

Kanton Zug



Universität
Zürich^{UZH}



UniversitätsSpital
Zürich

Institut für Hausarztmedizin

Befragung der Zuger Ärztinnen und Ärzte zur ärztlichen Grundversorgung

**Studie im Auftrag der Gesundheitsdirektion
des Kantons Zug**

**Bericht des Instituts für Hausarztmedizin
der Universität Zürich, August 2014**

Impressum

Gesundheitsdirektion des Kantons Zug

Institut für Hausarztmedizin, Universität Zürich

Dr. med. Ryan Tandjung

Dr. med. Susann Hasler

Prof. Dr. med. Thomas Rosemann, PhD

Das Institut für Hausarztmedizin der Universität Zürich hat im Auftrag der Gesundheitsdirektion des Kantons Zug vom 23. Juni bis zum 9. August 2014 eine Befragung der Zuger Ärztinnen und Ärzte zur ärztlichen Grundversorgung im Kanton Zug durchgeführt.

Die Fragen wurden von der Gesundheitsdirektion des Kantons Zug entwickelt und in Zusammenarbeit mit dem Institut für Hausarztmedizin finalisiert. Die Durchführung der Umfrage, die Datenauswertung sowie die Berichtverfassung nach kantonalen Vorgaben oblagen dem Institut für Hausarztmedizin.

Inhalt		
1.	Einleitung	4
2.	Methodik	4
3.	Resultate	5
3.1.	Stichprobe und Rücklauf	5
3.2.	Teilnehmende Ärztinnen und Ärzte	6
3.2.1.	Ärztinnen und Ärzte in der Praxis	9
3.2.2.	Wirtschaftlich selbständige Ärztinnen und Ärzte	9
3.2.3.	Angestellte Ärztinnen und Ärzte in der Praxis	10
3.2.4.	Praxisstrukturen	11
3.3.	Aufgabe der ärztlichen Tätigkeit	13
3.4.	Spitalärztinnen und Spitalärzte	14
3.4.1.	Ärztinnen und Ärzte, die eine Praxistätigkeit beabsichtigen	14
3.4.2.	Ärztinnen und Ärzte, die von einer Praxistätigkeit absehen	15
3.5.	Praxisassistenz	17
3.6.	Ärztezentren	19
3.7.	Massnahmen zur Stärkung der Grundversorgung	20
3.8.	Administrative Hürden	24
3.9.	Zufriedenheit mit dem Einkommen	25
3.10.	Selbstdeklaration Spezialistinnen/Spezialisten und Allgemeinmediziner	25
4.	Referenzen / Literaturhinweise	27

1. Einleitung

Der Sicherstellung der medizinischen Grundversorgung wird in der Schweizer Gesundheitspolitik ein hoher Stellenwert beigemessen. Auch die Schweizer Bevölkerung hat sich in der Volksabstimmung im Mai 2014 beim Gegenvorschlag zur Hausarztinitiative mit grosser Mehrheit zur medizinischen Grundversorgung bekannt.

Im Kontext dieser Entwicklung plant die Gesundheitsdirektion des Kantons Zug die Zuger Gespräche zur ärztlichen Grundversorgung. Die vorliegende Erhebung unter Zuger Ärztinnen und Ärzten, die im Sommer 2014 durchgeführt wurde, dient zur Vorbereitung dieser Gespräche. Das Interesse gilt neben der Abbildung der ärztlichen Ausbildung und aktuellen Tätigkeit vorab der Einschätzung verschiedenster Massnahmen, um die ärztliche Grundversorgung im Kanton Zug zu stärken.

Die Umfrage beinhaltete die Möglichkeit, Kommentare anzubringen. Da diese oftmals einen sehr persönlichen Charakter hatten und Rückschlüsse auf einzelne Personen zuliesse, wurde entschieden, diese nicht zu publizieren. Sie fliessen jedoch in die Auswertung der Gesundheitsdirektion des Kantons Zug ein.

2. Methodik

Die Fragen wurden durch die Gesundheitsdirektion des Kantons Zug entwickelt und in Zusammenarbeit mit dem Institut für Hausarztmedizin der Universität Zürich finalisiert. Die Umfrage enthielt insgesamt 61 Fragen, wobei niedergelassene Ärztinnen und Ärzte und Spitalärztinnen und -ärzte teilweise getrennte Frageblöcke zu beantworten hatten.

Die Durchführung der Umfrage erfolgte durch das Institut für Hausarztmedizin der Universität Zürich. Die Fragen wurden mit SurveyMonkey® in eine Form programmiert, die ein webbasiertes Ausfüllen erlaubte. Der Versand der Umfrage erfolgte ausschliesslich auf elektronischem Wege. Die E-Mailadressen wurden hierzu von den Spitälern des Kantons Zug und von der Ärztesgesellschaft des Kantons Zug für diese Umfrage zur Verfügung gestellt. Die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte wurden im Vorfeld durch die verschiedenen möglichen Kanäle (Spitaldirektionen, Ärztesgesellschaft, Gesundheitsdirektion) auf die Umfrage aufmerksam gemacht.

Die Einladung zur Teilnahme an der Umfrage erfolgte am 23. Juni 2014, drei Wochen später (14. Juli 2014) erfolgte ein Erinnerungsschreiben an jene Personen, die noch nicht an der Umfrage teilgenommen hatten. Am Sonntag, 3. August 2014, folgte dann das letzte Erinnerungsschreiben an die verbleibenden Adressaten. Die Datenerhebung der Umfrage wurde am 9. August 2014 abgeschlossen.

Die Umfragebeantwortung war zur Koordination der Erinnerungsschreiben mit den E-Mailadressen verknüpft. Vor der Analyse wurde diese Verknüpfung gelöscht, die Analyse erfolgte ausschliesslich mit anonymisierten Daten. Die Analyse wurde im Institut für Hausarztmedizin mittels deskriptiver statistischer Methoden durchgeführt, die Zahlen werden mit Mittelwerten und Standardabweichungen präsentiert. Häufigkeiten werden mit absoluten Werten und Prozentangaben in Klammern aufgeführt. Die Bezugsgrösse der Prozentangaben ist bei der jeweiligen Präsentation der Zahlen näher spezifiziert. Vergleiche zwischen zwei Gruppierungen erfolgten mittels Chi-Quadrat-Tests. Als statistisch signifikant wurde ein p-Wert < 0.05 erachtet.

Einige Personen haben nicht alle Fragen beantwortet. Die Fragen wurden soweit verwertet, als Antworten zur Verfügung standen.

3. Resultate

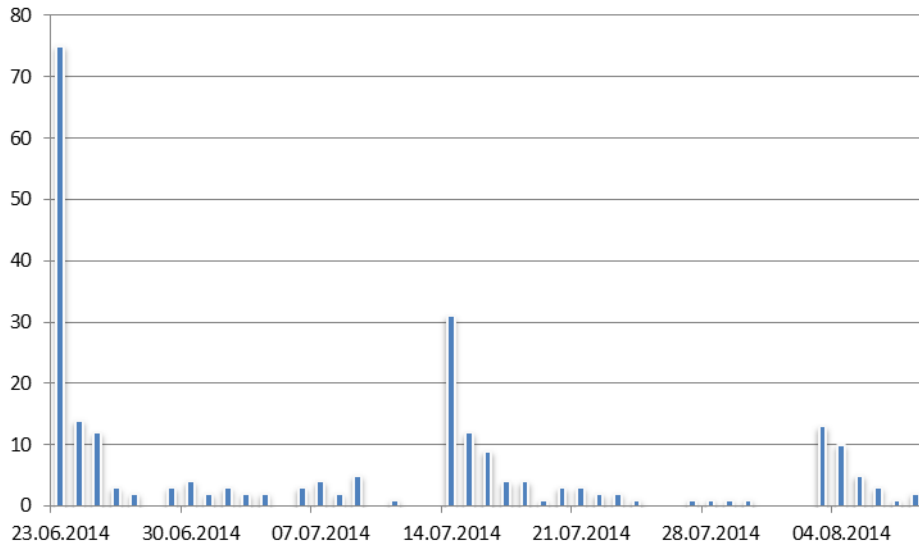
3.1. Stichprobe und Rücklauf

Der Versand der Umfrage erfolgte insgesamt an 405 Adressen von Zuger Ärztinnen und Ärzten. Die Adressen waren wie folgt aufgeteilt: 115 aus dem Zuger Kantonsspital, 12 aus der Rehabilitationsklinik Adelheid, 14 aus der Psychiatrischen Klinik Meissenberg, 20 aus der Psychiatrischen Klinik Zugersee und 244 von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten.

405 Einladungen wurden versandt, 11 Adressen waren ungültig, das erste Erinnerungsschreiben erfolgte an 265 Adressen, das zweite Erinnerungsschreiben an 187 Adressen. Insgesamt haben 247 Personen an der Umfrage teilgenommen, dies entspricht einem Rücklauf von 62.7% (247 von 394 erfolgreich versandten Einladungen). Abbildung 1 zeigt den Rücklauf im Zeitverlauf und in Abhängigkeit des Versandes der insgesamt drei Einladungen.

Kommentar: Der Rücklauf ist erfreulich hoch und stärkt somit die Aussagekraft dieser Umfrage. Für Umfragen unter Ärztinnen und Ärzten, die ohne finanzielle oder geldwerte Anreize durchgeführt wurden, ist in der Regel eine deutlich tiefere Rücklaufquote bekannt [1]. Hilfreich waren dabei sicherlich die zusätzliche Vorankündigung über die Spitäler und die Ärztesellschaft sowie das erste und zweite Erinnerungsschreiben, wie aus dem Rücklauf in Abbildung 1 ersichtlich ist.

Abbildung 1 – Rücklauf der Befragung



Anmerkung. Rücklauf auf die Umfrage. Die x-Achse ist die Zeitachse im Gesamtverlauf der Umfrage (23.06.-09.08.2014), die y-Achse zeigt die Anzahl Beantwortungen an den jeweiligen Tagen. Die Einladung erfolgte am 23.06.2014 (morgens) per E-Mail. Erinnerungsschreiben erfolgten am 14.07. und am 04.08.2014.

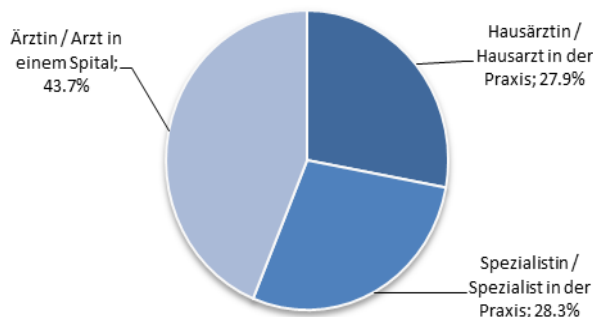
Die Präsentation der Daten erfolgt zuerst mit generellen Angaben über alle Teilnehmende, dann getrennt nach den Gruppierungen «niedergelassene Ärztinnen und Ärzte» (Hausärztinnen/-ärzte sowie Spezialistinnen/Spezialisten in der Praxis) und «Spitalärztinnen/-ärzte». Am Ende folgen die Fragen, die von allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern beantwortet wurden.

3.2. Teilnehmende Ärztinnen und Ärzte

Die befragten Ärztinnen und Ärzte teilten sich in folgende Gruppierungen auf: 69 (27.9%) Hausärztinnen und Hausärzte, 70 (28.3%) Spezialistinnen und Spezialisten in der Praxis und 108 (43.7%) Ärztinnen und Ärzte, die an Spitalern tätig sind. Abbildung 2 veranschaulicht die Tätigkeit der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte.

33.6% der Teilnehmenden waren Ärztinnen, 66.4% Ärzte. Das Durchschnittsalter betrug 47.8 Jahre ($SD = \pm 10.43$ Jahre), der älteste Teilnehmer war 80-jährig, die jüngste 26. Die Ärztinnen waren durchschnittlich 41.5 Jahre alt ($SD = 9.85$); die Ärzte 50.6 Jahre ($SD = 9.64$), signifikanter Unterschied ($p = 0.012$). Die Teilnehmenden hatten in den Jahren zwischen 1961–2013 das Medizinstudium abgeschlossen, durchschnittlich ist der Studienabschluss 21 Jahre her ($SD \pm 10.57$ Jahre).

Abbildung 2 – Tätigkeitsfelder der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte



Anmerkung. Tätigkeitsfelder der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte. Die Ärztinnen und Ärzte im Spital beantworteten im mittleren Teil andere Fragen als die Ärztinnen und Ärzte in der Praxis.

29 (11.7%) Teilnehmende haben ihre Weiterbildung noch nicht abgeschlossen und verfügten deshalb noch über keinen Facharzttitel. Die Ärztinnen und Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung verfügten durchschnittlich seit 18.9 Jahren ($SD = 11.22$) über einen Facharzttitel.

Die Hausärztinnen und Hausärzte waren durchschnittlich 54.1 Jahre alt (Range von 37–80 Jahre, $SD = 8.44$ Jahre), die niedergelassenen Spezialistinnen und Spezialisten 51.5 Jahre (Range von 38–70 Jahre, $SD = 6.65$ Jahre). Bei den Hausärztinnen und Hausärzten betrug der Frauenanteil 23.1%, bei den Spezialisten 23.8%. Bezüglich Alters- und Geschlechterverteilung kann statistisch kein signifikanter Unterschied zwischen diesen beiden Gruppierungen nachgewiesen werden ($p = 0.218$ bzw. $p = 0.922$).

Die Spitalärztinnen und Spitalärzte waren deutlich jünger, das Durchschnittsalter betrug 40.9 Jahre ($SD = 9.36$), der Frauenanteil betrug 47.0%. 73.1% der Teilnehmenden sind Schweizerinnen und Schweizer, 24.7% kommen aus Deutschland und 5 Personen haben weitere Staatsbürgerschaften.

16.7% der Teilnehmenden verfolgten neben ihrer klinischen Tätigkeit weitere nicht-klinische Aufgaben, diese betreffen vorab Lehraufträge von verschiedenen Bildungseinheiten in der Gesundheit (Fachhochschulen für Gesundheitsberufe, Universitäten), Beratungstätigkeiten, standespolitische Tätigkeiten und Leitungsaufgaben für Praxen.

22.7% der Teilnehmenden haben eine Ehe oder Partnerschaft mit einer Ärztin/einem Arzt. Das durchschnittliche Arbeitspensum beträgt 9.39 Halbtage pro Woche (Range von 1–14 Halbtage pro Woche, $SD = 2.02$). Die häufigste Deklaration an Anzahl Arbeitstagen (41.9%) waren 10 Halbtage pro Woche, was einem Pensum von 100% entspricht.

Tabelle 1 – Haupttätigkeitsfelder der Teilnehmenden

Allgemeine Innere Medizin	77
Psychiatrie und Psychotherapie	31
Chirurgie	19
Gynäkologie und Geburtshilfe	13
Anästhesiologie	11
Kinder- und Jugendmedizin	9
Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates	8
Radiologie	7
Ophthalmologie	6
Neurologie	5
Übrige (weniger als 5 Nennungen)	36

Anmerkung. Haupttätigkeitsfelder der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte. In der zweiten Spalte ist die Anzahl der Nennungen aufgeführt. Viele Ärztinnen und Ärzte haben mehrere Facharztstitel, hier wurden die Teilnehmenden jedoch gebeten, ihr Hauptgebiet anzugeben, eine Mehrfachauswahl war deshalb nicht möglich. Nicht alle Teilnehmenden haben alle Fragen beantwortet, was je nach Frage zu einigen fehlenden Antworten führen kann.

51.5% sind mit ihrem aktuellen Pensum zufrieden, 47.2% würden gerne weniger arbeiten, 1.3% gerne mehr. Das häufigste gewünschte Reduktionspensum (34.9%) war die Reduktion um 2 Halbtage von 10 auf 8 Halbtage (entspricht einem 80% Pensum). Durchschnittlich war der Wunsch nach einer relativen Reduktion der Arbeitslast von 24.7% ($SD = 19.3\%$). Als häufigste Begründung für eine Reduktion des Arbeitspensums wird der Begriff Work-Life-Balance verwendet.

Kommentar: Die hier erhobene Stichprobe ist gut vergleichbar mit dem Gesamtkollektiv der Schweizer Ärzteschaft [2], wobei der Frauenanteil in der gesamten Ärzteschaft bei 38.6% liegt. Im ambulanten Sektor beträgt der Frauenanteil 34.8%, im stationären Sektor 43.3%. Der stationäre Sektor macht im Gesamtkollektiv 45.5% aus. Die Repräsentativität der Stichprobe ist gut, was angesichts des hohen Rücklaufs auch wenig erstaunt. Auf einen Vergleich mit weiteren demographischen Daten wird deshalb verzichtet.

Die Deklaration von Halbtagen als Arbeitspensum ist zwar in den Befragungen der Ärzteschaft üblich (z. B. auch für die erwähnte Ärztestatistik, deren Erhebung durch die Abteilung Daten, Demographie und Qualität der Schweizer Ärzteverbindung FMH erfolgt), ist aber gewissen Limiten unterworfen: Ein Halbtage ist nicht normiert, d. h. er kann je nach Arbeitsweise zwischen drei und einigen Stunden darüber dauern, woraus auch eine sehr grosse unterschiedliche Gesamtarbeitszeit resultieren kann. Die Erhebung der Arbeitszeit ist zudem auch unter Berücksichtigung der verschiedenen Tätigkeiten (klinische Tätigkeit, Administration, Zusatzaufgaben im klinischen oder nicht-klinischen Bereich etc.) zusätzlichen

Limiten unterworfen: Je nach subjektiver Einschätzung werden die verschiedenen Arbeitsbereiche zur Arbeitszeit gezählt oder nicht.

Ärztinnen und Ärzte verstehen häufig eine (mindestens) 50-Stunden-Arbeitswoche als Basis eines 100%-Pensums, dies hat sich insofern eingebürgert, als dass viele Spitäler die nach Arbeitsgesetz geltende Maximalarbeitszeit von 50 Stunden pro Woche als Soll-Arbeitszeit für Ärztinnen und Ärzte definiert haben. Angestellte Ärztinnen und Ärzte sind seit 2005 mit wenigen Ausnahmen dem Arbeitsgesetz unterstellt. Die Einschätzung der häufig genannten Aussage nach Wunsch einer Pensumsreduktion auf 80% (was in einer 50-Stunden-Woche 40 Stunden pro Woche entspricht) muss diese Umstände berücksichtigen.

3.2.1. Ärztinnen und Ärzte in der Praxis

Die folgenden Angaben beziehen sich auf diejenigen Ärztinnen und Ärzte, die in der ersten Frage angegeben haben, dass sie in einer Praxis tätig waren ($n = 139$). Die Prozentangaben beziehen sich im folgenden Abschnitt auf diese Gruppierung und nicht auf alle Teilnehmenden.

Der Grossteil der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte ($n = 100$, 71.9%) war selbständig und Praxisinhaber, eine kleine Gruppe ($n = 20$, 14.4%) war im Angestelltenverhältnis tätig, 16 Personen (11.5%) waren Mitinhaber (z. B. einer Aktiengesellschaft).

3.2.2. Wirtschaftlich selbständige Ärztinnen und Ärzte

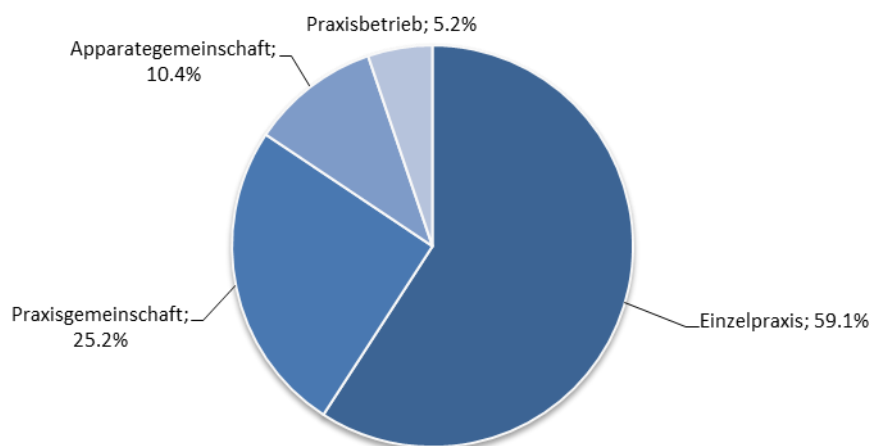
Die wirtschaftlich selbständigen Ärztinnen und Ärzte haben sich im Zeitraum zwischen 1977–2014 selbständig gemacht. Durchschnittlich waren sie seit 12.9 Jahren ($SD = 9.26$) wirtschaftlich selbständig. Der Grossteil dieser Ärztinnen und Ärzte hat zuvor in einem Spital (70.2%) oder in einem Spital und in einer Praxis (12.3%) gearbeitet. 14.9% waren vor der Praxiseröffnung ausschliesslich in einer Praxis tätig, 2.6% weder in einem Spital noch in einer Praxis.

Für 69.7% war die Praxiseröffnung die erste selbständige Praxistätigkeit, bei den restlichen lagen im Mittel 7.26 Jahre ($SD = 6.57$) zwischen der ersten selbständigen praktischen Tätigkeit und der Praxiseröffnung.

Die Einzelpraxis ist mit 59.1% die vorherrschende Form. Die Apparategemeinschaft war im Fragebogen mit *Praxis selbständig tätiger Ärztinnen und Ärzte, welche die Praxisinfrastruktur teilen* umschrieben. Die nähere Beschreibung für den Praxisbetrieb lautete: *mit Betriebsbewilligung*. Abbildung 3 veranschaulicht die Aufteilung der Praxisformen. Bei den Praxisge-

meinschaften war die Doppelpraxis (46.0%) und die Praxis mit 3 Ärztinnen und Ärzten (40.5%) die vorwiegende Praxisform, die Praxis mit 4 Ärzten wurde dreimal erwähnt, einmalig auch eine Praxis mit 5 und eine mit über 10 Ärztinnen und Ärzten.

Abbildung 3 – Praxisformen der *selbständigen* Ärztinnen und Ärzte



Anmerkung. Praxisformen der wirtschaftlich selbständigen Ärztinnen und Ärzte. Als Apparategemeinschaft wurde eine *Praxis selbständig tätiger Ärztinnen und Ärzte, welche die Praxisinfrastruktur teilen*, definiert. Der Praxisbetrieb erfolgte mit der Erläuterung *mit Betriebsbewilligung*.

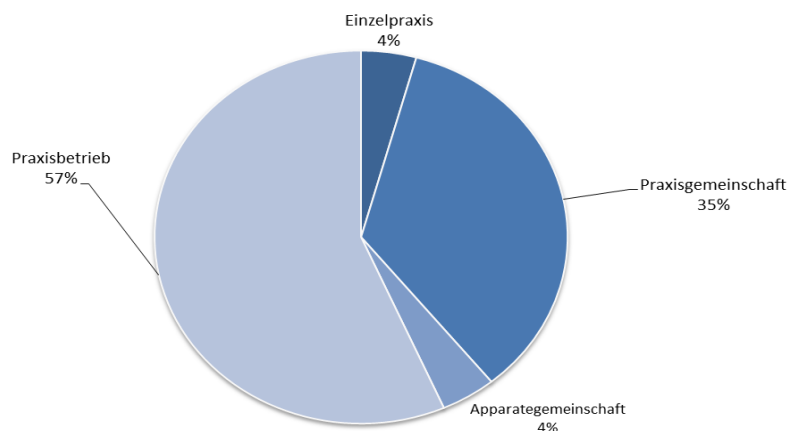
3.2.3. Angestellte Ärztinnen und Ärzte in der Praxis

20 Ärztinnen und Ärzte waren im Angestelltenverhältnis in der Praxis tätig¹. 8 Personen hatten vor ihrer Anstellung in keiner anderen Praxis fachlich selbständig gearbeitet. Die anderen 12 Personen waren zuvor zwischen 2–34 Jahren in einer anderen Praxis tätig ($M = 7.2$ Jahre, $SD = 9.55$).

Die Verteilung der Praxisformen ist in Abbildung 4 ersichtlich. Für die angestellten Ärztinnen und Ärzte war die Praxisgemeinschaft mit 10 oder mehr Ärztinnen und Ärzten die häufigste Praxisform (31.8%), gefolgt von einer Praxis mit 3 Ärztinnen und Ärzten (21.7%). Vereinzelte Formen gab es bei den Praxen mit 2, 4 oder 5 Ärztinnen und Ärzten. Diese Zahlen beziehen sich auf die Praxisform der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte und nicht auf die Häufigkeit der einzelnen Praxisformen im Kanton.

¹ Eine solche Anstellung ist im Kanton Zug erst seit dem 1. Mai 2011 möglich.

Abbildung 4 – Praxisformen der *angestellten* Ärztinnen und Ärzte



Anmerkung. Praxisformen der angestellten Ärztinnen und Ärzte in der Praxis. Als Apparategemeinschaft wurde eine *Praxis selbständig tätiger Ärztinnen und Ärzte, welche die Praxisinfrastruktur teilen*, definiert. Der Praxisbetrieb erfolgte mit der Erläuterung: *mit Betriebsbewilligung*.

3.2.4. Praxisstrukturen

Hier folgt die Beschreibung der Praxisstrukturen. Dafür wurden die Daten aus der Erhebung der angestellten Ärztinnen und Ärzte in der Praxis sowie der selbständigen Ärztinnen und Ärzte (die nicht in der Einzelpraxis arbeiten) gepoolt. Insgesamt beziehen sich die Prozentangaben auf 69 Ärztinnen und Ärzte.

Tabelle 2 – Häufigkeit der vertretenen Fachgebiete in Praxisgemeinschaften

Allgemeine Innere Medizin	52.2%
Kinder- und Jugendmedizin	15.9%
Psychiatrie und Psychotherapie	14.5%
Gynäkologie und Geburtshilfe	11.6%
Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates	7.2%
Chirurgie	5.8%
Ophthalmologie	5.8%
Radiologie	4.3%
Anästhesiologie	4.3%
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	4.3%

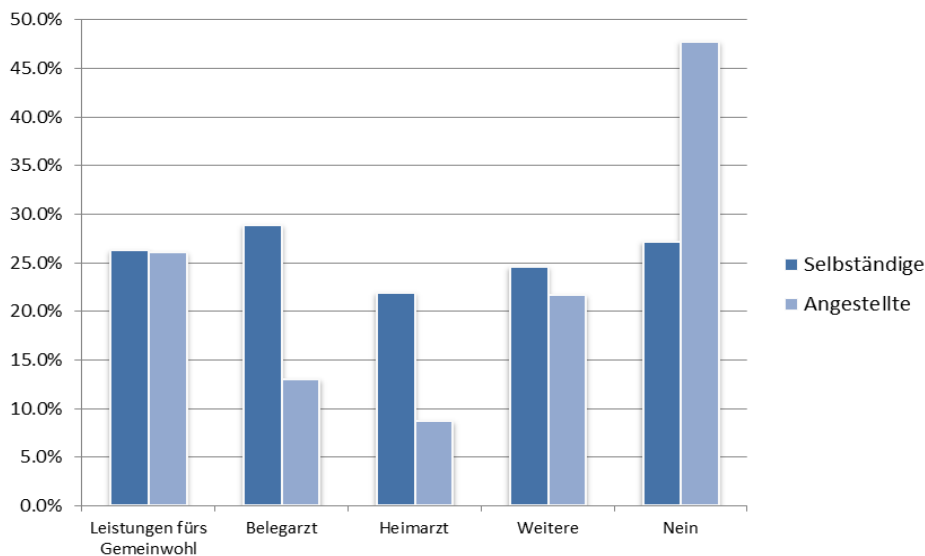
Anmerkung. Häufigkeit der vertretenen Fachgebiete in den Praxisgemeinschaften ($n = 69$). Die Prozentzahlen beziehen sich auf diese 69 Beschreibungen von Praxisgemeinschaften. Weitere Fachgebiete, die vereinzelt erwähnt wurden, sind: Allergologie, Angiologie, Arbeitsmedizin, Dermatologie/ Venereologie, Endokrinologie/Diabetologie, Kardiologie, Klinische Pharmakologie, Medizinische Onkologie, Neurochirurgie, Neurologie, Oto-Rhino-Laryngologie, Plastische Chirurgie und Pneumologie.

82.7% der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte in der Praxis geben an, dass in ihrer Praxis auch ausserhalb von Notfällen neue Patientinnen und Patienten für die medizinische Betreuung aufgenommen werden.

Die Ärztinnen und Ärzte in der Praxis wurden gefragt, ob sie ausserhalb ihrer Tätigkeit in der Praxis weitere ärztliche Aufgaben ausführen würden, wie z. B. Leistungen für das Gemeinwohl (amtsärztliche oder schulärztliche Tätigkeiten) oder Hausärztin/Hausarzt in einem Heim. Die Antworten sind in Abbildung 5 ersichtlich.

Kommentar: Bei den Praxisstrukturen ist zu beachten, dass die Umfrage auf der Erhebung der einzelnen Ärztinnen und Ärzte basiert und nicht auf der Ebene von Praxen. Eine Gruppenpraxis von 10 Ärztinnen und Ärzten kann deshalb mehrere Male abgebildet worden sein, damit besteht die Möglichkeit, dass Praxisgemeinschaften und Ärztezentren übervertreten sein könnten. Dieselbe mögliche Verzerrung durch Mehrfachnennungen liegt bei den Praxen vor, die auch ausserhalb von Notfällen neue Patientinnen und Patienten aufnehmen.

Abbildung 5 – Weitere ärztliche Tätigkeiten ausserhalb der Praxis



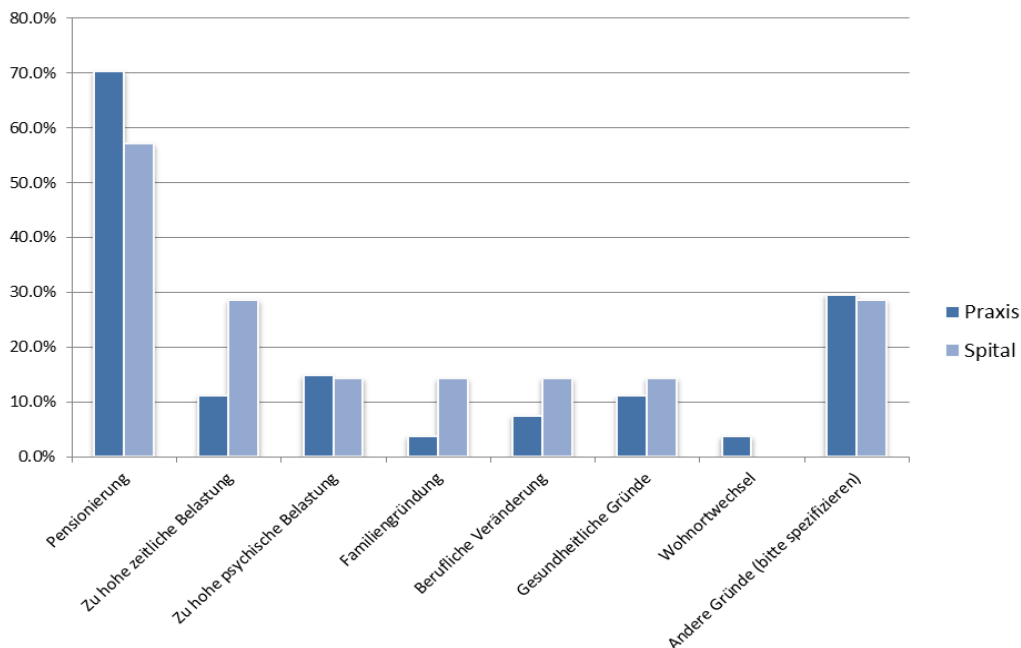
Anmerkung. Die Frage im Fragebogen lautete: *Arbeiten Sie zusätzlich als Ärztin/Arzt in respektive für eine Institution?* Als Leistungen für das Gemeinwohl wurden subsummiert: *amtsärztliche Tätigkeit, schulärztliche Tätigkeit, feuerwehrärztliche Tätigkeit.* Weiter wurde von den Teilnehmenden erwähnt: Samariterverband, Notfalldienstorganisation, Berufsbildungsorganisationen, vertrauensärztliche Tätigkeit, Patientenorganisationen. Aufgeführt sind in dunkelblau wirtschaftlich selbständige Ärztinnen und Ärzte und in hellblau in der Praxis angestellte Ärztinnen und Ärzte.

3.3. Aufgabe der ärztlichen Tätigkeit

27 (19.4%) niedergelassene Ärztinnen und Ärzte und 8 (7.4%) Spitalärztinnen und -ärzte möchten in absehbarer Zukunft ihre ärztliche Tätigkeit aufgeben. Die genannten Gründe sind in Abbildung 6 ersichtlich.

Diejenigen Praxisinhaberinnen und Praxisinhaber, welche die berufliche Tätigkeit aufgeben wollen, wurden gefragt, inwieweit ihre Nachfolge bereits geregelt sei ($n = 27$), der Grossteil dieser Gruppe ($n = 18$, 66.7%) hat sich mit der Nachfolge noch nicht näher auseinandergesetzt. 5 Ärztinnen und Ärzte (18.5%) werden die Praxis auflösen und suchen deshalb keine Nachfolge, 4 Personen haben die Nachfolge geregelt, 1 Person verkauft die Praxis an eine Praxisgruppe, die anderen 3 konnten die Nachfolge über persönliche Kontakte oder durch die Gründung einer Aktiengesellschaft regeln.

Abbildung 6 – Gründe für die Aufgabe der ärztlichen Tätigkeit



Anmerkung. Gründe für die Aufgabe der ärztlichen Tätigkeit. In dunkelblau Ärztinnen und Ärzte in der Praxis, die angegeben haben, ihre Tätigkeit in absehbarer Zeit aufgeben zu wollen ($n = 27$), in hellblau die Zahlen für die Spitalärztinnen und -ärzte ($n = 7$). Als weitere Gründe wurden unter anderem genannt: Unzufriedenheit in der Schweiz, Bürokratie, Lust auf Abwechslung, zu wenig Anerkennung und zu schlechte Bezahlung.

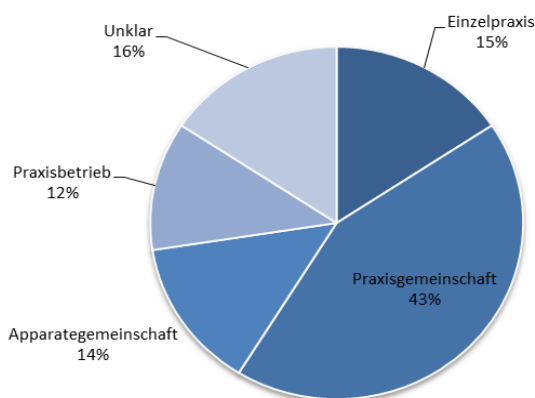
3.4. Spitalärztinnen und Spitalärzte

108 Spitalärztinnen und Spitalärzte haben Angaben zur Planung ihrer beruflichen Zukunft gemacht. Die Prozentzahlen beziehen sich auf diese 108 Antworten. Die Funktionen im Spital waren wie folgt vertreten: 34 (31.5%) Assistenzärztinnen und -ärzte; 27 (25.0%) Oberärztinnen und -ärzte; 5 (4.6%) Spitalfachärztinnen und -ärzte; 25 (23.2%) leitende Ärztinnen und Ärzte sowie 12 (11.1%) Chefärztinnen und Chefärzte.

3.4.1. Ärztinnen und Ärzte, die eine Praxistätigkeit beabsichtigen

Die Spitalärztinnen und Spitalärzte wurden gefragt, ob sie sich in Zukunft niederlassen wollen. 33 (30.6%) beabsichtigen, in den kommenden Jahren eine Praxistätigkeit aufzunehmen. 10 (9.3%) Personen sehen eine hausärztliche Tätigkeit und 23 (21.3%) eine spezialärztliche niedergelassene Tätigkeit vor. 74 (68.5%) verfolgen nicht die Absicht, in die Niederlassung zu gehen. 43% bevorzugen eine praktische Tätigkeit in einer Praxisgemeinschaft (siehe hierzu auch Abbildung 7). Die 10 Ärztinnen und Ärzte, die eine künftige hausärztliche Tätigkeit beabsichtigen, waren aufgeteilt in 7 Assistenzärztinnen und -ärzte sowie 3 Ärztinnen und Ärzte in höheren Funktionen. Bei den künftigen Praxisspezialistinnen und -spezialisten waren es 13 Assistenzärztinnen und -ärzte sowie 11 Ärztinnen und Ärzte in höheren Funktionen.

Abbildung 7 – Praxisformen der künftigen Praxisärztinnen und -ärzte



Anmerkung. Praxisformen der künftigen Praxisärztinnen und -ärzte ($n = 33$). Die beabsichtigte Praxisform der Ärztinnen und Ärzte, die sich eine Praxiseröffnung in Zukunft vorstellen können, sind hier abgebildet. Als Apparategemeinschaft wurde eine *Praxis selbständig tätiger Ärztinnen und Ärzte, welche die Praxisinfrastruktur teilen*, definiert. Der Praxisbetrieb erfolgte mit der Erläuterung *mit Betriebsbewilligung*.

Auf die Frage, warum sich die Ärztinnen und Ärzte dieser Gruppe bisher noch nicht selbstständig gemacht haben, wurden die Antworten in Tabelle 3 gegeben ($n = 33$, es waren Mehrfachantworten möglich).

Tabelle 3 – Warum der Schritt in die Praxis noch nicht gemacht wurde

Weiterbildung noch nicht abgeschlossen	22
Praxispartner noch nicht gefunden	9
Weiterhin praktische Erfahrungen sammeln	8
Fehlende finanzielle Mittel	6
Auf Teamrückhalt nicht verzichten wollen	6
Noch nicht bereit	6
Aufwand der Praxisgründung	5
Allfällige Haftungsansprüche	4
Zu hohes wirtschaftliches Risiko	4
Fehlende Energie	3
Administrationsaufwand	3
Standort noch nicht gefunden	1

Anmerkung. Gründe von Ärztinnen und Ärzten, die eine Praxistätigkeit ins Auge fassen, weshalb der Schritt in die Selbständigkeit noch nicht gewagt wurde. $N = 33$, Mehrfachantworten möglich.

Eine Kontaktstelle, die beim Schritt in die Selbständigkeit unterstützt, würden 11 Personen begrüssen, 10 der 11 Personen bevorzugen eine von der Ärzteschaft organisierte Stelle gegenüber einer kantonalen (behördlichen) Stelle. 22 Teilnehmende (66.7%) sehen keinen Bedarf für eine solche Stelle.

27 von 33 (81.8%) Ärztinnen und Ärzten, die beabsichtigen eine Praxis zu eröffnen, würden das Angebot eines kantonalen zinslosen rückzahlbaren Darlehens zur Praxisgründung in ihre Planung miteinbeziehen.

3.4.2. Ärztinnen und Ärzte, die von einer Praxistätigkeit absehen

Die Ärztinnen und Ärzte, die am Spital tätig waren und keine Absicht hatten, in die Praxis zu gehen, wurden nach den Gründen gefragt, die gegen eine Praxistätigkeit sprechen. Hierfür konnten sie aus einer Liste mehrere Antworten auswählen. Die Antworten sind in Tabelle 4 dargestellt.

Tabelle 4 – Gründe, die gegen eine Praxistätigkeit sprechen

Teamarbeit wird geschätzt	54
Fehlender Austausch unter Kolleginnen und Kollegen	45
Andere Karriereausrichtung	32
Zu hoher administrativer Aufwand	20
Nicht Unternehmertyp	15
Zu hoher finanzieller Aufwand	14
Kann kein volles Pensum leisten	9
Unternehmensrisiko nicht tragen wollen	9
Noch nicht darüber nachgedacht	6
Abschreckung durch Haftungsansprüche	5
Arbeitszeiten schrecken ab	4
Wohnortwechsel jederzeit gewünscht	4
Verantwortung für Praxis/Angestellte nicht tragen wollen	2

Anmerkung. Gründe, die gegen eine Praxistätigkeit sprechen. $N = 74$, Mehrfachantworten möglich.

Kommentar: Die Anzahl an Ärztinnen und Ärzten, die eine hausärztliche Tätigkeit beabsichtigen, erscheint auf den ersten Blick sehr tief. Diese Zahl muss insofern relativiert werden, als dass die Prozentangabe sich auf alle am Spital tätigen Ärztinnen und Ärzte bezieht. Unter Berücksichtigung, dass darunter auch viele Ärztinnen und Ärzte in leitenden Funktionen und in Spezialisierungen sind, die teilweise an das Spital gebunden sind (z. B. sehr apparateintensive Spezialisierungen oder Spezialisierungen mit primär stationärem Patientengut), relativiert sich diese Zahlen wieder.

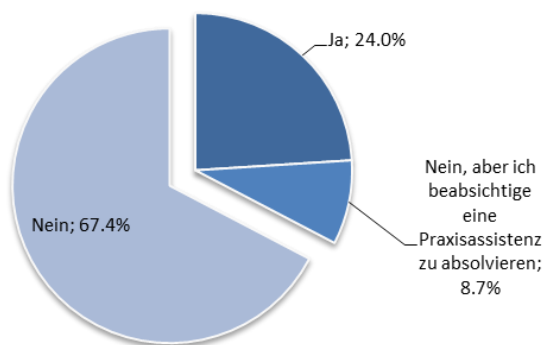
Insgesamt haben 34 Assistenzärztinnen und -ärzte an der Umfrage teilgenommen. 7 davon beabsichtigen eine künftige hausärztliche Tätigkeit, 13 eine künftige spezialärztliche Tätigkeit. Die gewünschte Form der Praxistätigkeit, mit deutlich grösserem Anteil von Praxisgemeinschaften und nur noch kleinem Anteil, welcher sich die Arbeit in einer Einzelpraxis vorstellen kann, deckt sich mit einer Erhebung unter Absolventen des früheren Facharztstitels Allgemeinmedizin [3] und den Erhebungen aus einer Kohorte von Absolventen des Medizinstudiums 2001 [4]. Verschiedene Ursachen beeinflussen diese Tendenz: Der Wunsch in einem grösseren Team arbeiten zu wollen, in einer Anstellung hausärztlich tätig zu sein oder auch eine Teilzeitbeschäftigung anzustreben, sind die häufigsten genannten Gründe [3, 4]. In der Erhebung unter den neuen Titelträgern Allgemeinmedizin der Jahre 2000–2010 konnte gezeigt werden, dass der Anteil der Ärztinnen und Ärzte, die sich in der Praxis anstellen lassen, über die Jahre hinweg zunimmt. Auch der Wunsch einer klaren Abgrenzung der Arbeitszeit konnte in dieser Befragung gezeigt werden.

Das grösste Hindernis auf dem Weg in die Praxis ist die Tatsache, dass viele der jungen Ärztinnen und Ärzte die Tätigkeit im Team schätzen. Bei den Gründen, die gegen eine Tätigkeit sprechen, konnte in der Antwortauswahl zu wenig abgebildet werden, dass es Fachgebiete gibt, wie z. B. Intensivmedizin oder Neurochirurgie, die in der Regel an eine Institution gebunden sind und wo eine Praxistätigkeit deshalb nicht in Betracht gezogen werden kann.

3.5. Praxisassistentenz

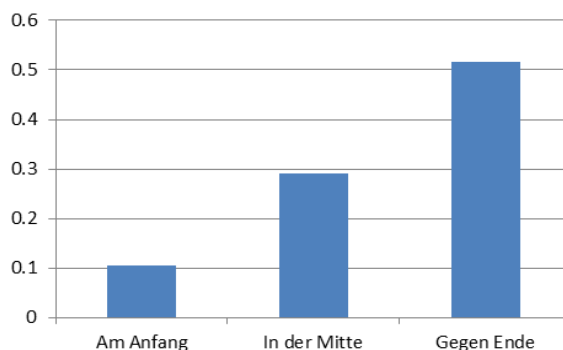
Diese Zahlen in der Grafik beziehen sich auf die Gesamtmenge ($n = 247$) der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte. Sie wurden gefragt, wer bereits eine Praxisassistentenz absolviert hat oder eine solche zu absolvieren beabsichtigt (vgl. Abbildung 8).

Abbildung 8 – Absolvierung einer Praxisassistentenz



Anmerkung. Anteil der Ärztinnen und Ärzte, die in der Weiterbildung eine Praxisassistentenz bereits absolviert haben oder beabsichtigen, eine solche zu absolvieren. Diese Graphik bezieht sich auf die Gesamtmenge aller Teilnehmenden.

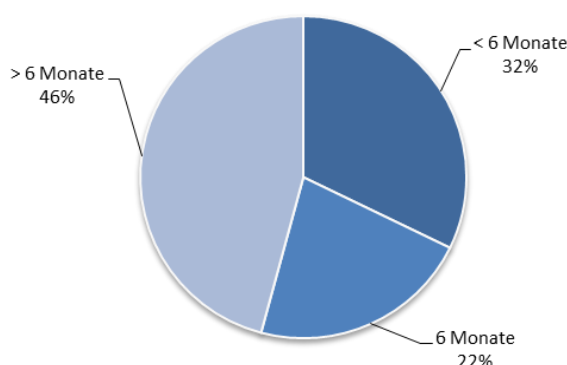
Abbildung 9 – Idealer Zeitpunkt für eine Praxisassistentenz



Anmerkung. Antwort auf die Frage: Zu welchem Zeitpunkt in der Weiterbildung sollte die Praxisassistentenz Ihrer Meinung nach ungefähr stattfinden? Die Mehrheit der Teilnehmenden ist der Meinung, dass die Praxisassistentenz am Ende der Weiterbildung stattfinden sollte. 8.5% gaben bei dieser Frage *weiss nicht/keine Angabe* an.

Schliesslich wurden alle Umfrageteilnehmende zu ihrer Einschätzung der Praxisassistenten befragt. Zum einen, zu welchem Zeitpunkt die Praxisassistenten innerhalb der ärztlichen Weiterbildung platziert sein sollte (vgl. Abbildung 9), und zum andern, ob die Praxisassistenten länger oder kürzer als 6 Monate dauern sollte (vgl. Abbildung 10 und 11). Die Mehrheit der Teilnehmenden ist der Meinung, dass die Praxisassistenten am Ende der Weiterbildung stattfinden sollte. Ebenfalls hält die Mehrheit der befragten Personen (62%) 6 Monate für die richtige Dauer einer Praxisassistenten. 29% geben an, dass sie eine längere Praxisassistenten wünschen würden. 6% halten 6 Monate für die richtige Länge, würden aber 2 Praxisassistenten à 3 Monate (anstelle von einer Praxisassistenten à 6 Monate) vorziehen.

Abbildung 10 – Dauer einer Praxisassistenten

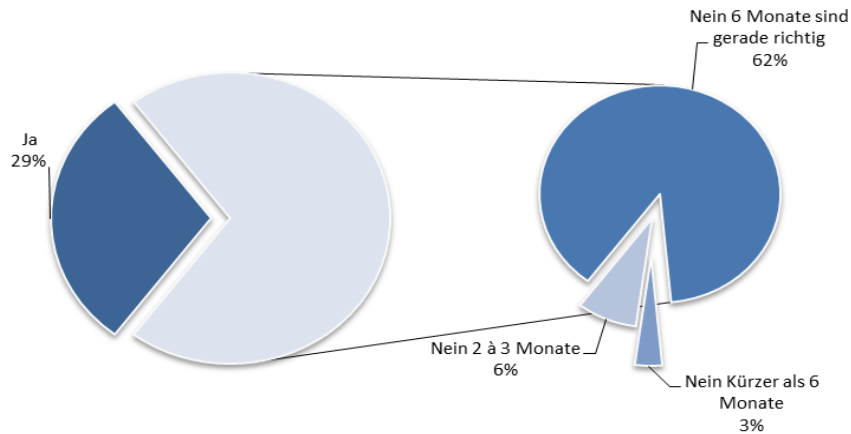


Anmerkung. Dauer der Praxisassistenten der Ärztinnen und Ärzte, die in der bisherigen ärztlichen Tätigkeit eine Praxisassistenten absolviert haben ($n = 59$).

Kommentar: Die Praxisassistenten sind eine Weiterbildungsphase in einer Arztpraxis. Die Anerkennung einer Assistenzzeit in der Praxis muss im Weiterbildungsprogramm (Programm zur Erlangung eines Facharzttitels) speziell gekennzeichnet werden. Das Weiterbildungsprogramm Allgemeine Innere Medizin [5], das auch für künftige Hausärztinnen und Hausärzte gilt, anerkennt pro zugelassene Hausarztpraxis bis zu einem Jahr Weiterbildungszeit. Insgesamt können mehrere Praxisassistenten an den Facharzttitel angerechnet werden.

Limitierend ist vor allem die Finanzierung der Stellen, die bei angemessener Weiterbildung in einer Praxis kaum selbsttragend sein kann. Hierfür gibt es kantonale Praxisassistentenprogramme [6] oder das Finanzierungsmodell der Stiftung zur Förderung der Weiterbildung in der Hausarztmedizin WHM [7]. Die Einheit der 6-monatigen Praxisassistenten basieren weniger auf spezifischen Regelungen im Weiterbildungsprogramm, sondern hat sich aufgrund der genannten Finanzierungsmodelle so eingebürgert. Praxisassistenten sind in einigen weiteren Fachgebieten ebenso teilweise anerkannt (z. B. Dermatologie).

Abbildung 11 – Sollte die Praxisassistenz länger als 6 Monate dauern?



Anmerkung. Antwort auf die Frage: *Sollte die Praxisassistenz länger als 6 Monate dauern?* Alle Teilnehmenden wurden nach ihrer Einschätzung gefragt, ob die Praxisassistenz länger als 6 Monate dauern sollte. 13.9% beantworteten diese Frage mit keine Angabe/weiss nicht. Der Grossteil (62% vom Total) hält 6 Monate für die richtige Dauer. 29% geben an, dass sie eine längere Praxisassistenz wünschen würden. 6% halten 6 Monate für die richtige Länge, aber würden 2 Praxisassistenzen à 3 Monate (anstelle 1 Praxisassistenz à 6 Monate) vorziehen.

3.6. Ärztezentren

Die Teilnehmenden wurden gefragt, welche Fachgebiete resp. welche Gesundheitsberufe ihrer Meinung nach in Ärztezentren vertreten sein sollten. Die häufigsten Antworten zusammen mit den Prozentangaben sind in den Tabellen 5 und 6 aufgeführt.

33 Personen (14.2%) sind der Meinung, dass es keine Ärztezentren braucht. Diese Aussage war gleichermassen über Spezialistinnen und Spezialisten in der Praxis sowie über Hausärztinnen und Hausärzte verteilt, ebenso zeigten sich keine statistisch signifikanten Einschätzungen in Abhängigkeit vom Alter der Teilnehmenden ($p = 0.33$ resp. $p = 0.12$).

Tabelle 5 – Welche Fachgebiete sollen in einem Ärztezentrum vertreten sein?

Allgemeine Innere Medizin	88.4%
Kinder- und Jugendmedizin	60.5%
Gynäkologie und Geburtshilfe	51.5%
Chirurgie	38.6%
Psychiatrie und Psychotherapie	32.6%
Dermatologie und Venerologie	28.8%
Kardiologie	23.6%
Rheumatologie	21.5%

Oto-Rhino-Laryngologie	21.0%
Neurologie	18.9%
Endokrinologie / Diabetologie	16.7%
Gastroenterologie	15.9%
Radiologie	12.0%
Ophthalmologie	11.6%
Physikalische Medizin und Rehabilitation	11.2%
Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates	9.0%
Pneumologie	9.0%
Urologie	9.0%
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	7.7%
Medizinische Onkologie	7.7%

Anmerkung. Die Teilnehmenden wurden gebeten, aus einer Liste von Fachgebieten diejenigen Fachgebiete auszuwählen, die ihrer Meinung nach in einem Ärztezentrum vertreten sein sollten. 33 Teilnehmende (14.2%) gaben an, dass es keine Ärztezentren brauche. Aufgeführt sind die 20 am häufigsten genannten Fachgebiete.

Tabelle 6 – Welche Gesundheitsberufe sollen in einem Ärztezentrum vertreten sein?

Physiotherapie	84.3%
Ernährungsberatung	50.0%
Diabetesberatung	43.1%
Psychologie	42.2%
Spitex	34.8%
Sozialdienst	33.8%
Spezialisierte Pflege (Advanced Nurse Practitioners)	18.1%
Ergotherapie	17.6%
Hebammen	11.3%

Anmerkung. Die Teilnehmenden wurden gebeten, aus einer Liste von Gesundheitsberufen jene Berufe auszuwählen, die sie in ein Ärztezentrum integrieren würden.

3.7. Massnahmen zur Stärkung der Grundversorgung

Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden gebeten, insgesamt 22 Massnahmen zur Stärkung der Grundversorgung aus einer Liste zu beurteilen. Die Beurteilung sollte auf einer Likert-Skala von 1 bis 5 (sehr ungeeignet bis sehr geeignet, plus Option keine Angabe/weiss nicht) vorgenommen werden. In Tabelle 7 ist eine Rangliste mit allen Massnahmen aufgeführt. Die Reihenfolge erfolgte nach Berechnung der Durchschnittswerte mit der Gewichtung der einzelnen Massnahmen gemäss Likert-Skala (je höher der Wert, desto geeigneter die Massnahme).

Bei den drei erstrangierten Massnahmen (Erhöhung des Taxpunktwerts, Administrative Entlastung sowie Finanzielle Entlohnung für erbrachte Leistungen für das Gemeinwohl) und den drei letztrangierten Massnahmen (Steuerliche Vorteile für Grundversorgende, Zeitliche Verpflichtung zur Berufstätigkeit sowie Verkürzung der Ausbildungszeit von Grundversorgenden gegenüber Spezialistinnen und Spezialisten) wurden zusätzlich statistische Vergleiche zwischen Hausärztinnen/-ärzten in der Praxis und Spezialistinnen/Spezialisten in der Praxis, zwischen den Geschlechtern sowie zwischen jüngeren und älteren Ärztinnen und Ärzten durchgeführt. Wo sich keine statistisch signifikanten Unterschiede zeigten, wurde auf eine detaillierte Angabe von Informationen verzichtet. Ansonsten werden im Folgenden der Mittelwert inkl. Standardabweichung und der p-Wert für die statistische Signifikanz angegeben:

- Die administrative Entlastung zeigte in keinen Vergleichen statistisch signifikante Unterschiede.
- Die Erhöhung des Taxpunktwertes stiess bei Hausärztinnen und Hausärzten auf eine deutlich höhere Zustimmung ($M = 4.79$, $SD = 0.478$) gegenüber den Spezialistinnen und Spezialisten in der Praxis ($M = 4.10$, $SD = 1.12$), p -Wert = 0.001. Einen Unterschied beim Alter der Teilnehmenden gab es nicht. Ebenso hatte das Geschlecht der Teilnehmenden keinen signifikanten Einfluss in der Beurteilung dieses Punktes.
- Die finanzielle Entlohnung für Leistungen im Gemeinwohl zeigte keinen geschlechts- oder altersspezifischen Unterschied. Die Massnahme erhielt durch die Hausärztinnen und Hausärzte eine signifikant ($p = 0.027$) höhere Zustimmung ($M = 3.44$, $SD = 1.22$) als durch die Spezialistinnen und Spezialisten ($M = 2.71$, $SD = 1.30$).
- Bei den drei Massnahmen, die am tiefsten bewertet wurden, fand sich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen.

Zusätzlich wurden einige Massnahmen untersucht, die darauf abzielen, den Wechsel vom Spital in die Praxis zu erleichtern. Verglichen wurden einerseits die Spitalärztinnen/-ärzte und die Ärztinnen und Ärzte in der Praxis. Ebenso erfolgte ein Vergleich zwischen Hausärztinnen/Hausärzten und Spezialistinnen/Spezialisten.

Die Massnahme *Anschubfinanzierung für neu einsteigende Grundversorgende in Form von zinslosen Darlehen* erhielt bei den Spitalärztinnen und -ärzten eine deutlich höhere Zustimmung ($M = 4.08$, $SD = 0.72$) als bei den Ärztinnen und Ärzten in der Praxis ($M = 3.93$, $SD = 1.16$), $p < 0.001$. Die Zustimmung unter den Spezialistinnen/Spezialisten und den Hausärztinnen/Hausärzten zeigte keinen signifikanten Unterschied.

Ein ähnliches Bild ergibt sich bei der *kantonalen Mit- oder Anschubfinanzierung eines Gesundheitszentrums*: Hier zeigte sich eine höhere Zustimmung bei den Spitalärztinnen und Spitalärzten ($M = 3.95$, $SD = 1.26$), etwas niedriger war sie bei den Hausärztinnen und

Hausärzten ($M = 3.25$, $SD = 1.48$) und die tiefste Zustimmung gaben die Spezialistinnen und Spezialisten ($M = 2.93$, $SD = 1.72$). Der Vergleich zwischen den Hausärztinnen/Hausärzten und Spezialistinnen/Spezialisten ist statistisch knapp signifikant ($p = 0.045$), der Vergleich zwischen den Spitalärztinnen/-ärzten und in der Praxis tätigen Ärztinnen und Ärzten ist signifikant ($p < 0.001$)

Tabelle 7 – Rangliste der Massnahmen zur Stärkung der medizinischen Grundversorgung

1. Erhöhung des Taxpunktwerts	4.29
2. Administrative Entlastung (wie z. B. Vereinfachung bei Bewilligungsverfahren, Berichtswesen, Berufszulassung)	4.21
3. Finanzielle Entlohnung für erbrachte Leistungen für das Gemeinwohl (z. B. für amtsärztliche Tätigkeiten)	4.13
4. Weitere Praxisassistentenstellen schaffen	4.11
5. Anschubfinanzierung für neu einsteigende Grundversorgende in Form von zinslosen Darlehen	3.99
6. Schaffung einer Koordinations-/Kontaktstelle für Praxisassistenten	3.98
7. Kantonale Finanzierung von Praxisassistentenstellen	3.93
8. Flexiblere Arbeitsmodelle mit Einsätzen in Spital und Praxis	3.90
9. Zurverfügungstellung von günstigen Praxisräumlichkeiten	3.86
10. Schaffung von zusätzlichen Krippen-/Kinderbetreuungsplätzen	3.77
11. Stärkung der MPA zur Entlastung der Ärztin / des Arztes	3.75
12. Schaffung einer Beratungsstelle zur Unterstützung beim Schritt in die Selbständigkeit	3.64
13. Hilfe bei der Suche nach Praxisräumlichkeiten	3.59
14. Abschaffung des Numerus clausus	3.47
15. Abschaffung des Zulassungsstopps	3.40
16. Finanzielle Beteiligung an einem Institut für Hausarztmedizin	3.26
17. Kantonale Mit- oder Anschubfinanzierung eines Gesundheitszentrums	3.26
18. Schaffung einer Internetplattform zum Austausch und zur Vernetzung von Ärztinnen und Ärzten	3.25
19. Bereitstellen eines standardisierten eHealth-Systems	3.20
20. Steuerliche Vorteile für Grundversorgende	3.18
21. Zeitliche Verpflichtung zur Berufstätigkeit (mit Rückzahlung eines Teiles der staatlichen Ausbildungsinvestition bei frühzeitigem Berufsaustritt)	2.58
22. Verkürzung der Ausbildungszeit von Grundversorgenden gegenüber Spezialistinnen und Spezialisten	1.99

Anmerkung. Die Rangliste der Massnahmen und die Mittelwerte wurden aus einer fünfstufigen Likert-Skala (1 = sehr ungeeignet, 5 = sehr geeignet) errechnet. Je höher der Mittelwert, desto stärker ist die jeweilige Massnahme auf Zustimmung bei den Teilnehmenden gestossen.

Die *kantonale Finanzierung von Praxisassistentenstellen* wird von den Spitalärztinnen und Spitalärzten stärker befürwortet ($M = 4.38$, $SD = 1.09$) als von Ärztinnen und Ärzten in der Praxis ($M = 3.88$, $SD = 1.56$), $p = 0.026$. Die Finanzierung stösst bei den Hausärztinnen und Hausärzten ($M = 4.42$, $SD = 0.94$) auf eine ähnlich hohe Zustimmung, die Spezialistinnen und Spezialisten stufen diese hingegen deutlich tiefer ein ($M = 3.30$, $SD = 1.85$), $p < 0.001$.

Die *Koordinationsstelle für Praxisassistentenstellen* erhält die tiefste Zustimmung bei Spezialistinnen und Spezialisten ($M = 3.79$, $SD = 1.46$), bei Hausärztinnen und Hausärzten ($M = 4.04$, $SD = 1.10$) und bei den Spitalärztinnen und Spitalärzten die höchste Bewertung ($M = 4.35$, $SD = 1.03$). Die Unterschiede zwischen den Spital- und Praxisärztinnen und -ärzten sind knapp signifikant ($p = 0.048$), jene zwischen Hausärztinnen/Hausärzten und Spezialistinnen/Spezialisten ebenso ($p = 0.032$).

Zusätzlich bestand die Möglichkeit, einzelne Kommentare abzugeben. Am häufigsten wurde die finanzielle Aufwertung und Wertschätzung gegenüber der Hausarztmedizin erwähnt.

Kommentar: Der sich abzeichnende Mangel an Hausärztinnen und Hausärzten ist nicht nur in der Schweiz ein Problem, er zeigt sich in verschiedenen Ländern in unterschiedlicher Ausprägung. Viele der Massnahmen zur Förderung der Hausarztmedizin zielen auf die Ausbildung (Medizinstudium) und den verstärkten Einbezug von Hausärztinnen und Hausärzten in der universitären Lehre während des Medizinstudiums ab [8-10]. Auch in der Schweiz ist die Anzahl Medizinstudierender sehr gering, welche sich eine künftige hausärztliche Tätigkeit vorstellen können. Basler Befragungen zeigen seit Jahren, dass für nur rund 10% der Studierenden eine hausärztliche Tätigkeit in Frage kommt [11]. Der stärkere Einbezug von Hausärztinnen und Hausärzten in die medizinische Lehre wurde mit der Einführung von hausärztlichen Praktika im Verlauf der letzten 5 bis 10 Jahre an allen medizinischen Fakultäten Rechnung getragen [12].

Die Karriereinteressen am Ende des Studiums geben zwar Hinweise über die künftige Tätigkeit, eine Schweizer Umfrage unter Allgemeinmedizinerinnen [3] zeigte aber, dass die Phase der Weiterbildung (= Assistenzzeit) eine deutlich wichtigere Entscheidungsphase bezüglich der längerfristigen ärztlichen Tätigkeit darstellt. Dieser Umstand ist insbesondere in Hinblick auf jene Massnahmen, die darauf zielen, das hausärztliche Setting den Assistenzärztinnen und -ärzten näher zu bringen, zu unterstreichen.

Massnahmen wie z. B. die Förderung der Praxisassistentenstellen stossen gesamthaft nur auf eine durchschnittliche Zustimmung. Die Subgruppenanalyse zeigt jedoch eine stärkere Zustimmung bei den Hausärztinnen/Hausärzten und bei den Spitalärztinnen/Spitalärzten als bei

den Spezialistinnen/Spezialisten. Dies ist wenig erstaunlich, da beide Gruppierungen von einer allfälligen Förderung stärker profitieren als die Spezialistinnen und Spezialisten. Ein ähnliches Bild zeigt sich auch bei der Förderung von Ärztezentren.

Diesem Resultat sollten auch die Gründe, die am häufigsten für den Verbleib im Spital gesprochen hatten, entgegengestellt werden: Tabelle 4 unter Punkt 3.4.2 zeigt, dass die *Arbeit im Team* und der *Austausch unter verschiedenen Fachdisziplinen* die meist genannten Hindernisse darstellen. Der Kontakt zur Hausarztmedizin im Rahmen der Weiterbildung (Praxisassistenten) und die Möglichkeit der Arbeit in einem interdisziplinären Ärztezentrum könnten deshalb die Schwelle zur hausärztlichen Tätigkeit etwas senken. Es sollte jedoch nicht erwartet werden, dass alle Ärztinnen und Ärzte, die eine Praxisassistenten absolvieren, effektiv eine hausärztliche Tätigkeit aufnehmen. In der erwähnten Befragung [3] unter Allgemeinmedizinern zeigte sich, dass knapp ein Sechstel trotz ursprünglichem Ziel nicht als Hausärztinnen und Hausärzte tätig waren, wobei die Absolvierung einer Praxisassistenten keinen Einfluss auf diese Entscheidung hatte.

3.8. Administrative Hürden

Die Teilnehmenden wurden gebeten, im Bereich der administrativen Entlastung aus einer Liste von 10 verschiedenen Massnahmen die aus ihrer Sicht wichtigsten drei, welche eine administrative Entlastung darstellen würden, auszuwählen. Die Frage lautete explizit: *Grosser Handlungsbedarf wird gemeinhin im administrativen Bereich gesehen. Wo ist der Nutzen einer administrativen Entlastung Ihrer Meinung nach am grössten? Bitte wählen Sie die für Sie wichtigsten DREI Bereiche aus.*

Tabelle 8 – Grösste administrative Hürden im Alltag

Berichte im Versicherungswesen (IV, UV etc.)	72.1%
Dokumentationsumfang und Aufbewahrungspflicht	48.2%
Standardisiertes elektronisches Patientendossier	42.9%
Kostengutsprachen	42.9%
Selbstdispensation	31.0%
Bewilligungswesen	20.8%
Berufszulassung	12.4%
Arbeitsunfähigkeitszeugnis	11.9%
Weiterbildung für Strahlenschutz	11.5%
Verkehrsmedizinische Zeugnisse	5.3%

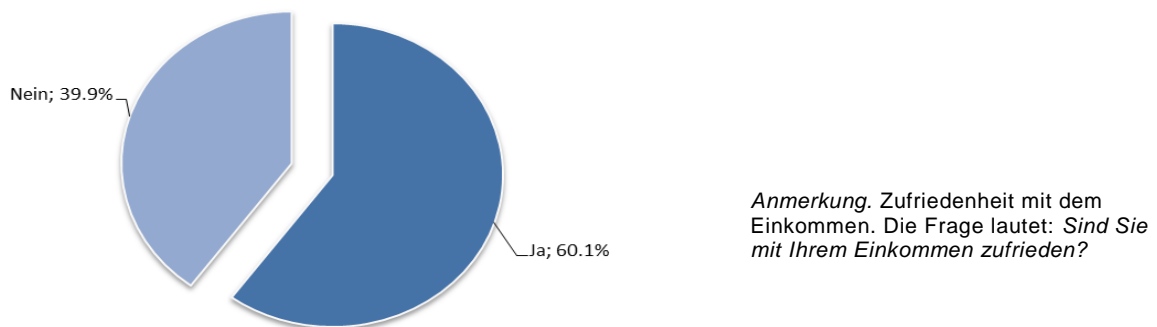
Anmerkung. Rangliste der Präferenzen bezüglich Entlastung im Administrationsbereich in der täglichen ärztlichen Arbeit. Die Teilnehmenden sollten aus einer Liste von 10 Bereichen die drei wichtigsten auswählen. Hier aufgeführt ist die Häufigkeit der Auswahl der Frage in % durch alle Teilnehmenden ($n = 226$).

Durch ein Kommentarfeld bestand zudem die Möglichkeit, weitere Ideen zur administrativen Entlastung anzugeben.

3.9. Zufriedenheit mit dem Einkommen

Weder der Vergleich zwischen *angestellten* Spitalärztinnen und -ärzten ($p = 0.426$), noch der Vergleich zwischen den *niedergelassenen* Spezialistinnen/Spezialisten und Hausärztinnen/Hausärzten ($p = 0.142$), noch der Vergleich zwischen den Geschlechtern ($p = 0.417$) oder Altersgruppen ($p = 0.093$) ergab einen statistisch signifikanten Unterschied im Chi-Quadrat-Test. Mit anderen Worten: Es kann nicht gezeigt werden, dass Hausärztinnen und Hausärzte bezüglich ihres Einkommens weniger zufrieden sind als Spezialistinnen und Spezialisten. Dies bezieht sich auf das jetzige Gehalt und nicht auf die Relationen zwischen den Gehältern.

Abbildung 12 – Zufriedenheit mit dem Einkommen

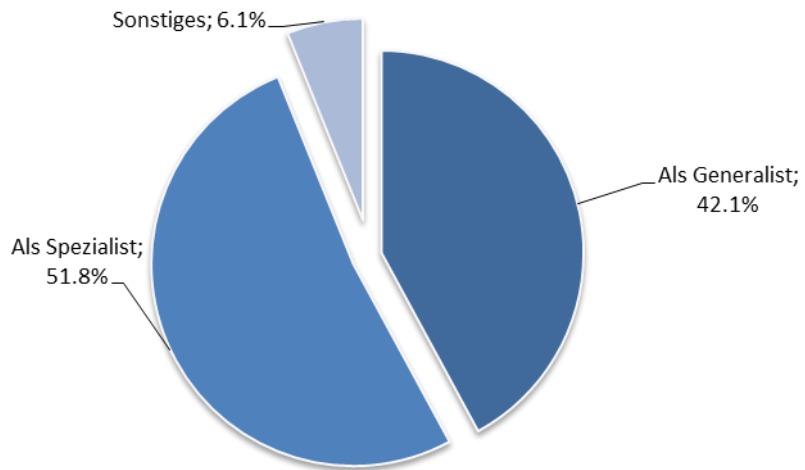


3.10. Selbstdeklaration Spezialistinnen/Spezialisten und Allgemeinmediziner

Die Teilnehmenden wurden zum Schluss gefragt, wie sie sich selbst sehen, als Spezialistinnen/Spezialisten oder als Allgemeinmediziner resp. Generalistinnen/Generalisten. Total sehen sich 42.1% als Generalistinnen/Generalisten und 51.8% als Spezialistinnen/Spezialisten, 6.1% gaben *Sonstige* an und spezifizierten in den Kommentaren, dass sie beide Funktionen in irgendeiner Art und Weise abdecken würden. Unter den Fachgebieten sahen sich in den folgenden Bereichen als Generalistinnen/Generalisten (die Prozentzahlen beziehen sich auf die Gesamtmenge des jeweiligen Fachgebietes): Allgemeininternisten 94.5%, Anästhesie 36.4%, Chirurgie 31.6%, Gynäkologie und Geburtshilfe 18.2%, Kinder- und Jugendmedizin 77.8%, Psychiatrie und Psychotherapie 11.1%.

Auch aus anderen Fachgebieten sahen sich einige Personen mehr als Generalistinnen/Generalisten, z. B. aus den Fachgebieten Angiologie, Ophthalmologie, Kardiologie und Radiologie.

Abbildung 13 – Wie sehen Sie sich selbst?



Die Frage lautete: *Wie sehen Sie sich selbst?* 6.1% haben Sonstiges gewählt. Diese Personen gaben als Kommentar an, dass sie beide Funktionen erfüllen würden.

4. Referenzen / Literaturhinweise

1. McAvoy BR, Kaner EF: **General practice postal surveys: a questionnaire too far?** *BMJ* 1996, **313**(7059):732-733; discussion 733-734.
2. [<http://aerztestatistik.myfmh2.fmh.ch/>]
3. Tandjung R, Senn O, Marty F, Krauss L, Rosemann T, Badertscher N: **Career after successful medical board examination in general practice - a cross-sectional survey.** *Swiss Medical Weekly* 2013, **143**:w13839.
4. Buddeberg-Fischer B, Stamm M, Buddeberg C, Klaghofer R: **The new generation of family physicians-career motivation, life goals and work-life balance.** *Swiss Medical Weekly* 2008, **138**(21-22):305-312.
5. **Weiterbildungsprogramm Allgemeine Innere Medizin**
[http://www.fmh.ch/files/pdf15/aim_wbp_d.pdf]
6. Tandjung R, Garaventa-Tadres D, Rosemann T, Djalali S: **[Primary care specific vocational training in Switzerland-an overview of cantonal programs].** *Praxis (Bern 1994)* 2013, **102**(14):843-849.
7. [www.whm-fmf.ch]
8. Bauer RL, Venkatachalam HM, Forrester RH, Harris GD, Diehl AK: **The effect of an ambulatory internal medicine rotation on students' career choices.** *Acad Med* 1997, **72**(2):147-149.
9. Howe A, Ives G: **Does community-based experience alter career preference? New evidence from a prospective longitudinal cohort study of undergraduate medical students.** *Med Educ* 2001, **35**(4):391-397.
10. Lynch DC, Newton DA, Grayson MS, Whitley TW: **Influence of medical school on medical students' opinions about primary care practice.** *Academic Medicine* 1998, **73**(4):433-435.
11. Halter U, Tschudi P, Bally K, Isler R: **Berufsziel von Medizinstudierenden.** *Primary Care* 2005, **5**(20):468-472.
12. Isler R, Romerio S, Halter U, Heiniger S, Persike M, Roers B, Martina B, Tschudi P, Bally K: **One-on-one long-term tutorials in general practitioners' practices - a successful new teaching concept in primary care medicine.** *Swiss Medical Weekly* 2009, **139**(11-12):161-165.