

Methodik & Studiendesign

Wartezeiten-Monitor Österreich: Systemvergleich Kassen- vs. Wahlarzt (Stand 01/2026)

1. Management Summary

Die vorliegende Analyse von krankenversichern.at ist die erste umfassende quantitative Erhebung, die die Wartezeiten im österreichischen Wahlarztsektor jenen des öffentlichen Systems (Kassenärzte) direkt gegenüberstellt.

Ziel der Studie war es, nicht nur Anekdoten, sondern eine statistisch valide Datengrundlage für die aktuelle Versorgungsdebatte zu liefern. Dafür wurden insgesamt **3.182 Arztkontakte** (Mystery Calls/Requests) ausgewertet.

Die Ergebnisse zeigen eine signifikante Diskrepanz in der Versorgungsgeschwindigkeit: Der Median der Wartezeit ist im öffentlichen Sektor über alle Fachrichtungen hinweg um ein Vielfaches höher als im privaten Sektor.

2. Untersuchungsgegenstand & Datenbasis

Um die reale Versorgungssituation für Patient:innen abzubilden, wurden zwei unabhängige Datensätze miteinander verglichen:

- **Datensatz A (Wahlarzt-Sektor):** Neu erhobene Daten aus der Feldphase vom **25. November 2025 bis 16. Jänner 2026**.
- **Datensatz B (Kassenarzt-Sektor):** Vergleichsdaten aus der vorangegangenen Erhebungswelle im **September 2025**.

Die Zusammenführung dieser beiden Erhebungszeiträume ermöglicht einen strukturellen Systemvergleich, der saisonale kurzfristige Schwankungen glättet und die fundamentale Verfügbarkeit der Termine in den Mittelpunkt stellt.

Stichprobengröße (N)

Die Gesamtstichprobe umfasst **n=3.182** validierte Datenpunkte, die sich symmetrisch aufteilen:

- n=1.591 evaluierte Kassenärzt:innen
- n=1.591 evaluierte Wahlarzt:innen

3. Auswahlverfahren & Randomisierung

Die Auswahl der kontaktierten Ärzt:innen erfolgte nach einem strengen Zufallsprinzip, um eine Verzerrung durch Popularität (z.B. Google-Rankings) auszuschließen.

- **Quellen:** Als Basis dienten öffentliche Verzeichnisse, darunter das offizielle Ärztekammer-Verzeichnis, DocFinder und Herold.
- **Randomisierung:** Die Selektion innerhalb der Fachgruppen erfolgte **alphabetisch**. Es wurde keine Priorisierung nach Bewertungen oder Online-Sichtbarkeit vorgenommen.
- **Geografische Gewichtung:** Die Anzahl der kontaktierten Ärzt:innen pro Bundesland wurde anhand der offiziellen Bevölkerungsstatistik gewichtet, um ein repräsentatives Bild für Österreich zu gewährleisten.

Ausschlusskriterien & Trennschärfe

Um eine klare Trennung der Systeme zu garantieren, wurden folgende Filter gesetzt:

1. **Keine Doppelfunktionen:** Es wurden ausschließlich Ärzt:innen kontaktiert, die entweder *nur* eine Kassenordination oder *nur* eine Wahlarztordination führen. Mischpraxen wurden bereinigt.
2. **Institutioneller Ausschluss:** Primärversorgungszentren (PVZ), reine Privatkliniken sowie Ambulanzen wurden explizit ausgeschlossen, um die klassische niedergelassene Struktur abzubilden.

4. Erhebungsmethode (Feldarbeit)

Die Datenerhebung erfolgte mittels standardisierter **Mystery Calls / Mystery Requests**. Die Tester:innen traten dabei als potenzielle Neupatient:innen auf.

Kontakt-Priorisierung

Um die reale Patientenerfahrung ("Journey") zu simulieren, wurde ein mehrstufiger Kontaktprozess angewandt:

1. **Telefon (Priorität 1):** Der primäre Kontaktversuch erfolgte stets telefonisch.
2. **E-Mail:** Bei Nichterreichbarkeit wurde eine schriftliche Anfrage gestellt.
3. **Online-Buchungstools:** Ergänzend wurden verifizierte Online-Terminsysteme (z.B. Latido, Doctolib) genutzt, sofern verfügbar.

Hinweis zur Erreichbarkeit: Hob in der Praxis niemand ab und erfolgte auch keine Rückmeldung auf digitale Anfragen, wurde der Datensatz als "nicht buchbar" gewertet und

nicht in die Wartezeiten-Statistik aufgenommen (keine künstliche Null- oder Maximalsätzung).

Das Szenario

Um die Vergleichbarkeit über alle 14 Fachrichtungen zu gewährleisten, wurde mit einem **standardisierten Patientenprofil** gearbeitet:

- **Versicherungsstatus:** Es wurde stets angegeben, bei der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) versichert zu sein.
 - **Anfragegrund:** Angefragt wurden **standardisierte Routinebeschwerden** (z.B. Kontrolle der Sehstärke beim Augenarzt, Knieschmerzen in der Orthopädie, Muttermalkontrolle beim Hautarzt). Akute Notfälle (Schmerzpatienten) wurden explizit ausgeschlossen.
 - **Terminwunsch:** Es wurde explizit nach dem *"nächstmöglichen Termin bei irgendeinem Arzt/Ärztin der Praxis"* gefragt, um die generelle Verfügbarkeit der Ordination zu testen, nicht die eines spezifischen Arztes.
-

5. Statistische Auswertung & Bereinigung

Metrik: Median vs. Durchschnitt

Für die Darstellung der zentralen Ergebnisse wurde der **Median (Zentralwert)** herangezogen.

- **Begründung:** Wartezeiten sind statistisch oft "schiefverteilt". Ein einzelner Arzt mit 6 Monaten Wartezeit würde einen arithmetischen Durchschnitt massiv verzerren. Der Median bildet jenen Wert ab, der die "normale" Wartezeit am besten repräsentiert (50% der Patienten warten kürzer, 50% länger).

Umgang mit Aufnahmestopps

Ärzt:innen, die am Telefon angaben, *"keine neuen Patienten mehr aufzunehmen"* (Aufnahmestopp), wurden **nicht** in die Berechnung der Wartezeit inkludiert.

- **Auswirkung:** Dies führt zu einer eher **konservativen Berechnung**. Würde man diese Fälle als "unendliche Wartezeit" werten, fiel die Diskrepanz zulasten des Kassensystems noch deutlich höher aus.

Saisonale Bereinigung

Da der Erhebungszeitraum der Wahlarztdaten (Nov–Jan) die Weihnachtsfeiertage tangierte, wurden urlaubsbedingte Schließzeiten (Betriebsurlaube) aus den Daten bereinigt, um die tatsächliche Verfügbarkeit im Regelbetrieb abzubilden.

6. Limitationen

- **Zeitlicher Versatz:** Der Vergleich basiert auf zwei Erhebungswellen (September vs. Jänner). Da strukturelle Wartezeiten (Systemauslastung) jedoch eine hohe Trägheit aufweisen, wird die Vergleichbarkeit als gegeben angenommen.
 - **Momentaufnahme:** Wie bei jeder Stichproben-Erhebung handelt es sich um eine Momentaufnahme zum Zeitpunkt der Anfrage. Tägliche Schwankungen durch Terminabsagen sind möglich.
-