

Ärztegesellschaft des Kantons Zürich AGZ

Ansprüche an die ärztliche Versorgung

Befragung der Bevölkerung und der ÄrztInnen

Kurzbericht

Zürich, 16. Oktober 2019

Judith Trageser, Eva Gschwend, Thomas von Stokar



Impressum

Ansprüche an die ärztliche Versorgung

Befragung der Bevölkerung und der ÄrztInnen

Kurzbericht

Zürich, 16. Oktober 2019

Kurzfassung_INFRAS_AGZ_def.docx

Auftraggeber

Ärztegesellschaft des Kantons Zürich AGZ

Projektleitung

Juliane Fliedner

Autorinnen und Autoren

Judith Trageser, Eva Gschwend, Thomas von Stokar

INFRAS, Binzstrasse 23, 8045 Zürich

Tel. +41 44 205 95 95

zuerich@infras.ch

Titelbild: © Keystone-SDA

Inhalt

1.	Ziel und Methodik der Studie	4
2.	Hauptergebnisse	5
2.1.	Ansprüche der Bevölkerung an die Gesundheitsversorgung	5
2.2.	Ansprüche der ÄrztInnen an ihre Arbeitswelt	10
3.	Folgerungen für das Gesundheitswesen	13
3.1.	Mikroebene: Arzt-/Patient-Beziehung	13
3.2.	Mesoebene: Angebotslandschaft und Versorgungsmodelle	14
3.3.	Makroebene/Systemebene: Leistungskatalog und Finanzierung	17
3.4.	Übersicht Akzeptanz von Massnahmen zur Eindämmung des Kostenwachstums	19
	Literatur	21

1. Ziel und Methodik der Studie

Ausgangslage und Ziel

Trends wie die Alterung der Bevölkerung, eine erhöhte Mobilität, Digitalisierung und wachsende Anforderungen im Beruf verändern unsere Gesellschaft und die Bedürfnisse der Menschen. Stark tangiert davon ist auch das Gesundheitswesen, das nicht nur um unsere Gesundheit besorgt ist, sondern einen grossen Arbeitsmarkt darstellt. Die derzeitige gesundheitspolitische Diskussion konzentriert sich stark auf die Prämiapolitik und Kostensparmassnahmen. Aus Sicht der AGZ drohen dadurch Gesundheitsreformen, die an den Wünschen und Ansprüchen der Menschen vorbeigehen.

Vor diesem Hintergrund möchte die Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich (AGZ) die Bedürfnisse der Menschen neu beleuchten. Dazu gehören sowohl die PatientInnen und Prämiendahlenden als auch die ÄrztInnen, welche die Gesundheitsleistungen erbringen. Ziel der Studie war es, Antworten auf die folgenden vier Leitfragen zu liefern:

- 1) Welche Ansprüche haben die Bevölkerung und die ÄrztInnen an die Gesundheitsversorgung?
- 2) Wie passen die Ansprüche von Anbietern und Nachfragenden zusammen?
- 3) Wie müsste die Versorgungslandschaft der Zukunft vor diesem Hintergrund aussehen?
- 4) Wie passt dies zusammen mit den Trends und politischen Vorhaben im Gesundheitssystem?

Methodisches Vorgehen

Der Studie lag ein zweistufiges methodisches Vorgehen zugrunde. Ziel war es, ausgehend von einem breiten qualitativen Stimmungsbild der Bevölkerung und der Ärzteschaft, wichtige Aspekte standardisiert zu erheben. Die erste Stufe war explorativer Art und umfasste insgesamt **acht Fokusgruppengespräche** mit fünf Bevölkerungs- und drei Ärztegruppen sowie eine **Literaturanalyse**. Die Ergebnisse der Fokusgruppengespräche wurden inhaltsanalytisch entlang der Themen ausgewertet. Ferner konnten im Anschluss an die Fokusgruppengespräche Kurzstatements einiger TeilnehmerInnen gefilmt werden. Diese dienten zum einen ebenfalls als empirische Grundlage für den Bericht und zum anderen als Veranschaulichung der Ansprüche in Referaten. Folgende Tabelle zeigt eine Übersicht über die behandelten Themen:

Tabelle 1: Themen der Fokusgruppengespräche

Thema	Bevölkerung	Ärzterschaft
Verhalten und Präferenzen bei der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens	X	
Bedürfnisse Erwartungen an eine «ideale Arbeitswelt»		X
Entwicklungen im Arbeitsumfeld		X
Vorstellungen einer «guten Versorgung»	X	X
Beurteilung Qualität und Kosten der heutigen Versorgung	X	X
Wünsche für die Zukunft und Verbesserungsbedarf im Gesundheitswesen	X	X

Tabelle INFRAS.

Basierend auf den Ergebnissen der Fokusgruppengespräche und der Literaturanalyse wurden **zwei breite Onlinebefragungen** bei der Bevölkerung der Deutschschweiz und der Ärzteschaft im Kanton Zürich durchgeführt. Die Fragestellungen fokussierten auf die bereits in den Fokusgruppengesprächen behandelten Themen. Sie sollten die Ergebnisse aus den Fokusgruppengesprächen konkretisieren und repräsentative Ergebnisse zu den wichtigsten Aspekten ermöglichen.

- **Bevölkerungsbefragung in der Deutschschweiz:** 1'005 TeilnehmerInnen über 18 Jahre, repräsentativ in Bezug auf das Geschlecht, das Alter, den Wohnort, Migrationshintergrund und Bildung. Rekrutierung via Befragungspanel des gfs.bern.
- **Befragung der Ärzteschaft des Kantons Zürich:** 395 Haus- und KinderärztInnen, 338 SpezialistInnen, 191 PsychiaterInnen. Rekrutierung via Adressdatenbank der Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich mit Rücklauf von 23%.¹

Die Auswertung der Onlinebefragungen erfolgte mit deskriptiv-statistischen Methoden. Zu jeder Frage wurden systematisch Unterschiede zwischen verschiedenen Gruppen analysiert, d.h. bei der Bevölkerung beispielsweise nach Geschlecht, Altersgruppe, Schweizer/Nicht-Schweizer, Bildungsniveau etc. und bei den ÄrztInnen v.a. nach Facharztgruppe, Arbeitsort und persönlichen Merkmalen wie Geschlecht und Alter. Bei der Analyse der Gruppenunterschiede kamen Methoden der Teststatistik bzw. Signifikanztests (Chi-Quadrat und t-Tests) zum Einsatz.²

2. Hauptergebnisse

In vorliegendem Kapitel sind die wichtigsten Ergebnisse zu den Ansprüchen der Deutschschweizer Bevölkerung und der ÄrztInnen an die Gesundheitsversorgung dargestellt. Bei den Ergebnissen zur Bevölkerung ist zu berücksichtigen, dass diese die Sichtweise der Prämienzahlenden widerspiegelt, welche das Gesundheitswesen mehr oder weniger in Anspruch nehmen. Unterschiede in den Haltungen je nach Gesundheitszustand wurden analysiert und sind - wenn vorhanden - ausgewiesen.

2.1. Ansprüche der Bevölkerung an die Gesundheitsversorgung

Die Bevölkerung legt grossen Wert auf eine gute Hausarztversorgung.

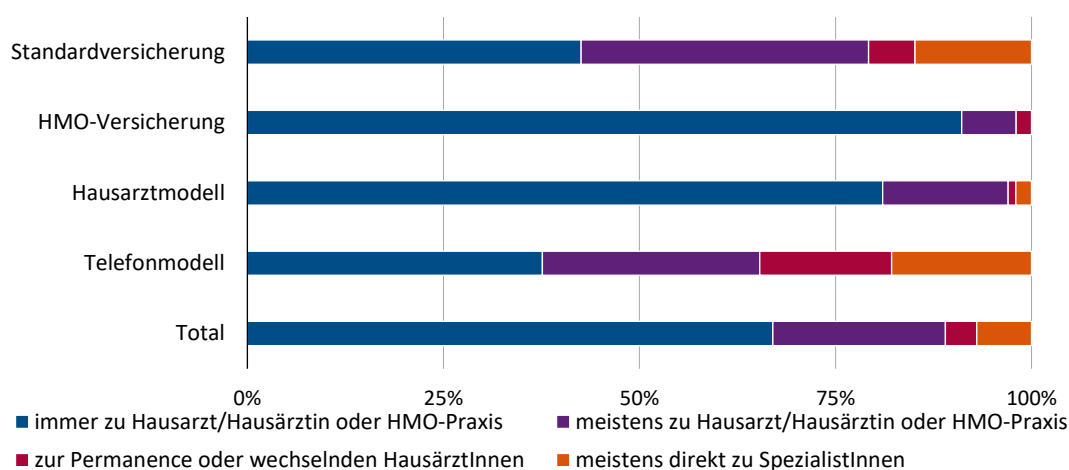
Aus den Ergebnissen der Studie geht deutlich hervor, dass der Bevölkerung eine gute Hausarztversorgung sehr wichtig ist. Rund 90% der Befragten wählen als erste Anlaufstelle immer oder meistens den Hausarzt. Dies ist auch bei der Mehrheit derjenigen Personen der Fall, die gemäss

¹ Zusätzlich haben sich 36 Personen in Facharzt Ausbildung an der Befragung beteiligt. Diese wurden über den Verband der Schweizerischen Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte (VSAO) rekrutiert.

² Diese Tests messen, ob festgestellte Unterschiede zwischen verschiedenen Gruppen (z.B. Männer und Frauen) nicht zufällig entstanden ist. Ergebnis dieser Tests ist ein sogenannter p-Wert, der die Irrtumswahrscheinlichkeit ausdrückt. In der vorliegenden Studie ist eine kritische Schwelle von 5% festgelegt, d.h. es wird angenommen, dass ein beobachteter Unterschied nur zufällig ist, wenn die Irrtumswahrscheinlichkeit mehr als 5% (p-Wert > 0.05) beträgt.

ihres Versicherungsmodells prinzipiell auch direkt SpezialistInnen aufsuchen könnten (vgl. Abbildung 1). HausärztInnen sind oftmals die erste Anlaufstelle, weil die PatientInnen grossen Wert auf eine kontinuierliche Ansprechperson legen, welche die Krankheitsgeschichte kennt und eine ganzheitliche Sicht auf das individuelle Gesundheitsproblem einnehmen kann. Die Anzahl der verfügbaren HausärztInnen gehört bei der Bevölkerung zu den fünf am schlechtesten bewerteten Aspekten des schweizerischen Gesundheitswesens – wenn auch auf einem hohen Niveau. Die Bereitschaft hier Abstriche für mögliche Prämiensenkungen in Kauf zu nehmen, ist in der Bevölkerung sehr gering (siehe Abbildung 2). Insgesamt deuten die Ergebnisse darauf hin, dass der drohende Hausarztmangel bereits für die Bevölkerung spürbar ist und eher ein Ausbau in diesem Bereich gewünscht wäre.

Abbildung 1: Inanspruchnahme bei der Erstkonsultation nach Versicherungsmodell



Frage: Welches Verhalten trifft am ehesten auf Sie zu, wenn Sie sich so krank fühlen, dass Sie eine ärztliche Behandlung benötigen, und es sich nicht um einen Notfall handelt? Ich gehe...

N=950, fehlend: 55.

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Spezialversorgung ebenfalls wichtig, aber weniger Defizite beim Zugang.

Auch wenn die Erstanlaufstelle grossmehrheitlich der Hausarzt/die Hausärztin ist, hat auch die Spezialversorgung als ergänzendes Versorgungsangebot einen hohen Stellenwert für die Bevölkerung. In den Ergebnissen sind zwei «Lager» erkennbar; eines mit Personen, die eher die ganzheitliche Allgemeinmedizin bevorzugen und ein anderes mit Personen, die spezialisierte Medizin favorisieren. Zu Ersteren gehören tendenziell Frauen, ältere Personen und SchweizerInnen und somit zu Letzteren Männer, jüngere Personen und AusländerInnen.

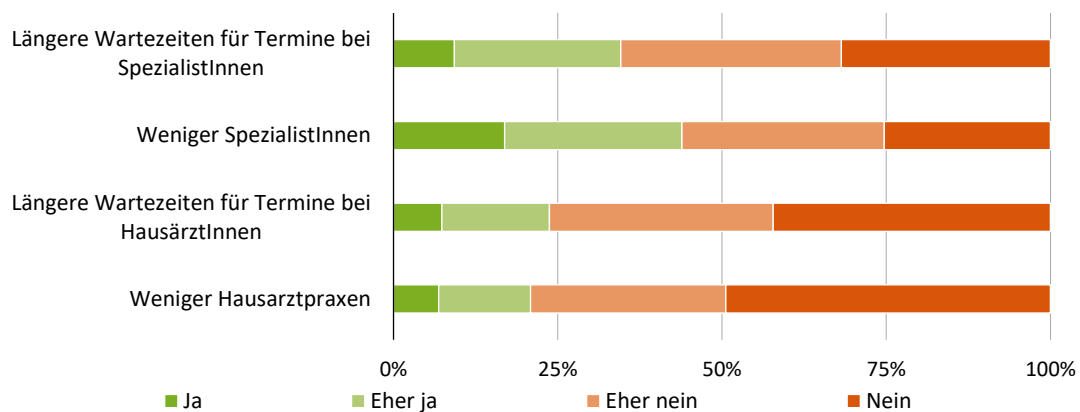
Die wahrgenommenen Defizite beim Zugang zur ambulanten Spezialversorgung unterscheiden sich etwas von denjenigen der Hausarztversorgung: Im Vergleich zur Grundversorgung wird die Anzahl SpezialistInnen etwas weniger kritisch eingestuft (von 87% positiv beurteilt im Vergleich zu 77% bei den GrundversorgerInnen). Dafür werden die Wartezeiten für Termine bei SpezialistInnen kritischer beurteilt (von 64% als positiv beurteilt im Vergleich zu 82%

bei den HausärztInnen). Dies legt die Vermutung nahe, dass die fachliche Verteilung der SpezialistInnen nicht immer gut an den Bedarf angepasst ist.

Hohe Ansprüche an die Verfügbarkeit der ÄrztInnen.

Die Schweiz zählt gemäss OBSAN (2015) zu den Ländern mit einem besonders guten Zugang und wenig Wartezeiten zur Gesundheitsversorgung. Die Befragungen zeigen, dass die Ansprüche der Bevölkerung diesbezüglich auch hoch sind. Einer der wichtigsten Entscheidungsfaktoren für die Wahl einer Praxis der Grund- oder Spezialversorgung sind für die DeutschschweizerInnen die spontane Verfügbarkeit. Mehr Wartezeiten im Gegenzug für tiefere Prämien in Kauf nehmen würden bei der Spezialversorgung nur weniger als ein Drittel der Befragten, bei den HausärztInnen nur ein Viertel. Somit wären für die Bevölkerung besonders längere Wartezeiten bei den HausärztInnen eine unbeliebte Massnahme zur Senkung der Gesundheitskosten.

Abbildung 2: Akzeptanz einer Einschränkung der Angebotsmenge zur Senkung der Gesundheitskosten



Frage: Welche Abstriche wären Sie bereit in Kauf zu nehmen, wenn dadurch Ihre Prämien sinken würden?

N=1'005, fehlend: 0.

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Einbezug in Entscheidungen gewünscht, insbesondere von höher gebildeten Personen.

Aus den Fokusgruppengesprächen geht deutlich hervor, dass die PatientInnen sich gut versorgt fühlen, wenn sie von den ÄrztInnen ernst genommen werden, diese sich Zeit für Fragen nehmen und verständliche Erklärungen liefern. Zudem möchte gemäss Onlinebefragung eine Mehrheit von zwei Dritteln der DeutschschweizerInnen tendenziell lieber in Entscheidungen einbezogen werden, als dass der Arzt/die Ärztin ihnen diese Entscheidung ganz abnimmt. Diese Haltung hängt u.a. von der subjektiv wahrgenommenen Gesundheitskompetenz ab. gfs.bern (2015) zeigen, dass rund 40% der schweizerischen Bevölkerung aus eigener Sicht Schwierigkeiten haben, die Vor- und Nachteile von verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten zu beurteilen. Überproportional häufig sind dies Personen mit tieferem Bildungsniveau.

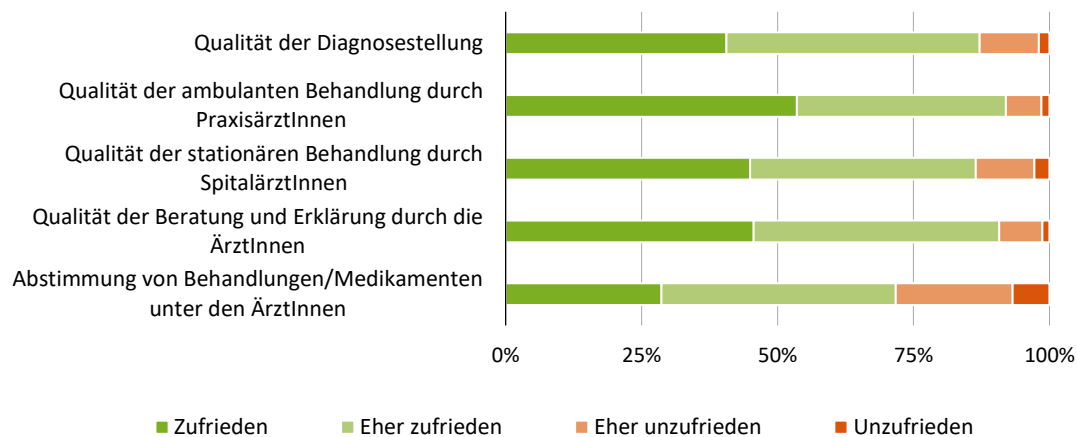
Teilweise hohe Ansprüche an die «heilende Medizin um jeden Preis».

Kontroverse Diskussionen löste in den Fokusgruppengesprächen die Frage aus, wie weit die Medizin und der medizinisch-technische Fortschritt gehen soll. Zwar waren sich die Teilnehmenden einig, dass – systemisch betrachtet – der medizinisch-technische Fortschritt mitverantwortlich für den kontinuierlichen Prämienanstieg ist und eine Begrenzung nötig ist, um diesen zu bremsen. Im eigenen Fall hat gemäss der Onlinebefragung rund die Hälfte der Bevölkerungen dennoch den Wunsch, dass alle möglichen Behandlungsmethoden mit dem Ziel der Heilung ausprobiert werden, auch wenn die Heilungsaussichten gering sind. Auch würde nur ein Viertel der Befragten auf den Zugang zu Innovationen verzichten, wenn im Gegenzug dafür die Prämien sinken würden.

Koordination ist ein grosses Anliegen insbesondere bei schlechtem Gesundheitszustand.

Die Qualität der ärztlichen Versorgung erhält von Seiten der Bevölkerung insgesamt gute Noten. Verhältnismässig kritisch (ein Drittel von denen, die dies beurteilen konnten) wird jedoch die Abstimmung von Behandlungen/Medikamenten unter den ÄrztInnen gesehen (vgl. Abbildung 3). Die Defizite bestehen insbesondere auch aus Sicht von Personen mit schlechtem Gesundheitszustand, bei denen in der Regel ein grösserer Koordinationsbedarf besteht.

Abbildung 3: Beurteilung der Qualität der ärztlichen Leistungen durch die Bevölkerung



Frage: Wenn Sie an ihre bisherigen Erfahrungen mit dem Schweizer Gesundheitssystem denken, wie zufrieden sind Sie mit den folgenden Aspekten?

N=1'005, nicht dargestellt: Personen, welche die Frage mit «Weiss nicht» beantwortet haben (je nach Item zwischen 15 und 282 Personen).

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Bemerkenswert ist, dass gemäss Onlinebefragung rund die Hälfte der Bevölkerung für die Einführung eines Case-Managements bei chronischen Krankheiten eine Zahlungsbereitschaft hätte. Auch die Fokusgruppengespräche machen deutlich, dass für die Bevölkerung zu einem qualitativ hochwertigen Angebot auch ein starker Austausch zwischen den Leistungserbringern

gehört. Chronisch kranke Personen schildern, dass sie Koordination oftmals selbst in die Hand nehmen müssten und teils überfordert seien.

Prävention aus Bevölkerungssicht wichtig, Angebote kommen aber zu kurz.

Auch der Zugang zu Präventionsleistungen ist für die Bevölkerung ein wichtiges Anliegen. Dies zeigt sich unter anderem in der Studie von gfs.bern (2018), wo 69% der Befragten der Ansicht sind, dass diese Leistungen durch die Grundversicherung übernommen werden müssten. In der vorliegenden Studie gibt etwas mehr als ein Drittel an bereit zu sein, für mehr Präventionsleistungen höhere Prämien zu bezahlen.

Ansprüche und Bedürfnisse unterscheiden sich teils zwischen Bevölkerungsgruppen.

Bei den verschiedenen Bevölkerungsgruppen machen sich zum Teil besondere Ansprüche und Präferenzen bei der Gesundheitsversorgung bemerkbar. Die wichtigsten Erkenntnisse dazu sind im Folgenden für verschiedene Bevölkerungsgruppen festgehalten:

- **Personen mit schlechtem Gesundheitszustand:** Bei Personen mit schlechterem Gesundheitszustand wird deutlich, dass diese aufgrund ihrer bisherigen Erfahrungen konkretere Ansprüche an die Gesundheitsversorgung formulieren. Sie haben vergleichsweise hohe Ansprüche an den Zugang und die Qualität der Versorgung, sind aber auch eher der Meinung, dass die Kosten des Gesundheitswesens mit Blick auf die bestehende Qualität gerechtfertigt sind. Für sie ist es vergleichsweise wichtiger einen Arzt/eine Ärztin als Ansprechperson zu haben und dass die Koordination ihrer Versorgung funktioniert.
- **Einkommen:** Personen mit geringem Einkommen heben sich wenig vom Durchschnitt ab. Zu erwarten wäre, dass diese eine höhere Bereitschaft haben, Einschränkungen im Zugang und in der Qualität der Versorgung in Kauf zu nehmen, wenn dadurch die Prämien sanken. Dies ist aber nicht der Fall. Ein Grund könnte sein, dass sie zuerst in anderen Bereichen ausserhalb der Gesundheit Einschränkungen in Kauf nähmen, weil die Gesundheitsversorgung für sie existenzieller ist.
- **Bildungsniveau:** Bei Personen mit einem tieferen Bildungsniveau fällt auf, dass diese sich weniger kompetent fühlen, Entscheidungen zu ihrer Gesundheit zu treffen und sich eher einem Arzt/einer Ärztin voll anvertrauen. Sie sind vermutlich auch aus diesem Grund seltener in einem Versicherungsmodell, in dem die Erstanlaufstelle eine telefonische Auskunft ist.
- **Alter:** Die jüngere Generation (zwischen 18 und 39 Jahren) hat insgesamt eine vergleichsweise höhere Anspruchshaltung. Zudem kritisieren sie stärker ein schwaches Angebot an Präventionsleistungen und legen mehr Wert auf eine hohe Qualität der ärztlichen Versorgung. Gute Erreichbarkeit und spontane Termine haben für jüngere Personen einen höheren Stellenwert als für Ältere.
- **AusländerInnen:** Auch bei AusländerInnen ist insgesamt eine höhere Anspruchshaltung an die Gesundheitsversorgung festzustellen. Sie beurteilen das bestehende Gesundheitswesen tendenziell negativer als SchweizerInnen. Dies betrifft u.a. Wartezeiten für planbare Operationen – dies obwohl die Schweiz dafür bekannt ist, im internationalen Vergleich kurze

Wartezeiten zu haben. Neben der höheren Anspruchshaltung lässt sich erkennen, dass AusländerInnen vergleichsweise mehr Wert auf die Notfallversorgung und die Versorgung durch SpezialistInnen legen, also auf Versorgungsangebote, bei denen die Arzt-/Patient-Beziehung in der Regel weniger kontinuierlich ist.

2.2. Ansprüche der ÄrztInnen an ihre Arbeitswelt

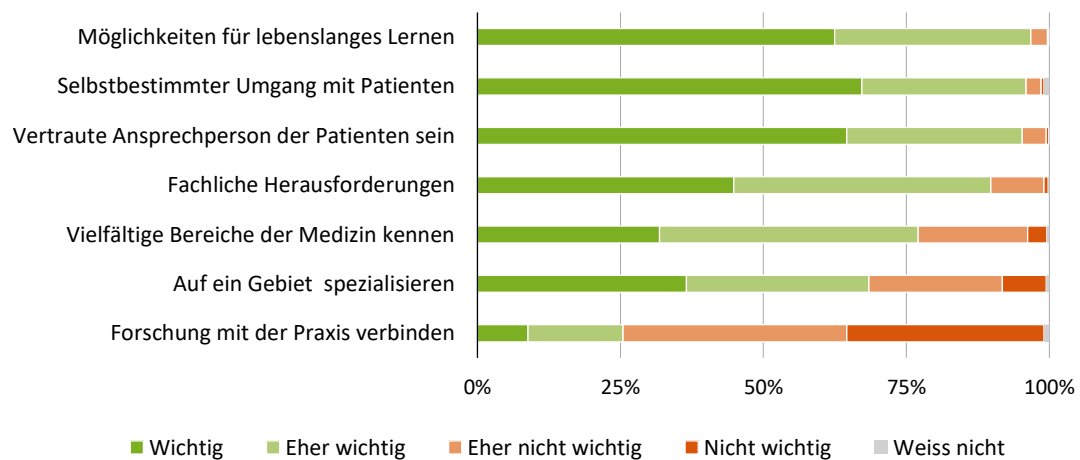
Zeit für PatientInnen aus Sicht der ÄrztInnen zentral für eine gute ärztliche Versorgung.

Wichtige Qualitätsmerkmale für die ÄrztInnen sind genügend Zeit für die PatientInnen zu haben, ihnen zuzuhören und Sachverhalte verständlich zu erklären. Insgesamt decken sich die Vorstellungen der ÄrztInnen in Bezug auf eine «gute Versorgung» gut mit den Vorstellungen der Bevölkerung. Auch den persönlichen und kontinuierlichen Bezug gewichteten ÄrztInnen wie die PatientInnen sehr hoch. Dies geht sowohl aus der Onlinebefragung als auch den Fokusgruppengesprächen klar hervor.

Bezug zu Menschen und fachliche Herausforderungen sind die wichtigsten Ansprüche an die Arbeit als Arzt/Ärztin.

Der Bezug zum Menschen bzw. vertraute Ansprechperson für PatientInnen zu sein, ist für die ÄrztInnen auch einer der wichtigsten Ansprüche an ihre eigene Arbeit. Gleich wichtig sind ihnen auch fachliche Herausforderungen und die Möglichkeit, das ganze Arbeitsleben lang lernen zu können (vgl. Abbildung 4). Diese Ansprüche sind stärker verbreitet als beispielsweise Karriere oder Verdienstmöglichkeiten. Dies sowie die Diskussionen in den Fokusgruppengesprächen zeigen, dass ÄrztInnen eine hohe intrinsische Motivation für ihre Arbeit haben.

Abbildung 4: Inhaltlich-fachliche Ansprüche der ÄrztInnen an die Arbeitswelt



Frage: Wie wichtig sind Ihnen folgende Aspekte bei der Arbeit als Arzt/Ärztin?

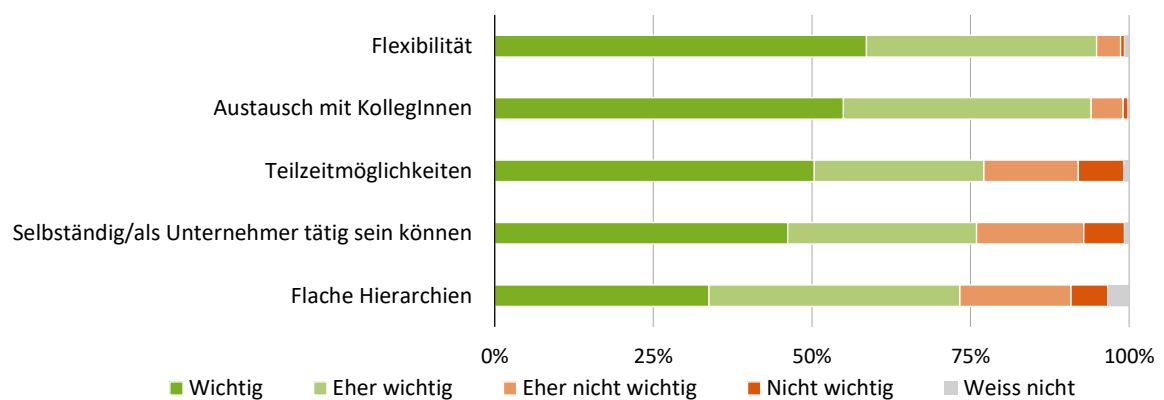
N=945-954 (je nach Item unterschiedlich viele fehlend).

Grafik INFRAS. Quelle: Onlinebefragung der Zürcher ÄrztInnen 2019 (Mitglieder der AGZ).

Teilzeitarbeit insbesondere von jüngeren ÄrztInnen gewünscht, aber oft nicht einlösbar.

Wichtige Arbeitsbedingungen und Ansprüche an das Arbeitsumfeld sind für die ÄrztInnen allgemein eine hohe Flexibilität, der Austausch mit KollegInnen und Teilzeitmöglichkeiten. Letzteres gilt insbesondere für jüngere ÄrztInnen (93% im Vergleich zum Gesamtdurchschnitt von 78%). Auch in den Fokusgruppengesprächen beklagen vor allem weibliche und jüngere ÄrztInnen fehlende Teilzeitmöglichkeiten im medizinischen Versorgungssystem. Gemäss der Onlinebefragung sehen die ÄrztInnen Teilzeitmöglichkeiten eher noch in der Praxis (69%) erfüllt als im Spital (4%).

Abbildung 5: Ansprüche der ÄrztInnen an Arbeitsbedingungen



Frage: Wie wichtig sind Ihnen folgende Aspekte bei der Arbeit als Arzt/Ärztin?

N=945-954 (je nach Item unterschiedlich viele fehlend).

Grafik INFRAS. Quelle: Onlinebefragung der Zürcher ÄrztInnen 2019 (Mitglieder der AGZ).

Ambulante Arbeitsorte bevorzugt, insbesondere Gemeinschafts- und Gruppenpraxis.

Die ÄrztInnen bevorzugen ambulante Arbeitsorte gegenüber einer Arbeit im Spital oder einer Klinik. Zwar ist auch die grosse Mehrheit der befragten ÄrztInnen in einer Praxis tätig (70% nur in Praxis, 12% in Praxis und Spital), aber ÄrztInnen, die in einem Spital arbeiten, zieht es eher in die Praxis (15%) als umgekehrt (3%). ÄrztInnen sehen die Ansprüche, die für sie oberste Priorität haben, insgesamt besser in einer Praxis als in einem Spital erfüllt. Dies betrifft den Bezug (vertraute Ansprechperson) und selbstbestimmten Umgang mit PatientInnen und die Flexibilität. Bei der Erfüllung der fachlichen Ansprüche (Herausforderungen und lebenslanges Lernen) ist hingegen aus Sicht der ÄrztInnen der Arbeitsort Spital/Klinik tendenziell und bei den Austauschmöglichkeiten mit KollegInnen relativ klar im Vorteil. Gründe dafür, dass die ÄrztInnen mehrheitlich die Gruppen-/Gemeinschaftspraxis gegenüber der Einzelpraxis als Arbeitsort bevorzugen, sind die Austauschmöglichkeiten mit KollegInnen, geteilte Verantwortlichkeiten, Synergien bei administrativen Aufwänden und die KollegInnen als Zuweisende von PatientInnen.

Selbständigkeit ist für die ÄrztInnen das attraktivere Arbeitsverhältnis.

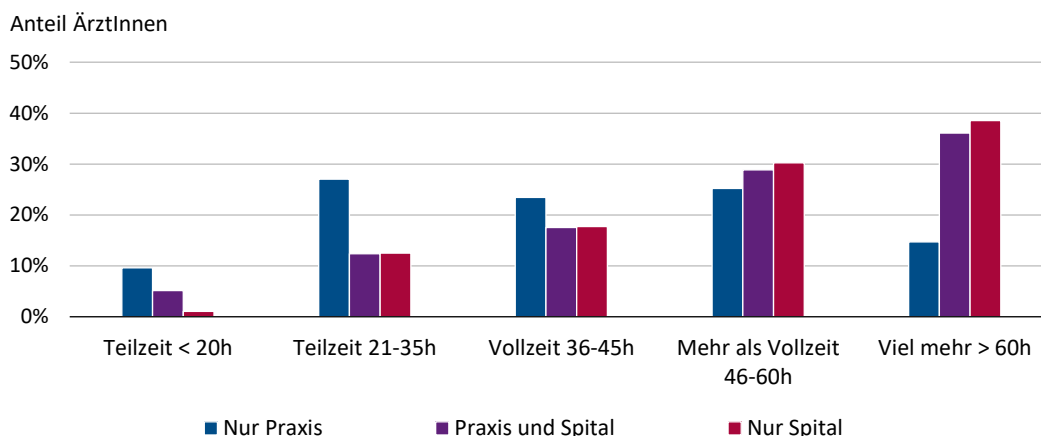
Die Mehrheit der befragten ÄrztInnen (71%) möchte lieber selbständig tätig als angestellt sein (17%). Bei jüngeren ÄrztInnen (jünger als 45) ist dieser Wunsch (48% gegenüber 28%) weniger

ausgeprägt. Es bleibt offen, ob dies damit zusammenhängt, dass sie erst noch weitere Erfahrungen sammeln möchten, bevor sie sich niederlassen, oder ob es sich um einen Trend handelt.

Hohe Arbeitsbelastung und Kostendruck trüben die Arbeitszufriedenheit.

Insgesamt ist die Arbeitszufriedenheit der ÄrztInnen gemäss den Angaben in der Onlinebefragung relativ hoch. Mit Ausnahme der Belastung durch administrative Tätigkeiten äussern die ÄrztInnen bei allen 13 abgefragten Aspekten, mehrheitlich (eher) zufrieden zu sein. Mehr als ein Drittel der ÄrztInnen ist aber (eher) unzufrieden mit der hohen Arbeitsbelastung, darunter vor allem SpitalärztInnen. Gemäss eigenen Angaben arbeiten die befragten ÄrztInnen im Durchschnitt inkl. Teilzeitarbeitende 48 Stunden pro Woche. Zudem zeigt gfs.bern (2017) in einer Studie, dass Vollzeit arbeitende ÄrztInnen im Spital durchschnittlich 55.7 Stunden pro Woche arbeiten.

Abbildung 6: Effektiv angegebene Wochenarbeitszeit nach Arbeitsort durch die ÄrztInnen



Frage: Wie hoch ist Ihr effektives Arbeitspensum in Stunden pro Woche?

N=799, fehlend: 161.

Tabelle INFRAS. Quelle: Onlinebefragung der Zürcher ÄrztInnen 2019 (Mitglieder der AGZ).

Weiter ist mehr als ein Drittel der ÄrztInnen auch weniger zufrieden mit dem Leistungsdruck und den finanziellen Vorgaben bei der Arbeit. Aus den Fokusgruppensdiskussionen wird deutlich, dass die ÄrztInnen sich durch politische und betriebliche Vorgaben in ihrer Therapiefreiheit eingeschränkt fühlen. SpitalärztInnen beklagen, dass wegen des Kostendrucks und der Fallpauschalen in medizinische Abläufe eingegriffen würde. Im Praxisumfeld beklagen die ÄrztInnen insbesondere wiederkehrende Tarifbeschränkungen und Einschränkungen in den abrechenbaren Konsultationszeiten. Damit hätten PraxisärztInnen weniger Planungssicherheit.

Ansprüche an eine gute ärztliche Versorgung für ÄrztInnen zum Teil schwer erfüllbar.

gfs.bern (2017) zeigt, dass mehr als ein Drittel der befragten ÄrztInnen der Ansicht ist, dass die Qualität der Patientenversorgung durch die hohe Arbeitsbelastung und den Zeitdruck

beeinträchtigt werde. Dies geht auch aus der vorliegenden Studie hervor. Die ÄrztInnen geben teilweise an, ihren Ansprüchen an eine gute Versorgung nicht gut gerecht zu werden. Vor allem haben die ÄrztInnen den Eindruck, den PatientInnen nicht genügend Zeit widmen zu können. Unter dem Zeit- und Kostendruck leidet gemäss den Fokusgruppengesprächen und der Onlinebefragung zudem auch die Abstimmung von Behandlungen und Medikamentenabgaben mit anderen ÄrztInnen. Grund für die Defizite im Bereich der Koordination sind aus Sicht der ÄrztInnen fehlende Abrechnungsmöglichkeiten.

3. Folgerungen für das Gesundheitswesen

Die Folgerungen orientieren sich an den Leitfragen 2-4 (vgl. Kap. 1). Sie sind strukturiert nach den drei Ebenen von Gesundheitsversorgungssystemen:

- Mikroebene: Arzt-/Patient-Beziehung und individuelle Leistungserbringung
- Mesoebene: Organisation der Versorgung / Versorgungslandschaft
- Makroebene/Systemebene: Leistungskatalog und Finanzierung

3.1. Mikroebene: Arzt-/Patient-Beziehung

Patientenzentrierung entspricht dem Anspruch von ÄrztInnen und PatientInnen.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Bevölkerung und ÄrztInnen das Gleiche unter einer guten Versorgung beim Arzt/der Ärztin verstehen: Der Arzt/die Ärztin soll und will gut zuhören, ganzheitlich auf die PatientInnen eingehen, diese ernst nehmen und Sachverhalte verständlich erklären. Das Eingehen auf die Patientenbedürfnisse entspricht auch der Idee der patientenzentrierten Versorgung («patient-centered care»). Dieser Ansatz stellt die Bedürfnisse der PatientInnen und persönlichen Ziele für den eigenen Gesundheitszustand in den Mittelpunkt. Diese sollen den Ausgangspunkt für Behandlungsentscheide bilden.

Genügend Zeit für Konsultationen nötig.

Die Ansprüche der PatientInnen und ÄrztInnen an eine gute Versorgung bei dem Arzt/der Ärztin setzen voraus, dass genügend Zeit für die Konsultationen zur Verfügung steht. Die ÄrztInnen sehen dies aufgrund von Beschränkungen der Konsultationszeiten im TAR MED kritisch. PatientInnen zeigen sich mit der Zeit für die Konsultationen relativ zufrieden, wobei Personen mit schlechterem Gesundheitszustand dies ebenfalls kritischer sehen. Weitere Einschnitte bei der Zeit für Konsultationen wären gemäss den Ergebnissen schlecht akzeptiert – sowohl von Seiten der PatientInnen als auch von Seiten der ÄrztInnen.

Teilzeitwünsche der ÄrztInnen schwer vereinbar mit Bedürfnissen der Bevölkerung.

Die Wünsche insbesondere der jüngeren ÄrztInnen, mehr Teilzeit arbeiten zu können, sind wenig kompatibel mit dem Anspruch der PatientInnen, möglichst immer und spontan den

gleichen Arzt/die Ärztin zu konsultieren. Mehr koordinierte Versorgungsmodelle mit Stellvertreterlösungen und Gruppen-/Gemeinschaftspraxen könnten dieses Dilemma ggf. etwas auflösen.

«Shared decision making» mit weiterem Potenzial.

Zur patientenzentrierten Versorgung gehört auch der Einbezug der PatientInnen in Behandlungsentscheide, das sogenannte «shared decision making». Im engeren Sinne handelt es sich beim «shared decision making» um strukturierte Patientengespräche, die einen Beitrag dazu leisten, dass nur diagnostische und therapeutische Leistungen erbracht werden, die den Bedürfnissen der PatientInnen entsprechen. Die Studienergebnisse zeigen, dass die PatientInnen mehrheitlich in Behandlungsentscheide einbezogen werden möchten und ÄrztInnen es ebenfalls als wichtig erachten, ihren PatientInnen Behandlungsvarianten aufzuzeigen. Gleichzeitig stösst dieser Ansatz auch an Grenzen, weil die PatientInnen, insbesondere mit tieferem Bildungsniveau, auch Schwierigkeiten haben, die Vor- und Nachteile von Varianten abzuwägen. Damit der Ansatz stärker gelebt werden kann, müsste somit auch die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung weiter verbessert werden.

Evidenzbasierte Behandlungsleitlinien als Entscheidungsunterstützung gut akzeptiert.

Klar aus den Ergebnissen geht auch hervor, dass die ÄrztInnen grossen Wert auf die Therapiefreiheit und einen selbstbestimmten Umgang mit den PatientInnen legen. Zur Unterstützung von Behandlungsentscheiden wurden durch medizinische Fachgesellschaften mit dem Aufkommen der evidenzbasierten Medizin in den 90er Jahren sogenannte evidenzbasierte Behandlungsleitlinien etabliert. Es handelt sich um freiwillige Handlungsempfehlungen für definierte diagnostisch-therapeutische Bereiche, welche auf wissenschaftlicher Evidenz und klinischer Praxiserfahrung beruhen. Ziel der Leitlinien ist es, dass Leistungserbringer diese fallspezifisch anwenden und damit rationale und transparente Entscheidungen treffen. Dadurch sollen Behandlungsfehler minimiert und unnötige Leistungen vermieden werden. Die Studienergebnisse deuten darauf hin, dass die Anwendung von Leitlinien bei den PatientInnen und ÄrztInnen gut akzeptiert ist, sofern die Bedürfnisse der PatientInnen dabei immer noch die primäre Maxime für Behandlungsentscheide bleiben.

3.2. Mesoebene: Angebotslandschaft und Versorgungsmodelle

Breite Unterstützung für die Stärkung der Hausarztmedizin.

Ganz klar den Bedürfnissen der Bevölkerung entspricht eine Stärkung der Hausarztmedizin. Auch die ÄrztInnen sehen gemäss der Befragung einen Bedarf nach einer Stärkung der Hausarztmedizin. Mit ein Grund für den Mangel ist jedoch der fehlende Nachwuchs. Die Ausübung der Allgemeinmedizin ist nicht von allen ÄrztInnen das präferierte Arbeitsgebiet. Aus der Befragung geht hervor, dass SpezialistInnen grossmehrheitlich (über 90%) auch den Anspruch haben,

sich in ein Fachgebiet zu vertiefen. Zudem bemängeln ÄrztInnen in den Fokusgruppengesprächen eine teils ungleiche Abgeltung zwischen Leistungen der Allgemeinmedizin und der Spezialmedizin. Der Bundesrat hat als Gegenentwurf zu der im Jahr 2010 eingereichten Volksinitiative «Ja zur Hausarztmedizin» gemeinsam mit einer Trägerschaft einen Masterplan³ «Hausarztmedizin und medizinische Grundversorgung» lanciert. Im Rahmen dieses Masterplans werden seit 2012 konkrete Massnahmen zur Stärkung der Hausarztmedizin umgesetzt.

Konsolidierung der Spitallandschaft findet grundsätzlich Akzeptanz.

Die Bevölkerung und die ÄrztInnen bewerten den Zugang zur Versorgung mit Ausnahme der ambulanten GrundversorgerInnen insgesamt sehr positiv. Gemäss den Studienergebnissen wäre ein Abbau als mögliche Massnahme zur Kosteneindämmung sowohl bei der Bevölkerung als auch bei den ÄrztInnen gut akzeptiert (vgl. Abbildung 8). Die Spitalplanung liegt in der Hoheit der Kantone, was u.a. ein Grund dafür ist, dass die Schweiz von vielen kleinen Spitälern geprägt ist. Um Kosten zu sparen, sind viele Kantone daran, ihre Spitallandschaft zu konsolidieren mit Spitallisten, der Schliessung und Zusammenlegung von öffentlichen Spitälern und vermehrten Kooperationen mit anderen Kantonen. Dies dürfte gemäss den Studienergebnissen auf Zustimmung bei der Bevölkerung stossen. Jüngere Beispiele (auch im Kanton ZH) zeigen aber, dass die Bevölkerung in Volksabstimmungen Schliessungen von Spitälern ablehnte. Dies kann mit der Trittbrettfahrer oder «tragedy of the commons» erklärt werden: Wenn von dem Einschnitt vor der eigenen Haustüre die breite Versicherungsgemeinschaft profitiert, ist es für den Einzelnen nicht rational, dem zuzustimmen.

Hinweise auf nicht optimale Verteilung der Spezialversorger.

Neben dem Spitalbereich befürwortet zwar nicht die Mehrheit, aber fast die Hälfte der Bevölkerung und auch der ÄrztInnen eine Reduktion der Anzahl frei praktizierender SpezialistInnen als mögliche Massnahme zur Dämpfung der Kosten im Gesundheitswesen. Auf der anderen Seite bemängelt die Bevölkerung die heutigen Wartezeiten bei SpezialistInnen. Dieser Widerspruch kann dahingehend interpretiert werden, dass teils Engpässe, teils ein Überangebot gesehen wird. Hinweise auf Engpässe gibt die Befragung bezüglich der PsychiaterInnen. Genauere Ergebnisse, in welchen Fachbereichen die Bevölkerung und ÄrztInnen ein Überangebot orten, gehen aus den Befragungen nicht hervor.

Die Kantone können bis Mitte 2021 basierend auf einer befristeten Verordnung des Bundesrates⁴ Zulassungsbeschränkungen erlassen. Für eine dauerhafte Lösung der Zulassungssteuerung hat der Bundesrat im Jahr 2018 dem Parlament eine Botschaft unterbreitet, die es den Kantonen erlauben will, künftig pro ärztliches Fachgebiet eine Höchstzahl an ÄrztInnen festzulegen. Das Geschäft befindet sich derzeit noch in der Beratung der eidgenössischen Räte.

³ vgl. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/berufe-im-gesundheitswesen/medizinalberufe/medizinische-grundversorgung/masterplan-hausarzt-med-grundversorgung.html>

⁴ vgl. Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (VEZL) vom Mai 2019.

Koordinierte Versorgung stärken.

Sowohl die ÄrztInnen als auch die Bevölkerung sind sich darin einig, dass bei der Koordination zwischen den Leistungserbringern Defizite bestehen und die Zahlungsbereitschaft zur Verbesserung dieser Koordination bei chronisch Kranken ist bei allen – auch gesunden Befragten – in grossem Ausmass vorhanden. Zudem sehen ÄrztInnen und die Bevölkerung bei der verbesserten Koordination auch ein grosses Kosteneinsparpotential. Von Seiten der Politik ist der Bedarf für eine bessere integrierte Versorgung erkannt (vgl. beispielsweise Strategie Gesundheit 2020 des Bundesrates und Bericht der Expertengruppe über Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung 2017). Dennoch wird die integrierte Versorgung in der Schweiz – auch gemäss den Studienergebnissen – noch wenig umgesetzt. Grund hierfür sind u.a. fehlende finanzielle Anreize für Leistungserbringer, sich integrierten Versorgungsmodellen anzuschliessen und u.a. Budgetverantwortung zu übernehmen.

Mehr Potenzial für Gatekeeping vorhanden.

In der Schweiz sind die Versicherten bereits mehrheitlich einem Versicherungsmodell angeschlossen, bei dem sie eine Triage durchlaufen und zuerst einen Hausarzt/eine Hausärztin oder einen telefonischen Dienst konsultieren müssen. Der Ansatz des Gatekeeping wird verfolgt, um unnötige spezialisierte Leistungen zu vermeiden. Dieser Ansatz findet gemäss den Studienergebnissen auch breite Akzeptanz bei der Bevölkerung und der Ärzteschaft. Die Bevölkerung wünscht ohnehin eine Betreuung durch einen Hausarzt/eine Hausärztin (vgl. oben). ÄrztInnen und die Bevölkerung würden es mehrheitlich befürworten, das Gatekeeping zu stärken. Selbst rund die Hälfte der Standardversicherten, die keine Triage durchlaufen müssen und dafür höhere Prämien zahlen, steht dem Gatekeeping durch den Hausarzt/die Hausärztin positiv gegenüber. Dies weist darauf hin, dass mehr Potenzial für das Gatekeeping durch HausärztInnen vorhanden ist. Gespaltener sind die Meinungen zu einem vermehrten Gatekeeping durch einen Telefonservice. Dem stimmt die Hälfte der Bevölkerung und die Minderheit der ÄrztInnen zu. Dies dürfte damit zusammenhängen, dass der persönliche Bezug zum Menschen für beide Seiten ein wichtiger Anspruch ist.

«Ambulant vor stationär» prinzipiell kompatibel mit Arbeitsplatzwünschen der ÄrztInnen.

Würde es nach den befragten ÄrztInnen gehen, wären zusätzliche Arbeitsplätze im ambulanten Bereich erwünscht. Die Kantone verfolgen momentan verstärkt den Grundsatz «ambulant vor stationär» mit dem Ziel, Kosten zu senken. Dies ist somit prinzipiell kompatibel mit den Bedürfnissen der ÄrztInnen. Allerdings dürfte es aus Sicht der ÄrztInnen nicht zu Verschiebungen vom Spital in die Spitalambulanz, sondern in die Arztpraxen kommen, da die Spitalambulanz zu den eher unbeliebteren Arbeitsplätzen der ÄrztInnen gehört.

3.3. Makroebene/Systemebene: Leistungskatalog und Finanzierung

Stärkung der Prävention gefordert.

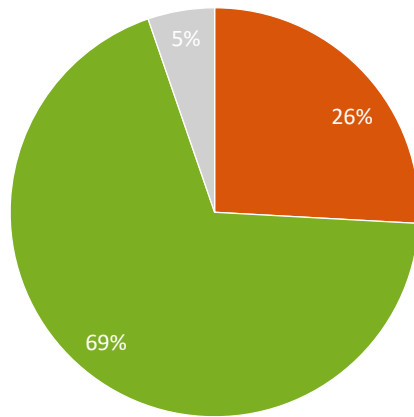
Deutlich geht aus den Ergebnissen hervor, dass von Seiten der Bevölkerung ein Bedarf an zusätzlichen Angeboten der Prävention besteht. Auch als mögliche Massnahme zur Dämpfung des Kostenwachstums findet die Stärkung der Prävention grosse Akzeptanz bei der Bevölkerung und der Ärzteschaft. Unter Prävention sind dabei nicht nur Leistungen im Bereich der Gesundheitsförderung und Primärprävention zu verstehen, sondern auch für Risikogruppen (Sekundärprävention und Früherkennung) und chronisch Kranke (Tertiärprävention). Solche Leistungen sind im Grundleistungskatalog nur teilweise abgedeckt (z.B. Vorsorgeuntersuchungen). Für weitere Angebote existieren z.B. kantonale Programme oder Angebote von NGOs und Gesundheitsligen aber keine übergreifende Steuerung und Koordination. Gemessen an den Gesamtausgaben des Gesundheitswesens sind die Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention gering (rund 4%)⁵. Im Jahr 2012 wurde das Präventionsgesetz im Ständerat abgelehnt, das zum Ziel hatte, die Steuerung von Präventions-, Gesundheitsförderungs- und Früherkennungsmassnahmen in der Schweiz zu verbessern.

Potenzial vorhanden, unnötige Leistungen zu reduzieren.

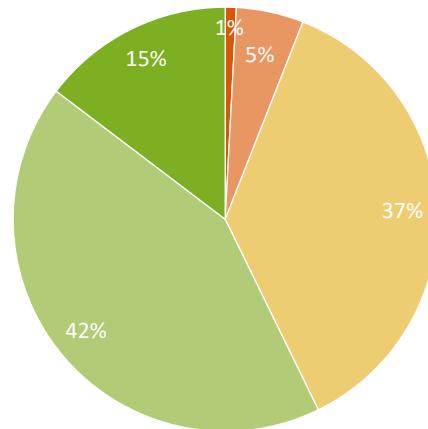
ÄrztInnen und die Bevölkerung sind sich darin einig, dass die Qualität des schweizerischen Gesundheitswesens hoch ist, aber ebenso auch die Kosten. Zwar sind die ÄrztInnen eher der Ansicht, dass die Kosten mit Blick auf die Qualität gerechtfertigt sind. Dennoch sind auch sie teilweise der Ansicht, dass im schweizerischen Gesundheitswesen auch unnötige Leistungen erbracht werden.

⁵ <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/kosten-finanzierung/kosten.html>

Abbildung 7: Einschätzung, unnötige Leistungen erhalten (Bevölkerung) / erbracht (ÄrztInnen)

Bevölkerung: In Vergangenheit unnötige Leistungen erhalten

■ Ja ■ Nein ■ Weiss nicht

ÄrztInnen: In Vergangenheit bewusst unnötige Leistungen erbracht

■ Häufig ■ Eher häufig ■ Eher selten
■ Praktisch nie ■ Nie

Frage Bevölkerung: Haben Sie den Eindruck, Sie hätten in der Vergangenheit bereits Leistungen/Therapien verschrieben erhalten, die nicht angebracht oder unnötig waren? Falls ja, welche? N=1'005, fehlend: 0.

Frage ÄrztInnen: Es gibt viele Gründe nicht immer nur das Nötigste zu tun. Hand aufs Herz, Sie antworten anonym: Haben Sie schon mal bewusst Leistungen erbracht, Medikamente verschrieben oder Test durchgeführt, die nicht unbedingt nötig oder angebracht waren? N= 954, fehlend: 6.

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz und Onlinebefragung der Zürcher ÄrztInnen 2019 (Mitglieder der AGZ).

Aus Sicht der ÄrztInnen sind diese vor allem durch eine hohe Anspruchshaltung und Unsicherheit der PatientInnen bedingt, aber auch durch Fehlanreize im Finanzierungssystem. Ansätze, wie unnötige Leistungen in der Schweiz reduziert werden können, gibt es verschiedene (vgl. z.B. SAMW 2019, Expertenbericht 2017, Bundesrat 2013). Die vorliegende Studie gibt insbesondere Hinweise auf die Akzeptanz und Erfolgchancen für die zwei folgenden möglichen Ansätze:

- **Smarter Medicine:** Ein Ansatz, der auf der evidenzbasierten Medizin beruht, ist die Kampagne «Smarter Medicine» in der Schweiz oder auf internationaler Ebene die «Choosing-Wisely-Initiative». ⁶ Ziel ist es, medizinische Leistungen mit geringfügigen klinischen Nutzen zu identifizieren und ÄrztInnen und PatientInnen bekannt zu machen. Diese sollen miteinander entscheiden, ob aufgrund des geringen Nutzens und der potentiellen Risiken nicht besser auf die Behandlung verzichtet werden soll. Zu diesem Ansatz sind die Meinungen der Ärzteschaft geteilt. Die Gründe, weshalb dies ÄrztInnen ihn zum Teil ablehnen, sind unklar. Es geht jedoch aus der Studie hervor, dass die PatientInnen zum Teil wenig sensibilisiert sind und die Option «lieber lindern als um jeden Preis heilen» für viele PatientInnen nicht in Frage kommt.
- **Stärkung der Gesundheitskompetenz und Selbstverantwortung der Bevölkerung:** Damit PatientInnen sich effizienter im Gesundheitssystem bewegen und auch verstehen, dass mehr

⁶ vgl. <https://www.smartermedicine.ch/de/home.html>

nicht immer besser bedeutet, braucht es mehr Gesundheitskompetenz und Selbstverantwortung der PatientInnen. Dies äussern auch ÄrztInnen in der vorliegenden Studie. In der Schweiz gibt es verschiedene Projekte, um die Gesundheitskompetenz vulnerabler Gruppen insbesondere mit Migrationshintergrund zu stärken.⁷ Die SAMW spricht sich dafür aus, Gesundheitskompetenz innerhalb der Schulbildung stärker zu verankern, weil die Gesundheitskompetenz bei Personen mit tieferem Bildungsniveau geringer ist. Darauf deutet auch die vorliegende Studie hin. Ein weiteres relevantes Resultat dieser Studie ist, dass die jüngere Bevölkerung stärker für Gesundheitsthemen und die Bedeutung der Prävention sensibilisiert zu sein scheint und damit empfänglich für Massnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz sein dürfte.

3.4. Übersicht Akzeptanz von Massnahmen zur Eindämmung des Kostenwachstums

Folgende Grafik zeigt in zusammengefasster Form die Akzeptanz von Seiten Bevölkerung und Ärzteschaft für verschiedene Massnahmen zur Eindämmung des Kostenwachstums gemäss den Kapiteln 3.1 bis 3.3). Sie basiert auf den beiden folgenden Fragen:

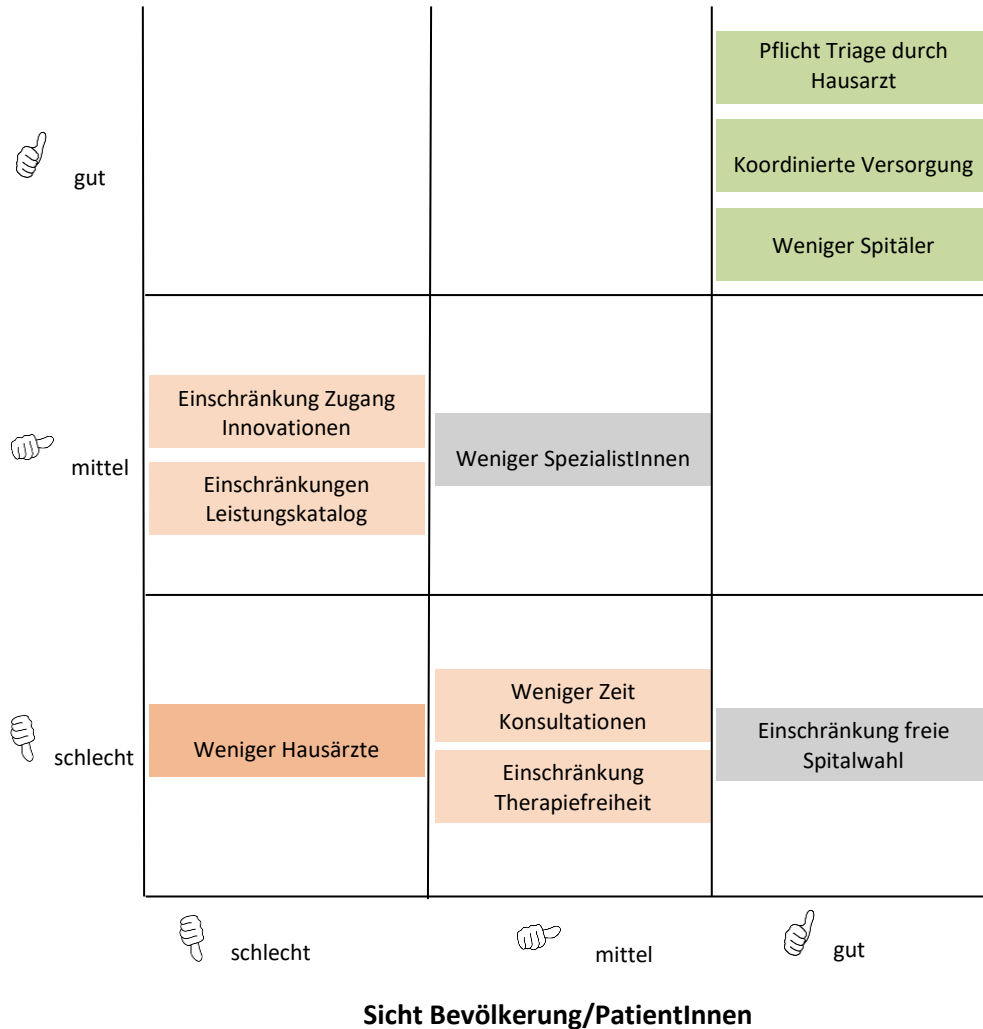
- Bevölkerung: Welche Abstriche wären Sie bereit in Kauf zu nehmen, wenn dadurch Ihre Prämien sinken würden?
- ÄrztInnen: Welche der folgenden Massnahmen, die das Ziel haben, den Kostenanstieg zu bremsen, sind aus Ihrer Sicht sinnvoll?

Sowohl von Seiten der Ärzteschaft und als auch von der Bevölkerung sind eine vermehrte Triage durch HausärztInnen und eine koordinierte Versorgung gut akzeptierte Massnahmen. Mit einer Einschränkung beim Zugang zur Versorgung sind die Befragten bei den Spitälern und teilweise bei den SpezialistInnen einverstanden. Einer Einschränkung der Therapiefreiheit und der Konsultationszeit steht die Bevölkerung etwas offener gegenüber als die ÄrztInnen. Umgekehrt verhält es sich bei der Einschränkung des Leistungsangebots, welches von den ÄrztInnen eher akzeptiert würde als von der Bevölkerung. Einschnitte in der Hausarztversorgung werden von den ÄrztInnen und von der Bevölkerung als Massnahme zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen schlecht akzeptiert.

⁷ <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/gesundheitsliche-chancengleichheit/gesundheitskompetenz-von-benachteiligten-staerken.html>

Abbildung 8: Akzeptanz von politischen Stossrichtungen zur Kostendämpfung

Sicht ÄrztInnen



Frage Bevölkerung: Welche Abstriche wären Sie bereit in Kauf zu nehmen, wenn dadurch Ihre Prämien sinken würden?
N=1'005, fehlend: 0.

Frage ÄrztInnen: Welche der folgenden Massnahmen, die das Ziel haben, den Kostenanstieg zu bremsen, sind aus Ihrer Sicht sinnvoll?

N= 960, fehlend: 0.

Beurteilungen: «gut» = weniger als 50% der Befragten lehnen die Massnahme ab oder eher ab, «mittel» = Zwischen 51% und 75% der Befragten lehnen die Massnahme ab oder eher ab, «schlecht» = über 75% der Befragten lehnen die Massnahme ab oder eher ab.

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz und Onlinebefragung der Zürcher ÄrztInnen 2019 (Mitglieder der AGZ).

Literatur

- Bachmann A. 2019:** Digitale Gesundheitskompetenz. Eine Kurze Übersicht zur aktuellen Literatur Mai 2019.
- BFS 2017a:** Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017. Übersicht.
- BFS 2018:** Digitale Kompetenzen, Schutz der Privatsphäre und Online-Bildung: die Schweiz im internationalen Vergleich. Neuchâtel; 2018.
- BFS 2019:** Suche nach Gesundheitsinformationen im Internet. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kultur-medien-informationsgesellschaft-sport.assetdetail.8486549.html>
- Bundesrat 2013:** Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates. Gesundheit 2020.
- Callahan D. 2004:** Sustainable Medicine. Project Syndicate. January 2004.
- Cohidon C., Selby K., Cornuz J., Gaspoz JM, Senn N 2017:** « Smarter medicine » dans le domaine ambulatoire : opinions et pratiques des médecins de famille et formation des futurs praticiens. Rev Med Suisse Nr. 13, 285-287.
- EDI 2013:** Gesundheit 2020. Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates.
- EDI 2018:** Erläuternder Bericht zur Teilrevision des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung: Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1. Bern, 14. September 2018.
- Expertengruppe 2017:** Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Bericht der Expertengruppe im Auftrag des EDI.
- Gerber M., Kraft E., Bosshard C. 2014:** Shared Decision Making – Arzt und Patient entscheiden gemeinsam. Grundlagedokument der DDQ. SAEZ, Nr. 50, 1883-1889.
- gfs.bern 2018:** Experimente unerwünscht, aber wachsende Ansprüche an die Versorgung. Gesundheitsmonitor 2018 im Auftrag von interpharma.
- gfs.bern 2017:** Verändertes Arbeitsumfeld und Einstellungen zu neuen Finanzierungsmodellen. Begleitstudie im Auftrag der FMH. 7. Befragung 2017.
- gfs.bern 2015:** Bevölkerungsbefragung «Erhebung Gesundheitskompetenz 2015». Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG, Abteilung Gesundheitsstrategien.
- Hostettler S., Kraft E., Bosshard C. 2014:** Guidelines – Qualitätsmerkmale erkennen. In: Schweizerische Ärztezeitung 2014;95: 3
- Institut für Hausarztmedizin, Jahr unbekannt:** Das Konzept «Medical Home» (<https://www.hausarztmedizin.uzh.ch/de/ChronicCare/MedicalHome.html>)
- Irving G., et al. 2017:** International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries.
- Lamnek, S. 1995:** Qualitative Sozialforschung. Band 2 Methoden und Techniken. BELTZ Psychologie Verlags Union, Weinheim.
- Norman C. und Skinner H. 2006:** eHealth Literacy: Essential Skills for Consumer Health in a Networked World. Journal of medical Internet research; 2006;2:e9.

Obsan 2015: Médecins de premier recours – Situation en Suisse, tendances récentes et comparaison internationale. Analyse de l'International Health Policy Survey 2015 du Commonwealth Fund sur mandat de l'Office fédérale de la santé publique (OFSP).

SAMW 2019: Nachhaltige Entwicklung des Gesundheitssystems. Positionspapier der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften. Vol 14, No 2.