

**Mag. Sabine Weißengruber-Auer**

*Projektleiterin, Ärztliches Qualitätszentrum*

**Mag. Katharina Wieser**

*Wissenschaftliche Mitarbeiterin,*

*Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung LIG*

# Befragung und Fokusgruppe

## „Attraktive Sonderklasse“: Auf den Milchschaum nicht vergessen!

*Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Text immer nur die männliche Form verwendet, auch wenn beide Geschlechter gemeint sind.*

<b>1. Befragung</b>	<b>55</b>
1.1. Methodik	55
1.2. Interessante Leistungen in der Sonderklasse	55
1.3. Marketing	58
1.4. Politik	60
1.5. Sonstige Wortmeldungen	61
<b>2. Fokusgruppe</b>	<b>63</b>
2.1. Das Cappuccino-Prinzip	64
2.2. Was macht ein gutes Krankenhaus aus?	65
2.3. SWOT-Analyse	66
2.4. Wohin geht die Reise? – Vision „2030“	75



# 1. Befragung

## 1.1. Methodik

Im Zeitraum April bis Mai 2018 wurde unter den oberösterreichischen Primärärzten, die eine leitende Funktion in den öffentlichen Spitälern ausübten, eine Umfrage zum Thema „Attraktive Sonderklasse“ durchgeführt. Die Befragung wurde vom Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung in Zusammenarbeit mit dem Ärztlichen Qualitätszentrum durchgeführt. Für die technische Umsetzung kam das Online-Befragungstool questback zum Einsatz. Die befragten Ärzte bekamen einen Einladungsbrief per E-Mail zugesandt und konnten mit Hilfe eines Direktlinks zum Online-Fragebogen gelangen. Die Befragung wurde anonym durchgeführt. Die Grundgesamtheit, an die der Fragebogen ausgesendet wurde, betrug  $N = 220$  Primärärztinnen und Primärärzte. Insgesamt nahmen 80 Personen (36,4 Prozent) an der Erhebung teil.

Die antwortenden Personen waren zu 91,3 Prozent männlich und zu 8,8 Prozent weiblich, was der Verteilung in der Grundgesamtheit sehr gut entspricht ( $m = 92,3\%$ ;  $w = 7,7\%$ ). Unter den befragten Ärzten übten 38 Prozent ein konservatives Fach, 36 Prozent ein operatives Fach und 26 Prozent ein diagnostisches Fach aus. 47 Prozent der Mediziner waren in einem Krankenhaus der gespag tätig, 38 Prozent arbeiteten in einem Ordensspital, 14 Prozent am Kepler Universitätsklinikum und 1 Prozent gab einen anderen Träger als Arbeitgeber an. Über die Hälfte (53 Prozent) der Befragten waren in einem Schwerpunktkrankenhaus, 28 Prozent in einem Standardkrankenhaus, 18 Prozent in einem Zentralkrankenhaus und 1 Prozent in einem Sonderkrankenhaus angestellt.

## 1.2. Interessante Leistungen in der Sonderklasse

Eingangs wurde den Primärärzten eine Liste mit möglichen bzw. bereits vorhandenen nicht medizinischen Leistungen in der Sonderklasse vorgelegt, die sie jeweils in ihrer Wichtigkeit für Sonderklassepatienten auf einer 7-teiligen Skala von „1 – sehr interessant“ bis „7 – völlig uninteressant“ beurteilen sollten. Als wichtigsten Aspekt schätzten die Ärzte hier das klassische Einzel- bzw. Doppelzimmer ein ( $\bar{O} 1,2$ ). Gleich dahinter folgte die Zeit für Gespräche mit dem behandelnden Arzt ( $\bar{O} 1,3$ ). Aber auch eine raschere Terminvergabe ( $\bar{O} 1,4$ ) und die freie Arztwahl

(Ø 1,5) hielten die Mediziner für wichtige Faktoren in der Sonderklasse. Mit einer durchschnittlichen Bewertung von 1,6 folgten flexible Besuchszeiten und die Vermeidung von Wartezeiten vor Untersuchungen (z.B. mit Bett am Gang). Der Aspekt der kurzen Wartezeiten vor Untersuchungen wurde in kleineren Spitälern jedoch als wichtiger angesehen als in den größeren Häusern (Standardkrankenhaus Ø 1,5; Schwerpunktkrankenhaus Ø 1,5; Zentralkrankenhaus Ø 2,2).

Fernsehen bzw. Internet im Zimmer, eine besondere Wahrung der Privat- und Intimsphäre, eine ansprechende Raumgestaltung und die freie Terminwahl wurden mit durchschnittlich 1,7 bewertet. Einen Wert von 1,8 auf der 7-teiligen Skala bekamen die bevorzugte Behandlung in der Ambulanz (in Bezug auf z.B. Wartezeiten), der Terminservice (eigener Plan, wann welche Behandlung, Untersuchung,... stattfindet), die besonders erfahrene und zugewandte Pflege (Bezugspflegesystem), das erweiterte Menü und das effiziente Nahtstellenmanagement (z.B. Reha, Pflege, Vor- und Nachsorge). Einen durchschnittlichen Wert von 1,9 erhielt der Punkt „Ärzte mit internationalem Ruf und langjähriger Erfahrung“, wobei es auch hier einen leichten Unterschied in Bezug auf den Versorgungsgrad des Spitals gab: Tendenziell schätzten Ärzte in Krankenhäusern mit größerem Versorgungsgrad diesen Punkt als etwas wichtiger ein (Standardkrankenhaus Ø 2,4; Schwerpunktkrankenhaus Ø 1,9; Zentralkrankenhaus Ø 1,1). Die Möglichkeit zur Begleitung Minderjähriger wurde ebenfalls mit durchschnittlich 1,9 bewertet.

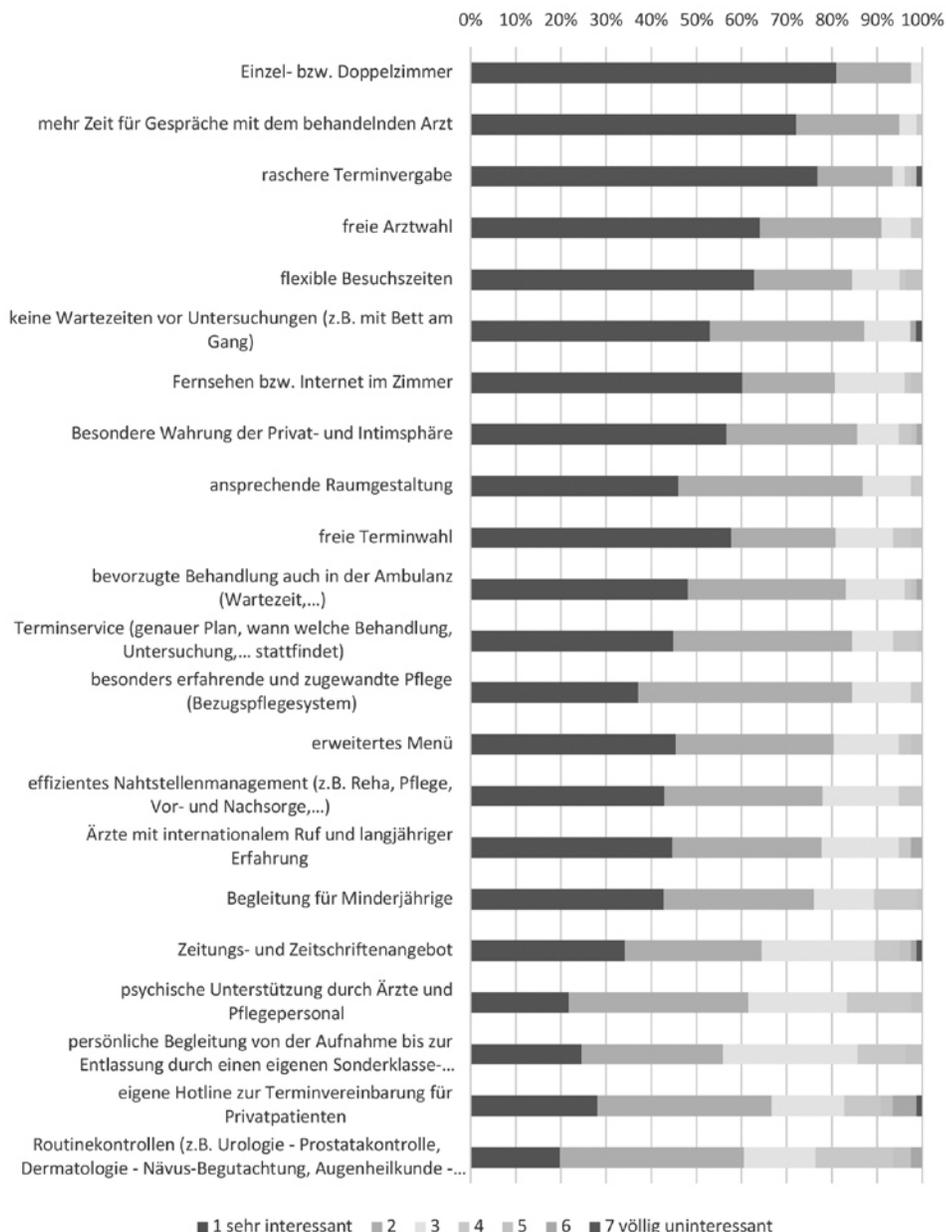
Dann folgt ein kleiner Abstand auf der Bewertungsskala und die nächste Serviceleistung erhielt den Durchschnittswert von 2,2 (Zeitungs- und Zeitschriftenangebot). Mit 2,4 wurden die psychische Unterstützung durch Ärzte und Pflegepersonal, die persönliche Begleitung von der Aufnahme bis zur Entlassung durch einen eigenen Sonderklasse-Ansprechpartner und die eigene Hotline zur Terminvereinbarung für Privatpatienten bewertet. Am wenigsten interessant beurteilten die Primärärzte die Durchführung von Routinekontrollen (z.B. Urologie – Prostatakontrolle, Dermatologie – Nävus-Begutachtung, Augenheilkunde – Sehbehelfe) mit einem Durchschnittswert von 2,5.

Beachtet man, dass alle diese Aspekte mit Werten zwischen 1,2 und 2,5 beurteilt wurden, so kann man allenfalls kleine Unterschiede feststellen. Diese Serviceleistungen scheinen nach Ansicht der Ärzte für Sonderklassepatienten alle wichtig zu sein.

Einen interessanten Unterschied gibt es hingegen zwischen der Einschätzung der Mediziner aus dieser Befragung und der Einschätzung der Bevölkerung aus der Befragung durch das market Institut, die ebenfalls in diesem Heft veröffentlicht ist: Fernsehen bzw. Internet im Zimmer, flexible Besuchszeiten sowie eine ansprechende Raumgestaltung wurden von der Bevölkerung als weniger wichtig

eingeschätzt als von den Ärzten. Diese landeten im Ranking der vorgeschlagenen Serviceleistungen um 8, 11 bzw. 12 Plätze weiter hinten als bei den Primärärzten. Hingegen reihte die Bevölkerung ein effizientes Nahtstellenmanagement, die Begleitung für Minderjährige und Routinekontrollen um 8 bzw. 9 Plätze weiter vorne als die Mediziner.

Welche der folgenden bisherigen bzw. zusätzlich möglichen Serviceleistungen im Spital sind Ihrer Meinung nach für Sonderklassepatientinnen und -patienten interessant



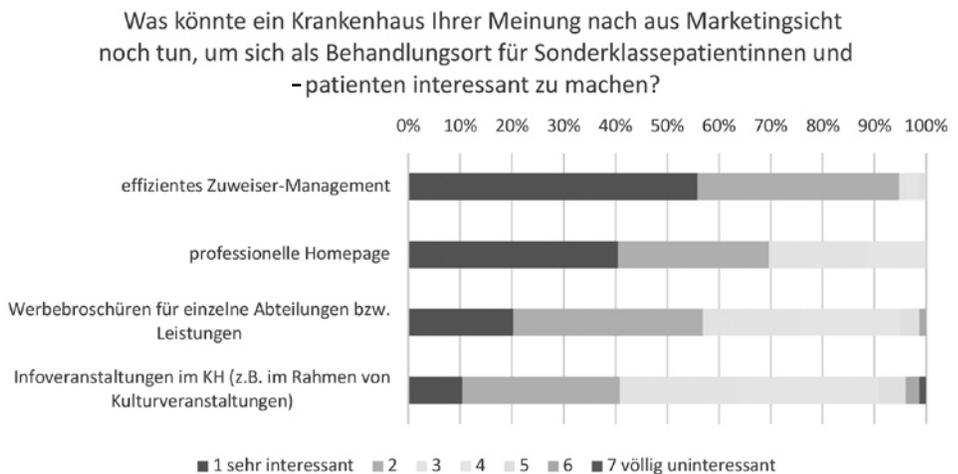
Anschließend an die Bewertung der vorgeschlagenen Serviceleistungen konnten die Primärärzte bis zu drei weitere Vorschläge für interessante Serviceleistungen in der Sonderklasse bringen. Hier wurden ein genereller Ausbau der Hotelkomponente, konkret auch das Angebot von DVDs, ein Frühstücksbuffet und die Anbringung einer Klimatisierung genannt. Hier solle es auch eine bauliche Trennung zwischen allgemeiner Gebührenklasse und Sonderklasse geben. Des Weiteren wurden eine transparente Kostenübernahme durch die Zusatzversicherung, das Anbieten von Ambulanzterminen auch nachmittags und abends, stationäre Gesundheits- bzw. Präventionschecks im Prinzip eines one-stop-shops und ein generell flotter Algorithmus der Behandlung als Serviceleistungen („Aus-einem-Guss-Fahrplan“) vorgeschlagen. Langes Warten auf Befunde aufgrund von bundesland- und landesgrenzenüberschreitender Zusammenarbeit sollte ebenso vermieden werden. Nach dem Spitalsaufenthalt müsse es dann eine perfekte Weiterbetreuung durch den Hausarzt geben, die man durch eine gute Abstimmung erzielen könne. Es wurde auch betont, dass der Sonderklassepatient durch seinen behandelnden Arzt persönlich betreut werden möchte und ihm im Hintergrund agierende Ärzte (Pathologie, Labor, Radiologie) dafür eher weniger wichtig erscheinen würden.

### 1.3. Marketing

Die nächste Frage beschäftigte sich mit Maßnahmen aus dem Bereich des Marketings, die das Krankenhaus für Sonderklassepatienten besser ins Licht des Interesses rücken könnten. Auch hier konnten die Primärärzte vier Aspekte auf der 7-teiligen Skala bewerten und im Anschluss jeweils bis zu drei weitere Marketingmaßnahmen nennen.

Als wichtigste Maßnahme kennzeichneten die Mediziner ein effizientes Zuweiser-Management (Ø 1,5). Gleich dahinter wurde der Betrieb einer professionellen Homepage gereiht (Ø 2,0). Ebenso als wichtige Maßnahmen wurden der Einsatz von Werbebroschüren für einzelne Abteilungen bzw. Leistungen (Ø 2,5) und die Organisation von Informationsveranstaltungen im Krankenhaus, etwa auch im Rahmen von Kulturveranstaltungen (Ø 3,0), gewertet. Zwar wurden auch hier alle vorgeschlagenen Aspekte als wichtig empfunden, um das Krankenhaus für Sonderklassepatienten interessanter zu machen, jedoch liegen die einzelnen Maßnahmen doch in der Bewertung einigermaßen weit auseinander. Auffällige Unterschiede in der Bewertung von Ärzten aus Spitälern mit verschiedenen Versorgungsgraden (Standard-, Schwerpunkt- und Zentralkrankenhaus) gab es bei den Marketingmaßnahmen keine, jedoch fielen Unterschiede zwischen den Trägern auf: In Ordensspitälern scheinen die Primärärzte den Einsatz einer professionellen

Homepage als etwas wichtiger einzustufen ( $\bar{x}$  1,8) als in der gespag ( $\bar{x}$  2,2) oder dem Kepler Universitätsklinikum ( $\bar{x}$  2,3). Ein effizientes Zuweiser-Management wird hingegen von den Medizinern am Kepler Universitätsklinikum als ein wenig bedeutender ( $\bar{x}$  1,2) eingeschätzt als in den Ordenshäusern ( $\bar{x}$  1,6) oder der gespag ( $\bar{x}$  1,7).

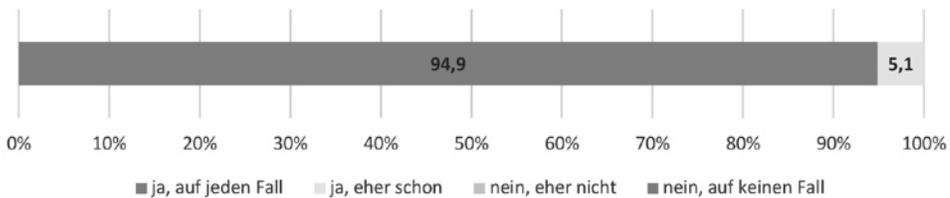


In den freien Wortmeldungen wiesen die Ärzte mehrmals auf den hohen Wert einer guten Mundpropaganda hin. Um diese Form der Werbung nutzen zu können, müsse vor allem die Betreuung des Patienten stimmen – diese spreche dann für sich selbst. Außerdem könnte man Werbebroschüren bei Hausärzten auflegen, und bei Neuerungen zum Beispiel auch Zeitungsartikel schalten. Auch auf die zunehmende Wichtigkeit digitaler Medien wurde noch einmal verwiesen. Insgesamt müsse man mehr darauf achten, dass die Expertisen des Spitals, wie etwa die Anzahl der Operationen pro Jahr und Arzt, Spezialisierungen und das Komplikationsmanagement besser öffentlich kommuniziert werden.

## 1.4. Politik

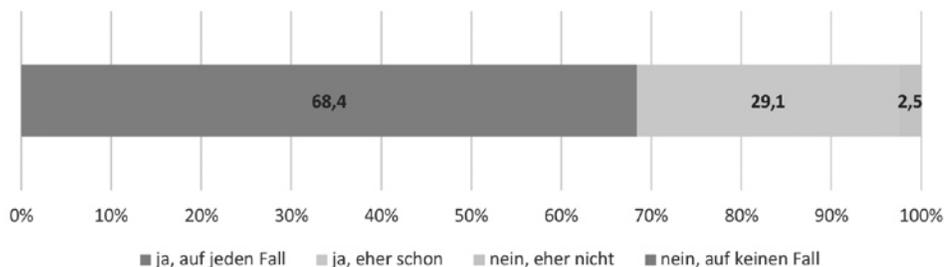
Aus Sicht der Primärärzte ist es sehr wünschenswert, dass Sonderklassepatienten auch weiterhin in die öffentlichen Spitäler integriert werden. Ganze 94,9 Prozent waren „auf jeden Fall“ dafür und weitere 5,1 Prozent „eher schon“. Dagegen sprach sich niemand aus, das Votum fällt in dieser Frage also sehr klar aus.

### Primärärzte: Ist es aus Ihrer Sicht wünschenswert Sonderklassepatienten in die öffentlichen Spitäler zu integrieren?



Auch im nächsten Punkt waren sich die Mediziner weitgehend einig: Über zwei Drittel (68,4 Prozent) meinten, es sei auf jeden Fall notwendig, in den öffentlichen Spitälern bessere Serviceleistungen für Sonderklassepatienten anzubieten, da diese ansonsten in Zukunft in Privatspitäler abwandern würden. Weitere 29,1 Prozent schlossen sich dieser Einschätzung „eher schon“ an. Demgegenüber glaubten an dieses Szenario nur 2,5 Prozent eher nicht und niemand meinte, man brauche „auf keinen Fall“ bessere Serviceleistungen für Sonderklassepatienten.

### Primärärzte: Glauben Sie, dass es notwendig ist in öffentlichen Spitälern bessere Serviceleistungen für Privatpatienten anzubieten, damit diese zukünftig nicht in Privatspitäler abwandern?



## 1.5. Sonstige Wortmeldungen

Zum Schluss der Befragung stand den Primärärzten die Möglichkeit offen, sonstige wichtige Aspekte zum Thema Sonderklasse zur Sprache zu bringen. 17 Mediziner nutzten diese Gelegenheit. Die folgende Zusammenfassung dieser Aussagen stellt keine repräsentative Meinung für alle Primärärzte dar.

Unter anderem wurde darauf hingewiesen, dass die Sonderklassehonorare einen fixen Bestandteil der Gehälter in den öffentlichen Spitälern ausmachen. Wenn die Sonderklassepatienten in die Privatspitäler gelenkt würden, sei es daher nur eine Frage der Zeit, bis die guten Ärzte aus den öffentlichen Spitälern abwandern. Derzeit seien aber die öffentlichen Spitäler auch für Sonderklassepatienten äußerst wichtig, da in Privatspitälern nur ganz bestimmte Erkrankungen behandelt bzw. nur ausgewählte Operationen durchgeführt würden. Außerdem gebe es in öffentlichen Spitälern mehr Kontrolle darüber, ob fachliche Standards auch wirklich eingehalten werden. Zudem würden in öffentlichen Häusern mehr Fächer angeboten und Fachärzte seien dort auch nachts anwesend. Gerade wenn jemand zum Beispiel multimorbid oder polytraumatisiert sei, stelle dies einen großen Vorteil für die Patienten dar.

Allerdings bringe ein stets kleiner werdender Leistungskatalog in Standardkrankenhäusern das System des Zuverdienstes der Ärzteschaft aus Sonderklassegehältern in diesen Häusern immer mehr zu Fall. Die daraus entstehende finanzielle Schiefelage zwischen den Ärzten in Krankenhäusern im Zentralraum mit Schwerpunktcharakter und Ärzten in den peripheren Standardkrankenhäusern könne leider auch durch den Solidarfonds der Ärztekammer nicht mehr ausgeglichen werden. Das Gegenargument der geringeren Lebenshaltungskosten am Land treffe außerdem lediglich im Bereich der Wohnkosten zu. Zur Verteilung der Sonderklassehonorare wurde angemerkt, dass dem behandelnden Arzt, der dem Patienten tatsächlich gegenübertritt, ein größerer Anteil der Sonderklassehonorare zugestanden werden solle, weil dieser einen wesentlichen Beitrag zur Attraktivität der Sonderklasse leiste. Dessen Motivation steige mit dem höheren Honorar auch an. Ein anderer Arzt merkte an, dass das System der Sonderklassehonorare überholt sei und es stattdessen angemessene Gehälter geben müsse. Anstatt sich das Spital anhand von Leistungen der Sonderklasse auszusuchen, sollen den Patienten für ihre Entscheidung lieber kontrollierte Leistungskennzahlen zum Vergleich öffentlich zur Verfügung gestellt werden.

Nach Meinung der Ärzte spreche grundsätzlich nichts dagegen, dass die Komfortkomponente in Bezug auf Termine, Wartezeiten, Arztwahl, ärztliche Zeit für den Patienten etc. bei Sonderklassepatienten ausgeprägter sei als bei Patienten

der Allgemeinen Gebührenklasse, solange die medizinischen Leistungen für alle Patienten die gleichen seien. Gleichzeitig wurde jedoch darauf hingewiesen, dass weitere Leistungen nicht mehr ohne zusätzliche personelle und finanzielle Ressourcen angeboten werden könnten. Zudem würden viele Leistungen seitens der Privaten Krankenversicherungen auch gar nicht übernommen. Auch Patienten mit Zusatzversicherung seien möglichst an den niedergelassenen Sektor zu verweisen und nur in absolut dringenden Fällen im Krankenhaus aufzunehmen. Etwa würden Aufnahmen, die aufgrund von rascherer Terminvergabe erfolgt sind, von der Versicherung nicht mehr bezahlt. Ebenso würde bei Aufnahmen zur Durchführung von Routinekontrollen oder Vorsorgeuntersuchungen von der PKV eine Zahlung fast immer rückwirkend abgelehnt werden, da diese Leistungen auch ambulant durchgeführt werden könnten. Ohne die Zusage zur Übernahme der Kosten durch die Private Krankenversicherung mache es daher keinen Sinn, neue Leistungen anzubieten, da die Spitalsträger ansonsten auf den Kosten sitzenbleiben würden.

Hingegen solle laut einem Mediziner genauer darauf geachtet werden, dass keine langen Wartezeiten auf der Liege bzw. im Bett in den Ambulanzen zustande kommen, das Personal wirklich gut Blut abnehmen kann und auch sonst auf berechnete Wünsche der Patienten eingegangen wird. Qualitätssichernde Maßnahmen und entsprechendes Verhalten der Ärzte würden Vertrauen fördern und langfristig einen guten Ruf schaffen.

## 2. Fokusgruppe

Aufbauend auf die Befragung der Primärärzte in Oberösterreich und einer weiteren Befragung innerhalb der oberösterreichischen Bevölkerung wurde zur Vertiefung im Mai 2018 eine Fokusgruppe mit ausgewählten Primärärzten abgehalten. Der Unterschied zwischen einem Fragebogen oder einem Interview und einer Fokusgruppe liegt darin, dass nicht nur explizite, sondern auch implizite Antworten mit erfasst werden können. In der Diskussion gegebene Fallbeispiele, Reaktionen auf Aussagen anderer Teilnehmer, Verweise auf verwandte Themen sowie Stimmungen ergeben ein schärferes Bild. Zudem kann bei Unklarheiten zu einzelnen Formulierungen nachgefragt werden.

Die Teilnehmer der Fokusgruppe setzten sich wie folgt zusammen:

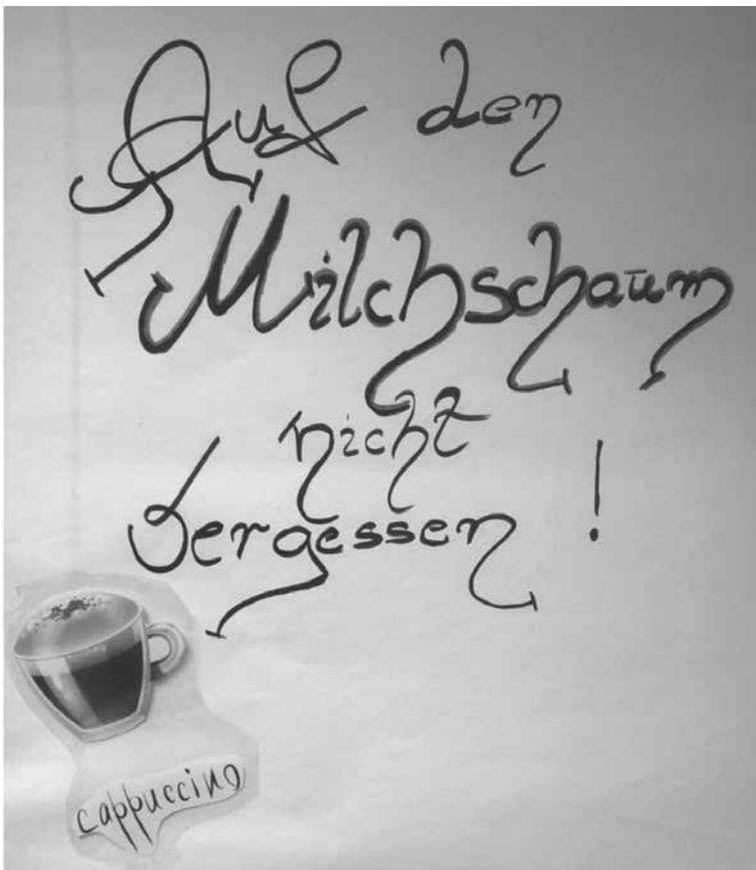
- Prim. Dr. Wolfgang C. Baschata, Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe am Salzkammergut-Klinikum Bad Ischl
- Priv.-Doz. Prim. Dr. Achim von Goedecke, Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin am Landeskrankenhaus Steyr
- Priv.-Doz. Prim. Dr. Bernd Lamprecht, Facharzt für Lungenkrankheiten am Kepler Universitätsklinikum
- Prim. Dr. Bernhard Mayr, Facharzt für Innere Medizin am Salzkammergut-Klinikum Gmunden
- Prim. Dr. Werner Saxinger, MSc, Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten am Klinikum Kreuzschwestern Wels

Die Teilnehmer wurden bewusst ausgewählt, da jeder eine bestimmte Rolle übernahm, die er während der gesamten Veranstaltung inne hatte und aus deren Blickwinkel er argumentierte. Dr. Baschata vertrat ein operatives Fach in einem Standardkrankenhaus, Dr. Goedecke nahm die Sichtweise eines zentralen Nahtstellenfaches zu den operativen Fachgebieten in einem Schwerpunktkrankenhaus ein, Dr. Lamprecht übernahm die Rolle des konservativen Faches in einem Zentralkrankenhaus, Dr. Mayr argumentierte aus Sicht eines konservativen Faches in einem Standardkrankenhaus und Dr. Saxinger vertrat ein operatives Fach in einem Schwerpunktkrankenhaus. Der Vertreter eines diagnostischen Faches und ein weiterer Vertreter des Zentralkrankenhauses waren leider verhindert.

Die Moderation der Fokusgruppe übernahm Frau Mag. Weißengruber-Auer vom Ärztlichen Qualitätszentrum, die mit Hilfe eines Diskussionsleitfadens und vorbereiteter Arbeitsmethoden durch den Abend führte. Das breite Feld der Sonderklasse wurde für die Fokusgruppe auf elektive Eingriffe beschränkt, da Notfallbehandlungen keinen Wettbewerbsbedingungen unterliegen.

## 2.1. Das Cappuccino-Prinzip

Wie verkauft man in einem Land, in dem der Kaffee exzellent ist, Cappuccino? Diese Frage wurde eingangs gestellt. Mit Cappuccino verbinden die meisten von uns italienischen Kaffee. In den Niederlanden denken jedoch viele beim Wort Cappuccino nicht nur an Kaffee. Seit den 90er Jahren verbinden die Niederländer mit dem „Cappuccino-Prinzip“ die Neuausrichtung ihres Rentensystems. Die Grundrente für alle ist der Kaffee, die betriebliche Altersversorgung bildet den Milchschaum und die private Altersvorsorge die Schokostreusel. In der Diskussion wurde das Cappuccino-Prinzip auf die stationäre Krankenversorgung übertragen. Dabei symbolisiert die gesetzliche Krankenversicherung den Kaffee. Der Milchschaum steht für die private Zusatzversicherung, sie dient als ergänzende Leistung. Private Zusatzzahlungen für Leistungen, die von keiner der beiden Versicherungen bezahlt werden, sind die Schokostreusel oben drüber.



Der Kaffee ist in Österreich hervorragend, da war man sich innerhalb der Gruppe einig. Und der Milchschaum ist nicht gerade billig – was bewegt also jemanden dazu, Cappuccino zu trinken? Genau das war das Thema des Abends. Welche Serviceleistungen müssen in der Sonderklasse angeboten werden, um diese attraktiv zu halten? Was können ärztliche Abteilungsleiter dazu beitragen? Wie preist man den eigenen Milchschaum richtig an und reicht Marketing aus, oder braucht es dafür nicht sogar eine ganze Strategie? Jedenfalls wird in vielen Spitälern zu wenig auf den Milchschaum geachtet und damit wird ein wertvolles Feld brachliegen gelassen. *„Gerade in den Landesspitälern besteht hier scheinbar noch Aufholbedarf“*, meinte Dr. Goedecke.

## 2.2. Was macht ein gutes Krankenhaus aus?

Die Frage danach, was ein gutes Krankenhaus ausmacht, wurde im Rahmen der Veranstaltung zwar speziell in Bezug auf Sonderklassepatienten gestellt, es wurde jedoch schnell klar, dass die genannten Kriterien nicht nur für die Sekunda gelten, sondern auch für die allgemeine Klasse. Als allererstes wurden die medizinische Kompetenz und die fachliche Expertise angeführt. Die Qualität der medizinischen Betreuung sei natürlich bei allen Klassen gleich hoch und die zentrale Kernkompetenz eines Spitals. Viele Sonderklassepatienten würden speziell wegen eines besonders fähigen Arztes in ein bestimmtes Spital kommen, war man sich einig.

Als zweiter Punkt wurde der Komfort genannt. *„Komfort ist aber eine sehr individuelle Sache. Während meine überwiegend älteren Patienten in der Abteilung für Innere Medizin unter Komfort ein schönes Zimmer mit großem Fenster und schönem Ausblick verstehen, kann Komfort für jüngere Generationen auch einen WLAN-Anschluss bedeuten. Man muss sich immer fragen, für welche Patienten man Komfort herstellen möchte“*, erläuterte Dr. Mayr dazu. Der Mediziner hält darüber hinaus eine ausgezeichnete Organisation, Freundlichkeit und ein positives Klima in einem guten Krankenhaus für unverzichtbar. Außerdem sollte es ein Qualitätsmanagement der Prozesse geben. Persönliche Betreuung und Verlässlichkeit bei vergebenen Terminen fügte Dr. Baschata als Merkmale eines guten Spitals hinzu. *„Gerade bei Sonderklassepatienten ist es besonders wichtig, dass festgelegte Termine für Operationen oder Untersuchungen auch verlässlich eingehalten werden“*, erklärte der Arzt. Auch für Dr. Saxinger sind gute, empathische Ärzte und viel Zeit für den Patienten Kernfaktoren. Darüber hinaus würde er sich ein exaktes, persönliches Aufnahmemanagement wünschen. *„Es kann nicht sein, dass Sonderklassepatienten wegen eines geplanten Eingriffs ins Spital kommen und dort einmal warten müssen, bis man sich um sie kümmert. Da muss es jemanden geben, der sich dieser Patienten annimmt und sie namentlich begrüßt“*, so Dr. Sa-

xinger. Dr. Goedecke schließt sich dieser Einschätzung an. *„Sonderklassepatienten wollen für ihre doch recht hohen Versicherungsprämien verständlicherweise auch eine Gegenleistung bekommen. Alles andere wäre auch ungerecht“*, merkte Dr. Goedecke an. Eine zügige Behandlung ohne unnötige Wartezeiten war für den Arzt ein weiterer essentieller Aspekt eines guten Krankenhauses. Dr. Lamprecht erklärte die Idealform einer funktionierenden Sonderklasse so: *„Man kann das gut anhand von Flugreisen erklären. Die Basisleistung – ein sicherer Flug von einem Ort zum anderen – ist für alle gleich, denn es sitzen alle im selben Flieger. Der Unterschied liegt in der Komfortkomponente. Während Passagiere in der Business-Class die Beine ausstrecken können und von freundlichen Servicekräften Nüsse serviert bekommen, muss die Economy-Class beengter sitzen und verfügt über einen weniger umfangreichen Service.“* Man spricht hier vom sogenannten „Value-Added-Service“, also einem Mehrwertdienst, der die Basisleistung ergänzt und deren Wert dadurch erhöht.

### 2.3. SWOT-Analyse

Dr. Saxinger betonte, dass man nie vergessen dürfe, dass die Qualität der Spitäler in Österreich extrem hoch liege und anderswo in der Form überhaupt nur in Privatspitälern zu finden sei. *„Auch die Hotelkomponente in der normalen Klasse ist heute schon extrem gut“*, war auch Dr. Baschata überzeugt. Früher, als die Unterbringungsverhältnisse im Allgemeinen noch schlechter waren, da sei eine Sonderklasseversicherung noch ein Statussymbol gewesen. Das habe sich grundlegend geändert, so Dr. Goedecke. Das sei auch der Grund, warum heute viele Sonderklasseversicherte im Hospitalisierungsfall die Sonderklasse nicht in Anspruch nehmen, sondern sich in der allgemeinen Gebührenklasse behandeln lassen. *„Wenn man eh schon in einem schönen Zweibettzimmer liegt und der Bettnachbar passt, warum sollte man sich dann auf die Sonderklasse legen?“*, so der O-Ton. Zudem können sich Klasseversicherte von der Versicherung ersatzweise ein Taggeld auszahlen lassen, wenn sie die Sonderklasse nicht in Anspruch nehmen. Das wird von den Versicherungen vielfach auch aktiv beworben, weil es für sie billiger kommt. *„In dem Fall mutieren die privaten Krankenversicherungen zu einem Sparverein, was völlig an ihrem Sinn vorbeigeht“*, kritisierte Dr. Goedecke. Leider wird diese Vorgehensweise immer mehr zur gelebten Praxis, erzählen die Mediziner aus dem Alltag. Den öffentlichen Spitälern gehen dadurch wertvolle Mittel verloren.

### 2.3.1. Interne Sichtweise: Stärken und Schwächen

Die SWOT-Analyse (Strengths – Weaknesses – Opportunities – Threats) ist ein Tool zur Ermittlung der internen Stärken und Schwächen und externen Chancen und Risiken eines Unternehmens oder einer Organisation. Aus der internen Perspektive (Stärken und Schwächen) stellen sich die Teilnehmer die Frage, worin die Unternehmung besonders gut bzw. schlecht ist. Aus der externen Sichtweise stellen sich beispielsweise Fragen nach Trends am Markt oder welche neuen Zielgruppen man erschließen könnte (Chancen) bzw. welche Bedrohungen durch Mitbewerber am Markt bestehen oder welche negativen Kundenveränderungen zu erwarten sind (Risiken). Nach diesem Schritt sollen die Ergebnisse aus der internen und externen Analyse zusammengeführt und daraus konkrete Handlungsstrategien abgeleitet werden. Die im Rahmen der Fokusgruppe ermittelten Stärken und Schwächen der Spitäler wurden teilweise nach der Größe des Spitals (Standardkrankenhaus – Schwerpunktkrankenhaus – Zentralkrankenhaus) unterteilt.

#### **Stärken**

Im Allgemeinen wurde es einerseits als Stärke angesehen, wenn ein Spital über eine **eigene Sonderklasseabteilung** verfügt und die Zimmer nicht in der normalen Klasse integriert sind. Denn so kann für die Klassepatienten ein ganz anderes Umfeld und ein gehobener Komfort auch außerhalb des Zimmers geschaffen werden (Gang, Teeküche, Gemeinschaftsräume, ...) und die Pflege kann den zusätzlichen Service der Sonderklasse fokussiert anbieten. Einen Nachteil kann dies andererseits dann bedeuten, wenn Patienten verschiedener, nicht kompatibler Fächer in einer Sonderklasseabteilung zusammengefasst werden. Denn dann geht das fachliche Profil der Pflegepersonen nicht mit den medizinischen Anforderungen der Patienten einher. Im Gegensatz zu einer Station der allgemeinen Klasse, auf der fachlich einheitlichere Patienten liegen.

In Standardkrankenhäusern kann man vor allem mit einer persönlichen Betreuung der Patienten punkten. Vielfach werden dort **Visiten noch täglich vom Abteilungsleiter** selber durchgeführt. Diese persönlichen Beziehungen zu den Patienten führen dann auch zu einer **erhöhten Patientenbindung** an den Arzt. *„Dieses Beziehungsmanagement findet bei uns aber nicht nur in Bezug auf den Patienten statt, sondern bindet auch die Angehörigen mit ein. Das ist sicher ein ganz wesentlicher Faktor, der mit beachtet werden muss“*, zeigte sich Dr. Baschata überzeugt. Ein weiterer Vorteil in kleinen Häusern sind die kurzen Wege zwischen den Abteilungen, die Patienten und Ärzten in der Kollegenschaft von Nutzen sind. Die Ärzte kennen sich untereinander und sind stark vernetzt. *„Aber nicht nur die Kommunikationswege sind unkomplizierter als in großen Spitälern, sondern auch die physischen Wege. Der Patient befindet sich in einem überschaubaren Umfeld, wo man schnell von einer in die andere Abteilung gelangt“*, meinte Dr. Mayr.

In den größeren Schwerpunkt- und Zentralkrankenhäusern tritt dann die persönliche Komponente eher in den Hintergrund, auch wenn auch hier noch von einer überwiegend guten Kollegialität berichtet wird. Diese Spitäler zeichnen sich aber vor allem durch eine umfassende **Interdisziplinarität** aus, die 7 Tage die Woche 24 Stunden am Tag zur Verfügung steht. Die Breite des medizinischen Angebotes, die in Schwerpunkt- und Zentralkrankenhäusern geboten wird, gibt es etwa in Privatspitälern in der Regel nicht. Vor allem nicht die vielen Sonderfächer, die in den Schwerpunkt- und Zentralkrankenhäusern oftmals 24/7 präsent sind. „Aus diesem Grund ist die fachliche Versorgung in Belegspitälern, vor allem außerhalb der Normalarbeitszeiten, sicher begrenzter als in öffentlichen Häusern“, waren sich Dr. Goedecke und Dr. Lamprecht einig, und Dr. Goedecke fügte noch an: „Es ist daher für mich nicht nachvollziehbar, warum sich jemand in ein Privatspital legt, ich persönlich würde das deshalb nicht machen.“ Die Interdisziplinarität in den öffentlichen Schwerpunkt- und Zentralkrankenhäusern sichert auch ein ausgezeichnetes **Komplikationsmanagement**. Die Ärzte nannten Beispiele, bei denen Standardeingriffe durch ungewöhnliche Spezifika plötzlich zu komplexen Operationen wurden. In diesen Fällen konnten dann im Haus anwesende Spezialisten eines anderen Fachbereiches gerufen werden, sodass der Patient bestmöglich versorgt werden konnte. Fachübergreifende Operationen mit verschiedenen Spezialisten kamen in solchen Fällen vor. „In größeren Häusern hat der Patient die Sicherheit, für jeden Fall einen Spezialisten in seiner Nähe zu haben – das kann vor allem bei komplexen Erkrankungen, aber auch bei unvorhersehbaren Besonderheiten ein riesiger Vorteil sein“, betonte Dr. Saxinger.

### **Schwächen**

Als größte Schwäche wurde von den Ärzten hervorgehoben, dass man heute die Sonderklasse in den öffentlichen Spitälern vielfach als **ungerecht und unpassend** empfindet. Das ist auch ein Grund dafür, warum in vielen Häusern zu wenig darauf geachtet wird. „An meiner Klinik befinden sich die Sonderklassezimmer unmittelbar neben den bau- und weitgehend ausstattungs gleichen Zimmern der allgemeinen Klasse. Einen Unterschied zwischen den Klassen macht hier nur die Komponente Mensch“, erzählte Dr. Lamprecht. Das alleine sei natürlich zu wenig, um starke Anreize für Sonderklasseversicherte zu setzen, den Service auch in Anspruch zu nehmen. Damit wird das eigentliche Potential der Sonderklasse mehr schlecht als recht genutzt. So sahen die Mediziner in der Fokusgruppe nicht nur auf den Stationen Verbesserungspotential, sondern vor allem in den Ambulanzen und bei tagesklinischen Leistungen. „Für das Personal ist es äußerst schwierig, den Service für die Sonderklasse in der Tagesklinik für die Patienten sichtbar zu machen“, so Dr. Baschata. Der Unterschied scheint tatsächlich nur sehr rudimentär auszufallen. So wurde berichtet, dass für Sonderklassepatienten teils keine speziellen Behandlungskojen zur Verfügung stünden und es aus organisatorischer

Sicht sehr schwierig sei, z.B. ein Sonderklassemenü anzubieten. Der Unterschied zwischen den Klassen ist so natürlich auch für das Personal nur schwer erkennbar. In den Ambulanzen wird ebenfalls nur dann ein Unterschied gemacht, wenn ihn das Personal wahrnimmt. Dr. Goedecke plädierte in diesen Bereichen für eine stärkere Differenzierung zwischen Sonderklasse und Allgemeiner Klasse, damit der spezielle Service für Privatpatienten rein organisatorisch und räumlich auch wirklich geboten werden kann. Das Problem gehe aber auch von den Trägern aus, die das **Potential der Sonderklassepatienten teils stark verkennen**. *„Hier gibt es eine starke Divergenz zwischen offenen Worten und der gelebten Praxis, denn einerseits verschweigt man die Sonderklasse und macht sie zu etwas Anrüchigem, andererseits müssen sich die Ärzte in ihrer täglichen Arbeit um diese Patienten kümmern und versuchen, auf deren Bedürfnisse einzugehen“*, brachte es Dr. Baschata auf den Punkt.

In Standardkrankenhäusern wurde zudem das eingeschränkte Leistungsspektrum als Schwäche angeführt, denn manche Leistungen müssen für die Patienten natürlich extern zugekauft werden – in Gmunden betrifft das etwa die Angiographie, erklärte Dr. Mayr. *„Man könnte diesen Nachteil aber auch als Chance sehen, um sich von anderen Standardkrankenhäusern zu differenzieren – nämlich indem man genau diese extern zugekauften Leistungen für den Patienten organisatorisch perfektioniert und dies auch als speziellen Service entsprechend kommuniziert“*, führte der Arzt weiter aus.

Und auch in den Schwerpunkt- und Zentralspitälern werden die Stärken des Einen zu den Schwächen des Anderen: Denn eine persönliche Betreuung, wie in den Standardkrankenhäusern, kann hier manchmal nicht geboten werden, obwohl innerhalb einer Abteilung auch in großen Häusern schon versucht wird, persönlich zu betreuen. **Der Patient droht zur Nummer zu werden**. Und auch die **Kollegialität** leidet häufig unter der bloßen Größe der Organisation. Fehlende Wertschätzung, unzureichende abteilungsübergreifende Zusammenarbeit oder die Überbewertung der eigenen Abteilung gegenüber den anderen sind häufige Folgen der Anonymität und der zahlreichen Hierarchieebenen großer Häuser. *„Jeder kocht ein bisschen sein eigenes Süppchen“*, formulierte dazu Dr. Saxinger.

### 2.3.2. Externe Sichtweise: Chancen und Risiken

Im folgenden Abschnitt werden Chancen und Risiken gemeinsam behandelt, da sich einige Aspekte sowohl als Risiko als auch Chance sehen lassen, je nachdem, welche Handlungen in Zukunft gesetzt werden. Etwa der Trend, dass eine zunehmende Anzahl von Sonderklassepatienten die **Auszahlung des Taggeldes** in Anspruch nimmt. Baut man die Attraktivität der Sonderklasse aus, so werden diese wieder mehr Patienten in Anspruch nehmen, versäumt man es jedoch, wird

man weiter Sonderklassepatienten „an das Taggeld verlieren“. Zum Thema private Zusatzkrankenversicherung wurde außerdem angemerkt, dass in immer mehr Fällen eine **Zahlung im Nachhinein abgelehnt** wird, was natürlich ein Risiko darstellt. *„Hier scheint es die beste Strategie zu sein, den Patienten zu kontaktieren, um ihn über die Zahlungsablehnung zu informieren. Der Patient soll dann Kontakt mit der Versicherung aufnehmen. In vielen Fällen wird dann doch noch gezahlt“*, erzählte Dr. Saxinger von seiner Erfahrung.

Ein weiterer Diskussionspunkt rankte sich um das Thema der **öffentlichen Akzeptanz** der Sonderklasse. *„Hier sollte von der Politik den Leuten reiner Wein eingeschenkt werden und eine klare Sprache gefunden werden. Man braucht die Sonderklassepatienten in den öffentlichen Spitälern, denn sie finanzieren die allgemeine Klasse durch den Hausrücklass mit. Dass die Sonderklasseversicherten dann aber auch mehr Leistungen einfordern, muss eigentlich alles andere als verwerflich sein“*, meinte Dr. Goedecke. Die Ärzte waren sich hingegen einig, dass es im medizinischen Bereich keine Zwei-Klassen-Medizin geben dürfe. Überhaupt solle man idealerweise einen ständigen Verbesserungsprozess für alle Klassen anstreben. *„Dennoch möchte ich darauf hinweisen, dass ein Fokus auf die Verbesserung der Sonderklasse auch eine **Verschlechterung der allgemeinen Gebührenklasse** nach sich ziehen könnte. Das sollte in jedem Fall verhindert werden, denn es darf nicht auf die eigentliche Aufgabe vergessen werden“*, betonte Dr. Mayr. Bei einem künftigen Ausbau der Sonderklasse könnte es darüber hinaus zu Mehrbelastungen des Personals kommen: *„Das Krankenhauspersonal – sowohl Ärzte als auch die Pflege – arbeitet bereits am Limit. Und mit massivem Personalnachschub ist in naher Zukunft nicht zu rechnen“*, meinte dazu Dr. Baschata. Bei der Pflege besteht außerdem die Gefahr, dass sie diese nötigen Mehrbelastungen durch die Sonderklasse eventuell nicht tragen will, zumal diese Berufsgruppe nicht direkt von den Einnahmen profitiert.

Ein weiterer Punkt waren die **Bedürfnisse der Patienten aus den Generationen X und Y**, die sich sicher von denen älterer Generationen unterscheiden. Wird dieses Klientel richtig bedient, so ist das sicher eine große Chance. Umgekehrt ist es ein Risiko, dass das Spital durch zu wenig Flexibilität bei der Anpassung an neue Bedürfnisse weitere Sonderklassepatienten verliert. *„Diese Veränderungen in den Bedürfnissen ist aber sicher schwer einschätzbar“*, ergänzte Dr. Goedecke.

*„Insgesamt muss jede Abteilung ihr eigenes Potential zur Bewerbung und Bindung von Sonderklassepatienten gut nutzen“*, so Dr. Lamprecht. Es bestehe genügend Potential, um eine Nische dieses Marktes zu besetzen. Bei der Kepler Universitätsklinik sei das sicher auch die Uni, die ein gutes Aushängeschild sei, erklärte der Mediziner. Denn Konkurrenz gibt es genug. Einerseits sind das die Privatspitäler, andererseits die verschiedenen Träger öffentlicher Häuser, aber

manchmal auch einzelne Häuser desselben Trägers. „*In der Gegend um Gmunden ist es für Frauen von der Wegstrecke her egal, ob sie im SKG Klinikum Bad Ischl, Vöcklabruck oder im LKH Kirchdorf entbinden – daher besteht hier natürlich schon eine kleine Konkurrenz*“, bestätigte Dr. Baschata. Vor allem ist aber spürbar, dass sich die Konkurrenzsituation aufgrund einer größeren Mobilität der Patienten verstärkt. „*Patienten gehen heute auch von Oberösterreich nach Wien – wenn man bedenkt, dass eine Fahrt mit dem Zug zwischen Linz und Wien nur noch 1:15 Stunden dauert, ist das heute wirklich eine Kleinigkeit*“, zeigte sich Dr. Saxinger von der Problematik überzeugt.

„*Leider ist die Sonderklasse heute kein Statussymbol mehr*“, meinte Dr. Goedecke. Das ist natürlich als Risiko einzustufen, denn es zeigt, dass der Unterschied zwischen Allgemeiner Gebührenklasse und Sonderklasse über die Jahre geringer geworden ist. Vor allem natürlich durch die Aufwertung der Allgemeinen Gebührenklasse, was auch zu begrüßen sei. „*Behandlungssäle gibt es Gott sei Dank ja schon lange nicht mehr und auch das Zehnbettzimmer gehört ebenso der Geschichte an*“, war man sich einig. Bei der Sonderklasse hat sich hingegen in den letzten Jahrzehnten nicht viel getan. Dr. Lamprecht ist gerade deshalb davon überzeugt, dass es **viele Möglichkeiten** gibt, um die Sonderklasse wieder attraktiver zu gestalten. Gerade das Feld der Ambulanz und der Tagesklinik sei bisher nur wenig bis gar nicht beachtet worden, so der Lungenfacharzt.

Eine weitere Chance wurde auch in der Kommunikation gesehen. **Mundpropaganda** sei laut den Medizinerinnen dabei immer noch das beste und günstigste Medium. Daher solle dieser Informationskanal unbedingt genutzt werden, denn sind die Patienten zufrieden und erzählen davon, dann könne das nur gut sein. Es sei aber auch wichtig, die Patienten über andere Kanäle zu informieren. Etwa würde laut Dr. Baschata die Abhaltung von Geburtsvorbereitungskursen die „Marke“ Arzt stärken und Patientinnen an das Krankenhaus binden. Darüber hinaus wurde auch auf die Wichtigkeit eines funktionierenden Zuweisermanagements hingewiesen. Dr. Mayr erzählt zu diesem Thema von seiner ganz persönlichen Form dieses Managements: „*Ich gehe mit den zuweisenden Ärzten, mit denen ich auch persönlich befreundet bin, regelmäßig Fußball spielen. Dort pflegt man Kontakte, die natürlich auch beruflich genutzt werden.*“ Zusätzlich hält der Internist auch Vorträge für niedergelassene Kollegen, die auch seine Kompetenz unterstreichen und Vertrauen generieren.

Als weiteres Risiko für die Sonderklasse wurde das **neue Arbeitszeitgesetz** genannt. Durch die geringere Anwesenheitszeit der Ärzte würde es nun eine größere Anzahl von Ärzten geben. In Folge ergäbe sich eine Aufteilung der Sonderklassegebühren auf mehr Personen, wodurch der Betrag für den Einzelnen sinke. Ob diese Tatsache einen erschwerenden Effekt auf die Personalfindung haben

könnte, war man sich jedoch nicht ganz sicher. „Es wird ja immer wieder betont, dass das Einkommen einen geringeren Einfluss auf die Berufsentscheidung hat als früher, weil heute andere Faktoren stärker im Vordergrund stehen“, sagte Dr. Baschata. Es habe beim Einstellungsgespräch auch noch nie jemand nach den Einnahmen aus der Sonderklasse gefragt, jedoch sehr wohl über den Umweg der Verwaltung, erzählten die Ärzte von ihren Erfahrungen.

intern	<p><b>STÄRKEN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Eigene SK-Abteilung</li> <li><u>Standardkrankenhaus</u></li> <li>■ Tägliche persönliche Visite durch Abteilungsleiter; pers. Betreuung</li> <li>■ Patientenbindung</li> <li>■ Kurze Wege</li> <li><u>Schwerpunkt- und Zentralkrankenhaus</u></li> <li>■ Kollegialität</li> <li>■ Interdisziplinarität – 24/7, Komplikationsmanagement – im Unterschied zu Privatspitälern</li> </ul>	<p><b>SCHWÄCHEN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Tagesklinische Leistungen</li> <li>■ Organisation der Ambulanz</li> <li>■ Teils unklare Trennung zwischen Versicherungsklassen</li> <li>■ Kundenpotential „Sonderklasse“ verkannt (Träger)</li> <li>■ Fokussierung auf Sonderklasse erscheint ungerecht/unpassend</li> <li><u>Standardkrankenhaus</u></li> <li>■ Manche Leistungen müssen zugekauft werden</li> <li><u>Schwerpunkt- und Zentralkrankenhaus</u></li> <li>■ Jeder kocht eigenes Süppchen</li> <li>■ „Egotripp“ der Abteilungen</li> <li>■ Patient wird zur Nummer</li> </ul>
extern	<p><b>CHANCEN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Auszahlungen Taggeld: Reduktion durch Verbesserung</li> <li>■ Öffentliche Meinung/Politik zu Sonderklasse verbessert sich</li> <li>■ Moderne Patientenbedürfnisse erkennen und bedienen</li> <li>■ Zeit/viele Möglichkeiten zur Attraktivitätssteigerung der Sonderklasse</li> <li>■ Feld der Tagesklinik/Ambulanz besser bedienen</li> <li>■ Patientenmeinung/Mundpropaganda als Informationskanal</li> <li>■ „Marke“ Arzt → Zuweisermanagement, Patienteninformation</li> </ul>	<p><b>RISIKEN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Verstärkte Auszahlung v. Taggeld</li> <li>■ Zahlungsablehnungen werden mehr</li> <li>■ Sonderklasse nicht öffentlich akzeptiert</li> <li>■ Bedürfnisse der Generation X und Y schwer erkennbar</li> <li>■ Neues Arbeitszeitgesetz:             <ul style="list-style-type: none"> <li>■ schwierigere Personalfindung (weniger SK-Gebühren/Person)</li> <li>■ weniger persönliche Betreuung (mehr Ärzte)</li> </ul> </li> <li>■ Sonderklasse ist kein Statussymbol mehr</li> <li>■ Privatspitäler (besseres Marketing)</li> <li>■ Höhere Konkurrenz durch höhere Mobilität der Patienten</li> <li>■ Mehrbelastung Ärzte und Pflege</li> <li>■ Gefahr der Schlechterstellung der Allgemeinen Gebührenklasse</li> </ul>

Tabelle 1: SWOT-Analyse „Sonderklasse in öffentlichen Spitälern“

Leider führe das neue Arbeitszeitgesetz aber auch zu einer größeren Anonymität in der Medizin. Denn die Ärzte wechseln durch die kürzeren Anwesenheitszeiten öfter und der Patient habe daher mehr Ansprechpartner als zuvor.

### 2.3.3. Strategien

Aus den oben genannten Stärken, Schwächen, Chancen und Risiken lassen sich viele Strategien ableiten. Zum einen sind das solche, die sich auf interne Strukturen und Abläufe beziehen, und zum zweiten lässt sich eine Gruppe von Maßnahmen identifizieren, die mit Kommunikation zu tun hat.

Intern sollte laut den Mediziner versucht werden, die **Sonderklasse stärker von der Allgemeinen Gebührenklasse zu separieren**. Zum Beispiel durch die Forcierung **eigener Sonderklasseabteilungen**, wo es aus Sicht der Pflege sinnvoll erscheint. Also dann, wenn ausschließlich Patienten eines oder mehrerer kompatibler Fächer in eine Abteilung für Sonderklassepatienten zusammengefasst werden können. Denn nur so lässt sich auch dort eine qualitativ hochwertige, spezialisierte Pflege, wie sie in den jeweiligen Fachabteilungen der allgemeinen Klasse besteht, umsetzen. Aber auch in der **Ambulanz** und der **Tagesklinik** sollte die Sonderklasse von der normalen Klasse getrennt werden: *„Hier sollte man völlig neue Wege gehen. Etwa könnte man in der Ambulanz eigene Eingänge und Wartebereiche für die verschiedenen Versicherungsklassen schaffen“*, sagte Dr. Goedecke. Im stationären Bereich wurden das **Aufnahmemanagement** und das unbedingte **Einhalten von Terminen** immer wieder als wichtige Punkte genannt. Und auch eine persönliche Betreuung und möglichst viel Gesprächszeit mit dem behandelnden Arzt gehören dazu. Dieses **Beziehungsmanagement** sollte auch auf die Angehörigen ausgedehnt werden. Sollte sich der **Service in der Sonderklasse verbessern**, erwarten die Mediziner auch einen automatischen Rückgang bei den Auszahlungen der Taggelder. Additiv könnte aber auch das **Gespräch mit den Versicherungen** gesucht werden.

Eine gute Kommunikationspolitik umfasst auch eine bessere **Information der Patienten**. Am einfachsten geht das über die Homepage, ein Medium, das vor allem junge Menschen häufig als Informationsquelle nutzen. Die Homepage sollte daher übersichtlich und ansprechend aufgebaut sein, die Stärken eines Hauses hervorheben und Sonderklassepatienten direkt ansprechen (Welche Vorteile haben Sie bei uns als Sonderklassepatient?). Aber auch der umgekehrte Weg wurde als sinnvoll erachtet: nämlich Informationen von den Patienten einzuholen. Konkret wurde die **Patientenevaluierung** genannt, die ohnehin von den Spitälern nach einem Aufenthalt standardmäßig gemacht wird. Nur selten werden diese Bögen jedoch für die Sonderklasse gesondert ausgewertet, wodurch wertvolle Informationen zu dieser Patientengruppe verloren gehen. Dies könnte künftig je-

doch genutzt werden, um mehr über die Bedürfnisse dieses Klientels zu erfahren und den Service daran anzupassen.

Ein ganz wesentlicher Aspekt ist auch die **Aufklärung der Öffentlichkeit** über die Sonderklasse. Denn in der Praxis ist es so, dass Sonderklassepatienten für ein Spital Einnahmen bedeuten. Und die Allgemeine Klasse wird durch diese Einnahmen mit finanziert. Werden in einem öffentlichen Spital keine attraktiven Leistungen für Klassepatienten angeboten, dann verzichtet es quasi freiwillig auf diese finanziellen Mittel. Die Klassepatienten weichen dann auf Privatspitäler aus, die beim Marketing natürlich perfekt aufgestellt sind, und lassen diese monetären Mittel somit im parallelen Privatsystem, an dem die Bevölkerung nicht mit profitiert. Es käme in diesem Szenario daher zu einem Ausbau der Zweiklassenmedizin. Es ist also durchaus sinnvoll – und auch im Sinne aller Patienten – Sonderklassepatienten in die öffentlichen Spitäler zu integrieren. Und genau diese Tatsache sollte den Menschen auch kommuniziert werden. *„Leider verschließt sich hier auch die Politik vor der Realität und predigt immer wieder, es gäbe keine Zwei-Klassen-Medizin“*, meinte Dr. Baschata. Dabei kann man diese nicht verhindern, denn es wird immer Menschen geben, die sich mehr Gesundheitservices leisten möchten, als gesetzlich für alle zur Verfügung stehen. Das kann man auch nicht verbieten, sondern lediglich in positive Bahnen lenken – und genau das wird mit der Wegschautaktik der Politik aufs Spiel gesetzt. Eine Strategie zur positiven Weiterentwicklung der Sonderklasse beinhaltet also auch Gespräche mit der Politik.

Ganz allgemein wurde vorgeschlagen, zur besseren Nutzung der möglichen Informations- und Kommunikationskanäle externe Expertise im Marketingbereich zuzukaufen. Das wäre natürlich Aufgabe des Trägers. Als weiterer essentieller Punkt zur Förderung der Sonderklasse wurde das Zuweisermanagement genannt. Auch hier sind persönliche Kontakte und Öffentlichkeitsarbeit, z.B. in Form von Vorträgen, wesentliche Instrumente.

Als positives Beispiel für einen offenen und fortschrittlichen Umgang mit dem Thema Sonderklasse wurden die oberösterreichischen Ordenshäuser genannt: *„Besonders manche Ordenshäuser pflegen einen guten Umgang mit dem Thema“*, lobte Dr. Saxinger. Etwa würden Kulturveranstaltungen organisiert, in deren Rahmen auch Informationen über medizinische Leistungen angeboten werden. Aber Sonderklassepatienten werden auch speziell betreut. So können etwa chronisch kranke Sonderklassepatienten, die schon einmal im Spital waren, mit Hilfe eines „VIP-Passes“ jederzeit ins Spital kommen und werden bei einer entsprechenden medizinischen Indikation sofort und jederzeit aufgenommen. *„Das ist nicht nur Marketing, sondern eine ganze Strategie!“*, so die Mediziner.

## 2.4. Wohin geht die Reise? – Vision „2030“

Am Schluss der Veranstaltung wurde die Frage in den Raum gestellt, welche Entwicklungen im Spitalsbereich und besonders in der Sonderklasse bis ins Jahr 2030 stattfinden werden. Dr. Baschata war davon überzeugt, dass in Zukunft ein größerer Fokus auf den Patienten als Mensch und das Beziehungsmanagement gelegt werden muss. *„Es können immer schneller, einfacher und günstiger komplexe Befunde erstellt werden. Zum Beispiel gibt es bereits leistbare Online-Befunde zum Brustkrebs-Gen. Allerdings ist dann niemand da, der den Menschen die Bedeutung dieser Ergebnisse auseinandersetzt. Ärzte als ganz persönliche Ansprechpartner, die sich Zeit nehmen, werden also immer wichtiger werden. Das gilt für alle Patienten, aber für Sonderklassepatienten im Besonderen“*, erläuterte Dr. Baschata seine Zukunftsvorstellung. Auch Dr. Goedecke stieß in ein ähnliches Horn: *„Die medizinische Versorgung wird sicher auch in Zukunft passen, aber die individuellen, persönlichen Bedürfnisse der verschiedenen Generationen werden nicht so einfach erfüllbar sein.“* Gerade die Bedürfnisse der jungen Generationen sind seiner Ansicht nach jedoch noch schwer einschätzbar. Auf Organisationsebene hielt der Arzt das Stichwort „corporate identity“ für das Leitmotiv der Zukunft, denn gerade bei den Landesspitälern sah er bei diesem Punkt noch Aufholbedarf.

*„Die Verkürzung der Arbeitszeit der Ärzte wird uns sicher noch eine Weile beschäftigen, denn ich glaube, dass die Arbeitsstunden in Zukunft sogar noch weniger werden, also bis hin zur 40-Stunden-Woche“*, war Dr. Mayr überzeugt. Und auch er war der Ansicht, dass die personenbezogene Medizin an Bedeutung gewinnen wird: *„Spitzenmedizin wird es überall geben, aber den Patienten werden die Erklärungen dazu fehlen.“* Dr. Saxinger glaubte auch deshalb, dass es für die Sonderklasse eigene personelle Ressourcen geben werde, etwa in Form einer Schwester, die sich ausschließlich um die speziellen Anforderungen dieser Gruppe kümmert. In Bezug auf die Sonderklasse würden sich öffentliche Häuser in Zukunft besser positionieren und den Unterschied offensiv deklarieren müssen. Ansonsten würden andere, etwa Belegspitäler, diese Lücken füllen. Man müsse sich also intensiver um dieses Feld bemühen. Als Schlusssatz erklärte Dr. Saxinger einen wichtigen Sachverhalt nochmals anhand des Cappuccino-Prinzips sehr eingehend:

**„Man darf nicht darauf vergessen, dass der Milchschaum auch den Kaffee besser macht!“**