließlich im stationären Bereich zur Verfügung stehende Diagnostik angewendet werden, um eine Hospitalisierungs-Notwendigkeit auszuschließen (diese PatientInnen würden sicherlich auch von niedergelassenen AllgemeinmedizinerInnen an das Spital zur Diagnostik überwiesen). (2) Es kann sein, dass die Erkrankung oder Verletzung von den Patien-

**Prof. Dr. med. Gerald Haidinger ...**

... von 1986 bis 1994 Gastarzt und Assistent am Institut für Sozialmedizin der Universität Wien. Seit 1994 Assistent an der Abteilung für Epidemiologie des Instituts für Krebsforschung der Universität Wien (Habilitation 1997 für Sozialmedizin). Universitäre Lehre u.a. in Block 1 und Block 6 sowie in SSM2 und POL des reformierten Medizin-Curriculums. Derzeitige Stellung: Leiter der Abteilung für Epidemiologie des Zentrums für Public Health der Medizinischen Universität Wien.

Innen als so schwerwiegend eingeschätzt wird, dass diese gar nicht daran denken, eine Ordination aufzusuchen (Überschätzung der Schwere der Erkrankung). Keine Aussage kann darüber getätigt werden, inwieweit es aus (gesundheits- oder spitals-)politischen Erwägungen erwünscht ist, PatientInnen mit Beschwerden zu hospitalisieren, die auch im niedergelassenen System behandelt werden könnten.

Wenn „die moderne Medizin immer mehr den Kategorien des Marktes folgt und damit das ärztliche Handeln zunehmend wie ein Produktionsprozess behandelt und bewertet wird“, so wird es notwendig sein, Werte in der Medizin nicht ökonomischen Überlegungen zu opfern [9]. Vielmehr sind die Bedingungen so zu ändern, dass aus dieser Anpassung heraus eine bessere Behandlung möglich wird. Auch glauben viele Patienten tatsächlich ein Notfall zu sein, auch wenn die Realität

eine andere ist. In der öffentlichen Meinung scheint dieses subjektive Empfinden sehr wichtig zu sein, aber ein großer Teil jener Patienten, die die Spitalsambulanz aufsuchen, scheint viel weniger schwer erkrankt zu sein, als zu erwarten wäre [2]. Allein die Rahmendaten der Kontakte in der vorliegenden Studie, also Uhrzeit (während der Öffnungszeiten der Ordinationen niedergelassener ÄrztInnen), Tag (Montag als Tag intensiver Nutzung), Alter (41 Jahre jung), Dauer der Beschwerden (mehr als 16 Stunden) zeigen deutlich, dass die Krankenhausambulanzen von diesen Patienten der ambulanten Versorgung im niedergelassenen Bereich vorgezogen werden. Es wäre daher im Weiteren – tiefergehend – zu untersuchen, warum diese Patienten in das Spital kommen.

Die Ergebnisse der vorliegenden Erhebung können nicht mehr als erste Hinweise darauf geben, dass es einen er-

heblichen Anteil an Selbstzuweisern gibt, die auch von Hausärzten hätten behandelt werden können. Für die Zukunft wird es notwendig sein, neue Versorgungsformen zu finden, einerseits um Spitalsambulanzen zu entlasten und die medizinische Versorgung der Bevölkerung auf hohem Niveau weiterführen zu können. Die Erschließung neuer Tätigkeitsbereiche könnte auch die sinkende Arbeitszufriedenheit der niedergelassenen Ärzteschaft erhöhen [10]. Ein weiterer möglicher Weg scheint, die Erstversorgung im Spital eventuell unter Einbeziehung von sogenannten „Health Coaches“ [11] oder in Form eines „Panel Managements“ [12] neu zu organisieren, wobei Hausärzte die Rolle von Koordinatoren/Moderatoren einnehmen und die Letztverantwortung im Versorgungsprozess behalten würden [13].

**Interessenkonflikte:** keine angegeben.

**Korrespondenzadresse**

Prof. Dr. med. Gerald Haidinger  
Abteilung für Epidemiologie  
Zentrum für Public Health der  
Medizinischen Universität Wien  
Kinderspitalgasse 15, 1090 Wien  
Österreich  
gerald.haidinger@meduniwien.ac.at

**Literatur**

- N.N. Vorarlberg: Pilotprojekt zur Spitalsentlastung. Österr. Ärztezeitung 2012; 1/2: 12
- N.N. Analyse der Vorarlberger Spitalsambulanzen als Anlaufstelle für Selbstzuweisungen, Endbericht 10.12.2010. Vorarlberger Krankenhaus-Betriebsgesellschaft, unveröffentlicht
- N.N. Facharztpraxis versus Spitalsambulanz. Ärzte Woche 2002; 13 <http://www.springermedizin.at/artikel/7733-facharztpraxis-versus-spitalsambulanz> [letzter Zugriff 1.2.2012]
- Stigler FL. The Future of Primary Care in Austria. Masterthese, University of Manchester, 2010
- Stigler F. Reformoptionen – In der Primärversorgung ist Österreich meilenweit davon entfernt, das „weltweit beste System“ zu haben. Österreich Krankenhausztg 2011; 52: 16–18
- Groß A. Leidenschaftliche Diskussion am Landmedizin-Kongress – Es bleibt nicht mehr viel Zeit. Med Trib 2010; 42. <http://www.medical-tribune.at/dynasite.cfm?dsmid=106424&dspaid=904550> [letzter Zugriff 1.2.2012]
- Koch K, Gehrman U, Sawicki, PT. Primärärztliche Versorgung in Deutschland im internationalen Vergleich: Ergebnisse einer strukturvalidierten Ärztebefragung. Dtsch. Ärztebl 2007; 104: A-2584
- Weismann N, Huenges B, Osenberg D, Rusche H. Ablehnen, Einbestellen oder Hinfahren? Z Allg Med 2011; 87: 158–162
- Maio G. Heilen als Management. Z Allg Med 2012; 88: 18–23
- Kurzke U. Berufszufriedenheit und Zukunft der Versorgung. Z Allg Med 2011; 87: 152–157
- Bodenheimer T, Laing BY. The teamlet model of primary care. Ann Fam Med 2007; 5: 457–461
- Neuwirth EB, Schmittiel JA, Tallman K, Bellows J. Understanding panel management: a comparative study of an emerging approach to population care. Permanente J 2007; 11: 12–20
- Erlar A, Beyer M, Gerlach FM. Ein Zukunftskonzept für die hausärztliche Versorgung in Deutschland. Z Allg Med 2010; 86: 159–165