AK Versorgungs-Thermometer

Gesundheitsversorgung in Oberösterreich

Methodenbericht

Studie wurde erstellt für:
AK Oberösterreich

Version 1.0
9.11.2026

INSTITUT FÜR EMPIRISCHE SOZIALFORSCHUNG GMBH
Teinfaltstraße 8 • 1010 Wien
(01) 54 670-0 • ifes@ifes.at
www.ifes.at

Erkenntnisinteresse

Der Versorgungsthermometer der Arbeiterkammer Oberösterreich verfolgt das Ziel, ein repräsentatives Bild über die Erfahrungen und die Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgungssituation in Oberösterreich zu erhalten. Die Grundgesamtheit stellen hierbei die Arbeitnehmer:innen in Oberösterreich inklusive Arbeitsloser – also AK-Mitglieder in Oberösterreich – dar.

Der Versorgungsthermometer beleuchtet verschiedene Dimensionen der Gesundheitsversorgung in Oberösterreich: Dabei sind das Vertrauen der Bevölkerung in das Gesundheitssystem insgesamt sowie die Zufriedenheit mit unterschiedlichen Aspekten der regionalen Versorgungslage von Interesse. Eine weitere Dimension stellt die Betroffenheit mit spezifischen Problemlagen wie lange Wartezeiten auf Termine oder Abweisungen dar. Ebenso von Relevanz sind das Vertrauen in die Qualität der Versorgung, in die Zukunftsfähigkeit sowie das Thema der Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Die Kostenbelastung ist ein weiterer Faktor.

Ziel der Studie ist es überdies, einen Index zu bilden, der Einschätzungen, Belastungen, Bedarfe, Vertrauen, Orientierung etc. im Hinblick auf die medizinische Versorgungslage in Oberösterreich adressiert sowie zwischen Untergruppen vergleichbar und über die Zeit beobachtbar macht. Die Bildung eines Index über verschiedene Dimensionen ermöglicht es, ein komplexes und mehrdimensionales Phänomen wie die wahrgenommene Qualität der Gesundheitsversorgung in einer übergeordneten Kennzahl zusammenzufassen.

Forschungsdesign

Eine quantitative Bevölkerungsbefragung mittels telefonischer und Online-Interviews eignet sich besonders gut, um ein möglichst repräsentatives Meinungsbild zur Gesundheitsversorgung in Oberösterreich zu gewinnen. Durch die standardisierte Erhebung können die Einschätzungen, Erfahrungen und Einstellungen einer großen Zahl von Personen systematisch erfasst und miteinander verglichen werden. Auf dieser Grundlage lassen sich sowohl allgemeine Aussagen über die Wahrnehmung des Gesundheitssystems als auch differenzierte Analysen nach soziodemografischen Merkmalen, Bevölkerungsgruppen und Regionen durchführen.

Darüber hinaus ermöglicht ein solcher Mixed-Mode-Ansatz eine effiziente Durchführung der Erhebung bei gleichzeitig breiter Erreichbarkeit unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen. Die standardisierte Befragung gewährleistet eine weitgehend einheitliche Erfassung der untersuchten Themen und schafft damit die Grundlage für belastbare statistische Auswertungen sowie für Vergleiche zwischen verschiedenen Bevölkerungssegmenten und Erhebungszeitpunkten.

Aus Gründen der wissenschaftlichen Qualitätssicherung des Forschungsdesigns und des Erhebungsinstrumentes wurde eine Konsultation eines Expert:innenpools, des s.g Advisory Boards, vorgesehen (siehe unten). In einem weiteren Schritt wurden Aspekte des Erhebungsinstruments und des Fragenprogramms auch mithilfe kognitiver Pretests reflektiert. Diese Pretests dienen dazu, die Verständlichkeit, Eindeutigkeit und Beantwortbarkeit der entwickelten Fragen aus Sicht der Befragten zu überprüfen. Dabei wird insbesondere der Frage nachgegangen, ob die verwendeten Begriffe und Formulierungen wie beabsichtigt verstanden werden, ob Antwortkategorien angemessen sind und ob die Befragten die zur Beantwortung notwendigen Informationen und Erfahrungen abrufen können.

Durch die fachliche Expertise und einer empirischen Überprüfung des Fragebogens wird sichergestellt, dass sowohl die inhaltliche Relevanz als auch die Verständlichkeit und Aussagekraft der erhobenen Indikatoren möglichst hoch sind.

Für die Entwicklung des Versorgungsthermometers wurde folgende Vorgangsweise gewählt:

1. Entwicklung des Forschungsdesigns und eines (ersten) Fragenprogramms durch das IFES in Abstimmung mit der Arbeiterkammer Oberösterreich
2. Diskussion des Erhebungsinstrumentes mit dem Advisory Board (s.u.)
3. Überarbeitung des Erhebungsinstrumentes auf Basis von Empfehlungen des Advisory Boards
4. Kognitive Pretests zur Überprüfung der Verständlichkeit
5. Finalisierung des Fragebogens durch das IFES in Abstimmung mit der Arbeiterkammer Oberösterreich
6. Datenerhebung in zwei Erhebungswellen
7. Indexentwicklung theoriegeleitet und datengetrieben
8. Analyse und Ergebnisaufbereitung

Rolle des Advisory Boards

Die Expert:innen, die das Advisory Board bildeten, wurden im März 2026 um ihr Feedback zu Forschungsdesign und Erhebungsinstrument gebeten.

Selbstverständlich gilt: Die Mitglieder des Advisory Boards sind nicht für das Forschungsdesign, den Fragebogen, die Ergebnisse der Studie oder deren Einordnung durch die Arbeiterkammer Oberösterreich verantwortlich.

Für das Forschungsdesign gab es breite Zustimmung, zum Erhebungsinstrument wurde detailliertes Feedback eingebracht. Aufgrund der Rückmeldungen aus dem Advisory Board wurden u.a. die Dimension Orientierung im Gesundheitssystem (als Teilaspekt von Health Literacy), sowie die Patient:innensicherheit für den Index ergänzt, sowie zahlreiche Frageformulierungen und Antwortskalen überarbeitet.

Viele Ideen für weitere Inhalte konnten nicht aufgenommen werden, bilden aber mögliche Schwerpunkte und Module für zukünftige Erhebungswellen.

Wir möchten uns bei den Expert:innen des Advisory Boards für ihre Zeit und Expertise bedanken.

Dr.in Brigitte Ettl, Past-Präsidentin, ANetPAS Österreichische Plattform Patient:innensicherheit

MMag.a Maria M. Hofmarcher-Holzhacker, HealthSystemIntelligence

Dr. Kai Leichsenring, European Centre for Social Welfare Policy and Research

ao. Univ.-Prof. Dr. Herwig Ostermann, Geschäftsführer, Gesundheit Österreich GmbH

Prof.in Dr.in Sabine Pleschberger, MPH, Stiftungsprofessur Pflegewissenschaft, Zentrum für Public Health, Meduni Wien

Univ.-Prof. Dr. Gerald Pruckner, Leiter Abteilung für Gesundheitsökonomie, Johannes Kepler Universität Linz

Mag.a Dr.in Andrea Schmidt, MSc, Abteilungsleiterin Kompetenzzentrum Klima und Gesundheit – Klimaresilienz und One Health, Gesundheit Österreich GmbH

Eckdaten der Erhebung

Die Ergebnisse des Versorgungsthermometers 2026 basieren auf zwei quantitativen Erhebungswellen mit folgenden Eckdaten:

- **Grundgesamtheit**: Mitglieder der Arbeiterkammer Oberösterreich zwischen 16 und 65 Jahren
- **Stichprobengröße**: zwei Erhebungen à 1.250 Befragten, aggregiert als n = 2.500 Befragte
- **Erhebungsmethode**: Methodenmix aus telefonischen Interviews und online Interviews, davon etwa ein Drittel telefonische Interviews
- **Stichprobenziehung**: Telefoninterviews – Zufallsstichprobe mit RLD-Nummern und Screening auf Zugehörigkeit zur Grundgesamtheit; Online-Interviews: geschichtete Strichprobe aus Online Access-Panels
- **Befragungszeitraum**: Welle 1: 16.6. – 13.7.2026, Welle 2: 8.9. – 29.9.2026

Die Erhebungen sind durch das Stichprobendesign **repräsentativ** für die Mitglieder der Arbeiterkammer Oberösterreich.

Durch eine Ex-Post-Stratifikation bei den telefonischen Interviews, wo eine Es-Ante-Stratifikation nicht möglich ist, konnte auch hier eine gute Abbildung der Grundgesamtheit nach bestimmten soziodemographischen Merkmalen (Alter, Geschlecht, Bildungsabschluss) gewährleistet werden, ohne vom Prinzip der Zufallsstichprobe, das für die Repräsentativität der Daten von zentraler Bedeutung ist, abzuweichen. Die Daten wurden zusätzlich gewichtet, um die Randverteilungen der Grundgesamtheit gut abzubilden, dabei liegen die Gewichtungsfaktoren im Wertebereich von 0,62 bis 1,28.

Bei einer Stichprobengröße von n = 2.500 Befragten liegt bei Prozentwerten die **Schwankungsbreite** bei maximal plus/minus 2 Prozentpunkten. Bei Untergruppen sind die Schwankungsbreiten entsprechend größer, etwa plus/minus 2,8 Prozentpunkte bei n=1.250 (also der Hälfte der gesamten Stichprobe) oder plus/minus 4,4 Prozentpunkte bei n=600 (also etwa einem Viertel der gesamten Stichprobe).

Da einige Fragestellungen im Versorgungsthermometer vergleichbar zu anderen Studien gestellt wurden, konnten Überprüfungen zur Plausibilität der Antworten durchgeführt werden.

Indexbildung

Der Gesamtindex des Versorgungsthermometers ist als mehrdimensionales Messinstrument konzipiert, das unterschiedliche Aspekte der Gesundheitsversorgung aus Sicht der oberösterreichischen Arbeitnehmer:innen zu einer übergeordneten Kennzahl zusammenführt. Ziel ist es, die subjektiv wahrgenommene Qualität, Zugänglichkeit und Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems möglichst umfassend abzubilden. Dabei werden sowohl konkrete Erfahrungen mit der medizinischen Versorgung als auch allgemeine Einschätzungen und Erwartungen an das Gesundheitssystem berücksichtigt.

Die Indexarchitektur folgt einem hierarchischen, zweistufigen Aufbau. Auf der ersten Ebene werden einzelne Befragungsindikatoren zu sechs thematisch abgegrenzten Teilindizes zusammengefasst. Auf der zweiten Ebene werden diese Teilindizes unter Berücksichtigung ihrer jeweiligen Gewichtung zum Gesamtindex Gesundheitsversorgung aggregiert. Die Gewichtung der einzelnen Dimensionen orientiert sich an ihrer konzeptionellen Bedeutung für die Beurteilung der Gesundheitsversorgung.

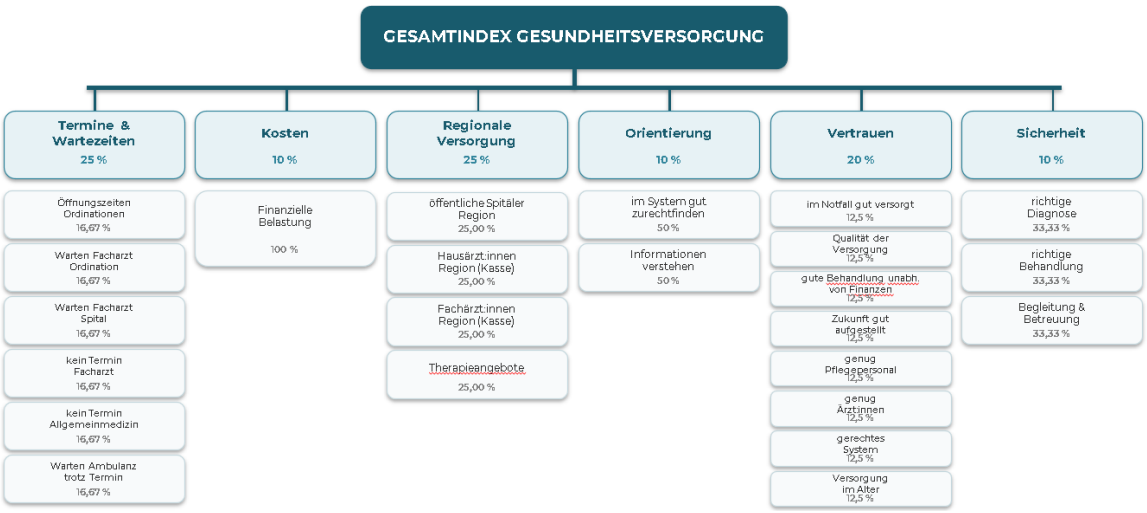
Die Indexbildung erfolgte iterativ: Nach einer theoriegeleiteten Erstversion wurde empirisch auch überprüft, wie gut Theorie und Empirie (Faktorenanalysen, Cronbachs Alpha usw.) übereinstimmen.

Dimensionen und Gewichtung

In den Index gingen folgende inhaltliche Dimensionen als Teilindizes ein:

1. Termine und Wartezeiten
2. Kosten
3. Regionale Versorgung
4. Orientierung
5. Vertrauen
6. Sicherheit

Der Gesamtindex setzt sich aus sechs Dimensionen zusammen, die unterschiedliche Aspekte der Gesundheitsversorgung abbilden. Die Berechnung des Gesamtindex erfolgt durch die gewichtete Zusammenführung der sechs Teilindizes.



Während die Einzelindikatoren innerhalb der jeweiligen Dimension gleichgewichtet berücksichtigt werden, gehen die sechs Dimensionen mit unterschiedlichen Gewichten in den Gesamtindex ein. Die beiden Dimensionen Termine und Wartezeiten sowie Regionale Versorgung erhalten mit jeweils 25 Prozent das höchste Gewicht. Damit wird der Zugänglichkeit und Verfügbarkeit medizinischer Leistungen eine besondere Bedeutung innerhalb der Gesamtbewertung eingeräumt. Die Dimension Vertrauen geht mit 20 Prozent ein, während die Dimensionen Kosten, Orientierung und Sicherheit mit jeweils 10 Prozent berücksichtigt werden.

Termine und Wartezeiten (25 %): Diese Dimension erfasst die zeitliche Zugänglichkeit medizinischer Leistungen. Berücksichtigt werden die wahrgenommenen Öffnungszeiten von Ordinationen, Wartezeiten auf fachärztliche Termine in Ordinationen und Spitälern, Schwierigkeiten bei der Vereinbarung von Terminen in der fachärztlichen und allgemeinmedizinischen Versorgung sowie Wartezeiten in Spitalsambulanzen trotz vereinbarter Termine. Die sechs Einzelindikatoren fließen jeweils gleichgewichtet in den Teilindex ein.

Kosten (10 %): Diese Dimension bildet die finanzielle Leistbarkeit der Gesundheitsversorgung ab. Grundlage ist die subjektiv wahrgenommene finanzielle Belastung durch medizinische Leistungen beziehungsweise gesundheitsbezogene Ausgaben. Der entsprechende Einzelindikator bildet den Teilindex vollständig ab.

Regionale Versorgung (25 %): Diese Dimension beschreibt die wahrgenommene Verfügbarkeit und Erreichbarkeit medizinischer Versorgungsangebote im regionalen Umfeld. Sie umfasst die Versorgung mit öffentlichen Spitälern, Hausärzt:innen und Fachärzt:innen mit Kassenvertrag sowie die Verfügbarkeit therapeutischer Angebote. Die vier Einzelindikatoren werden mit jeweils 25 Prozent gleichgewichtet berücksichtigt.

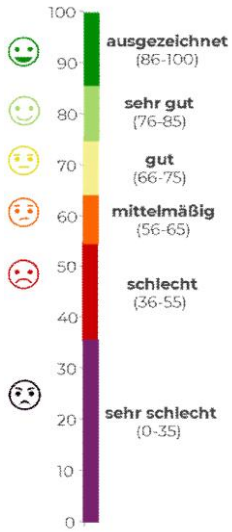
Orientierung (10 %): Diese Dimension erfasst, inwieweit sich die Bevölkerung im Gesundheitssystem zurechtfindet und gesundheitsbezogene Informationen versteht. Sie berücksichtigt sowohl die Fähigkeit, sich innerhalb der bestehenden Versorgungsstrukturen zu orientieren, als auch das subjektive Verständnis medizinischer beziehungsweise gesundheitsbezogener Informationen. Beide Indikatoren fließen mit jeweils 50 Prozent in den Teilindex ein.

Vertrauen (20 %): Diese Dimension bildet das Vertrauen in die Leistungsfähigkeit, Verlässlichkeit und Zukunftsfähigkeit des Gesundheitssystems ab. Berücksichtigt werden das Vertrauen in eine angemessene Versorgung im medizinischen Notfall, die allgemeine Versorgungsqualität, eine gute Behandlung unabhängig von den persönlichen finanziellen Möglichkeiten, die zukünftige Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems, die ausreichende Verfügbarkeit von Pflegepersonal und Ärzt:innen, die Gerechtigkeit des Gesundheitssystems sowie die Sicherstellung der medizinischen Versorgung im Alter. Die acht Einzelindikatoren gehen jeweils gleichgewichtet in den Teilindex ein.

Sicherheit (10 %): Diese Dimension erfasst das subjektive Sicherheitsgefühl im Zusammenhang mit medizinischen Behandlungen. Im Mittelpunkt stehen das Vertrauen in eine richtige medizinische Diagnose, eine angemessene Behandlung sowie eine ausreichende Begleitung und Betreuung während des Versorgungsprozesses. Die drei Einzelindikatoren werden mit jeweils einem Drittel gleichgewichtet berücksichtigt.

Normierung der Indexskala

Jeder Subindex stützt sich auf eine bis mehrere Fragen aus dem Erhebungsinstrument, die gemeinsam eine Wahrnehmungsdimension abbilden. Der Wertebereich liegt im Bereich von 0 bis 100, wobei 0 dem schlechtestmöglichen Wert (z.B. maximale Unzufriedenheit bei jeder Frage zu Wartezeiten und Terminen, maximale Schwierigkeiten bei beiden Fragen zur Orientierung im Gesundheitssystem), und 100 dem bestmöglichen Wert entspricht (z.B. maximale Zufriedenheit bei jeder Frage zu Wartezeiten und Terminen, maximale Zuversicht bei beiden Fragen zur Orientierung im Gesundheitssystem).



Der Gesamtindex bildet sich aus den sechs Teilindizes, die mit leicht unterschiedlicher Gewichtung in den Gesamtindex eingehen (wobei die Gewichtung ebenfalls aus den Ergebnissen der Faktorenanalysen abgeleitet wurde). Der Gesamtindex liegt damit wieder zwischen 0 und 100, wobei 0 dem schlechtesten und 100 dem besten mögliche Wert entspricht.

Zur besseren Lesbarkeit wird der Index von 0 bis 100 danach in sechs Ergebnisbereiche aufgeteilt: ausgezeichnet, sehr gut, gut, mittelmäßig, schlecht und sehr schlecht, die mit einem Farbschema hinterlegt sind.

Projektteam IFES

Dr. Reinhard Raml
Dr.in Eva Zeglovits
Martin Oppenauer, BA
Mag. Levin Tröster