

Primärversorgungszentren in Österreich
Eine empirische Untersuchung der Vorteile und Nachteile

Bachelorarbeit II

am

Studiengang „Aging Services Management“
an der Ferdinand Porsche FernFH

Anita TURK
1510759034

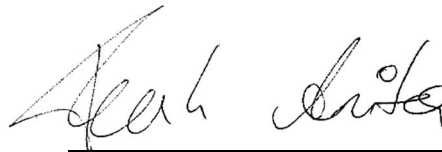
Begutachterin: Frau Mag. Sabine Schuh

Oberwaltersdorf, Mai 2018

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß übernommen wurden, habe ich als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt oder veröffentlicht. Die vorliegende Fassung entspricht der eingereichten elektronischen Version.

Oberwaltersdorf, 4. Mai 2018

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Felix Litz', written over a horizontal line.

Unterschrift

Abstract

Bis zum Jahr 2021 sollen in Österreich insgesamt 75 Primärversorgungseinheiten entstehen, um so eine moderne und anforderungsgerechte medizinische Grundversorgung in Österreich sicherzustellen.

Das erste Primärversorgungszentrum in Österreich ist das PHC Medizin Mariahilf in Wien, welches 2015 in Betrieb ging.

2017 wurde der Bericht zum ersten Evaluationsjahr des PHC Medizin Mariahilf veröffentlicht, in welchem über eine insgesamt hohe Zufriedenheit der befragten Patienten und Patientinnen, aber auch der befragten Ärzte und Ärztinnen berichtet wird.

Es stellte sich daher die Frage, ob die Ergebnisse aus Wien auch auf andere Bundesländer übertragbar sind.

Um einen Vergleich zwischen Wien und Niederösterreich anstellen zu können, wurden in der vorliegenden Arbeit Interviews mit Patienten und Patientinnen, sowie mit Ärzten und Ärztinnen aus Niederösterreich durchgeführt, wo bisher noch kein Primärversorgungszentrum umgesetzt wurde.

Es lässt sich feststellen, dass den befragten Patienten und Patientinnen in Niederösterreich die Begrifflichkeiten „Primärversorgungszentrum“ und „Primärversorgungseinheit“ sowie das Konzept dahinter bisher nicht bekannt sind.

Weiters lässt sich feststellen, dass eine anforderungsgerechte Primärversorgung am Land andere Strukturen als in einem Ballungsraum beziehungsweise in einer Großstadt, wie zum Beispiel in Wien, benötigt.

Als Lösung für eine zufriedenstellende Primärversorgungsstruktur am Land wäre eher die Vernetzung von mehreren Hausärzten beziehungsweise Hausärztinnen sinnvoll.

Das würde bedeuten, dass die jeweiligen Praxen gemeinsam als Einheit auftreten und auch organisiert sein sollten, jedoch wie bisher in den einzelnen Gemeinden bestehen bleiben und nicht auf einen Ort zusammengezogen und konzentriert werden.

Schlüsselbegriffe: Primärversorgungszentrum, Primärversorgungseinheit, Primärversorgung, Primärversorgungsstruktur, PHC Medizin Mariahilf

Abstract

In order to provide a modern and appropriate primary health care, 75 primary care centres are supposed to arise in Austria until 2021.

The first primary care centre of Austria, gone operational in 2015, is the PHC Medizin Mariahilf in Vienna.

In 2017 a report regarding the first year of evaluation of the PHC Medizin Mariahilf was published. The report showed a high level of satisfaction of surveyed patients as well as of medical practitioners associated with the centre.

Thus, the question arose whether the results from Vienna would be transferrable to other counties.

To compare Vienna to Lower Austria, the thesis at hand includes interviews with patients and practitioners from Lower Austria in which no primary care centres are available yet.

Notably, the survey's results suggest a certain unfamiliarity with the topic of primary care centres in Lower Austria. Furthermore one can conclude, that the requirements for primary care centres differ significantly between rural and urban areas. In rural areas, a simple merger of several general practitioners would arguably be the more satisfactory solution. This means that the participating practices should appear and be organised as a unity, but operate from different locations in their communities respectively.

Keywords: primary health care, PHC, primary health care center, best point of service, PHC Medizin Mariahilf

Inhaltsverzeichnis

1 EINLEITUNG	1
1.1 PROBLEMSTELLUNG	2
1.2 ZIELSETZUNG DER ARBEIT	3
1.3. FORSCHUNGSFRAGEN UND HYPOTHESEN.....	4
2 METHODE UND VORGANGSWEISE	5
2.1. UNTERSUCHUNGSDESIGN DER INTERVIEWS	5
2.1.1. <i>Leitfadeninterview</i>	5
2.1.2. <i>Vorstellung Leitfaden</i>	7
2.1.2.1 <i>Zielebene Patient/Patientin</i>	8
2.1.2.2. <i>Zielebene Arzt/Ärztin</i>	11
2.2. TRANSKRIPTION.....	13
2.3. UNTERSUCHUNGSDESIGN DER QUALITATIVEN AUSWERTUNG.....	14
3. AUSWERTUNGSERGEBNISSE DES INTERVIEWLEITFADENS	16
3.1. AUSWERTUNGSERGEBNISSE DER PATIENTEN UND PATIENTINNEN	16
3.2. AUSWERTUNGSERGEBNISSE DER ÄRZTE UND ÄRZTINNEN.....	21
4 DISKUSSION UND BEANTWORTUNG DER FORSCHUNGSFRAGEN	29
5 CONCLUSIO UND AUSBLICK	33
6 LITERATURVERZEICHNIS	34
7 ONLINEQUELLEN	36
8 ABBILDUNGSVERZEICHNIS	37
9 TABELLENVERZEICHNIS	38

1 Einleitung

Die Aufgabe eines funktionierenden Gesundheitswesens ist es sicherzustellen, dass kranke Menschen wieder gesund werden und gesunde Menschen auch gesund bleiben. (<https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsystem/gesundheitswesen/inhalt>) [Abruf am 24.2.2018]

Eine moderne und anforderungsgerechte medizinische Grundversorgung umfasst daher nicht nur die Krankenversorgung der Patienten und Patientinnen, sondern auch die Gesundheitsförderung und Prävention der Menschen.

Unter Gesundheitsförderung und Prävention versteht man alle Maßnahmen, die gesetzt werden, um die Erhaltung von Gesundheit zu fördern und der Entstehung von Krankheiten vorzubeugen. Um auch langfristig eine hochwertige Gesundheitsversorgung in Österreich zu gewährleisten, wurden bereits im Jahre 2013 durch den Bundeszielsteuerungsvertrag 2013 (Bundeszielsteuerungsvertrag, 2013) durch Bund, Länder und Hauptverband gemeinsam die Gesundheitsziele für 2013-2016 festgelegt. Neben einer bedarfsgerechten, qualitätsgesicherten und wirkungsorientierten Gesundheitsversorgung und dem Ausbau von Gesundheitsförderung und Prävention wurde der „Best Point of Service“ im Sinne einer flächendeckenden „Primary Health Care“ genannt. Dies war der Startschuss für die Gründung von Primärversorgungseinheiten in Österreich, welche zum richtigen Ort und zum richtigen Zeitpunkt eine allumfassende Gesundheitsversorgung für Patienten und Patientinnen bieten sollen.

Die Weiterentwicklung ist der aktuelle Bundeszielsteuerungsvertrag 2017-2021 (Bundeszielsteuerungsvertrag, 2017). Darin wird als operatives und strategisches Ziel beschrieben, dass bis zum Jahre 2021 in Österreich insgesamt 75 umgesetzte Primärversorgungseinheiten entstehen sollen, um Österreich so in seiner Primärversorgungsstruktur und medizinischen Grundversorgung zu stärken.

Zum aktuellen Zeitpunkt gibt es österreichweit lediglich 4 Primärversorgungseinheiten, welche sich bereits in Betrieb befinden. Somit sollen in den nächsten 3 Jahren noch über 70 Primärversorgungseinheiten in Österreich umgesetzt werden.

Das Medizin Mariahilf (<https://primaerversorgung.org/standort/medizin-mariahilf/>) [Abruf am 04.03.2018]) war die erste Primärversorgungseinheit welche in Österreich am 4. April 2015 in Betrieb ging.

Im Mai 2017 veröffentlichte Gesundheit Österreich (Gesundheit Österreich, 2017) im Auftrag der Wiener Landeszielsteuerungskommission einen ersten Evaluationsbericht des PHC Medizin Mariahilf, in welchem insbesondere auf die Zufriedenheit von Patienten und Patientinnen und auf die Zufriedenheit von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen eingegangen wurde.

Im Evaluationsbericht des PHC Medizin Mariahilf wird auf der Patientenebene von einer positiven Entwicklung berichtet.

Das erweiterte Leistungsangebot des PHC Medizin Mariahilf wird gut angenommen und auch die Häufigkeit von ungefilterten Besuchen auf der Facharztebene und von Spitalsambulanzen konnte verringert werden.

Ebenso auf der Mitarbeiterenebene wird von einer großen Zufriedenheit, insbesondere über die Rahmenbedingungen, zum Beispiel was die Arbeitszeiten und Arbeitsabläufe angeht, berichtet.

1.1 Problemstellung

Es stellt sich die Frage, ob diese ersten Ergebnisse aus Wien auch auf andere Bundesländer übertragbar sind, denn eine Primärversorgungseinheit im ländlichen Raum muss sich anderen Herausforderungen stellen, als ein Primärversorgungszentrum, welches sich inmitten von Wien befindet, über eine sehr gute öffentliche Verkehrsanbindung verfügt und auch schon zuvor als Gruppenpraxis geführt wurde.

Wie Mag. Cornelia Rehberger (Rehberger, 2018) berichtet, soll in Niederösterreich durch die Entstehung und Schaffung von Primärversorgungseinheiten auch dem in Österreich weit verbreitetem Problem des Landärztemangels entgegengesteuert werden.

In einer Studie, welche in Salzburg durchgeführt wurde (Salzburger Gebietskrankenkasse, 2018), wo ebenso wie in Niederösterreich noch keine Primärversorgungseinheiten beziehungsweise Primärversorgungszentren in Betrieb sind, wurden rund 270 Ärzte und Ärztinnen mittels Fragebogen und weitere 30 Ärzte und Ärztinnen mittels Interview befragt, warum der Beruf des Allgemeinmediziners beziehungsweise der Allgemeinmedizinerin, vor allem auf dem Land, nicht mehr so attraktiv zu sein scheint wie früher.

Als häufigste Antworten, warum zum Beispiel die in Ausbildung befindlichen Turnusärzte und Turnusärztinnen, eine Stelle als Landarzt beziehungsweise als Landärztin ablehnen, waren die schlechten, beziehungsweise ungeregelten Arbeitszeitbedingungen.

Hier fließen neben den Einsatzbereitschaftszeiten, auch die fehlenden Vertretungsmöglichkeiten, vor allem am Land, ein.

Ein Anstellungsverhältnis in Primärversorgungseinheiten soll den Ärzten und Ärztinnen den Vorteil bieten, dass sowohl die Arbeitszeiten als auch die Vertretungen geregelt sind und somit eine gute Work-Life-Balance und eine gute Vereinbarkeit von Familie und Beruf, für die dort Angestellten, entsteht.

Daher möchte ich in meiner Bachelorarbeit 2 auf die aktuelle Situation in Niederösterreich eingehen und sowohl Personen aus der Gruppe der Patienten und Patientinnen als auch Personen aus der Gruppe der Ärzte und Ärztinnen befragen, welches Verständnis aktuell zum Thema „Primärversorgungseinheit und Primärversorgungszentrum“ besteht, welche Erwartungen sie an eben diese haben und wie es mit der Wechselbereitschaft in ein Primärversorgungszentrum beziehungsweise in eine Primärversorgungseinheit aussieht.

1.2 Zielsetzung der Arbeit

Ziel dieser Forschungsarbeit ist es herauszufinden, ob das Setting eines Primärversorgungszentrums in Niederösterreich andere Voraussetzungen benötigt beziehungsweise sich anderen Herausforderungen stellen muss, als ein Primärversorgungszentrum in Wien.

Als weiteres Ziel gilt es zu hinterfragen, ob es unterschiedliche Ansichten und Erwartungen von Patienten und Patientinnen gibt, welche direkt in Baden Stadt, wo es ein Krankenhaus gibt, wohnhaft sind und jenen Personen, welche weiter abgelegen, also in Baden Umgebung beziehungsweise Baden Land wohnen.

Ebenso soll auch bei der Gruppe der Ärzte und Ärztinnen hinterfragt werden, ob es unterschiedliche Ansichten und Erwartungshaltungen gibt, wenn diese ihren Arbeitsort direkt in der Stadt Baden haben oder in Baden Land und Umgebung tätig sind.

1.3. Forschungsfragen und Hypothesen

Es gilt folgende Forschungsfragen zu beantworten:

- 1) **Sind die Ergebnisse aus dem Evaluationsbericht des PHC Mariahilf auch auf das Land Niederösterreich übertragbar beziehungsweise vergleichbar?**

Daraus ergeben sich folgende Hypothesen:

H0: Die Ergebnisse aus dem Evaluationsbericht des PHC Mariahilf sind auch auf das Land Niederösterreich übertragbar beziehungsweise vergleichbar.

H1: Die Ergebnisse aus dem Evaluationsbericht des PHC Mariahilf sind nicht auf das Land Niederösterreich übertragbar beziehungsweise vergleichbar.

- 2) **Muss sich eine Primärversorgungseinheit in Niederösterreich anderen Herausforderungen stellen als ein Primärversorgungszentrum in Wien?**

Daraus ergeben sich folgende Hypothesen:

H0: Eine Primärversorgungseinheit in Niederösterreich muss sich den selben Herausforderungen stellen wie eine Primärversorgungseinheit in Wien.

H1: Eine Primärversorgungseinheit in Niederösterreich muss sich anderen Herausforderungen stellen als eine Primärversorgungseinheit in Wien.

- 3) **Haben Personen im urbanen Bereich von Niederösterreich andere Erwartungen/Hoffnungen/Ängste als Personen im ländlichen Bereich von Niederösterreich?**

Daraus ergeben sich folgende Hypothesen:

H0: Personen (sowohl Ärzte und Ärztinnen als auch Patienten und Patientinnen) im urbanen Bereich von Niederösterreich haben dieselben Erwartungen/Hoffnungen/Ängste wie Personen (sowohl Ärzte und Ärztinnen als auch Patienten und Patientinnen) im ländlichen Bereich von Niederösterreich.

H1: Personen (sowohl Ärzte und Ärztinnen als auch Patienten und Patientinnen) im urbanen Bereich von Niederösterreich haben andere Erwartungen/Hoffnungen/Ängste als Personen (sowohl Ärzte und Ärztinnen als auch Patienten und Patientinnen) im ländlichen Bereich von Niederösterreich.

2 Methode und Vorgangsweise

Um die Forschungsfragen und die daraus abgeleiteten Hypothesen zu beantworten werden im Raum Baden insgesamt acht Leitfadeninterviews durchgeführt. Es wird jeweils ein Interviewfragebogen für die Gruppe der Patienten und Patientinnen und ein Fragebogen für die Befragung der Ärzte und Ärztinnen erstellt.

Anschließend werden die Ergebnisse der Interviews nach der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring (Mayring, 2010) ausgewertet und interpretiert.

Die anschließenden Ergebnisse sollen einerseits die Forschungsfragen und Hypothesen bezüglich des Vergleichs von Primärversorgungseinheiten in Wien und Niederösterreich beantworten und andererseits die Forschungsfragen und Hypothesen nach der Erwartungshaltung zu den geplanten Primärversorgungseinheiten, von Personen aus dem urbanen Raum versus Personen aus dem ländlichen Raum von Baden.

2.1. Untersuchungsdesign der Interviews

2.1.1. Leitfadeninterview

Ein Leitfadeninterview ist ein teilstandardisiertes Interview (Bacher & Horwath, 2011, S. 43), bei welchem die subjektive Meinung der Befragten im Vordergrund steht.

Mit Hilfe eines Leitfadens werden die zentralen Themenfelder abgefragt und so wird eine Vergleichbarkeit der Interviews geschaffen. Die Fragen werden offen gestellt und es gibt keine Antwortvorgaben. Der Leitfaden wird im Interviewprozess variabel gehandhabt, womit die Möglichkeit entsteht eventuelle Nachfragen an die Befragten zu stellen.

Der Leitfaden dient als Kontrolle für den Interviewer beziehungsweise für die Interviewerin um sicherzustellen, dass keine Frage vergessen wurde.

Das Leitfadeninterview zeichnet sich durch offene Fragenformulierung und Flexibilität der Detailierung in der Fragestellung (Schwarz, 2009) aus.

Wichtig ist, dass bei der Erstellung des Leitfadens beziehungsweise bei der Formulierung der Fragestellungen darauf geachtet wird, dass die Fragen verständlich und auch für die Gruppe der Patienten und Patientinnen einfach zu beantworten sind.

Bei der Beantwortung der Fragen ist darauf zu achten, dass diese für die anschließende Auswertung relevant sind und so sollen die Befragten entweder zur Detailierung aufgefordert und ermuntert werden oder aber auch zur nächsten relevanten Fragestellung weitergeleitet werden.

Es ist darauf zu achten, dass nicht zu starr nach dem Leitfaden gearbeitet wird, sondern relevante Antworten gehört und auch hinterfragt werden. Ebenso sollen unklare Antworten nochmals hinterfragt werden. Alle Fragen, die im Leitfaden stehen, sollen auch abgefragt und abgearbeitet werden und es soll darauf geachtet werden, nicht in eine Diskussion mit dem Befragten, zu verfallen.

Laut Frau Prof. Dr. Anna Schwarz (Schwarz, 2009), gibt es fünf Prinzipien, die beim Leitfadeninterview berücksichtigt werden sollten:

- **Umfang**
Der Umfang sollte zwischen fünf und zwanzig Fragen beinhalten, welche im Vorhinein als Leitfaden ausformuliert wurden. Wichtig ist beim Umfang auch die geplante Interviewdauer zu berücksichtigen.

- **Sprache**
Es sollte auf eine alltagstaugliche Sprache geachtet werden und eine klare einfache Formulierung der Fragestellungen. Die Verwendung von wissenschaftlichen Ausdrücken und Fachbegriffen sollten an die befragten Personen angepasst sein.

- **Offenheit**
Es sollten möglichst offene Fragen gestellt werden und Suggestivfragen, bei welchen die Antworten „in den Mund gelegt werden“, vermieden werden. Der Befragte beziehungsweise die Befragte soll die Möglichkeit haben, von sich selbst aus relevante Themen anzusprechen und deren Wichtigkeit zu werten.

- **Vollständigkeit**

Die zentralen Fragestellungen der Erhebung müssen vollständig abgedeckt sein. Der erstellte Interviewleitfaden soll als Checkliste dienen um keine wichtigen Aspekte zu vergessen oder zu übersehen.

- **Flexibilität**

Gerade beim leitfadengestützten Interview ist es wichtig, flexibel auf Antworten der befragten Person zu agieren. Eventuelle Zusatzfragen zu den vorab ausformulierten Leitfragen sollten spontan formuliert werden und je nach Relevanz auch hinterfragt werden. Die Reihenfolge der Kernfragen kann durchaus flexibel gehandhabt werden und soll auf die befragte Person und deren Antworten abgestimmt werden.

Die Interviews werden mittels Diktiergerät aufgenommen und anschließend transkribiert. Das heißt, dass die aufgezeichneten Interviews anschließend verschriftlicht werden, um diese dann analysieren und auswerten zu können.

2.1.2. Vorstellung Leitfaden

Um sowohl auf Patientenebene als auch auf Ärztenebene eine Erhebung zu den geplanten Primärversorgungszentren zu machen, wurden zum einen vier Patienten und Patientinnen befragt und zum anderen vier Ärzte und Ärztinnen.

Die vier Interviews mit Patienten und Patientinnen gliederten sich wiederum in zwei Interviews, welche im urbanen Bereich von Baden gemacht wurden, und zwei Interviews, welche im ländlichen Bereich von Baden durchgeführt wurden.

Ebenso gliederten sich die vier Interviews mit Ärzten und Ärztinnen in zwei Interviews mit Ärzten und Ärztinnen, welche im urbanen Bereich Badens tätig sind, und zwei Interviews mit Ärzten und Ärztinnen, welche im ländlichen Bereich Badens tätig sind.

Interessant an diesen Untergliederungen ist, ob Personen aus einer größeren Stadt, welches über ein eigenes Krankenhaus verfügt, andere Erwartungen und Ansichten haben als jene Personen, die einen weiteren Weg zum nächsten Krankenhaus zurücklegen müssen und eher auf den Gemeindearzt oder auf die Gemeindeärztin angewiesen sind oder sogar als solches tätig sind.

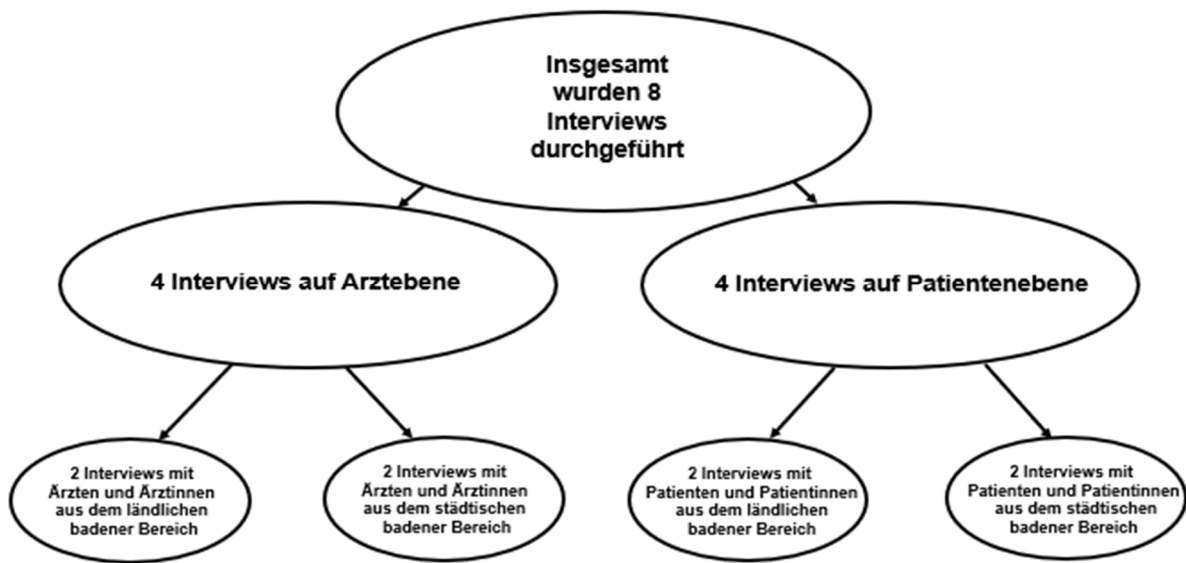


Abbildung 1: Interviewstruktur

Quelle: erstellt von Anita Turk

Abbildung 1 veranschaulicht die Gliederung der Interviewstruktur.

Um die Interviews vergleichbar zu machen wurde darauf geachtet, die Interviewfragen zwar individuell auf die befragte Gruppe anzupassen, aber dennoch nicht zu sehr voneinander abweichen zu lassen.

Die Teilnahme an der Befragung basiert auf Freiwilligkeit der Patienten und Patientinnen sowie der Ärzte und Ärztinnen, und es wurde eine mündliche Einverständniserklärung eingeholt, dass das Interview aufgezeichnet werden darf, die Befragten aber selbstverständlich ihre Anonymität bewahren.

Im Folgenden werden die beiden Leitfäden, einmal auf der Ebene der Patienten und Patientinnen und einmal auf der Ebene der Ärzte und Ärztinnen, vorgestellt.

2.1.2.1 Zielebene Patient/Patientin

Der Interviewleitfaden für die Gruppe der Patienten und Patientinnen umfasst insgesamt 5 Kernfragen, welche im Folgenden vorgestellt und beschrieben werden.

Zu Beginn des Interviews werden statistische Daten wie Geschlecht, Alter und Wohnort abgefragt und erhoben, um anschließend einen Vergleich bezüglich Patienten und Patientinnen die direkt aus der Stadt Baden kommen und Patienten und Patientinnen, die eher im ländlichen Bereich Badens wohnhaft sind, sowie die Antworten von jüngeren und älteren Befragten, ziehen zu können.

Frage 1:

Kennen Sie den Begriff Primärversorgungszentrum bzw. Primärversorgungseinheit?

Ja/Nein

Die Einstiegsfrage soll klären, ob dem Patienten, beziehungsweise der Patientin, die Begrifflichkeit einer Primärversorgungseinheit beziehungsweise eines Primärversorgungszentrums überhaupt bekannt ist.

Frage 2:

Was stellen Sie sich unter dem Begriff „Primärversorgungszentrum bzw. Primärversorgungseinheit“ vor?

Je nachdem wie die Einstiegsfrage beantwortet wurde, soll diese Frage klären, was sich Personen unter dem Namen „Primärversorgungszentrum“ und „Primärversorgungseinheit“ vorstellen beziehungsweise, welche Leistungen sie sich erwarten.

Unabhängig vom Vorwissen des Probanden beziehungsweise der Probandin, folgte eine kurze standardisierte Erklärung zu Primärversorgungseinheiten, um die Ergebnisse vergleichbar zu machen.

Das Konzept von Primärversorgungszentren bzw. von Primärversorgungseinheiten soll bis 2020 flächendeckend in Österreich umgesetzt werden und zukünftig als erste Anlaufstelle für Patienten und Patientinnen dienen.

Hier arbeiten mehrere Hausärzte bzw. Allgemeinmediziner und Allgemeinmedizinerinnen in einem Team zusammen und sollen eine rasche und wohnortnahe Versorgung anbieten.

Neben langen Öffnungszeiten sollen den Kunden und Kundinnen auch verschiedene Vorsorge- und Therapiemöglichkeiten angeboten werden.

Ziel der Primärversorgungseinheiten ist zum einen eine qualitativ hochwertige und gut erreichbare Grundversorgung anzubieten und zum anderen der hohen Krankenhaushäufigkeit entgegenzuwirken.

Frage 3:

Was sind Ihre Erwartungen an ein Primärversorgungszentrum bzw. an eine Primärversorgungseinheit?

Welche Vor- und Nachteile würden Sie sich als Patient bzw. als Patientin erwarten?

Die befragten Personen sollen mit dieser Frage dazu aufgefordert werden, ihre Erwartungen an Primärversorgungseinheiten zu beschreiben und die von Ihnen erwarteten Vorteile aber auch Nachteile von Primärversorgungseinheiten zu nennen.

In Bachelorarbeit 1 wurde mittels Literaturrecherche bereits auf die Vorteile und Nachteile, welche eine Primärversorgungseinheit beziehungsweise ein Primärversorgungszentrum bietet, eingegangen und ausgearbeitet, daher ist diese Frage unter diesem Aspekt sehr interessant, ob die Antworten der Patienten und Patientinnen, mit den aus der Theorie beschriebenen Vorteilen und Nachteilen, übereinstimmen.

Frage 4:

Würden Sie von Ihrem Hausarzt in eine Primärversorgungseinheit wechseln?

- a. Wenn ja, warum?
- b. Wenn nein, warum?

Im Anschluss daran soll erfragt werden, ob die Patienten und Patientinnen bereit dazu sind, von ihrem Hausarzt beziehungsweise von ihrer Hausärztin, in eine Primärversorgungseinheit zu wechseln. Hier gilt es zu auch die Gründe für beziehungsweise gegen einen Wechsel zu erfragen.

Frage 5:

Gibt es noch irgendwas, was Sie mir zu diesem Thema mitteilen wollen?

Abschließend soll noch gefragt werden, ob es etwas gibt, dass die Patienten und Patientinnen noch zu diesem Thema mitteilen wollen.

Das können offene Fragen sein, Anmerkungen zum Konzept der Primärversorgungseinheiten oder dergleichen.

2.1.2.2. Zielebene Arzt/Ärztin

Der Interviewleitfaden für die Gruppe der Ärzte und Ärztinnen umfasst insgesamt 5 Kernfragen, welche im Folgenden vorgestellt und beschrieben werden.

Zu Beginn des Interviews sollen auch hier statistische Daten wie Geschlecht, Alter und Arbeitsort abgefragt werden um hier ebenfalls einen Vergleich zwischen den Arbeitsorten der Ärzte und Ärztinnen, also Baden Stadt und Baden Land, machen zu können. Ebenfalls ist die Angabe des Alter interessant, um auch hier einen Vergleich, bezogen auf das Alter der Befragten, machen zu können.

Frage 1:

**Kennen Sie den Begriff Primärversorgungszentrum bzw. Primärversorgungseinheit?
Ja/Nein**

Zuerst wurden die Ärzte und Ärztinnen gefragt, ob sie generell die Begrifflichkeit Primärversorgungszentrum beziehungsweise Primärversorgungseinheit kennen.

Frage 2:

Was stellen Sie sich unter dem Begriff „Primärversorgungszentrum bzw. Primärversorgungseinheit“ vor?

Als Nächstes wurden die Befragten dazu aufgefordert zu beschreiben, was sie sich unter einer Primärversorgungseinheit beziehungsweise eines Primärversorgungszentrums vorstellen.

Unabhängig vom Vorwissen des befragten Arztes beziehungsweise der befragten Ärztin, folgte eine kurze standardisierte Erklärung zu Primärversorgungseinheiten um die Ergebnisse vergleichbar zu machen.

Das Konzept von Primärversorgungszentren bzw. von Primärversorgungseinheiten soll bis 2020 flächendeckend in Österreich umgesetzt werden und zukünftig als erste Anlaufstelle für Patienten und Patientinnen dienen.

Hier arbeiten mehrere Hausärzte bzw. Allgemeinmediziner und Allgemeinmedizinerinnen in einem Team zusammen und sollen eine rasche und wohnortnahe Versorgung anbieten.

Neben langen Öffnungszeiten sollen den Kunden und Kundinnen auch verschiedene Vorsorge- und Therapiemöglichkeiten angeboten werden.

Ziel der Primärversorgungseinheiten ist zum einen eine qualitativ hochwertige und gut erreichbare Grundversorgung anzubieten und zum anderen der hohen Krankenhaushäufigkeit entgegenzuwirken.

Frage3:

Was sind Ihre Erwartungen an eine Primärversorgungseinheit?

Welche Vor- und Nachteile würden Sie sich erwarten, wenn Sie im Rahmen einer Primärversorgungseinheit Ihre Leistungen anbieten?

Die nächste Frage soll die Erwartungen der befragten Ärzte und Ärztinnen beantworten, wenn sie ihre Leistungen in einer Primärversorgungseinheit anbieten würden.

Frage 4:

Können Sie sich vorstellen in einem Primärversorgungszentrum bzw. in einer Primärversorgungseinheit Ihre Leistungen anzubieten?

- a. Wenn ja, warum?
- b. Wenn nein, warum?

Nachfolgend soll gefragt werden, ob die Ärzte und Ärztinnen sich vorstellen könnten, ihre Leistungen im Rahmen eines Primärversorgungszentrums beziehungsweise einer Primärversorgungseinheit anzubieten, und worin sie Vorteile oder auch Nachteile sehen würden.

Interessant an den Antworten ist auch hierbei, ob die befragten Ärzte und Ärztinnen, dieselben oder ähnliche Antworten geben, wie die bereits in Bachelorarbeit 1 genannten und ausgearbeiteten theoretischen Vorteile und Nachteile der Ärzte und Ärztinnen als

Arbeitnehmer in einem Primärversorgungszentrum beziehungsweise in einer Primärversorgungseinheit.

Frage 5:

Gibt es noch irgendwas, was Sie mir zu diesem Thema mitteilen wollen?

Abschließend wurde den befragten Ärzten und Ärztinnen die Möglichkeit gegeben noch etwas zu diesem Thema mitzuteilen. Auch hier können das eventuelle offene Fragen, Befürchtungen, etc. sein.

2.2. Transkription

Jedes der acht Interviews wird transkribiert. Das heißt, dass das mittels Diktiergerät aufgezeichnete Interview anschließend Wort für Wort schriftlich festgehalten, also verschriftlicht, wird.

Die schriftliche Aufzeichnung der Interviews erleichtert die anschließende Analyse und die Zusammenfassung und Auswertung der gemachten Interviews.

Die Interviews wurden einheitlich nach den Transkriptionsregeln des Bachelorstudiengangs Aging Services Management (Ferdinand Porsche FernFH, 2017) transkribiert:

- 1. Die Transkription der Interviews erfolgt wörtlich und nicht zusammenfassend. Umgangssprachliche Ausdrücke, Mundart, falsche Satzstellungen sowie falsche Ausdrucksweise werden beibehalten. Es wird eine leichte Glättung durchgeführt, das heißt, dass breiter Dialekt korrigiert wird.**
- 2. Die Interviews werden pseudonymisiert, das heißt, dass jede Aussage, welche die Identifizierung der befragten Person ermöglicht, pseudonymisiert werden muss und in Klammer gesetzt wird. Dies können zum Beispiel Daten wie Name der befragten Person, Wohnort, Arbeitsort und berufliche Stellung sein.**
- 3. Zur besseren Lesbarkeit können nicht vollendete und abgebrochene Wörter beziehungsweise Sätze sowie Stottern weggelassen werden. Halbe Sätze und Wortverdoppelungen, wenn diese als wichtig erachtet werden, werden transkribiert.**

4. Zur einfacheren Lesbarkeit der durchgeführten Interviews wird die Zeichensetzung geglättet. Kurze Pausen oder zweideutige Betonungen werden bevorzugt durch Punkte gekennzeichnet, anstatt durch Beistriche.
5. Sprechpausen der befragten Person werden durch Auslassungspunkte in Klammer angegeben.
6. Wenn Wörter besonders betont werden, werden diese in Großbuchstaben geschrieben.
7. Sollten Unterbrechungen wie zum Beispiel ein Telefonat passieren, wird diese Unterbrechung in Klammer angegeben. Ebenso werden emotionale Äußerungen, wie zum Beispiel lachen oder seufzen, in Klammer gesetzt und ebenso transkribiert.
8. Sollten durch Mikrofonstörungen, Handyläuten oder dergleichen Wörter unverständlich sein, wird dieses in Klammer gesetzt und der Grund für die Unverständlichkeit angegeben. Wird ein bestimmtes Wort vermutet so wird dies ebenso in Klammer gesetzt und ein Fragezeichen hinzugefügt.
9. Die interviewende Person wird im Transkript mit „I“ gekennzeichnet. Die interviewte beziehungsweise die befragte Person wird mit „B“ gekennzeichnet. Sollte es mehrere befragte Personen geben so wird dem „B“ auch eine Nummer hinzugefügt.

2.3. Untersuchungsdesign der qualitativen Auswertung

Die Auswertung und Analyse der geführten Interviews wird mittels dem Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring durchgeführt. (Mayring, 2010).

Prof. Dr. Philipp Mayring studierte Pädagogik, Psychologie und Soziologie und war Mitglied des Institutes für Psychologie sowie Gründer und Leiter des Zentrums für Evaluation und Forschungsberatung an der Alpen-Adria Universität in Klagenfurt. Weiters war er als Präsident von DeGEval, der Gesellschaft für Evaluation, tätig.

Seine Forschung umfasste unter anderem die Entwicklung von Techniken der qualitativen Inhaltsanalyse und Kombinationsmöglichkeiten, beziehungsweise Integrationsmöglichkeiten, von quantitativen und qualitativen Analysen.

Diese Techniken der Analyse wurden insbesondere in der Evaluationsforschung, aber auch in der Gesundheitspsychologie, der Gerontologie und der pädagogischen Psychologie angewandt und eingesetzt. (<https://philipp.mayring.at/> [Abruf am 5.4.2018])

Mayring (Mayring, 2010, 13) fasst als Ziel der qualitativen Inhaltsanalyse zusammen, dass diese die protokollierte, beziehungsweise verschriftlichte, Kommunikation analysieren will und dabei systematisch und nach expliziten Regeln vorgeht.

Die Analyse soll sich auf eine theoretisch ausgewiesene Fragestellung beziehen und die Ergebnisse sollen nach dem zugrundeliegenden theoretischen Hintergrund interpretiert werden. Die Analyse soll weiters ermöglichen, Rückschlüsse auf bestimmte Aspekte des Kommunikationsprozesses ziehen zu können und diese dementsprechend abzuleiten.

Kategoriendefinition

Im Zentrum des Ablaufmodells der qualitativen Inhaltsanalyse steht die Entwicklung eines Kategoriensystems. (Mayring, 2010, 59)

Für die Definition der Kategorien sind laut Mayring (Mayring 2010, 83) zwei Vorgehensweisen einsetzbar:

- **Deduktive Kategoriendefinition**

Hierbei werden die Kategorien mithilfe von theoretischen Überlegungen gebildet. Die Kategorien werden aufgrund des beobachtbaren Sachverhaltes des Materials entwickelt.

- **Induktive Kategoriendefinition**

Hierbei werden die Kategorien direkt aus dem Material abgeleitet ohne sich auf vorab erstellte Theoriekonzepte zu beziehen.

In der vorliegenden Arbeit wurden die Hauptkategorien bereits bei der Erstellung des Interviewleitfadens (siehe Punkt 2.1.2.) und vor der Analyse des Materials aufgestellt und definiert.

Die Hauptkategorien wurden daher deduktiv, also bereits im Vorhinein, gebildet.

Die beiden Unterkategorien „Vorteil“ und „Nachteil“ wurden aus dem Interviewmaterial induktiv gebildet.

3. Auswertungsergebnisse des Interviewleitfadens

Da zwei unterschiedliche Gruppen, zum einen die Gruppe der Patienten und Patientinnen, und zum anderen die Gruppe der Ärzte und Ärztinnen befragt wurden, werden diese zwei Gruppen auch einzeln ausgewertet und analysiert.

3.1. Auswertungsergebnisse der Patienten und Patientinnen

Es nahmen insgesamt vier Patienten und Patientinnen an der Befragung teil. Es wurde versucht, Personen unterschiedlichen Alters und, wie auch bereits in Kapitel 2.1.2. erwähnt, mit unterschiedlichen Wohnorten, zu befragen.

So ergab sich folgende Struktur:

Interview	Alter	Geschlecht	Wohnort
Interview 1	58	weiblich	Baden Land
Interview 2	42	männlich	Baden Land
Interview 3	25	männlich	Baden Stadt
Interview 4	54	männlich	Baden Stadt

Tabelle 1: Interviewstruktur Patienten und Patientinnen

Quelle: erstellt von Anita Turk

Tabelle 2 stellt die Hauptkategorien vor, welche für die Auswertung der Antworten der Patienten und Patientinnen herangezogen wurde:

Hauptkategorien Patienten und Patientinnen
1. Begriffsverständnis
2. Vorstellung
3. Erwartungen
4. Wechselbereitschaft

Tabelle 2: Hauptkategorien Patienten und Patientinnen

Quelle: erstellt von Anita Turk

Begriffsverständnis

Die Hauptkategorie 1, „Begriffsverständnis“, soll beantworten ob die befragten Patienten und Patientinnen allgemein bereits von der Begrifflichkeit „Primärversorgungseinheit“ beziehungsweise „Primärversorgungszentrum“ gehört haben.

Hauptkategorie 1 Begriffsverständnis		
Definition d. Kategorie	Kodierregel	Ankerbeispiel
Antwort auf Frage 1 des Leitfadenterviews: „Kennen Sie den Begriff Primärversorgungszentrum bzw. Primärversorgungseinheit?“	Aussagen, welche die Antwort nach dem Kennen der Begrifflichkeiten „Primärversorgungszentrum“ und „Primärversorgungseinheit“, beantworten.	Interview 2: Nein, kenne ich nicht.

Tabelle 3: Hauptkategorie 1: Begriffsverständnis

Quelle: erstellt von Anita Turk

Die Auswertung der vier Interviews ergab, dass keinem der befragten Patienten und Patientinnen die Begrifflichkeiten „Primärversorgungszentrum“ und „Primärversorgungseinheit“ bekannt sind.

Alle vier befragten Patienten und Patientinnen verneinten diese Frage.

Vorstellung

Die Hauptkategorie 2, „Vorstellung“, soll die Frage beantworten, welche Vorstellungen die befragten Patienten und Patientinnen zu den Begrifflichkeiten „Primärversorgungseinheit“ und „Primärversorgungszentrum“ haben.

Hauptkategorie 2		
Vorstellung		
Definition d. Kategorie	Kodierregel	Ankerbeispiel
Antwort auf Frage 2 des Leitfadeninterviews: „Was stellen Sie sich unter dem Begriff Primärversorgungszentrum bzw. Primärversorgungseinheit vor?“	Aussagen, welche die Frage nach der Vorstellung der befragten Personen zu den Begrifflichkeiten „Primärversorgungszentrum“ und „Primärversorgungseinheit“, beantwortet.	Interview 3: Sowas wie eine Erstaufnahme im Krankenhaus.

Tabelle 4: Hauptkategorie 2: Vorstellung

Quelle: erstellt von Anita Turk

Bei der Auswertung der Interviews stellte sich heraus, dass die befragten Personen unterschiedliche Vorstellungen zu den Begrifflichkeiten „Primärversorgungszentrum“ und „Primärversorgungseinheit“ haben.

Drei von vier befragten Personen, konnten jedoch die Begrifflichkeiten in die medizinische Erstversorgung beziehungsweise in die medizinische Grundversorgung deuten.

Eine befragte Person gab als Antwort, dass sie sich darunter etwas für Pensionisten vorstellt.

Erwartungen

Nach einer standardisierten Erläuterung von Primärversorgungseinheiten meinerseits, soll die Hauptkategorie 3, „Erwartungen“, beantworten, welche Erwartungen die befragten Patienten und Patientinnen an Primärversorgungseinheiten haben und worin sie mögliche Vorteile und Nachteile sehen.

Im Folgenden wurden zur besseren Aufteilung der Antworten, induktiv, also nach der Befragung, die zwei Unterkategorien „Vorteile“ und „Nachteile“ gebildet.

Hauptkategorie 3			
Erwartungen			
Unterkategorie „Vorteil“	Definition d. Kategorie	Kodierregel	Ankerbeispiel
Vorteile die sich die befragten Patienten und Patientinnen an eine Primärversorgungseinheit erwarten.	Die befragten Personen erwarten sich Vorteile von einer Primärversorgungseinheit bzw. von einem Primärversorgungszentrum.	Aussagen, welche die Frage nach den Erwartungen der befragten Personen an ein Primärversorgungszentrum bzw. an eine Primärversorgungseinheit mit Vorteilen beantworten.	Interview 1: Ja und eben die Öffnungszeiten also das wäre schon angenehm.
Unterkategorie „Nachteil“	Definition d. Kategorie	Kodierregel	Ankerbeispiel
Nachteile die sich die befragten Patienten und Patientinnen an eine Primärversorgungseinheit erwarten.	Die befragten Personen erwarten sich Nachteile von einer Primärversorgungseinheit bzw. einem Primärversorgungszentrum.	Aussagen, welche die Frage nach den Erwartungen der befragten Personen an ein Primärversorgungszentrum bzw. an eine Primärversorgungseinheit mit Nachteilen beantworten.	Interview 1: Naja das kommt darauf an ob da immer der gleiche Arzt, praktische Arzt ist, so wie der Vertrauenshausarzt wird dann nicht mehr sein.

Tabelle 5: Hauptkategorie 3: Erwartungen

Quelle: erstellt von Anita Turk

In der Hauptkategorie „Erwartungen“ konnte bei der Auswertung festgestellt werden, dass alle vier befragten Patienten und Patientinnen sowohl Erwartungen an Primärversorgungseinheiten haben, welche sie als vorteilhaft empfinden, als auch Erwartungen, welche sie als nachteilig empfinden.

Unterkategorie Vorteil

Als Vorteil wurde von zwei der vier befragten Personen genannt, dass sie sich kürzere Wartezeiten als beim Hausarzt oder im Krankenhaus erwarten würden.

Ein weiterer Vorteil, welcher von zwei der vier befragten Personen genannt wurde ist, dass man nicht so viele Wege hätte und die Öffnungszeiten von Primärversorgungseinheiten angenehm wären.

Eine befragte Person gab als Vorteil an, dass man durch Primärversorgungseinheiten Einsparungen bei den Krankenhäusern hätte.

Unterkategorie Nachteil

Als Nachteil gaben drei der vier befragten Personen an, dass sie in einem Primärversorgungszentrum keinen Arzt ihres Vertrauens mehr hätten.

Eine Person gab an, dass sich Kleinstgemeinden so ein Primärversorgungszentrum nicht leisten können und dadurch auch die Landärzte auf der Strecke bleiben würden.

Wechselbereitschaft

In Hauptkategorie 4, der „Wechselbereitschaft“ wurden die Patienten und Patientinnen befragt ob Sie bereit wären, von Ihrem Hausarzt in eine Primärversorgungseinheit zu wechseln, und welche Gründe für einen Wechsel sprechen würden, beziehungsweise welche Gründe gegen einen Wechsel sprechen würden.

Hauptkategorie 4 Wechselbereitschaft		
Definition d. Kategorie	Kodierregel	Ankerbeispiel
Antwort auf Frage 4 des Leitfadeninterviews: „Würden Sie von Ihrem Hausarzt in eine Primärversorgungseinheit wechseln? Wenn ja, warum? Wenn nein, warum?“	Aussagen, welche die Frage nach der Wechselbereitschaft der befragten Personen vom Hausarzt in eine Primärversorgungseinheit und die Gründe dafür, beantworten.	Interview 1: Ich würde momentan nicht wechseln, weil ich ein sehr tiefes Vertrauen zu unserer Hausärztin habe. Sollte sie aber in Pension gehen das bald geschehen wird dann würde ich wechseln.

Tabelle 6: Hauptkategorie 4: Wechselbereitschaft

Quelle: erstellt von Anita Turk

Bei der Auswertung der Hauptkategorie 4 „Wechselbereitschaft“ gaben drei der vier befragten Personen an, dass sie gerne bei ihrem Hausarzt beziehungsweise dem Arzt ihres Vertrauens bleiben möchten, jedoch gaben zwei der vier befragten Personen an, dass sie einen Wechsel nicht vollständig ausschließen würden.

Die Gründe, unter welchen ein Wechsel in Erwägung gezogen wird, waren unterschiedlich. So gab eine Person an, dass sie den Wechsel nach der Pensionierung des jetzigen Arztes machen würde.

Eine zweite Person beantwortete diese Frage damit, dass im Falle eines Akutfalles ein Wechsel denkbar wäre, da die Wartezeiten beim Hausarzt sehr lange sind und diese Tatsache zwar kein Problem darstellt wenn man Zeit hat, jedoch in einem Akutfall das Aufsuchen einer Primärversorgungseinheit durchaus denkbar wäre.

Eine der vier befragten Personen beantwortete die Frage nach der Wechselbereitschaft mit „Ja“, und gab als Grund dafür an, dass sie in einer mittelgroßen Stadt wohne und der Meinung ist, dass Primärversorgungseinheiten finanziell besser ausgebaut sein werden und beim aktuellen Hausarzt alles veraltet wäre und auch nichts mehr investiert werden würde.

3.2. Auswertungsergebnisse der Ärzte und Ärztinnen

Es nahmen insgesamt vier Ärzte und Ärztinnen und an der Befragung teil. Es wurde versucht, Personen unterschiedlichen Alters und, wie auch bereits in Kapitel 2.1.2. erwähnt, mit unterschiedlichen Wohnorten, zu befragen.

So ergab sich folgende Struktur:

Interview	Alter	Geschlecht	Wohnort
Interview 1	49	männlich	Baden Stadt
Interview 2	53	männlich	Baden Stadt
Interview 3	47	weiblich	Baden Land
Interview 4	67	männlich	Baden Land

Tabelle 7: Interviewstruktur Ärzte und Ärztinnen

Quelle: erstellt von Anita Turk

Hauptkategorien Ärzte und Ärztinnen
1. Begriffsverständnis
2. Vorstellung
3. Erwartungen
4. Wechselbereitschaft
5. Sonstiges

Tabelle 8: Hauptkategorien Ärzte und Ärztinnen

Quelle: erstellt von Anita Turk

Die Unterkategorien wurden nach der Analyse des Materials, also nach der Durchführung der Interviews, gebildet.

Es nahmen insgesamt vier Ärzte und Ärztinnen an der Befragung teil.

Begriffsverständnis

Die Hauptkategorie 1, „Begriffsverständnis“, soll beantworten ob die Ärzte und Ärztinnen allgemein bereits von der Begrifflichkeit „Primärversorgungseinheit“ beziehungsweise „Primärversorgungszentrum“ gehört haben.

Hauptkategorie 1 Begriffsverständnis		
Definition d. Kategorie	Kodierregel	Ankerbeispiel
Antwort auf Frage 1 des Leitfadeninterviews: „Kennen Sie den Begriff Primärversorgungszentrum bzw. Primärversorgungseinheit?“	Aussagen, welche die Antwort nach dem Kennen der Begrifflichkeiten „Primärversorgungszentrum“ und „Primärversorgungseinheit“, beantworten.	Interview 3: Ja natürlich.

Tabelle 9: Hauptkategorie 1: Begriffsverständnis

Quelle: erstellt von Anita Turk

Die Auswertung der vier Interviews ergab, dass alle vier befragten Ärzte und Ärztinnen den Begriff von „Primärversorgungseinheiten“ beziehungsweise „Primärversorgungszentrum“ kennen.

Vorstellung

Die Hauptkategorie 2, „Vorstellung“, soll die Frage beantworten, welche Vorstellungen die befragten Ärzte und Ärztinnen zu den Begrifflichkeiten „Primärversorgungseinheit“ und „Primärversorgungszentrum“ haben.

Hauptkategorie 2		
Vorstellung		
Definition d. Kategorie	Kodierregel	Ankerbeispiel
Antwort auf Frage 2 des Leitfadeninterviews: „Was stellen Sie sich unter dem Begriff Primärversorgungszentrum bzw. Primärversorgungseinheit vor?“	Aussagen, welche die Frage nach der Vorstellung der befragten Ärzte und Ärztinnen, zu den Begrifflichkeiten „Primärversorgungszentrum“ und „Primärversorgungseinheit“, beantwortet.	Interview 1: Eine medizinische Einrichtung in der die Basisversorgung der Patienten stattfinden soll.

Tabelle 10: Hauptkategorie 2: Vorstellung

Quelle: erstellt von Anita Turk

Die Frage nach der Vorstellung von „Primärversorgungseinheiten“ beziehungsweise „Primärversorgungszentren“ wurde von allen vier befragten Personen in relativ der selbigen Form beantwortet. Die befragten Ärzte und Ärztinnen haben insgesamt gesehen eine ziemlich genaue Vorstellung, was eine Primärversorgungseinheit ist, welche Leistungen angeboten werden und was der Sinn von Primärversorgungseinheiten ist.

Erwartungen

Nach einer standardisierten Erläuterung von Primärversorgungseinheiten meinerseits, soll die Hauptkategorie 3, „Erwartungen“, beantworten, welche Erwartungen die befragten Ärzte und Ärztinnen an Primärversorgungseinheiten haben und worin sie mögliche Vorteile und Nachteile, ihre Leistungen in einer Primärversorgungseinheit anzubieten, sehen.

Im Folgenden wurden zur besseren Aufteilung der Antworten, induktiv, also nach der Befragung, die zwei Unterkategorien „Vorteile“ und „Nachteile“ gebildet.

Hauptkategorie 3			
Erwartungen			
Unterkategorie „Vorteil“	Definition d. Kategorie	Kodierregel	Ankerbeispiel
Vorteile, die sich die befragten Ärzte und Ärztinnen erwarten, wenn Sie ihre Leistungen im Rahmen einer Primärversorgungseinheit anbieten.	Die befragten Ärzte und Ärztinnen sehen im Zuge des Anbietens Ihrer Leistungen in einem Primärversorgungszentrum Vorteile.	Aussagen, welche die Frage nach den Erwartungen an das Anbieten der Leistungen in einem Primärversorgungszentrum mit Vorteilen beantworten.	Interview 2: Na du hast einmal eine geregelte Arbeitszeit, das sind die Vorteile, du kannst mit mehreren Gesundheitsberufen gleich zusammenarbeiten und hast für die Patienten dadurch auch einen Vorteil weil du sie gleich weiterüberweisen kannst.
Unterkategorie „Nachteil“	Definition d. Kategorie	Kodierregel	Ankerbeispiel
Nachteile, die sich die befragten Ärzte und Ärztinnen erwarten, wenn Sie ihre Leistungen im Rahmen einer Primärversorgungseinheit anbieten.	Die befragten Ärzte und Ärztinnen sehen im Zuge des Anbietens Ihrer Leistungen in einem Primärversorgungszentrum Nachteile.	Aussagen, welche die Frage nach den Erwartungen an das Anbieten der Leistungen in einem Primärversorgungszentrum mit Nachteilen beantworten.	Interview 2: Nachteil ist halt, du hast sicher als Arzt der dort arbeitet nicht so einen engen Kontakt wie wenn du ein Hausarzt wärst und dort den Patienten betreuen würdest weil du ja nicht regelmäßig dann dort bist und auch immer wieder ein höheres Patientengut auch hast nehme ich einmal an, also eine höhere Fluktuation.

Tabelle 11: Hauptkategorie 3: Erwartungen

Quelle: erstellt von Anita Turk

Bei der Beantwortung der Hauptkategorie „Erwartungen“ wurden von einer Ärztin aus Baden Umgebung und von einem Arzt aus Baden Stadt lediglich Vorteile als Erwartungen an eine Primärversorgungseinheit genannt.

Ein Arzt aus Baden Stadt beschrieb seine Erwartungshaltung an eine Primärversorgungseinheit sowohl mit Vorteilen als auch mit Nachteilen, wobei beim Befragten die Vorteile klar überwogen.

Ein Arzt aus Baden Umgebung antwortete ausschließlich mit Nachteilen auf die Frage hinsichtlich seiner Erwartungen an eine Primärversorgungseinheit.

Unterkategorie Vorteil

Als Vorteil wurde von drei der vier Befragten die Planbarkeit der Dienstzeiten und die geregelte Arbeitszeit genannt.

Zwei der vier befragten Ärzte und Ärztinnen sehen auch den Vorteil, dass in einem Primärversorgungszentrum ein größeres Leistungsspektrum angeboten werden kann als beim Hausarzt beziehungsweise bei der Hausärztin. Als Beispiel wurde hier von einer Person Untersuchungen wie ein MRI genannt.

Ebenso erwähnten zwei der vier Befragten, dass es einfacher wäre, Überweisungen an andere Gesundheitsberufe vorzunehmen. Eine Person erwähnte hier die besseren Connections zu Fachärzten, welche in einer Primärversorgungseinheit bestehen.

Eine befragte Person aus Baden Stadt beschrieb als Vorteil, dass die Patienten zuerst in die Primärversorgungseinheit gehen werden und erst wenn die Primärversorgungszentren an ihre Grenzen stoßen, die Patienten weiter ins Krankenhaus verwiesen werden, wodurch es zu einer Entlastung der Spitalsambulanzen kommt.

Als weiterer Vorteil nannte eine Person, dass man nicht mehr rund um die Uhr für die Patienten und Patientinnen zuständig ist, im Vergleich zum konventionellen Hausarzt.

Unterkategorie Nachteil

Als Nachteil wurde von einer befragten Person angegeben, dass, im Gegensatz zur Tätigkeit als Hausarzt, der Kontakt nicht so eng zu den Patienten und Patientinnen ist.

Eine befragte Person nannte ausschließlich Nachteile als Erwartungen an eine Primärversorgungseinheit, da die Umsetzung am Ärztemangel und an der fehlenden Qualität in der Ausbildung scheitert.

Wechselbereitschaft

In Hauptkategorie 4, der „Wechselbereitschaft“ wurden die Ärzte und Ärztinnen befragt, ob Sie sich vorstellen können, ihre Leistungen zukünftig in einer Primärversorgungseinheit anzubieten und welche Gründe dafürsprechen würden und welche Gründe dagegensprechen würden.

Hauptkategorie 4 Wechselbereitschaft		
Definition d. Kategorie	Kodierregel	Ankerbeispiel
Antwort auf Frage 4 des Leitfadeninterviews: „Können Sie sich vorstellen in einem Primärversorgungszentrum ihre Leistungen anzubieten? Wenn ja, warum? Wenn nein, warum?“	Aussagen, welche die Frage beantworten, ob die befragten Ärzte und Ärztinnen sich vorstellen könnten, ihre Leistungen im Rahmen einer Primärversorgungseinheit anzubieten und welche Gründe dafür und welche Gründe dagegensprechen würden.	Interview 3: Als praktische Ärztin würde ich persönlich es nicht machen, weil ich hätte schon fast, aber ich möchte eben keine Kassenpraxenärztin sein.

Tabelle 12: Hauptkategorie 4: Wechselbereitschaft

Quelle: erstellt von Anita Turk

Die Frage, ob sich die befragten Ärzte und Ärztinnen vorstellen können, selbst in einem Primärversorgungszentrum beziehungsweise im Rahmen einer Primärversorgungseinheit ihre Leistungen anzubieten, wurde von 2 befragten Personen eher mit „Ja“ beantwortet und von zwei befragten Personen mit „Nein“.

Als Gründe für ein Arbeitsverhältnis in einer Primärversorgungseinheit wurden die bereits zuvor erwähnten geregelten Arbeitszeiten und Urlaubszeiten sowie eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen allgemein genannt.

Auch die Unterstützung durch andere Kollegen wurde von einer befragten Person als Grund genannt.

Eine Person erwähnte auch, dass insbesondere für Neueinsteiger und Frauen, welche zunehmend in die Medizin drängen, die Vereinbarkeit von Beruf und Familie wichtig wären und durch das Konzept von Primärversorgungseinheiten die Möglichkeiten einer passenden Gestaltung eben dessen, geschaffen werden würden.

Gründe, welche gegen eine Beschäftigung in einem Primärversorgungszentrum beziehungsweise einer Primärversorgungseinheit genannt wurden, waren zum einen Altersgründe und zum anderen, dass man sich nicht den Vorgaben und Einschränkungen eines Kassenvertrages unterwerfen möchte.

Sonstiges

In Hauptkategorie 5, „Sonstiges“ wurden die Ärzte und Ärztinnen anschließend an die 4 Hauptfragen des Interviews gefragt, ob es noch etwas gäbe, dass sie gerne zum Thema der Primärversorgungseinheiten und Primärversorgungszentren mitteilen wollen.

Hauptkategorie 5		
Sonstiges		
Definition d. Kategorie	Kodierregel	Ankerbeispiel
Antwort auf Frage 5 des Leitfadeninterviews: Gibt es noch irgendetwas, was Sie mir zu diesem Thema mitteilen wollen?	Aussagen, welche die befragten Ärzte und Ärztinnen am Ende des Interviews erwähnten und die unter „sonstiges“ einzuordnen sind.	Interview 1: Anmerken möchte ich, dass vielleicht diese Struktur nicht überall geeignet ist. Ich glaub, dass das in Ballungsräumen leichter ist umzusetzen. Dass im ländlichen Bereich es vielleicht schwieriger ist, wenn man quasi mehrere Hausarztordinationen zusammenzieht auf ein Primärversorgungszentrum, weil in der flächendeckenden Struktur wie es momentan die Hausärzte sind quasi in jeden Ort ist einer mit einem Primärversorgungszentren nicht klappen.

Tabelle 13: Hauptkategorie 5: Sonstiges

Quelle: erstellt von Anita Turk

Drei der befragten Personen meinten, dass das Konzept der Primärversorgungszentren eine sinnvolle Sache ist und auch der Bedarf danach vorhanden ist.

Zwei Personen gaben jedoch zu bedenken, dass das Konzept eher in Städten beziehungsweise in Ballungsräumen Sinn macht und am Lande eher schwierig zu

verwirklichen sein wird, weil dort nicht die Möglichkeit einer flächendeckenden Umsetzung besteht.

Es kann nicht, so wie vergleichsweise eine Hausarztpraxis, in jedem kleinen Dorf ein Primärversorgungszentrum entstehen. Es gibt jedoch natürlich die Möglichkeit, die Hausarztpraxen nicht an einem Ort zusammenzuziehen, sondern diese als Einheit über mehrere Standorte miteinander zu vernetzen.

Eine befragte Person gab an, dass zwar das Wort „Primärversorgungseinheit“ gut klingt, jedoch qualitativ nicht gut umsetzbar beziehungsweise durchführbar ist.

Die befragte Person erwähnte nach Aufnahme des Interviews, dass aufgrund der teilweise schlechten Ausbildung der Ärzte und Ärztinnen, eine Primärversorgungseinheit nicht anderes wäre, als ein „Auffangbecken“ für Mediziner und Medizinerinnen, die keinen anderen Arbeitsplatz finden können.

4 Diskussion und Beantwortung der Forschungsfragen

Forschungsfrage 1

Sind die Ergebnisse aus dem Evaluationsbericht des PHC Medizin Mariahilf auch auf das Land Niederösterreich übertragbar beziehungsweise vergleichbar?

Patienten und Patientinnen

Im Evaluationsbericht des PHC Medizin Mariahilf (Gesundheit Österreich, 2017) wird von einer sehr hohen Zufriedenheitsrate der befragten Patienten und Patientinnen berichtet.

96,1 Prozent der befragten Personen gaben an, weiterhin in Behandlung im PHC Medizin Mariahilf bleiben zu wollen und 97,7 Prozent der befragten Personen gaben an, dass Sie das PHC Medizin Mariahilf an Freunde und Verwandte weiterempfehlen würden.

Als Gründe für die sehr positive Bewertung, beziehungsweise als Gründe für einen Wechsel in das PHC Medizin Mariahilf, wurden von den befragten Patienten und Patientinnen, die ausgedehnten Öffnungszeiten, die kurzen Wartezeiten und das zusätzliche Leistungsangebot genannt.

Die befragten Patienten und Patientinnen in Niederösterreich sehen, wie in der Auswertung der Hauptkategorie „Erwartungen“, Tabelle 5 beschrieben, im Großen und Ganzen dieselben Gründe als Vorteile von Primärversorgungseinheiten.

In meiner Bachelorarbeit 1 wurden mittels Literaturrecherche bereits Vorteile ausgearbeitet, welche eine Primärversorgungseinheit beziehungsweise ein Primärversorgungszentrum für deren Patienten und Patientinnen anbieten. Bereits in Bachelorarbeit 1 wurden die Vorteile der kürzeren Wartezeiten und längeren Öffnungszeiten, sowie ein größeres Leistungsangebot beschrieben, so wie diese nun auch durch den Evaluationsbericht und die Interviews bestätigt wurden.

Als Nachteil und Grund, welcher gegen einen Wechsel in eine Primärversorgungseinheit spricht, wurde von drei der vier befragten niederösterreichischen Patienten und Patientinnen

die Befürchtung, den Vertrauensarzt beziehungsweise die Vertrauensärztin zu verlieren und die Behandlung durch ständig wechselnde Ärzte, genannt.

Auch für etwa die Hälfte bis hin zu zwei Drittel der Patienten und Patientinnen in Wien war die Kontinuität durch denselben Arzt beziehungsweise dieselbe Ärztin, ein großes Anliegen.

Bei der Erhebung des PHC Medizin Mariahilf, gaben 89,3 Prozent der befragten Patienten und Patientinnen an, dass die Behandlung durch denselben Arzt beziehungsweise durch dieselbe Ärztin immer oder meistens möglich war.

Es lässt sich zusammenfassend sagen, dass die Patienten und Patientinnen in Wien im Großen und Ganzen eine sehr ähnliche Erwartungshaltung und Empfinden von Vorteilen und Nachteilen haben, wie die befragten Patienten und Patientinnen in Niederösterreich.

Allerdings ist hier anzumerken, dass der Evaluationsbericht des PHC Medizin Mariahilf zu zwei Erhebungszeiträumen mit insgesamt 413 Fragebögen durchgeführt wurde und in dieser Arbeit lediglich vier Interviews als Referenzwerte für die Patienten und Patientinnen in Niederösterreich vorliegen. Außerdem fehlt es natürlich noch an Erfahrungswerten der Patienten und Patientinnen, da diese ja noch nicht wissen können, ob sie beispielsweise immer den gleichen Arzt beziehungsweise die gleiche Ärztin haben oder nicht.

Ärzte und Ärztinnen

Auf der Ebene der Ärzte und Ärztinnen wurde im Evaluationsbericht des PHC Medizin Mariahilf erhoben, dass die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sehr zufrieden mit den Arbeitsbedingungen sind. Sowohl mit den Arbeitszeiten, welche im Rahmen des Primärversorgungszentrums planbar und flexibel gestaltbar sind, als auch mit den Arbeitsabläufen, was die Aufteilung von Arbeiten und Verantwortungen sowie die Kommunikation im Team betrifft.

Auch die Vereinbarkeit von Beruf und Familie lässt sich in einer Primärversorgungseinheit einfacher umsetzen, als dies in einer Einzelordination möglich ist.

Bei der Auswertung der Interviews der Ärzte und Ärztinnen in Niederösterreich, gaben ebenso drei der vier befragten Personen an, dass sie die Arbeitsbedingungen als großen Vorteil in einer Primärversorgungseinheit sehen.

2 der befragten Personen gaben dies sogar als Grund dafür an, sich vorstellen zu können im Rahmen einer Primärversorgungseinheit tätig zu sein.

Somit lässt sich zusammenfassend sagen, dass die Ärzte und Ärztinnen in Wien sowie Ärzte und Ärztinnen in Niederösterreich im Großen und Ganzen dieselben Bedürfnisse haben was die Arbeitsbedingungen betrifft.

Die planbare und flexible Gestaltung der Arbeitszeiten sowie eine gute Kommunikation im Team empfinden sowohl die Ärzte und Ärztinnen aus dem PHC Medizin Mariahilf, als auch die im Rahmen dieser Arbeit befragten Ärzte und Ärztinnen, als wichtig.

In meiner Bachelorarbeit 1 wurden mittels Literaturrecherche bereits ähnliche Vorteile für Ärzte und Ärztinnen, welche in einer Primärversorgungseinheit beziehungsweise in einem Primärversorgungszentrum arbeiten, ausgearbeitet. Eine bessere Work-Life-Balance sowie die Möglichkeit eines ärztlichen Konsiliums wurden bereits in Bachelorarbeit 1 genannt und beschrieben.

Weitere Vorteile, auf die ich in Bachelorarbeit 1 eingegangen bin, welche jedoch durch das vorliegende Material nicht bestätigt wurden, sind die Vorteile der praxisbezogeneren Ausbildung sowie die Möglichkeiten zur laufenden Fort- und Weiterbildung der Ärzte und Ärztinnen.

Hierzu ist jedoch zu sagen, dass es für die Beurteilung dieser beiden beschriebenen Vorteile noch an Erfahrungswerten fehlt und auch nicht konkret danach gefragt wurde.

Da die Erwartungshaltungen der Patienten und Patientinnen und der Ärzte und Ärztinnen aus Wien den Erwartungshaltungen der befragten Patienten und Patientinnen und Ärzten und Ärztinnen aus Niederösterreich ähnlich sind, kann hier die Hypothese H0 beibehalten werden. Die Ergebnisse aus dem Evaluationsbericht des PHC Mariahilf sind auch auf das Land Niederösterreich übertragbar beziehungsweise vergleichbar.

Forschungsfrage 2

Muss sich eine Primärversorgungseinheit in Niederösterreich anderen Herausforderungen stellen als ein Primärversorgungszentrum in Wien?

Um am Land eine wohnortnahe Versorgung zu gewährleisten, ist zu berücksichtigen, dass hier zumeist weitere Wege zwischen den Gemeinden liegen und weit weniger öffentliche Verkehrsanbindungen existieren. So ist es auf dem Land nicht so einfach mehrere Hausarztpraxen zu einem Zentrum zusammenzuführen.

Zwei Ärzte wiesen beim Interview in der Hauptkategorie „Sonstiges“ auch auf diese Tatsache hin, dass am Land andere Anforderungen herrschen als in einem Ballungszentrum beziehungsweise in einer Großstadt, wie zum Beispiel Wien.

Ein befragter Arzt schlug als Lösung vor, dass für eine zufriedenstellende Primärversorgungsstruktur am Land eher die Vernetzung von mehreren Hausärzten beziehungsweise Hausärztinnen sinnvoll wäre, sodass dabei die jeweiligen Praxen zwar

gemeinsam als Einheit auftreten und auch organisiert sind, jedoch in den einzelnen Gemeinden bestehen bleiben und nicht auf einen Ort zusammengezogen und konzentriert werden sollten. Eine moderne und anforderungsgerechte medizinische Versorgung soll den Patienten und Patientinnen schließlich eine wohnortnahe und gut erreichbare Versorgungsstruktur anbieten, was in Wien durch öffentliche Verkehrsmittel und kurze Wege auf andere Voraussetzungen trifft als in Niederösterreich, wo der öffentliche Verkehr bei weitem nicht so gut ausgebaut ist und doch größere Distanzen zwischen den einzelnen Gemeinden liegen.

Unter Berücksichtigung dieser Überlegungen kommt hier die Hypothese H1 zur Anwendung. Eine Primärversorgungseinheit in Niederösterreich muss sich anderen Herausforderungen stellen als eine Primärversorgungseinheit in Wien.

Forschungsfrage 3

Haben Personen im urbanen Bereich von Niederösterreich andere Erwartungen/Hoffnungen/Ängste als Personen im ländlichen Bereich von Niederösterreich?

Anhand der ausgewerteten Interviews, lassen sich im Grunde keine Unterschiede zwischen den befragten Patienten und Patientinnen, hinsichtlich ihres Wohnortes, erkennen.

Bei den befragten Ärzten und Ärztinnen ergibt sich, anhand der geführten Interviews, im Großen und Ganzen ebenfalls kein Unterschied zwischen Ärzten und Ärztinnen, die direkt in der Stadt Baden tätig sind, und Ärzten und Ärztinnen, welche im Umland von Baden tätig sind.

Nach der Durchführung der Interviews ist jedoch anzumerken, dass der örtliche Umfang der Erhebung zu begrenzt ausgewählt wurde und dadurch ein wirklicher Unterschied von Personen aus Baden Stadt und Baden Land nicht bemerkbar ist.

Auch sind die acht geführten Interviews eine zu geringe Referenzmenge, als dass sich hier tatsächliche Unterschiede niederschlagen können.

Ausgehend vom vorliegenden Material findet hier die Hypothese H0 Anwendung.

Personen (sowohl Ärzte und Ärztinnen als auch Patienten und Patientinnen) im urbanen Bereich von Niederösterreich haben dieselben Erwartungen/Hoffnungen/Ängste wie Personen (sowohl Ärzte und Ärztinnen als auch Patienten und Patientinnen) im ländlichen Bereich von Niederösterreich.

5 Conclusio und Ausblick

Ziel der Arbeit war zum einen, einen Vergleich der Anforderungen an Primärversorgungszentren beziehungsweise von Primärversorgungseinheiten zwischen Wien und Niederösterreich zu ziehen und zum anderen die Frage zu beantworten, ob Personen im urbanen badener Raum andere Erwartungen haben als Personen im ländlichen badener Raum.

Anhand des im Mai 2017 veröffentlichten Evaluationsberichtes des PHC Medizin Mariahilf und der Befragung von Ärzten, Ärztinnen, Patienten und Patientinnen aus Niederösterreich sollten Unterschiede sowohl auf Arzzebene als auch auf Patientenebene untersucht und erhoben werden.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Erwartungen sowohl auf Arzzebene als auch auf Patientenebene in Wien und Niederösterreich vergleichbar sind.

Die Anforderungen an eine niederschwellige Primärversorgung und an Primärversorgungseinheiten sind jedoch in Niederösterreich anders als in Wien. Aufgrund der örtlichen Gegebenheiten, der Infrastruktur und der öffentlichen Verkehrsanbindungen müssen Primärversorgungseinheiten in Niederösterreich anderen Anforderungen gerecht werden als Primärversorgungseinheiten in Wien.

Ein Vergleich der Befragten aus Baden Stadt und der Befragten aus Baden Land ergab keine verwertbaren Ergebnisse, da hier der Untersuchungsraum zu eng gewählt wurde.

Bei einer Nachfolgeuntersuchung wäre es ratsam, den Untersuchungsraum größer anzulegen, zum Beispiel Mödling im Industrieviertel und das Waldviertel.

Anzumerken ist, dass die vorliegende Arbeit lediglich eine erste qualitative Stichprobe repräsentiert und es sich empfiehlt, die Fakten noch quantitativ beziehungsweise mit einer breiteren Stichprobe qualitativ zu testen.

Eine Tatsache, welche sowohl im Evaluationsbericht des PHC Medizin Mariahilf, als auch bei der Befragung der niederösterreichischen Patienten und Patientinnen hervorgeht, ist der niedrige Bekanntheitsgrad von Primärversorgungszentren beziehungsweise von Primärversorgungseinheiten bei den Patienten und Patientinnen.

Als Maßnahme ist es daher empfehlenswert, die Öffentlichkeit mehr in die Entstehung der neuen Primärversorgungsstruktur einzubinden und zu informieren, was zum Beispiel durch mediale Präsenz und Berichterstattungen erfolgen sollte.

Der zukünftige Erfolg dieser Systemumstellung im Gesundheitswesen hängt in hohem Maße von der Akzeptanz durch die Bevölkerung ab, was nur durch oben genannte Verbesserung des Wissenstandes in breiten Bevölkerungsschichten zu erzielen ist.

6 Literaturverzeichnis

Bacher & Horwath. (2011). *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. Johannes Kepler Universität Linz. 43. Online:

https://www.jku.at/soz/content/e94921/e95830/e202629/e202930/SkriptTeil1ws11_12_ger.pdf

Abruf am 28.3.2018

Bundeszielsteuerungsvertrag (2013). *Bundeszielsteuerungsvertrag – Vertrag Gesundheit*. Online:

https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/6/0/5/CH1443/CMS1371563907633/b-zv_urschrift.pdf

Abruf am 8.2.2018

Bundeszielsteuerungsvertrag (2017). *Zielsteuerungsvertrag 2017 bis 2021*. Online:

https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/2/8/6/CH1443/CMS1501063225561/zielsteuerungsvertrag_2017-2021,_urschrift.pdf

Abruf am 8.2.2018

Ferdinand Porsche FernFH (2017). *Transkription von Interviews*. Online:

[file:///C:/Users/Anita/Downloads/Transkriptionsregeln_ASBA_20171011%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Anita/Downloads/Transkriptionsregeln_ASBA_20171011%20(1).pdf)

Abruf am 2.4.2018

Gesundheit Österreich (2017). *Evaluation des Projekts PHC – Primärversorgungszentrum Medizin Mariahilf*. Online:

<https://www.wien.gv.at/gesundheit/einrichtungen/gesundheitsfonds/pdf/evaluierung-phc-mariahilf.pdf>

Abruf am 15.2.2018

Mayring P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 11., aktualisierte und überarbeitete Auflage*

Weinheim und Basel: Beltz Verlag

Rehberger C. (2018). *MEDIZINISCHE ZENTREN: ANREIZE FÜR LANDÄRZTE*. Online:
https://www.bote-aus-der-buckligen-welt.at/2018/02/anreize_fuer_landaerzte/
Abruf am 24.4.2018

Salzburger Gebietskrankenkasse (2018). *Studie: Traumjob Landarzt*. Online:
<https://www.sgkk.at/cdscontent/load?contentid=10008.579764&version=1391204978>
Abruf am 21.4.2018

Schwarz A. (2009). *Qualitative Datenerhebung mittels offener Interviews*. Europa Universität
Viadrina. Online:
https://www.kuwi.europa-uni.de/de/lehrstuhl/vs/polsoz/Lehre-Archiv/lehre-ws08/methoden-empirie/Ablaufplan/Vorlesung_080109.pdf
Abruf am 28.3.2018

7 Onlinequellen

<https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsystem/gesundheitswesen/inhalt>

Abruf am 24.2.2018

<https://primaerversorgung.org/standort/medizin-mariahilf/>

Abruf am 04.03.2018

<https://philipp.mayring.at/>

Abruf am 5.4.2018

8 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Interviewstruktur

9 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Interviewstruktur Patienten und Patientinnen

Tabelle 2: Hauptkategorien Patienten und Patientinnen

Tabelle 3: Hauptkategorie 1: Begriffsverständnis

Tabelle 4: Hauptkategorie 2: Vorstellung

Tabelle 5: Hauptkategorie 3: Erwartungen

Tabelle 6: Hauptkategorie 4: Wechselbereitschaft

Tabelle 7: Interviewstruktur Ärzte und Ärztinnen

Tabelle 8: Hauptkategorien Ärzte und Ärztinnen

Tabelle 9: Hauptkategorie 1: Begriffsverständnis

Tabelle 10: Hauptkategorie 2: Vorstellung

Tabelle 11: Hauptkategorie 3: Erwartungen

Tabelle 12: Hauptkategorie 4: Wechselbereitschaft

Tabelle 13: Hauptkategorie 5: Sonstiges