

Ärztegesellschaft des Kantons Zürich AGZ

Ansprüche an die ärztliche Versorgung

Befragung der Bevölkerung und der ÄrztInnen

Studienbericht

Zürich, 16. Oktober 2019

Judith Trageser, Eva Gschwend, Thomas von Stokar



Impressum

Ansprüche an die ärztliche Versorgung

Befragung der Bevölkerung und der ÄrztInnen

Studienbericht

Zürich, 16. Oktober 2019

Studienbericht_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	5
1.1.	Ausgangslage, Ziel	5
1.2.	Methodisches Vorgehen	5
2.	Verhalten und Präferenzen der Bevölkerung bei der Inanspruchnahme	11
2.1.	Gewähltes Versicherungsmodell	12
2.2.	Häufigkeit eines Arztbesuchs	18
2.3.	Erstkonsultation und Zweitmeinungen	21
2.4.	Wichtige Faktoren für die Wahl einer Praxis	32
2.5.	Komplementär- und Alternativmedizin	39
2.6.	Fazit	41
3.	Vorstellung einer «guten Versorgung»	43
3.1.	Sicht der Bevölkerung	44
3.1.1.	Arzt/Patient-Beziehung	44
3.1.2.	Nutzung der Möglichkeiten der Medizin	50
3.2.	Sicht der ÄrztInnen	57
3.3.	Fazit	59
4.	Beurteilung heutige Versorgung und Verbesserungsbedarf	61
4.1.	Sicht der Bevölkerung	62
4.2.	Sicht der ÄrztInnen	85
4.3.	Fazit	93
5.	Ansprüche und Zufriedenheit der ÄrztInnen	96
5.1.	Inhaltlich-fachliche Aspekte	96
5.2.	Arbeitsumfeld und Arbeitsbedingungen	102
5.3.	Berufliche Rolle und Verdienst	111
5.4.	Arbeitsort (ambulant/stationär und Institution)	115
5.5.	Arbeitsort (Stadt/Land/Agglomeration)	120
5.6.	Arbeitsverhältnis	122
5.7.	Fazit	123

6.	Beurteilung der Kosten und mögliche Massnahmen zur Kostensenkung	126
6.1.	Sicht Bevölkerung	127
6.1.1.	Beurteilung der Kosten	127
6.1.2.	Mögliche Massnahmen zur Kostenreduktion	130
6.2.	Sicht ÄrztInnen	146
6.2.1.	Beurteilung der Kosten im Vergleich zur Qualität	146
6.2.2.	Mögliche Massnahmen zur Kostensenkung	151
6.3.	Fazit	156
7.	Synthese	159
7.1.	Hauptkenntnisse	159
7.1.1.	Ansprüche der Bevölkerung an die Gesundheitsversorgung	159
7.1.2.	Ansprüche der ÄrztInnen an ihre Arbeitswelt	162
7.2.	Folgerungen	164
7.2.1.	Mikroebene: Arzt-/Patient-Beziehung und individuelle Leistungserbringung	165
7.2.2.	Mesoebene: Angebotslandschaft und Versorgungsmodelle	166
7.2.3.	Makro/Systemebene: Leistungskatalog und Finanzierung	169
	Anhang	171
A1.	Soziodemografische Charakteristiken der Befragten der Bevölkerungsbefragung	171
A2.	Charakteristiken der befragten ÄrztInnen	174
A3.	Weitere Ergebnisse der Befragung der ÄrztInnen	176
	Abbildungsverzeichnis	178
	Tabellenverzeichnis	180
	Literatur	188

1. Ziel und Methodik der Studie

1.1. Ausgangslage, Ziel

Die Alterung der Bevölkerung, eine erhöhte Mobilität, die stärkere Erwerbsbeteiligung von Frauen, wachsende Anforderungen im Beruf, Abwanderungen aus dem ländlichen Raum, Digitalisierung – dies sind nur einige Entwicklungen, die zeigen, dass sich die Gesellschaft im Wandel befindet. Diese Entwicklungen tangieren auch das Gesundheitswesen und die Bevölkerung, d.h. die Leistungserbringer, die PatientInnen, Prämienzahlenden und Mitglieder eines solidarisch finanzierten Gesundheitssystems.

Vor diesem Hintergrund möchte die Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich (AGZ) die Bedürfnisse der Menschen neu beleuchten. Die AGZ interessiert, ob die Bedürfnisse der PatientInnen und Prämienzahlenden und das Angebot der Versorgung noch übereinstimmen und wie die Versorgungslandschaft der Zukunft aussehen müsste, damit die Bedürfnisse der Nachfrager und der Anbieter erfüllt sind.

Die derzeitige Diskussion in der schweizerischen Gesundheitspolitik konzentriert sich seit einigen Jahren stark auf Prämienpolitik und Kostensparen. Dadurch drohen aus Sicht der Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich Gesundheitsreformen, die an den Wünschen und Ansprüchen der Menschen vorbeigehen. Die AGZ möchte daher den Menschen mit seinen Bedürfnissen und Wünschen in Bezug auf die Gesundheitsversorgung in den Mittelpunkt stellen.

Die AGZ hat INFRAS die vorliegende Studie in Auftrag gegeben, um die Ansprüche, Bedürfnisse und Wünsche der Bevölkerung und der Ärzteschaft detailliert zu erheben und mit dem sich verändernden Kontext zu spiegeln. 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?

1.2. Methodisches Vorgehen

Untersuchungsdesign

Grundlage für die vorliegende Studie sind zwei breite Onlinebefragungen, mehrere qualitative Fokusgruppengespräche sowie eine Literaturanalyse. Dabei wurde ein zweistufiges Untersuchungsdesign angewandt. Ziel war es, ausgehend von einem breiten qualitativen Stimmungsbild der Bevölkerung und der Ärzteschaft, wichtige Aspekte standardisiert zu erheben. Die

erste Stufe war somit explorativer Art und umfasste insgesamt acht Fokusgruppengespräche. Ziel war es, möglichst breit zu erfassen, welche Ansprüche die Bevölkerung in Bezug auf die Gesundheitsversorgung und die Ärzteschaft in Bezug auf ihre Arbeitswelt haben und welche Themen sie in Bezug auf das Gesundheitswesen und Gesundheitssystem beschäftigen.¹ Die Fragestellungen waren bewusst offen formuliert, so dass Diskussionen zwischen den Teilnehmenden entstehen und wichtige Themen gesammelt werden konnten. Folgende Themen wurden bei den zwei Zielgruppen behandelt:

Tabelle 1: Themen der Fokusgruppengespräche

Thema	Bevölkerung	Ärztenschaft
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.

Ergänzend zu den Fokusgruppengesprächen erfolgte eine Literaturanalyse, um bestehende Erkenntnisse zu den Ansprüchen und Haltungen der Bevölkerung und der Ärzteschaft zu erfassen. Basierend auf den Ergebnissen der Fokusgruppengespräche und der Literaturanalyse wurden die zwei breiten Onlinebefragungen aufgelegt. Zielgruppen waren die Bevölkerung der Deutschschweiz und die Ärzteschaft im Kanton Zürich. 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 – nicht bereits in anderen Studien erhobenen – Aspekten ermöglichen.

Übersicht Fokusgruppendifkussionen

Insgesamt wurden acht Fokusgruppendifkussionen mit fünf Bevölkerungsgruppen und drei Ärzteguppen durchgeführt. Fokusgruppendifkussionen sind Gruppendifkussionen, die von erfahrenen ModeratorInnen entlang von halbstrukturierten Interviewleitfäden durchgeführt werden. Solche Gespräche erlauben es, vertieft auf die Meinungen der Teilnehmenden einzugehen. Durch den zusätzlichen Austausch der Teilnehmenden untereinander können Haltungen deutlicher zum Vorschein kommen als bei Einzelinterviews (Lamnek 1995). Ferner dienen die

¹ Das Gesundheitswesen umfasst alle Organisationen, deren Aufgabe es ist, die Gesundheit der Bevölkerung zu erhalten und zu fördern sowie Krankheiten zu bekämpfen. Das Gesundheitssystem hingegen beschreibt, wie die medizinische Versorgung der Bevölkerung politisch und finanziell geregelt ist.

Resultate der Fokusgruppengespräche als Grundlage für Gestaltung des standardisierten Fragebogens der Online-Befragung.

Die FokusgruppenteilnehmerInnen wurden aus dem Kanton Zürich rekrutiert und die Gespräche dauerten zwei Stunden.² Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die durchgeführten Fokusgruppengespräche. Im Anschluss an die Fokusgruppengespräche konnten Kurzstatements einiger TeilnehmerInnen gefilmt werden. Diese dienten ebenfalls als empirische Grundlage und sind teilweise als Einzelstatements in den Bericht eingeflossen. Ferner wurden sie zur Veranschaulichung der Ansprüche in Referaten verwendet.³

Tabelle 2: Durchgeführte Fokusgruppen

Zielgruppe	Anzahl Teilnehmende	Rekrutierung
Bevölkerung		
Junge Personen (~20-35 J.)	8 (4 Männer, 4 Frauen)	Panel des Marktforschungsinstituts gfs.bern
Personen mittleren Alters (~40-55 J.)	8 (3 Männer, 5 Frauen)	
Personen im Pensionierungsalter (~60-70 J.)	9 (6 Männer, 3 Frauen)	
Chronisch Kranke Personen	7 (2 Männer, 5 Frauen)	Gesundheitsligen
Pflegebedürftige Personen	3 (2 Männer, 1 Frau)	Spitexverband Kanton Zürich, Pro Senectute Kanton Zürich
ÄrztInnen		
GrundversorgerInnen (Haus- und KinderärztInnen sowie PsychiaterInnen)	5 (3 Männer, 2 Frauen)	Mitgliederdatenbank der AGZ
SpezialistInnen	6 (4 Männer, 2 Frauen)	
Zukünftige ÄrztInnen (Studierende und AssistenzärztInnen)	8 (4 Männer, 4 Frauen)	Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte VSAO Fachverein Medizin der UZH

Tabelle INFRAS.

Standardisierte Onlinebefragung bei der Bevölkerung

Auf Seiten der Bevölkerung wurde eine Stichprobe der Deutschschweizer Bevölkerung von 1'000 Personen ab 18 Jahren befragt. Die Befragung fokussierte bewusst nicht nur auf

² Gemäss Lamneck (1995) liegt die optimale Grösse von Fokusgruppen bei fünf bis zwölf TeilnehmerInnen. Demnach besteht in kleineren Gruppen die Gefahr, dass sie weniger ergiebig sind, weil die Wahrscheinlichkeit unterschiedlicher Auffassungen und Argumente geringer ist. Bei grösseren Gruppen besteht die Gefahr, nicht alle Meinungen im Detail abholen zu können. In vorliegendem Fall wurden Gruppen gebildet, welche bezüglich des Gesundheitswesens ggf. ähnliche Bedürfnisse aufweisen könnten (Alter bei den Teilnehmenden bzw. Facharztgruppe bei den ÄrztInnen). Bezüglich anderer Merkmale wie bspw. dem Geschlecht sollten die Teilnehmenden jedoch möglichst repräsentativ sein. Die Dauer von zwei Stunden wurde gewählt, da dadurch genügend Zeit vorhanden war, um vertieft auf einzelne Themen eingehen zu können. Gleichzeitig war die Dauer noch genügend kurz, dass die Teilnahme im Alltag, bspw. nach Feierabend, möglich war.

³ Hierzu wurde von den TeilnehmerInnen die explizite Einwilligung eingeholt.

Personen, die das Gesundheitswesen regelmässig oder häufiger beanspruchen, sondern auf die gesamte Bevölkerung bzw. die Prämienzahlenden. Die Rekrutierung erfolgte über ein Onlinepanel⁴ des Marktforschungsinstituts gfs.bern. Die Stichprobe ist repräsentativ in Bezug auf das Geschlecht, vier Altersklassen, die geografische Lage⁵ des Wohnorts, den Migrationshintergrund⁶ und die Bildung. Dies wurde über eine Quotierung der Teilnehmenden sichergestellt. Die Charakteristiken der Befragten sind im Anhang A1 aufgeführt. Die Fragen aus der Onlinebefragung sind jeweils zu Beginn der Kapitel 2, 3, 4 und 6 aufgeführt.

Standardisierte Onlinebefragung bei der Ärzteschaft

Auf Seiten der ÄrztInnen haben sich insgesamt 960 ÄrztInnen an der Befragung beteiligt, darunter 395 GrundversorgerInnen⁷, 338 SpezialistInnen, 191 PsychiaterInnen und 36 Personen in Facharztausbildung. Bei den ersten drei Gruppen handelt es sich um Mitglieder der Ärztesellschaft des Kantons Zürich, bei den Personen in Facharztausbildung um Mitglieder des Verbands der Schweizerischen Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte (VSAO). Der Rücklauf betrug 26% bei den GrundversorgerInnen, 20% bei den SpezialistInnen und 26% bei den PsychiaterInnen. Die Stichprobe ist in Bezug auf die Facharztgruppe und die Altersgruppen mit kleinen Abweichungen von bis zu 3 Prozentpunkten repräsentativ zur Grundgesamtheit. Nur Männer sind mit 61% in der Grundgesamtheit und 55% in der Stichprobe leicht übervertreten. Aufgrund der kleinen Abweichungen wurde auf eine spezielle Gewichtung verzichtet. Für detailliertere Informationen zu den Charakteristiken der befragten ÄrztInnen vgl. Anhang A2. Die konkreten Fragen aus der Onlinebefragung sind jeweils zu Beginn der Kapitel 3-6 aufgeführt.

Analyse und Darstellung der Ergebnisse

Fokusgruppengespräche

Die Ergebnisse der Fokusgruppengespräche wurden inhaltsanalytisch entlang der Themen ausgewertet. Da sie explorativ ausgerichtet waren und als Grundlage für die standardisierten Befragungen dienten, sind sie im vorliegenden Bericht nicht systematisch, sondern vor allem ergänzend zu den Ergebnissen der Onlinebefragung dargestellt.

⁴ Ein Online-Panel beschreibt eine Gruppe von registrierten Personen, die sich bereit erklärt haben, wiederholt an Online-Befragungen teilzunehmen.

⁵ Geografische Lage unterteilt in Stadt, Agglomeration, Land gemäss Raumgliederung von Gemeinden des BFS.

⁶ Hierzu wurde die Stimmberechtigung als Proxy für den Migrationshintergrund verwendet.

⁷ Unter GrundversorgerInnen wurden alle ÄrztInnen gefasst, die gemäss Mitgliederdatenbank der AGZ unter Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin und Praktischer Arzt/Ärztin geführt sind.

Onlinebefragungen

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.⁸

Die Ergebnisse zu den Gruppenunterschieden sind folgendermassen im vorliegenden Bericht dargestellt:

- Wenn signifikante Gruppenunterschiede beobachtet wurden konnten, sind diese entweder in Form von Grafiken, Tabellen oder in Textform aufgeführt und das Signifikanzniveau bzw. der p-Wert dazu angegeben. Im Text ist der besseren Lesbarkeit willens nur das Signifikanzniveau aufgeführt. Dabei wird unterschieden zwischen dem 1% Niveau (p-Wert <0.01 und einer geringeren Signifikanz auf dem 5% Niveau (p-Wert zwischen 0.01 und 0.05).
- Sind Unterschiede im Text erwähnt, sind diese immer signifikant. Nur in Ausnahmefällen sind beobachtete Unterschiede erwähnt, die nicht signifikant sind. In diesen Fällen ist dies explizit deklariert.
- Wenn keine signifikanten Gruppenunterschiede bestanden, wird dies nur explizit erwähnt, wenn aus Sicht der AutorInnen ein Unterschied aufgrund einer bestimmten Hypothese hätte erwartet werden können.
- Die Gruppenunterschiede wurden immer ohne «weiss-nicht»-Anteile analysiert⁹ und dargestellt. In Abbildungen ohne Gruppenunterschiede sind hingegen die «weiss-nicht»-Anteile abgebildet, um aufzuzeigen, welcher Anteil die Frage nicht beantworten konnte oder keine Haltung hierzu hat.

Zielgruppe Bevölkerung vs PatientInnen

Im folgenden Bericht wird teilweise von Bevölkerung und teilweise von PatientInnen gesprochen. Prinzipiell handelt es sich bei den Antwortenden immer um eine repräsentative Stichprobe der Deutschschweizer Bevölkerung. Der Begriff Patient/Patientin wird dennoch verwendet, wenn klar ist, dass die Befragten aus der Perspektive eines Patienten/einer Patientin geantwortet haben und nicht z.B. aus der Perspektive eines Prämienzahlenden, der selten das

⁸ 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.

⁹ Das bedeutet, dass weiss-nicht-Anteile aus dem Total herausgerechnet wurden und die Anteile auf dem Total ohne weiss-nicht bestimmt wurden.

Gesundheitssystem in Anspruch nimmt. Bei den Auswertungen wurde zudem zwischen gesünderen und kränkeren Personen differenziert und jeweils beobachtete Unterschiede zwischen diesen Gruppen deklariert. Bei Fragen, wo unterschiedliche Perspektiven (eher Gesunde, eher Kranke) hineinspielen können, werden diese somit differenziert angeschaut.

2. Verhalten und Präferenzen der Bevölkerung bei der Inanspruchnahme

Dieses Kapitel analysiert das Verhalten und Präferenzen der Bevölkerung bei der Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung. Grundlage sind folgende Fragen aus der Onlinebefragung der Bevölkerung:

Tabelle 3: Behandelte Fragen zum Verhalten und den Präferenzen der Bevölkerung bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

Bevölkerung
Welche Art von Krankenversicherung haben Sie für die obligatorische Grundversicherung gewählt?
Welche Franchise haben Sie gewählt?
Wie oft waren Sie in den letzten 12 Monaten bei einem Arzt/einer Ärztin (inklusive SpezialistInnen und GynäkologInnen), ZahnärztInnen nicht miteingerechnet? N=1005.
Inwiefern stimmen Sie eher der ersten und inwiefern stimmen Sie eher der zweiten Aussage zu? «Wenn ich plötzlich Fieber, Kopf-, Bauch- oder Gelenkschmerzen habe, weiss ich Bescheid, was zu tun ist.» vs. «Wenn ich plötzlich Fieber, Kopf-, Bauch- oder Gelenkschmerzen habe, brauche ich eine medizinische Beratung, damit das Richtige getan wird.»
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?
Inwiefern stimmen Sie eher der ersten und inwiefern stimmen Sie eher der zweiten Aussage zu? «Ich konsultiere lieber ÄrztInnen, die auf spezifische Probleme spezialisiert sind.» vs «Ich konsultiere lieber ÄrztInnen, die über ein möglichst breites Fachwissen verfügen.»
Haben Sie nach einer Diagnose oder einem Behandlungsentscheid eines Arztes/einer Ärztin schon einmal eine Zweitmeinung eingeholt? Falls ja: Grund für die Zweitmeinung?
Welche Aspekte sind Ihnen bei der Wahl einer Praxis besonders wichtig?
Inwiefern stimmen Sie eher der ersten und inwiefern stimmen Sie eher der zweiten Aussage zu? «Es ist mir lieber, zu einem Arzt/einer Ärztin zu gehen, der mich und meine Krankheitsgeschichte kennt.» vs. «Es ist mir wichtig, möglichst direkt und kurzfristig einen Arzt/eine Ärztin sehen zu können, auch wenn es unterschiedliche Personen sind.»
Haben Sie in den letzten 2 Jahren eine Therapie der Alternativ- und Komplementärmedizin in Anspruch genommen?

Tabelle INFRAS.

Ferner fliessen Ergebnisse aus den fünf Fokusgruppengesprächen mit verschiedenen Bevölkerungsgruppen mit ein. Zudem wurden punktuell Erkenntnisse aus der Literatur zu den Themen ergänzt.

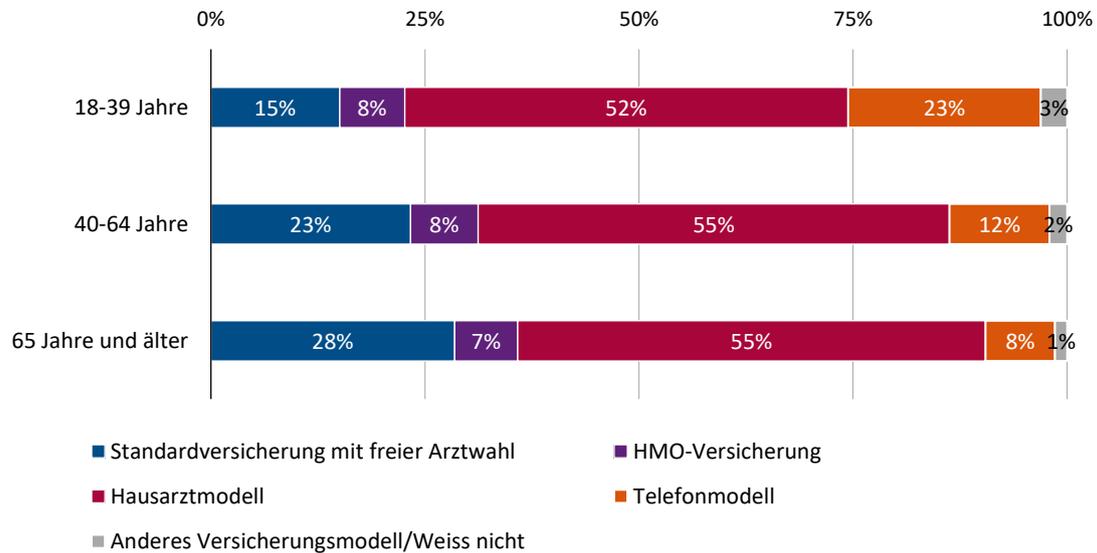
2.1. Gewähltes Versicherungsmodell

Hausarztmodell ist für Personen aller Altersgruppen die beliebteste Grundversicherung.

Rund drei Viertel (77%) der DeutschschweizerInnen hat sich gemäss der Onlinebefragung für eine Grundversicherung mit einem alternativen Versicherungsmodell entschieden.¹⁰ Alternative Versicherungsmodelle sind entweder sogenannte «Gatekeeping»-Modelle, bei denen die Versicherten als erstes einen Hausarzt/eine Hausärztin aufsuchen oder einen telefonischen medizinischen Service konsultieren müssen, bevor sie einen Arzt/eine Ärztin ihrer Wahl aufsuchen können. Oder die Versicherten sind in ihrer Wahl eingeschränkt, indem sie nur innerhalb eines Ärztenetzwerks oder von einer Liste einen Arzt/eine Ärztin wählen dürfen (HMO-Versicherung). Von den alternativen Versicherungsformen ist das Hausarztmodell das beliebteste: Über die Hälfte der befragten DeutschschweizerInnen ist damit versichert. Eine HMO-Versicherung haben 8%, das Telmed-Modell 16% der Versicherten. Auch unter den TeilnehmerInnen der Fokusgruppengesprächen hatten die meisten Personen ein Hausarztmodell gewählt. Im Vordergrund stand für die Gesprächsteilnehmenden, dass die HausärztInnen die Krankheitsgeschichte und die Einstellungen der PatientInnen zur Medizin bereits kennen und bei Bedarf die PatientInnen an die geeigneten SpezialistInnen weiterleiten würden. Den Vorteil tieferer Prämien beim Hausarztmodell haben zwar einzelne TeilnehmerInnen erwähnt, jedoch nicht als Hauptargument. Gegen das Hausarztmodell bzw. ein alternatives Versicherungsmodell spricht für einzelne Fokusgruppenteilnehmende die eingeschränkte Arztwahl.

¹⁰ Der Vergleich mit der Statistik der obligatorischen Krankenversicherung des BAG zeigt, dass die Stichprobe damit relativ repräsentativ in Bezug auf das Versicherungsmodell ist. Gemäss dieser Statistik waren im Jahr 2017 71% der DeutschschweizerInnen mit einem alternativen Versicherungsmodell versichert. Die Zahl der Versicherten mit einem alternativen Modell steigt jährlich (im Jahr 2016 waren es noch 67%), so dass anzunehmen ist, dass im Jahr 2018 die Zahl noch höher lag und sich somit der Stichprobe stark annähert.

Abbildung 1: Bevölkerung: Versicherungsmodell bei der obligatorischen Grundversicherung



Frage: Welche Art von Krankenversicherung haben Sie für die obligatorische Grundversicherung gewählt?
 N=1005, fehlend: 0.

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz 2018.

Das Hausarztmodell ist bei allen untersuchten Bevölkerungsgruppen das beliebteste Modell. Dennoch lassen sich einzelne statistisch signifikante Unterschiede bezüglich der Präferenzen für ein Versicherungsmodell erkennen: Ältere Personen und Personen mit höherer Bildung wählen signifikant häufiger das Standardmodell als jüngere Personen (siehe Abbildung 1, Unterschied signifikant auf dem 1%-Niveau). Im Vergleich dazu wählen die jüngeren Personen vergleichsweise häufiger das Telefonmodell und die Personen mit tieferer Bildung häufiger das Hausarztmodell. Ferner ist in der Stadt das HMO-Versicherungsmodell leicht verbreiteter als auf dem Land (11% im Vergleich zu 3%, signifikant auf dem 5%-Niveau).

Tabelle 4: Bevölkerung: Versicherungsmodell bei der obligatorischen Grundversicherung nach Bildungsniveau

	Keine	Sek II	Tert B	Tert A	Total	N	p-value
Standardversicherung	31%	23%	17%	27%	23%	222	<0.001**
HMO-Versicherung	0%	7%	6%	11%	8%	80	
Hausarztmodell	64%	59%	56%	46%	53%	525	
Telefonmodell	5%	12%	22%	16%	16%	150	

Frage: Welche Art von Krankenversicherung haben Sie für die obligatorische Grundversicherung gewählt?

Kategorien der Bildungsniveaus: Keine = Keine nachobligatorische Schulbildung, SekII = höchste Schulbildung auf Niveau der Sekundarstufe II, Tert B = Tertiär B, Tert A = Tertiär A.

** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz 2018.

Ebenfalls besteht ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen Personen mit unterschiedlichem Gesundheitszustand. So ist für Personen, die ihren Gesundheitszustand als schlecht einschätzen, die Standardversicherung fast gleich beliebt wie das Hausarztmodell.¹¹ Die Fokusgruppen zeigen, dass Personen mit chronischen Krankheiten sich teilweise gar eine Privatversicherung wünschen, da dann erfahrenere ÄrztInnen ihre Befunde analysieren würden. Personen, die angeben, häufig ÄrztInnen aufsuchen zu müssen, wählen signifikant häufiger das Hausarztmodell.¹²

Tabelle 5: Bevölkerung: Versicherungsmodell bei der obligatorischen Grundversicherung nach Gesundheitszustand

	gut	mittel	schlecht	Total	N	p-value
Standardversicherung	21%	26%	43%	23%	223	0.025*
HMO-Versicherung	9%	7%	3%	8%	80	
Hausarztmodell	53%	54%	49%	53%	527	
Telefonmodell	17%	14%	5%	16%	150	

Frage: Welche Art von Krankenversicherung haben Sie für die obligatorische Grundversicherung gewählt?

Kategorien des Gesundheitszustandes: gut = sehr guter/guter selbst eingeschätzter Gesundheitszustand, mittel = mittelmässiger selbst eingeschätzter Gesundheitszustand, schlecht = schlechter/sehr schlecht eingeschätzter Gesundheitszustand.

* = signifikant auf 5%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz 2018.

¹¹ Dieser Unterschied zeigt sich auch je nachdem, ob eine Person eine chronische Krankheit hat. Mit chronischer Krankheit wählen 26% eine Standardversicherung, ohne 20% (signifikant auf dem 1%-Niveau).

¹² Wie Kapitel 2.2 zeigt, haben Personen, die häufig medizinische Konsultationen aufsuchen, tendenziell einen schlechteren Gesundheitszustand. Dass die Standardversicherung bei Personen mit schlechtem Gesundheitszustand vergleichsweise beliebter ist, jedoch nicht massgeblich bei Personen, die öfters zu ÄrztInnen gehen, deutet darauf hin, dass diese beiden Gruppen nicht gänzlich deckungsgleich sind. Das heisst, dass unter denjenigen Personen, die gemäss eigenen Angaben häufiger zu ÄrztInnen gehen, auch solche sind, die ihren Gesundheitszustand als mittelmässig einschätzen.

Tabelle 6: Bevölkerung: Versicherungsmodell bei der obligatorischen Grundversicherung nach Häufigkeit von Arztbesuchen

	nie	selten	mittel	häufig	Total	N	p-value
Standardversicherung	20%	24%	21%	26%	23%	222	
HMO-Versicherung	10%	9%	8%	4%	8%	80	<0.001**
Hausarztmodell	43%	51%	62%	61%	53%	527	
Telefonmodell	26%	17%	9%	8%	16%	150	

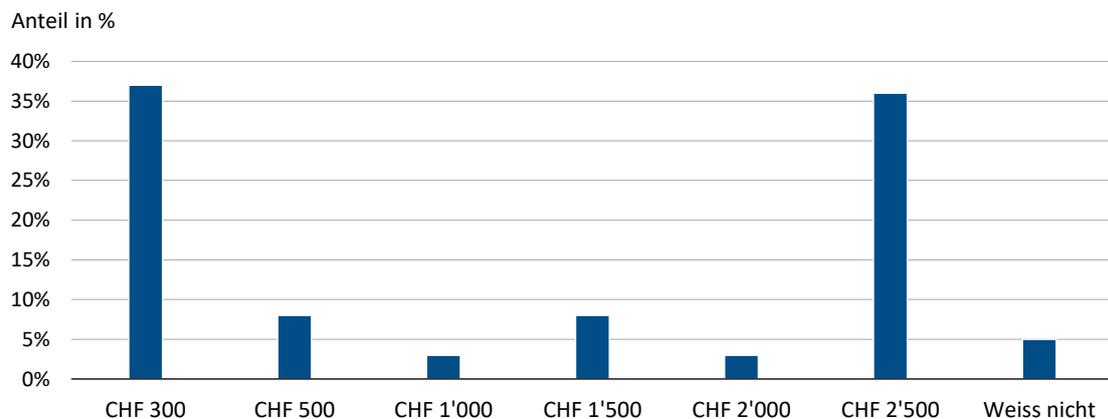
Frage: Welche Art von Krankenversicherung haben Sie für die obligatorische Grundversicherung gewählt?

** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz 2018.

Nebst der Art der Versicherung ist auch die Höhe der Franchise zu wählen. Insgesamt haben gut ein Drittel der Befragten jeweils die tiefste und die höchste Franchise gewählt und ca. ein Viertel eine Franchise dazwischen:

Abbildung 2: Bevölkerung: Gewählte Franchisehöhe



Frage: Welche Franchise haben Sie gewählt?

N=1005, fehlend: 0.

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Bei der Betrachtung nach Bevölkerungsgruppe zeigt sich, dass Personen mit chronischen Krankheiten, Personen, die ihre Gesundheit als schlecht einschätzen, solche, die oft ÄrztInnen aufsuchen, und ältere Personen signifikant häufiger die tiefste Franchise wählen – Gruppen also, die möglicherweise mit höheren Krankheitskosten rechnen (siehe Tabelle 7 bis Tabelle 10). Auch Personen mit dem Standardversicherungsmodell wählen öfters die tiefste Franchise. Wie vorangehender Abschnitt zeigt, wählen Personen mit schlechterem Gesundheitszustand auch vergleichsweise häufiger die Standardversicherung.

Tabelle 7: Bevölkerung: Gewählte Franchise nach Alter

	18-39 Jahre	40-64 Jahre	65 Jahre und älter	Total	N	p-value
tiefste Franchise	24%	42%	55%	39%	392	<0.001**
mittlere Franchise	24%	21%	26%	23%	232	
höchste Franchise	52%	36%	19%	38%	343	

Frage: Welche Franchise haben Sie gewählt?

** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Tabelle 8: Bevölkerung: Gewählte Franchise nach selbst eingeschätztem Gesundheitszustand

	gut	mittel	schlecht	Total	N	p-value
tiefste Franchise	31%	67%	74%	39%	392	<0.001**
mittlere Franchise	24%	22%	20%	23%	231	
höchste Franchise	46%	11%	6%	38%	343	

Frage: Welche Franchise haben Sie gewählt?

** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Tabelle 9: Bevölkerung: Gewählte Franchise nach chronischer Krankheit

	Chronische Krankheit	Keine chronische Krankheit	Total	N	p-value
tiefste Franchise	55%	24%	39%	388	<0.001**
mittlere Franchise	21%	26%	23%	231	
höchste Franchise	24%	50%	38%	340	

Frage: Welche Franchise haben Sie gewählt?

** = signifikant auf 5%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Tabelle 10: Bevölkerung: Gewählte Franchise nach Häufigkeit von Arztbesuchen

	nie	selten	mittel	häufig	Total	N	p-value
tiefste Franchise	11%	31%	61%	67%	39%	391	<0.001**
mittlere Franchise	29%	24%	18%	23%	23%	231	
höchste Franchise	60%	45%	21%	10%	38%	343	

Frage: Welche Franchise haben Sie gewählt?

** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Tabelle 11: Bevölkerung: Gewählte Franchise nach Versicherungsmodell

	Standardversicherung	HMO-Versicherung	Hausarztmodell	Telefonmodell	Total	N	p-value
tiefste Franchise	52%	29%	39%	25%	39%	389	<0.001**
mittlere Franchise	25%	30%	24%	15%	23%	227	
höchste Franchise	24%	41%	36%	60%	38%	334	

Frage: Welche Franchise haben Sie gewählt?

** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Ferner wählen Personen mit höherer Bildung und höherem Einkommen häufiger die höchste Franchise als Personen mit tieferer Bildung und tieferem Einkommen (siehe Tabelle 12 und Tabelle 13). Grund dafür dürfte sein, dass der Gesundheitszustand und das Einkommen/die Bildung stark miteinander korrelieren. Personen mit höherer Bildung und höherem Einkommen weisen einen besseren Gesundheitszustand auf. Zudem können es sich Personen in besseren finanziellen Verhältnissen im Fall einer Krankheit leisten, die hohe Franchise aufzubringen.

Tabelle 12: Bevölkerung: Gewählte Franchise nach Einkommen

	< 5'000	5'000–9'000	9'000–13'000	> 13'000	Total	N	p-value
tiefste Franchise	49%	39%	33%	29%	38%	340	0.002**
mittlere Franchise	24%	23%	27%	18%	24%	208	
höchste Franchise	27%	38%	40%	53%	38%	305	

Frage: Welche Franchise haben Sie gewählt?

** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Tabelle 13: Bevölkerung: Gewählte Franchise nach Bildungsniveau

	Keine	Sek II	Tert B	Tert A	Total	N	p-value
tiefste Franchise	66%	45%	40%	32%	39%	391	<0.001**
mittlere Franchise	24%	27%	24%	21%	23%	232	
höchste Franchise	10%	29%	37%	47%	38%	341	

Frage: Welche Franchise haben Sie gewählt?

Kategorien der Bildungsniveaus: Keine = Keine nachobligatorische Schulbildung, SekII = höchste Schulbildung auf Niveau der Sekundarstufe II, Tert B = Tertiär B, Tert A = Tertiär A.

** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Schliesslich wählen Frauen vergleichsweise öfters die tiefste Franchise im Vergleich zu Männern (mit 45% im Vergleich zu 32%, dafür wählen Frauen nur mit 34% die höchste Franchise im

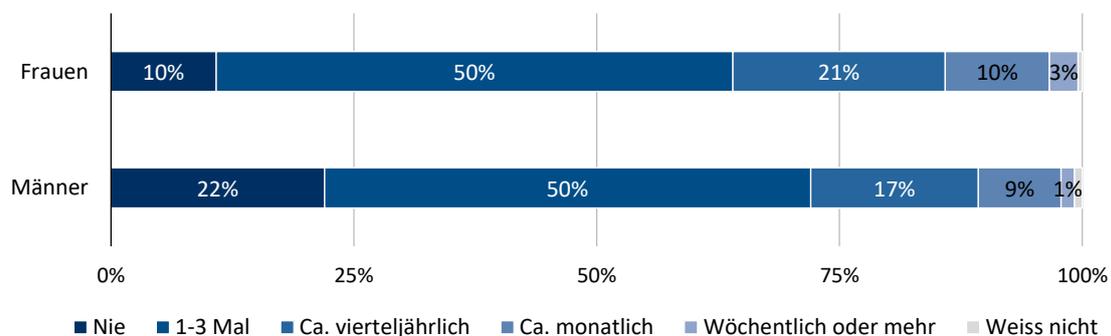
Vergleich zu 41% bei den Männern, signifikant auf dem 1%-Niveau). Ein ähnliches Bild zeigt sich bei Personen in Haushalten mit Kindern. Diese wählen eher die höchste Franchise (zu 56%) im Vergleich zu Haushalten ohne Kinder (zu 34%, Unterschied signifikant auf dem 1%-Niveau).

2.2. Häufigkeit eines Arztbesuchs

Der Grossteil der Deutschschweizer Bevölkerung geht selten zum Arzt.

Der Grossteil der Deutschschweizer Bevölkerung geht seltener als vierteljährlich zum Arzt/zur Ärztin. In der Onlinebefragung gaben 17% an, in den letzten 12 Monaten nie und knapp 50% ca. 1–3 Mal – d.h. hauptsächlich für Routineuntersuchungen beim Hausarzt/der Hausärztin und gegebenenfalls dem Frauenarzt/der Frauenärztin – beim Arzt/bei der Ärztin gewesen zu sein. Nur rund jede(r) Zehnte ging ca. monatlich zum Arzt/zur Ärztin und 3% sind Personen, die wöchentlich oder häufiger einen Arzt/eine Ärztin aufsuchen mussten.

Abbildung 3: Bevölkerung: Häufigkeit von Besuchen bei ÄrztInnen nach Geschlecht



Frage: Wie oft waren Sie in den letzten 12 Monaten bei einem Arzt/einer Ärztin (inklusive SpezialistInnen und GynäkologInnen), ZahnärztInnen nicht miteingerechnet?

N=1005, fehlend: 0.

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Diese Ergebnisse stimmen überein mit der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) (BFS 2017) wonach 74% der Männer und 88% der Frauen im Jahr 2017 innerhalb von 12 Monaten mindestens einmal eine Arztpraxis aufsuchten.¹³ Im Durchschnitt sucht die Bevölkerung ab 15 Jahren gemäss der SGB 4.3 Mal pro Jahr einen Arzt/eine Ärztin auf. Gemäss SGB ist der Anteil Personen, der innerhalb eines Jahres einen Arzt/eine Ärztin konsultiert, konstant

¹³ Die SGB führt die Differenz zwischen den Geschlechtern v.a. auf die gynäkologischen Untersuchungen zurück.

geblieben. Allerdings hat sich der Anteil jener, die sich an einen Spezialisten/eine Spezialistin wenden, kontinuierlich erhöht.

Signifikante Unterschiede in der Häufigkeit, mit der ÄrztInnen konsultiert werden, zeigen sich zum einen nach Geschlecht, Alter und Haushaltstyp und zum anderen nach dem Gesundheitszustand und dem Versicherungsmodell. Frauen, Personen über 65 und Erwachsene ohne Kinder im Haushalt suchen tendenziell häufiger ÄrztInnen auf (siehe Tabelle 14 bis Tabelle 16).

Tabelle 14: Bevölkerung: Häufigkeit von Arztbesuchen nach Alter

	18–39 Jahre	40–64 Jahre	65 Jahre und älter	Total	N	p-value
nie	19%	20%	10%	17%	168	0.033*
selten	50%	47%	46%	48%	492	
mittel	19%	19%	26%	20%	205	
häufig	12%	15%	17%	14%	138	

Frage: Wie oft waren Sie in den letzten 12 Monaten bei einem Arzt/einer Ärztin (inklusive SpezialistInnen und GynäkologInnen), ZahnärztInnen nicht miteingerechnet?

Kategorien der Häufigkeit von Arztbesuchen: Nie = Nie, selten = 1-3 Mal jährlich, mittel = ca. vierteljährlich, häufig = monatlich/wöchentlich oder mehr.

* = signifikant auf 5%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Tabelle 15: Bevölkerung: Häufigkeit von Arztbesuchen nach Geschlecht

	Mann	Frau	Total	N	p-value
nie	24%	11%	17%	168	<0.001**
selten	47%	49%	48%	492	
mittel	18%	23%	20%	205	
häufig	11%	18%	14%	138	

Frage: Wie oft waren Sie in den letzten 12 Monaten bei einem Arzt/einer Ärztin (inklusive SpezialistInnen und GynäkologInnen), ZahnärztInnen nicht miteingerechnet?

Kategorien der Häufigkeit von Arztbesuchen: Nie = Nie, selten = 1-3 Mal jährlich, mittel = ca. vierteljährlich, häufig = monatlich/wöchentlich oder mehr.

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Tabelle 16: Bevölkerung: Häufigkeit von Arztbesuchen nach Haushaltstyp

	Haushalt ohne Kinder	Haushalt mit Kindern	Total	N	p-value
nie	16%	24%	17%	164	0.02*
selten	48%	48%	48%	487	
mittel	21%	18%	20%	202	
häufig	16%	9%	14%	138	

Frage: Wie oft waren Sie in den letzten 12 Monaten bei einem Arzt/einer Ärztin (inklusive SpezialistInnen und GynäkologInnen), ZahnärztInnen nicht miteingerechnet?

Kategorien der Häufigkeit von Arztbesuchen: Nie = Nie, selten = 1-3 Mal jährlich, mittel = ca. vierteljährlich, häufig = monatlich/wöchentlich oder mehr.

* = signifikant auf 5%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Wenig überraschend gehen Personen, die ihre Gesundheit schlechter einstufen bzw. Personen, die an einer chronischen Krankheit leiden, häufiger zu einem Arzt/einer Ärztin als Personen ohne Grunderkrankung (26% der Personen mit chronischen Krankheiten gehen monatlich oder häufiger zum Arzt, bei Personen ohne chronische Krankheiten sind dies 3%, Unterschied signifikant auf dem 1%-Niveau, siehe Tabelle 17 für die Unterschiede nach Gesundheitszustand). Schliesslich sind Personen, die häufig ÄrztInnen aufsuchen, eher mit einer Standardversicherung oder dem Hausarztmodell versichert, Personen mit seltenen medizinischen Konsultationen eher im Telefonmodell und im HMO-Versicherungsmodell (siehe Tabelle 18).

Tabelle 17: Bevölkerung: Häufigkeit von Arztbesuchen nach Gesundheitszustand

	gut	mittel	schlecht	Total	N	p-value
nie	21%	6%	3%	17%	168	<0.001**
selten	54%	33%	7%	48%	492	
mittel	18%	33%	14%	20%	204	
häufig	7%	28%	76%	14%	137	

Frage: Wie oft waren Sie in den letzten 12 Monaten bei einem Arzt/einer Ärztin (inklusive SpezialistInnen und GynäkologInnen), ZahnärztInnen nicht miteingerechnet?

Kategorien des Gesundheitszustandes: gut = sehr guter/guter selbst eingeschätzter Gesundheitszustand, mittel = mittelmässiger selbst eingeschätzter Gesundheitszustand, schlecht = schlechter/sehr schlecht eingeschätzter Gesundheitszustand.

Kategorien der Häufigkeit von Arztbesuchen: Nie = Nie, selten = 1-3 Mal jährlich, mittel = ca. vierteljährlich, häufig = monatlich/wöchentlich oder mehr.

** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Tabelle 18: Bevölkerung: Häufigkeit von Arztbesuchen nach Versicherungsmodell

	Standardversicherung	HMO-Versicherung	Hausarztmodell	Telefonmodell	Total	N	p-value
nie	15%	21%	14%	29%	17%	160	
selten	50%	51%	46%	52%	48%	483	<0.001**
mittel	18%	20%	23%	12%	20%	201	
häufig	17%	8%	16%	8%	14%	135	

Frage: Wie oft waren Sie in den letzten 12 Monaten bei einem Arzt/einer Ärztin (inklusive SpezialistInnen und GynäkologInnen), ZahnärztInnen nicht miteingerechnet?

Kategorien der Häufigkeit von Arztbesuchen: Nie = Nie, selten = 1-3 Mal jährlich, mittel = ca. vierteljährlich, häufig = monatlich/wöchentlich oder mehr.

** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

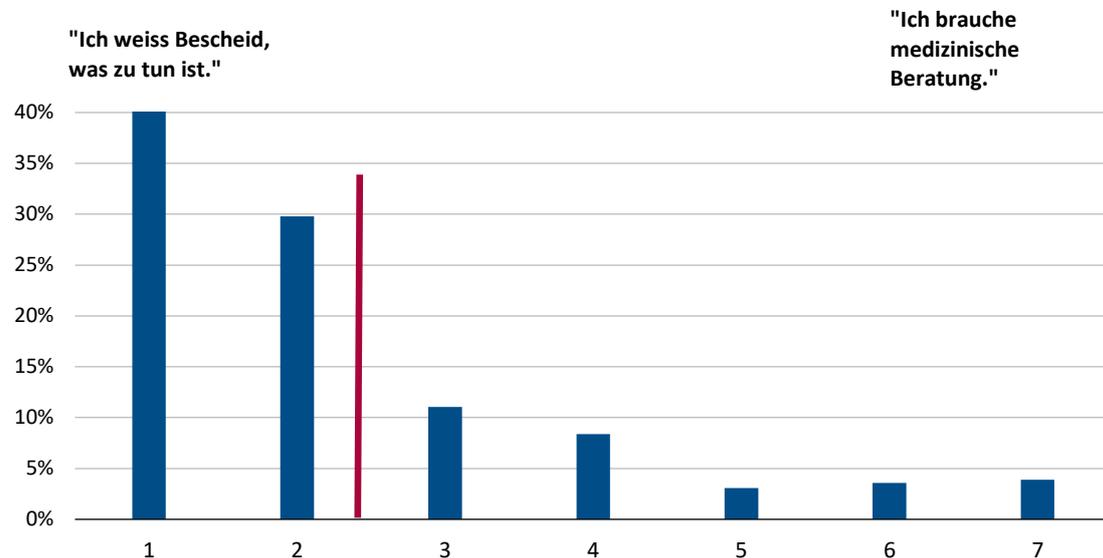
2.3. Erstkonsultation und Zweitmeinungen

Bei «typischen Symptomen» benötigen die meisten Befragten keine spezielle Beratung.

Treten typische Symptome wie Fieber, Kopf-, Bauch- oder Gelenkschmerzen auf, fühlt sich die Mehrheit der Befragten der Onlinebefragung (80%) selbst (eher) gut in der Lage, die notwendigen Schritte zur Genesung vorzunehmen (vgl. folgende Abbildung). In den Fokusgruppengesprächen berichten die meisten Personen, dass sie bei solchen Symptomen oft erst einmal auf «bewährte Hausmittel» bzw. die «Hausapotheke» zurückgreifen, bevor sie einen Arzt/eine Ärztin konsultieren. Teilweise wird dies gemäss einzelnen Teilnehmenden in den Fokusgruppengesprächen sehr lange hinausgezögert, v.a. bei Gesunden. Gleichzeitig geht aus den Gesprächen hervor, dass der Arzt/die Ärztin schneller konsultiert wird, wenn es um Angehörige (Kinder, Eltern) geht.

Der hier abgefragte Aspekt spiegelt wider, wie kompetent sich die Bevölkerung in einer konkreten Situation bezüglich ihrer Gesundheit fühlen. Die Ergebnisse können nicht als Gesundheitskompetenz der Bevölkerung interpretiert werden, da es sich nur um einen Teilaspekt handelt. Die Gesundheitskompetenz ist ein viel umfassenderes Konzept, welches für die Schweiz von gfs.bern (2015) untersucht wurde.

Abbildung 4: Bevölkerung: Subjektive Gesundheitskompetenz bei «typischen Symptomen»



Frage: Inwiefern stimmen Sie eher der ersten und inwiefern stimmen Sie eher der zweiten Aussage zu? «Wenn ich plötzlich Fieber, Kopf-, Bauch- oder Gelenkschmerzen habe, weiss ich Bescheid, was zu tun ist.» vs. «Wenn ich plötzlich Fieber, Kopf-, Bauch- oder Gelenkschmerzen habe, brauche ich eine medizinische Beratung, damit das Richtige getan wird.»

Roter Strich: Durchschnitt auf der Skala von 1 (Aussage ganz links) bis 7 (Aussage ganz rechts).

N=1005, fehlend: 0.

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Frauen und SchweizerInnen schätzen sich selbst tendenziell kompetenter ein, eigene Entscheidungen bei typischen Symptomen zu treffen als Männer und AusländerInnen.

Tabelle 19: Bevölkerung: Subjektive Gesundheitskompetenz bei «typischen Symptomen» nach Geschlecht und Staatsbürgerschaft

	Mann	Frau	Total	N	p-value	
Ø mit Bedarf an medizinischer Beratung		2.34	2.26	2.3	1003	0.032*
	SchweizerInnen	AusländerInnen	Total	N	p-value	
Ø mit Bedarf an medizinischer Beratung	2.17	2.8	2.3	1003	<0.001**	

Frage: Inwiefern stimmen Sie eher der ersten und inwiefern stimmen Sie eher der zweiten Aussage zu? «Wenn ich plötzlich Fieber, Kopf-, Bauch- oder Gelenkschmerzen habe, weiss ich Bescheid, was zu tun ist.» vs. «Wenn ich plötzlich Fieber, Kopf-, Bauch- oder Gelenkschmerzen habe, brauche ich eine medizinische Beratung, damit das Richtige getan wird.»

* = signifikant auf 5%-Niveau

** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Ferner schätzen sich Personen mit einem sehr guten Gesundheitszustand bzw. mit selten stattfindenden Besuchen bei ÄrztInnen auch als kompetenter ein, in solchen Fällen zu handeln, als

Personen mit schlechterem Gesundheitszustand. Dies ist insofern intuitiv, als dass Personen mit chronischen Krankheiten deutlich komplexeren Diagnosen und Therapieentscheidungen gegenüberstehen als Personen ohne dauerhafte gesundheitliche Einschränkungen.

Tabelle 20: Bevölkerung: Subjektive Gesundheitskompetenz bei «typischen Symptomen» nach Häufigkeit von Arztbesuchen

	Häufigkeit Arztbesuche				Total	N	p-value
	nie	selten	mittel	häufig			
Ø mit Bedarf an medizinischer Beratung	2.12	2.26	2.35	2.65	2.3	1001	0.001**

Frage: Inwiefern stimmen Sie eher der ersten und inwiefern stimmen Sie eher der zweiten Aussage zu? «Wenn ich plötzlich Fieber, Kopf-, Bauch- oder Gelenkschmerzen habe, weiss ich Bescheid, was zu tun ist.» vs. «Wenn ich plötzlich Fieber, Kopf-, Bauch- oder Gelenkschmerzen habe, brauche ich eine medizinische Beratung, damit das Richtige getan wird.»

Kategorien der Häufigkeit von Arztbesuchen: Nie = Nie, selten = 1-3 Mal jährlich, mittel = ca. vierteljährlich, häufig = monatlich/wöchentlich oder mehr.

** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Tabelle 21: Bevölkerung: Subjektive Gesundheitskompetenz bei «typischen Symptomen» nach Gesundheitszustand

	Gesundheitszustand			Total	N	p-value
	gut	mittel	schlecht			
Ø mit Bedarf an medizinischer Beratung	2.21	2.65	2.47	2.3	1001	0.029*

Frage: Inwiefern stimmen Sie eher der ersten und inwiefern stimmen Sie eher der zweiten Aussage zu? «Wenn ich plötzlich Fieber, Kopf-, Bauch- oder Gelenkschmerzen habe, weiss ich Bescheid, was zu tun ist.» vs. «Wenn ich plötzlich Fieber, Kopf-, Bauch- oder Gelenkschmerzen habe, brauche ich eine medizinische Beratung, damit das Richtige getan wird.»

Kategorien des Gesundheitszustandes: gut = sehr guter/guter selbst eingeschätzter Gesundheitszustand, mittel = mittelmässiger selbst eingeschätzter Gesundheitszustand, schlecht = schlechter/sehr schlecht eingeschätzter Gesundheitszustand.

* = signifikant auf 5%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Auch die Bevölkerungsbefragung zu Gesundheitskompetenzen des gfs.bern (2015) zeigt für die Schweizer Bevölkerung eine ähnlich hohe Kompetenz, sich im Krankheitsfall selbst zu informieren bzw. sich an eine angemessene Stelle zu wenden.¹⁴ So ist es für 71% der EinwohnerInnen der Schweiz ziemlich einfach oder einfach herauszufinden, was im Fall eines medizinischen Notfalls zu tun ist. 77% der Befragten hat keine Mühe damit, Informationen über ihre Krankheitssymptome zu finden und 81% der Befragten ist in der Lage herauszufinden, wo sie professionelle Hilfe erhalten können. Die Befragung von gfs.bern (2015) zeigt wie die vorliegende Studie eine höhere Gesundheitskompetenz der Frauen auf.¹⁵ Im Unterschied zur vorliegenden

¹⁴ Für die Befragung wurde der im Rahmen des EU-Projekts «Health Literacy Survey» entwickelte Fragebogen verwendet.

¹⁵ Diese Zusammenhänge gelten für den durch das gfs.bern (2015) erstellten Index an genereller Gesundheitskompetenz und nicht nur für die hier erwähnten drei Items.

Studie zeigt sich in der Studie zur Gesundheitskompetenz von gfs.bern (2015) auch ein Zusammenhang mit dem Alter und der Bildung: Ältere Personen und Personen mit weniger Schulbildung verfügen bei diesen drei Aspekten tendenziell über eine tiefere Gesundheitskompetenz als jüngere und Personen mit höherer Bildung. Grund dürfte sein, dass in der Studie von gfs.bern mehr auf die Kompetenz «herausfinden» fokussiert wurde. Dies könnten jüngere Personen als einfacher empfinden, weil sie besser mit dem Internet vertraut sind.

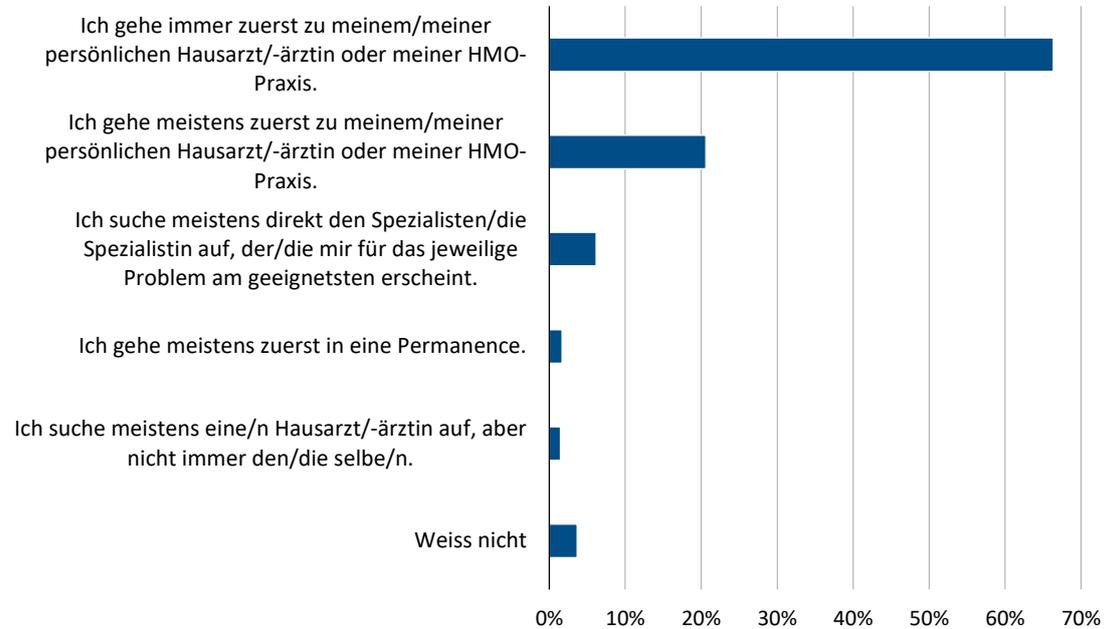
Personen in der Schweiz informieren sich zunehmend im Internet zur Gesundheit.

In den letzten Jahren haben die neuen Technologien dazu geführt, dass auch die digitalen Gesundheitskompetenzen an Bedeutung gewonnen haben. Zum einen bietet das Internet die Möglichkeit einer breiten Informationsbeschaffung zu Symptomen, Diagnosen und Therapien. Zum anderen entstehen laufend Applikationen für mobile Geräte zu Themen der Prävention, der Diagnose und für Therapien. Eine Statistik des BFS (2019) zeigt, dass sich SchweizerInnen ab 15 Jahren seit 2004 zunehmend Gesundheitsinformationen im Internet beschaffen. Waren es 2004 noch 10%, suchten im Jahr 2017 61% nach Informationen im Internet. Im internationalen Vergleich rangieren die SchweizerInnen damit weit über dem Durchschnitt der 28 EU-Länder (ebenda). Inwieweit die SchweizerInnen die Informationen richtig verarbeiten können, ist nicht abschliessend untersucht. So wurden in der Schweiz noch keine spezifischen Untersuchungen zur digitalen Gesundheitskompetenz¹⁶ der Bevölkerung durchgeführt (Bachmann 2019). Die Studie von gfs.bern (2015) zeigt jedoch, dass 39% der schweizerischen Bevölkerung es schwierig finden einzuschätzen, welche Informationen zu Krankheiten vertrauenswürdig sind.

HausärztInnen und HMO-Praxen sind für alle Bevölkerungsgruppen die erste Anlaufstelle.

Wird ein Arzt/eine Ärztin das erste Mal aufgesucht, so sind die HausärztInnen die erste Anlaufstelle: 89% der Befragten gehen in einem solchen Fall immer oder meistens zu HausärztInnen oder in die HMO-Praxis. Nur wenige Befragte – deren 7% – suchen sich jeweils für das vorliegende Problem die aus ihrer Sicht geeignetsten SpezialistInnen (vgl. folgende Abbildung).

¹⁶ Damit sind gemäss dem Konzept der «eHealth Literacy» von Norman und Skinner (2006) Fähigkeiten gemeint, die gebraucht werden, um elektronische Medien für die eigene Gesundheit nutzen zu können.

Abbildung 5: Bevölkerung: Inanspruchnahme bei der Erstkonsultation

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?

N=1005, fehlend: 0.

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Dass die HausärztInnen in der Mehrheit der Fälle die erste Anlaufstelle bilden, hängt teilweise, aber nicht vollständig, damit zusammen, dass über die Hälfte der Befragten ein Hausarzt-Versicherungsmodell hat und somit gezwungen ist, zunächst den Hausarzt/die Hausärztin zu konsultieren. Wie nachfolgende Tabelle zeigt, gehen Personen mit Hausarzt-Versicherungsmodell bzw. HMO-Versicherungsmodell zu 97% bzw. 99% immer oder meist zu HausärztInnen. Auch von den Standardversicherten, welche auch direkt SpezialistInnen aufsuchen könnten, konsultiert immer noch die grosse Mehrheit von 80% (immer oder meistens) zuerst einen Hausarzt/eine Hausärztin.

Tabelle 22: Bevölkerung: Inanspruchnahme bei der Erstkonsultation nach Versicherungsmodell

	Standardver- sicherung	HMO-Ver- sicherung	Hausarzt- modell	Telefon- modell	Total	N	p-value
immer Hausarzt/Hausärztin oder HMO-Praxis	43%	92%	81%	38%	67%	644	
meistens Hausarzt/Hausärztin o- der HMO-Praxis	37%	7%	16%	28%	22%	204	<0.001**
Permanence oder wechselnde HausärztInnen	6%	2%	1%	17%	4%	37	
Meistens direkt SpezialistIn	15%	0%	2%	18%	7%	65	

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?

* = signifikant auf dem 5%-Niveau, ** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Auch aus den Fokusgruppengesprächen geht die Bedeutung der HausärztInnen als erste Anlaufstelle hervor. So schildert in den Gesprächen mit unterschiedlichen Altersgruppen jeweils eine Mehrheit, bei Beschwerden zunächst HausärztInnen zu konsultieren. Wichtigster Grund hierfür sei nicht nur, dass diese die Krankheitsgeschichte kennen, sondern auch die Einstellung der PatientInnen zur Medizin (d.h. z.B. die Haltung der PatientInnen dazu wie weit medizinische Methoden ausgeschöpft werden sollen oder ob auch Methoden der Alternativ- und Komplementärmedizin miteinbezogen werden sollen). Weiter zeigen die Ergebnisse der Onlinebefragung, dass die Permanence für die wenigsten Befragten die erste Anlaufstelle ist und der Hausarzt/die Hausärztin selten gewechselt wird (vgl. Abbildung 5).

Das Verhalten bei der Erstkonsultation unterscheidet sich nicht deutlich nach Gesundheitszustand. Es zeigen sich jedoch einzelne Unterschiede nach Bevölkerungsgruppen: Für jüngere Befragte zwischen 18 und 39 und AusländerInnen ist der Hausarzt/die Hausärztin vergleichsweise weniger wichtig als erste Anlaufstelle als für ältere Personen und SchweizerInnen. Dafür suchen jüngere Personen vergleichsweise öfters die Permanence auf bzw. AusländerInnen gehen vergleichsweise öfters direkt zu SpezialistInnen (siehe Tabelle 23 und Tabelle 24).

Tabelle 23: Bevölkerung: Inanspruchnahme bei der Erstkonsultation nach Alter

	18-39 Jahre	40-64 Jahre	65 Jahre und älter	Total	N	p-value
immer Hausarzt/Hausärztin	59%	68%	75%	66%	655	
meistens Hausarzt/Hausärztin	27%	21%	17%	22%	214	<0.001**
Permanence oder wechselnde HausärztInnen	7%	2%	2%	4%	37	
Meistens direkt SpezialistIn	7%	8%	6%	7%	66	

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?

** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Tabelle 24: Bevölkerung: Inanspruchnahme bei der Erstkonsultation nach Staatsbürgerschaft

	SchweizerInnen	AusländerInnen	Total	N	p-value
immer Hausarzt/Hausärztin	67%	62%	66%	392	
meistens Hausarzt/Hausärztin	23%	20%	22%	88	0.005**
Permanence oder wechselnde HausärztInnen	4%	4%	4%	117	
Meistens direkt SpezialistIn	6%	13%	7%	27	

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?

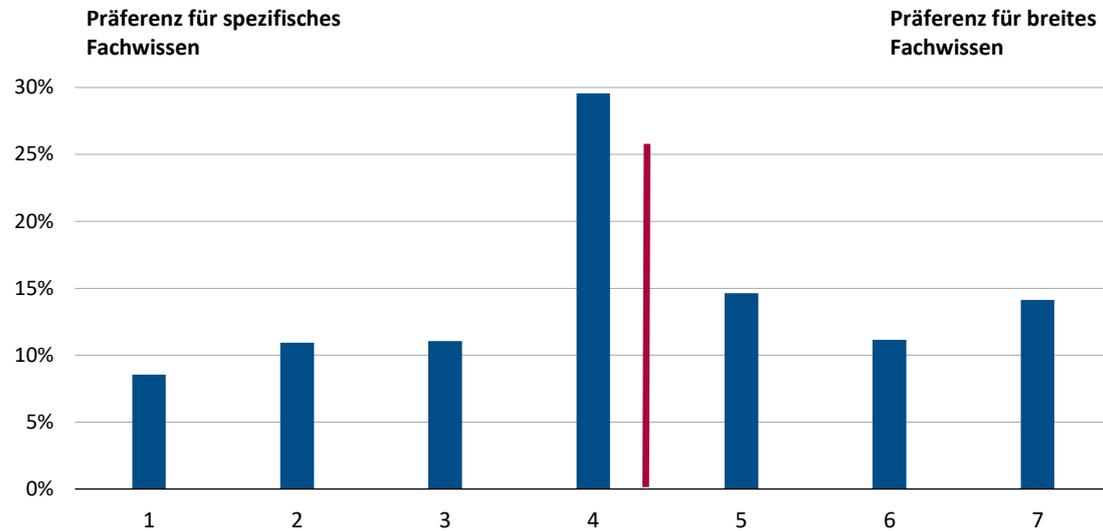
** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

PatientInnen wünschen sowohl breites Fachwissen als auch spezialisierte Kenntnisse.

Obwohl die HausärztInnen die erste Anlaufstelle für die Befragten bilden, schätzen die Befragten auch in hohem Ausmass ÄrztInnen, die sich auf bestimmte Probleme spezialisiert haben. Müssten sich die Befragten zwischen ÄrztInnen, die auf spezifische Probleme spezialisiert sind, und solchen, die ein möglichst breites Fachwissen haben, entscheiden, wäre rund ein Drittel gänzlich unentschlossen. Es zeigt sich also, dass sowohl ein breites Wissen der HausärztInnen als auch das vertiefte Wissen der SpezialistInnen von den PatientInnen geschätzt werden und für das Gesundheitswesen notwendig sind:

Abbildung 6: Bevölkerung: Präferenz für spezifisches bzw. breites Fachwissen



Frage: Inwiefern stimmen Sie eher der ersten und inwiefern stimmen Sie eher der zweiten Aussage zu? «Ich konsultiere lieber ÄrztInnen, die auf spezifische Probleme spezialisiert sind.» vs. «Ich konsultiere lieber ÄrztInnen, die über ein möglichst breites Fachwissen verfügen.»

Roter Strich: Durchschnitt auf der Skala von 1 (Aussage ganz links) bis 7 (Aussage ganz rechts).

N=1'005, fehlend: 0.

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Etwas mehr Personen würden ein breites Fachwissen dem Wissen zu spezifischen Problemen bevorzugen. Tendenziell schätzen ältere Personen und SchweizerInnen ein breites Fachwissen im Vergleich zu einem spezialisierten Wissen mehr als jüngere Personen und AusländerInnen:

Tabelle 25: Bevölkerung: Präferenz für spezifisches bzw. breites Fachwissen nach Alter

	18–39 Jahre	40–64 Jahre	65 Jahre und älter	Total	N	p-value
Ø mit Präferenz für breites Fachwissen	3.89	4.2	4.65	4.21	1005	<0.001**

Frage: Inwiefern stimmen Sie eher der ersten und inwiefern stimmen Sie eher der zweiten Aussage zu? «Ich konsultiere lieber ÄrztInnen, die auf spezifische Probleme spezialisiert sind.» vs. «Ich konsultiere lieber ÄrztInnen, die über ein möglichst breites Fachwissen verfügen.»

** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Tabelle 26: Bevölkerung: Präferenz für spezifisches bzw. breites Fachwissen nach Staatsbürgerschaft

	SchweizerInnen	AusländerInnen	Total	N	p-value
∅ mit Präferenz für breites Fachwissen	4.33	3.72	4.21	1005	<0.001**

Frage: Inwiefern stimmen Sie eher der ersten und inwiefern stimmen Sie eher der zweiten Aussage zu? «Ich konsultiere lieber ÄrztInnen, die auf spezifische Probleme spezialisiert sind.» vs «Ich konsultiere lieber ÄrztInnen, die über ein möglichst breites Fachwissen verfügen.»

** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Aus den Fokusgruppengesprächen geht hervor, dass den Teilnehmenden eine ganzheitliche Sichtweise auf Gesundheitsprobleme wichtig ist. Teilweise fehle die gesamtheitliche Sicht, weil nur auf eine Beschwerde eingegangen wird oder weil zu stark auf schulmedizinisches Wissen gesetzt werde. Dies wird insbesondere in den Gesprächen mit Personen im Pensionsalter und chronisch kranken Personen geschildert. In der Onlinebefragung zeigt sich aber, dass Personen in schlechterem Gesundheitszustand bzw. mit häufigeren Besuchen bei ÄrztInnen tendenziell das spezifische Fachwissen mehr schätzen (siehe Tabelle 27 und Tabelle 28). Ferner weisen Personen mit Hausarztmodell eine leicht grössere Präferenz für das breite Fachwissen eines Arztes/einer Ärztin auf als Personen in anderen Versicherungsmodellen.¹⁷

Tabelle 27: Bevölkerung: Präferenz für spezifisches bzw. breites Fachwissen nach Gesundheitszustand

	Gesundheitszustand			Total	N	p-value
	gut	mittel	schlecht			
∅ mit Präferenz für breites Fachwissen	4.26	4.17	3.47	4.21	1003	0.028*

Frage: Inwiefern stimmen Sie eher der ersten und inwiefern stimmen Sie eher der zweiten Aussage zu? «Ich konsultiere lieber ÄrztInnen, die auf spezifische Probleme spezialisiert sind.» vs. «Ich konsultiere lieber ÄrztInnen, die über ein möglichst breites Fachwissen verfügen.»

* = signifikant auf 5%-Niveau

Kategorien des Gesundheitszustandes: gut = sehr guter/guter selbst eingeschätzter Gesundheitszustand, mittel = mittelmässiger selbst eingeschätzter Gesundheitszustand, schlecht = schlechter/sehr schlecht eingeschätzter Gesundheitszustand.

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

¹⁷ Im Durchschnitt liegt die Präferenz bei Personen im Hausarztmodell bei 4.35 im Vergleich zu 4.04 bei Personen ohne Hausarztmodell, signifikant auf dem 5%-Niveau.

Tabelle 28: Bevölkerung: Präferenz für spezifisches bzw. breites Fachwissen nach Häufigkeit von medizinischen Konsultationen

	nie	selten	mittel	häufig	Total	N	p-value
Ø mit Präferenz für breites Fachwissen	4.43	4.24	4.18	3.79	4.21	1003	0.012*

Frage: Inwiefern stimmen Sie eher der ersten und inwiefern stimmen Sie eher der zweiten Aussage zu? «Ich konsultiere lieber ÄrztInnen, die auf spezifische Probleme spezialisiert sind.» vs. «Ich konsultiere lieber ÄrztInnen, die über ein möglichst breites Fachwissen verfügen.»

Kategorien der Häufigkeit von Arztbesuchen: Nie = Nie, selten = 1-3 Mal jährlich, mittel = ca. vierteljährlich, häufig = monatlich/wöchentlich oder mehr.

* = signifikant auf 5%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Zweitmeinungen werden eher selten eingeholt.

Lediglich rund ein Viertel der DeutschschweizerInnen hat gemäss der Onlinebefragung schon einmal nach einer Arztkonsultation eine Zweitmeinung eingeholt. Dies zeigt einerseits, dass die Bevölkerung Vertrauen in ihre ÄrztInnen hat. Andererseits ist es für die Bevölkerung zum Teil auch schwierig zu beurteilen, ob eine Zweitmeinung eingeholt werden sollte (gemäss gfs.bern (2015) für ein Drittel der Befragten).

Je grösser die gesundheitlichen Probleme sind, desto eher haben Betroffene bereits eine Zweitmeinung eingeholt (so haben 47% der Personen mit schlechtem Gesundheitszustand bereits eine Zweitmeinung eingeholt, während dies nur bei 25% der Befragten in gutem Gesundheitszustand der Fall war, signifikant auf dem 1%-Niveau).¹⁸ Dieser Zusammenhang ist intuitiv: Je mehr gesundheitliche Probleme vorliegen, desto eher mussten die PatientInnen bereits Entscheidungen über Behandlungen vornehmen, bei der eine Zweitmeinung in Betracht gezogen werden kann.¹⁹

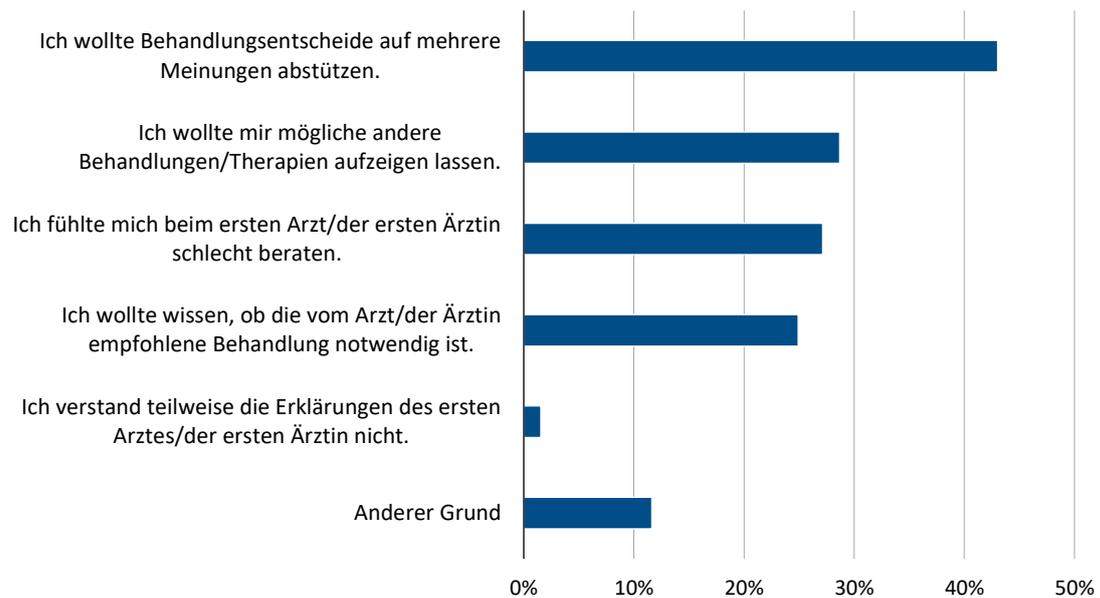
Der häufigste Grund für eine Zweitmeinung war gemäss der Onlinebefragung, die Behandlungsentscheidung auf mehrere Meinungen abzustützen (in über 40% der Fälle mit ein Grund, vgl. folgende Abbildung). Ebenfalls oft ein Grund dafür ist, sich weitere Behandlungsoptionen aufzeigen zu lassen oder die Notwendigkeit einer vorgeschlagenen Behandlung abzuklären (jeweils ca. bei einem Viertel der Fälle, wobei Mehrfachnennungen möglich sind). Eine schlechte Beratung der erstbehandelnden ÄrztInnen war ebenfalls bei rund einem Viertel der Fälle mit ein Grund für die Zweitmeinung. An Verständnisproblemen mit den Erklärungen der ÄrztInnen lag der Entscheid für eine Zweitmeinung jedoch selten. Weitere, in einer offenen Frage häufig genannte Gründe sind, dass die behandelnden ÄrztInnen zu einer Zweitmeinung geraten haben oder dass die erste Behandlung nicht die erwünschten Resultate gebracht hätte. In den

¹⁸ Auch Personen, die an chronischen Krankheiten leiden, haben vermehrt Zweitmeinungen eingeholt: In 36% der Fälle im Vergleich zu 20% (signifikant auf dem 1%-Niveau)

¹⁹ Ein Zusammenhang zwischen eingeholter Zweitmeinung und anderen Merkmalen der Person wie Alter, Geschlecht und Staatsbürgerschaft zeigt sich nicht.

Fokusgruppengesprächen äussern die Teilnehmenden ebenfalls den Verdacht, dass die kurzen Besprechungszeiten dazu führen, dass im Nachhinein eine Zweitmeinung eingeholt werden müsse.

Abbildung 7: Bevölkerung: Gründe für eine Zweitmeinung



Frage: Haben Sie nach einer Diagnose oder einem Behandlungsentscheid eines Arztes/einer Ärztin schon einmal eine Zweitmeinung eingeholt? Falls ja: Grund für die Zweitmeinung?»

N=258, fehlend: 0 (Filterfrage)

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

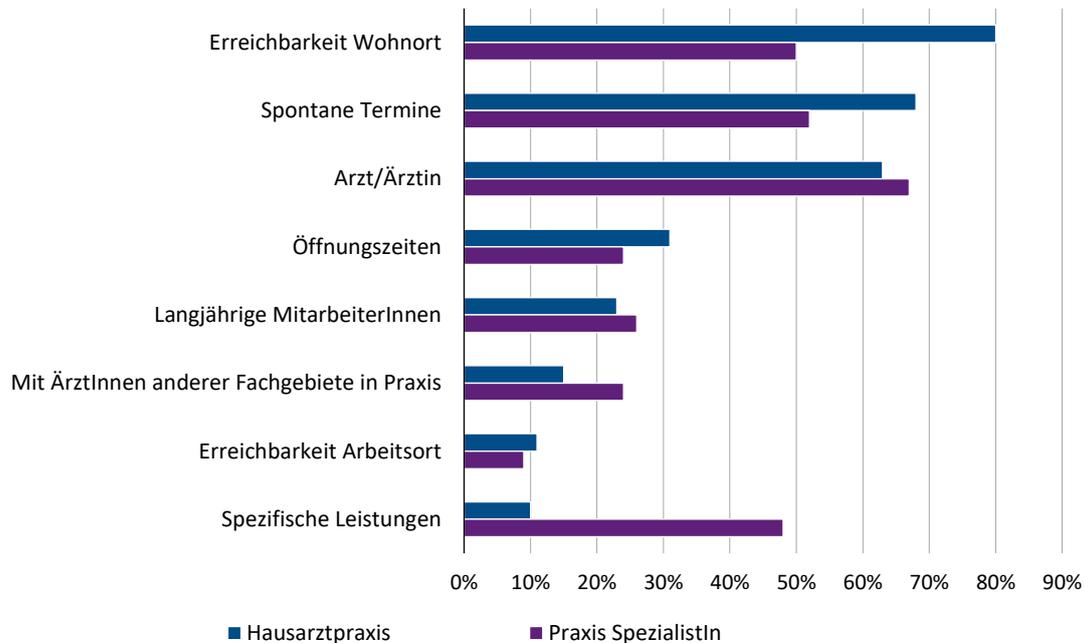
2.4. Wichtige Faktoren für die Wahl einer Praxis

Bei der Wahl einer Praxis spielen Erreichbarkeit und der Arzt/die Ärztin eine zentrale Rolle.

Die Befragten sollten drei Merkmale nennen, welche ihnen bei der Wahl einer Praxis besonders wichtig sind. Sowohl bei den GrundversorgerInnen (Haus- und KinderärztInnen) als auch bei den SpezialistInnen sind vor allem drei Aspekte besonders wichtig für die Wahl (siehe folgende Abbildung): Der Zugang zur Versorgung (gemessen in den Merkmalen Erreichbarkeit vom Wohnort aus und der Möglichkeit, spontane Termine wahrnehmen zu können) und der behandelnde Arzt/die behandelnde Ärztin. Je nachdem, ob GrundversorgerInnen oder SpezialistInnen aufgesucht werden, ändert sich die Reihenfolge dieser drei wichtigsten Aspekte. Bei den GrundversorgerInnen ist die schnelle Erreichbarkeit der wichtigste Aspekt, während bei den SpezialistInnen der behandelnde Arzt/die behandelnde Ärztin der wichtigste Grund für die Wahl der Praxis darstellt. Wir interpretieren dies so, dass Praxen der Grundversorgung häufiger aufgesucht werden und daher die Erreichbarkeit etwas wichtiger ist. Bei SpezialistInnen ist für die PatientInnen die Ausrichtung der Praxis ebenfalls von Bedeutung. Insbesondere das Angebot spezifischer Leistungen, ist für fast die Hälfte der Befragten mit ein Grund für die Wahl der SpezialistInnen. Andere Aspekte wie die Möglichkeit, die Konsultationen mit der Arbeit zu verbinden (Erreichbarkeit vom Arbeitsort aus und Termine zu Randzeiten) sowie die Verfügbarkeit langjähriger MitarbeiterInnen in der Praxis sind den Befragten hingegen weniger wichtig.

Abbildung 8: Bevölkerung: Wichtige Aspekte für die Wahl einer Praxis

Anteil Befragte in %, bei denen das Item als eines der wichtigsten drei genannt wurde



Frage 1: Welche Aspekte sind Ihnen bei der Wahl einer Praxis für allgemeine Gesundheitsprobleme besonders wichtig?
 N=1005. **Frage 2: Welche Aspekte sind Ihnen bei der Wahl eines Spezialisten/einer Spezialistin (bspw. DermatologInnen, KardiologInnen) besonders wichtig?**
 N=1005, fehlend: 0.

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Für unterschiedliche Bevölkerungsgruppen lassen sich folgende Tendenzen erkennen:

- Nach Alter: Sowohl bei Praxen der Grundversorgung als auch von Spezialisten nimmt der behandelnde Arzt/die behandelnde Ärztin für ältere Personen tendenziell eine wichtigere Rolle ein als für jüngere Personen. Ebenfalls schätzen ältere Personen langjährige Mitarbeitende stärker. Für jüngere Personen sind dafür spontane Termine und Öffnungszeiten zu Randzeiten wichtiger als für ältere Personen. Unter Personen im Pensionsalter (65 Jahre und älter) ist dieser Aspekt gar nicht wichtig (siehe Tabelle 29). Ferner ist für Frauen der behandelnde Hausarzt/die behandelnde Hausärztin wichtiger als für Männer (zu 66% unter den wichtigsten drei Gründen für die Wahl einer Praxis im Vergleich zu 59%, signifikant auf dem 5%-Niveau).
- Nach Einkommen: Interessanterweise nimmt mit zunehmendem Haushaltseinkommen die Relevanz der schnellen Erreichbarkeit vom Wohnort aus ab. Dafür gewinnt die schnelle Erreichbarkeit vom Arbeitsort an Bedeutung, dies für die SpezialistInnen und GrundversorgerInnen (siehe Tabelle 30).

- Nach Bildung: Personen mit höherer Bildung ist der oder die behandelnde SpezialistIn als Person wichtiger als Personen mit tieferer Bildung (bspw. für Personen mit Abschluss auf Stufe Tertiär A zu 72% unter den drei wichtigsten Aspekten, für Personen ohne nachobligatorischem Schulabschluss zu 44%, signifikant auf dem 5%-Niveau). Dafür nimmt die Bedeutung von spontanen Terminen mit höherem Schulabschluss ab (bspw. ist dies für Personen ohne nachobligatorische Schulbildung bei 58% unter den wichtigsten drei Aspekten, bei Personen mit Abschluss auf Stufe Tertiär A zu 48%, signifikant auf dem 5%-Niveau). Bei den HausärztInnen zeigt sich dieser Unterschied nicht.
- Nach Staatsbürgerschaft: Spontane Termine bei SpezialistInnen sind SchweizerInnen wichtiger als AusländerInnen (zu 60% unter den wichtigsten drei Aspekten einer Praxis von SpezialistInnen im Vergleich zu 50%, signifikant auf dem 5%-Niveau).
- Nach Gesundheitszustand: Je schlechter der Gesundheitszustand²⁰, desto wichtiger wird bei der Wahl der GrundversorgerInnen der behandelnde Arzt/die behandelnde Ärztin und ein Angebot bestimmter Leistungen. Dafür haben Öffnungszeiten zu Randzeiten und Samstagen für Personen mit schlechter Gesundheit einen tieferen Stellenwert.²¹ Bei den SpezialistInnen zeigen sich diese Unterschiede nicht.
- Nach Versicherungstyp: Für Personen mit HMO-Versicherungstyp und Telefonversicherungsmodell hat der behandelnde Arzt/die behandelnde Ärztin erwartungsgemäss einen tieferen Stellenwert (für 49% bzw. 45% einer der drei wichtigsten Faktoren für die Wahl von GrundversorgerInnen im Vergleich zu 68% bzw. 69% bei Personen im Hausarztmodell und mit Standardversicherung, signifikant auf dem 1%-Niveau).

²⁰ Gemessen am Vorliegen einer chronischen Krankheit und wie oft eine Person ärztliche Hilfe aufsuchen musste.

²¹ Für Personen mit chronischen Krankheiten gehört der behandelnde Arzt/die behandelnde Ärztin bei 69% der Befragten zu den drei wichtigsten Faktoren. Für Personen ohne chronische Krankheit zu 57% (signifikant auf dem 1%-Niveau). Das Angebot bestimmter Leistungen ist für Personen mit chronischen Krankheiten in 14% einer der drei wichtigsten Gründe für die Wahl einer Praxis, für Personen ohne in 7% der Fälle (signifikant auf dem 1%-Niveau). Schliesslich sind die Öffnungszeiten zu Randzeiten für 25% der chronisch Kranken ausschlaggebend für die Wahl einer Praxis, während dies bei 36% der Personen ohne chronische Krankheiten der Fall ist (signifikant auf dem 1%-Niveau). Dieselben Unterschiede zeigen sich auch nach Häufigkeit einer medizinischen Konsultation.

Tabelle 29: Bevölkerung: Wichtige Aspekte für die Wahl einer ambulanten Praxis nach Alter

	18-39 Jahre	40-64 Jahre	65 Jahre und älter	Total	N	p-value
HausärztInnen (unter den drei wichtigsten Aspekten)						
Schnelle Erreichbarkeit von meinem Wohnort	80%	80%	82%	80%	1005	0.818
Schnelle Erreichbarkeit von meinem Arbeitsplatz	12%	13%	3%	11%	1005	0.001**
Spontane Termine erhältlich	69%	66%	70%	68%	1005	0.555
Öffnungszeiten zu Randzeiten und an Samstagen	44%	32%	6%	31%	1005	<0.001**
Langjährige Mitarbeiter, v.a. ÄrztInnen	16%	23%	35%	23%	1005	<0.001**
Der behandelnde Arzt/die behandelnde Ärztin	55%	61%	78%	63%	1005	<0.001**
In der Praxis sind auch SpezialistInnen tätig	17%	15%	11%	15%	1005	0.166
Angebot bestimmter Leistungen	7%	10%	15%	10%	1005	0.015*
SpezialistInnen (unter den drei wichtigsten Aspekten)						
Schnelle Erreichbarkeit von meinem Wohnort	48%	51%	51%	50%	1005	0.663
Schnelle Erreichbarkeit von meinem Arbeitsplatz	13%	10%	2%	9%	1005	<0.001**
Spontane Termine erhältlich	52%	52%	52%	52%	1005	0.98
Öffnungszeiten zu Randzeiten und an Samstagen	34%	26%	3%	24%	1005	<0.001**
Langjährige Mitarbeiter, v.a. ÄrztInnen	23%	25%	33%	26%	1005	0.026*
Der behandelnde Arzt/die behandelnde Ärztin	60%	66%	80%	67%	1005	<0.001**
In der Praxis sind auch SpezialistInnen anderer Fachgebiete tätig.	20%	24%	31%	24%	1005	0.02*
Angebot bestimmter Leistungen und Schwerpunkte	50%	46%	49%	48%	1005	0.607

Frage 1: Welche Aspekte sind Ihnen bei der Wahl einer Praxis für allgemeine Gesundheitsprobleme besonders wichtig?

Frage 2: Welche Aspekte sind Ihnen bei der Wahl eines Spezialisten/einer Spezialistin (bspw. DermatologInnen, KardiologInnen) besonders wichtig?

* = signifikant auf 5%-Niveau

** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Tabelle 30: Bevölkerung: Wichtige Aspekte für die Wahl einer ambulanten Praxis nach Einkommen

	< 5'000	5'000– 9'000	9'000– 13'000	> 13'000	Total	N	p-value
HausärztInnen (unter den drei wichtigsten Aspekten)							
Schnelle Erreichbarkeit von meinem Wohnort	80%	85%	78%	70%	80%	877	0.011*
Schnelle Erreichbarkeit von meinem Arbeitsort	6%	9%	15%	22%	11%	877	<0.001**
SpezialistInnen (unter den drei wichtigsten Aspekten)							
Schnelle Erreichbarkeit von meinem Wohnort	51%	57%	45%	40%	50%	877	0.008**
Schnelle Erreichbarkeit von meinem Arbeitsort	7%	7%	12%	17%	9%	877	0.009**

Frage 1: Welche Aspekte sind Ihnen bei der Wahl einer Praxis für allgemeine Gesundheitsprobleme besonders wichtig?

Frage 2: Welche Aspekte sind Ihnen bei der Wahl eines Spezialisten/einer Spezialistin (bspw. DermatologInnen, KardiologInnen) besonders wichtig?

* = signifikant auf 5%-Niveau

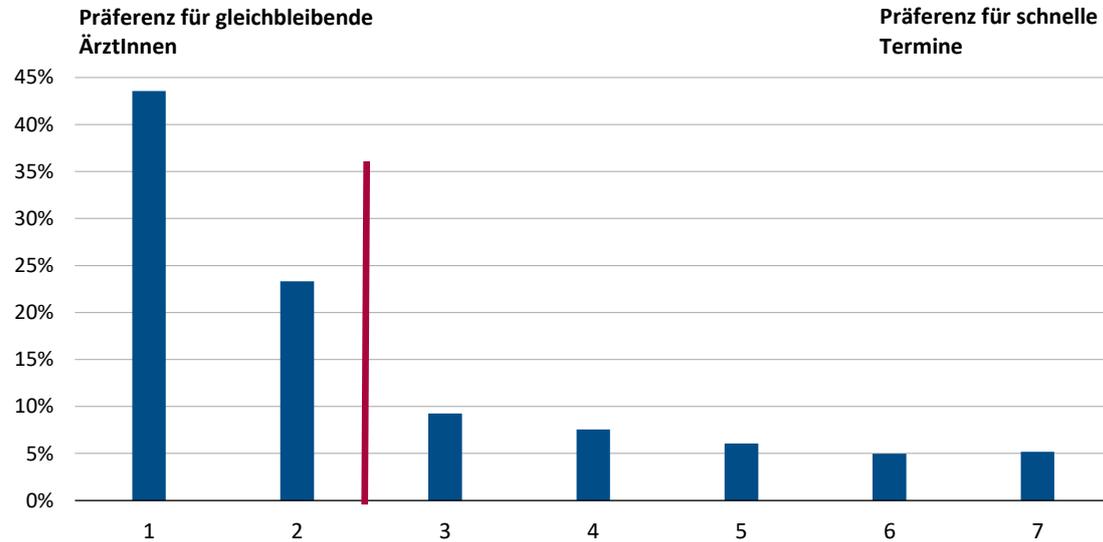
** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Der Arzt/die Ärztin als Bezugsperson ist wichtiger als die schnelle Verfügbarkeit.

Wie oben dargestellt, sind für die Befragten eine gute Verfügbarkeit der ÄrztInnen wichtig. Die folgende Abbildung zeigt, dass der Arzt/die Ärztin, der die Krankheitsgeschichte kennt, jedoch für die Bevölkerung wichtiger ist. Über alle Gruppen hinweg zeigt sich eine eindeutige Präferenz für eine kontinuierliche Beziehung mit den ÄrztInnen gegenüber schnell verfügbaren Terminen. Dabei gibt es leichte Unterschiede nach Alter: Bei jüngeren Befragten bis 39 Jahre ist diese Präferenz weniger stark ausgeprägt als bei den älteren Befragten. Ferner zeigt sich, dass diese Präferenz bei Personen mit chronischen Krankheiten und Personen in schlechtem Gesundheitszustand stärker vorhanden ist. Ebenfalls ist ersichtlich, dass Personen, für die eine konstante ärztliche Ansprechperson wichtig ist, signifikant häufiger im Hausarztmodell versichert sind als in einem anderen Versicherungsmodell (siehe Tabelle 31 bis Tabelle 35).

Abbildung 9: Bevölkerung: Präferenzen zwischen gleichbleibenden ÄrztInnen und schnellen Terminen



Frage: Inwiefern stimmen Sie eher der ersten und inwiefern stimmen Sie eher der zweiten Aussage zu? «Es ist mir lieber, zu einem Arzt/einer Ärztin zu gehen, der mich und meine Krankheitsgeschichte kennt.» vs. «Es ist mir wichtig, möglichst direkt und kurzfristig einen Arzt/eine Ärztin sehen zu können, auch wenn es unterschiedliche Personen sind.»

N=1005, fehlend: 0.

Roter Strich: Durchschnitt auf der Skala von 1 (Aussage ganz links) bis 7 (Aussage ganz rechts).

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Tabelle 31: Bevölkerung: Präferenz für gleichbleibende ÄrztInnen bzw. schnelle Termine nach Alter

	18-39 Jahre	40-64 Jahre	65 Jahre und älter	Total	N	p-value
Ø mit Präferenz für schnelle Termine	3.06	2.26	1.99	2.45	1003	<0.001**

Frage: Inwiefern stimmen Sie eher der ersten und inwiefern stimmen Sie eher der zweiten Aussage zu? «Es ist mir lieber, zu einem Arzt/einer Ärztin zu gehen, der mich und meine Krankheitsgeschichte kennt.» vs. «Es ist mir wichtig, möglichst direkt und kurzfristig einen Arzt/eine Ärztin sehen zu können, auch wenn es unterschiedliche Personen sind.»

** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Tabelle 32: Bevölkerung: Präferenz für gleichbleibende ÄrztInnen bzw. schnelle Termine nach Gesundheitszustand

	gut	mittel	schlecht	Total	N	p-value
∅ mit Präferenz für schnelle Termine	2.5	2.45	1.69	2.45	1001	0.001**

Frage: Inwiefern stimmen Sie eher der ersten und inwiefern stimmen Sie eher der zweiten Aussage zu? «Es ist mir lieber, zu einem Arzt/einer Ärztin zu gehen, der mich und meine Krankheitsgeschichte kennt.» vs. «Es ist mir wichtig, möglichst direkt und kurzfristig einen Arzt/eine Ärztin sehen zu können, auch wenn es unterschiedliche Personen sind.»

Kategorien des Gesundheitszustandes: gut = sehr guter/guter selbst eingeschätzter Gesundheitszustand, mittel = mittelmässiger selbst eingeschätzter Gesundheitszustand, schlecht = schlechter/sehr schlecht eingeschätzter Gesundheitszustand.

** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Tabelle 33: Bevölkerung: Präferenz für gleichbleibende ÄrztInnen bzw. schnelle Termine nach chronischer Krankheit

	Chronische Krankheit	Keine chronische Krankheit	Total	N	p-value
∅ mit Präferenz für schnelle Termine	2.2	2.7	2.45	993	<0.001**

Frage: Inwiefern stimmen Sie eher der ersten und inwiefern stimmen Sie eher der zweiten Aussage zu? «Es ist mir lieber, zu einem Arzt/einer Ärztin zu gehen, der mich und meine Krankheitsgeschichte kennt.» vs. «Es ist mir wichtig, möglichst direkt und kurzfristig einen Arzt/eine Ärztin sehen zu können, auch wenn es unterschiedliche Personen sind.»

** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Tabelle 34: Bevölkerung: Präferenz für gleichbleibende ÄrztInnen bzw. schnelle Termine nach Häufigkeit von medizinischen Konsultationen

	nie	selten	mittel	häufig	Total	N	p-value
∅ mit Präferenz für schnelle Termine	3.01	2.42	2.2	2.27	2.45	1001	<0.001**

Frage: Inwiefern stimmen Sie eher der ersten und inwiefern stimmen Sie eher der zweiten Aussage zu? «Es ist mir lieber, zu einem Arzt/einer Ärztin zu gehen, der mich und meine Krankheitsgeschichte kennt.» vs. «Es ist mir wichtig, möglichst direkt und kurzfristig einen Arzt/eine Ärztin sehen zu können, auch wenn es unterschiedliche Personen sind.»

Kategorien der Häufigkeit von Arztbesuchen: Nie = Nie, selten = 1-3 Mal jährlich, mittel = ca. vierteljährlich, häufig = monatlich/wöchentlich oder mehr.

** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Tabelle 35: Bevölkerung: Präferenz für gleichbleibende ÄrztInnen bzw. schnelle Termine nach Versicherungsmodell

	Hausarztmodell	anderes Versicherungsmodell	Total	N	p-value
∅ mit Präferenz für schnelle Termine	2.14	2.79	2.45	979	<0.001**

Frage: Inwiefern stimmen Sie eher der ersten und inwiefern stimmen Sie eher der zweiten Aussage zu? «Es ist mir lieber, zu einem Arzt/einer Ärztin zu gehen, der mich und meine Krankheitsgeschichte kennt.» vs. «Es ist mir wichtig, möglichst direkt und kurzfristig einen Arzt/eine Ärztin sehen zu können, auch wenn es unterschiedliche Personen sind.»

** = signifikant auf 1%-Niveau

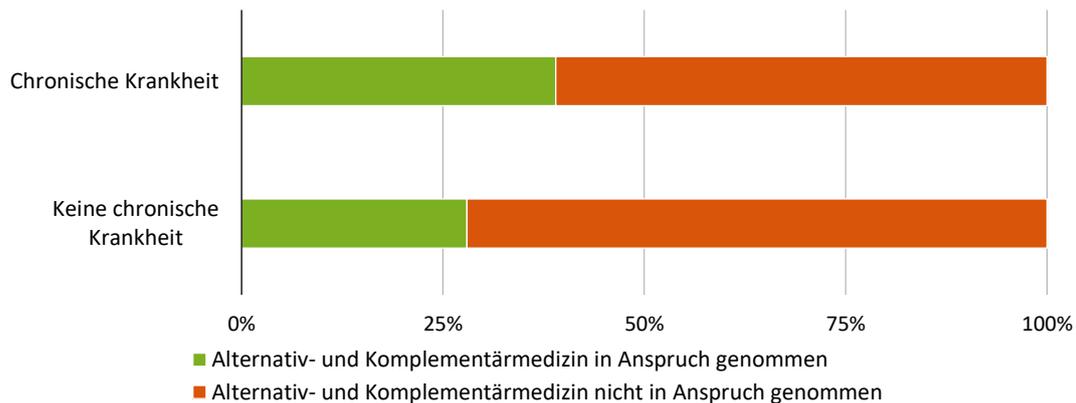
Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

2.5. Komplementär- und Alternativmedizin

Personen mit gesundheitlichen Problemen nutzen vermehrt die Alternativmedizin.

Rund ein Drittel der Befragten hat in den zwei Jahren vor der Befragung eine Therapie der Alternativ- und Komplementärmedizin in Anspruch genommen. Dabei erfolgte dies bei rund der einen Hälfte dieser Befragten zusätzlich zu schulmedizinischen Therapien und rund der anderen Hälfte als Ersatz dafür.

Abbildung 10: Bevölkerung: Inanspruchnahme der Alternativ- und Komplementärmedizin nach chronischen Krankheiten



Frage: Haben Sie in den letzten 2 Jahren eine Therapie der Alternativ- und Komplementärmedizin in Anspruch genommen?

N=1005, fehlend: 0.

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz 2018.

Die Alternativ- und Komplementärmedizin wird mehr als doppelt so oft von Frauen in Anspruch genommen als von Männern (46% im Vergleich zu 20%, signifikant auf dem 1%-Niveau). Ferner

ist die Alternativ- und Komplementärmedizin in der Stadt weniger beliebt als in der Agglomeration und auf dem Land.²²

Ferner zeigt sich, dass die Alternativ- und Komplementärmedizin deutlich öfters von Personen in Anspruch genommen wird, die an chronischen Krankheiten leiden (siehe Abbildung 10, Unterschiede signifikant auf dem 1%-Niveau). Dasselbe gilt für Personen, die ihre Gesundheit schlechter einschätzen und die sehr häufig ärztliche Behandlungen aufsuchen im Vergleich zu Personen in guter Gesundheit mit seltenen Konsultationen bei ÄrztInnen (siehe Tabelle 36 und Tabelle 37). Dies bestätigen auch die Ausführungen in den Fokusgruppengesprächen. Die Befragten schätzten an der Alternativ- und Komplementärmedizin, dass diese das Gesundheitsproblem ganzheitlich betrachte und den Ursachen nachgehe und nicht nur die Symptome bekämpft würden. Insbesondere in der Fokusgruppe mit chronisch kranken Personen haben die TeilnehmerInnen geschildert, dass sie Methoden der Alternativ- und Komplementärmedizin versucht hätten, nachdem die Therapien der Schulmedizin ihre Krankheit nicht lindern konnte.

Tabelle 36: Bevölkerung: Inanspruchnahme der Alternativ- und Komplementärmedizin nach Gesundheitszustand

	gut	mittel	schlecht	Total	N	p-value
Alternativ- und Komplementärmedizin in Anspruch genommen	31%	40%	47%	31%	1002	0.019*

Frage: Haben Sie in den letzten 2 Jahren eine Therapie der Alternativ- und Komplementärmedizin in Anspruch genommen?

Kategorien des Gesundheitszustandes: gut = sehr guter/guter selbst eingeschätzter Gesundheitszustand, mittel = mittelmässiger selbst eingeschätzter Gesundheitszustand, schlecht = schlechter/sehr schlecht eingeschätzter Gesundheitszustand.

* = signifikant auf 5%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz 2018.

Tabelle 37: Bevölkerung: Inanspruchnahme der Alternativ- und Komplementärmedizin nach Häufigkeit von Arztbesuchen

	nie	selten	mittel	häufig	Total	N	p-value
Alternativ- und Komplementärmedizin in Anspruch genommen	19%	32%	42%	42%	31%	1002	<0.001**

Frage: Haben Sie in den letzten 2 Jahren eine Therapie der Alternativ- und Komplementärmedizin in Anspruch genommen?

Kategorien der Häufigkeit von Arztbesuchen: Nie = Nie, selten = 1-3 Mal jährlich, mittel = ca. vierteljährlich, häufig = monatlich/wöchentlich oder mehr.

** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz 2018.

²² In der Stadt haben 29% der Befragten in den vergangenen zwei Jahren eine solche Therapie in Anspruch genommen, in der Agglomeration und auf dem Land 40% bzw. 39%, signifikant auf dem 1%-Niveau.

2.6. Fazit

Im Folgenden sind die wichtigsten Erkenntnisse zum Verhalten und den Präferenzen bei der Inanspruchnahme zusammengefasst:

1. ÄrztInnen der Allgemeinmedizin sind die wichtigste Erstanlaufstelle für den Grossteil (rund 90%) der Bevölkerung. Dies ist auch bei der Mehrheit derjenigen Personen der Fall, die gemäss ihres Versicherungsmodells prinzipiell auch direkt SpezialistInnen aufsuchen könnten, wenn auch in einem etwas geringeren Ausmass. Dass Personen mit «Gate-Keeping» Versicherungsmodell etwas öfters zuerst zu HausärztInnen gehen als Personen ohne entsprechendes Versicherungsmodell deutet auf eine gewisse Steuerungswirkung dieser Modelle hin. Der Hausarzt/die Hausärztin gilt jedoch als erste Anlaufstelle unabhängig vom Versicherungsmodell. Dies deutet ebenfalls auf einen gewissen Mitnahmeeffekt hin. Dieser besteht dann, wenn mit finanziellen Anreizen ein Verhalten gefördert wird, welches bestimmte Gruppen auch ohne entsprechenden Anreiz an aufgewiesen hätten. Welcher Effekt in vorliegendem Fall überwiegt, geht aus der Analyse nicht hervor.
2. Aus den Präferenzen bei der Arztwahl der Bevölkerung ergeben sich zum Teil widersprüchliche Wünsche: Die Bevölkerung möchte sowohl die Behandlung durch einen bestimmten Arzt/eine bestimmte Ärztin als auch spontane Termine. Tendenziell sind aber für Personen, bei denen der bestimmte Arzt/ die bestimmte Ärztin eine besonders wichtige Rolle spielt, die Ansprüche an spontane Termine etwas geringer und umgekehrt.
3. Das Telemedizin-Modell stösst bei vulnerablen Gruppen an Grenzen. Es wird seltener von Personen mit schlechtem Gesundheitszustand und Personen mit einem tieferen Bildungsniveau in Anspruch genommen. Ein Zusammenhang mit der selbst eingeschätzten Gesundheitskompetenz ist denkbar: Untersuchungen zur Gesundheitskompetenz zeigen, dass die Gesundheitskompetenz bei Personen mit tieferem Bildungsniveau geringer ist. Umgekehrt trauen sich Personen mit höher eingeschätzter Gesundheitskompetenz ggf. eher zu, zu beurteilen, ob die «Ferndiagnose» richtig ist.
4. Personen mit einem schlechteren Gesundheitszustand unterscheiden sich in ihrem Inanspruchnahmeverhalten von Gesunden: Sie suchen häufiger als Gesunde als erstes ihren Hausarzt/ihre Hausärztin auf, wählen aber vergleichsweise häufiger das Standard-Versicherungsmodell mit der Wahlfreiheit. Tendenziell ist es für sie auch wichtiger einen speziellen Arzt/Ärztin der Grundversorgung als Ansprechperson zu haben. Die Idee des Hausarztes/der Hausärztin als Fallmanager/in bei schwierigen Fällen stösst somit auf ein Bedürfnis dieser Personen. Sie haben auch bereits häufiger eine Zweitmeinung eingeholt und Methoden der

Komplementär- und Alternativmedizin ausprobiert. Wie auch aus den Fokusgruppengesprächen hervorgeht, dürfte dies vor allem eine Folge davon sein, dass sie bereits häufiger mit möglichen schulmedizinischen Methoden an Grenzen gestossen sind.

5. Es zeigen sich wenige kulturelle Unterschiede im Inanspruchnahmeverhalten: AusländerInnen schätzen spezifisches Wissen mehr als breites Wissen und ihnen sind spontane Termine gerade bei SpezialistInnen wichtig.
6. Trends bzw. Generationeneffekte im Inanspruchnahmeverhalten lassen sich aus den Ergebnissen kaum ableiten. Jüngere Personen legen vergleichsweise mehr Wert auf eine gute Erreichbarkeit und spontane Termine bei ÄrztInnen. Zudem wählen sie vergleichsweise häufiger unpersönliche Arztkontakte wie die Permanence oder das Telemedizin-Modell. Die Unterschiede dürften grösstenteils damit zusammenhängen, dass jüngere Personen in der Regel auch gesünder sind. Aber auch Generationeneffekte könnten eine Rolle spielen, beispielsweise in Bezug auf die Telemedizin. Es ist denkbar, dass die jüngere Generation durch ein anderes Medienverhalten Kontakte über Telefon oder Videotelefonie eher gewohnt ist. Trotz dieser Unterschiede zeigen die Ergebnisse, dass der Arzt/die Ärztin des Vertrauens kein Auslaufmodell ist. Vor die Wahl gestellt, bevorzugen auch jüngere Personen mehrheitlich, zu einem Arzt/einer Ärztin zu gehen, der/die die eigene Krankheitsgeschichte kennt, als spontan einen Termin zu erhalten.

3. Vorstellung einer «guten Versorgung»

In diesem Kapitel wird beschrieben, was aus Sicht der Bevölkerung und der ÄrztInnen eine gute Versorgung ausmacht. Auf Seiten der Bevölkerung sind diese Ansprüche bereits relativ klar aus den Fokusgruppengesprächen hervorgegangen. In der Online-Befragung wurde aus diesem Grund der Fokus auf Trends in der Behandlung und Beratung von PatientInnen gelegt, welche gleichzeitig die Qualität erhöhen sollen und Kosten einsparen. Dazu gehört die Patientenzentrierung, Shared Decision Making und die evidenzbasierte Medizin gestützt auf Behandlungsleitlinien.

In diesem Kapitel werden folgende Fragen behandelt:

Tabelle 38: Behandelte Fragen zur Vorstellung einer «guten Versorgung»

Bevölkerung

Inwiefern stimmen Sie eher der ersten und inwiefern stimmen Sie eher der zweiten Aussage zu? «Der Arzt/die Ärztin soll entscheiden, welches die richtige Behandlung für mich ist.» vs. «Der Arzt/die Ärztin soll mir Alternativen aufzeigen und ich entscheide selbst bzw. gemeinsam mit dem Arzt/der Ärztin, welches die richtige Behandlung für mich ist.»

Inwiefern stimmen Sie eher der ersten und inwiefern stimmen Sie eher der zweiten Aussage zu? «Der Arzt/die Ärztin soll sich bei den Behandlungsempfehlungen stark an Richtlinien orientieren, die sich auf wissenschaftliche Erkenntnisse zur Wirksamkeit stützen.» vs. «Der Arzt/die Ärztin soll meinen persönlichen Fall beurteilen, auch wenn dies von aktuellen Behandlungsrichtlinien abweicht.»

Inwiefern stimmen Sie eher der ersten und inwiefern stimmen Sie eher der zweiten Aussage zu? «Der Arzt/die Ärztin soll auf jeden Fall etwas gegen meine Beschwerden unternehmen, beispielsweise indem er/sie mich behandelt, mir etwas verschreibt oder mich zu SpezialistInnen überweist.» vs. «Der Arzt/die Ärztin sollte auch von einer Behandlung abraten und lediglich Hinweise zur Linderung abgeben, die ich selbst umsetzen kann.»

Inwiefern stimmen Sie eher der ersten und inwiefern stimmen Sie eher der zweiten Aussage zu? «Auch wenn meine Aussichten auf Heilung gering sind, würde ich alle möglichen Heilungsansätze ausschöpfen wollen.» vs. «Wenn meine Aussichten auf Heilung gering sind, würde ich nur noch palliative Massnahmen ergreifen wollen.»

ÄrztInnen

Welche Aspekte sind aus Ihrer Sicht für eine gute Versorgung der PatientInnen besonders wichtig? (Auswahl von maximal 3 Aspekten möglich, die in eine Reihenfolge gebracht werden sollten).

Tabelle INFRAS.

3.1. Sicht der Bevölkerung

3.1.1. Arzt/Patient-Beziehung

Gute Kommunikation ist für die PatientInnen ausschlaggebend für eine gute Versorgung.

In allen Fokusgruppensprächen wurden klare Vorstellungen dazu geäußert, was eine gute Versorgung ausmacht. Dabei wurde ersichtlich, dass die Elemente, welche für PatientInnen eine gute Versorgung ausmachen, vor allem die Kommunikation mit den ÄrztInnen betreffen. Diese geäußerten Ansprüche unterschieden sich auch kaum nach Alter und Gesundheitszustand. Zusammenfassend lassen sich die Hauptansprüche der Fokusgruppenteilnehmenden wie folgt einteilen:

- Die ÄrztInnen nehmen die PatientInnen und deren Anliegen ernst
- Die ÄrztInnen haben genügend Zeit für die Beratung
- Die ÄrztInnen betrachten die Beschwerden aus ganzheitlicher Sicht
- Die ÄrztInnen informieren und involvieren die PatientInnen in die Entscheidungen

In den Gesprächen hat sich gezeigt, dass diese vier Ansprüche stark miteinander verknüpft sind. So fühlen sich die FokusgruppenteilnehmerInnen dann ernst genommen, wenn die ÄrztInnen sich die Beschwerden genau anhören und keine voreiligen Schlüsse ziehen würden (*«Ein absolutes No-Go ist es, wenn der Arzt/die Ärztin nicht herausfindet, was das Problem ist und dann einfach sagt es sei psychosomatisch oder stressbedingt.»*, jüngere Person). Aus Sicht der pflegebedürftigen FokusgruppenteilnehmerInnen werde bei den ÄrztInnen vor allem der Schluss zu schnell gezogen, dass man in einem Pflegeheim besser aufgehoben sei als in der Pflege zu Hause. Die FokusgruppenteilnehmerInnen schilderten auch, sich ernst genommen zu fühlen, wenn die ÄrztInnen sich für ihr Anliegen genügend Zeit nehmen würden (*«Einmal ist mir ein Arzt gegenüber gesessen, als ich ihm gesagt habe, was ich habe, hat er nicht ein einziges Mal aufgeschaut und mir dann irgend ein Rezept in die Hand gedrückt.»*, ältere Person). Nur so sei es möglich, dass ein Gesundheitsproblem auch ganzheitlich betrachtet werde, gerade weil die Ursachen des Problems an einem ganz anderen Ort liegen können als die Symptome.

Ferner äußern auch Teilnehmende aller Gruppen, dass sie in die Behandlungsentscheidung miteinbezogen werden möchten. Hierzu müssten sich auch die PatientInnen aktiv mit den Diagnosen der ÄrztInnen und den Behandlungsempfehlungen auseinandersetzen. Dazu gehöre zum einen, die Beschwerden aufmerksam zu beobachten und präzise den ÄrztInnen zu schildern. Gleichzeitig sei es auch an den PatientInnen, Informationen einzufordern und bei Unklarheiten oder Unsicherheiten den ÄrztInnen kritische Fragen zu stellen. Gerade für ältere

Personen seien ÄrztInnen aber noch sehr starke Autoritätspersonen (Stichwort «Götter in Weiss»), wodurch sich die älteren PatientInnen oftmals nicht getrauen würden, Empfehlungen der ÄrztInnen kritisch zu hinterfragen.²³

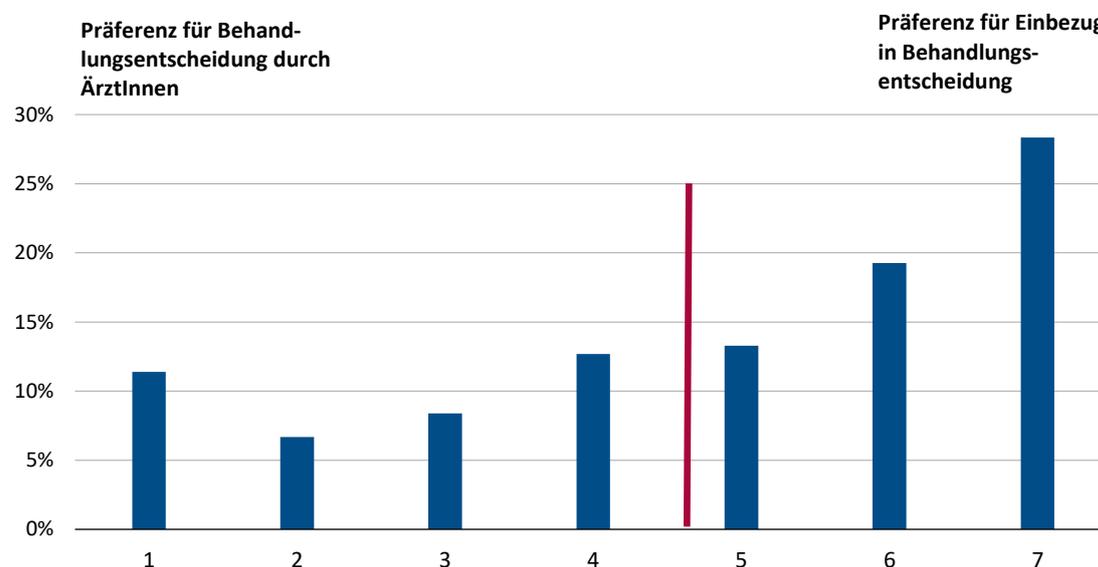
Schliesslich gehört für die FokusgruppenteilnehmerInnen zu einer guten Versorgung auch der Austausch von Informationen zu ihrem Fall unter den Leistungserbringern. Auf diesen Aspekt wird in Kapitel 4.1 weiter eingegangen.

PatientInnen wollen mehrheitlich in den Behandlungsentscheid miteinbezogen werden.

Patientenzentrierte Medizin bzw. «Shared Decision Making» (SDM) sind aktuelle Trends im Gesundheitswesen. Damit sind Modelle zur Entscheidungsfindung gemeint, bei denen ÄrztInnen und PatientInnen aktiv Informationen austauschen, verschiedene Behandlungsoptionen abwägen und partnerschaftlich eine Entscheidung zu Therapien und Behandlungen fällen (Gerber et al. 2014; Institut für Hausarztmedizin, Jahr unbekannt) Es wird angenommen, dass SDM durch das systematische Abwägen aller Optionen die medizinische Qualität erhöht und unnötige Behandlungen vermieden werden können (Gerber et al. 2014). Voraussetzungen für «Shared Decision Making» sind, dass die PatientInnen in den Entscheidungsprozess miteinbezogen werden möchten. Gleichzeitig müssen sie auch über die notwendigen Kompetenzen verfügen, die Behandlungsalternativen einordnen und beurteilen zu können.

²³ Dies ist eine Einschätzung der pflegebedürftigen TeilnehmerInnen zu anderen Personen ihrer Generation bzw. der Personen im Pensionierungsalter zu ihren Eltern.

Abbildung 11: Bevölkerung: Präferenzen zwischen Entscheidungen durch die ÄrztInnen und Einbezug in Entscheidungen



Frage: Inwiefern stimmen Sie eher der ersten und inwiefern stimmen Sie eher der zweiten Aussage zu? «Der Arzt/die Ärztin soll entscheiden, welches die richtige Behandlung für mich ist.» vs. «Der Arzt/die Ärztin soll mir Alternativen aufzeigen und ich entscheide selbst bzw. gemeinsam mit dem Arzt/der Ärztin, welches die richtige Behandlung für mich ist.»
N=1005, fehlend:0.

Roter Strich: Durchschnitt auf der Skala von 1 (Aussage ganz links) bis 7 (Aussage ganz rechts).

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Müssen die PatientInnen auswählen, ob sie Behandlungsentscheidungen gemeinsam mit den ÄrztInnen treffen möchten oder ob die MedizinerInnen diese Entscheidungen für sie fällen sollen, äussert die Mehrheit der Befragten eine Präferenz dafür, in die Entscheidungen miteinbezogen zu werden (61% mit schwacher bis starker Präferenz für den Einbezug). Rund ein Viertel der Befragten äussert gar eine deutliche Präferenz für gemeinsame Entscheidungen. Es zeigt sich somit insgesamt eine Bereitschaft, die eigene Gesundheit zu managen. Dabei haben Frauen und Personen mit höherer Bildung den stärkeren Wunsch, in den Behandlungsentscheidungen miteinbezogen zu werden, als Männer und Personen mit tieferer Bildung (siehe Tabelle 39 und Tabelle 40). Nach Alter zeigt sich ein interessantes Bild: Obwohl sich Personen unterschiedlichen Alters im Durchschnitt in etwa an derselben Stelle zwischen diesen beiden Aussagen einordnen, befinden sich jüngere Personen eher in der Nähe des Durchschnitts während ältere Personen eher klar für die eine oder andere Aussage Position beziehen.

Interessanterweise zeigt sich kein Zusammenhang mit dem Gesundheitszustand. Dieses Ergebnis ist unerwartet, da insbesondere in der Fokusgruppe mit Personen mit chronischen Krankheiten geschildert wurde, dass diese sich intensiv mit der eigenen Krankheit und möglichen Lösungsansätzen auseinandersetzen würden. Dies geschehe hauptsächlich, indem sie

Berichte bei den ÄrztInnen und Spitälern einfordern und weiterleiten und sich über Diagnosen und Behandlungen informieren (insbesondere durch Broschüren von Patientenorganisationen, Büchern, in Foren, durch Vortragsbesuche und teilweise in der medizinischen Fachliteratur). Teilweise würden dabei auch die medizinische Fachliteratur und ausländische Patientenorganisationen konsultiert.

Tabelle 39: Bevölkerung: Präferenz für den Einbezug in Behandlungsentscheidungen nach Geschlecht

	Mann	Frau	Total	N	p-value
∅ mit Präferenz für Einbezug in die Behandlungsentscheidung	4.51	5.1	4.81	1003	<0.001**

Frage: Inwiefern stimmen Sie eher der ersten und inwiefern stimmen Sie eher der zweiten Aussage zu? «Der Arzt/die Ärztin soll entscheiden, welches die richtige Behandlung für mich ist.» vs. «Der Arzt/die Ärztin soll mir Alternativen aufzeigen und ich entscheide selbst bzw. gemeinsam mit dem Arzt/der Ärztin, welches die richtige Behandlung für mich ist.»

** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Tabelle 40: Bevölkerung: Präferenz für den Einbezug in Behandlungsentscheidungen nach Bildungsniveau

	Keine	Sek II	Tert B	Tert A	Total	N	p-value
∅ mit Präferenz für Einbezug in die Behandlungsentscheidung	4.03	4.66	5.03	5.14	4.81	999	0.004**

Frage: Inwiefern stimmen Sie eher der ersten und inwiefern stimmen Sie eher der zweiten Aussage zu? «Der Arzt/die Ärztin soll entscheiden, welches die richtige Behandlung für mich ist.» vs. «Der Arzt/die Ärztin soll mir Alternativen aufzeigen und ich entscheide selbst bzw. gemeinsam mit dem Arzt/der Ärztin, welches die richtige Behandlung für mich ist.»

Kategorien der Bildungsniveaus: Keine = Keine nachobligatorische Schulbildung, SekII = höchste Schulbildung auf Niveau der Sekundarstufe II, Tert B = Tertiär B, Tert A = Tertiär A.

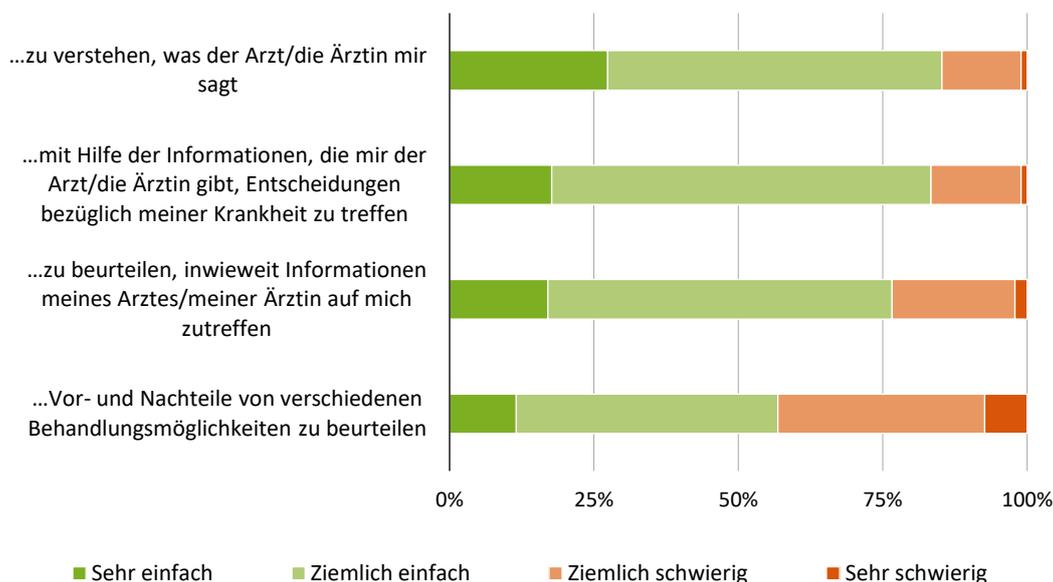
** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz

Abbildung 11 zeigt somit, dass ein Wunsch der Bevölkerung besteht, bei den Behandlungsentscheidungen selbst eine aktive Rolle einzunehmen.

Wie erwähnt, ist eine Voraussetzungen hierfür, dass die PatientInnen auch über die notwendigen Kompetenzen verfügen, die Behandlungsalternativen einordnen und beurteilen zu können. Solche Kompetenzen hat gfs.bern (2015) untersucht. Demnach fällt es den Befragten subjektiv (relativ) leicht Informationen der ÄrztInnen zu verstehen, aber knapp weniger als die Hälfte hat Schwierigkeiten, die Behandlungsmöglichkeiten nach ihren Vor- und Nachteilen abzuwägen:

Abbildung 12: Bevölkerung: Selbst eingeschätzte Gesundheitskompetenzen



Frage: Auf einer Skala von sehr einfach bis sehr schwierig, wie einfach ist es Ihrer Meinung nach.....

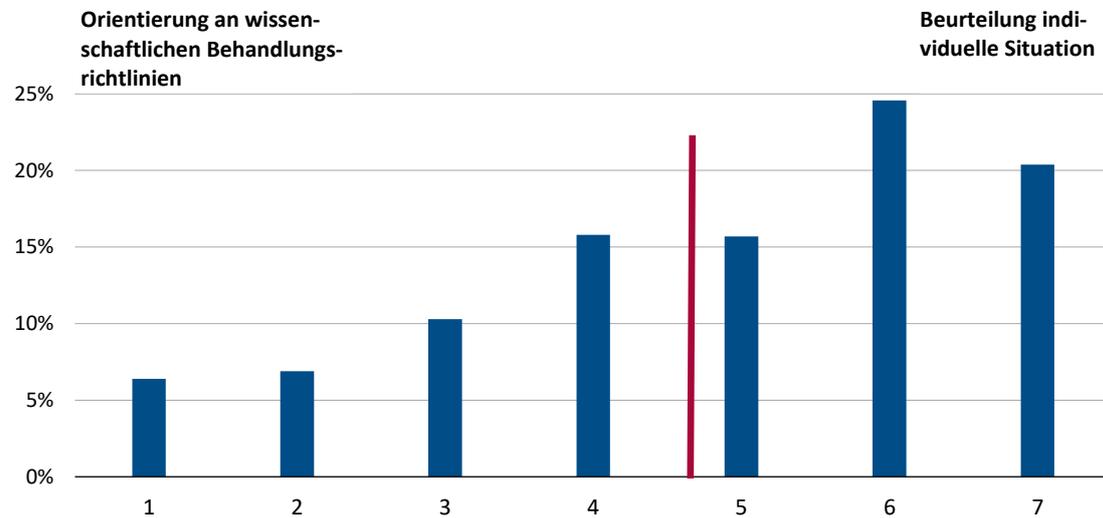
N=1107.

Grafik INFRAS. Quelle: gfs.bern (2015).

Tendenziell Präferenz für individuelle Fallbeurteilung gegenüber Behandlungsrichtlinien.

Ein weiterer Trend im Gesundheitswesen sind die evidenzbasierten Behandlungsrichtlinien. Dies sind Handlungsempfehlungen für definierte diagnostisch-therapeutische Bereiche, welche auf wissenschaftlicher Evidenz und klinischer Praxiserfahrung beruhen (Hostettler et al. 2014). Die Guidelines sind somit Orientierungshilfen für den Regelfall, von denen aber in begründeten Fällen abgewichen werden kann bzw. muss (vgl. auch Sackett et al. 1996). Dabei steht der Nutzen der PatientInnen im Zentrum. Ziel der Behandlungsrichtlinien ist es, dass die ÄrztInnen dadurch rationale und transparente Entscheidungen treffen und dadurch Behandlungsfehler minimiert bzw. unnötige Leistungen vermieden werden können. In der Online-Befragung wurde erfragt, inwiefern die Bevölkerung auch möchte, dass solche Behandlungsleitlinien auf ihre Behandlungsentscheide angewendet werden. Es sei darauf hingewiesen, dass es sich bei den beiden Antwortmöglichkeiten nicht um eine Präferenz für oder gegen die evidenzbasierte Medizin handelt, sondern um Möglichkeiten innerhalb des Konzeptes der evidenzbasierten Medizin.

Abbildung 13: Bevölkerung: Präferenzen zwischen Beurteilung des Krankheitsfalls und Behandlungsleitlinien



Frage: Inwiefern stimmen Sie eher der ersten und inwiefern stimmen Sie eher der zweiten Aussage zu? «Der Arzt/die Ärztin soll sich bei den Behandlungsempfehlungen stark an Richtlinien orientieren, die sich auf wissenschaftliche Erkenntnisse zur Wirksamkeit stützen.» vs. «Der Arzt/die Ärztin soll meinen persönlichen Fall beurteilen, auch wenn dies von aktuellen Behandlungsrichtlinien abweicht.»

N=1005, fehlend: 0.

Roter Strich: Durchschnitt auf der Skala von 1 (Aussage ganz links) bis 7 (Aussage ganz rechts).

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Die Mehrheit der Befragten – rund 60% – äussert eine schwache bis starke Präferenz dafür, den jeweiligen Fall individuell zu beurteilen, auch wenn dies von evidenzbasierten Richtlinien abweicht. Im Vergleich dazu liegt bei einem Viertel der Befragten eine schwache bis starke Präferenz dafür vor, sich stark auf die Behandlungsrichtlinien abzustützen.

In der Tendenz äussern jüngere Personen und Männer vergleichsweise öfters eine Präferenz für wissenschaftliche Behandlungsrichtlinien als ältere Personen bzw. Frauen. Auch möchten Personen mit tieferem Einkommen vergleichsweise eher, dass die ÄrztInnen die Behandlungsentscheidung auf wissenschaftliche Richtlinien basieren als Personen mit höherem Einkommen (siehe Tabelle 41 bis Tabelle 43). Nach Versicherungstyp und Franchise sowie dem Gesundheitszustand der Befragten zeigen sich keine Unterschiede.

Wie erwähnt, war ein zentrales Thema der Fokusgruppengespräche, dass sich die Teilnehmenden weniger ernst genommen fühlten, wenn die ÄrztInnen nicht auf ihre individuelle Situation eingehen. Dies dürfte dazu führen, dass eine gewisse Skepsis gegenüber Richtlinien besteht, dass diese der individuellen Situation nicht genügend Rechnung tragen.

Tabelle 41: Bevölkerung: Präferenz für die Anwendung von wissenschaftlichen Richtlinien bzw. für die individuelle Beurteilung des Krankheitsfalls nach Alter

	18-39 Jahre	40-64 Jahre	65 Jahre und älter	Total	N	p-value
Ø mit Präferenz für Beurteilung der individuellen Situation	4.4	4.94	5.2	4.83	1001	<0.001**

Frage: Inwiefern stimmen Sie eher der ersten und inwiefern stimmen Sie eher der zweiten Aussage zu? «Der Arzt/die Ärztin soll sich bei den Behandlungsempfehlungen stark an Richtlinien orientieren, die sich auf wissenschaftliche Erkenntnisse zur Wirksamkeit stützen.» vs. «Der Arzt/die Ärztin soll meinen persönlichen Fall beurteilen, auch wenn dies von aktuellen Behandlungsrichtlinien abweicht.»

** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz

Tabelle 42: Bevölkerung: Präferenz für die Anwendung von wissenschaftlichen Richtlinien bzw. für die individuelle Beurteilung des Krankheitsfalls nach Geschlecht

	Mann	Frau	Total	N	p-value
Ø mit Präferenz für Beurteilung der individuellen Situation	4.47	5.18	4.83	1001	<0.001**

Frage: Inwiefern stimmen Sie eher der ersten und inwiefern stimmen Sie eher der zweiten Aussage zu? «Der Arzt/die Ärztin soll sich bei den Behandlungsempfehlungen stark an Richtlinien orientieren, die sich auf wissenschaftliche Erkenntnisse zur Wirksamkeit stützen.» vs. «Der Arzt/die Ärztin soll meinen persönlichen Fall beurteilen, auch wenn dies von aktuellen Behandlungsrichtlinien abweicht.»

** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Tabelle 43: Bevölkerung: Präferenz für die Anwendung von wissenschaftlichen Richtlinien bzw. für die individuelle Beurteilung des Krankheitsfalls nach Einkommen

	< 5'000	5'000 – 9'000	9'000 – 13'000	> 13'000	Total	N	p-value
Ø mit Präferenz für Beurteilung der individuellen Situation	5.07	4.81	4.5	4.65	4.83	873	0.039*

Frage: Inwiefern stimmen Sie eher der ersten und inwiefern stimmen Sie eher der zweiten Aussage zu? «Der Arzt/die Ärztin soll sich bei den Behandlungsempfehlungen stark an Richtlinien orientieren, die sich auf wissenschaftliche Erkenntnisse zur Wirksamkeit stützen.» vs. «Der Arzt/die Ärztin soll meinen persönlichen Fall beurteilen, auch wenn dies von aktuellen Behandlungsrichtlinien abweicht.»

* = signifikant auf 5%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

3.1.2. Nutzung der Möglichkeiten der Medizin

In ihrem Positionspapier zur Nachhaltigen Medizin thematisiert die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaft SAMW (2019) die Sichtweise der «endlichen Medizin». In Anlehnung an Callahan (2004) sieht sie eine Hauptproblematik im Hinblick auf die Kostenentwicklung in der westlichen Fortschrittsidee, nach der – übertragen auf die Medizin – der

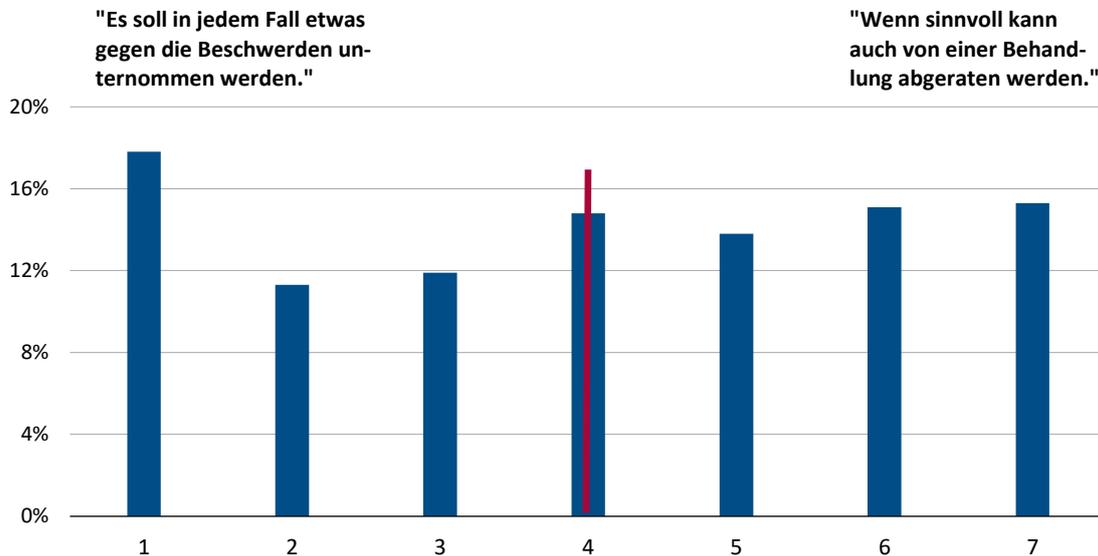
Verbesserung der Gesundheit keine Grenzen gesetzt sind. Für ein nachhaltiges Gesundheitswesen brauche es eine endliche Sichtweise, die nicht versuche, das Altern, den Tod und überhaupt die Krankheit zu überwinden, sondern nur jedem zu helfen, einen vorzeitigen Tod zu vermeiden und ein anständiges, nicht ein perfektes Leben zu führen.

In den Fokusgruppengesprächen wurde kontrovers diskutiert, wie weit der medizinisch-technische Fortschritt gehen und die Möglichkeiten der Medizin ausgeschöpft werden sollten. Auf der einen Seite sahen einzelne Teilnehmende mit Blick auf die Prämienerwicklung eine Notwendigkeit, kostenintensive Behandlungsmöglichkeiten zu beschränken. Auf der anderen Seite standen Teilnehmende einer möglichen Beschränkung der Behandlungsoptionen im individuellen Fall auch teilweise sehr ablehnend gegenüber. Um ein klareres Bild zu den Ansprüchen der Deutschschweizer Bevölkerung diesbezüglich zu erhalten, wurden in der Onlinebefragung die Erwartungen an die Verfügbarkeit und Nutzung der medizinischen Möglichkeiten im individuellen Fall standardisiert erhoben.

Ansprüche an das Ausschöpfen von Heilungsmassnahmen sehr unterschiedlich.

Die Befragten teilen sich relativ gleichmässig auf in solche, die in jedem Fall eine Behandlung erhalten wollen, und in solche, die je nach Situation auch mit Hinweisen zur Linderung der Beschwerden zufrieden sind. Es lassen sich in Bezug auf diese Frage kaum Präferenzen ableiten. Dies kann einerseits daran liegen, dass die Befragten die Frage nicht für alle Beschwerden gleich beantworten würden. Andererseits dürfte die Haltung hierzu auch sehr individuell sein und von kulturellen Aspekten, Grundeinstellungen zur Medizin und Gesundheit und anderen Faktoren beeinflusst sein.

Abbildung 14: Bevölkerung: Ansprüche an Nutzung der möglichen Behandlungsoptionen



Frage: Inwiefern stimmen Sie eher der ersten und inwiefern stimmen Sie eher der zweiten Aussage zu? «Der Arzt/die Ärztin soll auf jeden Fall etwas gegen meine Beschwerden unternehmen, beispielsweise indem er/sie mich behandelt, mir etwas verschreibt oder mich zu SpezialistInnen überweist.» vs. «Der Arzt/die Ärztin sollte auch von einer Behandlung abraten und lediglich Hinweise zur Linderung abgeben, die ich selbst umsetzen kann.»

N=1005, fehlend: 0.

Roter Strich: Durchschnitt auf der Skala von 1 (Aussage ganz links) bis 7 (Aussage ganz rechts).

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Gewisse Unterschiede lassen sich zwischen einzelnen Gruppen der Gesellschaft erkennen. So sind Personen mit geringerem Bildungsniveau vergleichsweise öfters der Ansicht, der Arzt/die Ärztin sollte in jedem Fall eine Behandlung veranlassen. Gleichermassen möchten AusländerInnen eher eine Behandlung sehen als SchweizerInnen (siehe Tabelle 44 und Tabelle 45). Ferner zeigt sich wiederum, dass ältere Personen stärkere Präferenzen für die beiden Pole haben, während jüngere Befragte öfters keine eindeutige Präferenz äussern.

Ferner möchten Personen mit schlechterem Gesundheitszustand (gemessen am selbst eingeschätzten Gesundheitszustand und ob sie an chronischen Krankheiten leiden oder nicht) vergleichsweise öfters, dass eine Behandlung veranlasst wird. Dasselbe gilt für PatientInnen, die vergleichsweise oft ÄrztInnen konsultieren müssen (siehe Tabelle 46 bis Tabelle 48).

Tabelle 44: Bevölkerung: Ansprüche an die möglichen Behandlungsoptionen nach Bildungsniveau

	Keine	Sek II	Tert B	Tert A	Total	N	p-value
∅ mit Wunsch, wenn sinnvoll, auch von Behandlungen abzuraten	3.97	3.83	3.91	4.55	4.02	996	<0.001**

Frage: Inwiefern stimmen Sie eher der ersten und inwiefern stimmen Sie eher der zweiten Aussage zu? «Der Arzt/die Ärztin soll auf jeden Fall etwas gegen meine Beschwerden unternehmen, beispielsweise indem er/sie mich behandelt, mir etwas verschreibt oder mich zu SpezialistInnen überweist.» vs. «Der Arzt/die Ärztin sollte auch von einer Behandlung abraten und lediglich Hinweise zur Linderung abgeben, die ich selbst umsetzen kann.»

Kategorien der Bildungsniveaus: Keine = Keine nachobligatorische Schulbildung, SekII = höchste Schulbildung auf Niveau der Sekundarstufe II, Tert B = Tertiär B, Tert A = Tertiär A.

** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz

Tabelle 45: Bevölkerung: Ansprüche an die möglichen Behandlungsoptionen nach Staatsbürgerschaft

	SchweizerInnen	AusländerInnen	Total	N	p-value
∅ mit Wunsch, wenn sinnvoll, auch von Behandlungen abzuraten	4.13	3.61	4.02	1000	0.046*

Frage: Inwiefern stimmen Sie eher der ersten und inwiefern stimmen Sie eher der zweiten Aussage zu? «Der Arzt/die Ärztin soll auf jeden Fall etwas gegen meine Beschwerden unternehmen, beispielsweise indem er/sie mich behandelt, mir etwas verschreibt oder mich zu SpezialistInnen überweist.» vs. «Der Arzt/die Ärztin sollte auch von einer Behandlung abraten und lediglich Hinweise zur Linderung abgeben, die ich selbst umsetzen kann.»

* = signifikant auf 5%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Tabelle 46: Bevölkerung: Ansprüche an die möglichen Behandlungsoptionen nach Gesundheitszustand

	gut	mittel	schlecht	Total	N	p-value
∅ mit Wunsch, wenn sinnvoll, auch von Behandlungen abzuraten	4.1	3.79	3.63	4.02	998	0.007**

Frage: Inwiefern stimmen Sie eher der ersten und inwiefern stimmen Sie eher der zweiten Aussage zu? «Der Arzt/die Ärztin soll auf jeden Fall etwas gegen meine Beschwerden unternehmen, beispielsweise indem er/sie mich behandelt, mir etwas verschreibt oder mich zu SpezialistInnen überweist.» vs. «Der Arzt/die Ärztin sollte auch von einer Behandlung abraten und lediglich Hinweise zur Linderung abgeben, die ich selbst umsetzen kann.»

Kategorien des Gesundheitszustandes: gut = sehr guter/guter selbst eingeschätzter Gesundheitszustand, mittel = mittelmässiger selbst eingeschätzter Gesundheitszustand, schlecht = schlechter/sehr schlecht eingeschätzter Gesundheitszustand.

** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Tabelle 47: Bevölkerung: Ansprüche an die möglichen Behandlungsoptionen nach chronischer Krankheit

	Chronische Krankheit	Keine chronische Krankheit	Total	N	p-value
∅ mit Wunsch, wenn sinnvoll, auch von Behandlungen abzuraten	3.87	4.17	4.02	990	<0.001**

Frage: Inwiefern stimmen Sie eher der ersten und inwiefern stimmen Sie eher der zweiten Aussage zu? «Der Arzt/die Ärztin soll auf jeden Fall etwas gegen meine Beschwerden unternehmen, beispielsweise indem er/sie mich behandelt, mir etwas verschreibt oder mich zu SpezialistInnen überweist.» vs. «Der Arzt/die Ärztin sollte auch von einer Behandlung abraten und lediglich Hinweise zur Linderung abgeben, die ich selbst umsetzen kann.»

** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Tabelle 48: Bevölkerung: Ansprüche an die möglichen Behandlungsoptionen nach Häufigkeit von Arztbesuchen

	nie	selten	mittel	häufig	Total	N	p-value
∅ mit Wunsch, wenn sinnvoll, auch von Behandlungen abzuraten	4.6	3.98	3.83	3.84	4.02	998	<0.001**

Frage: Inwiefern stimmen Sie eher der ersten und inwiefern stimmen Sie eher der zweiten Aussage zu? «Der Arzt/die Ärztin soll auf jeden Fall etwas gegen meine Beschwerden unternehmen, beispielsweise indem er/sie mich behandelt, mir etwas verschreibt oder mich zu SpezialistInnen überweist.» vs. «Der Arzt/die Ärztin sollte auch von einer Behandlung abraten und lediglich Hinweise zur Linderung abgeben, die ich selbst umsetzen kann.»

Kategorien der Häufigkeit von Arztbesuchen: Nie = Nie, selten = 1-3 Mal jährlich, mittel = ca. vierteljährlich, häufig = monatlich/wöchentlich oder mehr.

** = signifikant auf 1%-Niveau

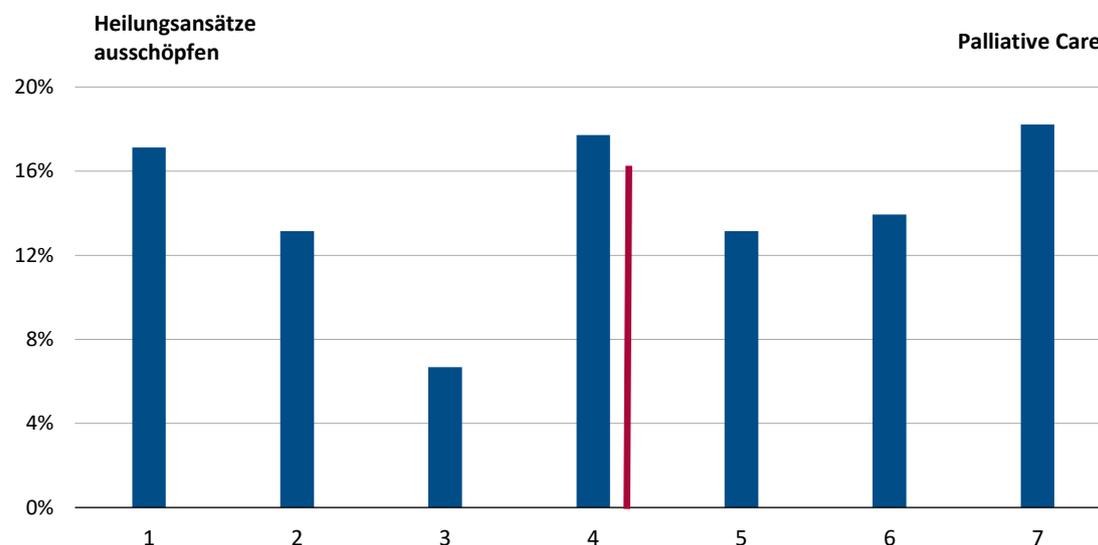
Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Wunsch nach «Lebensverlängerung um jeden Preis» stärker bei jüngeren Personen (mit Kindern).

Ist die Aussicht auf eine Heilung gering, würde sich eine leichte Mehrheit dafür entscheiden, auf eine Behandlung zu verzichten und nur noch palliative Massnahmen²⁴ in Anspruch zu nehmen (45% der Befragten weisen eine schwache bis starke Präferenz dafür auf nur noch palliative Massnahmen zu ergreifen, während 37% der Befragten eine schwache bis starke Präferenz dafür haben in jedem Fall alle möglichen Heilungsansätze auszuschöpfen).

²⁴ Dies sind Massnahmen zur Verbesserung der Lebensqualität von PatientInnen und Angehörigen bei lebensbedrohlichen Erkrankungen. Diese Massnahmen bestehen hauptsächlich aus vorbeugenden Massnahmen, um Leiden zu lindern sowie frühzeitiger Beurteilung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art (siehe dazu: <https://www.palliative.ch/de/palliative-care/was-bedeutet-palliative-care/>).

Abbildung 15: Bevölkerung: Präferenzen für Palliative Care



Frage: Inwiefern stimmen Sie eher der ersten und inwiefern stimmen Sie eher der zweiten Aussage zu? «Auch wenn meine Aussichten auf Heilung gering sind, würde ich alle möglichen Heilungsansätze ausschöpfen wollen.» vs. «Wenn meine Aussichten auf Heilung gering sind, würde ich nur noch palliative Massnahmen ergreifen wollen.»
N=1005, fehlend: 0.

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Einzelne Unterschiede entlang von Bevölkerungsgruppen lassen sich erkennen:

- Nach Alter und Haushaltstyp: Je älter eine Person ist, desto eher möchte sie in eher aussichtslosen Situationen nur noch Palliative Care in Anspruch nehmen. Befinden sich Kinder im Haushalt, steigt die Wahrscheinlichkeit, dass der oder die Befragte sich dafür ausspricht auch bei geringen Heilungsaussichten weitere Therapien zu versuchen als wenn keine Kinder im Haushalt leben (siehe Tabelle 49 und Tabelle 50).
- Nach Staatsbürgerschaft: AusländerInnen sprechen sich vergleichsweise öfters auch bei Diagnosen mit geringer Heilungschance für Therapien aus als SchweizerInnen (siehe Tabelle 51).
- Schliesslich zeigt sich auch ein Unterschied nach Versicherungstyp: Personen im Hausarzt- bzw. im HMO-Versicherungsmodell äussern eine stärkere Präferenz, in Situationen mit geringen Heilungschancen nur noch palliative Massnahmen zu ergreifen als Personen im Standard-Versicherungsmodell und mit einem Telefonmodell (siehe Tabelle 52).

Tabelle 49: Bevölkerung: Präferenzen für Palliative Care nach Alter

	18-39 Jahre	40-64 Jahre	65 Jahre und älter	Total	N	p-value
Ø mit Präferenz für Palliative Care	3.44	4.17	4.93	4.12	1002	<0.001**

Frage: Inwiefern stimmen Sie eher der ersten und inwiefern stimmen Sie eher der zweiten Aussage zu? «Auch wenn meine Aussichten auf Heilung gering sind, würde ich alle möglichen Heilungsansätze ausschöpfen wollen.» vs. «Wenn meine Aussichten auf Heilung gering sind, würde ich nur noch palliative Massnahmen ergreifen wollen.»

** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Tabelle 50: Bevölkerung: Präferenzen für Palliative Care nach Haushaltstyp

	Haushalt ohne Kinder	Haushalt mit Kindern	Total	N	p-value
Ø mit Präferenz für Palliative Care	4.25	3.52	4.12	990	<0.001**

Frage: Inwiefern stimmen Sie eher der ersten und inwiefern stimmen Sie eher der zweiten Aussage zu? «Auch wenn meine Aussichten auf Heilung gering sind, würde ich alle möglichen Heilungsansätze ausschöpfen wollen.» vs. «Wenn meine Aussichten auf Heilung gering sind, würde ich nur noch palliative Massnahmen ergreifen wollen.»

** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Tabelle 51: Bevölkerung: Präferenzen für Palliative Care nach Staatsbürgerschaft

	SchweizerInnen	AusländerInnen	Total	N	p-value
Ø mit Präferenz für Palliative Care	4.32	3.32	4.12	1002	<0.001**

Frage: Inwiefern stimmen Sie eher der ersten und inwiefern stimmen Sie eher der zweiten Aussage zu? «Auch wenn meine Aussichten auf Heilung gering sind, würde ich alle möglichen Heilungsansätze ausschöpfen wollen.» vs. «Wenn meine Aussichten auf Heilung gering sind, würde ich nur noch palliative Massnahmen ergreifen wollen.»

** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Tabelle 52: Bevölkerung: Präferenzen für Palliative Care nach Versicherungsmodell

	Hausarztversicherung und HMO-Versicherung	Standard-Versicherung und Telefonversicherung	Total	N	p-value
Ø mit Präferenz für Palliative Care	4.27	3.84	4.12	978	0.003**

Frage: Inwiefern stimmen Sie eher der ersten und inwiefern stimmen Sie eher der zweiten Aussage zu? «Auch wenn meine Aussichten auf Heilung gering sind, würde ich alle möglichen Heilungsansätze ausschöpfen wollen.» vs. «Wenn meine Aussichten auf Heilung gering sind, würde ich nur noch palliative Massnahmen ergreifen wollen.»

** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

3.2. Sicht der ÄrztInnen

Die Sichtweise, was eine «gute Versorgung» der PatientInnen ausmacht, kann sich zwischen Nachfragern und Anbietern von Gesundheitsleistungen unterscheiden. In den Fokusgruppen und der Onlinebefragung wurde auch die Sicht der ÄrztInnen zu diesem Thema eingeholt. Dabei wurde insbesondere auf Aspekte der Arzt/Patient-Beziehung eingegangen.²⁵

Genügend Zeit für die PatientInnen ist für die ÄrztInnen das wichtigste Qualitätskriterium.

Sowohl aus den Fokusgruppen als auch aus der Onlinebefragung geht hervor, dass genügend Zeit für PatientInnen klar ein wichtiges Qualitätskriterium ist. In der Onlinebefragung kristallisiert sich dies als wichtigstes Qualitätsmerkmal der Versorgung heraus (vgl. Abbildung 16). In den Fokusgruppengesprächen präzisieren die TeilnehmerInnen, dass es wichtig sei, auf die PatientInnen gut eingehen zu können, ihre Fragen zu beantworten und den PatientInnen das Gefühl zu geben, dass sie gehört und verstanden werden. Für PsychiaterInnen und GrundversorgerInnen ist der Aspekt der genügenden Zeit gemäss den Ergebnissen der Onlinebefragung noch etwas wichtiger als für SpezialistInnen²⁶ (vgl. Abbildung 16). Bei den PsychiaterInnen hängt dies vermutlich damit zusammen, dass Diagnose und Behandlung des psychischen Problems zeitintensiver sind. Bei den GrundversorgerInnen könnte der Grund hierfür sein, dass sie eine Beziehung zu den PatientInnen aufgebaut haben und sich bei den Konsultationen weniger auf nur ein spezifisches Gesundheitsproblem konzentrieren. Zudem könnte ein Grund sein, dass sie im Vergleich zu den befragten SpezialistInnen häufiger in einer Praxis arbeiten. So beurteilen PraxisärztInnen die Zeit für PatientInnen auch häufiger (87%) als eines der drei wichtigsten Qualitätskriterien gegenüber ihren KollegInnen im Spital (77%).²⁷

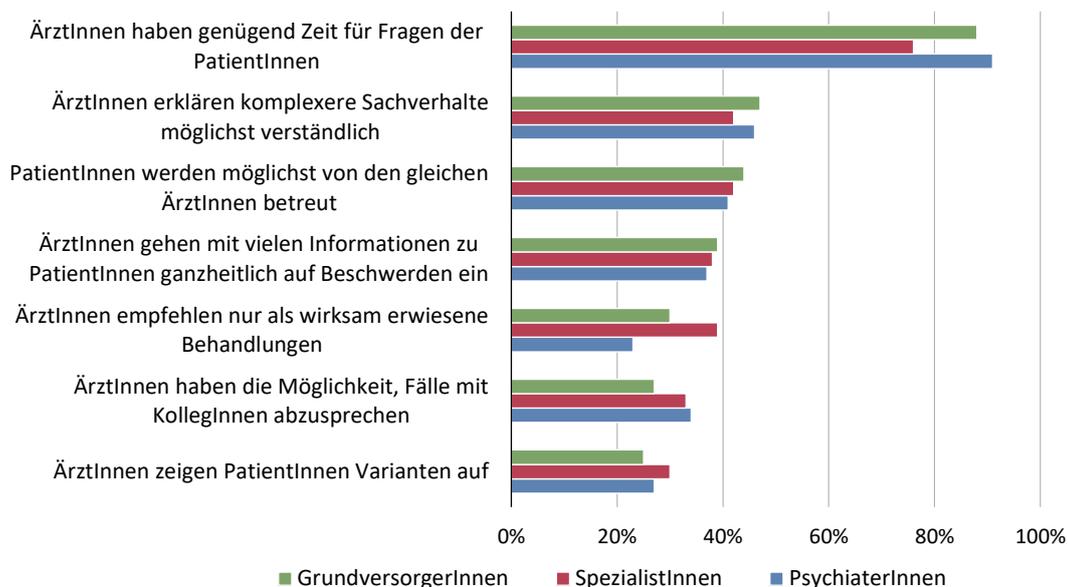
²⁵ Ein weiterer Aspekt wäre beispielsweise der Zugang zur Versorgung. Dieser wurde bei der Beurteilung der heutigen Versorgung abgeholt (vgl. Kap. 4.2).

²⁶ Unterschiede signifikant auf dem 1%-Niveau.

²⁷ Unterschiede signifikant auf dem 1%-Niveau.

Abbildung 16: ÄrztInnen: Wichtig für gute Versorgung

Anteil Befragte in %, bei denen das Item als eines der wichtigsten drei genannt wurde



Frage: Welche Aspekte sind aus Ihrer Sicht für eine gute Versorgung der PatientInnen besonders wichtig? (Auswahl von maximal 3 Aspekten möglich, die in eine Reihenfolge gebracht werden sollten).

N=924 (395 GrundversorgerInnen, 338 SpezialistInnen, 191 PsychiaterInnen). Fehlend: 36 (keine Angabe zur Fachrichtung).

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

Kontinuität in der Behandlung tendenziell wichtiger als evidenzbasierte Empfehlungen.

Weiter zeichnet sich in der Onlinebefragung ab, dass ÄrztInnen der Meinung sind, die PatientInnen am besten versorgen zu können, wenn sie die Krankheitsgeschichte gut kennen. Die Kontinuität in der Arzt-/Patient-Beziehung und möglichst umfassende Informationen zu den PatientInnen zu haben, gewichten die ÄrztInnen insgesamt etwas höher als die Möglichkeit, eine andere Expertise heranzuziehen oder sich strikt an Evidenz zu halten (vgl. Abbildung 16). Auffällig ist, dass sich unter den SpezialistInnen verhältnismässig mehr «VerfechterInnen der evidenzbasierten Medizin» finden, d.h. ÄrztInnen, die es für eine gute Versorgung als besonders wichtig erachten, nur wirksam erwiesene Behandlungen zu empfehlen.²⁸ Aus den Fokusgruppengesprächen geht hervor, dass ÄrztInnen einer strikten Behandlung anhand von allgemeingültigen, evidenzbasierten Leitlinien teilweise skeptisch gegenüberstehen. «*Ich bin ein Gegner der Idee, dass es ein gut, besser, das beste gibt, das für alle stimmt.*» Mehrfach wird in den Fokusgruppen betont, dass es wichtig sei, als Arzt/Ärztin jeden Fall individuell behandeln

²⁸ Die Unterschiede sind signifikant auf dem 1%-Niveau.

zu können. Weiter zeigen die Ergebnisse, dass SpitalärztInnen es deutlich häufiger (46%) als besonders wichtig erachten, Fälle mit KollegInnen abzusprechen als PraxisärztInnen (28%).²⁹ Dies könnte damit zusammenhängen, dass SpitalärztInnen akutere Fälle behandeln, wo falsche Behandlungsentscheide gravierendere Folgen haben können.

«Shared decision making» von eher untergeordneter Relevanz.

Die hohe Gewichtung der ÄrztInnen des Faktors Zeit und der Beziehung zum Patienten/zur Patientin entspricht dem für neue Versorgungsmodelle propagierten Ansatz der patientenzentrierten Versorgung (patient-centered care). Dieser Ansatz stellt die Bedürfnisse und persönlichen Ziele für den eigenen Gesundheitszustand in den Mittelpunkt, der Ausgangspunkt für Behandlungsentscheide sein sollte. Ein wichtiges Element ist dabei auch das «shared decision-making» zwischen den PatientInnen (und deren Angehörigen) und dem Leistungserbringer. Diesem Element (Abbildung 16, Item «ÄrztInnen zeigen PatientInnen Varianten auf») messen die ÄrztInnen in der Schweiz gemäss den Ergebnissen der Onlinebefragung eine etwas geringere Bedeutung bei als den anderen Aspekten. Unterschiede zwischen Ärztegruppen sind diesbezüglich nicht festzustellen.

3.3. Fazit

Folgende Erkenntnisse lassen sich zum Thema Ansprüche an eine «gute Versorgung» ableiten:

1. Die Bevölkerung und ÄrztInnen sind sich weitgehend darin einig, was zu einer «guten Versorgung» bei der Arzt-/Patient-Beziehung gehört: Genügend Zeit, um auf die PatientInnen einzugehen und Fragen zu klären, verständliche Erklärungen durch die ÄrztInnen und eine kontinuierliche Beziehung zwischen Arzt/Ärztin und PatientIn.
2. Der Ansatz des «Shared decision making» entspricht einem Bedürfnis der Bevölkerung. Diese möchten mehrheitlich in die Entscheidungen einbezogen werden. Gewisse Personen stossen subjektiv aber auch an Grenzen, wenn es um die Verarbeitung der Informationen bis hin zur Entscheidung über die gewünschte Behandlung geht. Dies betrifft insbesondere Personen mit tieferem Bildungsniveau. Umgekehrt bedeuten diese Befunde, dass für eine Arzt/Patient-Beziehung auf Augenhöhe die Förderung der Gesundheitskompetenz nötig wäre.
3. ÄrztInnen stufen die Besprechung von möglichen Varianten als etwas weniger wichtig für eine «gute Versorgung» ein als andere Aspekte wie die Kontinuität in der Arzt-/Patient-Beziehung. Daraus kann jedoch nicht abgeleitet werden, inwieweit der Ansatz des «Shared decision making» von den ÄrztInnen gelebt wird.

²⁹ Hierzu wurde keine Abbildung erstellt.

4. Persönliche Fallbeurteilung geht vor Leitlinien: Sowohl bei der Bevölkerung als auch bei den ÄrztInnen kristallisiert sich heraus, dass im Hinblick auf eine «gute Versorgung» die individuelle Fallbeurteilung im Vordergrund stehen sollte. Dies geht vor evidenzbasierte Leitlinien. Anzumerken ist, dass individuelle Fallbeurteilung und Leitlinien sich nicht gegenseitig ausschliessen. Das Abweichen von den Leitlinien im individuellen Fall ist ein integraler Bestandteil des Konzeptes der evidenzbasierten Medizin.
5. Die Haltung zur «Endlichkeit der Medizin» in der Bevölkerung ist sehr unterschiedlich: Bei der Frage, ob Medizin möglichst heilen und die Möglichkeiten bei der eigenen Gesundheit weitgehend ausgeschöpft werden sollen, variiert die Haltung in der Bevölkerung stark. Eine leichte Mehrheit tendiert in Situationen mit geringen Heilungsaussichten eher zu Massnahmen der Linderung (Palliative Care) und nicht zur «Lebensverlängerung um jeden Preis». Erwartungsgemäss ist diese Haltung vom Alter und der familiären Situation abhängig. Aber auch kulturelle Faktoren spielen eine Rolle: Personen mit Migrationshintergrund haben höhere Ansprüche an die «heilende Medizin».
6. Personen mit schlechterem Gesundheitszustand heben sich in ihren Vorstellungen einer guten Versorgung wenig von Personen mit gutem Gesundheitszustand ab. Obwohl Personen mit schlechtem Gesundheitszustand oft auch zu ExpertInnen ihrer eigenen Gesundheit werden, sind sie durch die Komplexität auch oft überfordert und verlassen sich ebenso häufig auch gerne auf die Entscheidungen durch die ÄrztInnen.

4. Beurteilung heutige Versorgung und Verbesserungsbedarf

Dieses Kapitel beleuchtet die Zufriedenheit der Bevölkerung und der ÄrztInnen mit der Gesundheitsversorgung basierend auf der Online-Befragung und den Fokusgruppengesprächen. Im Zentrum stehen die Aspekte Leistungsangebot, Zugang zur Versorgung und Qualität.

Tabelle 53: Behandelte Fragen zur Beurteilung der heutigen Versorgung und des Verbesserungsbedarfs

Bevölkerung

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

- Zeit während der Konsultationen
- Qualität der Beratung und Erklärung durch die ÄrztInnen
- Qualität der Diagnosestellung
- Qualität der ambulanten Behandlung durch PraxisärztInnen
- Qualität der stationären Behandlung durch SpitalärztInnen
- Palette und Umfang an Leistungen, die durch die Grundversicherung gedeckt werden
- Palette an Leistungen, die insgesamt zur Verfügung stehen
- Zugang zu Innovationen
- Abstimmung von Behandlungen/Medikamenten unter den ÄrztInnen
- Anzahl der verfügbaren HausärztInnen
- Anzahl der verfügbaren SpezialistInnen
- Wartezeiten für Termine bei HausärztInnen
- Wartezeiten für Termine bei SpezialistInnen
- Wartezeiten für Termine für planbare Operationen
- Notfallversorgung
- Angebotene Präventionsleistungen

Wären Sie bereit, für folgende Verbesserung im Gesundheitswesen höhere Prämien zu bezahlen?

- Mehr Zeit während der Konsultationen
- Bessere Qualität der Diagnosestellung
- Bessere Qualität der ambulanten Behandlung durch PraxisärztInnen
- Bessere Qualität der stationären Behandlung durch SpitalärztInnen
- Besserer Zugang zu Innovationen
- Bessere Abstimmung von Behandlungen/Medikamenten unter den ÄrztInnen
- Höhere Anzahl der verfügbaren HausärztInnen
- Höhere Anzahl der verfügbaren SpezialistInnen
- Kürzere Wartezeiten für Termine bei HausärztInnen
- Kürzere Wartezeiten für Termine bei SpezialistInnen
- Kürzere Wartezeiten für planbare Operationen
- Bessere Notfallversorgung
- Mehr Präventionsleistungen
- Behandlungen der Alternativ- und Komplementärmedizin durch nicht-ärztliche Fachpersonen
- Case-Management bei chronischen Krankheiten

ÄrztInnen

Wenn Sie an das Schweizer Gesundheitswesen als Ganzes denken, wie beurteilen Sie als Fachperson die folgenden Aspekte? Gleiche Antwortoptionen wie bei der Bevölkerung

Tabelle INFRAS.

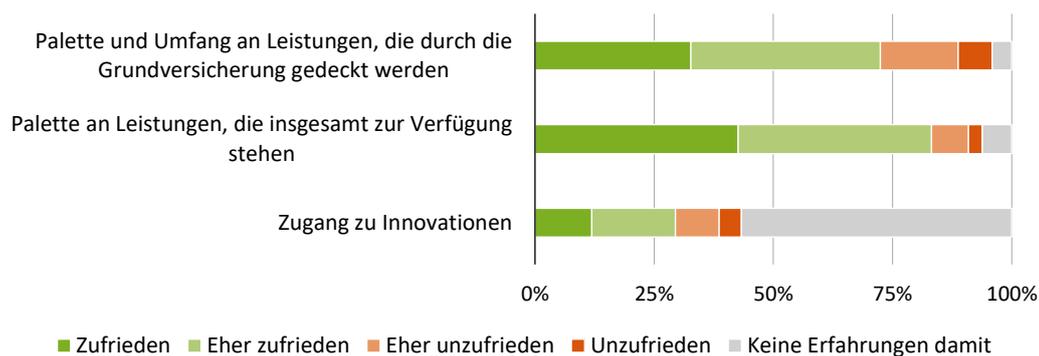
4.1. Sicht der Bevölkerung

Das Leistungsangebot ist für die Bevölkerung zufriedenstellend, weist aber Lücken in der Grundversicherung auf.

Mit fast 90% der Befragten ist die grosse Mehrheit der Ansicht, das Angebot der in der Schweiz verfügbaren Leistungen sei (eher) zufriedenstellend. Müssen die Leistungen beurteilt werden, die in der Grundversicherung gedeckt werden, sind rund drei Viertel (eher) zufrieden (siehe Abbildung 17). Aus Sicht der Bevölkerung gibt es somit Behandlungen und Therapien, die in der Grundversicherung fehlen.

Je häufiger jemand ärztliche Hilfe aufsucht, desto weniger zufrieden sind diese Personen tendenziell mit dem Leistungsangebot (siehe Tabelle 54), sowohl für die gesamthaft verfügbaren Leistungen als auch für die Leistungen der Grundversicherung. Das Leistungsangebot der Grundversicherung beurteilen Personen in schlechter Gesundheit ebenfalls kritischer als Personen in guter Gesundheit (siehe Tabelle 55). Wie die Fokusgruppengespräche gezeigt haben, haben Personen mit chronischen Krankheiten oftmals bereits viele Therapieversuche hinter sich und sind mit den bestehenden Therapiemöglichkeiten an Grenzen gestossen. Wiederum erachten jüngere Personen das Leistungsangebot kritischer als Ältere (Tabelle 56). Ebenfalls zeigten sich AusländerInnen den Leistungen der Grundversicherung gegenüber kritischer als SchweizerInnen.³⁰ Diese Zufriedenheit nimmt ferner mit steigendem Einkommen zu (Tabelle 57).

Abbildung 17: Bevölkerung: Beurteilung des Leistungsangebots im Gesundheitswesen



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

N=1'005, fehlend: 0.

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

³⁰ 69% zufrieden oder eher zufrieden im Vergleich zu 79%, signifikant auf dem 1%-Niveau

Tabelle 54: Bevölkerung: Beurteilung des Leistungsangebots im Gesundheitswesen nach Häufigkeit von medizinischen Konsultationen (Anteil zufrieden/eher zufrieden)

	nie	selten	mittel	häufig	Total	N	p-value
Palette und Umfang an Leistungen, die durch die Grundversicherung gedeckt werden	80%	81%	73%	69%	77%	957	0.011*
Palette an Leistungen, die insgesamt zur Verfügung stehen	90%	92%	86%	84%	89%	938	0.038*

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

Kategorien der Häufigkeit von Arztbesuchen: Nie = Nie, selten = 1-3 Mal jährlich, mittel = ca. vierteljährlich, häufig = monatlich/wöchentlich oder mehr.

* = signifikant auf dem 5% Niveau, ** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Tabelle 55: Bevölkerung: Beurteilung des Leistungsangebots im Gesundheitswesen nach Gesundheitszustand (Anteil zufrieden/eher zufrieden)

	gut	mittel	schlecht	Total	N	p-value
Palette und Umfang an Leistungen, die durch die Grundversicherung gedeckt werden	80%	72%	64%	77%	957	0.01**
Palette an Leistungen, die insgesamt zur Verfügung stehen	90%	88%	84%	89%	937	0.417

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

Kategorien des Gesundheitszustandes: gut = sehr guter/guter selbst eingeschätzter Gesundheitszustand, mittel = mittelmässiger selbst eingeschätzter Gesundheitszustand, schlecht = schlechter/sehr schlecht eingeschätzter Gesundheitszustand.

* = signifikant auf dem 5% Niveau, ** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Tabelle 56: Bevölkerung: Beurteilung des Leistungsangebots im Gesundheitswesen nach Alter (Anteil zufrieden/eher zufrieden)

	18-39 Jahre	40-64 Jahre	65 Jahre und älter	Total	N	p-value
Palette und Umfang an Leistungen, die durch die Grundversicherung gedeckt werden	72%	77%	88%	77%	959	<0.001**
Palette an Leistungen, die insgesamt zur Verfügung stehen	86%	89%	95%	89%	939	0.012*

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

* = signifikant auf dem 5% Niveau, ** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Tabelle 57: Bevölkerung: Beurteilung des Leistungsangebots im Gesundheitswesen nach Einkommen (Anteil zufrieden/eher zufrieden)

	< 5'000	5'000– 9'000	9'000– 13'000	> 13'000	Total	N	p-value
Palette und Umfang an Leistungen, die durch die Grundversicherung gedeckt werden	72%	77%	83%	84%	77%	839	0.05*
Palette an Leistungen, die insgesamt zur Verfügung stehen	86%	89%	93%	93%	89%	820	0.155

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

* = signifikant auf dem 5% Niveau, ** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Wunsch nach Leistungen der Alternativ- und Komplementärmedizin in der Grundversicherung.

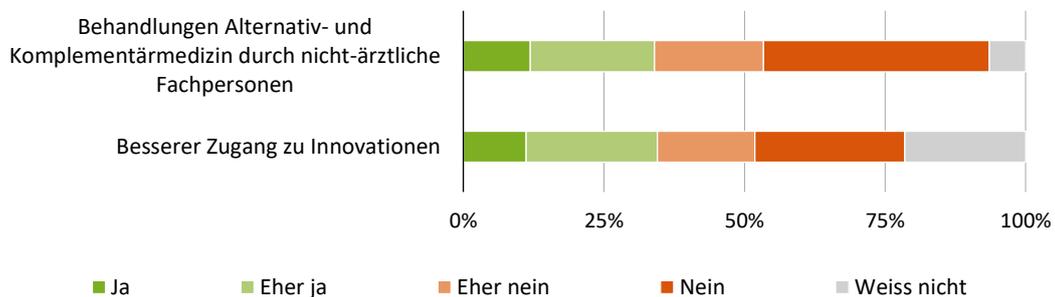
Der Leistungskatalog der Grundversicherung war auch Thema in den Fokusgruppengesprächen. Mehrere TeilnehmerInnen aller Altersgruppen erwähnten, nicht sicher zu sein, welche Leistungen überhaupt von der Grundversicherung gedeckt seien. Neben den Unsicherheiten des Umfangs äusserten in der Fokusgruppe mit älteren Personen einige TeilnehmerInnen die Angst, dass das Leistungsangebot der Grundversicherer in Zukunft eingeschränkt werde. Einzelne haben sich deswegen zusätzlich versichern lassen. Andere TeilnehmerInnen waren hingegen der Ansicht, der Leistungskatalog der Grundversicherung sei sehr breit und würde auch in Zukunft eine ausreichend breite Palette an medizinischen Leistungen gewährleisten.

Sofern die Teilnehmenden konkrete Leistungen genannt haben, welche aus ihrer Sicht auch Teil der Grundversicherung sein sollten, waren dies grösstenteils Leistungen der Alternativ- und Komplementärmedizin. 13% der Befragten sind auch in der Onlinebefragung bereit bzw. eher bereit (25%), höhere Prämien zu bezahlen um dafür Leistungen der Alternativ- und Komplementärmedizin in die Grundversicherung aufzunehmen (siehe Abbildung 18).³¹ Dabei liegt diese Zahlungsbereitschaft bei den Personen im Alter von 65 Jahren oder älter sowie den jüngeren Personen im Alter von 18–39 Jahren über der Zahlungsbereitschaft für Personen im mittleren Alter von 40–64 Jahren (Tabelle 58). Personen in Haushalten ohne Kinder sowie Frauen sind ebenfalls eher bereit höhere Prämien zu bezahlen, um dafür Leistungen der Alternativ- und Komplementärmedizin in der Grundversicherung über die OKP erstattet zu

³¹ Aktuell können komplementärmedizinische Leistungen nur über die Grundversicherung abgerechnet werden, wenn diese von einem Arzt/einer Ärztin mit entsprechender Fachrichtung erbracht wurden.

bekommen, als Personen mit Kindern im Haushalt und Männer.³² Die Befragung der gfs.bern (2018) zeigt ferner, dass Behandlungen von psychischen Beschwerden und Beschwerden durch Stress aus Sicht der Bevölkerung Teil der Leistungen der Grundversicherung sein sollten (hierzu stimmen 93% bzw. 83% der Befragten zu).

Abbildung 18: Bevölkerung: Zahlungsbereitschaft für Verbesserungen beim Leistungsangebot im Gesundheitswesen



Frage: Wären Sie bereit, für folgende Verbesserung im Gesundheitswesen höhere Prämien zu bezahlen?

N=1'005, fehlend: 0.

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Tabelle 58: Bevölkerung: Zahlungsbereitschaft für Verbesserungen beim Leistungsangebot im Gesundheitswesen nach Alter (Anteil bereit/eher bereit)

	18-39 Jahre	40-64 Jahre	65 Jahre und älter	Total	N	p-value
Behandlungen der Alternativ- und Komplementärmedizin durch nicht-ärztliche Fachpersonen	41%	33%	44%	38%	944	0.024*
Besserer Zugang zu Innovationen (bspw. neue Krebstherapie)	54%	44%	39%	47%	782	0.01**

Frage: Wären Sie bereit, für folgende Verbesserung im Gesundheitswesen höhere Prämien zu bezahlen?

* = signifikant auf dem 5% Niveau, ** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Zugang zu medizinischen Innovationen beschäftigt die Bevölkerung

Der zur Verfügung stehende Leistungskatalog kann ebenfalls hinsichtlich der Möglichkeiten, neue medizinische Therapien wahrzunehmen, beurteilt werden. Mit den Möglichkeiten diese wahrzunehmen, ist rund ein Drittel der Befragten (eher) unzufrieden (siehe vorangehende

³² 40% der Personen in Haushalten ohne Kinder sind dazu (eher) bereit, während dies 30% bei den Personen wohnhaft in Haushalten mit Kindern ist (signifikant auf dem 5%-Niveau). Frauen sind zu 45% (eher) bereit, hierzu höhere Prämien in Kauf zu nehmen als Männer, welche zu 31% dazu (eher) bereit wären (Signifikant auf dem 1%-Niveau).

Abbildung 17).³³ Die Fokusgruppenteilnehmenden weisen bezüglich des Zugangs zu Innovationen auf das ethische Dilemma hin, dass zwar mit neuen Therapiemöglichkeiten immer mehr Krankheiten heilbar seien, die Gesellschaft aber entscheiden müsse, welche Kosten diesbezüglich in der Grundversicherung verursacht werden dürften. Klare Positionen zu diesem Dilemma wurden dabei kaum ergriffen. Den Zugang zu medizinischen Innovationen beurteilten die unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen ähnlich, signifikante Unterschiede lassen sich keine erkennen.

Mit 47% ist knapp die Hälfte der Befragten gar dazu bereit, für einen besseren Zugang zu Innovationen auch höhere Prämien zu bezahlen (siehe vorangehende Abbildung 18). Diese Bereitschaft ist bei jüngeren Personen höher als bei Älteren (siehe vorangehende Tabelle 58) und bei Personen mit höherem Einkommen ausgeprägter als bei Personen mit geringerem Einkommen.³⁴

Anzahl ambulante SpezialistInnen für die Bevölkerung ausreichender als die Anzahl HausärztInnen.

Ein Thema, welches die Fokusgruppenteilnehmenden beschäftigte, ist der Zugang zu einem Hausarzt/einer Hausärztin. Teilnehmende aller Gruppen gaben an, Schwierigkeiten zu haben, HausärztInnen zu finden. Insbesondere wenn langjährige HausärztInnen in Pension gegangen seien, hätten sie lange nach neuen HausärztInnen suchen müssen. Diese Problematik liege besonders in ländlichen Gemeinden vor. Schwierigkeiten SpezialistInnen zu finden, wurden hingegen kaum erwähnt. Schweizweit zeigt das Obsan keinen Rückgang in der Anzahl Grundversorger und SpezialistInnen auf. Die Anzahl GrundversorgerInnen pro 1'000 Personen lag im Jahr 2010 bei 43.9 ÄrztInnen, im Jahr 2017 bei 43.1 ÄrztInnen. Die Anzahl SpezialistInnen ist im gleichen Zeitraum von 56.1 auf 56.9 ÄrztInnen pro 1'000 Personen gestiegen. Dabei zeigen auch die Zahlen des Obsan, dass die Dichte an GrundversorgerInnen zwischen städtischen Kantonen (v.a. BS und GE) und ländlichen Kantonen (SZ, NW, FR, UR) variieren. Noch stärker auf städtische Kantone konzentriert ist die Anzahl der SpezialistInnen.³⁵

In der Onlinebefragung sollten die TeilnehmerInnen den Zugang zu den ambulanten ÄrztInnen in zweifacher Hinsicht beurteilen: Ihre Zufriedenheit mit der Anzahl verfügbarer ÄrztInnen sowie mit der Dauer, bis diese aufgesucht werden können. Mit der Anzahl HausärztInnen sind 75% und mit der Anzahl SpezialistInnen 86% der Befragten zufrieden oder eher zufrieden

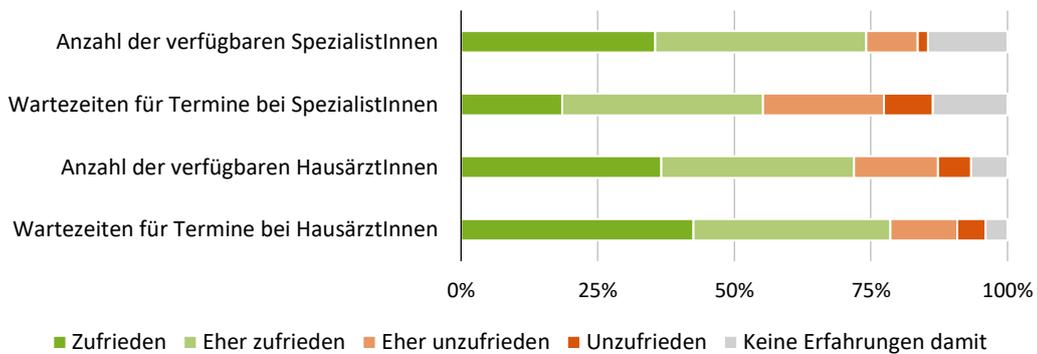
³³ Mehr als die Hälfte der Befragten hat diesbezüglich keine Erfahrung und kann dies somit nicht beurteilen.

³⁴ Personen mit einem monatlichen Haushaltseinkommen unter CHF 5'000 pro Monat wären mit 40% (eher) bereit, höhere Prämien für einen besseren Zugang zu Innovationen zu bezahlen, während diese Bereitschaft bei Personen mit monatlichem Haushaltseinkommen über CHF 13'000 bei 63% liegt (signifikant auf dem 1%-Niveau). Interessanterweise ist die Bereitschaft, für einen besseren Zugang zu Innovationen der einzige Aspekt im Gesundheitswesen, für den Personen mit höherem Einkommen auch eine signifikant höhere Zahlungsbereitschaft aufweisen als Personen mit geringerem Einkommen.

³⁵ Siehe dazu: <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/aerztinnen-und-aerzte-freier-praxis>. Zur Verteilung innerhalb der Gemeinden der Kantone liegen keine Angaben vor.

(siehe nachfolgende Abbildung 19). Frauen sind weniger zufrieden als Männer (siehe nachfolgende Tabelle 59). Interessanterweise beurteilen SchweizerInnen und AusländerInnen sowie Personen unterschiedlichen Alters den Zugang zu Grundversorgern in etwa gleich, AusländerInnen und jüngere Personen beurteilen jedoch die Anzahl der SpezialistInnen kritischer (siehe Tabelle 60 und Tabelle 61). Ferner beurteilen Personen mit schlechtem Gesundheitszustand die Anzahl der SpezialistInnen und HausärztInnen deutlich kritischer als Personen mit gutem Gesundheitszustand (siehe Tabelle 57).

Abbildung 19: Bevölkerung: Beurteilung des Zugangs zu ÄrztInnen



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

N=1'005, fehlend: 0.

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Tabelle 59: Bevölkerung: Beurteilung des Zugangs zu ÄrztInnen nach Geschlecht (Anteil zufrieden/eher zufrieden)

	Mann	Frau	Total	N	p-value
Anzahl der verfügbaren HausärztInnen	78%	71%	75%	928	0.024*
Anzahl der verfügbaren SpezialistInnen	89%	83%	86%	853	0.009**

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

* = signifikant auf dem 5% Niveau, ** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz

Tabelle 60: Bevölkerung: Beurteilung des Zugangs zu ÄrztInnen nach Staatsbürgerschaft (Anteil zufrieden/eher zufrieden)

	Schweizer- Innen	Ausländer- Innen	Total	N	p-value
Anzahl der verfügbaren HausärztInnen	74%	78%	75%	928	0.293
Anzahl der verfügbaren SpezialistInnen	88%	76%	86%	853	<0.001**

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

* = signifikant auf dem 5% Niveau, ** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Tabelle 61: Bevölkerung: Beurteilung des Zugangs zu ÄrztInnen nach Alter (Anteil zufrieden/eher zufrieden)

	18-39 Jahre	40-64 Jahre	65 Jahre und älter	Total	N	p-value
Anzahl der verfügbaren HausärztInnen	75%	72%	79%	75%	928	0.175
Anzahl der verfügbaren SpezialistInnen	82%	85%	94%	86%	853	0.002**

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

* = signifikant auf dem 5% Niveau, ** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Tabelle 62: Bevölkerung: Beurteilung des Zugangs zu ÄrztInnen nach Gesundheitszustand (Anteil zufrieden/eher zufrieden)

	gut	mittel	schlecht	Total	N	p-value
Anzahl der verfügbaren HausärztInnen	77%	70%	59%	75%	926	0.018*
Anzahl der verfügbaren SpezialistInnen	88%	81%	75%	86%	851	0.014*

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

Kategorien des Gesundheitszustandes: gut = sehr guter/guter selbst eingeschätzter Gesundheitszustand, mittel = mittelmässiger selbst eingeschätzter Gesundheitszustand, schlecht = schlechter/sehr schlecht eingeschätzter Gesundheitszustand.

* = signifikant auf dem 5% Niveau, ** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Obwohl die verfügbare Anzahl der HausärztInnen kritischer beurteilt wird als die Anzahl verfügbarer ambulanter SpezialistInnen, herrscht der Eindruck, bei den HausärztInnen schneller zu Terminen zu kommen als bei den SpezialistInnen (bei den HausärztInnen für 80% (eher) zufriedenstellend). Bei den SpezialistInnen ortet über ein Drittel der Befragten Schwierigkeiten und gibt mit 61% an, mit den Wartezeiten (eher) zufrieden zu sein (siehe Abbildung 19). Auf den ersten Blick erscheint dies widersprüchlich, da bei einer höher wahrgenommenen Anzahl SpezialistInnen als HausärztInnen auch schnellere Termine vergeben werden müssten. Dies könnte

bedeuten, dass die Bevölkerung bei gewissen Spezialisierungsrichtungen einen Engpass sieht, bei anderen jedoch nicht.

Wiederum beurteilen jüngere Personen sowohl die Wartezeiten bei HausärztInnen als auch bei SpezialistInnen kritischer als ältere Personen (siehe Tabelle 63).

Tabelle 63: Bevölkerung: Beurteilung des Zugangs zu ÄrztInnen nach Alter (Anteil zufrieden/eher zufrieden)

	18-39 Jahre	40-64 Jahre	65 Jahre und älter	Total	N	p-value
Wartezeiten für Termine bei HausärztInnen	74%	80%	89%	80%	958	0.001**
Wartezeiten für Termine bei SpezialistInnen	53%	59%	76%	61%	858	<0.001**

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

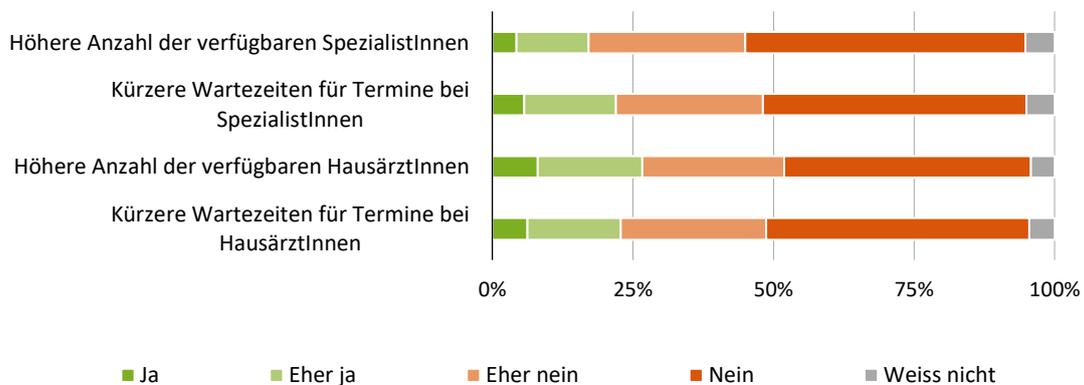
* = signifikant auf dem 5% Niveau, ** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Rund ein Viertel mit Zahlungsbereitschaft für mehr ambulante ÄrztInnen.

Der vorangehende Abschnitt zeigt, dass die überwiegende Mehrheit die Anzahl verfügbarer HausärztInnen und SpezialistInnen als zufriedenstellend beurteilt. Trotzdem ist festzuhalten, dass jeder Vierte gerade bei den HausärztInnen einen Engpass sieht. Dies wird auch darin wiederspiegelt, dass 29% der Befragten bereit wären, höhere Prämien in Kauf zu nehmen, um dafür eine höhere Anzahl HausärztInnen verfügbar zu haben. Bei den SpezialistInnen liegt dieser Anteil bei 17%. Für kürzere Wartezeiten würde rund ein Viertel der Befragten höhere Prämien hinnehmen (für HausärztInnen und SpezialistInnen):

Abbildung 20: Bevölkerung: Zahlungsbereitschaft für besseren Zugang zu ÄrztInnen



Frage: Wären Sie bereit, für folgende Verbesserung im Gesundheitswesen höhere Prämien zu bezahlen?

N=1'005, fehlend: 0.

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Die Dringlichkeit, beim Zugang zu ambulanten ÄrztInnen etwas zu ändern, wird v.a. nach Staatsbürgerschaft unterschiedlich eingestuft. Wie oben dargestellt, sind AusländerInnen mit der Anzahl verfügbarer SpezialistInnen deutlich weniger zufrieden als jene mit Schweizer Staatsbürgerschaft. Entsprechend haben Personen ohne Schweizer Staatsbürgerschaft in der Umfrage auch öfters die Bereitschaft angegeben, für eine höhere Anzahl verfügbarer SpezialistInnen sowie für kürzere Wartezeiten bei SpezialistInnen höhere Prämien in Kauf zu nehmen als SchweizerInnen. Umgekehrt verhält es sich bei den HausärztInnen: Dort wären SchweizerInnen eher bereit, höhere Prämien zu bezahlen, um dafür eine höhere Anzahl HausärztInnen zu haben, als AusländerInnen (Tabelle 64). Ferner hätten auch jüngere Personen eine etwas höhere Zahlungsbereitschaft für mehr und kürzere Wartezeiten bei SpezialistInnen als ältere Personen (siehe Tabelle 65).³⁶

Tabelle 64: Bevölkerung: Zahlungsbereitschaft für besseren Zugang zu ÄrztInnen nach Staatsbürgerschaft (Anteil bereit/eher bereit)

	Schweizer- Innen	Ausländer- Innen	Total	N	p-value
Höhere Anzahl der verfügbaren HausärztInnen	31%	22%	29%	951	0.035*
Höhere Anzahl der verfügbaren SpezialistInnen	15%	26%	17%	941	0.001**
Kürzere Wartezeiten für Termine bei HausärztInnen	23%	27%	24%	949	0.368
Kürzere Wartezeiten für Termine bei SpezialistInnen	22%	30%	24%	941	0.028*

Frage: Wären Sie bereit, für folgende Verbesserung im Gesundheitswesen höhere Prämien zu bezahlen?

* = signifikant auf dem 5% Niveau, ** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

³⁶ Jedoch ist die Zahlungsbereitschaft der Personen im Alter von 40–64 etwas geringer als bei Personen im Alter von 65 Jahren oder mehr.

Tabelle 65: Bevölkerung: Zahlungsbereitschaft für besseren Zugang zu ÄrztInnen nach Alter (Anteil bereit/eher bereit)

	18-39 Jahre	40-64 Jahre	65 Jahre und älter	Total	N	p-value
Höhere Anzahl der verfügbaren HausärztInnen	29%	26%	35%	29%	951	0.122
Höhere Anzahl der verfügbaren SpezialistInnen	25%	13%	14%	17%	941	<0.001**
Kürzere Wartezeiten für Termine bei HausärztInnen	28%	21%	23%	24%	949	0.129
Kürzere Wartezeiten für Termine bei SpezialistInnen	28%	19%	24%	24%	941	0.035*

Frage: Wären Sie bereit, für folgende Verbesserung im Gesundheitswesen höhere Prämien zu bezahlen?

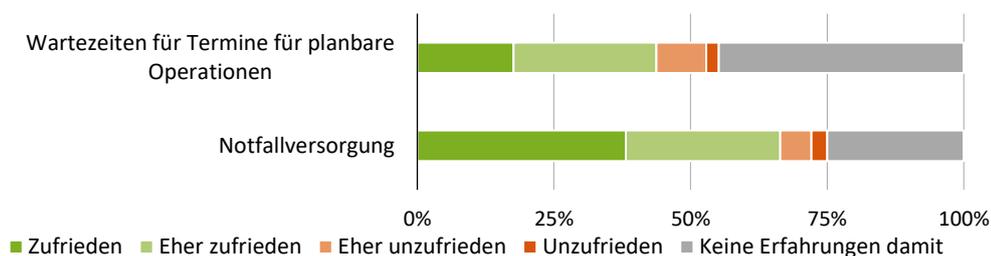
* = signifikant auf dem 5% Niveau, ** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Die stationäre Notfallbehandlung für die Befragten zufriedenstellend, teilweise höhere Flexibilität bei den planbaren Eingriffen gewünscht

Mit der Versorgung in Notfallsituationen sind fast 90% der Befragten (eher) zufrieden (51% zufrieden, 38% eher zufrieden). Bei planbaren Operationen sind 80% der Befragten mit den Wartezeiten (eher) zufrieden (32% zufrieden, 47% eher zufrieden).³⁷ Tabelle 66 und Tabelle 67 zeigen, dass wiederum jüngere Personen und AusländerInnen die Wartezeit für planbare Operationen kritischer beurteilen als ältere Personen und SchweizerInnen. Jüngere Personen beurteilen ebenfalls die Notfallversorgung kritischer als ältere Personen.

Abbildung 21: Bevölkerung: Beurteilung der Wartezeiten für planbare Operationen und der Notfallversorgung



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

N=1'005, fehlend: 0.

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

³⁷ Inwiefern die Bevölkerung mit der Spitallandschaft insgesamt zufrieden sind, war nicht Thema der Befragung.

Tabelle 66: Bevölkerung: Beurteilung der Wartezeiten für planbare Operationen und der Notfallversorgung nach Alter (Anteil zufrieden/eher zufrieden)

	18-39 Jahre	40-64 Jahre	65 Jahre und älter	Total	N	p-value
Wartezeiten für Termine für planbare Operationen (bspw. Gelenkoperationen)	74%	79%	87%	80%	518	0.029*
Notfallversorgung	83%	92%	92%	89%	744	0.004**

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

* = signifikant auf dem 5% Niveau, ** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Tabelle 67: Bevölkerung: Beurteilung der Wartezeiten für planbare Operationen und der Notfallversorgung nach Staatsbürgerschaft (Anteil zufrieden/eher zufrieden)

	Schweizer- Innen	Ausländer- Innen	Total	N	p-value
Wartezeiten für Termine für planbare Operationen (bspw. Gelenkoperationen)	82%	70%	80%	518	0.006**
Notfallversorgung	89%	86%	89%	744	0.345

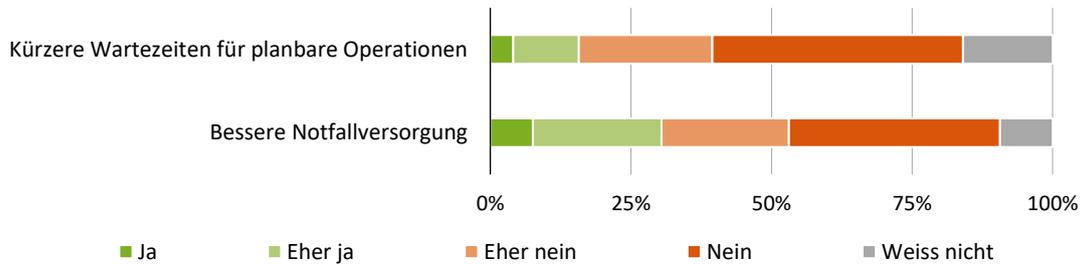
Frage: Wenn Sie an ihre bisherigen Erfahrungen mit dem Schweizer Gesundheitssystem denken, wie zufrieden sind Sie mit den folgenden Aspekten?

* = signifikant auf dem 5% Niveau, ** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Obwohl die Notfallversorgung insgesamt sehr positiv beurteilt wird, wäre rund ein Drittel der Befragten (34%) bereit, höhere Prämien im Gegenzug für eine bessere Notfallversorgung zu bezahlen. Dies zeigt, dass die Notfallversorgung für die Bevölkerung einen sehr hohen Stellenwert hat.

Abbildung 22: Bevölkerung: Zahlungsbereitschaft für bessere Notfallversorgung und Wartezeiten bei planbaren Operationen



Frage: Wären Sie bereit, für folgende Verbesserung im Gesundheitswesen höhere Prämien zu bezahlen?
 N=1'005, fehlend: 0.

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Wiederum ist diese Zahlungsbereitschaft bei jüngeren Personen und AusländerInnen höher als bei älteren Personen und SchweizerInnen. Für schnellere Termine bei planbaren Operationen wären 20% bereit, etwas höhere Prämien zu bezahlen. Dabei zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den betrachteten Bevölkerungsgruppen.

Tabelle 68: Bevölkerung: Zahlungsbereitschaft für bessere Notfallversorgung nach Alter (Anteil bereit/eher bereit)

	18-39 Jahre	40-64 Jahre	65 Jahre und älter	Total	N	p-value
Bessere Notfallversorgung	44%	25%	33%	34%	895	<0.001**

Frage: Wären Sie bereit, für folgende Verbesserung im Gesundheitswesen höhere Prämien zu bezahlen?
 * = signifikant auf dem 5% Niveau, ** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Tabelle 69: Bevölkerung: Zahlungsbereitschaft für bessere Notfallversorgung nach Staatsbürgerschaft (Anteil bereit/eher bereit)

	SchweizerInnen	AusländerInnen	Total	N	p-value
Bessere Notfallversorgung	31%	46%	34%	895	0.001**

Frage: Wären Sie bereit, für folgende Verbesserung im Gesundheitswesen höhere Prämien zu bezahlen?
 * = signifikant auf dem 5% Niveau, ** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Defizite beim Angebot an Präventionsleistungen

Präventionsleistungen können einen weiteren Teil des Leistungskatalogs darstellen (z.B. die Vorsorgeuntersuchung). Des Weiteren sind die Kantone für die Prävention und Gesundheitsförderung bei der Bevölkerung zuständig. Präventionsleistungen haben zum Ziel, Krankheiten vorzubeugen und/oder auf eine möglichst frühe Erfassung von Risiken/Symptomen abzielen. 65% der Befragten zeigen sich mit dem Angebot an Präventionsleistungen zufrieden oder eher zufrieden, wobei jüngere Personen, Frauen und Personen in schlechterem Gesundheitszustand diese kritischer beurteilen als ältere Personen, Männer und Personen in guter Gesundheit. Die kritischere Haltung jüngerer Personen den Präventionsleistungen gegenüber könnte gemäss Fokusgruppengesprächen auch damit zusammenhängen, dass unter jüngeren Personen ein stärkeres Gesundheitsbewusstsein vorhanden sei als bei Alten. Dadurch seien sie stärker an Präventionsleistungen interessiert als ältere Personen. In welcher Form die ideale Gesundheitsförderung und Prävention stattfinden sollte, waren sich die TeilnehmerInnen aber nicht einig (stärkere Thematisierung in der Schule, Belohnung von gesundheitsfördernden Massnahmen durch die Grundversicherung etc.).

Tabelle 70: Bevölkerung: Beurteilung der Präventionsleistungen nach Alter (Anteil zufrieden/eher zufrieden)

	18-39 Jahre	40-64 Jahre	65 Jahre und älter	Total	N	p-value
Angebotene Präventionsleistungen	59%	62%	80%	65%	706	<0.001**

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

* = signifikant auf dem 5% Niveau, ** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Tabelle 71: Bevölkerung: Beurteilung der Präventionsleistung nach Geschlecht (Anteil zufrieden/eher zufrieden)

	Mann	Frau	Total	N	p-value
Angebotene Präventionsleistungen	70%	59%	65%	706	0.006**

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

* = signifikant auf dem 5% Niveau, ** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz

Tabelle 72: Bevölkerung: Beurteilung der Präventionsleistungen nach Gesundheitszustand (Anteil zufriedenen/eher zufrieden)

	gut	mittel	schlecht	Total	N	p-value
Angebotene Präventionsleistungen	67%	58%	50%	65%	704	0.05*

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

Kategorien des Gesundheitszustandes: gut = sehr guter/guter selbst eingeschätzter Gesundheitszustand, mittel = mittelmässiger selbst eingeschätzter Gesundheitszustand, schlecht = schlechter/sehr schlecht eingeschätzter Gesundheitszustand.

* = signifikant auf dem 5% Niveau, ** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Die Bevölkerung sieht bei den Präventionsleistungen im Vergleich zu anderen abgefragten Aspekten grösseren Handlungsbedarf. Dies zeigt sich auch daran, dass 39% der Befragten bereit wären, höhere Prämien zu bezahlen, um dafür mehr Präventionsleistungen zu erhalten. Hierzu wären jüngere Personen und AusländerInnen eher bereit als ältere Personen und SchweizerInnen. Ferner wären Personen mit städtischem Wohnort eher dazu bereit als Personen auf dem Land (41% im Vergleich zu 29%, signifikant auf dem 5%-Niveau). Interessanterweise wären auch Personen, die an chronischen Krankheiten leiden, weniger bereit, mehr in die Präventionsleistungen zu investieren als Personen ohne chronische Krankheit (35% im Vergleich zu 43%, signifikant auf dem 5%-Niveau). Auch die Befragung des gfs.bern (2018) bestätigt, dass die Präventionsleistungen für die Bevölkerung wichtig sind. So sind 69% der Befragten der Ansicht, dass diese Leistungen durch die Grundversicherung übernommen werden müssten.

Tabelle 73: Bevölkerung: Zahlungsbereitschaft für mehr Präventionsleistungen nach Alter (Anteil bereit/eher bereit)

	18-39 Jahre	40-64 Jahre	65 Jahre und älter	Total	N	p-value
Mehr Präventionsleistungen	49%	31%	36%	39%	914	<0.001**

Frage: Wären Sie bereit, für folgende Verbesserung im Gesundheitswesen höhere Prämien zu bezahlen?

* = signifikant auf dem 5% Niveau, ** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Tabelle 74: Bevölkerung: Zahlungsbereitschaft für mehr Präventionsleistungen nach Staatsbürgerschaft (Anteil bereit/eher bereit)

	Schweizer- Innen	Ausländer- Innen	Total	N	p-value
Mehr Präventionsleistungen	37%	46%	39%	914	0.039*

Frage: Wären Sie bereit, für folgende Verbesserung im Gesundheitswesen höhere Prämien zu bezahlen?

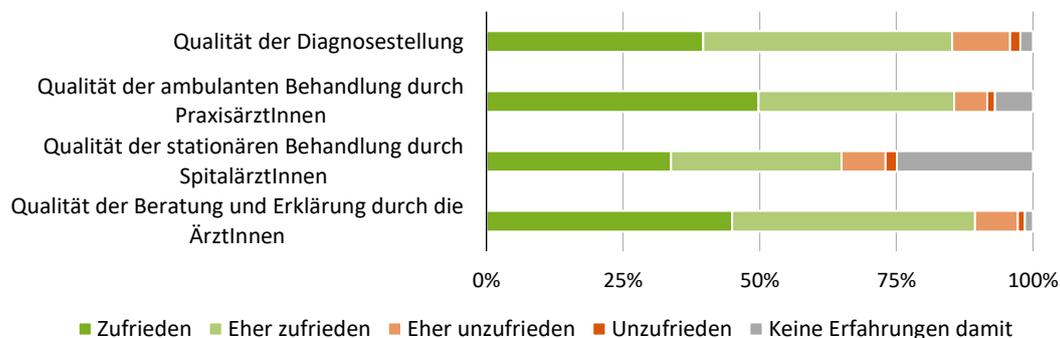
* = signifikant auf dem 5% Niveau, ** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Positive Beurteilung der Qualität der ärztlichen Versorgung.

In allen Fokusgruppengesprächen haben die Teilnehmenden betont, dass eine gute Versorgung dann stattfindet, wenn die ÄrztInnen genügend Zeit hätten, um auf die PatientInnen und deren Beschwerden einzugehen und die Behandlungsalternativen aufzuzeigen (siehe Kapitel 3.1). Entsprechend haben die Teilnehmenden teilweise von Beispielen berichtet, in denen diese Erwartung nicht vollständig erfüllt wurde. Dieses stets wiederkehrende Thema in den Fokusgruppengesprächen konnte den Eindruck erwecken, dass die Zeit der ÄrztInnen bzw. die Qualität der Beratung des Öfteren zu kurz komme. Die repräsentative Umfrage zeigt nun aber, dass die Befragten gerade diese Qualitätsaspekte, die Beratung durch die ÄrztInnen sowie die dafür aufgewendete Zeit zu je rund 90% als positiv bzw. eher positiv einschätzen. Auch die Qualität der ambulanten Behandlungen insgesamt sowie jene der Diagnosestellung weisen eine ähnlich hohe Zufriedenheit auf (93% bzw. 86% positive Beurteilung). Die Qualität der stationären Behandlung kann rund ein Viertel der Befragten aufgrund von mangelnden Erfahrungen nicht beurteilen. Unter denjenigen, die dies beurteilen können, liegt die Zufriedenheit aber in ähnlich hohem Bereich wie bei den restlichen Qualitätsaspekten (86%).

Abbildung 23: Bevölkerung: Beurteilung der Qualität der ärztlichen Leistungen



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

N=1'005, fehlend: 0.

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Bei allen Aspekten der Qualität ausser der Beurteilung der stationären und ambulanten Behandlung nimmt die Zufriedenheit der Personen mit zunehmendem Alter signifikant zu (nachfolgende Tabelle). Am deutlichsten zeigt sich dies bei der Beurteilung der Diagnosestellung und der Beurteilung der Zeit während den Konsultationen). Auch beurteilen Frauen die Qualität etwas kritischer als Männer (alle Aspekte mit Ausnahme der Qualität der Behandlung durch stationäre ÄrztInnen).

Tabelle 75: Bevölkerung: Beurteilung der Qualität der ärztlichen Leistungen nach Alter (Anteil zufrieden/eher zufrieden)

	18-39 Jahre	40-64 Jahre	65 Jahre und älter	Total	N	p-value
Zeit während der Konsultationen	86%	89%	95%	89%	987	0.005**
Qualität der Beratung und Erklärung durch die ÄrztInnen	88%	91%	95%	91%	990	0.047*
Qualität der Diagnosestellung	84%	85%	93%	86%	983	0.007**
Qualität der ambulanten Behandlung durch PraxisärztInnen	90%	93%	96%	93%	933	0.066
Qualität der stationären Behandlung durch SpitalärztInnen	85%	84%	91%	86%	728	0.187

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

* = signifikant auf dem 5% Niveau, ** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Tabelle 76: Bevölkerung: Beurteilung der Qualität der ärztlichen Leistungen nach Geschlecht (Anteil zufrieden/eher zufrieden)

	Mann	Frau	Total	N	p-value
Zeit während der Konsultationen	93%	86%	89%	987	0.001**
Qualität der Beratung und Erklärung durch die ÄrztInnen	94%	87%	91%	990	<0.001**
Qualität der Diagnosestellung	91%	82%	86%	983	<0.001**
Qualität der ambulanten Behandlung durch PraxisärztInnen	93%	92%	93%	933	0.448
Qualität der stationären Behandlung durch SpitalärztInnen	89%	83%	86%	728	0.045*

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

* = signifikant auf dem 5% Niveau, ** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz

Ferner zeigt sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen dem Gesundheitszustand und der Beurteilung der Qualität. Abgesehen von der Zeit während der Konsultation werden die Aspekte werden deutlich besser beurteilt, je besser der Gesundheitszustand ist (³⁸).

³⁸ Dieser Unterschied zeigt sich beim selbst wahrgenommenen Gesundheitszustand und bei vorliegenden chronischen Krankheiten. Kein Unterschied liegt bei dieser Beurteilung zwischen Personen mit häufigen medizinischen Konsultationen und Personen mit seltenen medizinischen Konsultationen vor.

Tabelle 77: Bevölkerung: Beurteilung der Qualität der ärztlichen Versorgung nach Gesundheitszustand (Anteil zufrieden/eher zufrieden)

	gut	mittel	schlecht	Total	N	p-value
Zeit während der Konsultationen	90%	87%	82%	89%	985	0.12
Qualität der Beratung und Erklärung durch die ÄrztInnen	92%	88%	79%	91%	988	0.011*
Qualität der Diagnosestellung	89%	78%	72%	86%	981	<0.001**
Qualität der ambulanten Behandlung durch PraxisärztInnen	95%	89%	71%	93%	931	<0.001**
Qualität der stationären Behandlung durch SpitalärztInnen	88%	83%	69%	86%	726	0.005**

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

Kategorien des Gesundheitszustandes: gut = sehr guter/guter selbst eingeschätzter Gesundheitszustand, mittel = mittelmässiger selbst eingeschätzter Gesundheitszustand, schlecht = schlechter/sehr schlecht eingeschätzter Gesundheitszustand.

* = signifikant auf dem 5% Niveau, ** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Tabelle 78: Bevölkerung: Beurteilung der Qualität der ärztlichen Leistungen nach vorliegen einer chronischen Krankheit (Anteil zufrieden/eher zufrieden)

	Chronische Krankheit	Keine chronische Krankheit	Total	N	p-value
Zeit während der Konsultationen	88%	90%	89%	977	0.549
Qualität der Beratung und Erklärung durch die ÄrztInnen	89%	93%	91%	980	0.047*
Qualität der Diagnosestellung	84%	89%	87%	973	0.014*
Qualität der ambulanten Behandlung durch PraxisärztInnen	91%	95%	92%	923	0.026*
Qualität der stationären Behandlung durch SpitalärztInnen	85%	87%	86%	720	0.415

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

* = signifikant auf dem 5% Niveau, ** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz

Schliesslich fällt auf, dass Personen im Telmed-Versicherungsmodell die Beratung und Erklärung sowie die Diagnosestellung kritischer beurteilen als die Befragten mit anderen Versicherungsmodellen. Möglicherweise sind dabei bei Personen mit diesem Versicherungsmodell auch Erfahrungen bei der Beratung und Diagnosestellung via die Telmed-Triagestelle in die Beurteilung miteingeflossen.

Tabelle 79: Bevölkerung: Beurteilung der Qualität der ärztlichen Leistungen nach Versicherungsmodell (Anteil zufrieden/eher zufrieden)

	Standard- versiche- rung	HMO- Versiche- rung	Haus- arzt- modell	Tele- fonmo- dell	Total	N	p-value
Zeit während der Konsultationen	92%	86%	89%	89%	89%	966	0.584
Qualität der Beratung und Erklärung durch die ÄrztInnen	91%	84%	93%	86%	91%	968	0.019*
Qualität der Diagnosestellung	84%	84%	90%	81%	86%	962	0.045*
Qualität der ambulanten Behandlung durch PraxisärztInnen	91%	92%	95%	90%	93%	912	0.314
Qualität der stationären Behandlung durch SpitalärztInnen	77%	92%	89%	87%	86%	715	0.005**

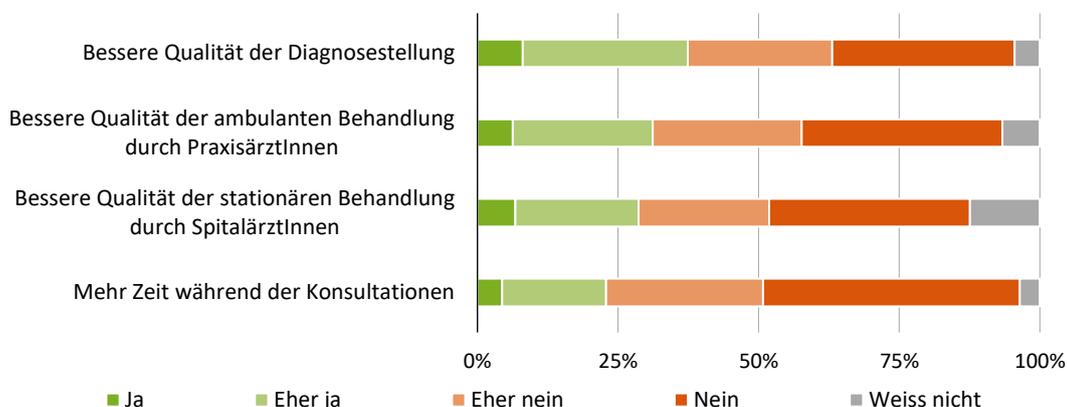
Frage: Wenn Sie an ihre bisherigen Erfahrungen mit dem Schweizer Gesundheitssystem denken, wie zufrieden sind Sie mit den folgenden Aspekten?

* = signifikant auf dem 5% Niveau, ** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Zusätzliche Zahlungsbereitschaft für verbesserte Diagnosestellungen von allen Qualitätsaspekten am höchsten

Obwohl mit oben genannten Qualitätsaspekten eine grosse Mehrheit zufrieden ist (jeweils zu rund 90% eine positive Beurteilung), gibt rund 20% bis 40% der Befragten an, bereit zu sein für Verbesserungen dieser Aspekte zu bezahlen. Der Bevölkerung ist es somit wichtig, dass die Qualität der Gesundheitsversorgung auf diesem Niveau bleibt. In den Fokusgruppengesprächen haben jedoch nur wenige TeilnehmerInnen hierfür eine explizite Zahlungsbereitschaft geäussert. Die wenigen Personen, die dies befürworteten, begründeten dies damit, dass sie auf relativ wenige Konsumgüter verzichten müssten, um etwas höhere Prämien zu bezahlen (*«Es wäre es mir wert, für eine bessere Qualität im Gesundheitswesen etwas mehr zu bezahlen und dafür vielleicht einmal im Monat ein Kleidungsstück weniger zu kaufen»*). Die mehrheitlich ablehnende Haltung in den Fokusgruppengesprächen für eine qualitativ bessere Versorgung höhere Prämien zu bezahlen, wurde damit begründet, dass im Gesundheitswesen Effizienzsteigerungen möglich seien und diese zuerst ausgeschöpft werden müssten.

Abbildung 24: Bevölkerung: Zahlungsbereitschaft für bessere Qualität ärztlicher Leistungen

Frage: Wären Sie bereit, für folgende Verbesserung im Gesundheitswesen höhere Prämien zu bezahlen?

N=1'005, fehlend: 0.

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Jüngere Personen, welche sich bezüglich dieser Qualitätsaspekte kritischer gezeigt haben als ältere Personen, sind auch signifikant öfters (eher) bereit, höhere Prämien für eine bessere Diagnosestellung sowie bessere Qualität der Behandlungen durch PraxisärztInnen und SpitalärztInnen zu bezahlen. Am deutlichsten ist dies bei der Diagnosestellung. Für dieselben drei Aspekte sind auch AusländerInnen eher bereit, höhere Prämien zu bezahlen als SchweizerInnen. Somit sind teilweise die Personen, welche die Qualität im Gesundheitswesen kritischer beurteilen, auch eher dazu bereit für Qualitätssteigerungen höhere Prämien zu bezahlen.

Tabelle 80: Bevölkerung: Zahlungsbereitschaft für bessere Qualität ärztlicher Leistungen nach Alter (Anteil bereit/eher bereit)

	18-39 Jahre	40-64 Jahre	65 Jahre und älter	Total	N	p-value
Mehr Zeit während der Konsultationen	21%	25%	28%	24%	966	0.191
Bessere Qualität der Diagnosestellung	49%	38%	35%	41%	951	0.003**
Bessere Qualität der ambulanten Behandlung durch PraxisärztInnen	40%	30%	30%	34%	923	0.018*
Bessere Qualität der stationären Behandlung durch SpitalärztInnen	38%	31%	27%	33%	866	0.025*

Frage: Wären Sie bereit, für folgende Verbesserung im Gesundheitswesen höhere Prämien zu bezahlen?

* = signifikant auf dem 5% Niveau, ** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Tabelle 81: Bevölkerung: Zahlungsbereitschaft für bessere Qualität ärztlicher Leistungen nach Staatsbürgerschaft (Anteil bereit/eher bereit)

	Schweizer- Innen	Ausländer- Innen	Total	N	p-value
Mehr Zeit während der Konsultationen	24%	24%	24%	966	0.915
Bessere Qualität der Diagnosestellung	39%	52%	41%	951	0.002**
Bessere Qualität der ambulanten Behandlung durch PraxisärztInnen	32%	40%	34%	923	0.044*
Bessere Qualität der stationären Behandlung durch SpitalärztInnen	30%	45%	33%	866	<0.001**

Frage: Wären Sie bereit, für folgende Verbesserung im Gesundheitswesen höhere Prämien zu bezahlen?

* = signifikant auf dem 5% Niveau, ** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Personen mit Standardversicherungsmodell sind ebenfalls eher bereit für bessere Diagnosestellung sowie bessere Qualität in der Behandlung durch SpitalärztInnen mehr zu bezahlen. Dies dürfte daran liegen, dass Personen im Standardmodell bereits gewillt sind für einen Zugang zur Gesundheitsversorgung ohne «Gatekeeping» mehr zu bezahlen. Diese Präferenz ist jedoch unabhängig vom Bildungsniveau und dem Einkommen. Die Zahlungsbereitschaft für die Qualität weist mit diesen beiden Merkmalen keinen Zusammenhang auf.³⁹

Tabelle 82: Bevölkerung: Zahlungsbereitschaft für Verbesserungen in der Gesundheitsversorgung nach Versicherungsmodell (Anteil bereit/eher bereit)

	Standard- versiche- rung	HMO- Versiche- rung	Haus- arzt- modell	Tele- fonmo- dell	Total	N	p-value
Mehr Zeit während der Konsultationen	29%	16%	24%	19%	24%	946	0.072
Bessere Qualität der Diagnosestellung	50%	41%	38%	39%	41%	931	0.041*
Bessere Qualität der ambulanten Be- handlung durch PraxisärztInnen	38%	30%	31%	33%	34%	903	0.377
Bessere Qualität der stationären Be- handlung durch SpitalärztInnen	42%	33%	30%	30%	33%	847	0.032*

Frage: Wären Sie bereit, für folgende Verbesserung im Gesundheitswesen höhere Prämien zu bezahlen?

* = signifikant auf dem 5% Niveau, ** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

³⁹ Es besteht ebenfalls kein Zusammenhang mit dem Geschlecht, dem Gesundheitszustand, der Urbanität und ob Kinder im Haushalt leben oder nicht.

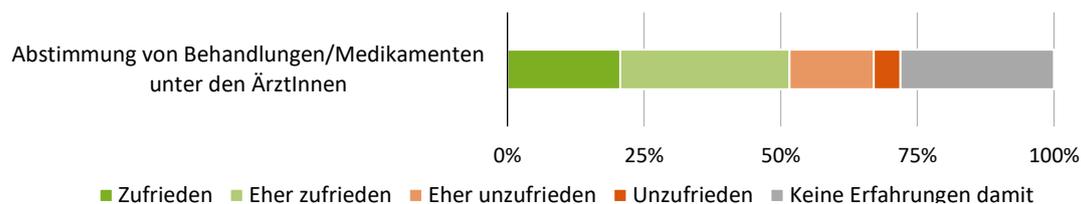
Konsultationszeit für die Befragten wenig problematisch.

Wie vorangehende Abbildung 24 zeigt, ist knapp ein Viertel der Befragten bereit, für längere Konsultationszeit höhere Prämien zu bezahlen. Somit ist die Zahlungsbereitschaft für längere Konsultationszeit insgesamt tiefer als für die anderen Qualitätsaspekte der ärztlichen Versorgung. Diese Zahlungsbereitschaft ist über alle Gruppen hinweg gleichermassen hoch, einziger Unterschied zeigt sich bei den Personen mit chronischen Krankheiten. Diese wären mit 28% (eher) bereit für längere Konsultationszeit höhere Prämien zu bezahlen, während dies bei Personen ohne chronische Leiden bei 20% der Fall ist (signifikant auf dem 1%-Niveau). Dass insbesondere Personen mit chronischen Krankheiten die Konsultationszeit als zu kurz wahrnehmen, zeigen auch die Fokusgruppen. Darin schildern die Personen mit chronischen Krankheiten, oftmals nur einzelne Beschwerden den ÄrztInnen schildern zu können. Da sie wüssten, dass die Wartezimmer voll seien und ihre Zeit begrenzt sei, würden sie sich nur auf die schwerwiegendsten Probleme fokussieren.

Kritische Stimmen zur Koordination unter den Leistungserbringern.

Laut Onlinebefragung sind zwei Drittel der Befragten (eher) zufrieden mit der Koordination unter den Leistungserbringern:

Abbildung 25: Bevölkerung: Beurteilung der Koordination unter den ÄrztInnen



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

N=1'005, fehlend: 0.

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Bei dieser Beurteilung zeigen sich ähnliche Unterschiede nach Bevölkerungsgruppen wie bereits bei den vorangehenden Aspekten: Jüngere Personen, Frauen, Personen mit schlechterem Gesundheitszustand und Personen, die häufig zu ÄrztInnen gehen, sind insgesamt weniger zufrieden mit der Koordination unter den Leistungserbringern als ältere Personen, Männer und Personen in gutem Gesundheitszustand. Ebenfalls sind Personen mit ländlichem Wohnort mit diesem Aspekt weniger zufrieden (56%) als Personen in städtischen Gebieten (71%, Unterschied signifikant auf dem 5%-Niveau).

Tabelle 83: Bevölkerung: Beurteilung der Koordination unter den ÄrztInnen nach Alter (Anteil zufrieden/eher zufrieden)

	18-39 Jahre	40-64 Jahre	65 Jahre und älter	Total	N	p-value
Abstimmung von Behandlungen/Medikamenten unter den ÄrztInnen	64%	63%	81%	67%	705	0.001**

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

* = signifikant auf dem 5% Niveau, ** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Tabelle 84: Bevölkerung: Beurteilung der Koordination unter den ÄrztInnen nach Geschlecht (Anteil zufrieden/eher zufrieden)

	Mann	Frau	Total	N	p-value
Abstimmung von Behandlungen/Medikamenten unter den ÄrztInnen	73%	61%	67%	705	0.002**

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

* = signifikant auf dem 5% Niveau, ** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz

Tabelle 85: Bevölkerung: Beurteilung der Koordination unter den ÄrztInnen nach Gesundheitszustand (Anteil zufrieden/eher zufrieden)

	gut	mittel	schlecht	Total	N	p-value
Abstimmung von Behandlungen/Medikamenten unter den ÄrztInnen	70%	61%	47%	67%	704	0.004**

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

Kategorien des Gesundheitszustandes: gut = sehr guter/guter selbst eingeschätzter Gesundheitszustand, mittel = mittelmässiger selbst eingeschätzter Gesundheitszustand, schlecht = schlechter/sehr schlecht eingeschätzter Gesundheitszustand.

* = signifikant auf dem 5% Niveau, ** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Tabelle 86: Bevölkerung: Beurteilung der Koordination unter den ÄrztInnen nach Häufigkeit von medizinischen Konsultationen (Anteil zufrieden/eher zufrieden)

	nie	selten	mittel	häufig	Total	N	p-value
Abstimmung von Behandlungen/Medikamenten unter den ÄrztInnen	61%	74%	66%	55%	67%	703	0.004**

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

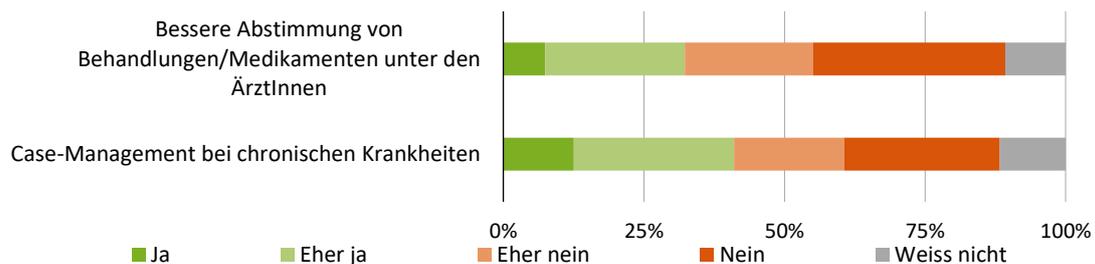
Kategorien der Häufigkeit von Arztbesuchen: Nie = Nie, selten = 1-3 Mal jährlich, mittel = ca. vierteljährlich, häufig = monatlich/wöchentlich oder mehr.

* = signifikant auf dem 5% Niveau, ** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Dieser Aspekt ist den Befragten insofern auch ein wichtiges Anliegen, als dass eine relativ grosse Bereitschaft besteht für die Einführung eines Case-Managements⁴⁰ bei chronischen Krankheiten höhere Prämien in Kauf zu nehmen (48% der Befragten wären dazu bereit oder eher bereit). Auch für eine bessere Abstimmung der Behandlungen und Medikamente wäre rund ein Drittel der Befragten (eher) bereit höhere Prämien in Kauf zu nehmen. Dies befürworteten Personen mit einer HMO-Versicherung signifikant öfters als Personen in anderen Versicherungsmodellen, insbesondere als Personen im Hausarztmodell (siehe Abbildung 26). Für ein verbessertes Case-Management wären ferner Frauen eher bereit mehr zu bezahlen als Männer.⁴¹

Abbildung 26: Bevölkerung: Zahlungsbereitschaft für bessere Koordination unter den ÄrztInnen



Frage: Wären Sie bereit, für folgende Verbesserung im Gesundheitswesen höhere Prämien zu bezahlen?

N=1'005, fehlend: 0.

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

⁴⁰ Case-ManagerInnen regeln in Kooperation mit den Betroffenen die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Leistungserbringern in der Gesundheitsversorgung. Das Ziel ist es, die Qualität und die Effizienz der Betreuung/Behandlung zu erhöhen.

⁴¹ 53% der Frauen weisen hierfür (eher) eine höhere Zahlungsbereitschaft auf und 44% der Männer (signifikant auf dem 5%-Niveau).

Tabelle 87: Bevölkerung: Zahlungsbereitschaft für bessere Koordination unter den ÄrztInnen nach Versicherungsmodell (Anteil bereit/eher bereit)

	Standard- versiche- rung	HMO- Versiche- rung	Haus- arzt- modell	Tele- fonmo- dell	Total	N	p-value
Bessere Abstimmung von Behandlungen/Medikamenten unter den ÄrztInnen	42%	44%	31%	35%	35%	865	0.025*
Case-Management bei chronischen Krankheiten	48%	65%	44%	52%	48%	860	0.013*

Frage: Wären Sie bereit, für folgende Verbesserung im Gesundheitswesen höhere Prämien zu bezahlen?

* = signifikant auf dem 5% Niveau, ** = signifikant auf 1%-Niveau

Obwohl in den Fokusgruppengesprächen Personen mit chronischen Krankheiten auch anhand von Beispielen die Dringlichkeit aufzeigten, dass ein Austausch zwischen den involvierten ÄrztInnen und Spitälern zu ihrem Krankheitsfall stattfindet, unterscheidet sich die Zahlungsbereitschaft für eine zusätzliche Koordination unter den Leistungserbringern nicht nach Gesundheitszustand der Befragten. Unabhängig vom Gesundheitszustand wird somit ein Bedarf nach mehr Koordination gesehen.

In den Fokusgruppengesprächen machten die TeilnehmerInnen deutlich, wie wichtig die Koordination – insbesondere auch der Austausch der Krankenakten – sei. Dabei war der Tenor jedoch, dass die Koordination der Leistungserbringer die Gesundheitskosten eher senken sollte und dies somit mit den derzeitigen Ausgaben finanzierbar sei. In diesem Punkt war bei den TeilnehmerInnen in den meisten Fokusgruppengesprächen eine gewisse Ungeduld bemerkbar, dass ein Austausch der Krankenakten zwischen den Leistungserbringern stattfinden müsse, um nicht die gleichen Untersuchungen bei unterschiedlichen ÄrztInnen durchführen zu müssen. Grundvoraussetzung sei, dass die Daten sicher gespeichert seien. Einzelne TeilnehmerInnen äusserten auch Bedenken, dass die Daten an Versicherer oder ArbeitgeberInnen weitergeleitet werden könnten.

4.2. Sicht der ÄrztInnen

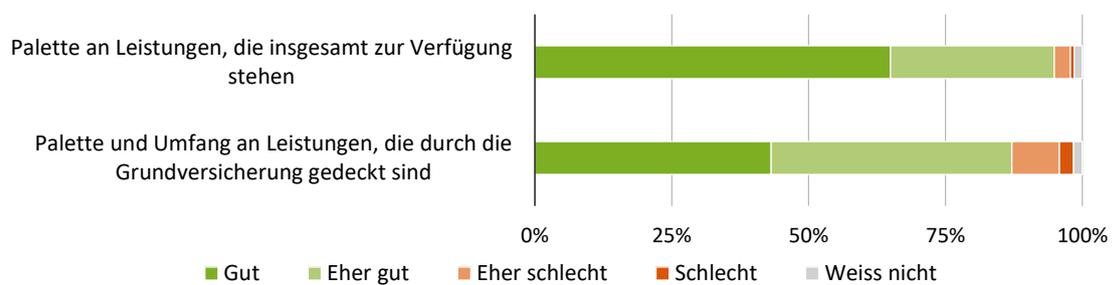
ÄrztInnen beurteilen das Leistungsangebot (in der Grundversicherung) insgesamt positiv.

Das Leistungsangebot, das in der Schweiz zur Verfügung steht, beurteilen die ÄrztInnen insgesamt sehr positiv. In der Onlinebefragung beurteilen rund 95% der Befragten die Leistungspalette als (eher) gut (vgl. Abbildung 27). Auch der Zugang, d.h. die Deckung durch die Grundversicherung schneidet immer noch gut ab, wobei jeder zehnte Arzt/jede zehnte Ärztin dies kritischer sieht. PsychiaterInnen sind bezüglich der durch die Grundversicherung gedeckten

Leistungen am kritischsten, gefolgt von den GrundversorgerInnen (vgl. Tabelle 88). Grund für die etwas kritischere Haltung der PsychiaterInnen könnte sein, dass der Zugang zu therapeutischen Leistungen im Bereich der mentalen Gesundheit eingeschränkt ist, indem die Grundversicherung die Kosten von Therapien übernimmt, die unter Aufsicht eines Arztes/einer Ärztin durchgeführt werden.⁴²

Nach weiteren Merkmalen der ÄrztInnen (Arbeitsort, Auslandserfahrung, Alter, Geschlecht) unterscheidet sich die Beurteilung des Leistungsangebots nicht signifikant.

Abbildung 27: ÄrztInnen: Beurteilung des Leistungsangebots



Frage: Wenn Sie an das Schweizer Gesundheitswesen als Ganzes denken, wie beurteilen Sie als Fachperson die folgenden Aspekte?

N=960, fehlend: 0.

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

⁴² Leistungen von PsychotherapeutInnen, die keinen Abschluss in Medizin haben (psychologische PsychotherapeutInnen), werden nur von der Grundversicherung übernommen, wenn sie delegiert arbeiten, d.h. bei einem/einer PsychiaterIn angestellt sind und unter dessen Aufsicht stehen.

Tabelle 88: ÄrztInnen: Beurteilung des Leistungsangebots nach Facharztgruppe (Anteil Antworten gut/eher gut)

	GV	SP	PS	Total	N	Signifikanz (p-value)
Palette an Leistungen, die insgesamt zur Verfügung stehen	96%	96%	97%	96%	906	0.663
Palette und Umfang an Leistungen, die durch die Grundversicherung gedeckt werden	89%	85%	94%	89%	907	0.009**

Frage: Wenn Sie an das Schweizer Gesundheitswesen als Ganzes denken, wie beurteilen Sie als Fachperson die folgenden Aspekte?

GV = GrundversorgerInnen, SP = SpezialistInnen, PS = PsychiaterInnen

** = signifikant auf 1%-Niveau

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

Kritische Beurteilung bezüglich Zugang zu HausärztInnen

In der Onlinebefragung schneidet die Verfügbarkeit von HausärztInnen von allen abgefragten Aspekten zur Qualität des Versorgungsangebots deutlich am schlechtesten ab. Die Anzahl und Wartezeiten für Termine bei HausärztInnen beurteilen die ÄrztInnen deutlich schlechter als die Anzahl und Wartezeiten für Termine bei SpezialistInnen. Interessanterweise korrelieren die Beurteilung der Anzahl und jene der Wartezeiten für Termine nicht voll miteinander. Die ÄrztInnen beurteilen die Anzahl der verfügbaren HausärztInnen negativer als die Wartezeiten für Termine bei HausärztInnen. Dies könnte damit zusammenhängen, dass die Beurteilung zur Anzahl der HausärztInnen mit Blick auf die Zukunft bzw. den Mangel an Nachwuchs an HausärztInnen getroffen wurde. Dies wurde auch in der Fokusgruppe thematisiert. Zudem könnte dieses Antwortverhalten auch die Haltung widerspiegeln, dass die Hausarztmedizin gegenüber der spezialisierten Medizin gefördert werden sollte.

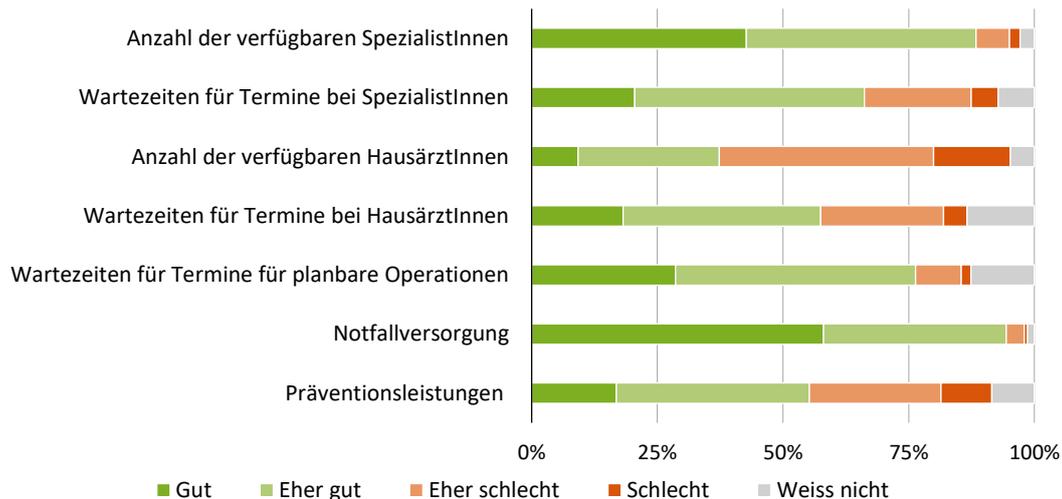
Bei den SpezialistInnen verhält es sich umgekehrt, d.h. die Anzahl der verfügbaren SpezialistInnen wird von den ÄrztInnen positiver beurteilt als die Wartezeiten für Termine bei SpezialistInnen. Möglicherweise sind die ÄrztInnen der Ansicht, dass es insgesamt nicht an SpezialistInnen mangelt, aber es je nach Fachrichtung teilweise zu Wartezeiten für Termine kommt.

PsychiaterInnen beurteilen die Wartezeiten für Termine bei SpezialistInnen und die Anzahl der SpezialistInnen schlechter (vgl. Tabelle 89). In einer Fokusgruppe berichtet ein ambulant tätiger Psychiater von Versorgungsengpässen. Die PatientInnen kämen tendenziell zu spät in die Praxis. Es mangle auch an Frühinterventionen im schulischen Umfeld.

Weiter beurteilen GrundversorgerInnen die Anzahl der verfügbaren HausärztInnen deutlich schlechter als ihre BerufskollegInnen (vgl. Tabelle 89). Auch in der Praxis tätige ÄrztInnen geben eine deutlich schlechtere Beurteilung ab als im Spital tätige ÄrztInnen (36% positive Beurteilung gegenüber 50%). ÄrztInnen, die selbst Hausarzt/Hausärztin sind oder nah an der

Hausarztmedizin dran sind, sehen diesbezüglich somit ein grösseres Problem bzw. sind eher der Meinung, dass die Hausarztmedizin gefördert werden sollte.

Abbildung 28: ÄrztInnen: Beurteilung Angebot und Zugang zur Versorgung



Frage: Wenn Sie an das Schweizer Gesundheitswesen als Ganzes denken, wie beurteilen Sie als Fachperson die folgenden Aspekte?

N=960, fehlend: 0.

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

Tabelle 89: ÄrztInnen: Beurteilung Angebot und Zugang zur Versorgung nach Facharztgruppe (Anteil Antworten gut/eher gut)

	GV	SP	PS	Total	N	Signifikanz (p-value)
Anzahl der verfügbaren SpezialistInnen	95%	91%	81%	91%	898	<0.001**
Wartezeiten für Termine bei SpezialistInnen	78%	73%	56%	71%	858	<0.001**
Anzahl der verfügbaren HausärztInnen	29%	49%	43%	39%	882	<0.001**
Wartezeiten für Termine bei HausärztInnen	66%	68%	65%	66%	806	0.703
Wartezeiten Termine für planbare Operationen	90%	89%	77%	87%	804	<0.001**
Notfallversorgung	97%	96%	94%	96%	905	0.263
Präventionsleistungen	60%	63%	58%	60%	841	0.516

Frage: Wenn Sie an das Schweizer Gesundheitswesen als Ganzes denken, wie beurteilen Sie als Fachperson die folgenden Aspekte?

GV = GrundversorgerInnen, SP = SpezialistInnen, PS = PsychiaterInnen

** = signifikant auf 1%-Niveau

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

Zugang zur Notfallversorgung und planbaren stationären Versorgung gemäss ÄrztInnen gut.

Besser als der Zugang zur ambulanten Versorgung bei HausärztInnen und SpezialistInnen schneidet in der Onlinebefragung die Notfallversorgung ab (vgl. Tabelle 89). Auch der Zugang zu planbaren Operationen ist gemäss den ÄrztInnen gemessen an den Wartezeiten besser als der Zugang zu den frei praktizierenden ÄrztInnen. Zwischen den verschiedenen Fachrichtungen und nach persönlichen Merkmalen der ÄrztInnen (Alter, Geschlecht) zeigen sich keine signifikanten Unterschiede in der Beurteilung.

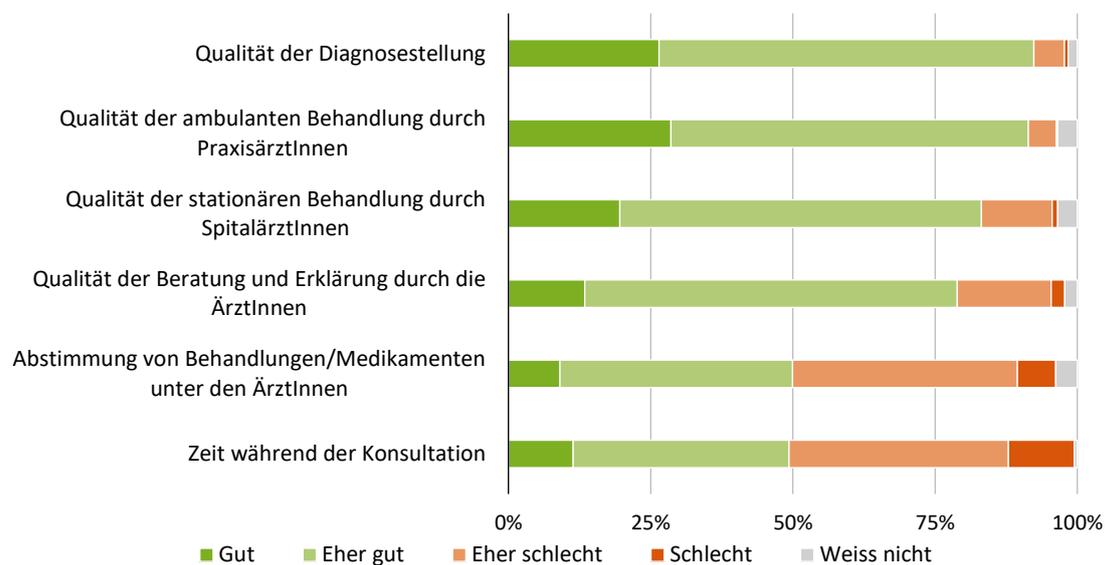
Präventionsleistungen mit Potenzial.

Die Beurteilung des Zugangs und Angebots von Präventionsleistungen fällt im Vergleich zu anderen Aspekten bei den ÄrztInnen eher negativ aus (vgl. Abbildung 28). Dies sehen die verschiedenen Ärzteguppen und sowohl ÄrztInnen im Spital als auch in der Praxis sehr ähnlich. Einziger Unterschied in der Beurteilung besteht in Bezug auf das Geschlecht: Männer sind dies bezüglich kritischer (56% positive Beurteilung gegenüber 65%).

Qualität der ärztlichen Leistungen aus Sicht der ÄrztInnen am besten im ambulanten Bereich und bei der Diagnosestellung.

Mehr als drei Viertel der ÄrztInnen beurteilen die Qualität der ärztlichen Versorgung in der Onlinebefragung als (eher) gut (vgl. Abbildung 29). Die ambulante ärztliche Behandlung schneidet dabei in der Beurteilung der ÄrztInnen etwas besser ab als die stationäre ärztliche Behandlung. Erwartungsgemäss beurteilen PraxisärztInnen die Qualität der ambulanten Behandlung etwas besser (97%) als im Spital tätige ÄrztInnen (90%) (Unterschiede signifikant auf 1%-Niveau). Die Qualität der Diagnosestellung wird insgesamt besser beurteilt als die Qualität der Beratung und Erklärung durch ÄrztInnen.

Abbildung 29: ÄrztInnen: Beurteilung Qualitätsaspekte ärztliche Versorgung



Frage: Wenn Sie an das Schweizer Gesundheitswesen als Ganzes denken, wie beurteilen Sie als Fachperson die folgenden Aspekte?

N=960, fehlend: 0.

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

In der Studie der gfs.bern (2017) wurden SpitalärztInnen gefragt, ob sie aufgrund des Kostendrucks Rationierungen wahrnehmen, im Sinne, dass aus Kostengründen sinnvolle Massnahmen nicht angewandt oder ersetzt wurden. Diesbezüglich gibt es nur wenige Hinweise, d.h. im Schnitt nehmen dies die SpitalärztInnen in zwei Fällen innerhalb von 30 Tagen wahr. 37% der befragten ÄrztInnen sind aber der Ansicht, dass die Einführung der Fallpauschalen im Jahr 2012 die Qualität der Versorgung negativ beeinträchtigt hat.

Verbesserungsbedarf bei der Zeit für PatientInnen.

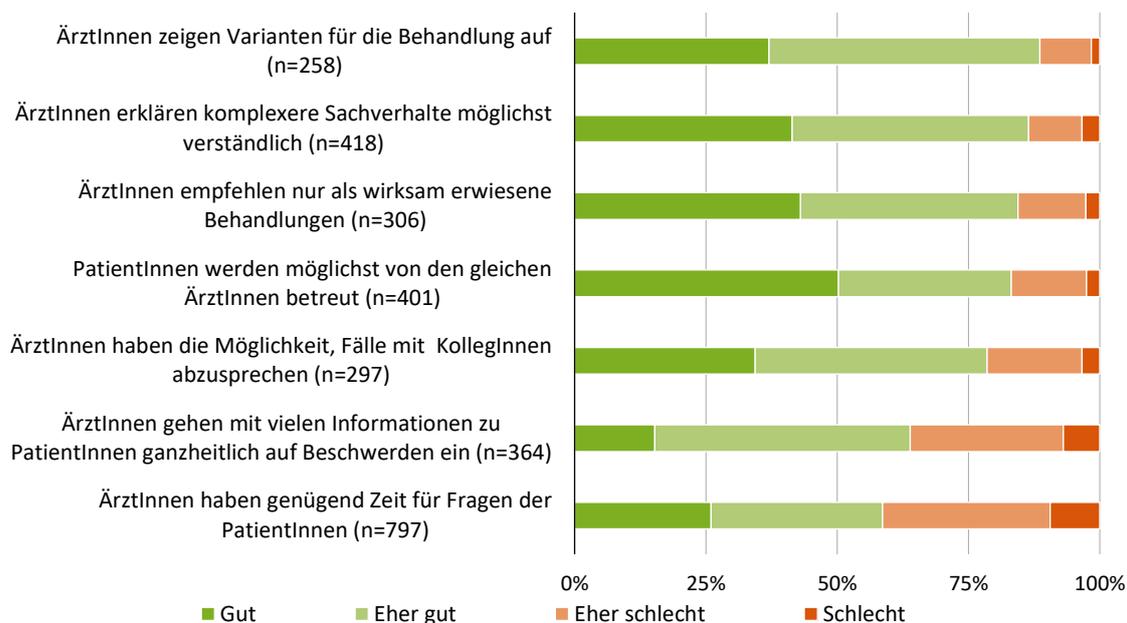
Die etwas kritischere Sicht auf die Qualität der Beratung und Erklärung durch ÄrztInnen könnte damit zusammenhängen, dass rund 50% der ÄrztInnen die für Konsultationen aufgewendete Zeit als (eher) schlecht einschätzen (vgl. Abbildung 29). GrundversorgerInnen beurteilen die Zeit während der Konsultation deutlich am schlechtesten (38% positive Beurteilung gegenüber 54% bei den SpezialistInnen und 67% bei den PsychiaterInnen). Auch aus einer weiteren Frage der Onlinebefragung geht hervor, dass ÄrztInnen die Zeit für PatientInnen als zu gering einschätzen. Bei der Frage, inwieweit sie ihren Ansprüchen an eine «gute Versorgung» (vgl. Kap. 3.2) gerecht werden können, schneidet der Aspekt der Zeit für PatientInnen am schlechtesten ab. In der Untersuchung der gfs.bern (2017) schätzt mehr als ein Drittel der befragten

ÄrztInnen, dass die Qualität der Patientenversorgung durch die hohe Arbeitsbelastung und den Zeitdruck beeinträchtigt wird.

ÄrztInnen sehen Defizite bei der Koordination der Versorgung.

Auch die Fallkoordination bzw. Abstimmung von Behandlungen und Medikamenten unter den ÄrztInnen ist gemäss der Hälfte der befragten ÄrztInnen verbesserungsfähig (vgl. Abbildung 29). Dies schätzen die verschiedenen Facharztgruppen und ÄrztInnen im Spital und der Praxis ähnlich ein. Auf die Frage, wie gut ÄrztInnen dem gerecht werden können, möglichst viele Informationen über PatientInnen zu haben und Fälle mit KollegInnen abzusprechen, räumen rund ein Drittel resp. fast ein Viertel der ÄrztInnen Defizite ein (vgl. Abbildung 30). Demgegenüber bereitet es den befragten ÄrztInnen etwas weniger Schwierigkeiten, das Prinzip des «shared decision making» anzuwenden bzw. den PatientInnen Varianten aufzuzeigen, Sachverhalte verständlich rüberzubringen oder nur als wirksam erwiesene Behandlungen zu empfehlen.

In den Fokusgruppengesprächen war koordinierte Versorgung ebenfalls ein Thema. Die ÄrztInnen kritisieren, dass diese in der Schweiz eher organisch wachse, wenig geregelt sei und nicht genügend entschädigt würde. Eine Person berichtet, dass die Gespräche mit anderen ÄrztInnen gleich in Anwesenheit mit PatientInnen gemacht würden, wodurch die Leistung abgerechnet werden könne. Potenzial sehen die ÄrztInnen bei der vermehrten Digitalisierung, welche die koordinierte Versorgung unterstützen könne. Mit einem elektronischen Patientendossier hätten alle ÄrztInnen Informationen über Medikationen, die Krankheitsgeschichte und evtl. sogar eine Patientenverfügung.

Abbildung 30: ÄrztInnen: Gerech werden der Qualitätsansprüche an die Versorgung

Frage: «Wie gut können Sie als Arzt/Ärztin diesen drei Aspekten der Versorgung, die Ihnen besonders wichtig sind, aktuell im Schweizer Gesundheitswesen gerecht werden?» (Folgefrage zur Frage aus Abbildung 16 in Kap. 3.2)
 N=258-797 (ÄrztInnen, die den jeweiligen Aspekt in der Vorfrage unter die wichtigsten drei rangiert haben),
 fehlend: 0.

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

ÄrztInnen mit Auslandserfahrung beurteilen die Schweizer Versorgung nur leicht positiver

ÄrztInnen mit Auslandserfahrung beurteilen die Qualität der Versorgung meist gleich gut wie ihre KollegInnen ohne Auslandserfahrung. Einzig die Aspekte Anzahl der verfügbaren HausärztInnen (44% gegenüber 34%), Qualität der Beratung und Erklärung durch die ÄrztInnen (83% gegenüber 77%) und Zeit während der Konsultationen (54% gegenüber 44%) beurteilen ÄrztInnen mit Auslandserfahrung signifikant besser als Ihre KollegInnen. Eine internationale Untersuchung in Bezug auf die Konsultationszeit bei Grundversorgern ergab, dass diese im europäischen Vergleich in der Schweiz mit durchschnittlich 16 Minuten relativ hoch ist (Irving et al. 2017). Höher ist diese in den untersuchten Ländern nur in Schweden (21 Minuten) und etwa gleich hoch in Frankreich und Belgien. In Deutschland liegt sie bei 8 Minuten.

Auf die Beurteilung der Wartezeiten für planbare Operationen hat die Berufserfahrung im Ausland gemäss der Onlinebefragung keinen Einfluss – dies obwohl die Schweiz im Vergleich zum Ausland häufig als Musterbeispiel für kurze Wartezeiten für planbare Operationen genannt wird. Auch in den Fokusgruppen wurden Unterschiede zum Ausland insbesondere in Bezug auf Wartezeiten thematisiert.

4.3. Fazit

1. Gutes Leistungsangebot aber mit Lücken: ÄrztInnen und die Bevölkerung beurteilen das Leistungsangebot insgesamt und jenes der Grundversicherung ähnlich positiv, wobei die Bevölkerung und vor allem Personen mit schlechterem Gesundheitszustand kritischer sind. Es werden aber auch Lücken in der Grundversicherung gesehen betreffend Präventionsleistungen (ÄrztInnen und Bevölkerung, vgl. Punkt 2), Komplementär- und Alternativmedizin (Bevölkerung, bei ÄrztInnen nicht abgefragt), Leistungen im Bereich der psychischen Gesundheit (ÄrztInnen und Bevölkerung) und therapeutische Innovationen (Bevölkerung, bei ÄrztInnen nicht explizit abgefragt) gesehen.
2. Defizite beim Angebot von Präventionsleistungen: Insbesondere Personen mit schlechtem Gesundheitszustand kritisieren das Angebot an Prävention, obwohl eher gesunde Personen zur Zielgruppe der Primärprävention gehören. Dies deutet darauf hin, dass Personen mit schlechtem Gesundheitszustand im Bereich der Sekundär- und Tertiärprävention Defizite sehen, d.h. bei Leistungen zur Vermeidung von Rückfällen oder der Hilfe zum besseren Selbstmanagement der eigenen chronischen Krankheit. Möglich ist auch, dass sie aufgrund ihres Gesundheitszustands stärker sensibilisiert sind, im Sinne, dass präventive Massnahmen in ihrem Fall wirksam gewesen wären.
3. Engpässe im Bereich der Hausarztmedizin: Insgesamt attestiert die Bevölkerung und die Ärzteschaft dem schweizerischen Gesundheitswesen einen guten Zugang zu stationären und ambulanten Angeboten. Zu den am negativsten beurteilten Aspekten gehört der Zugang zu HausärztInnen – dies sowohl von Seiten der Bevölkerung als auch der ÄrztInnen. Beide Seiten, verstärkt Personen mit schlechtem Gesundheitszustand und die Ärzteschaft, konstatieren Engpässe bei der Anzahl der verfügbaren HausärztInnen. Mehr Schwierigkeiten an kurzfristige Termine bei HausärztInnen zu kommen nehmen Versicherte mit einem Standardversicherungsmodell wahr.
4. Bedarfsgerechte Verteilung der SpezialistInnen fraglich: Die Wartezeiten bei SpezialistInnen sind gemäss der Beurteilung der ÄrztInnen und der Bevölkerung teils lang, aus Sicht der Bevölkerung sogar länger als bei den HausärztInnen. Dennoch sind verhältnismässig wenig ÄrztInnen und Befragte aus der Bevölkerung der Ansicht, dass insgesamt zu wenig SpezialistInnen zur Verfügung stehen. Dies könnte darauf hindeuten, dass die fachliche Verteilung der SpezialistInnen nicht immer gut an den Bedarf angepasst ist. Insbesondere Personen mit schlechterem Gesundheitszustand beurteilen den Zugang zu SpezialistInnen kritischer. Die Befragung der ÄrztInnen gibt Hinweise darauf, dass beispielsweise bei den PsychiaterInnen zu wenig Angebot vorhanden ist.

5. Insgesamt gute Qualität der ärztlichen Versorgung, aber Defizite bei der Koordination: Die Qualität der ärztlichen Versorgung erhält von Seiten der Bevölkerung und der Ärzteschaft gute Noten. Verhältnismässig kritisch wird von beiden Seiten aber die Abstimmung von Behandlungen/Medikamenten unter den ÄrztInnen gesehen. Die Defizite bestehen insbesondere auch aus Sicht von Personen mit schlechtem Gesundheitszustand, bei denen in der Regel ein grösserer Koordinationsbedarf besteht.
6. Zeit während Arztbesuchen aus Sicht der Bevölkerung weniger kritisch als aus Sicht der Ärzteschaft: Während die Hälfte der Ärzteschaft bemängelt, dass die Zeit für Konsultationen aufgrund von Zeitbeschränkungen und Kostendruck zu knapp ist, nimmt dies nur eine Minderheit der Befragten so wahr. Allerdings äussern chronisch Kranke – also Personen mit einem erhöhten Bedarf für längere Konsultationen - vermehrt Unzufriedenheit diesbezüglich.
7. Notfallversorgung hat einen hohen Stellenwert bei der Bevölkerung. Der Zugang zur Notfallversorgung wird von der Bevölkerung zwar sehr gut bewertet, dennoch besteht eine vergleichsweise hohe Zahlungsbereitschaft für eine bessere Notfallversorgung in der Bevölkerung. Dies deutet darauf hin, dass die Notfallversorgung einen zentralen hat.
8. Nicht-SchweizerInnen haben höhere Ansprüche an die Gesundheitsversorgung und legen mehr Wert auf eine gute Notfallversorgung und genügend SpezialistInnen: Obwohl die Schweiz dafür bekannt ist im internationalen Vergleich ein sehr gutes Versorgungsangebot mit gutem Zugang und kurzen Wartezeiten zu haben, beurteilen AusländerInnen das bestehende Gesundheitswesen tendenziell negativer. Dies betrifft die verfügbaren Leistungen in der Grundversicherung, die Anzahl der SpezialistInnen und die Wartezeiten für planbare Operationen. Ein Grund könnte sein, dass diese Personen stärker den Eindruck haben, viel für die Gesundheitsleistungen zu zahlen, da sie aus ihren Herkunftsländern keine Kopfprämien, Franchisen und Selbstbeteiligungen gewohnt sind. Daneben lässt sich aus den Ergebnissen erkennen, dass AusländerInnen mehr Wert auf die Notfallversorgung und die Versorgung durch SpezialistInnen legen – den Versorgungsangeboten, wo die Arzt-/Patient-Beziehung in der Regel weniger kontinuierlich ist. Auch beim Inanspruchnahmeverhalten zeigte sich, dass AusländerInnen vergleichsweise häufiger direkt einen Spezialisten/eine Spezialistin aufsuchen.
9. Die jüngere Generation hat ebenfalls eine höhere Anspruchshaltung: Personen zwischen 18 und 39 Jahren beurteilen das schweizerische Gesundheitswesen ähnlich kritischer wie die Nicht-SchweizerInnen und Personen mit schlechtem Gesundheitszustand. Zudem kritisieren sie stärker ein schwaches Angebot an Präventionsleistungen und legen mehr Wert auf eine hohe Qualität der ärztlichen Versorgung. Auch aus den Fokusgruppengesprächen drängt sich der Verdacht auf, dass die jüngere Generation erstens generell gesundheitsbewusster ist

und zweitens ÄrztInnen stärker als «normale Dienstleistende» und weniger als die «Götter in Weiss» sieht.

10. ÄrztInnen mit Auslanderfahrung verteilen für die schweizerische Gesundheitsversorgung nur leicht bessere Noten als ihre KollegInnen ohne Auslanderfahrung. Besser bewertet wird die Anzahl der verfügbaren HausärztInnen, die Qualität der Beratung und Erklärung durch die ÄrztInnen und die Zeit während der Konsultationen.

5. Ansprüche und Zufriedenheit der ÄrztInnen

In der Onlinebefragung konnten sich die befragten ÄrztInnen zu einer Reihe von Aspekten im Zusammenhang mit der Arbeitswelt äussern und angeben, wie wichtig diese ihnen sind. Die Aspekte sind nach den folgenden Gruppen strukturiert:

- Inhaltlich-fachliche Ansprüche
- Ansprüche an Arbeitsbedingungen
- Ansprüche an die berufliche Rolle und Verdienst
- Arbeitsort und Arbeitsverhältnis

Folgende Fragen der Online-Umfrage werden in diesem Kapitel diskutiert:

Tabelle 90: Behandelte Fragen zu den Ansprüchen und der Zufriedenheit der ÄrztInnen

ÄrztInnen

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

Wo sind diese Arbeitsbedingungen aus Ihrer Sicht am besten erfüllt?

Wie zufrieden sind Sie mit Ihren aktuellen Arbeitsbedingungen bezüglich...?»

Wie hoch ist Ihr effektives Arbeitspensum in Stunden pro Woche?

Unabhängig von Ihrer jetzigen Arbeitsform: Was wäre die von Ihnen bevorzugte Arbeitsform in Bezug auf den Arbeitsort?

Unabhängig von Ihrer jetzigen Arbeitsform: Was wäre die von Ihnen bevorzugte Arbeitsform in Bezug auf die geografische Lage?

Unabhängig von Ihrer jetzigen Arbeitsform: Was wäre die von Ihnen bevorzugte Arbeitsform in Bezug auf das Arbeitsverhältnis?

Tabelle INFRAS.

5.1. Inhaltlich-fachliche Aspekte

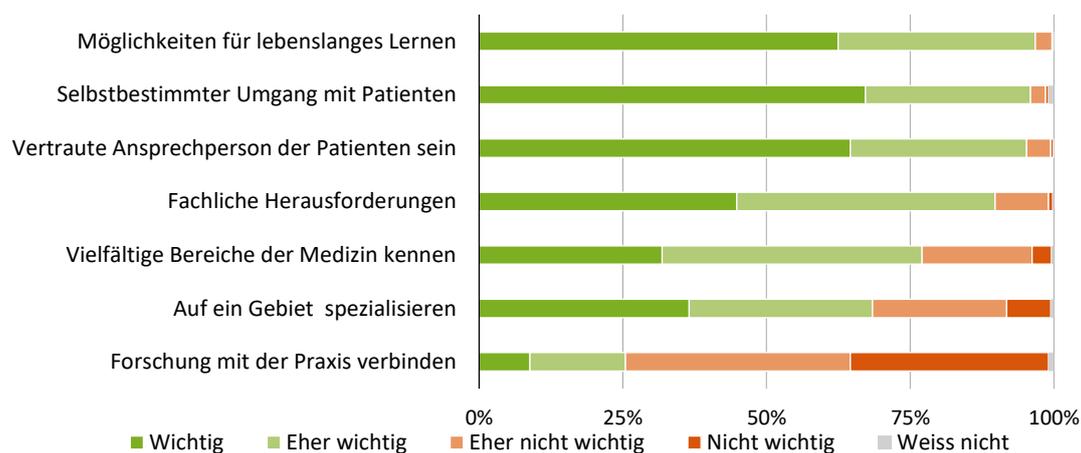
Umgang mit Menschen und die fachliche Entwicklung sind die meist verbreiteten Ansprüche an die Arbeitswelt

Bereits in den Fokusgruppengesprächen zeigte sich, dass intrinsische Gründe für die ÄrztInnen eine grosse Rolle spielen, den Arztberuf auszuüben: «*Eine Hauptmotivation Ärztin zu werden ist Menschen zu helfen und in Kontakt mit Menschen zu sein*». Der Umgang mit Menschen, diesen helfen zu können und der sinnstiftende Inhalt des Arztberufs gingen deutlich als entscheidende Faktoren für die Wahl des Arztberufs hervor. Daneben spielen gemäss den Diskussionen in den Fokusgruppen aber auch die inhaltlich fachlichen Aspekte des Arztberufes eine grosse Rolle.

Immer wieder fachlich gefordert zu werden und ein breites Spektrum an Entfaltungsmöglichkeiten verleihen dem Arztberuf gemäss den Diskussionen grosse Attraktivität.

Diese zwei wichtigen berufsbezogenen Ansprüche – der Umgang mit Menschen und die eigene Weiterentwicklung – bestätigen sich auch in der Onlinebefragung. Dort geben über 80% der Befragten an, dass ihnen der selbstbestimmte Umgang mit PatientInnen, vertraute Ansprechperson für PatientInnen zu sein, die Möglichkeit für lebenslanges Lernen und fachliche Herausforderungen (eher) wichtig für ihre Arbeitswelt ist (vgl. Abbildung 31). Gegenüber diesen Aspekten ist die Anerkennung in der Gesellschaft zwar immer noch mehrheitlich (eher) wichtig, aber weniger entscheidend für die befragten ÄrztInnen.

Abbildung 31: ÄrztInnen: Inhaltlich-fachliche Ansprüche 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).

Zwischen den verschiedenen Ärztgruppen zeigen sich leichte Unterschiede in diesen Ansprüchen. SpezialistInnen und ÄrztInnen im Spital suchen häufiger die fachliche Herausforderung als ihre BerufskollegInnen (vgl. Tabelle 91 und Tabelle 92). Die Möglichkeiten für lebenslanges Lernen und der selbstbestimmte Umgang mit PatientInnen sind für alle Facharztgruppen gleich wichtig. GrundversorgerInnen ist es etwas wichtiger vertraute Ansprechperson der PatientInnen zu sein als SpezialistInnen. Dies dürfte damit zusammenhängen, dass diese relativ häufiger in der Praxis tätig sind und damit regelmässigeren Kontakt mit den PatientInnen pflegen. Die Auswertungen zeigen so auch, dass dieser Aspekt den in der Praxis tätigen ÄrztInnen wichtiger ist als SpitalärztInnen (vgl. vgl. Tabelle 91). Nach Altersgruppe oder Geschlecht unterscheiden sich inhaltlich-fachliche Ansprüche kaum. Einzig feststellbar ist, dass jüngere ÄrztInnen (bis zu 45 Jahren) leicht weniger Wert darauf legen, vertraute Ansprechperson der PatientInnen zu

sein als ihre älteren KollegInnen (88% Zustimmung gegenüber 98% Zustimmung, signifikant auf 1%-Niveau).⁴³

ÄrztInnen suchen sowohl die fachliche Breite als auch die Möglichkeit zur Vertiefung

In den Fokusgruppengesprächen zeigte sich, dass ÄrztInnen zum Teil den Anspruch haben, sich in ein Fachgebiet vertiefen zu können, zum Teil das Fach mehr in seiner Breite zu erfassen und somit eine ganzheitliche Sichtweise zu erlangen. Erwartungsgemäss äusserten SpezialistInnen eher den Wunsch, sich zu vertiefen und GrundversorgerInnen die Fachgebiete in der Breite abzudecken. In der Onlinebefragung zeichnet sich diese Tendenz ebenfalls deutlich ab (vgl. Tabelle 91). Dies zeigt auch, dass die ÄrztInnen grossmehrheitlich in den Fachbereichen arbeiten, die ihrer Präferenz entsprechen, und die Flexibilität bei der Wahl des Fachgebiets (Grundversorgung vs. Spezialmedizin) eingeschränkt ist. Gleichzeitig zeigt sich in der Onlinebefragung, dass rund die Hälfte der ÄrztInnen sowohl den Anspruch an Breite als auch Tiefe haben (Abbildung 31). Den Anspruch Forschung und Praxis miteinander verbinden zu können, haben mit einem Viertel vergleichsweise weniger ÄrztInnen, wobei dieser bei den SpitalärztInnen erwartungsgemäss signifikant stärker verbreitet ist als bei den PraxisärztInnen (vgl. Tabelle 92).

Tabelle 91: ÄrztInnen: Ansprüche an inhaltlich-fachliche Aspekte nach Facharztgruppe (Anteil Antworten wichtig/eher wichtig)

	GV	SP	PS	Total	N	Signifikanz (p-value)
Möglichkeiten für lebenslanges Lernen	97%	96%	97%	97%	917	0.782
Selbstbestimmter Umgang mit PatientInnen	98%	96%	96%	97%	909	0.339
Vertraute Ansprechperson der PatientInnen sein	98%	93%	96%	95%	915	0.015*
Fachliche Herausforderungen	87%	94%	88%	90%	911	0.003**
Vielfältige Bereiche der Medizin kennen	90%	67%	67%	77%	908	<0.001**
Auf ein Gebiet spezialisieren	47%	93%	74%	69%	909	<0.001**
Forschung mit der Praxis verbinden zu können	22%	29%	29%	26%	908	0.066

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

GV = GrundversorgerInnen, SP = SpezialistInnen, PS = PsychiaterInnen

* = signifikant auf 5%-Niveau

** = signifikant auf 1%-Niveau

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

⁴³ Dies könnte auch daran liegen, dass die befragten ÄrztInnen dieser Altersgruppe etwas häufiger im Spital angestellt waren als die älteren BerufskollegInnen.

Tabelle 92: ÄrztInnen: Ansprüche an inhaltlich-fachliche Aspekte nach Arbeitsort Anteil Antworten wichtig/eher wichtig)

	Nur Spi- tal	Nur Praxis	Praxis und Spi- tal	Total	N	Signifi- kanz (p- value)
Möglichkeiten für lebenslanges Lernen	96%	97%	96%	97%	909	0.622
Selbstbestimmter Umgang mit PatientInnen	93%	98%	97%	97%	903	0.016*
Vertraute Ansprechperson der PatientInnen sein	81%	98%	97%	95%	909	0.000**
Fachliche Herausforderungen	94%	88%	95%	90%	904	0.023*
Vielfältige Bereiche der Medizin kennen	77%	78%	68%	77%	899	0.056
Auf ein Gebiet spezialisieren	83%	63%	86%	69%	899	<0.001**
Forschung mit der Praxis verbinden zu können	38%	21%	34%	26%	900	<0.001**

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

* = signifikant auf 5%-Niveau

** = signifikant auf 1%-Niveau

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

Administrationsarbeiten und Zeitbeschränkungen trüben Zufriedenheit mit inhaltlich-fachlichen Aspekten der Arbeit.

Die Zufriedenheit mit inhaltlich-fachlichen Aspekten der Arbeit ist bei den befragten ÄrztInnen insgesamt hoch (vgl. Abbildung 32). Auffällig negativ eingestuft wird jedoch die Belastung durch Administrationsarbeiten. Aus der Onlinebefragung geht hervor, dass insbesondere GrundversorgerInnen sich durch die administrativen Arbeiten belastet fühlen (vgl. Tabelle 93). Nach Arbeitsort (Spital oder Praxis) zeigen sich keine signifikanten Unterschiede diesbezüglich.

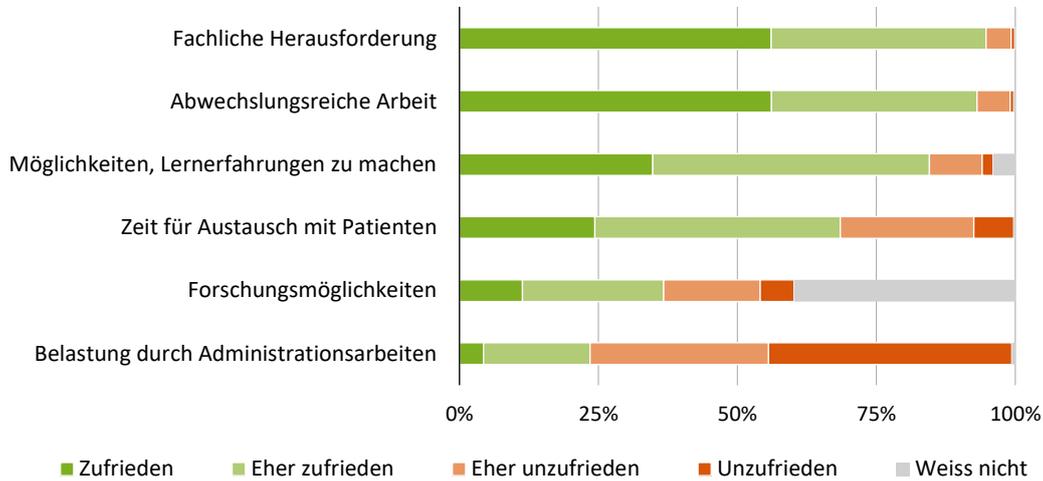
Dieser Aspekt wurde auch in den Fokusgruppen vielfach von den ÄrztInnen angesprochen – sowohl von PraxisärztInnen als auch von SpitalärztInnen. Gemäss den SpitalärztInnen kann der administrative Aufwand von Spital zu Spital unterschiedlich sein. Teilweise würde viel administrative Arbeit von den Verwaltungen erledigt. Die FMH lässt seit dem Jahr 2011 u.a. den Zeitaufwand von SpitalärztInnen für verschiedene Tätigkeiten in einer Begleitstudie untersuchen. Demnach verbringen ÄrztInnen den grössten Teil ihres Arbeitstages mit medizinischen-patientennahen Tätigkeiten, wobei darin auch Abklärungen, Recherchen oder das Studium von Akten der PatientInnen enthalten sind (gfs.bern 2017). Administrationsarbeiten wie die ärztliche Dokumentationsarbeit, die Arbeit rund um das Patientendossier und sonstige administrative Tätigkeiten machen 23% der Arbeitszeit aus. Dieser Anteil hat seit 2011 zugenommen, um 17 Minuten pro Arbeitstag. In den Fokusgruppengesprächen betonen insbesondere die jüngeren AssistenzärztInnen den administrativen Aufwand. Die genannte Studie bestätigt den Eindruck aus den Fokusgruppengesprächen: Die AssistenzärztInnen sind von der

Dokumentationsarbeit und dem Verfassen von Patientendossiers mit einem Drittel ihrer Arbeitszeit am meisten betroffen. Gemäss den Diskussionen in den Fokusgruppengesprächen könnte der Aufwand mit geeigneten IT-Lösungen teilweise deutlich reduziert werden.

Die Zufriedenheit mit der Zeit für die PatientInnen ist gemäss der Onlinebefragung mit einem Drittel kritischen Stimmen sowie den Fokusgruppengesprächen nur eingeschränkt gegeben. Wie auch die Administrationsarbeiten beurteilen dies insbesondere GrundversorgerInnen (eher) negativ, hingegen PsychiaterInnen viel positiver als der Durchschnitt (vgl. Tabelle 93). Dies dürfte mit unterschiedlichen Tarifsystemen für PsychiaterInnen und GrundversorgerInnen/SpezialistInnen zusammenhängen. So kritisieren GrundversorgerInnen und SpezialistInnen in den Fokusgruppengesprächen Zeitbeschränkungen im TARMED, die der Bundesrat zum 1.1.2018 für Grundkonsultationen für alle ambulant arbeitenden ÄrztInnen auf Anfang 2018 einheitlich festgesetzt hat.⁴⁴ Eine Hausärztin berichtet, dass bei einer aufwändigeren Anamnese PatientInnen aufgrund der Zeitbeschränkungen nochmals in die Praxis kommen müssten. Bei SpitalärztInnen ist die Zufriedenheit mit der Zeit für den Austausch mit PatientInnen geringer als bei den PraxisärztInnen (60% Zustimmung gegenüber 71%), die Unterschiede sind aber knapp nicht mehr signifikant auf dem 5%-Niveau. Es zeigt sich aber eine signifikante Alterstendenz (auf dem 1%-Niveau): Je jünger die ÄrztInnen sind, desto negativer beurteilen diese die Zeit für PatientInnen (jünger als 45 Jahre: 57% Zustimmung, 45–54 Jahre: 68%, 55–64 Jahre: 70%, 65 Jahre und älter: 80%). Interessant ist auch, dass ÄrztInnen mit Auslandserfahrung die Zeit für den Austausch mit PatientInnen positiver beurteilen als ÄrztInnen ohne Auslandserfahrung (72% Zustimmung gegenüber 65%, signifikant auf dem 5%-Niveau), während alle weiteren Aspekte von diesen zwei Gruppen nicht signifikant unterschiedlich beurteilt werden.

⁴⁴ Anmerkung: Fr Kinder unter 6 Jahren, Erwachsene über 75 Jahren und Patienten mit einem erhöhten Behandlungsbedarf (z.B. schwierige Patientensituation mit mehreren Krankheiten) besteht eine Limitation von 30 Minuten für die Grundkonsultation.

Abbildung 32: ÄrztInnen: Zufriedenheit mit inhaltlich-fachlichen Aspekten der Arbeit



Frage: Wie zufrieden sind Sie mit Ihren aktuellen Arbeitsbedingungen bezüglich...?

N=950-956 (je nach Item unterschiedlich viele fehlend).

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

Tabelle 93: ÄrztInnen: Zufriedenheit mit inhaltlich-fachlichen Aspekten nach Facharztgruppe (Anteil Antworten zufrieden/eher zufrieden)

	GV	SP	PS	Total	N	Signifikanz (p-value)
Fachliche Herausforderung	93%	96%	97%	95%	953	0.034*
Abwechslungsreiche Arbeit	93%	94%	95%	93%	952	0.533
Möglichkeiten Lernerfahrungen zu machen	90%	85%	90%	88%	914	0.135
Zeit für Austausch mit Patienten	59%	69%	93%	69%	950	<0.001**
Forschungsmöglichkeiten	63%	60%	58%	61%	564	0.574
Belastung durch Administrationsarbeiten	19%	28%	28%	24%	947	0.011*

Frage: Wie zufrieden sind Sie mit Ihren aktuellen Arbeitsbedingungen bezüglich...?

GV = GrundversorgerInnen, SP = SpezialistInnen, PS = PsychiaterInnen

* = signifikant auf 5%-Niveau

** = signifikant auf 1%-Niveau

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

Tabelle 94: ÄrztInnen: Zufriedenheit mit inhaltlich-fachlichen Aspekten nach Arbeitsort (Anteil Antworten zufrieden/eher zufrieden)

	Nur Spital	Nur Praxis	Praxis und Spital	Total	N	Signifikanz (p-value)
Fachliche Herausforderung	95%	95%	95%	95%	953	0.996
Abwechslungsreiche Arbeit	90%	94%	95%	93%	952	0.281
Möglichkeiten Lernerfahrungen zu machen	92%	88%	88%	88%	914	0.36
Zeit für Austausch mit Patienten	60%	71%	71%	69%	950	0.052
Forschungsmöglichkeiten	76%	60%	49%	61%	564	0.002*
Belastung durch Administrationsarbeiten	27%	24%	17%	24%	947	0.148

Frage: Wie zufrieden sind Sie mit Ihren aktuellen Arbeitsbedingungen bezüglich...?

* = signifikant auf 5%-Niveau

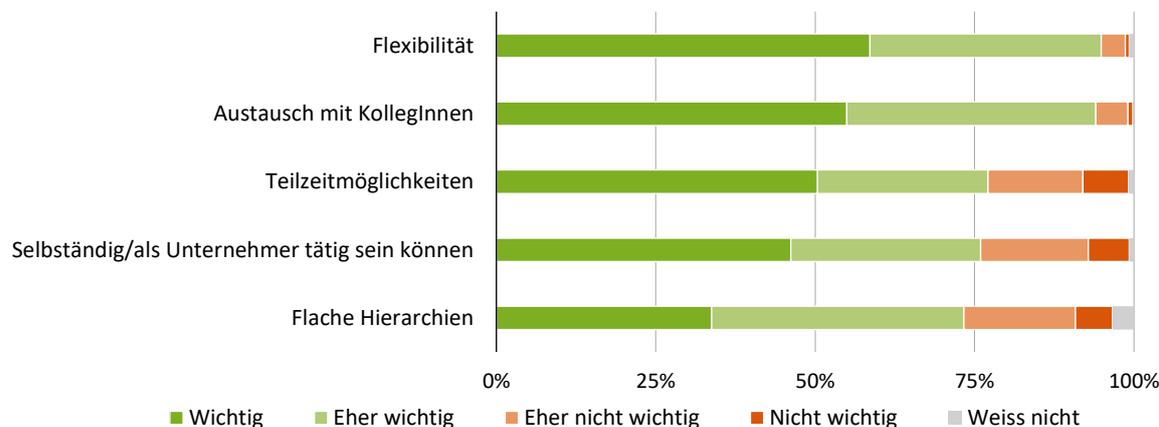
Tabelle INFRS. Quelle: Onlinebefragung der Zürcher ÄrztInnen 2019 (Mitglieder der AGZ).

5.2. Arbeitsumfeld und Arbeitsbedingungen

Anspruch an Flexibilität bei der Arbeit hoch.

Die Flexibilität steht unter den Ansprüchen, welche eher allgemeine Arbeitsbedingungen betreffen, bei den ÄrztInnen gemäss der Onlinebefragung an erster Stelle (vgl. Abbildung 33). Diesbezüglich zeigen sich auch keine signifikanten Unterschiede zwischen den Ärztgruppen oder nach persönlichen Merkmalen (Alter, Geschlecht). Die Flexibilität bei der Arbeit beziehen die ÄrztInnen dabei nicht alleine auf die Arbeitszeiten. So sind Teilzeitmöglichkeiten für die Befragten demgegenüber etwas weniger wichtig.

Abbildung 33: ÄrztInnen: Ansprüche 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).

Tabelle 95: ÄrztInnen: Ansprüche an Arbeitsbedingungen nach Geschlecht und Alter (Anteil wichtig/eher wichtig)

	Alter				Geschlecht		Total	N	Signifi- kanz (p- value)
	Jünger als 45 Jahre	45 - 54 Jahre	55 - 64 Jahre	65 und älter	Män- ner	Frauen			
Flexibilität	96%	97%	94%	96%			96%	945	0.214
					95%	96%	96%	935	0.279
Austausch mit KollegInnen	96%	97%	92%	93%			94%	950	0.031*
					92%	97%	94%	939	0.004**
Teilzeitmöglichkeiten	93%	83%	65%	76%			78%	939	0.000**
					66%	92%	78%	929	0.000**
Selbständig tätig sein können	59%	77%	81%	84%			77%	946	<0.001**
					79%	74%	77%	935	0.084
Flache Hierarchien	82%	78%	76%	65%			76%	916	0.003**
					73%	79%	76%	906	0.048*

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

* = signifikant auf 5%-Niveau

** = signifikant auf 1%-Niveau

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

Vor allem Frauen und jüngere ÄrztInnen wünschen sich, Teilzeit arbeiten zu können.

Bei dem Anspruch an Teilzeitarbeit zeichnet sich ein zu erwartender Unterschied zwischen Frauen und Männern ab: Für Frauen ist Teilzeitarbeit deutlich wichtiger als für Männer (vgl. Tabelle 95). Interessanterweise haben auch jüngere ÄrztInnen bis 45 Jahre deutlich häufiger den Anspruch, Teilzeit arbeiten zu können als die älteren KollegInnen, wobei dieser Anspruch zwischen 55 Jahren bis zum regulären Rentenalter am geringsten ist und nach dem Rentenalter wieder zunimmt (vgl. Tabelle 95). Der bei den jüngeren Befragten stärker ausgeprägte Wunsch nach Teilzeitarbeit dürfte vor allem darauf zurückzuführen sein, dass unter den Befragten dieser Altersgruppe relativ mehr Frauen vertreten sind als unter den älteren Teilnehmenden. Dennoch zeichnet sich auch ein Generationeneffekt ab, d.h. dass die jüngere Generation stärker auf eine gute Work-Life-Balance und die Vereinbarkeit von Beruf und Familie achtet. So ist auch für jüngere männliche Ärzte (unter 45 Jahren) Teilzeitarbeit deutlich wichtiger als für die älteren Kollegen ab 45 Jahren (78% gegenüber 59% Zustimmung).

Auch nach Facharztgruppe zeigen sich Unterschiede im Wunsch nach Teilzeitarbeit. SpezialistInnen sind Teilzeitmöglichkeiten etwas weniger wichtig als den anderen beiden Ärzteguppen (68% gegenüber 77% bei den GrundversorgerInnen und 81% bei den PsychiaterInnen, signifikant auf 1%-Niveau).

Austauschmöglichkeiten mit KollegInnen wichtig – auch für ÄrztInnen in Einzelpraxen.

Sehr hohe Priorität in der Arbeitswelt hat für die ÄrztInnen auch die Möglichkeit, sich mit KollegInnen auszutauschen (vgl. Abbildung 33) – dies obwohl 35% der Befragten in einer Einzelpraxis tätig ist. Es lässt sich ein Geschlechter- und Altersunterschied feststellen. Bei Frauen und jüngeren ÄrztInnen ist der Anspruch an die Austauschmöglichkeit mit KollegInnen tendenziell stärker ausgeprägt Männer (vgl. Tabelle 95). Zwischen den verschiedenen Ärzteguppen zeigen sich nur geringfügige Unterschiede. Für GrundversorgerInnen ist der Austausch mit KollegInnen etwas weniger wichtiger als für SpezialistInnen und PsychologInnen (92% gegenüber je 96% Zustimmung, signifikant auf 5%-Niveau) und für SpitalärztInnen ist dieser wichtiger als für PraxisärztInnen (100% gegenüber 93% Zustimmung, signifikant auf 1%-Niveau).

Die jüngere Ärztegeneration gewichtet flache Hierarchien höher.

Ein interessantes Bild zeigt sich in Bezug auf den Aspekt der flachen Hierarchien. Diese haben für die ÄrztInnen insgesamt etwas weniger hohe Priorität als beispielsweise die Austauschmöglichkeiten mit KollegInnen (vgl. Abbildung 33). Frauen und jüngere ÄrztInnen gewichten diesen Aspekt aber tendenziell höher (vgl. Tabelle 95). Bei genauerer Betrachtung bzw. Bereinigung um die verhältnismässig stärkere Vertretung von Frauen in der jüngeren Gruppe zeigt sich, dass hier ein Generationenunterschied und weniger ein Geschlechterunterschied vorliegt. So sind

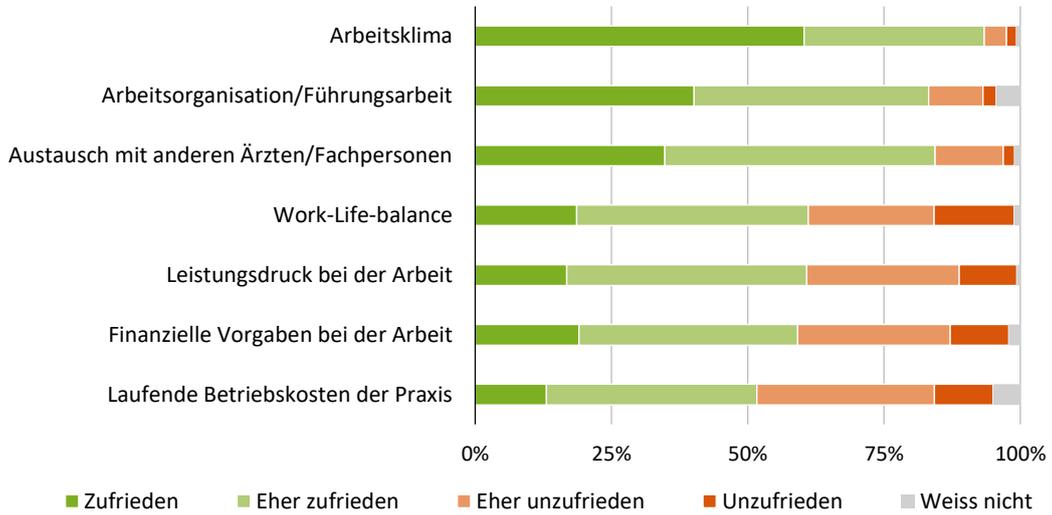
für 78% der männlichen Ärzte unter 45 Jahren flache Hierarchien wichtig, wogegen es bei den älteren Ärzten 67% sind (signifikant auf 1%-Niveau). Dies könnte zwei Gründe haben: Ein Grund könnten Veränderungen in der Arbeitswelt in Richtung weniger traditionelle hierarchische Strukturen und neue Unternehmens- und Teamstrukturen sein, welche jüngere ÄrztInnen stärker verinnerlicht haben. Zweitens könnte eine Rolle spielen, dass die jüngeren ÄrztInnen in bestehenden Hierarchien meist weiter unten angesiedelt sind. Letzteres geht auch aus den Fokusgruppengesprächen hervor.

Nach Facharztgruppe unterscheiden sich die Ansprüche an flache Hierarchien nicht signifikant. Auch, ob die ÄrztInnen im Spital oder in einer Praxis arbeiten, hat keinen signifikanten Einfluss auf den Wunsch nach flachen Hierarchien – dies obwohl SpitalärztInnen eher in durch Hierarchien geprägtem Umfeld arbeiten.

Zufriedenheit mit Arbeitsumfeld hoch, insbesondere bei PraxisärztInnen.

Die ÄrztInnen sind gemäss der Onlinebefragung mit ihrem Arbeitsumfeld bezogen auf organisatorische Aspekte, das Arbeitsklima und Austauschmöglichkeiten mit KollegInnen grossmehrheitlich zufrieden (vgl. Abbildung 34). Während die Arbeitsorganisation und das Arbeitsklima deutlich besser bei PraxisärztInnen abschneiden, sind die ÄrztInnen im Spital zufriedener mit den Austauschmöglichkeiten mit anderen Fachpersonen (vgl. Tabelle 97). In den Fokusgruppengesprächen berichten die ÄrztInnen auch teilweise von nicht zufriedenstellenden Organisationsstrukturen und Arbeitsprozessen (*«ineffiziente Abläufe»*, *«gigantische Leerläufe»*, *«kein angenehmes Klima»*, *«starre Hierarchien»*), wobei dies gemäss anderen TeilnehmerInnen stark von der Spitalführung und den leitenden ÄrztInnen abhängt. Teils existierten auch flache Hierarchien. Insbesondere in Fachgebieten, wo ein Wettbewerb um qualifizierte ÄrztInnen herrsche (z.B. Orthopädie, Augenheilkunde, Gastroenterologie), würden die Rahmenbedingungen attraktiver für ÄrztInnen gestaltet. Wie auch bereits in den Fokusgruppen, zeichnet sich in der Onlinebefragung ab, dass jüngere ÄrztInnen mit dem Arbeitsklima, der Organisation und Führungsarbeit sowie dem Leistungsdruck bei der Arbeit tendenziell weniger zufrieden sind als ihre älteren KollegInnen. Dies dürfte damit zusammenhängen, dass jüngere ÄrztInnen seltener Mitgestaltungsmöglichkeiten haben und häufiger im Angestelltenverhältnis tätig sind.

Abbildung 34: ÄrztInnen: Zufriedenheit mit Arbeitsbedingungen am Arbeitsplatz



Frage: Wie zufrieden sind Sie mit Ihren aktuellen Arbeitsbedingungen bezüglich...?
 N=950-956 (je nach Item unterschiedlich viele fehlend).

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

Tabelle 96: ÄrztInnen: Zufriedenheit mit inhaltlich-fachlichen Aspekten nach Facharztgruppe (Anteile zufrieden/eher zufrieden)

	GV	SP	PS	Total	N	Signifikanz (p-value)
Arbeitsklima	96%	92%	96%	94%	949	0.028*
Arbeitsorganisation/Führungsarbeit	89%	86%	89%	87%	909	0.418
Austausch mit anderen Fachpersonen	87%	86%	81%	85%	941	0.122
Work-Life-Balance	61%	60%	71%	62%	945	0.028*
Leistungsdruck bei der Arbeit	56%	62%	73%	61%	946	<0.001**
Finanzielle Vorgaben bei der Arbeit	63%	65%	51%	60%	930	0.005*
Laufende Betriebskosten der Praxis	48%	52%	70%	54%	735	<0.001**

Frage: Wie zufrieden sind Sie mit Ihren aktuellen Arbeitsbedingungen bezüglich...?

GV = GrundversorgerInnen, SP = SpezialistInnen, PS = PsychiaterInnen

* = signifikant auf 5%-Niveau

** = signifikant auf 1%-Niveau

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

Tabelle 97: ÄrztInnen: Zufriedenheit mit inhaltlich-fachlichen Aspekten nach Arbeitsort (Anteile zufrieden/eher zufrieden)

	Nur Spital	Nur Praxis	Praxis und Spital	Total	N	Signifikanz (p-value)
Arbeitsklima	85%	97%	88%	94%	949	<0.001**
Arbeitsorganisation/Führungsarbeit	65%	92%	85%	87%	909	<0.001**
Austausch mit anderen Fachpersonen	94%	84%	88%	85%	941	0.005*
Work-Life-Balance	48%	65%	58%	62%	945	0.001**
Leistungsdruck bei der Arbeit	58%	62%	60%	61%	946	0.58
Finanzielle Vorgaben bei der Arbeit	59%	61%	61%	60%	930	0.865

Frage: Wie zufrieden sind Sie mit Ihren aktuellen Arbeitsbedingungen bezüglich...?

* = signifikant auf 5%-Niveau

** = signifikant auf 1%-Niveau

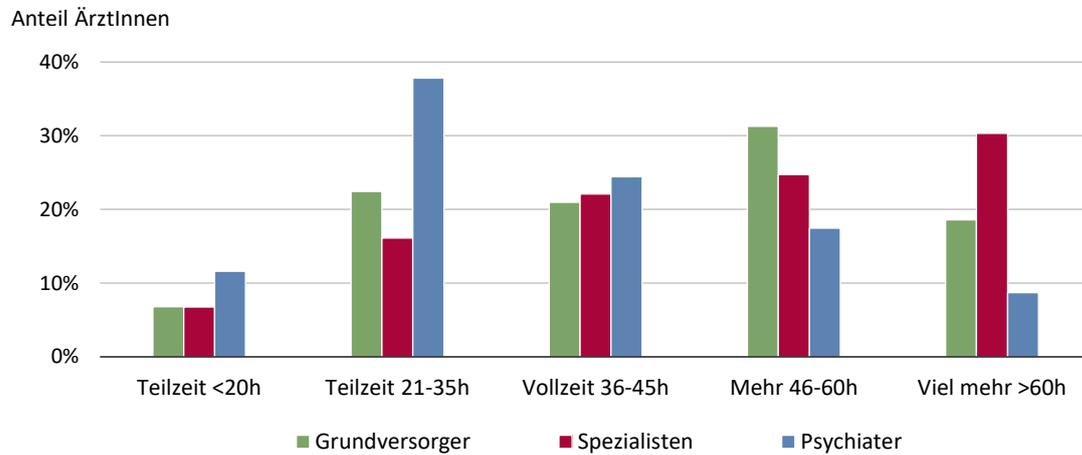
Tabelle INFRAS. Quelle: Onlinebefragung der Zürcher ÄrztInnen 2019 (Mitglieder der AGZ).

Arbeitsbelastung der ÄrztInnen teils sehr hoch.

Zu Arbeitsbelastung bzw. Work-Life-Balance äussern sich die ÄrztInnen mit rund 40% im Vergleich zu Aspekten des Arbeitsumfelds (eher) negativ (vgl. Abbildung 34). Die Work-Life-Balance ist nach eigenen Aussagen bei den PsychiaterInnen besser als bei den GrundversorgerInnen und SpezialistInnen (vgl. Tabelle 96). Zudem sind PraxisärztInnen mit der Work-Life-Balance zufriedener als ÄrztInnen im Spital (vgl. Tabelle 97).

Die Einschätzung der Work-Life-Balance spiegelt die effektiv angegebene Arbeitszeit pro Woche wider, wonach PsychiaterInnen häufiger weniger als ein Vollzeitpensum arbeiten und seltener mehr als 60h/pro Woche arbeiten (vgl. Abbildung 35)⁴⁵. Im Durchschnitt arbeiten die ÄrztInnen der Stichprobe 48 Stunden pro Woche (inkl. Teilzeitarbeitende).

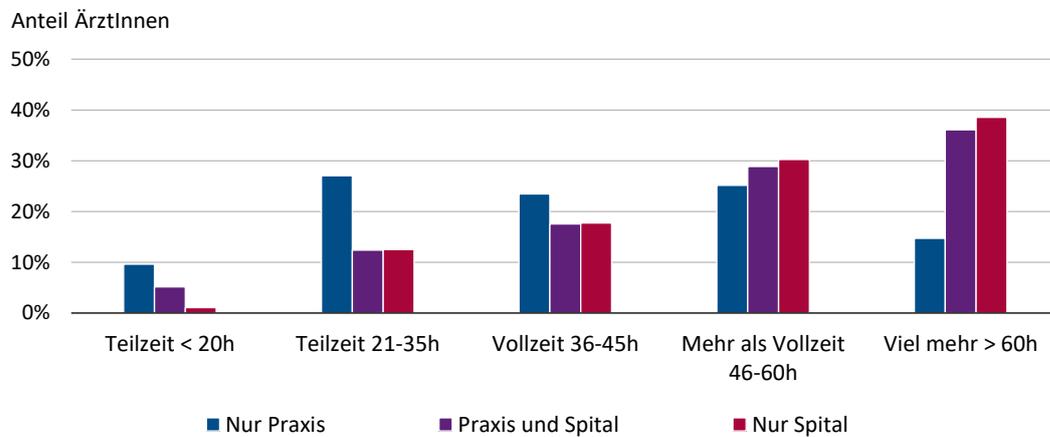
⁴⁵ Unterschiede signifikant auf 1%-Niveau.

Abbildung 35: ÄrztInnen: Effektiv angegebene Wochenarbeitszeit nach Facharztgruppe

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

N=778, fehlend: 182.

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

Abbildung 36: ÄrztInnen: Effektiv angegebene Wochenarbeitszeit nach Arbeitsort

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

N=799, fehlend: 161.

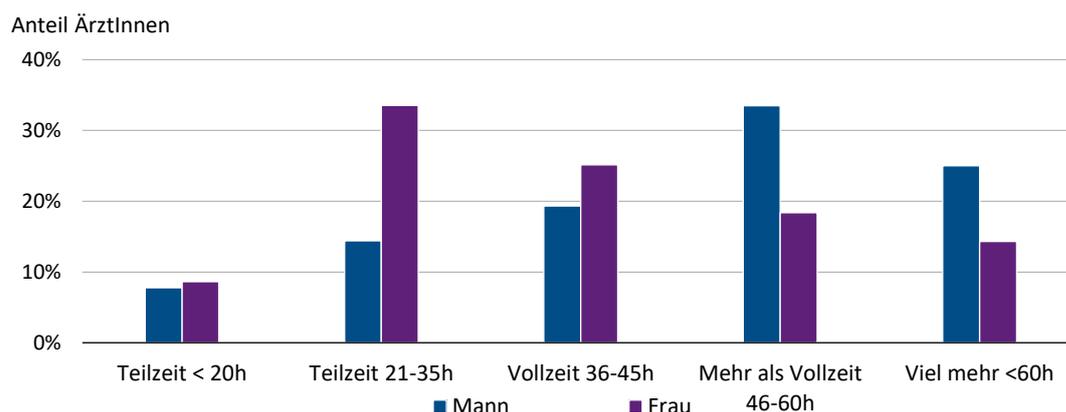
Tabelle INFRAS. Quelle: Onlinebefragung der Zürcher ÄrztInnen 2019 (Mitglieder der AGZ).

Die Studie von gfs.bern (2017) gibt Aufschluss über den Anstellungsgrad von SpitalärztInnen. Sie zeigt, dass die grosse Mehrheit der SpitalärztInnen Vollzeit arbeitet, wobei dies in der Akut-somatik (70%) und der Rehabilitation (72%) häufiger der Fall ist als in der Psychiatrie (51%). Zudem zeigt die Studie, dass Vollzeit arbeitenden SpitalärztInnen in der Schweiz pro Arbeitswo-che im Durchschnitt 55.7 Stunden arbeiten, was deutlich über dem schweizerischen Durch-schnitt von 43 Stunden liegt.

Deutliche Unterschiede in der Zufriedenheit mit der Work-Life-Balance bestehen gemäss der Onlinebefragung auch nach Altersgruppe. Jüngere ÄrztInnen sind weniger zufrieden als ihre älteren KollegInnen (jünger als 45 Jahre: 55% zufrieden/eher zufrieden; 45–64 Jahre: 60%; 65 Jahre und älter: 77%, Unterschiede signifikant auf 1%-Niveau). Ein Grund könnte sein, dass im Spitalumfeld AssistenzärztInnen (wie auch ChefärztInnen) seltener Teilzeit arbeiten (13%) als OberärztInnen (46%) und leitende ÄrztInnen (33%) (gfs.bern 2017). Auch in den Fokusgruppengesprächen beklagen jüngere ÄrztInnen die geringen Teilzeitmöglichkeiten im Spital und die schlechte Vereinbarkeit von Beruf und Familie.

Zwischen Männern und Frauen gibt es gemäss der Onlinebefragung keine Unterschiede in der Zufriedenheit mit der Work-Life-Balance. Dies erstaunt insofern, dass Frauen einen höheren Anspruch an Teilzeitarbeit haben (vgl. Kap. 5.2), welcher in einigen Settings nicht immer eingelöst werden kann. Aus den Fokusgruppengesprächen geht jedoch hervor, dass Frauen sich teilweise ihren Arbeitsplatz auch nach der Vereinbarkeit mit der Familie aussuchen. Beispielsweise berichtet eine Ärztin, dass sie früher im Spital in der Radioonkologie Teilzeit gearbeitet habe, weil die bevorzugte Tätigkeit als selbständige Hausärztin nicht vereinbar gewesen wäre mit ihrer familiären Situation. Eine andere alleinerziehende Ärztin arbeitet in einem Pflegeheim als Ärztin, da dort im Gegensatz zum Spital ein 40%-Pensum möglich gewesen sei. In der Onlinebefragung zeigt sich so auch, dass Frauen deutlich häufiger Teilzeit arbeiten als Männer (vgl. Abbildung 37).

Abbildung 37: ÄrztInnen: Effektiv angegebene Wochenarbeitszeit nach Geschlecht



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

N=794, fehlend: 166.

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

Finanzieller Druck und Leistungsdruck für rund die Hälfte der ÄrztInnen spürbar.

Abbildung 34 zeigt, dass die Zufriedenheit der ÄrztInnen teils durch den finanziellen Druck und Leistungsdruck getrübt wird. Der finanzielle Druck betrifft finanzielle Vorgaben im Spital und in der Praxis sowie die Betriebskosten in der Praxis. Finanzielle Vorgaben sind etwa gleich häufig in der Praxis wie im Spital ein negativer Faktor für GrundversorgerInnen und SpezialistInnen, jedoch etwas häufiger als für PsychiaterInnen (vgl. Tabelle 96 und Tabelle 97).

In den Fokusgruppen beklagen SpitalärztInnen, dass die Kostendiskussion die Arbeit beeinflusse und man sich viel um das Finanzielle kümmern müsse. Teils stehe nicht mehr der Outcome der PatientInnen im Vordergrund, sondern die Kosten und Statistiken. Es käme vor, dass die Administration in die medizinischen Abläufe eingreife, um Kosten zu sparen. Auch Unternehmensberatungen würden mitreden, welche Untersuchungen gemacht werden sollen, und somit die medizinische Autorität der ÄrztInnen beschränken. In der Studie von gfs.bern (2017) äussern 41% der SpitalärztInnen, dass sich die Arbeitsbedingungen aufgrund der Einführung von Fallpauschalen im Jahr 2012 verschlechtert haben. Ein ähnlich hoher Anteil gibt an, dass die Spitalleitung klare Sparvorgaben in der Abteilung mache und knapp ein Drittel gibt an, dass Diagnosen und Behandlungsentscheide so gefällt werden, dass der wirtschaftliche Gewinn optimiert wird.

PraxisärztInnen erwähnen in den Fokusgruppengesprächen im Zusammenhang mit finanziellen Vorgaben Tarifbeschränkungen und Einschränkungen in den abrechenbaren Konsultationszeiten. Zudem äussern sie, dass die Kontrollen von Seiten der Krankenversicherer zugenommen haben. Beispielsweise würden PatientInnen mehr nach den Kosten von Behandlungen fragen, weil sie sich vor den Krankenversicherern rechtfertigen müssten. In Bezug auf die Betriebskosten der Praxis geht aus den Fokusgruppengesprächen vereinzelt hervor, dass teilweise die Implementierung und der Betrieb von IT-Lösungen sehr kostspielig sei. Auch die Löhne des Praxispersonals würden auf die Kosten drücken.

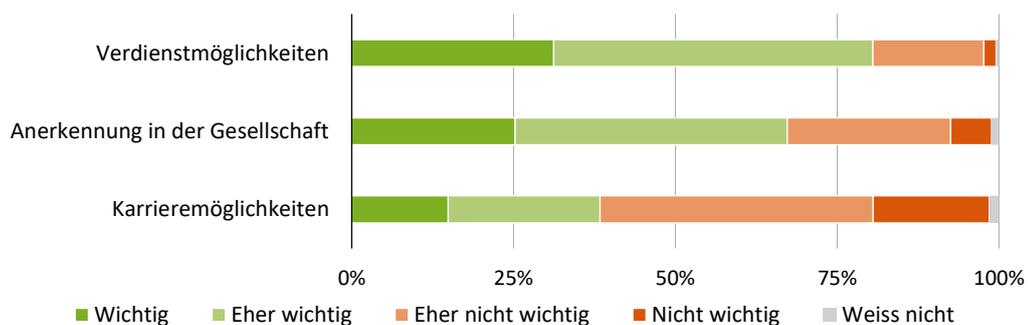
Der empfundene Leistungsdruck ist gemäss eigenen Angaben insbesondere bei GrundversorgerInnen signifikant höher, bei PsychiaterInnen hingegen tiefer (vgl. Tabelle 96). Hingegen verspüren PraxisärztInnen etwa gleich stark einen Leistungsdruck wie SpitalärztInnen (vgl. Tabelle 97). Ein Faktor für den Leistungsdruck im Spital könnten leistungsabhängige Lohnkomponenten sein, welche gemäss gfs.bern (2017) bei rund 50% der leitenden ÄrztInnen und ChefärztInnen verbreitet sind. Teilweise sind diese Lohnkomponenten gemäss der Studie an Soll-Vorgaben zu Interventionen geknüpft.

5.3. Berufliche Rolle und Verdienst

Karrieremöglichkeit insgesamt weniger relevant, aber stärker bei den SpezialistInnen.

Die Verdienstmöglichkeiten werden von den ÄrztInnen stärker gewichtet als Karrieremöglichkeiten. Die Anerkennung in der Gesellschaft ist den Befragten ebenfalls wichtiger als Karrieremöglichkeiten. Dies zeigt, dass Karriere beim Arztberuf nicht stark mit der Anerkennung und den Verdienstmöglichkeiten korreliert. Vermutlich hängt dies damit zusammen, dass der Weg zum Arzttitel bereits relativ lange dauert und die Karrieremöglichkeiten zumindest im Praxisumfeld beschränkt sind.

Abbildung 38: ÄrztInnen: Ansprüche an die berufliche Rolle/Verdienst



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).

SpezialistInnen erweisen sich in der Onlinebefragung als deutlich stärker karriereorientiert als Ihre KollegInnen. Daneben sind ihnen auch Verdienstmöglichkeiten und die Anerkennung in der Gesellschaft etwas wichtiger als GrundversorgerInnen und PsychiaterInnen (vgl. Tabelle 98).

Tabelle 98: ÄrztInnen: Ansprüche an die berufliche Rolle und den Verdienst nach Facharztgruppe (Anteil wichtig/eher wichtig)

	GV	SP	PS	Total	N	Signifikanz (p-value)
Verdienstmöglichkeiten	80%	86%	73%	81%	911	0.002**
Anerkennung in der Gesellschaft	66%	73%	63%	68%	909	0.037*
Karrieremöglichkeiten	30%	53%	30%	39%	898	0.000**

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

GV = GrundversorgerInnen, SP = SpezialistInnen, PS = PsychiaterInnen

* = signifikant auf 5%-Niveau

** = signifikant auf 1%-Niveau

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

Ein ähnliches Bild zeigt sich in Bezug auf den Arbeitsort, d.h. SpitalärztInnen streben stärker eine Karriere an als PraxisärztInnen (vgl. Tabelle 99). Dies reflektiert aus unserer Sicht die unterschiedlichen Karrieremöglichkeiten im Spital- und Praxisumfeld. Auch hier zeigt sich ein Zusammenhang zwischen Ansprüchen an Karriere und Verdienst, indem SpitalärztInnen etwas mehr Wert auf die Verdienstmöglichkeiten legen als Ihre KollegInnen, die (auch) in einer Praxis tätig sind.

Tabelle 99: ÄrztInnen: Ansprüche an die berufliche Rolle und den Verdienst nach Arbeitsort (Anteil wichtig/eher wichtig)

	Nur Spital	Nur Praxis	Praxis und Spital	Total	N	Signifikanz (p-value)
Verdienstmöglichkeiten	88%	79%	82%	81%	903	0.047*
Anerkennung in der Gesellschaft	69%	68%	66%	68%	901	0.841
Karrieremöglichkeiten	77%	29%	45%	39%	890	0.000**

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

* = signifikant auf 5%-Niveau

** = signifikant auf 1%-Niveau

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

Jüngere ÄrztInnen streben stärker nach Karriere und Verdienst.

Jüngere ÄrztInnen (unter 45 Jahre) haben tendenziell höhere Ansprüche an Karriere und Verdienstmöglichkeiten. Interessanterweise schliessen sich für jüngere ÄrztInnen Ansprüche an Karriere/Verdienstmöglichkeiten und Ansprüche an Teilzeitmöglichkeiten nicht aus. Sie gewichten alle drei Aspekte überproportional hoch im Vergleich zu ihren älteren KollegInnen.

Zwischen Frauen und Männern zeigen sich keine signifikanten Unterschiede in den Karriere- und Verdienstansprüchen.

Tabelle 100: ÄrztInnen: Ansprüche an die berufliche Rolle und den Verdienst nach Alter (Anteil wichtig/eher wichtig)

	Jünger als 45 Jahre	45-54 Jahre	55-64 Jahre	65 und älter	Total	N	Signifikanz (p-value)
Verdienstmöglichkeiten	89%	84%	78%	71%	81%	945	<0.001**
Anerkennung in der Gesellschaft	72%	65%	72%	63%	68%	943	0.141
Karrieremöglichkeiten	54%	43%	33%	26%	39%	932	<0.001**

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

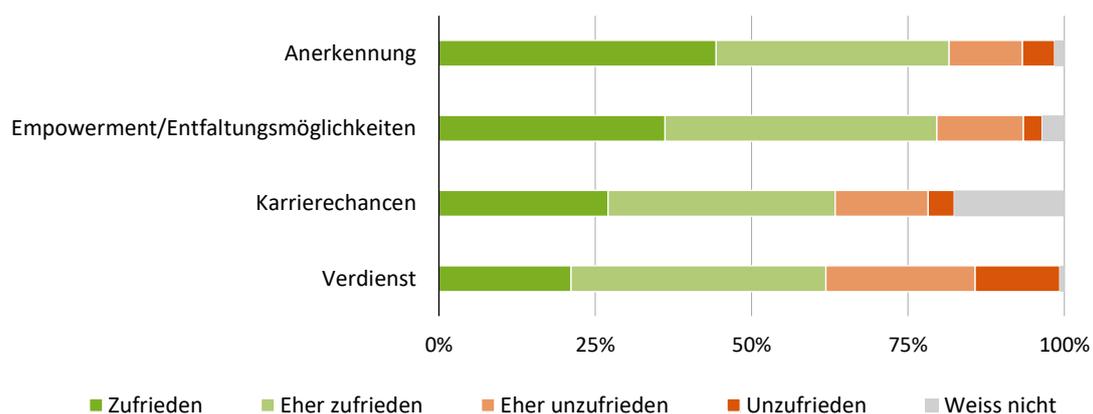
** = signifikant auf 1%-Niveau

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

Zufriedenheit mit der beruflichen Rolle insgesamt hoch.

Insgesamt zufriedener als mit den Arbeitsbedingungen am Arbeitsplatz sind die ÄrztInnen mit Aspekten, die ihre berufliche Rolle betreffen (Anerkennung, Empowerment/Entfaltungsmöglichkeiten und Karrierechancen, vgl. folgende Abbildung).

Abbildung 39: ÄrztInnen: Zufriedenheit mit beruflicher Rolle und Verdienst



Frage: Wie zufrieden sind Sie mit Ihren aktuellen Arbeitsbedingungen bezüglich...?

N=950-956 (je nach Item unterschiedlich viele fehlend).

Interessanterweise zeigen sich zwischen dem Arbeitsort (Spital/Praxis) keine signifikanten Unterschiede in der Zufriedenheit mit den Karrierechancen obwohl diese im Spital als deutlich besser eingestuft werden (vgl. folgendes Kapitel). Vermutlich ist dies ein Resultat davon, dass diese für PraxisärztInnen auch wenig wichtig sind bzw. dass unzufriedene PraxisärztInnen auch

zu einer Anstellung im Spital zurückwechseln können. Es fällt auf, dass in Bezug auf Empowerment und Entfaltungsmöglichkeiten PraxisärztInnen deutlich zufriedener sind als SpitalärztInnen. Dies könnte einen Zusammenhang mit der Zufriedenheit der organisatorischen Strukturen haben (vgl. Kap.5.2). Zudem erweisen sich jüngere ÄrztInnen in Bezug auf das Empowerment/die Entfaltungsmöglichkeiten als etwas weniger zufrieden (jünger als 45 Jahre: 75% Zustimmung gegenüber 81%–90% in den höheren Altersklassen). Dies liegt zum Teil in der Natur der Sache, da ältere ÄrztInnen häufiger selbständig sind oder mehr Entscheidungsfreiheiten haben. Dennoch äussern in den Fokusgruppengesprächen jüngere ÄrztInnen, dass sie sich durch die Strukturen im Spital in ihren Entfaltungsmöglichkeiten eingeschränkt fühlen und/oder wenig Chancen erhalten, Lernfortschritte zu machen.

PsychiaterInnen sind mit ihrem Verdienst am wenigsten zufrieden.

Auch in Bezug auf ihren Verdienst zeigen sich die ÄrztInnen mehrheitlich (62%) zufrieden. Rund ein Drittel ist aber (eher) unzufrieden. Es fällt auf, dass insbesondere PsychiaterInnen mit ihrem Verdienst weniger zufrieden sind als SpezialistInnen und GrundversorgerInnen (vgl. Tabelle 101). Dies zeigt sich auch in der Studie von gfs.bern (2017), wo SpitalärztInnen in der Psychiatrie eine geringere Zufriedenheit mit der Bezahlung (70% zufrieden/eher zufrieden) angeben als in der Akutsomatik (77%) und Rehabilitation (76%).

In Bezug auf den Arbeitsort (Praxis/Spital) zeigen sich keine signifikanten Unterschiede in der Zufriedenheit mit dem Verdienst. Auch im Praxisumfeld ist der Verdienst gemäss Aussagen in den Fokusgruppengesprächen je nach Fachbereich sehr unterschiedlich. PraxisärztInnen beklagen, dass aufgrund von Tarifeingriffen und Änderungen der Spielregeln die Planungssicherheit eingeschränkt sei – insbesondere für Fachbereiche mit hohen Investitionskosten. In Bezug auf den Arbeitsort (Spital/Praxis) oder das Alter und Geschlecht zeigen sich keine signifikanten Unterschiede in der Zufriedenheit mit dem Verdienst.

Tabelle 101: ÄrztInnen: Zufriedenheit mit beruflicher Rolle und Verdienst nach Facharztgruppe (Anteile zufrieden/eher zufrieden)

	GV	SP	PS	Total	N	Signifikanz (p-value)
Anerkennung	84%	85%	79%	83%	939	0.241
Empowerment/Entfaltungsmöglichkeiten	84%	80%	88%	83%	917	0.069
Karrierechancen	77%	77%	77%	77%	783	0.985
Verdienst	67%	67%	46%	62%	948	<0.001**

Frage: Wie zufrieden sind Sie mit Ihren aktuellen Arbeitsbedingungen bezüglich...?

GV = GrundversorgerInnen, SP = SpezialistInnen, PS = PsychiaterInnen

** = signifikant auf 1%-Niveau

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

Tabelle 102: ÄrztInnen: Zufriedenheit mit beruflicher Rolle und Verdienst nach Arbeitsort (Anteile zufrieden/eher zufrieden)

	Nur Spital	Nur Praxis	Praxis und Spital	Total	N	Signifikanz (p-value)
Anerkennung	77%	84%	84%	83%	939	0.127
Empowerment/Entfaltungsmöglichkeiten	68%	87%	78%	83%	917	<0.001**
Karrierechancen	74%	78%	79%	77%	783	0.594
Verdienst	59%	63%	64%	62%	948	0.679

Frage: Wie zufrieden sind Sie mit Ihren aktuellen Arbeitsbedingungen bezüglich...?

** = signifikant auf 1%-Niveau

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

5.4. Arbeitsort (ambulant/stationär und Institution)

Gruppen- bzw. Gemeinschaftspraxen sind klar der bevorzugte Arbeitsort.

Die befragten ÄrztInnen bevorzugen klar als Arbeitsort eine Gruppen- bzw. Gemeinschaftspraxis, gefolgt von der Einzelpraxis (vgl. Abbildung 40). Dabei wird die Gruppen- bzw. Gemeinschaftspraxis gegenüber der Einzelpraxis mehr als doppelt so häufig von den ÄrztInnen als bevorzugter Arbeitsort angegeben. Mit ein Grund hierfür dürften die besseren Austauschmöglichkeiten sein. In den Fokusgruppengespräche erläutern die ÄrztInnen weitere Vorteile von Gruppen- bzw. Gemeinschaftspraxen, insbesondere geteilte Verantwortlichkeiten, Synergien bei administrativen Aufwänden und die KollegInnen als Zuweisende von PatientInnen. Andere ambulante Arbeitsorte wie das Spitalambulatorium oder eine Permanence und stationäre Arbeitsorte sind gemäss der Onlinebefragung weniger attraktiv für die befragten ÄrztInnen.

Box 1: Hinweis zur Stichprobe und Grundgesamtheit

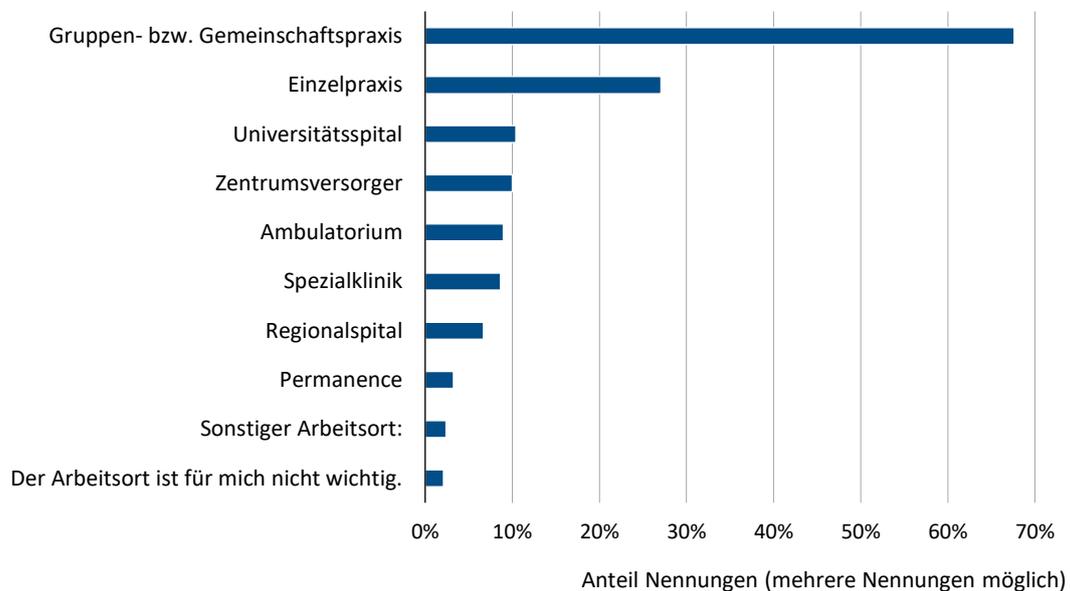
Es ist anzumerken, dass die Stichprobe nicht ganz repräsentativ zur Grundgesamtheit in Bezug auf den Arbeitsort ist. Gemäss FMH-Ärzttestatistik 2018⁴⁶ arbeiten rund die Hälfte der Schweizer ÄrztInnen an einem ambulanten Arbeitsort. In der Stichprobe sind die ambulant arbeitenden ÄrztInnen mit 70% (plus 12%, die gleichzeitig im Spital arbeiten) somit übervertreten. Darüber hinaus sind die ÄrztInnen, die in einer Gemeinschaftspraxis arbeiten übervertreten gegenüber den ÄrztInnen, die in einer Einzelpraxis arbeiten. In der Schweiz arbeiten gemäss FMH rund 50% der PraxisärztInnen in einer Gruppenpraxis, in der Stichprobe sind es 60%. Die klare

⁴⁶ <https://www.fmh.ch/themen/aerzttestatistik/fmh-aerzttestatistik.cfm#i131905>

Bevorzugung von ambulanten Arbeitsorten und von Gruppenpraxen muss in diesem Lichte betrachtet und etwas relativiert werden.

Unter den stationären Arbeitsorten bevorzugen die ÄrztInnen tendenziell eine Arbeit im Universitäts- oder Zentrumsspital gegenüber einer Spezialklinik oder einem Regionalspital. Dies könnte damit zusammenhängen, dass in einem Universitäts- oder Zentrumsspital die beiden Ansprüche an fachlicher Vertiefung und fachlicher Breite am besten erfüllt werden können.

Abbildung 40: ÄrztInnen: Bevorzugter Arbeitsort



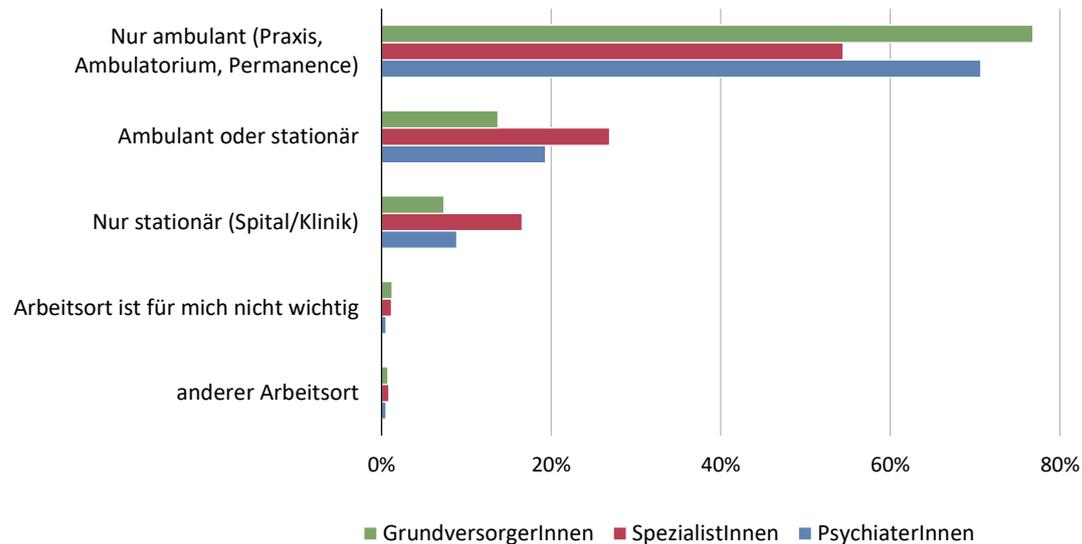
Frage: Unabhängig von Ihrer jetzigen Arbeitsform: Was wäre die von Ihnen bevorzugte Arbeitsform in Bezug auf den Arbeitsort?

N=960, fehlend: 0.

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

Betrachtet man den bevorzugten Arbeitsort danach, ob ÄrztInnen am liebsten nur in einem ambulanten Setting (Praxis, Ambulatorium, Permanence), in einem stationären Setting (Spital, Klinik) oder in beiden Settings arbeiten würden, zeigt sich, dass eine Minderheit ausschliesslich das Spital (11%) und die Mehrheit (67%) ausschliesslich ein ambulantes Setting bevorzugt (vgl. Abbildung 41). Diese Tendenz ist bei den SpezialistInnen etwas weniger stark ausgeprägt (Unterschiede signifikant auf dem 1%-Niveau).

Abbildung 41: ÄrztInnen: Bevorzugter Arbeitsort nach Fachgruppe



Frage: Unabhängig von Ihrer jetzigen Arbeitsform: Was wäre die von Ihnen bevorzugte Arbeitsform in Bezug auf den Arbeitsort?

N=922, fehlend: 38.

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

ÄrztInnen arbeiten meist in dem von ihnen bevorzugten Setting (ambulant/stationär)

Wie in Box 1 erwähnt dürfte die klare Bevorzugung des ambulanten Settings zum Teil auch die Stichprobe widerspiegeln. Die Analyse des bevorzugten Arbeitsortes nach effektivem Arbeitsort zeigt aber, dass dennoch ambulante Arbeitsorte tendenziell bevorzugt werden. Die Mehrheit der ÄrztInnen arbeitet gemäss dieser Analyse zwar an ihrem bevorzugten Arbeitsort. Personen, die nicht in ihrem bevorzugten Setting arbeiten, zieht es aber mehrheitlich vom Spital in die Praxis:

- Von den ÄrztInnen, die heute *ausschliesslich in einem Spital/einer Klinik* tätig sind, bevorzugt dies die Hälfte auch. Ein Drittel könnte sich auch vorstellen, in einem ambulanten Setting zu arbeiten. Rund 15% arbeiten nicht an ihrem bevorzugten Arbeitsort und würden ein ambulantes Setting gegenüber dem Spital/der Klinik bevorzugen.
- Von den ÄrztInnen, die heute *ausschliesslich ambulant* arbeiten, wünscht dies die grosse Mehrheit (81%) so. Rund 15% könnten sich auch vorstellen, in einem stationären Setting zu arbeiten. Nur 3% arbeiten nicht an ihrem bevorzugten Arbeitsort und würden ein Spital/eine Klinik bevorzugen.

- Von den ÄrztInnen, die heute *sowohl ambulant als auch stationär arbeiten*, geben über ein Drittel (37%) auch beide Settings als bevorzugte Arbeitsorte an. Insgesamt bevorzugen diese ÄrztInnen aber ambulante Arbeitsorte (47% nur ambulant, 13% nur stationär).

ÄrztInnen in Einzelpraxen wünschen teilweise lieber eine Gruppen-/Gemeinschaftspraxis.

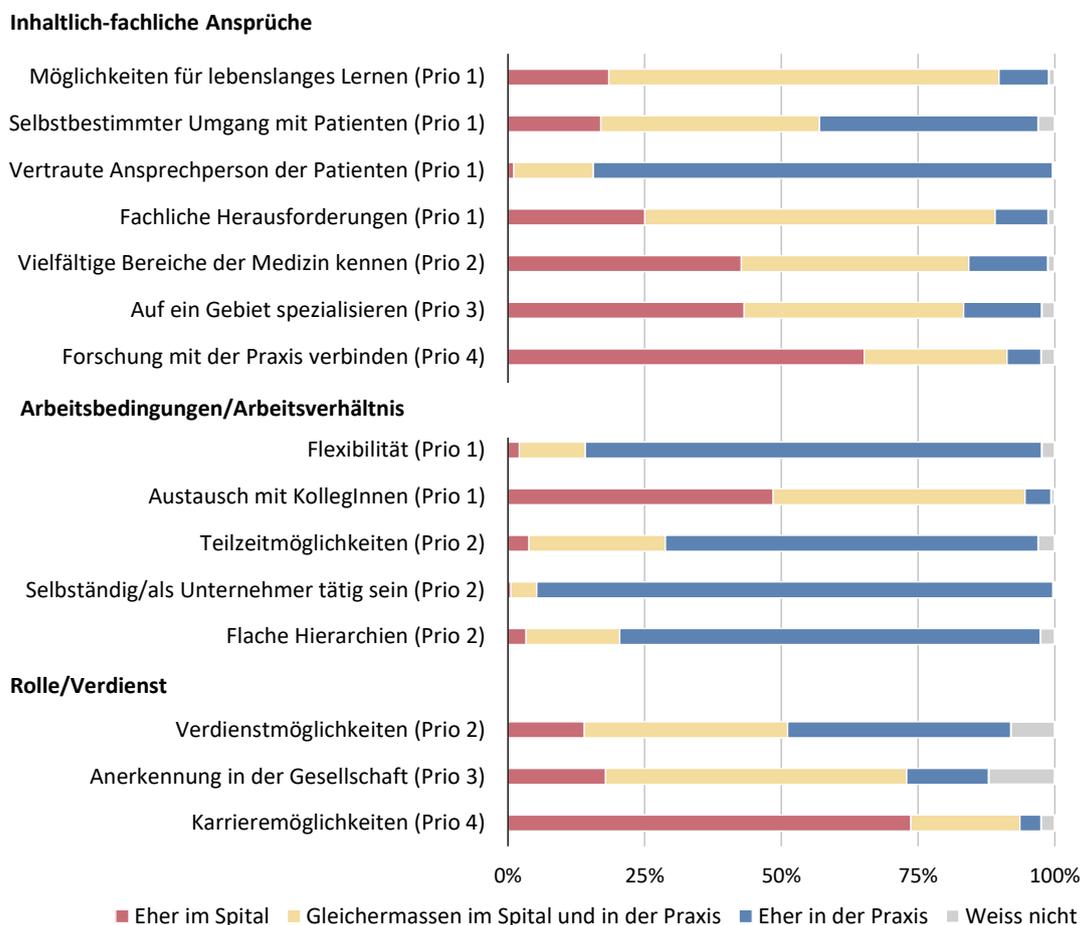
Von den befragten PraxisärztInnen arbeiten rund 60% in einer Gruppen-/Gemeinschaftspraxis (Grundgesamtheit Schweiz: rund 50%, vgl. Box 1). Fast alle dieser ÄrztInnen (97%) geben dies auch als ihre bevorzugte Arbeitsform an. Umgekehrt bezeichnen nur zwei Drittel der ÄrztInnen in Einzelpraxen dies als eine bevorzugte Arbeitsform. Ein Drittel der ÄrztInnen, die in Einzelpraxen arbeiten, würden eine Gruppen/Gemeinschaftspraxis bevorzugen.

Die wichtigsten Ansprüche der ÄrztInnen sind in der Praxis tendenziell besser erfüllt.

Die Gründe für die Bevorzugung des Arbeitsorts Praxis lassen sich herleiten aus Aussagen, in welchem Setting die in Kap. 5.1 bis 5.3 behandelten Ansprüche am besten erfüllt sind. Abbildung 42 zeigt die Ergebnisse aus der Onlinebefragung. Die Aspekte sind in der Reihenfolge der in der Vorfrage geäußerten Wichtigkeit dieser Aspekte sortiert (vgl. Kap. 5.1 bis 5.3) und in vier Prioritätskategorien⁴⁷ eingeteilt und bezeichnet. Die Antworten zeigen insgesamt: Viele Ansprüche, welche die höchste Priorität («Prio 1») haben, sehen die Befragten deutlich besser in der Praxis erfüllt als im Spital. In Fällen, wo das Spital besser abschneidet, ist der Unterschied weniger deutlich. Gewünschte fachliche Herausforderungen höchster Priorität sehen die Befragten eher im Spital erfüllt. Auch die Möglichkeiten zum Austausch mit KollegInnen beurteilen die ÄrztInnen tendenziell besser im Spital als in der Praxis.

⁴⁷ Die vier Kategorien wurden folgendermassen gebildet: Prio 1: über 90% wichtig/eher wichtig; Prio 2: zwischen 75% und 90% wichtig/eher wichtig; Prio 3: zwischen 50% und 75% wichtig/eher wichtig; Prio 4: unter 50% wichtig/eher wichtig.

Abbildung 42: ÄrztInnen: Erfüllen der Ansprüche nach Arbeitsort

**Frage: Wo sind diese Arbeitsbedingungen aus Ihrer Sicht am besten erfüllt?**

N=241-915 (Befragte, die bei der Frage vorher das Item als wichtig oder eher wichtig eingestuft haben)

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

Ansprüche an den Umgang mit PatientInnen in Praxen besser erfüllt, fachliche Ansprüche im Spital. Gemäss den Antworten der Befragten werden Ansprüche an die Arzt-/Patient-Beziehung eher in der Praxis erfüllt (vgl. Abbildung 42). Eine vertraute Ansprechperson für PatientInnen zu sein, ist gemäss den Antworten der Befragten im Spital kaum möglich und der selbstbestimmte Umgang ist tendenziell besser in der Praxis möglich. Letzteres dürfte damit zusammenhängen, dass ÄrztInnen im Praxisumfeld mehrheitlich selbständig sind (vgl. Kap. 5.6). Betreffend die Aspekte fachliche Herausforderung und lebenslanges Lernen ist die Mehrheit der ÄrztInnen der Ansicht, dass diese gleichermassen im Spital und in der Praxis erfüllt sind. Es zeigt sich nur eine leichte Tendenz hin zum Spital. Im Hinblick auf weitere inhaltlich-fachliche Aspekte (vielfältige Bereiche der Medizin kennenlernen, Spezialisierung auf ein Gebiet)

schneidet das Spital insgesamt etwas besser als die Praxis, wobei mehr als ein Drittel der Befragten dies gleichermaßen im Spital und in der Praxis erfüllt sieht. In den Fokusgruppen sind die ÄrztInnen bezüglich der Vielfältigkeit geteilter Meinung. PraxisärztInnen argumentieren, dass man als Arzt/Ärztin in der Praxis die Bandbreite von Patientensorgen bis hin zur Hightechmedizin erlebe. Im Spital hänge die Vielfalt stark von der Fachrichtung ab.

Klar Vorteile beim Spital gegenüber der Praxis sehen die Befragten beim Anspruch, Forschung mit Praxis zu verbinden. Dies wird auch in der Fokusgruppe diskutiert. Eine Person weist jedoch darauf hin, dass es auch für ambulant arbeitende ÄrztInnen Möglichkeiten zur Forschung gäbe – beispielsweise an den Universitätsinstituten für Hausarztmedizin.

Bei den Ansprüchen an Arbeitsbedingungen ist die Arbeit in der Praxis oft im Vorteil.

Die Ansprüche an Arbeitsbedingungen (inkl. Arbeitsverhältnis) wie Flexibilität, Teilzeitarbeit, Selbständigkeit und flache Hierarchien sehen die Befragten insgesamt besser in der Praxis erfüllt. Einen Vorteil des Spitals sehen die ÄrztInnen einzig beim Austausch mit KollegInnen, wobei etwa gleich viele ÄrztInnen der Meinung sind, dass der Austausch gleichermaßen in der Praxis möglich ist. Dies spiegelt Diskussionen in den Fokusgruppen wider, wo ÄrztInnen, die im Spital arbeiten, kurze Wege und gemeinsame Besprechungen (z.B. im Rahmen von Tumorboards) schätzen. ÄrztInnen, die in der Praxis arbeiten, entgegen dem, dass ÄrztInnen in Gruppenpraxen auch miteinander arbeiten und einen Austausch pflegen.

Verdienstmöglichkeiten besser in der Praxis, Karrieremöglichkeiten besser im Spital erfüllt.

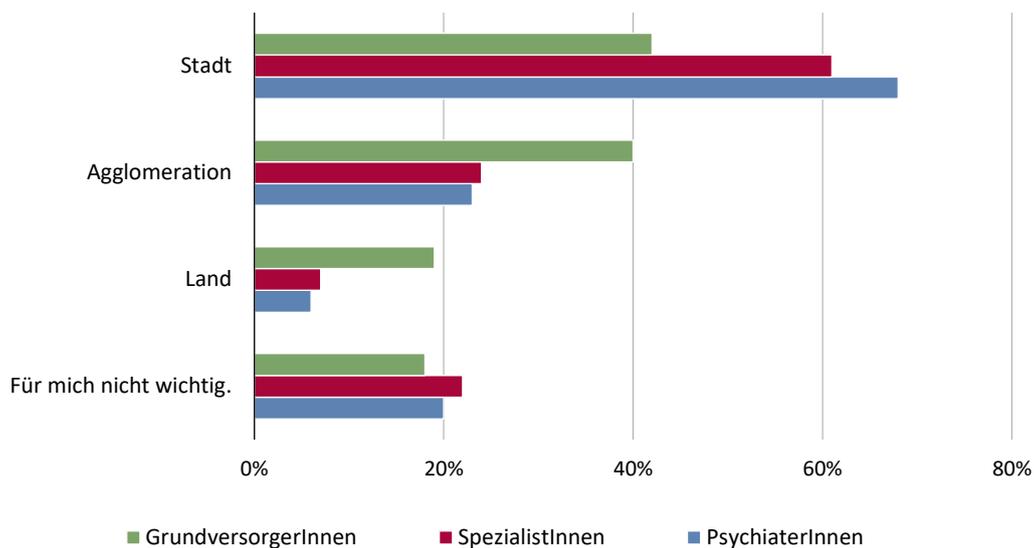
Die ÄrztInnen erachten die Verdienstmöglichkeiten in der Praxis insgesamt als besser als im Spital. Hingegen sind aus Sicht der ÄrztInnen die Karrieremöglichkeiten klar im Spital besser. Dies zeigt, dass für die ÄrztInnen Karriere und Verdienst nicht zwangsläufig miteinander zusammenhängen. Zudem zeigt sich, dass für die Mehrheit der ÄrztInnen die Anerkennung in der Gesellschaft nicht vom Arbeitsort abhängt.

5.5. Arbeitsort (Stadt/Land/Agglomeration)

Stadt als Arbeitsort klar bevorzugt, vor allem bei PsychiaterInnen und SpezialistInnen.

Gefragt nach ihrer Präferenz, ist eine urbane Region bei den ÄrztInnen auch der mehrheitlich (55%) bevorzugte Arbeitsort (vgl. Abbildung 43), wobei GrundversorgerInnen relativ häufiger auch die ländliche Umgebung oder die Agglomeration als präferierte Arbeitsorte angeben (Unterschiede signifikant auf 1%-Niveau). Genauso zeigen sich auch PraxisärztInnen (52%) weniger stark an die städtische Umgebung gebunden als SpitalärztInnen (64%) (Unterschiede signifikant auf dem 5%-Niveau).

Abbildung 43: ÄrztInnen: Präferierte geografische Lage des Arbeitsorts nach Facharztgruppe



Frage: Unabhängig von Ihrer jetzigen Arbeitsform: Was wäre die von Ihnen bevorzugte Arbeitsform in Bezug auf die geografische Lage.

Mehrfachnennungen möglich, N=924, fehlend: 36.

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

Tendenziell Potenzial für Arbeitskräfte in ländlichen Gebieten vorhanden.

Die geäusserten Präferenzen spiegeln zum Teil die Verteilung in der Stichprobe wider, von der die überwiegende Mehrheit (93%) der ÄrztInnen in einem städtischen Gebiet arbeiten und nur 6% in der Agglomeration und 1% in einem ländlichen Gebiet. Es zeigt sich jedoch, dass von den ÄrztInnen, die in der Stadt arbeiten, sich rund ein Drittel der ÄrztInnen (31%) (auch) vorstellen könnte, in der Agglomeration und 12% auf dem Land zu arbeiten.⁴⁸

Ebenfalls interessant im Hinblick auf die Ärzteknappeheit in ländlichen Regionen sind Unterschiede nach Alter. Es zeigt sich, dass die jüngeren ÄrztInnen tendenziell häufiger das Land als einen bevorzugten Arbeitsort angeben als ihre älteren KollegInnen (vgl. folgende Tabelle). Zwischen Männern und Frauen unterscheiden sich die Präferenzen nicht signifikant.

⁴⁸ Die Einteilung der ÄrztInnen der Stichprobe wurde basierend auf der angegebenen PLZ und der Raumgliederung des BFS gemacht. Es ist möglich, dass die Befragten städtische Gebiete gemäss BFS-Gliederung als Agglomeration einstufen. Dadurch könnte dieses Ergebnis verzerrt sein. Die AGZ hat in ihrer Datenbank die ÄrztInnen nach Stadt und Land unterschieden. Gemäss diesen Angaben arbeiten von den AGZ-Mitgliedern 37% in einer ländlichen und 63% in einer städtischen Region.

Tabelle 103: ÄrztInnen: Präferierte geografische Lage des Arbeitsortes nach Alter

	jünger als 45 Jahre	45 - 54 Jahre	55 - 64 Jahre	65 und älter	Total	N	p-value
Stadt	55%	55%	52%	60%	55%	960	0.368
Agglomeration	36%	28%	32%	31%	31%	960	0.299
Land	18%	11%	12%	6%	12%	960	0.007**
Für mich nicht wichtig.	13%	24%	21%	17%	20%	960	0.039*

Frage: Unabhängig von Ihrer jetzigen Arbeitsform: Was wäre die von Ihnen bevorzugte Arbeitsform in Bezug auf die geografische Lage?

** = signifikant auf 1%-Niveau

* = signifikant auf dem 5%-Niveau

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

5.6. Arbeitsverhältnis

Selbstständigkeit ist für die ÄrztInnen attraktiver als ein Angestelltenverhältnis.

In der Onlinebefragung geben 71% der ÄrztInnen an, dass die Selbstständigkeit ihr bevorzugtes Arbeitsverhältnis ist. Nur 11% präferieren eine Anstellung und 17% geben an, dass ihnen dies nicht wichtig ist. Auch bei der Frage danach, wie wichtig es den ÄrztInnen ist, selbstständig/als Unternehmer tätig zu sein, zeigt sich diese klare Präferenz (76% Zustimmung wichtig oder eher wichtig). Die TeilnehmerInnen der Fokusgruppengespräche nannten vor allem Vorteile der Selbstständigkeit: *«Sich selbst organisieren können, Arbeitsprozesse und Zusammenarbeit selbst gestalten, eigene Entscheidungen treffen, Zeit selbst einteilen/selbst entscheiden, wie lange man mit den PatientInnen spricht, freie Gestaltung des Arbeitsalltags, sich freuen wenn es flo-riert, selbst den Geschäftserfolg beeinflussen, mehr Motivation wenn es das eigene Geschäft ist, Selbstverwirklichung»*. Diese Vorteile sahen die Teilnehmenden nicht nur gegenüber der Arbeit im Spital sondern auch gegenüber der einem Angestelltenverhältnis in einer Praxis bzw. einem Ärztenetzwerk.

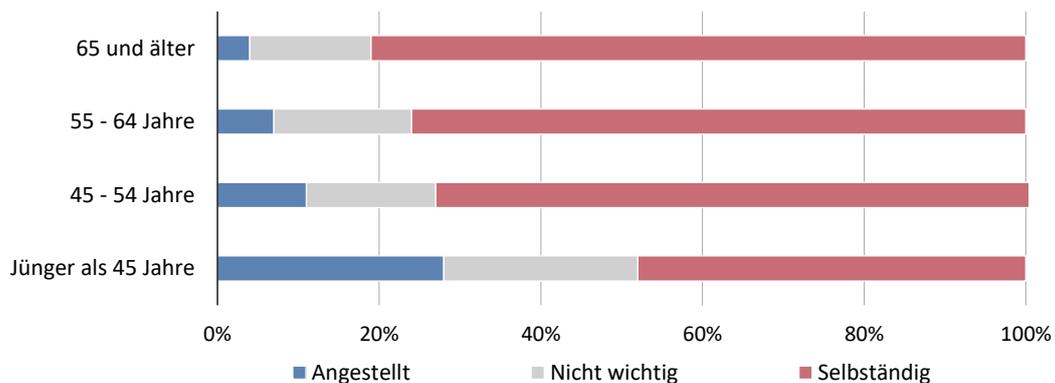
Angestellte in Praxen würden teils die Selbstständigkeit bevorzugen.

Die in der Onlinebefragung befragten PraxisärztInnen sind überwiegend (87%) selbständig tätig. Für diese PraxisärztInnen ist die Selbstständigkeit grossmehrheitlich (89%) auch das bevorzugte Arbeitsverhältnis. Unter den angestellten ÄrztInnen ist das Angestelltenverhältnis hingegen nur von einem Drittel explizit favorisiert. Der Mehrheit dieser ÄrztInnen ist das Arbeitsverhältnis nicht wichtig, ein Viertel würde aber eine Selbstständigkeit bevorzugen.

Anspruch an Selbständigkeit/Unternehmertum in jüngeren Generationen weniger hoch.

Zwischen verschiedenen Facharztgruppen bestehen keine signifikanten Unterschiede darin, ob die ÄrztInnen angestellt oder selbständig tätig sein möchten. Wohl aber zeigen sich Unterschiede nach Altersgruppe: Jüngere ÄrztInnen präferieren relativ seltener die Selbständigkeit als ein Angestelltenverhältnis. Dies könnte damit zusammenhängen, dass jüngere ÄrztInnen zunächst verschiedene Arbeitserfahrungen sammeln möchten, bevor sie sich niederlassen. Möglicherweise ist dies aber auch ein Generationeneffekt.

Abbildung 44: ÄrztInnen: Präferiertes Arbeitsverhältnis nach Altersgruppe



Frage: Unabhängig von Ihrer jetzigen Arbeitsform: Was wäre die von Ihnen bevorzugte Arbeitsform in Bezug auf das Arbeitsverhältnis?

N=960, fehlend=0.

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

5.7. Fazit

1. ÄrztInnen haben einen starken Wunsch nach Umgang mit Menschen und Aufbau eines Vertrauensverhältnisses zu PatientInnen. Dies entspricht auch den Vorstellungen einer guten Versorgung aus Sicht der Bevölkerung. Versorgungsorte mit wechselnden PatientInnen wie Spitalambulatorien oder die Permanence sind vermutlich auch aus diesem Grund ein weniger beliebter Arbeitsplatz für ÄrztInnen.
2. Zielkonflikt zwischen Wunsch nach Bezug zu PatientInnen und Flexibilität: Das Bedürfnis, vertraute Ansprechperson für PatientInnen zu sein, steht im Konflikt mit dem Wunsch nach

- Teilzeitmöglichkeiten insbesondere bei jüngeren ÄrztInnen, da sie weniger flexibel sind, PatientInnen zu empfangen, wenn diese spontan eine Konsultation benötigen oder selbst terminlich wenig flexibel sind.
3. Für die befragten ÄrztInnen sind inhaltlich-fachliche Aspekte, Flexibilität und der Austausch mit KollegInnen wichtigere Ansprüche an die Arbeit als extrinsische Aspekte wie Verdienst- und Karrieremöglichkeiten und die Anerkennung in der Gesellschaft.
 4. Die ÄrztInnen beurteilen ihr Arbeitsumfeld und ihre Arbeitsbedingungen insgesamt positiv, wobei Work-Life-Balance, Leistungsdruck, Betriebskosten und finanzielle Vorgaben mit je mehr als ein Drittel (weniger) Zufriedenen Stimmungshemmer darstellen. Mit der administrativen Arbeitslast sind gar drei Viertel der Befragten (weniger) zufrieden. In den Fokusgruppengesprächen wünschen sich die ÄrztInnen weniger Kostendruck und Tarifeingriffe, mehr Planungssicherheit und generell weniger Vorgaben, die Eingriffe in die Therapiefreiheit darstellen.
 5. Ambulante Arbeitsorte bei den ÄrztInnen bevorzugt: Der fachliche Kontext der Arbeit und fachliche Herausforderungen spielen für ÄrztInnen ebenfalls eine wichtige Rolle bei ihrer Arbeit. Auch wenn diese fachlichen Ansprüche tendenziell aus Sicht der ÄrztInnen etwas besser im Spital erfüllt sind, zeigt sich, dass die ÄrztInnen stärker ambulante Arbeitsorte bevorzugen – darunter auch solche, die heute im Spital arbeiten. Dies hängt damit zusammen, dass andere wichtige Ansprüche wie der Umgang mit PatientInnen, flexible Arbeitsbedingungen und die Möglichkeit selbständig tätig zu sein, besser in der Praxis erfüllt sind.
 6. GrundversorgerInnen und SpezialistInnen arbeiten meist in dem Fachbereich, der ihren Präferenzen nach breiterer Ausrichtung und/oder Vertiefung in ein Fachgebiet entspricht. SpezialistInnen haben grossmehrheitlich (über 90%) auch den Anspruch, sich in ein Fachgebiet zu vertiefen. Bei ÄrztInnen der jüngeren Generation zeigt sich keine veränderte Tendenz hin zu Vertiefung oder breiterer fachlichen Ausrichtung.
 7. Selbständigkeit in einer Gruppen-/Gemeinschaftspraxis ist die beliebteste Arbeitsform. Deutlich gegenüber Einzelpraxen bevorzugen die ÄrztInnen eine Tätigkeit in einer Gruppen- oder Gemeinschaftspraxis. Auch jüngere ÄrztInnen, die eine Praxis als bevorzugten Arbeitsort angeben, tendieren vergleichsweise stärker hin zu einer Gemeinschafts- oder Gruppenpraxis. Darüber hinaus wünschen die PraxisärztInnen mehrheitlich selbständig tätig zu sein.
 8. Die bevorzugte Arbeitsform ist nicht immer umsetzbar: Mehrheitlich arbeiten die ÄrztInnen an dem Arbeitsort (institutionell) und in dem Arbeitsverhältnis (angestellt/selbständig), das ihrer Präferenz entspricht. Wenn dies nicht der Fall ist, zeigen sich folgende Tendenzen: Praxis statt Spital, Gemeinschafts-/Gruppenpraxis statt Einzelpraxis, selbständig statt angestellt. Gemäss den Fokusgruppengesprächen sind zum Teil auch fehlende Teilzeitmöglichkeiten Grund dafür, dass ÄrztInnen nicht in ihrer bevorzugten Arbeitsform arbeiten.

9. Von den ÄrztInnen, die heute in städtischen Regionen arbeiten, könnte sich ein Teil auch prinzipiell vorstellen auf dem Land zu arbeiten – darunter vor allem auch jüngere ÄrztInnen. (Die Ergebnisse sind mit Vorsicht zu interpretieren, da sie auf zwei unterschiedlichen Zuordnungen Stadt/Agglomeration/Land basieren.) Allerdings dürfte der ländliche Arbeitsort auch im Konflikt stehen mit dem Wunsch, in einer Gemeinschafts-/Gruppenpraxis zu arbeiten.

6. Beurteilung der Kosten und mögliche Massnahmen zur Kostensenkung

In diesem Kapitel werden die viel diskutierten Kosten im Gesundheitswesen beleuchtet und inwiefern diese aus Sicht der Bevölkerung und ÄrztInnen gerechtfertigt sind. Des Weiteren werden Massnahmen zur Kostensenkung und deren Akzeptanz bei der Bevölkerung und den Leistungserbringern behandelt. Hierzu fliessen Erkenntnisse aus den Fokusgruppengesprächen und der Online-Befragung sowie punktuelle Ergänzungen aus der bestehenden Literatur ein.

Tabelle 104: Behandelte Fragen zu den Kosten und möglichen Massnahmen zur Kostensenkung

Bevölkerung
Wenn Sie sich die Qualität des Schweizer Gesundheitswesens vor Augen führen, haben Sie den Eindruck, die monatlichen Prämien (inkl. allfälliger Franchisen und Selbstbehalt) für das Gesundheitswesen liegen in einer angemessenen Höhe?
Haben Sie den Eindruck, Sie hätten in der Vergangenheit bereits Leistungen/Therapien verschrieben erhalten, die nicht angebracht oder unnötig waren? Falls ja, welche?
Welche Abstriche wären Sie bereit, in Kauf zu nehmen, wenn dadurch Ihre Prämien sinken würden?
ÄrztInnen
Wenn Sie sich die Qualität des Schweizer Gesundheitswesens vor Augen führen, haben Sie den Eindruck, die Gesamtkosten von ca. 67 Mia. CHF pro Jahr liegen in einer angemessenen Höhe?
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? Falls ja: Welches waren die Gründe dafür?
Welche der folgenden Massnahmen, die das Ziel haben, den Kostenanstieg zu bremsen, sind aus Ihrer Sicht sinnvoll?

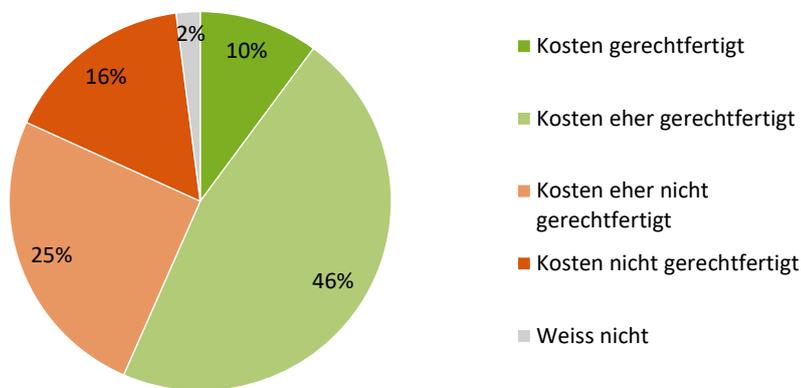
Tabelle INFRAS.

6.1. Sicht Bevölkerung

6.1.1. Beurteilung der Kosten

Jüngere Personen beurteilen das Kosten-Nutzen-Verhältnis im Gesundheitswesen kritischer

Abbildung 45: Bevölkerung: Beurteilung der Kosten angesichts der Qualität des Gesundheitswesens



Frage: Wenn Sie sich die Qualität des Schweizer Gesundheitswesens vor Augen führen, haben Sie den Eindruck, die Höhe der monatlichen Krankenkassenprämien (inkl. allfälliger Franchisen und Selbstbehalt) ist gerechtfertigt?

N= 1005, fehlend: 0.

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Insgesamt sind etwas mehr als die Hälfte der Befragten mit dem Kosten-Nutzen-Verhältnis im Gesundheitswesen zufrieden. Junge beurteilen das Kosten-Nutzen-Verhältnis kritischer als ältere Personen. Wie vorangehendes Kapitel zeigt, beurteilen jüngere Personen die unterschiedlichen Aspekte des Gesundheitswesens auch deutlich kritischer. Diese grössere Unzufriedenheit dürfte dazu führen, dass das Kosten-Nutzen-Verhältnis des Gesundheitssystems als schlechter eingestuft wird. Ebenfalls beurteilen Personen mit städtischem Wohnort das Kosten-Nutzen-Verhältnis des Gesundheitssystems eher positiver als Personen mit ländlichem Wohnort.

Tabelle 105: Bevölkerung: Beurteilung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses im Gesundheitswesen nach Alter

	18-39 Jahre	40-64 Jahre	65 Jahre und älter	Total	N	p-value
Anteil zufrieden/eher zufrieden	56%	54%	68%	58%	987	0.005**

Frage: Wenn Sie sich die Qualität des Schweizer Gesundheitswesens vor Augen führen, haben Sie den Eindruck, die Höhe der monatlichen Krankenkassenprämien (inkl. allfälliger Franchisen und Selbstbehalt) ist gerechtfertigt?

** = signifikant auf 1%-Niveau

Tabelle INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Tabelle 106: Bevölkerung: Beurteilung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses im Gesundheitswesen nach Urbanität des Wohnorts

	Städtisch	Intermediär	Ländlich	Total	N	p-value
Anteil zufrieden/eher zufrieden	62%	52%	51%	58%	966	0.013*

Frage: Wenn Sie sich die Qualität des Schweizer Gesundheitswesens vor Augen führen, haben Sie den Eindruck, die Höhe der monatlichen Krankenkassenprämien (inkl. allfälliger Franchisen und Selbstbehalt) ist gerechtfertigt?

* = signifikant auf dem 5%-Niveau

Tabelle INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Ferner beurteilen SchweizerInnen das Kosten-Nutzen-Verhältnis positiver als AusländerInnen (SchweizerInnen sind zu 61% mit dem Kosten-Nutzen Verhältnis zufrieden, AusländerInnen zu 45%, signifikant auf dem 1%-Niveau). Es ist nicht bekannt, welche Staatsbürgerschaft die Befragten ohne Schweizer Stimmberechtigung haben. Bei einigen dürften dies jedoch Länder sein, in denen die Gesundheitssysteme steuerfinanziert sind und kaum oder wenig Eigenbeiträge zu leisten sind. Die in der Schweiz monatlich zu leistenden Krankenkassenprämien sowie die Franchisen und Selbstbehalt könnten Personen, die an steuerfinanzierte Modelle gewöhnt sind, deshalb als besonders teuer erscheinen.

Schliesslich beurteilen Personen in regelmässiger medizinischer Behandlung das Kosten-Nutzen-Verhältnis besser als Personen, die selten in medizinischer Behandlung sind.

Tabelle 107: Bevölkerung: Beurteilung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses im Gesundheitswesen nach Häufigkeit von Arztbesuchen

	Häufigkeit Arztbesuche				Total	N	p-value
	nie	selten	mittel	häufig			
Anteil zufrieden/eher zufrieden	44%	60%	66%	55%	57%	985	0.001**

Frage: Wenn Sie sich die Qualität des Schweizer Gesundheitswesens vor Augen führen, haben Sie den Eindruck, die Höhe der monatlichen Krankenkassenprämien (inkl. allfälliger Franchisen und Selbstbehalt) ist gerechtfertigt?

Kategorien der Häufigkeit von Arztbesuchen: Nie = Nie, selten = 1-3 Mal jährlich, mittel = ca. vierteljährlich, häufig = monatlich/wöchentlich oder mehr.

** = signifikant auf 1%-Niveau

Tabelle INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Jeder vierte nimmt eine Überversorgung wahr, vor allem bei den Medikamenten.

Bei 28% der Befragten besteht der Eindruck, in der Vergangenheit bereits einmal medizinische Leistungen verschrieben erhalten zu haben, die nicht nötig waren. Dies war öfters bei Frauen der Fall als bei Männern (bei 34% im Vergleich zu 26%, signifikant auf dem 5%-Niveau) und bei jüngeren Personen im Vergleich zu älteren Personen (siehe Tabelle 108).

Tabelle 108: Bevölkerung: Eindruck, unnötige Leistungen erhalten zu haben nach Alter

	18-39 Jahre	40-64 Jahre	65 Jahre und älter	Total	N	p-value
Anteil mit unnötigen Leistungen	36%	31%	19%	28%	1005	<0.001**

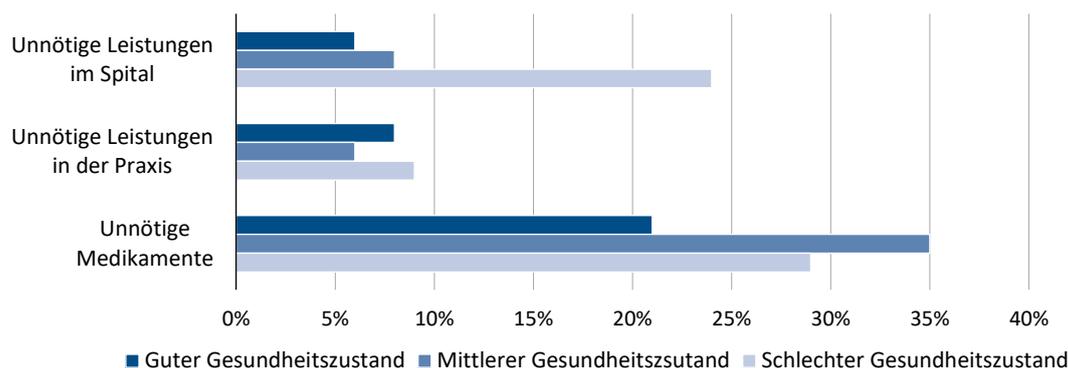
Frage: Haben Sie den Eindruck, Sie hätten in der Vergangenheit bereits Leistungen/Therapien verschrieben erhalten, die nicht angebracht oder unnötig waren? Falls ja, welche?

** = signifikant auf 1%-Niveau

Tabelle INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Diesen Eindruck haben vor allem Personen mit schlechterem Gesundheitszustand (siehe Abbildung 46, signifikant auf dem 1%-Niveau). Dies dürfte mitunter daran liegen, dass Personen mit schlechterem Gesundheitszustand bereits öfters Therapien und Behandlungen durchgemacht haben als gesündere Personen. Schliesslich zeigt sich ein besonders grosser Unterschied diesbezüglich zwischen Personen mit Versicherungstyp Hausarztmodell und Personen mit Telefonmodell. Erstere gehen zu 26% davon aus, unnötige Leistungen erhalten zu haben, zweitere zu 38% (signifikant auf dem 5%-Niveau).

Abbildung 46: Bevölkerung: Eindruck, unnötige Leistungen erhalten zu haben



Frage: Haben Sie den Eindruck, Sie hätten in der Vergangenheit bereits Leistungen/Therapien verschrieben erhalten, die nicht angebracht oder unnötig waren? Falls ja, welche?

Mehrfachantworten möglich. N= 1005, fehlend = 0.

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz

Am häufigsten geben die Befragten an, unnötige Medikamente verschrieben erhalten zu haben (20% der Befragten geben dies an). Je rund 6% bzw. 7% haben den Eindruck, entweder im Spital unnötig behandelt worden zu sein bzw. in einer Praxis.

Der Eindruck, dass nicht alle erhaltenen Leistungen medizinisch nötig sind, wird auch in den Fokusgruppengesprächen geäußert, teilweise im Bereich der Medikamente aber teilweise auch bei medizinischen Untersuchungen. So würden vereinzelte Kliniken beispielsweise Veranstaltungen mit kostenlosen Erstuntersuchungen (bspw. MRI/CT) anbieten. Die TeilnehmerInnen gehen davon aus, dass dadurch auch Behandlungen verschrieben würden, die medizinisch nicht notwendig seien.

6.1.2. Mögliche Massnahmen zur Kostenreduktion

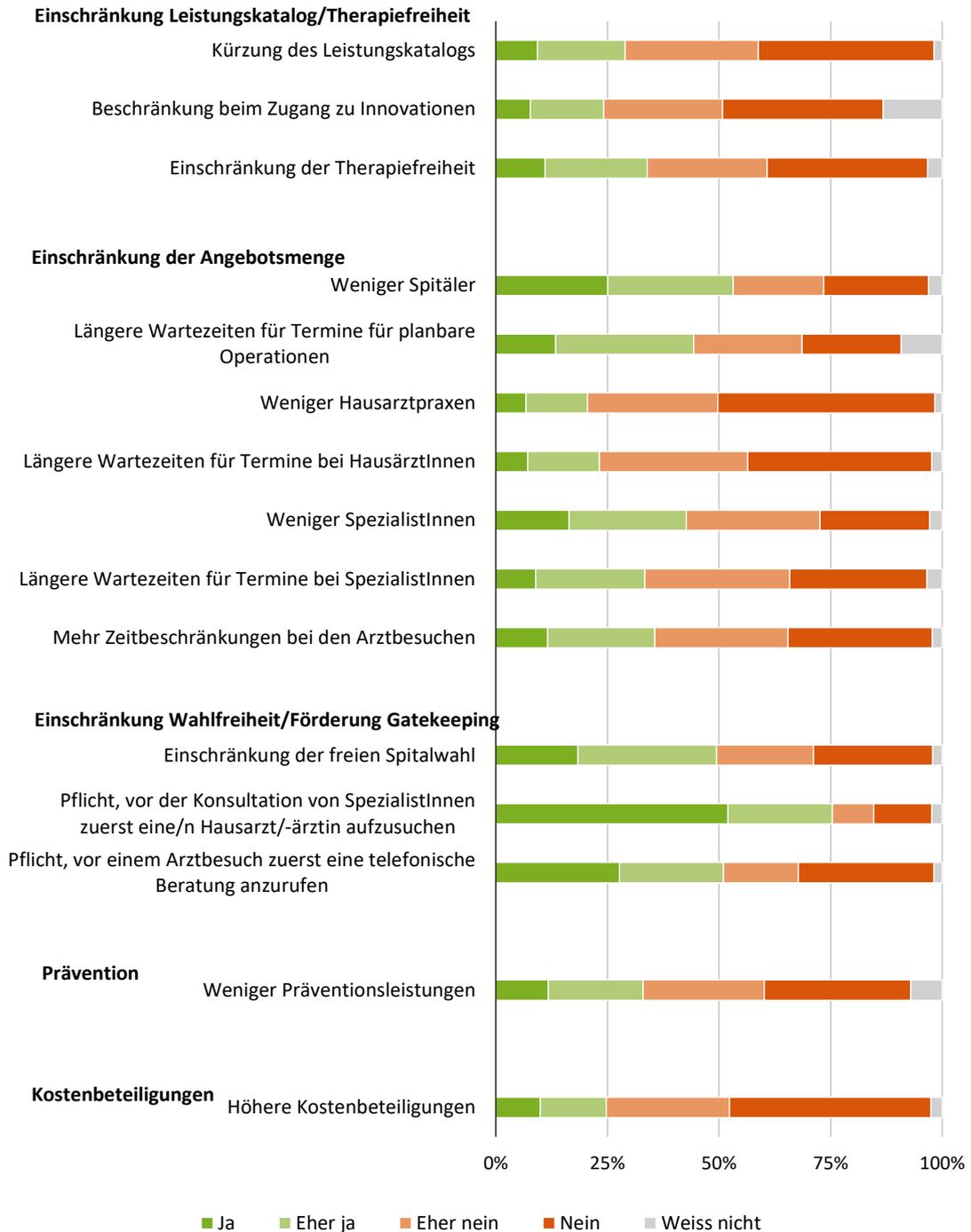
Die Kosten im Gesundheitswesen beschäftigen die Bevölkerung. Dies zeigt auch die repräsentative Umfrage des gfs.bern (2018), in der 47% der Befragten sich für automatische Massnahmen zur Kostenbegrenzung aussprechen, sobald die Prämien stärker steigen als die Löhne. Über solche Massnahmen wurde auch in den Fokusgruppengesprächen diskutiert. Mit Massnahmen, welche den Leistungsumfang oder die Qualität beeinträchtigen würden, zeigten sich die Fokusgruppenteilnehmenden wenig einverstanden. Lediglich in einer Fokusgruppe – mit Personen im Alter von 40–64 Jahren – haben sich einzelne Teilnehmende für eine Zusammenlegung von Regionalspitälern ausgesprochen. In allen Gruppen befürworteten die TeilnehmerInnen ferner die Verschreibung von Generika, sofern diese vorhanden sind, als sinnvolle Massnahme zur Kostendämpfung. Ansonsten sahen die PatientInnen v.a. Kosteneinsparpotenzial bei Massnahmen, welche die Verschwendung im Gesundheitswesen bekämpfen sollten:

- Versicherungen: Einige TeilnehmerInnen, insbesondere der Fokusgruppe mit Personen zwischen 18 und 39 Jahren, sehen Sparpotenzial wenn die Werbung um Kunden unter Versicherungen reduziert würde. Diese Ausgaben brächten den Versicherten letztendlich keinen Nutzen in Form von Gesundheitsleistungen. Einige TeilnehmerInnen dieser Gruppe sprachen sich deswegen für eine Einheitskrankenkasse aus.
- Leistungserbringer: Wie erwähnt sind die TeilnehmerInnen der Ansicht, dass durch eine bessere Koordination Kosten gespart werden könnten. Beispielsweise müssten die Resultate von Diagnosen besser ausgetauscht werden, so dass diese nicht durch unterschiedliche ÄrztInnen wiederholt werden müssen. In der Gruppe mit pflegebedürftigen Personen wird diesbezüglich insbesondere erwähnt, dass die Medikamentenabgabe unter den ÄrztInnen stärker abgeglichen werden könnte. Einzelne berichten, sie würden von allen aufgesuchten ÄrztInnen wieder neue Medikamente erhalten («*Ich habe daheim einen vollen Sack mit Medikamenten, den ich wieder in die Apotheke bringen könnte*»). Bei anderen wiederum nimmt der Hausarzt/die Hausärztin die Koordinationsrolle wahr.

- Leistungserbringer: Anreize für die Leistungserbringer, unnötige Leistungen zu verschreiben, reduzieren (*«Geräte müssen ja amortisiert werden»*).
- PatientInnen: Bewusstsein stärken, wann ein Besuch bei ÄrztInnen bzw. der Notaufnahme nötig ist, und wann abgewartet werden könne.
- Politik: Druck ausüben, dass die Medikamentenpreise in der Schweiz gesenkt werden. Dabei stossen die rigiden Regeln der Versicherer, dass nur in der Schweiz bezogene Medikamente abgerechnet werden dürfen, auf wenig Verständnis. Eine Unzufriedenheit mit den Medikamentenpreisen hat auch das gfs.bern (2018) festgestellt, wonach knapp 80% der Befragten der Ansicht ist, dass die Medikamentenpreise in der Schweiz zu hoch seien.

Auch in der Onlinebefragung wurden die TeilnehmerInnen aufgefordert anzugeben, inwiefern sie mit Massnahmen einverstanden wären, um die Gesundheitskosten zu reduzieren:

Abbildung 47: Bevölkerung: Akzeptanz von Massnahmen 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.

Vermehrtes «Gatekeeping» beliebteste Massnahme zur Kostenreduktion bei der Bevölkerung

Mit 77% findet das Modell, bei dem vor einem Besuch von SpezialistInnen ein Hausarzt/eine Hausärztin aufgesucht wird (Gatekeeping durch HausärztInnen) als mögliche Massnahme, um Kosten zu reduzieren die grösste Akzeptanz. Mit gut 50% zeigt sich ebenfalls die Hälfte der Befragten damit einverstanden, vor Arztbesuchen eine telefonische Beratung in Anspruch zu nehmen. In der Studie der gfs.bern (2018) wurde ebenfalls abgefragt, inwiefern eine Einschränkung der freien Arztwahl eine Möglichkeit wäre, um die Kosten zu senken. Ohne genauere Beschreibung, wie die freie Arztwahl eingeschränkt werden würde, stimmten nur knapp 40% der Befragten dieser Massnahme zu. Dies sind deutlich weniger als in vorliegender Umfrage, in der je nach Form der Einschränkung die Hälfte bis drei Viertel der Massnahme gegenüber positiv eingestellt sind.

Auch eine andere Massnahme, die die Wahlfreiheit der Bevölkerung einschränkt findet bei der Hälfte der Befragten Zustimmung – namentlich die freie Spitalwahl. Die Befragung des gfs.bern (2018) zeigt ebenfalls, dass rund die Hälfte der Befragten einer Einschränkung der freien Spitalwahl als Massnahme zur Kostensenkung positiv gegenüberstehen. Die freie Spitalwahl wurde im Rahmen der Gesetzesänderung zur Spitalfinanzierung (2012) neu gesetzlich verankert. Vorher mussten PatientInnen eine Zusatzversicherung abschliessen, wenn sie in einem ausserkantonalen Spital behandelt werden wollten.

Je schlechter der Gesundheitszustand, desto weniger ist man gewillt, sich stärkerem «Gatekeeping» zu unterstellen. Genau derselbe deutliche Zusammenhang zeigt sich auch bei Personen, die öfters zu ÄrztInnen müssen. Des Weiteren sind Personen mit chronischen Krankheiten weniger gewillt, vor Besuchen bei ÄrztInnen eine telefonische Beratung durchlaufen zu müssen und die freie Spitalwahl einschränken zu lassen. Personen mit chronischen Krankheiten stehen aber dem «Gatekeeping» durch HausärztInnen gleichermassen offen gegenüber wie Personen ohne chronische Krankheit.

Tabelle 109: Bevölkerung: Akzeptanz der Einschränkung der Wahlfreiheit als Kostensenkungsmassnahme nach Gesundheitszustand (Anteil bereit/eher bereit)

	gut	mittel	schlecht	Total	N	p-value
Einschränkung der freien Spitalwahl	55%	46%	29%	52%	983	0.002**
Pflicht, vor einem Arztbesuch zuerst eine telefonische Beratung anzurufen	59%	54%	38%	57%	985	0.035*
Pflicht, vor der Konsultation von SpezialistInnen zuerst eine/n Hausarzt/-ärztin aufzusuchen	80%	72%	62%	78%	982	0.005**

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

Kategorien des Gesundheitszustandes: gut = sehr guter/guter selbst eingeschätzter Gesundheitszustand, mittel = mittelmässiger selbst eingeschätzter Gesundheitszustand, schlecht = schlechter/sehr schlecht eingeschätzter Gesundheitszustand.

* = signifikant auf dem 5% Niveau, ** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Tabelle 110: Bevölkerung: Akzeptanz der Einschränkung der Wahlfreiheit als Kostensenkungsmassnahme nach Häufigkeit von medizinischen Konsultationen (Anteil bereit/eher bereit)

	nie	selten	mittel	häufig	Total	N	p-value
Einschränkung der freien Spitalwahl	64%	53%	48%	40%	52%	982	0.001**
Pflicht, vor einem Arztbesuch zuerst eine telefonische Beratung anzurufen	65%	60%	50%	47%	57%	985	0.003**
Pflicht, vor der Konsultation von SpezialistInnen zuerst eine/n Hausarzt/-ärztin aufzusuchen	80%	79%	81%	68%	78%	983	0.036*

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

Kategorien der Häufigkeit von Arztbesuchen: Nie = Nie, selten = 1-3 Mal jährlich, mittel = ca. vierteljährlich, häufig = monatlich/wöchentlich oder mehr.

* = signifikant auf dem 5% Niveau, ** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Tabelle 111: Bevölkerung: Akzeptanz der Einschränkung der Wahlfreiheit als Kostensenkungsmassnahme nach chronischer Krankheit (Anteil bereit/eher bereit)

	Chronische Krankheit	Keine chronische Krankheit	Total	N	p-value
Einschränkung der freien Spitalwahl	47%	57%	52%	975	0.005**
Pflicht, vor einem Arztbesuch zuerst eine telefonische Beratung anzurufen	51%	62%	57%	976	0.001**
Pflicht, vor der Konsultation von SpezialistInnen zuerst eine/n Hausarzt/-ärztin aufzusuchen	76%	80%	78%	974	0.161

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

* = signifikant auf dem 5% Niveau, ** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Ebenfalls zeigen sich Personen je nach Versicherungsmodell unterschiedlich bereit, Massnahmen mit Einschränkung der Wahlfreiheit zu akzeptieren. Personen mit Standardversicherung zeigen sich für alle drei Vorschläge (Einschränkung der freien Spitalwahl, «Gatekeeping» durch HausärztInnen und «Gatekeeping» durch eine telefonische Beratung) am wenigsten offen. Dies erstaunt wenig, da diese Personen auch bereit sind, höhere Versicherungsprämien für einen niederschweligen Zugang zu den Leistungserbringern zu bezahlen. Umgekehrt erstaunt, dass immerhin rund die Hälfte der Standardversicherten ein «Gatekeeping» in Kauf nehmen würden, da sie dies heute bereits für tiefer Prämien könnten. Ferner befürworten die Personen, welche bereits ein «Gatekeeping» in ihrem Versicherungsmodell haben, jeweils die in ihrem Modell enthaltene Massnahme am.⁴⁹

Tabelle 112: Bevölkerung: Akzeptanz der Einschränkung der Wahlfreiheit als Kostensenkungsmassnahme nach Versicherungsmodell (Anteil bereit/eher bereit)

	Standardversicherung	HMO-Versicherung	Hausarztmodell	Telefonmodell	Total	N	p-value
Einschränkung der freien Spitalwahl	32%	66%	58%	55%	52%	962	<0.001**
Pflicht, vor einem Arztbesuch zuerst eine telefonische Beratung anzurufen	35%	68%	54%	90%	57%	967	<0.001**
Pflicht, vor der Konsultation von SpezialistInnen zuerst eine/n Hausarzt/-ärztin aufzusuchen	54%	94%	86%	73%	78%	962	<0.001**

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

* = signifikant auf dem 5% Niveau, ** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Ferner zeigen sich gewisse Unterschiede nach Alter, Haushaltstyp und Staatsbürgerschaft:

- Jüngere Personen stehen einer Einschränkung der freien Spitalwahl sowie einem «Gatekeeping» mittels telefonischer Abklärung offener gegenüber als ältere Personen.⁵⁰ Ein «Gatekeeping» durch HausärztInnen ist für jüngere und ältere Personen gleichermassen

⁴⁹ d.h. Personen mit Telefonversicherungsmodell die Pflicht, vor einem Besuch bei ÄrztInnen eine telefonische Beratung zu erhalten bzw. Personen mit HMO-Versicherung und Hausarztmodell eine Konsultation bei HausärztInnen zur Weiterleitung an SpezialistInnen.

⁵⁰ 69% der Personen im Alter von 18-39 Jahren, 54% derjenigen im Alter von 40-64 Jahren und 40% der Personen im Alter von 65 oder mehr befürworten ein telefonisches Gate-Keeping (Unterschied signifikant auf dem 1%-Niveau). Eine Einschränkung der freien Spitalwahl befürworten 57% der Personen im Alter von 18-39, 52% derjenigen im Alter von 40-64 und 43% der Personen im Alter von 65 Jahren oder mehr (Unterschied auf dem 1%-Niveau signifikant).

akzeptiert. Dieselben beiden Massnahmen sind auch für Personen in Haushalten mit Kindern beliebter als bei Personen in Haushalten ohne Kinder.⁵¹

- SchweizerInnen sind ferner eher bereit, ein «Gatekeeping» durch HausärztInnen zu akzeptieren als AusländerInnen.⁵² Den restlichen beiden Massnahmen zur Einschränkung der Wahlfreiheit stehen diese beiden Gruppen ähnlich gegenüber.

Verringerung des Angebots am ehesten im stationären Bereich akzeptiert, am wenigsten bei den HausärztInnen.

Rund die Hälfte der Befragten zeigt sich damit (eher) einverstanden, die Anzahl der Spitäler zu reduzieren (56%) bzw. auch längere Wartezeiten bei planbaren Operationen hinzunehmen (49%), wenn dies die monatlichen Prämien reduziert. Weniger SpezialistInnen bzw. längere Wartezeiten sind ebenfalls für 42% bzw. 35% akzeptabel. Am wenigsten Zuspruch erhält die Massnahme, die Anzahl der Hausarztpraxen zu reduzieren (19%) bzw. die Wartezeiten für Termine zu erhöhen (23%), siehe Abbildung 47. Somit sind Einschränkungen im stationären Angebot bei der Bevölkerung beliebter als Einschränkungen im ambulanten Bereich.

Die genauere Betrachtung nachfolgender Tabellen zeigt, dass es Gruppen gibt, die tendenziell sowohl im stationären Bereich als auch bei den HausärztInnen und SpezialistInnen gleichermassen kritischer sind, das Angebot bzw. gewisse Aspekte davon einzudämmen. Dazu gehören Frauen (Tabelle 113) und Personen in schlechterem Gesundheitszustand (gemessen am selbst wahrgenommenen Gesundheitszustand und der Häufigkeit, mit der jemand eine medizinische Beratung aufsucht, siehe Tabelle 114 und Tabelle 115). Anders verhält es sich bei einer Betrachtung der Antworten nach Alter und Staatsbürgerschaft: Jüngere Personen und AusländerInnen wären vergleichsweise eher damit einverstanden, das Angebot bei den HausärztInnen einzudämmen als ältere Personen und SchweizerInnen (siehe Tabelle 116 und Tabelle 117). Dafür wären sie vergleichsweise weniger oft bereit, eine Angebotsreduktion bei den Spitälern und SpezialistInnen hinzunehmen.

Schliesslich fällt auf, dass Personen mit einem Standardversicherungsmodell signifikant weniger bereit wären, für eine Prämienreduktion eine Einschränkung beim Zugang zu SpezialistInnen und Spitälern hinzunehmen (siehe Tabelle 118).

⁵¹ Personen in Haushalten ohne Kinder befürworten die Einschränkung der freien Spitalwahl zu 49%, während dies bei Personen in Haushalten mit Kindern bei 65% der Fall ist (signifikant auf dem 1%-Niveau). Erstere befürworten ferner ein Gatekeeping durch eine telefonische Beratung zu 55% während zweitere dies zu 67% befürworten (signifikant auf dem 1%-Niveau).

⁵² Mit 80% im Vergleich zu 69%, signifikant auf dem 1%-Niveau.

Tabelle 113: Bevölkerung: Akzeptanz einer Verringerung des Leistungsangebots zur Kostenreduktion nach Geschlecht (Anteil bereit/eher bereit)

	Mann	Frau	Total	N	p-value
Weniger Spitäler	63%	49%	56%	972	<0.001**
Weniger Hausarztpraxen	23%	16%	19%	982	0.005**
Weniger SpezialistInnen	45%	40%	42%	973	0.178
Längere Wartezeiten für Termine bei HausärztInnen	24%	22%	23%	981	0.504
Längere Wartezeiten für Termine bei SpezialistInnen	35%	35%	35%	970	0.998
Längere Wartezeiten für Termine für planbare Operationen (bspw. Gelenksoperationen)	50%	49%	49%	902	0.759

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

* = signifikant auf dem 5% Niveau, ** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz

Tabelle 114: Bevölkerung: Akzeptanz einer Verringerung des Leistungsangebots zur Kostenreduktion nach Gesundheitszustand (Anteil bereit/eher bereit)

	gut	mittel	schlecht	Total	N	p-value
Weniger Spitäler	57%	49%	60%	56%	971	0.152
Weniger Hausarztpraxen	20%	13%	28%	19%	980	0.063
Weniger SpezialistInnen	46%	29%	37%	42%	972	0.001**
Längere Wartezeiten für Termine bei HausärztInnen	25%	18%	10%	23%	979	0.035*
Längere Wartezeiten für Termine bei SpezialistInnen	37%	33%	26%	35%	968	0.329
Längere Wartezeiten für Termine für planbare Operationen (bspw. Gelenksoperationen)	52%	41%	36%	49%	901	0.017*

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

Kategorien des Gesundheitszustandes: gut = sehr guter/guter selbst eingeschätzter Gesundheitszustand, mittel = mittelmässiger selbst eingeschätzter Gesundheitszustand, schlecht = schlechter/sehr schlecht eingeschätzter Gesundheitszustand.

* = signifikant auf dem 5% Niveau, ** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Tabelle 115: Bevölkerung: Akzeptanz einer Verringerung des Leistungsangebots zur Kostenreduktion nach Häufigkeit von medizinischen Konsultationen (Anteil bereit/eher bereit)

	nie	selten	mittel	häufig	Total	N	p-value
Weniger Spitäler	59%	57%	60%	44%	56%	970	0.027*
Weniger Hausarztpraxen	23%	19%	18%	17%	19%	980	0.502
Weniger SpezialistInnen	49%	43%	43%	31%	42%	971	0.023*
Längere Wartezeiten für Termine bei HausärztInnen	28%	25%	16%	19%	23%	979	0.053
Längere Wartezeiten für Termine bei SpezialistInnen	38%	37%	32%	33%	35%	968	0.507
Längere Wartezeiten für Termine für planbare Operationen (bspw. Gelenksoperationen)	50%	52%	47%	40%	49%	900	0.138

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

Kategorien der Häufigkeit von Arztbesuchen: Nie = Nie, selten = 1-3 Mal jährlich, mittel = ca. vierteljährlich, häufig = monatlich/wöchentlich oder mehr.

* = signifikant auf dem 5% Niveau, ** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Tabelle 116: Bevölkerung: Akzeptanz einer Verringerung des Leistungsangebots zur Kostenreduktion nach Alter (Anteil bereit/eher bereit)

	18-39 Jahre	40-64 Jahre	65 Jahre und älter	Total	N	p-value
Weniger Spitäler	42%	65%	63%	56%	972	<0.001**
Weniger Hausarztpraxen	27%	15%	13%	19%	982	<0.001**
Weniger SpezialistInnen	36%	44%	51%	42%	973	0.003**
Längere Wartezeiten für Termine bei HausärztInnen	28%	19%	21%	23%	981	0.011*
Längere Wartezeiten für Termine bei SpezialistInnen	38%	35%	32%	35%	970	0.432
Längere Wartezeiten für Termine für planbare Operationen (bspw. Gelenksoperationen)	50%	50%	47%	49%	902	0.811

Frage: Welche Abstriche wären Sie bereit, in Kauf zu nehmen, wenn dadurch Ihre Prämien sinken würden? n=1'005

* = signifikant auf dem 5% Niveau, ** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Tabelle 117: Bevölkerung: Akzeptanz einer Verringerung des Leistungsangebots zur Kostenreduktion nach Staatsbürgerschaft (Anteil bereit/eher bereit)

	SchweizerInnen	AusländerInnen	Total	N	p-value
Weniger Spitäler	61%	34%	56%	972	<0.001**
Weniger Hausarztpraxen	18%	27%	19%	982	0.007**
Weniger SpezialistInnen	47%	23%	42%	973	<0.001**
Längere Wartezeiten für Termine bei HausärztInnen	23%	24%	23%	981	0.642
Längere Wartezeiten für Termine bei SpezialistInnen	37%	27%	35%	970	0.016*
Längere Wartezeiten für Termine für planbare Operationen (bspw. Gelenksoperationen)	51%	41%	49%	902	0.025*

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

* = signifikant auf dem 5% Niveau, ** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Tabelle 118: Bevölkerung: Akzeptanz einer Verringerung des Leistungsangebots zur Kostenreduktion nach Versicherungsmodell (Anteil bereit/eher bereit)

	Standardversicherung	HMO-Versicherung	Hausarztmodell	Telefonmodell	Total	N	p-value
Weniger Spitäler	49%	72%	56%	59%	56%	949	0.013*
Weniger Hausarztpraxen	20%	18%	16%	29%	19%	961	0.009**
Weniger SpezialistInnen	28%	37%	47%	49%	42%	953	<0.001**
Längere Wartezeiten für Termine bei HausärztInnen	18%	21%	23%	30%	23%	958	0.078
Längere Wartezeiten für Termine bei SpezialistInnen	25%	28%	39%	42%	35%	947	0.002**
Längere Wartezeiten für Termine für planbare Operationen (bspw. Gelenksoperationen)	41%	42%	54%	48%	49%	880	0.017*

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

* = signifikant auf dem 5% Niveau, ** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Kürzere Konsultationszeiten für rund ein Drittel der Befragten eine Option, jedoch eher für Gesunde.

Insgesamt geben 34% der Befragten sogar an, grössere Einschränkungen bei der Konsultationszeit hinzunehmen, um dafür tiefere Prämien zu bezahlen (siehe Abbildung 47). Wenig

überraschend wären Personen mit chronischen Krankheiten signifikant weniger oft bereit, diese Abstriche hinzunehmen als Personen ohne chronische Krankheiten (24% im Vergleich zu 43% wären bereit oder eher bereit, signifikant auf dem 1%-Niveau). Ebenfalls sind Personen, die oft ÄrztInnen konsultieren, Personen in schlechtem Gesundheitszustand, jüngere Personen, Frauen⁵³, und SchweizerInnen⁵⁴ weniger bereit, solche Abstriche hinzunehmen.⁵⁵

Tabelle 119: Bevölkerung: Akzeptanz von Zeitbeschränkungen zur Kostenreduktion nach Häufigkeit von medizinischen Konsultationen (Anteil bereit/eher bereit)

	nie	selten	mittel	häufig	Total	N	p-value
Mehr Zeitbeschränkungen bei den Arztbesuchen	41%	40%	22%	22%	34%	981	<0.001**

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

Kategorien der Häufigkeit von Arztbesuchen: Nie = Nie, selten = 1-3 Mal jährlich, mittel = ca. vierteljährlich, häufig = monatlich/wöchentlich oder mehr.

* = signifikant auf dem 5% Niveau, ** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Tabelle 120: Bevölkerung: Akzeptanz von Zeitbeschränkungen zur Kostenreduktion nach Gesundheitszustand (Anteil bereit/eher bereit)

	gut	mittel	schlecht	Total	N	p-value
Mehr Zeitbeschränkungen bei den Arztbesuchen	38%	21%	16%	34%	981	<0.001**

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

Kategorien des Gesundheitszustandes: gut = sehr guter/guter selbst eingeschätzter Gesundheitszustand, mittel = mittelmässiger selbst eingeschätzter Gesundheitszustand, schlecht = schlechter/sehr schlecht eingeschätzter Gesundheitszustand.

* = signifikant auf dem 5% Niveau, ** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

⁵³ Frauen wären hierzu zu 28% und Männer zu 40% bereit, signifikant auf dem 1%-Niveau.

⁵⁴ AusländerInnen wären hierzu zu 42% bereit im Vergleich zu SchweizerInnen, die zu 32% dieser Massnahme zustimmen, signifikant auf dem 1%-Niveau.

⁵⁵ Keine Unterschiede zeigen sich nach Einkommen und Bildung.

Tabelle 121: Bevölkerung: Akzeptanz von Zeitbeschränkungen zur Kostenreduktion nach Alter (Anteil bereit/eher bereit)

	18-39 Jahre	40-64 Jahre	65 Jahre und älter	Total	N	p-value
Mehr Zeitbeschränkungen bei den Arztbesuchen	43%	32%	22%	34%	983	<0.001**

Frage: Welche Abstriche wären Sie bereit, in Kauf zu nehmen, wenn dadurch Ihre Prämien sinken würden? n=1'005

* = signifikant auf dem 5% Niveau, ** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Gegenüber Einschränkungen der Therapiefreiheit und des Leistungskatalogs sind Personen in schlechtem Gesundheitszustand kritisch.

Tendenziell wenig Zustimmung finden Massnahmen, welche den Leistungskatalog bzw. die Therapiefreiheit⁵⁶ eingrenzen (siehe Abbildung 47). Am meisten Zustimmung findet eine Einschränkung der Therapiefreiheit (mit 31% der Befragten, die diese Massnahme im Gegenzug zu tieferen Prämien befürworten oder eher befürworten). Eine Kürzung des bestehenden Leistungskatalogs bzw. schwereren Zugang zu Innovationen befürworten 27% bzw. 23% im Gegenzug für tiefere Prämien. Je schlechter der Gesundheitszustand einer Person ist, desto eher ist sie dagegen, dass der aktuelle Leistungskatalog gestrichen wird und die Therapiefreiheit eingegrenzt wird.⁵⁷ Auch AusländerInnen stehen diesen beiden Aspekten gegenüber signifikant kritischer als SchweizerInnen (Tabelle 125). Ferner zeigen sich Frauen einer Einschränkung der Therapiefreiheit kritischer gegenüber als Männer (26% der Frauen stimmen einer solchen Massnahme zu im Vergleich zu 35% bei den Männern, signifikant auf dem 1%-Niveau). Die Einschätzung, inwiefern der Zugang zu Innovationen eingeschränkt werden dürfe, unterscheidet sich praktisch nicht nach Bevölkerungsgruppe. Es zeigt sich lediglich, dass der Zugang zu Innovationen für Personen im Alter von 18–39 Jahren ein wichtigeres Anliegen ist als für ältere Personen.⁵⁸

⁵⁶ Therapiefreiheit bedeutet, dass ein Arzt/eine Ärztin aufgrund der fachlichen Kompetenz grundsätzlich die freie Wahl zwischen allen Behandlungsmethoden treffen kann, die er oder sie für richtig hält.

⁵⁷ Dies ist sowohl nach der Variablen, ob eine chronische Krankheit vorliegt (Tabelle 122), dem eigenen Gesundheitszustand (Tabelle 123) als auch nach Häufigkeit, mit der ein Arzt/eine Ärztin aufgesucht werden muss (Tabelle 124), signifikant.

⁵⁸ 19% der 18-39-Jährigen stimmen einer solchen Massnahme zu im Vergleich zu gut einem Viertel bei den restlichen Befragten.

Tabelle 122: Bevölkerung: Akzeptanz einer Einschränkung der Therapiefreiheit und des Leistungskatalogs zur Kostenreduktion nach chronischer Krankheit (Anteil bereit/eher bereit)

	Chronische Krankheit	Keine chronische Krankheit	Total	N	p-value
Kürzung des Leistungskatalogs	23%	31%	27%	975	0.005**
Einschränkung der Therapiefreiheit	26%	35%	31%	965	0.007**
Beschränkung beim Zugang zu Innovationen (bspw. neue Krebstherapien)	22%	25%	23%	866	0.293

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

* = signifikant auf dem 5% Niveau, ** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Tabelle 123: Bevölkerung: Akzeptanz einer Einschränkung der Therapiefreiheit und des Leistungskatalogs zur Kostenreduktion nach Gesundheitszustand (Anteil bereit/eher bereit)

	gut	mittel	schlecht	Total	N	p-value
Kürzung des Leistungskatalogs	30%	21%	9%	27%	983	0.002**
Einschränkung der Therapiefreiheit	32%	25%	25%	31%	973	0.139
Beschränkung beim Zugang zu Innovationen (bspw. neue Krebstherapien)	24%	19%	25%	23%	874	0.43

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

Kategorien des Gesundheitszustandes: gut = sehr guter/guter selbst eingeschätzter Gesundheitszustand, mittel = mittelmässiger selbst eingeschätzter Gesundheitszustand, schlecht = schlechter/sehr schlecht eingeschätzter Gesundheitszustand.

* = signifikant auf dem 5% Niveau, ** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Tabelle 124: Bevölkerung: Akzeptanz einer Einschränkung der Therapiefreiheit und des Leistungskatalogs zur Kostenreduktion nach Häufigkeit von medizinischen Konsultationen (Anteil bereit/eher bereit)

	nie	selten	mittel	häufig	Total	N	p-value
Kürzung des Leistungskatalogs	40%	27%	29%	13%	27%	983	<0.001**
Einschränkung der Therapiefreiheit	41%	31%	31%	19%	31%	973	0.001**
Beschränkung beim Zugang zu Innovationen (bspw. neue Krebstherapien)	30%	23%	19%	22%	23%	873	0.142

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

Kategorien der Häufigkeit von Arztbesuchen: Nie = Nie, selten = 1-3 Mal jährlich, mittel = ca. vierteljährlich, häufig = monatlich/wöchentlich oder mehr.

* = signifikant auf dem 5% Niveau, ** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Tabelle 125: Bevölkerung: Akzeptanz einer Einschränkung der Therapiefreiheit und des Leistungskatalogs nach Staatsbürgerschaft (Anteil bereit/eher bereit)

	SchweizerInnen	AusländerInnen	Total	N	p-value
Kürzung des Leistungskatalogs	29%	20%	27%	985	0.013*
Einschränkung der Therapiefreiheit	33%	21%	31%	975	0.004**
Beschränkung beim Zugang zu Innovationen (bspw. neue Krebstherapien)	23%	25%	23%	875	0.558

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

* = signifikant auf dem 5% Niveau, ** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Ein ähnliches Bild zeigt auch die Befragung des gfs.bern (2018), in der mögliche Massnahmen zur Kostensenkung durch die Bevölkerung beurteilt wurden. Auch dort zeigten sich die Befragten einer Einschränkung der Therapiefreiheit offener gegenüber als bei einer Einschränkung des Leistungskatalogs oder schlechterem Zugang zu neuen Medikamenten.⁵⁹

Für ein Drittel kämen Abstriche bei Präventivleistungen im Gegenzug für tiefere Prämien in Frage.

Die aktuell angebotenen Präventionsleistungen wurden vergleichsweise kritisch beurteilt (siehe Kapitel 4.1). Entsprechend sind weniger Präventionsleistungen auch eine vergleichsweise gut akzeptierte Massnahme zur Kostendämpfung. Grund hierfür könnte sein, dass ein Teil der Bevölkerung sich durch ein gesundes Verhalten selbst gut in der Lage sieht, Krankheiten vorzubeugen. Signifikante Unterschiede zeigen sich nach Gesundheitszustand und Geschlecht: Personen mit chronischen Krankheiten bzw. Personen, die öfters ÄrztInnen aufsuchen, wären signifikant weniger bereit, auf Präventionsleistungen im Gegenzug für tiefere Prämien zu. Ferner wären auch Frauen signifikant weniger oft bereit, Abstriche bei der Prävention hinzunehmen als Männer.⁶⁰

⁵⁹ Ersteres wurde von 54% positiv beurteilt. Einer Kürzung des Leistungskatalogs zeigten sich 31% gegenüber aufgeschlossen, einem erschwerten Zugang zu neuen Medikamenten jedoch nur 19%.

⁶⁰ Zu 28% im Vergleich zu 40%, Unterschied signifikant auf dem 1%-Niveau.

Tabelle 126: Bevölkerung: Akzeptanz einer Reduktion der Präventionsleistung zur Kostenreduktion nach chronischer Krankheit (Anteil bereit/eher bereit)

	Chronische Krankheit	Keine chronische Krankheit	Total	N	p-value
Weniger Präventionsleistungen	28%	35%	32%	925	0.039*

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

* = signifikant auf dem 5% Niveau, ** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Tabelle 127: Bevölkerung: Akzeptanz einer Reduktion der Präventionsleistung zur Kostenreduktion nach Häufigkeit von medizinischen Konsultationen (Anteil bereit/eher bereit)

	nie	selten	mittel	häufig	Total	N	p-value
Weniger Präventionsleistungen	42%	31%	28%	30%	32%	933	0.046*

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

Kategorien der Häufigkeit von Arztbesuchen: Nie = Nie, selten = 1-3 Mal jährlich, mittel = ca. vierteljährlich, häufig = monatlich/wöchentlich oder mehr.

* = signifikant auf dem 5% Niveau, ** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Höhere Kostenbeteiligung eine der unbeliebtesten Massnahmen, um die Prämien zu senken.

Für 28% der Befragten kommt eine höhere Kostenbeteiligung im Krankheitsfall in Frage, um dadurch die monatlichen Prämien zu reduzieren (siehe Abbildung 47). Es überrascht wenig, dass diese Bereitschaft bei Personen mit schlechterem Gesundheitszustand geringer ist als bei Personen in guter Gesundheit.⁶¹ Ferner zeigen sich Männer mit einer höheren Kostenbeteiligung etwas eher einverstanden als Frauen (36% im Vergleich zu 21% Zustimmung, signifikant auf dem 1%-Niveau). Ebenfalls nimmt die Bereitschaft, durch eine höhere Kostenbeteiligung im Krankheitsfall die Prämien zu senken, mit zunehmendem Einkommen zu.⁶²

In den Fokusgruppengesprächen haben die TeilnehmerInnen gefordert, dass sich alle – PatientInnen und Leistungserbringer – dafür einsetzen, die Kosten zu reduzieren, insbesondere durch die verbesserte Koordination und den Verzicht auf unnötige Leistungen. Am Prinzip der Solidarität soll jedoch nicht gerüttelt werden, dies wird besonders in der Gruppe mit Personen mittleren Alters betont («*Man kann halt einfach Pech haben und es erwischt einen*»)⁶³. Die Befragung des gfs.bern (2018) zeigt auch, dass Massnahmen zur Anpassung der minimalen

⁶¹ Sowohl Personen, die an chronischen Krankheiten leiden als auch solche, die ihren Gesundheitszustand schlechter einschätzen und solchen, die häufiger zu ÄrztInnen gehen müssen (siehe Tabelle 128, Tabelle 129 und Tabelle 130)

⁶² So stimmen bspw. befragte Personen mit einem monatlichen Haushaltseinkommen von CHF 13'000 oder mehr mit 48% dieser Massnahme zu, während dies nur 25% der Personen mit monatlichem Haushaltseinkommen unter CHF 5'000 sind (signifikant auf dem 1%-Niveau).

⁶³ Gleichzeitig sind die Teilnehmenden auch der Ansicht, Personen mit hohen Franchisen, welche bereits mehr Kosten selbst tragen müssen, dürften nicht mit höheren Prämien bestraft werden.

Franchise wenig beliebt sind.⁶⁴ Erhöhungen der maximalen Franchise, da Personen mit höherer Franchise kostenbewusster seien, sind hingegen etwas beliebter.⁶⁵ Ferner zeigt der Bericht von gfs.bern (2018) auch, dass die Bevölkerung grösstenteils mit dem heutigen auf Kopfprämien basierenden System zufrieden ist (85% sehr und eher zufrieden). Nur rund ein Drittel der Bevölkerung wäre für einkommensabhängige Prämien.⁶⁶

Tabelle 128: Bevölkerung: Akzeptanz von höherer Kostenbeteiligung nach Gesundheitszustand (Anteil bereit/eher bereit)

	gut	mittel	schlecht	Total	N	p-value
Höhere Kostenbeteiligungen	32%	16%	15%	28%	974	<0.001**

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

Kategorien des Gesundheitszustandes: gut = sehr guter/guter selbst eingeschätzter Gesundheitszustand, mittel = mittelmässiger selbst eingeschätzter Gesundheitszustand, schlecht = schlechter/sehr schlecht eingeschätzter Gesundheitszustand.

* = signifikant auf dem 5% Niveau, ** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Tabelle 129: Bevölkerung: Akzeptanz von höherer Kostenbeteiligung nach chronischer Krankheit (Anteil bereit/eher bereit)

	Chronische Krankheit	Keine chronische Krankheit	Total	N	p-value
Höhere Kostenbeteiligungen	19%	37%	28%	966	<0.001**

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

* = signifikant auf dem 5% Niveau, ** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Tabelle 130: Bevölkerung: Akzeptanz von höherer Kostenbeteiligung nach Häufigkeit von medizinischen Konsultationen (Anteil bereit/eher bereit)

	nie	selten	mittel	häufig	Total	N	p-value
Höhere Kostenbeteiligungen	45%	31%	16%	18%	28%	974	<0.001**

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

Kategorien der Häufigkeit von Arztbesuchen: Nie = Nie, selten = 1-3 Mal jährlich, mittel = ca. vierteljährlich, häufig = monatlich/wöchentlich oder mehr.

* = signifikant auf dem 5% Niveau, ** = signifikant auf 1%-Niveau

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

⁶⁴ Nur 30% der Befragten befürwortet eine Erhöhung der minimalen Franchise, um das Kostenbewusstsein zu schärfen und 24% wären mit einer automatischen Anpassung der minimalen Franchise bei einer Kostensteigerung im Gesundheitswesen einverstanden.

⁶⁵ Damit wären 46% der durch das gfs.bern (2018) befragten Personen zufrieden.

⁶⁶ Dieser Anteil lag im Jahr 2018 aber deutlich unter Befragungen der Vorjahre, wo dieser Anteil teilweise bei rund 60% lag.

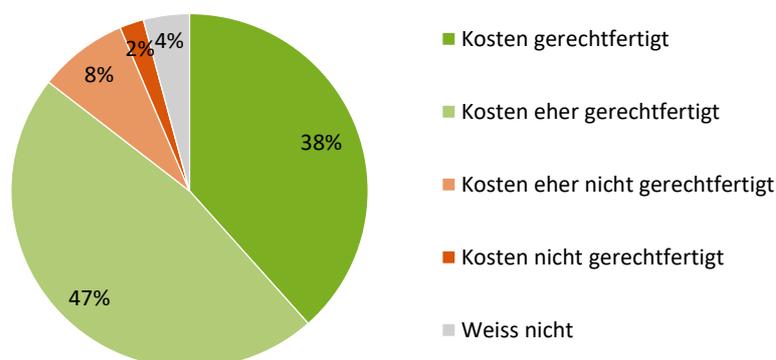
6.2. Sicht ÄrztInnen

6.2.1. Beurteilung der Kosten im Vergleich zur Qualität

ÄrztInnen beurteilen die Kosten häufiger als gerechtfertigt als die Bevölkerung.

Die überwiegende Mehrheit der ÄrztInnen (85%) erachtet die Kosten des schweizerischen Gesundheitswesens als (eher) gerechtfertigt (vgl. Abbildung 48). Ein Zehntel ist (eher) nicht dieser Meinung. Damit sind die ÄrztInnen häufiger als die Bevölkerung der Meinung, dass das Qualitäts-/Kosten-Verhältnis in der Schweiz stimmt. Weder zwischen verschiedenen Facharztgruppen noch nach Arbeitsort, persönlichen Merkmalen oder Auslandserfahrung zeigen sich signifikante Unterschiede in der Beurteilung der Kosten.

Abbildung 48: ÄrztInnen: Beurteilung der Kosten angesichts der Qualität des Gesundheitswesens



Frage: «Wenn Sie sich die Qualität des Schweizer Gesundheitswesens vor Augen führen, haben Sie den Eindruck, die Gesamtkosten von ca. 67 Mia. CHF pro Jahr liegen in einer gerechtfertigten Höhe?»

N= 960, fehlend: 0.

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

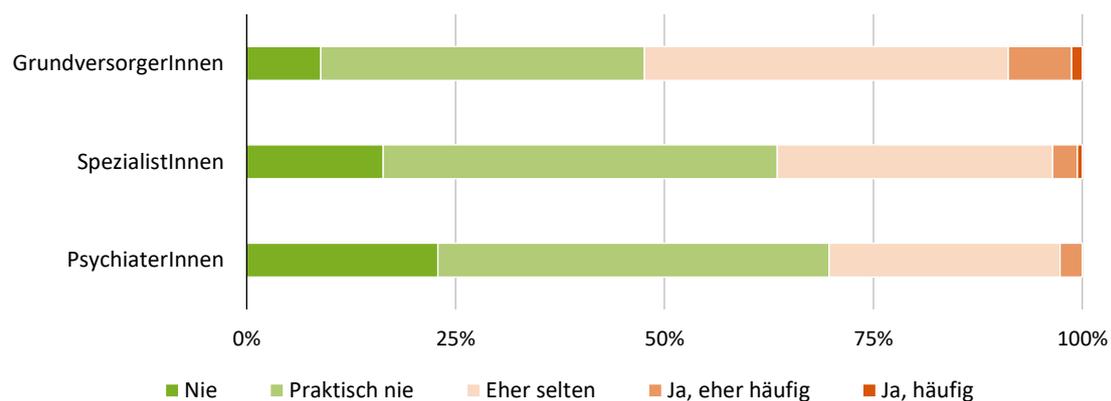
ÄrztInnen stellen teilweise auch im eigenen Tun eine Überversorgung fest.

Auch wenn die ÄrztInnen mehrheitlich der Ansicht sind, dass die Kosten (eher) gerechtfertigt sind gemessen an der Qualität, wurde das Thema Überversorgung in den Fokusgruppengesprächen diskutiert. Es wird aus den Diskussionen deutlich, dass aus Sicht der ÄrztInnen teilweise Überversorgung stattfindet. Die Gründe hierfür sind aus Sicht der ÄrztInnen vielfältig (vgl. folgende Abschnitte).

In der Onlinebefragung nahmen die ÄrztInnen Stellung dazu, ob sie selbst schon einmal bewusst unnötige Leistungen erbracht haben. Erwartungsgemäss gibt eine Minderheit der

ÄrztInnen an, dies häufig (1%) oder eher häufig (5%) getan zu haben. Über ein Drittel (37%) räumt aber ein, dies eher selten getan zu haben. Eine leichte Mehrheit der ÄrztInnen hat gemäss eigenen Angaben praktisch nie (43%) oder nie bewusst (15%) Leistungen erbracht, die nicht unbedingt nötig oder angebracht waren. Dabei zeigen sich Unterschiede zwischen den Ärztegruppen. GrundversorgerInnen «outen» sich am häufigsten, gefolgt von den SpezialistInnen (vgl. Abbildung 49, Unterschiede signifikant auf dem 1%-Niveau). Ein möglicher Grund, dass GrundversorgerInnen tendenziell häufiger unnötige Leistungen erbringen oder anordnen, ist, dass diese viel mit «Bagatellfällen» zu tun haben bzw. mit Arztbesuchen, die nicht unbedingt nötig gewesen wären. Darauf deuten auch das Fokusgruppengespräch mit den GrundversorgerInnen sowie die Folgefrage in der Onlinebefragung nach den Gründen für unnötige Leistungen hin (vgl. folgenden Abschnitt).

Abbildung 49: ÄrztInnen: Erbringen von unnötigen Leistungen



Frage: 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.

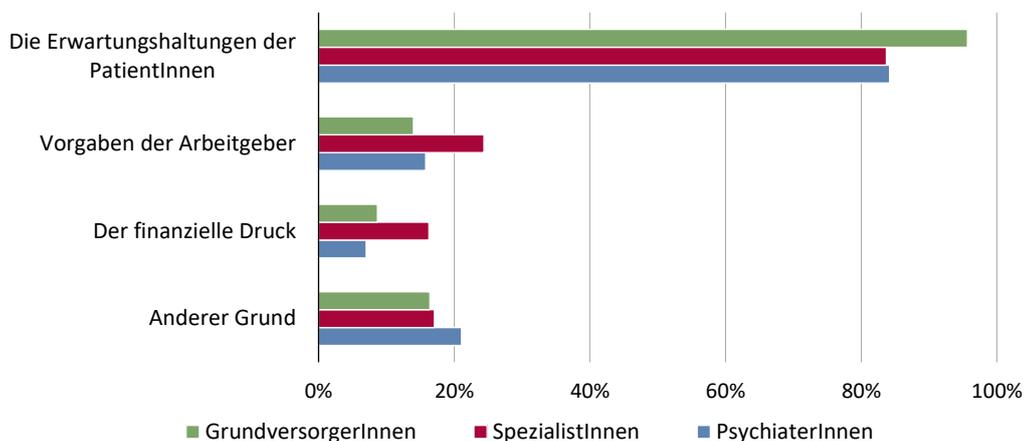
Grafik INFRAS. Quelle: Onlinebefragung der Zürcher ÄrztInnen 2019 (Mitglieder der AGZ).

Nach Arbeitsort (Spital oder Praxis) oder anderen Merkmalen der ÄrztInnen zeigen sich keine signifikanten Unterschiede. Einzig jüngere ÄrztInnen (bis 54 Jahre) geben signifikant häufiger an, (eher) häufig bewusst Leistungen zu erbringen, die nicht unbedingt nötig waren (9% gegenüber 4% bei den älteren KollegInnen, signifikant auf dem 5%-Niveau). Es zeichnet sich ab, dass es sich dabei um AssistenzärztInnen im Spital handelt, die angeben, dies aufgrund von Vorgaben des Arbeitgebers zu tun (vgl. folgenden Abschnitt).

Grund für die Überversorgung sind aus Sicht der ÄrztInnen häufig Erwartungen der PatientInnen.

Der deutlich häufigste Grund dafür, dass ÄrztInnen schon einmal bewusst unnötige Leistungen erbracht haben, sind gemäss Angaben in der Onlinebefragung die Erwartungshaltung der PatientInnen (vgl. Abbildung 50). Für GrundversorgerInnen (96%) ist dies etwas häufiger der Fall als für die SpezialistInnen und PsychiaterInnen (je 84%, Unterschiede signifikant auf 1%-Niveau). Dies zeigt sich auch in den Fokusgruppengesprächen. Insbesondere die GrundversorgerInnen thematisieren die Problematik, dass PatientInnen die Erwartung hätten, die zunehmenden medizinischen Möglichkeiten in der Diagnose und Behandlung voll auszuschöpfen. Wenn man als Arzt/Ärztin eine «konservative» oder keine Behandlung vorschlage, seien die PatientInnen zum Teil verunsichert. *«Man macht hypertrophe Medizin, weil die Leute unsicher sind.»* Ein weiterer Arzt berichtet, dass er meist die PatientInnen frage, wann sie das nächste Mal wiederkommen möchten. Meist würden diese früher wiederkommen wollen als er es für nötig halte. Weiter berichten die ÄrztInnen, dass die PatientInnen (oder die Angehörigen) teilweise mit ihren hohen Prämien argumentieren und spezielle Behandlungen einfordern. Für sie als ÄrztInnen sei es in solchen Situationen schwierig, *«auch einmal nichts zu tun, obwohl dies manchmal die richtige Option ist»*. Mehrere ÄrztInnen fühlen sich einem Druck von Seiten der PatientInnen ausgeliefert. Einzelne ÄrztInnen sehen in diesem Zusammenhang Handlungsbedarf bei der Aufklärung von PatientInnen. *«Die PatientInnen müssen wissen, dass es kein MRI braucht, wenn sie sich mal den Fuss übertreten haben.»* Wichtig sei es auch die verschiedenen auch weniger kostspieligen Varianten zu besprechen. Auf diese Weise könne bei PatientInnen Vertrauen geschaffen und teils unnötige Leistungen könnten vermieden werden. So weisen mehrere ÄrztInnen darauf hin, dass PatientInnen selbst auch nicht an unnötigen Leistungen interessiert seien. *«Doctor-Shopper sind Einzelfälle.»* Gemäss der Onlinebefragung gibt es auch vermehrt unnötige Leistungen aufgrund der Erwartungshaltung der PatientInnen im Praxisumfeld (92%) gegenüber dem Spitalumfeld (77%) (Unterschiede signifikant auf dem 1%-Niveau).

Abbildung 50: ÄrztInnen: Gründe für unnötige Leistungen



Folgefrage: Was waren die Gründe dafür, dass Sie in der Vergangenheit unnötige Leistungen erbracht haben?

N=387 Personen, die angaben, in der Vergangenheit eher selten, eher häufig oder häufig unnötige Leistungen erbracht zu haben (Filterfrage), fehlend: 36 (ohne Angabe Facharzt).

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

Übersversorgung ist aus Sicht der ÄrztInnen zum Teil auch systembedingt.

Seltenere Gründe für unnötige Leistungen sind gemäss der Onlinebefragung Vorgaben der Arbeitgeber oder ein finanzieller Druck. Für ÄrztInnen im Spital (47%) spielen die Vorgaben der Arbeitgeber aber eine deutlich grössere Rolle als für PraxisärztInnen (13%) (signifikant auf 1%-Niveau). Weiter zeigen die offenen Antworten zu den anderen Gründen, dass die ÄrztInnen zum Teil nicht unbedingt notwendige Leistungen erbringen, um sich selbst abzusichern, alles getan zu haben oder aus Gründen der rechtlichen Absicherung. Aus den Fokusgruppengesprächen geht bezüglich der rechtlichen Absicherung hervor, dass die ÄrztInnen in der Schweiz oft Angst haben Fehler zu machen, weil Haftpflichtfälle sehr aufreibend seien. Es fehlte in der Schweiz an einer guten Fehlerkultur. Weiter spielt der Zeitdruck gemäss den Angaben in der Onlinebefragung vereinzelt eine Rolle, d.h. ÄrztInnen entscheiden sich gemäss eigenen Angaben in Einzelfällen für eine unnötige Leistung, da die Erklärung, dass diese nicht nötig ist, viel Zeit koste. Darüber hinaus erfolgen die unnötigen Leistungen zum Teil auch durch externe Vorgaben und Erwartungen, konkret von Seiten der Versicherer und anderer Leistungserbringer (vgl. folgende Tabelle mit den Nennungen zu anderen Gründen).

Tabelle 131: ÄrztInnen: Andere Gründe für unnötige Leistungen: Offene Nennungen aus der Onlinebefragung

Andere Gründe für unnötige Leistungen (Nennungen > 1)	Anzahl Nennungen
Eigene Unsicherheit/Absicherung/Angst Fehler zu machen	14
Juristische Absicherung, medicolegale Gründe/Schutz vor Haftpflichtforderungen	9
Zeitdruck (Patient erklären warum sicher nicht)	6
Von zuweisenden/anderen ÄrztInnen/Fachpersonen erwartet/angeordnet	6
Vorgabe der Versicherungen	5
Hoffnungen, Bauchgefühl	4
Beruhigung des Patienten/Angehörige/mehr Compliance erzielen	4
Unklare Diagnose	2
Gesellschaftlicher Druck	2
Im Rahmen «trial an error» Behandlung	2
Akademisches Interesse/Placebo-Wirkung ausprobieren	2

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

Auch in den Fokusgruppengesprächen thematisieren die ÄrztInnen vor allem zwei systemische Gründe für unnötige Leistungen, die von Seiten der Leistungserbringer induziert werden. Eine erste Problematik seien Fehlanreize im Finanzierungssystem, d.h. dass unnötige Leistungen zum Teil finanziell belohnt werden. *«Es gibt schwarze Schafe, die aus wirtschaftlichen Gründen unnötige Leistungen erbringen.»* In Bezug auf das Spitalsetting diskutieren die TeilnehmerInnen die Fallpauschalen, welche dazu führten, dass Behandlungen mit rentablen Fallpauschalen überdurchschnittlich durchgeführt würden und mit den Codierungen «gespielt» würde. Laut der Studie von gfs.bern (2017) kommt es gemäss Eigenangaben der ÄrztInnen im Spital vor, dass Operationen aus finanziellen Gründen durchgeführt werden, die nicht nötig sind, dies aber nur selten der Fall ist (1.5 Mal pro 30 Tage). Eine Spitalärztin berichtet in den Fokusgruppengesprächen, dass zum Teil unnötige Visiten erfolgen, weil im Spital ein Tagessoll vorgegeben sei. Zum Teil würden Gespräche, die nicht abgerechnet werden können, mehr nutzen als eine Untersuchung während einer Visite. *«Die Ökonomisierung fördert die Überarztung.»* Mehrere ÄrztInnen sind in den Fokusgruppengesprächen der Ansicht, dass die Wirtschaftsberatungsgesellschaften von der Ökonomisierung profitieren.

Eine zweite systembedingte Problematik besteht gemäss den Fokusgruppengesprächen darin, dass die Koordinationsarbeit zwischen ÄrztInnen zum Teil ungenügend sei und es dadurch zu unnötigen Arztbesuchen und Leistungen komme.

Umgang mit medizinisch-technischem Fortschritt für ÄrztInnen schwierig.

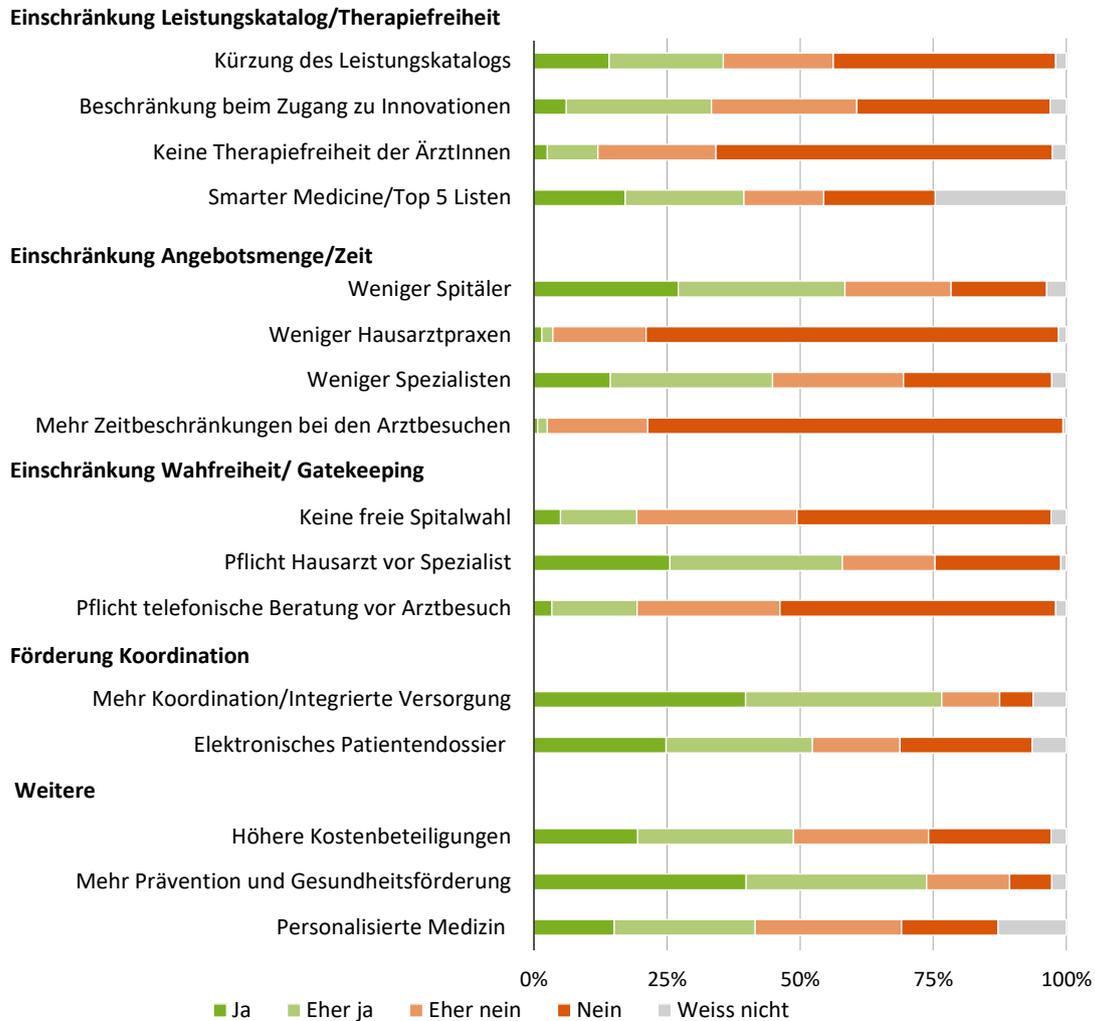
Durch die zum Teil hohen Erwartungen der PatientInnen gekoppelt mit dem medizinisch-technischen Fortschritt wird sich aus Sicht der ÄrztInnen das Problem des Kostenanstiegs in Zukunft akzentuieren. Einige ÄrztInnen vertreten in den Fokusgruppengesprächen die Ansicht, dass die Gesellschaft darüber entscheiden müsse, welches Niveau an Gesundheitsversorgung man in der Schweiz zu welchem Preis haben wolle. Im Einzelfall sei es für sie als ÄrztInnen schwierig, Leistungen zu verwehren, die sie als wenig nützlich erachten.

6.2.2. Mögliche Massnahmen zur Kostensenkung

In den Fokusgruppengesprächen diskutierten die ÄrztInnen mögliche Massnahmen zur Kostensenkung. Dabei wurde deutlich, dass ÄrztInnen Massnahmen, welche zu Beschränkungen im Zugang von medizinischen Leistungen führen, eher kritisch gegenüberstehen. Vielmehr sind die TeilnehmerInnen der Ansicht, dass bei gleichem Versorgungsniveau und bei gleicher Versorgungsqualität Kostensenkungen durch Optimierungen möglich sind.

In der Onlinebefragung wurden verschiedene mögliche Massnahmen zur Kostensenkung standardisiert abgefragt. Die Ergebnisse sind in der folgenden Abbildung nach Massnahmengruppen festgehalten.

Abbildung 51: ÄrztInnen: Beurteilung möglicher Massnahmen zur Kostensenkung



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

N= 960, fehlend: 0.

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

Förderung der Koordination und der Prävention am stärksten befürwortet.

Die insgesamt am stärksten akzeptierten Massnahmen zur Kostensenkung sind die Förderung der Koordination und der Prävention und Gesundheitsförderung (vgl. Abbildung 51). Diese Förderung wurde auch in den Fokusgruppengesprächen häufig geäussert. In Bezug auf die Koordination war auch das elektronische Patientendossier ein Thema, welches die Koordination aus Sicht der ÄrztInnen fördern könne. Allerdings hatten die ÄrztInnen teils auch Vorbehalte hinsichtlich der Sicherstellung des Datenschutzes. Diese Befürchtungen dürften auch ein Grund

sein für die ablehnende Haltung einer knappen Minderheit der ÄrztInnen in der Onlinebefragung (vgl. Abbildung 51).

Einschränkungen im Leistungskatalog eher akzeptiert als Einschränkung der Therapiefreiheit.

Die ÄrztInnen sprechen sich in der Onlinebefragung mehrheitlich gegen Kürzungen des Leistungskatalogs oder eine Beschränkung zum Zugang von Innovationen⁶⁷ als Massnahme für Kostensenkungen aus (vgl. Abbildung 51). Noch weniger Akzeptanz findet eine Einschränkung der Therapiefreiheit⁶⁸ für ÄrztInnen. Dies dürfte damit zusammenhängen, dass der selbstbestimmte Umgang mit PatientInnen für ÄrztInnen ein wichtiger Anspruch an eine zufriedenstellende Arbeit darstellt (vgl. Kap. 5.1). Am ehesten Akzeptanz – d.h. bei einer leichten Mehrheit der ÄrztInnen, die dazu Stellung beziehen – findet in dieser Massnahmengruppe die Förderung von «Smarter Medicine» in Form von sogenannten Top-5-Listen. Dies sind Empfehlungen an ÄrztInnen, bestimmte Leistungen/Therapien in bestimmten Situationen zu unterlassen, da sie als wenig nutzenbringend gemäss empirischer Evidenz eingestuft werden. Insofern stellt diese Massnahme ebenfalls eine Einschränkung der Therapiefreiheit dar. Die bessere Akzeptanz dürfte aber damit zusammenhängen, dass sie nicht verbindlich ist und es sich erwiesenermassen um wenig nutzenbringende Leistungen handelt, die eingeschränkt werden sollen.

PsychiaterInnen äussern sich in der Onlinebefragung am kritischsten allen vier Massnahmen im Zusammenhang mit Beschränkungen des Leistungskatalogs und der Therapiefreiheit gegenüber (vgl. Tabelle 139 im Anhang A3). Unter den GrundversorgerInnen und SpezialistInnen zeigen GrundversorgerInnen etwas mehr Akzeptanz für Einschränkung beim Zugang zu Innovationen und der Therapiefreiheit (inkl. Smarter Medicine). Grund für die tiefere Akzeptanz der SpezialistInnen bezüglich Einschränkung von Innovationen könnte sein, dass Innovationen vermehrt in speziellen Fachgebieten hervorgebracht werden. Weshalb Einschränkungen in der Therapiefreiheit weniger gut von SpezialistInnen akzeptiert sind, bleibt offen. Aus den Fokusgruppengesprächen gibt es keine Hinweise hierzu. Aus den Daten der Onlinebefragung geht jedoch hervor, dass es insbesondere PraxisärztInnen sind, welche ungern eine Einschränkung der Therapiefreiheit in Kauf nehmen würden. Das lässt sich dadurch erklären, dass für PraxisärztInnen der selbstbestimmte Umgang mit PatientInnen wichtiger ist.

Ein weiterer Befund ist, dass ÄrztInnen mit Auslandserfahrung Einschränkungen im Leistungskatalog, bei Innovationen und Smarter Medicine weniger positiv gegenüberstehen als ÄrztInnen ohne Auslandserfahrung. Es ist möglich, dass erstere aufgrund ihrer

⁶⁷ Zu den Innovationen wurde im Fragebogen als Beispiel «neue Krebstherapien» aufgeführt.

⁶⁸ Zur Therapiefreiheit wurde im Fragebogen Folgendes erläutert: Therapiefreiheit bedeutet, dass ein Arzt/eine Ärztin aufgrund der fachlichen Kompetenz grundsätzlich die freie Wahl zwischen allen Behandlungsmethoden treffen kann, die er den Patienten vorschlägt.

Auslandserfahrung das hohe Versorgungsniveau stärker schätzen bzw. negative Konsequenzen von einem tieferen Versorgungsniveau erlebt haben.

Einschränkungen bei Hausarztversorgung und Zeitbeschränkungen sind aus Sicht der ÄrztInnen keine Option zum Kostensparen.

Sehr schlechte Akzeptanz als Kosteneinsparmassnahme finden bei den ÄrztInnen eine mögliche Einschränkung der Zahl der Hausarztpraxen (vgl. Abbildung 51). Einschränkungen bei der Anzahl der SpezialistInnen lehnen hingegen nur eine leichte Mehrheit der befragten ÄrztInnen ab. Dies spiegelt die Beurteilung der ÄrztInnen zur heutigen Versorgung wider, wo der Zugang zur Hausarztversorgung verhältnismässig schlechter beurteilt wurde (vgl. Kap. 4.2). Die verschiedenen Ärztegruppen zeigen sich ähnlich zu einer Beschränkung im Bereich der Hausarztmedizin, wobei GrundversorgerInnen und PraxisärztInnen sich erwartungsgemäss etwas kritischer äussern (vgl. Tabelle 139 und Tabelle 140 im Anhang A3). Bei einer möglichen Reduktion der Anzahl der SpezialistInnen gehen die Meinungen zwischen GrundversorgerInnen, SpezialistInnen und PsychiaterInnen stärker auseinander. Während zwei Drittel der GrundversorgerInnen dies (eher) befürworten würden, sind dies bei den Spezialistinnen und PsychiaterInnen nur je ein Drittel.

Akzeptanz bei sogar einer leichten Mehrheit der ÄrztInnen findet eine Reduktion der Anzahl Spitäler. Schliessungen von Spitälern waren in der jüngeren Vergangenheit häufiger Thema der öffentlichen Diskussion und Gegenstand von Volksabstimmungen. Ein jüngstes Beispiel ist die Abstimmung zur Schliessung des Spitals in Affoltern am Albis (Kanton ZH), welche eine leichte Mehrheit der BürgerInnen ablehnte. SpitalärztInnen und SpezialistInnen äussern sich etwas positiver dieser Massnahme gegenüber (vgl. Tabelle 139 und Tabelle 140 im Anhang A3). Dies erstaunt insofern, dass die Massnahme bei den SpitalärztInnen den eigenen Arbeitsplatz betreffen würde.

Einschränkungen bei der Zeit für Konsultationen ist neben der Beschränkung von HausärztInnen die am wenigsten akzeptierte Massnahme bei den ÄrztInnen. Dies reflektiert, dass die für die PatientInnen verfügbare Zeit heute bereits von einer Mehrheit der ÄrztInnen als zu gering eingestuft wird (vgl. Kap. 4.2). Die verschiedenen Ärztegruppen stehen dieser Massnahme auch ähnlich ablehnend gegenüber, wobei dies vor allem PsychiaterInnen ablehnen.

Förderung des Gatekeepings gut akzeptiert, aber nicht durch telefonische Beratungen.

Massnahmen, welche die Einschränkung der Wahlfreiheit der PatientInnen betreffen, stimmen die ÄrztInnen unterschiedlich stark zu. Mehrheitlich Akzeptanz findet das «Gatekeeping» durch die HausärztInnen, bzw. die Pflicht, vor einem Spezialist/einer Spezialistin, einen Hausarzt/eine Hausärztin aufzusuchen (vgl. Abbildung 51). Erwartungsgemäss gehen die Meinungen zwischen

GrundversorgerInnen (81% Zustimmung) und SpezialistInnen (40%) sowie PsychiaterInnen (42%) hier aber auseinander (vgl. Tabelle 139 im Anhang A3). Ein «Gatekeeping» durch telefonische Beratung lehnen alle Ärztgruppen hingegen mehrheitlich ab (vgl. Abbildung 51). Dies könnte zwei Gründe haben. Einerseits könnten die ÄrztInnen die Qualität einer telefonischen Beratung anzweifeln, da der persönliche Kontakt zu den PatientInnen fehlt. Zweitens könnten die ÄrztInnen auch die Befürchtung haben, dass dies zu weniger KlientInnen bzw. weniger Arztbesuchen durch PatientInnen führt. So ist die Akzeptanz der SpitalärztInnen für diese Massnahme auch etwas höher (32% gegenüber 18% bei den PraxisärztInnen).

Auch die freie Spitalwahl der PatientInnen einzuschränken, erachten die ÄrztInnen mehrheitlich als keine sinnvolle Massnahme (vgl. Abbildung 51), wobei SpezialistInnen und SpitalärztInnen, dies tendenziell stärker ablehnen (vgl. vgl. Tabelle 139 und Tabelle 140 im Anhang A3).

Geteilte Meinungen in Bezug auf die personalisierte Medizin.

Auch die Meinung zur personalisierten Medizin als mögliche Kosteneinsparmassnahme wurde in der Onlinebefragung bei den ÄrztInnen erhoben.⁶⁹ Die Meinungen der ÄrztInnen zur personalisierten Medizin als Sparmassnahme sind geteilt (vgl. Abbildung 51), wobei SpezialistInnen (53% Zustimmung) der Massnahme etwas positiver gegenüberstehen als die GrundversorgerInnen (46%) und PsychiaterInnen (41%). In den Fokusgruppengesprächen war die personalisierte Medizin kein Thema. Ein Grund für das gesplante Bild bei den ÄrztInnen könnte sein, dass personalisierte Medizin wenig explizit als Kosteneinsparmassnahme diskutiert wird, sondern vielmehr unter dem Qualitätsaspekt. Die Frage, ob personalisierte Medizin Kosten sparen kann, ist insgesamt auch kaum zu beantworten. Befürworter argumentieren, dass personalisierte Medizin insofern Kosten spart, dass sie genauere Diagnosen, spezieller angepasste Therapien (inkl. Prävention) und bessere Prognosen für einen Behandlungserfolg ermöglicht und somit unwirksame Behandlungen und unerwünschte Nebenwirkungen reduziert. Hingegen sind personalisierte Diagnosen beispielsweise mit Gendiagnostik und Biomarkern auch mit höheren Kosten verbunden. Die Kosteneffektivität von Massnahmen der personalisierten Medizin dürfte sich somit auch von Massnahme zu Massnahme unterscheiden.

Erhöhung der Kostenbeteiligung von der Hälfte der ÄrztInnen befürwortet.

Kostenbeteiligungen sind von ÄrztInnen erwartungsgemäss besser akzeptiert als von den PatientInnen. Knapp die Hälfte der ÄrztInnen, die eine Meinung dazu äussern, befürwortet dies in

⁶⁹ Folgende Erläuterung wurde bei der Onlinebefragung gegeben: Personalisierte Medizin umfasst diagnostische, präventive und therapeutische Massnahmen, die auf ein Individuum optimal zugeschnitten sind. Dazu werden Informationen (Daten), insbesondere auch genetische Daten, in Behandlungsentscheidung einbezogen. Quelle: Webseite BAG <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/medizin-und-forschung/biomedizinische-forschung-und-technologie/masterplan-zur-staerkung-der-biomedizinischen-forschung-und-technologie/personalisierte-medizin.html>.

der Onlinebefragung. Die relativ hohe Akzeptanz im Vergleich zu anderen Massnahmen könnte dadurch begründet sein, dass ÄrztInnen unnötige Leistungen oft auch von den PatientInnen induziert sehen (vgl. Kap. 6.2.1). GrundversorgerInnen (53%) und SpezialistInnen (56%) befürworten Kostenbeteiligungen stärker als PsychiaterInnen (32%). Grund hierfür ist vermutlich, dass PatientInnen für psychotherapeutische Massnahmen häufig selbst aufkommen müssen.

6.3. Fazit

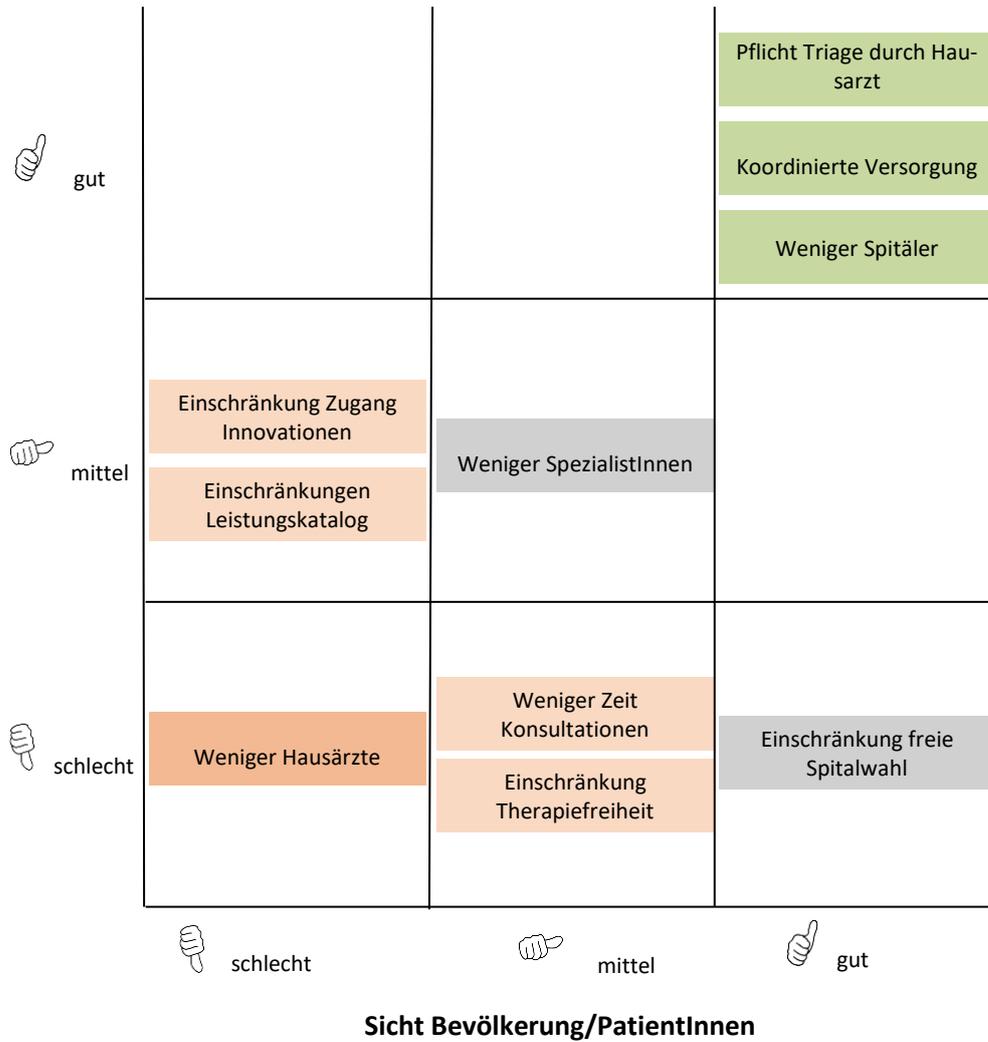
1. Aus Sicht der ÄrztInnen sind die hohen Kosten des schweizerischen Gesundheitswesens eher gerechtfertigt als aus Sicht der Bevölkerung.
2. Kranke bzw. Nutzende des Gesundheitswesens beurteilen das Kosten/Qualitätsverhältnis positiver als der Durchschnitt der Bevölkerung. Eine kritischere Haltung der heutigen Gesundheitsversorgung (vgl. Kap. 5) scheint somit weniger durch schlechte Erfahrungen und wahrgenommene Defizite bedingt zu sein, sondern mehr ihre höheren Ansprüche auszudrücken.
3. Kosteneinsparpotenzial besteht sowohl aus Sicht der Nachfrager als auch der Anbieter. Rund ein Viertel der PatientInnen hat insbesondere in Bezug auf Medikamente den Eindruck, bereits einmal unnötige Leistungen erhalten zu haben. Über ein Drittel der ÄrztInnen räumt ein, bereits einmal unnötige Leistungen verschrieben zu haben – wenn auch meist eher selten.
4. Aus Sicht der Anbieter sind unnötige Leistungen vor allem nachfrageinduziert. Die teils hohen Ansprüche der PatientInnen kombiniert mit zunehmenden Behandlungsmöglichkeiten erschweren es den ÄrztInnen unnötige Leistungen gänzlich zu vermeiden. Auch aus Sicht der Bevölkerung führt u.a. eine hohe Anspruchshaltung von PatientInnen zu Überversorgung. Fehlanreize im Finanzierungssystem und Mängel in der Koordination ärztlicher Leistungen werden sowohl von ÄrztInnen als auch der Bevölkerung als Ursachen gesehen.
5. Mögliche Massnahmen zur Eindämmung des Kostenwachstums, die sowohl bei ÄrztInnen als auch der Bevölkerung eine relativ hohe Akzeptanz finden, sind die Förderung der Triage durch die HausärztInnen, die Förderung der koordinierten Versorgung, die Förderung der Prävention und eine Einschränkung der Zahl der Spitäler. Klar abgelehnt würde von beiden Seiten eine Einschränkung des Angebots in der ambulanten Grundversorgung. Abbildung 52 zeigt auf, welche möglichen Massnahmen beidseitig Zustimmung oder Ablehnung erhalten und welche Massnahmen nur einseitig akzeptiert sind.
6. Potenzial für mehr vermehrte Triage durch HausärztInnen: Die Förderung der Triage impliziert auch eine Einschränkung der Wahlfreiheit. Dennoch stehen auch gut ein Drittel der

Standardversicherten, die bisher keine Einschränkung kannten, dieser Massnahme positiv gegenüber.

7. Für Personen mit schlechtem Gesundheitszustand kommen Kostendämpfungsmassnahmen für tiefere Prämien generell weniger in Frage. Dies betrifft alle Massnahmen von der Einschränkung des Leistungsangebot in allen Settings bis hin zu höheren Kostenbeteiligungen. Dies überrascht wenig, da sie durch das solidarisch finanzierte Krankenversicherungssystem bei tieferen Prämien verhältnismässig mehr Abstriche in Kauf nehmen müssten.
8. Interessante Haltungen zu Kosteneindämmungsmassnahmen zeigen sich nach Alter. Obwohl jüngere Personen in der Regel gesünder sind, würden sie vergleichsweise seltener Einschränkungen im Bereich der Spezialversorgung und Spitzenmedizin (Spitäler, SpezialistInnen, Innovationen) sowie bei der Zeit für Konsultationen bei ÄrztInnen in Kauf nehmen. Hingegen wären sie mit einer geringeren Wahlfreiheit bei Spitälern und «Gatekeeping» durch Telemedizin tendenziell eher einverstanden als der Deutschschweizer Durchschnitt.

Abbildung 52: Akzeptanz möglicher Massnahmen zur Eindämmung der Kostensteigerungen

Sicht ÄrztInnen



Quellen: Repräsentative Onlinebefragung der Deutschschweiz und Onlinebefragung der Zürcher ÄrztInnen 2019 (Mitglieder der AGZ) 2018.

Grafik INFRAS.

7. Synthese

7.1. Haupterkenntnisse

7.1.1. 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 ihres Versicherungsmodells prinzipiell auch direkt SpezialistInnen aufsuchen könnten. 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 am schlechtesten bewerteten Aspekten des schweizerischen Gesundheitswesens – wenn auch auf einem hohen Niveau. Die Bereitschaft hier Abstriche für mögliche Prämienenkungen in Kauf zu nehmen, ist in der Bevölkerung sehr gering. Insgesamt deuten die Ergebnisse darauf hin, dass der drohende Hausarztmangel bereits für die Bevölkerung spürbar ist und eher ein Ausbau in diesem Bereich gewünscht würde. So äussern insbesondere Standardversicherte bereits Schwierigkeiten, einen Hausarzt/einen Hausärztin zu finden.

Spezialversorgung ebenfalls wichtig, aber weniger wahrgenommene 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. Dafür werden die Wartezeiten für Termine bei SpezialistInnen kritischer beurteilt. Dies legt die Vermutung nahe, dass die fachliche Verteilung der SpezialistInnen nicht immer gut an den Bedarf angepasst ist. Die Befragung der ÄrztInnen gibt Hinweise darauf, dass beispielsweise bei den PsychiaterInnen zu wenig Angebot vorhanden 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. Eines der wichtigsten Entscheidungsfaktoren für die Wahl einer Praxis der Grund- oder Spezialversorgung sind für die DeutschschweizerInnen die spontane Verfügbarkeit. Rund ein Fünftel beurteilt die Wartezeiten bei GrundversorgerInnen als (eher) schlecht, bei SpezialistInnen ein Drittel. 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.

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 subjektiv 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. Die Defizite bestehen insbesondere auch aus Sicht von Personen mit schlechtem Gesundheitszustand, bei denen in der Regel ein grösserer Koordinationsbedarf besteht. 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:** Die Ansprüche von Personen mit schlechterem Gesundheitszustand unterscheiden sich häufig von denen mit besserem Gesundheitszustand. Es wird deutlich, dass diese sich aufgrund ihrer gemachten Erfahrungen konkretere Ansprüche an die Gesundheitsversorgung gebildet haben. 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 der Qualität der Versorgung in Kauf zu nehmen, wenn dadurch die Prämien sinken würden. Dies ist aber nicht der Fall. Ein Grund könnte sein, dass diese zuerst in anderen Bereichen

ausserhalb der Gesundheit Einschränkungen in Kauf nehmen würden, da die Gesundheitsversorgung für sie existenzieller ist. Ein weiterer Grund könnte sein, dass die Prämienverbilligungen genügend greifen.

- **Bildungsniveau:** Bei Personen mit einem tieferen Bildungsniveau fällt auf, dass diese sich auch weniger kompetent fühlen, Entscheidungen zu ihrer Gesundheit zu treffen und sich eher einem Arzt/einer Ärztin voll anzuvertrauen. 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 als ältere Personen. Zudem kritisieren sie stärker ein schwaches Angebot an Präventionsleistungen und legen mehr Wert auf eine hohe Qualität der ärztlichen Versorgung. Auch aus den Fokusgruppengesprächen ergeben sich Hinweise, dass die jüngere Generation generell gesundheitsbewusster ist und ÄrztInnen eher als «normale Dienstleistende» und weniger als die «Götter in Weiss» sieht als die älteren Generationen.
- **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, 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 Versorgungsangeboten, bei denen die Arzt-/Patient-Beziehung in der Regel weniger kontinuierlich ist.

7.1.2. 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 gewichten 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 (über 95% (eher) wichtig). Gleich wichtig sind ihnen auch fachliche Herausforderungen und die Möglichkeit, das ganze Arbeitsleben lang lernen zu können. Diese Ansprüche sind stärker verbreitet als beispielsweise Karriere (38%) oder Verdienstmöglichkeiten (80%). Dies, sowie die Diskussionen in den Fokusgruppengesprächen zeigen, dass ÄrztInnen eine hohe intrinsische Motivation für ihre Arbeit haben.

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 (je rund 95%) und Teilzeitmöglichkeiten (78%) – letzteres insbesondere für jüngere ÄrztInnen (93%). 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%).

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, 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 ÄrztInnen der vorliegenden Untersuchung 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. Weiter ist mehr als ein Drittel der ÄrztInnen auch weniger zufrieden mit dem Leistungsdruck und 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.

7.2. Folgerungen

Die Folgerungen orientieren sich an den Leitfragen 2-4 (vgl. Kap. 1.1). 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

7.2.1. Mikroebene: Arzt-/Patient-Beziehung und individuelle Leistungserbringung

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, welche den Ausgangspunkt für Behandlungsentscheide bilden sollen.

Genügend Zeit für Konsultationen nötig.

Die Ansprüche der PatientInnen und ÄrztInnen an eine gute Versorgung beim Arzt/der Ärztin setzen voraus, dass genügend Zeit für die Konsultationen zur Verfügung steht. Die ÄrztInnen sehen dies aufgrund von Beschränkungen der Konsultationszeiten im TARMED 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

Bedürfnisse 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, wenn die die Bedürfnisse der PatientInnen dabei immer noch die primäre Maxime für Behandlungsentscheide bleiben.

7.2.2. Mesoebene: Angebotslandschaft und Versorgungsmodelle

Breite Unterstützung für die Stärkung der Hausarztmedizin.

Ganz klar den Bedürfnissen der Bevölkerung entspricht eine Stärkung der Hausarztmedizin. Gemäss den Befragungen ist für die Bevölkerung teils ein Hausarztmangel spürbar und sie wünscht mehrheitlich, durch einen Hausarzt/eine Hausärztin betreut zu werden. Hinweise auf einen Trend hin zu einer «Entfremdung vom Arzt/von der Ärztin des Vertrauens» gibt es aus den Ergebnissen nicht. Im Gegenteil zeichnet sich ab, dass PatientInnen und insbesondere Personen mit schlechtem Gesundheitszustand die kontinuierliche Beziehung sowie die Koordinationsrolle, die der Hausarzt/die Hausärztin einnimmt, sehr schätzen. 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 Masterplan⁷⁰ «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. 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 andern 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 praktizierende 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 Bundesrates⁷¹ Zulassungsbeschränkungen erlassen. Für eine dauerhafte Lösung der

⁷⁰ vgl. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/berufe-im-gesundheitswesen/medizinalberufe/medizinische-grundversorgung/masterplan-hausarzt-med-grundversorgung.html>

⁷¹ vgl. Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (VEZL) vom Mai 2019.

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.

Koordinierte Versorgung stärken.

Sowohl ÄrztInnen als auch die Bevölkerung sind sich darin einig, dass bei der Koordination zwischen den Leistungserbringern Defizite bestehen. Insbesondere bei Personen mit schlechtem Gesundheitszustand besteht ein grosses Bedürfnis, dies zu verbessern. Für das Angebot eines Case-Managements von chronisch Kranken in der Grundversicherung wäre gar rund die Hälfte der Bevölkerung (eher) bereit, höhere Prämien in Kauf zu nehmen. 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 (vgl. oben) und 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.

7.2.3. Makro/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%)⁷². 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. 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

⁷² <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/kosten-finanzierung/kosten.html>

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». ⁷³ 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 potentiellen Risiken nicht besser auf die Behandlung verzichtet werden soll. Zu diesem Ansatz sind die Meinungen der Ärzteschaft geteilt. Die Gründe, weshalb dies ÄrztInnen 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 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. ⁷⁴ 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.

⁷³ vgl. <https://www.smartermedicine.ch/de/home.html>

⁷⁴ <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/gesundheitsliche-chancengleichheit/gesundheitskompetenz-von-benachteiligten-staerken.html>

Anhang

A1. Soziodemografische Charakteristiken der Befragten der Bevölkerungsbefragung

Alter, Geschlecht und Staatsbürgerschaft

Tabelle 132: Bevölkerung: Alter, Geschlecht und Staatsbürgerschaft der Teilnehmenden

Alter		
18-39 Jahre: 32%	40-64 Jahre: 45%	65 Jahre und älter: 24%
Geschlecht		
Männer: 49%	Frauen: 51%	
Staatsbürgerschaft		
SchweizerInnen: 79%	AusländerInnen: 21%	

Frage 1: «Wie alt sind Sie?» Frage 2: «Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an.» Frage 3: «Sind Sie in eidgenössischen Fragen stimmberechtigt oder ist das bei Ihnen nicht der Fall?»

N=1'005

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Wohn- und Arbeitsort

Tabelle 133: Bevölkerung: Wohn- und Arbeitsort der Teilnehmenden

Wohnort			
Stadt: 61%	Agglomeration: 22%	Land: 17%	Fehlende Antworten: 22
Arbeitsort			
Stadt: 74%	Agglomeration: 17%	Land: 9%	Fehlende Antworten: 361

Frage 1: «Welches ist die Postleitzahl Ihres Wohnortes?» Frage 2: «Welches ist die Postleitzahl Ihres Arbeitsortes?» Zusammengesetzte Kategorien entsprechend der Raumgliederung der Schweiz des BFS (Gemeindetypologie 2012, zusammengefasst in die drei Kategorien Städtische Gebiete, intermediäre Gebiete (dichter periurbaner Raum und ländliche Zentren) und ländliche Gebiete).

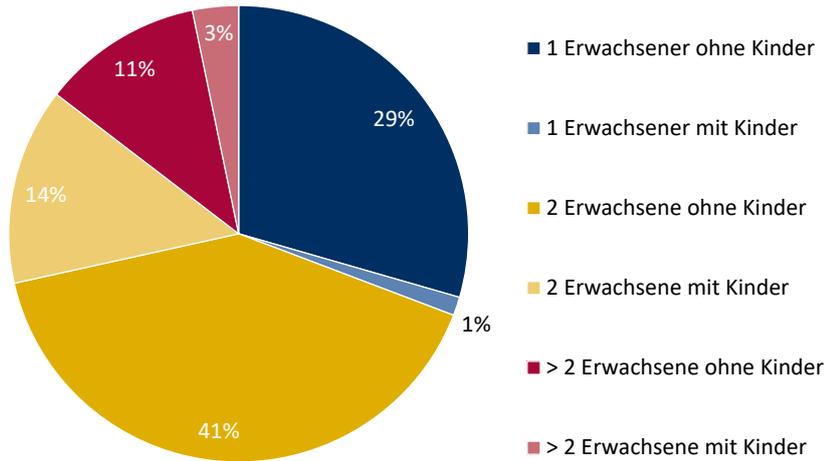
N=1'005

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Haushaltstyp

Abbildung 53: Bevölkerung: Haushaltstyp der Teilnehmenden

Anteile in %



Zusammengefügte Variable aus zwei Fragen: **Frage 1: «Wie viele erwachsene Personen ab 18 Jahren leben in Ihrem Haushalt?»** **Frage 2: «Wie viele Kinder unter 18 Jahren leben in Ihrem Haushalt?»**
 N=1005, fehlend: 12.

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Bildungsniveau und Einkommen

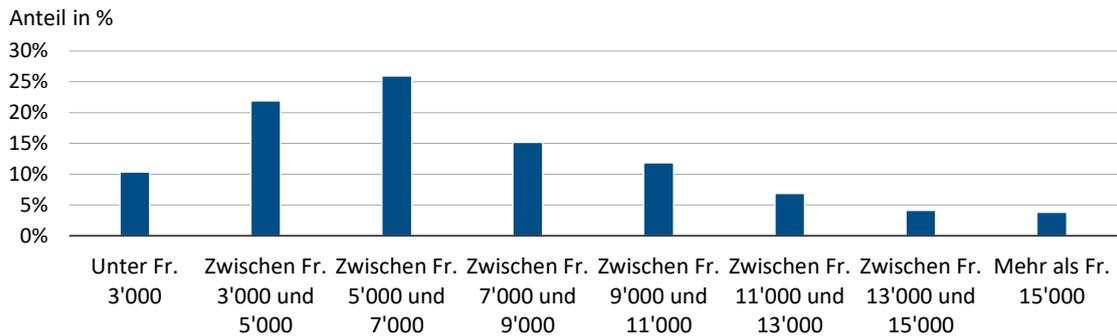
Tabelle 134: Bevölkerung: Bildungsniveau der Teilnehmenden

Keine	Real-/Sekundarschule	Berufslehre /Gewerbeschule	Gymnasium, LehrerInnenseminar, Berufsmaturität	Höhere Fach- oder Berufsausbildung, Kunstgewerbeschule	Höhere Fachschule z.B. HTL, HWV	Fachhochschule (FHS) und pädagogische Hochschule	ETH, Universität
1%	3%	50%	8%	8%	6%	8%	16%

Frage: «Was ist Ihr höchster Schulabschluss?» Für weitere Auswertungen wurden folgende Kategorien zusammengefasst: Keine und Real-/Sekundarschule: Keine nachobligatorische Schulbildung. Berufslehre/Gewerbeschule und Gymnasium, LehrerInnenseminar, Berufsmaturität: Sekundarstufe II, Höhere Fach- oder Berufsausbildung, Kunstgewerbeschule und höhere Fachschule: Tertiär B, Fachhochschule/pädagogische Hochschule und Technische Hochschulen/Universität: Tertiär A. N=1005.

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz.

Abbildung 54: Bevölkerung: monatliches Netto-Haushaltseinkommen



Frage: «Bitte geben Sie das ungefähre Netto-Monatseinkommen Ihres Haushalts an.» N=877, fehlende Antworten: 128.

Grafik INFRAS. Quelle: Repräsentative Onlinebefragung in der Deutschschweiz

A2. Charakteristiken der befragten ÄrztInnen

Facharztgruppe

Tabelle 135: ÄrztInnen: Facharztgruppen der Befragungsteilnehmenden

	BefragungsteilnehmerInnen ¹	Mitgliederdatenbank der AGZ ¹
GrundversorgerInnen	43%	39%
SpezialistInnen	37%	43%
PsychiaterInnen	21%	18%

Facharzttitel der GrundversorgerInnen: Allgemeine Innere Medizin und Kinder- und Jugendmedizin.

Facharzttitel der PsychiaterInnen: Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Facharzttitel der SpezialistInnen: Rest.

¹ ÄrztInnen mit mehreren Facharzttiteln wurden anhand des ersten angegebenen Titels zugeteilt. N=960, fehlend 36.

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

Alter und Geschlecht

Tabelle 136: ÄrztInnen: Alter der Befragungsteilnehmenden

	BefragungsteilnehmerInnen	Mitgliederdatenbank der AGZ
Jünger als 30	1%	0%
Zwischen 30-49	33%	31%
Zwischen 50 und 64	51%	53%
65 oder älter	15%	16%

N=960 fehlende Antworten: 28.

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

Tabelle 137: ÄrztInnen: Geschlecht der Befragungsteilnehmenden

	BefragungsteilnehmerInnen	Mitgliederdatenbank der AGZ
Frauen	45%	39%
Männer	55%	61%

N=960, fehlende Antworten: 12.

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

Arbeitsort**Tabelle 138: ÄrztInnen: Arbeitsort der Befragungsteilnehmenden**

Stadt	Agglomeration	Land
93%	6%	1%

N=960, fehlende Antworten: 24.

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

A3. Weitere Ergebnisse der Befragung der ÄrztInnen

Tabelle 139: ÄrztInnen: Beurteilung möglicher Massnahmen zur Kostensenkung nach Facharztgruppe (Anteil ja/eher ja)

	GV	SP	PS	Total	N	p-value
Kürzung des Leistungskatalogs	37%	42%	27%	36%	897	0.005**
Beschränkung beim Zugang zu Innovationen (z.B. neue Krebstherapien)	40%	29%	33%	34%	886	0.009**
Keine Therapiefreiheit	16%	10%	7%	12%	889	0.002*3
Smarter Medicine/Top 5 Listen	62%	43%	39%	52%	692	>0.001**
Weniger Spitäler	59%	66%	54%	61%	882	0.027*
Weniger Hausarztpraxen	3%	6%	2%	4%	904	0.021*
Weniger Spezialisten	63%	32%	32%	46%	888	>0.001**
Mehr Zeitbeschränkungen bei den Arztbesuchen	2%	4%	0%	3%	910	0.013*
Keine freie Spitalwahl	26%	13%	20%	20%	876	>0.001**
Pflicht, vor einem Spezialisten zuerst einen Hausarzt aufzusuchen	81%	40%	42%	59%	911	>0.001**
Pflicht, vor einem Arztbesuche zuerst eine telefonische Beratung anzurufen	16%	20%	22%	20%	896	0.134
Mehr Koordination/Integrierte Versorgung	83%	77%	83%	82%	860	0.108
Elektronisches Patientendossier (Zentral gespeicherte Gesundheitsdaten mit 24h Zugriff)	56%	62%	39%	56%	857	>0.001**
Höhere Kostenbeteiligungen	53%	56%	32%	50%	893	>0.001**
Mehr Prävention und Gesundheitsförderung	73%	74%	82%	76%	890	0.057
Personalisierte Medizin	46%	53%	41%	48%	800	0.023*

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

GV = GrundversorgerInnen, SP = SpezialistInnen, PS = PsychiaterInnen

* = signifikant auf 5%-Niveau

** = signifikant auf 1%-Niveau

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

Tabelle 140: ÄrztInnen: Beurteilung möglicher Massnahmen zur Kostensenkung nach Arbeitsort (Anteil ja/ever ja)

	Nur Spital	Nur Praxis	Praxis und Spital	Total	N	p-value
Kürzung des Leistungskatalogs	36%	35%	44%	36%	888	0.148
Beschränkung beim Zugang zu Innovationen (z.B. neue Krebstherapien)	29%	36%	35%	34%	878	0.406
Keine Therapiefreiheit	24%	10%	12%	12%	879	<0.001**
Smarter Medicine/Top 5 Listen	62%	52%	46%	52%	679	0.089
Weniger Spitäler	72%	58%	64%	61%	875	0.014*
Weniger Hausarztpraxen	6%	3%	7%	4%	897	0.031*
Weniger Spezialisten	51%	46%	44%	46%	879	0.547
Mehr Zeitbeschränkungen bei den Arztbesuchen	4%	2%	4%	3%	903	0.135
Keine freie Spitalwahl	18%	23%	10%	20%	870	0.007**
Pflicht, vor einem Spezialisten zuerst einen Hausarzt aufzusuchen	64%	61%	45%	59%	903	0.003**
Pflicht, vor einem Arztbesuche zuerst eine telefonische Beratung anzurufen	32%	18%	18%	20%	886	0.002**
Mehr Koordination/Integrierte Versorgung	84%	82%	78%	82%	850	0.498
Elektronisches Patientendossier (Zentral gespeicherte Gesundheitsdaten mit 24h Zugriff)	76%	51%	58%	56%	849	<0.001**
Höhere Kostenbeteiligungen	51%	49%	59%	50%	884	0.13
Mehr Prävention und Gesundheitsförderung	77%	76%	73%	76%	882	0.669
Personalisierte Medizin	50%	45%	53%	48%	791	0.225

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

* = signifikant auf 5%-Niveau

** = signifikant auf 1%-Niveau

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

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Bevölkerung: Versicherungsmodell bei der obligatorischen Grundversicherung	13
Abbildung 2: Bevölkerung: Gewählte Franchisehöhe	15
Abbildung 3: Bevölkerung: Häufigkeit von Besuchen bei ÄrztInnen nach Geschlecht	18
Abbildung 4: Bevölkerung: Subjektive Gesundheitskompetenz bei «typischen Symptomen»	22
Abbildung 5: Bevölkerung: Inanspruchnahme bei der Erstkonsultation	25
Abbildung 6: Bevölkerung: Präferenz für spezifisches bzw. breites Fachwissen	28
Abbildung 7: Bevölkerung: Gründe für eine Zweitmeinung	31
Abbildung 8: Bevölkerung: Wichtige Aspekte für die Wahl einer Praxis	33
Abbildung 9: Bevölkerung: Präferenzen zwischen gleichbleibenden ÄrztInnen und schnellen Terminen	37
Abbildung 10: Bevölkerung: Inanspruchnahme der Alternativ- und Komplementärmedizin nach chronischen Krankheiten	39
Abbildung 11: Bevölkerung: Präferenzen zwischen Entscheidungen durch die ÄrztInnen und Einbezug in Entscheidungen	46
Abbildung 12: Bevölkerung: Selbst eingeschätzte Gesundheitskompetenzen	48
Abbildung 13: Bevölkerung: Präferenzen zwischen Beurteilung des Krankheitsfalls und Behandlungsleitlinien	49
Abbildung 14: Bevölkerung: Ansprüche an Nutzung der möglichen Behandlungsoptionen	52
Abbildung 15: Bevölkerung: Präferenzen für Palliative Care	55
Abbildung 16: ÄrztInnen: Wichtig für gute Versorgung	58
Abbildung 17: Bevölkerung: Beurteilung des Leistungsangebots im Gesundheitswesen	62
Abbildung 18: Bevölkerung: Zahlungsbereitschaft für Verbesserungen beim Leistungsangebot im Gesundheitswesen	65
Abbildung 19: Bevölkerung: Beurteilung des Zugangs zu ÄrztInnen	67
Abbildung 20: Bevölkerung: Zahlungsbereitschaft für besseren Zugang zu ÄrztInnen	69
Abbildung 21: Bevölkerung: Beurteilung der Wartezeiten für planbare Operationen und der Notfallversorgung	71
Abbildung 22: Bevölkerung: Zahlungsbereitschaft für bessere Notfallversorgung und Wartezeiten bei planbaren Operationen	73
Abbildung 23: Bevölkerung: Beurteilung der Qualität der ärztlichen Leistungen	76
Abbildung 24: Bevölkerung: Zahlungsbereitschaft für bessere Qualität ärztlicher Leistungen	80
Abbildung 25: Bevölkerung: Beurteilung der Koordination unter den ÄrztInnen	82
Abbildung 26: Bevölkerung: Zahlungsbereitschaft für bessere Koordination unter den ÄrztInnen	84

Abbildung 27: ÄrztInnen: Beurteilung des Leistungsangebots _____	86
Abbildung 28: ÄrztInnen: Beurteilung Angebot und Zugang zur Versorgung _____	88
Abbildung 29: ÄrztInnen: Beurteilung Qualitätsaspekte ärztliche Versorgung _____	90
Abbildung 30: ÄrztInnen: Gerechtfertigt werden der Qualitätsansprüche an die Versorgung _____	92
Abbildung 31: ÄrztInnen: Inhaltlich-fachliche Ansprüche an die Arbeitswelt _____	97
Abbildung 32: ÄrztInnen: Zufriedenheit mit inhaltlich-fachlichen Aspekten der Arbeit _____	101
Abbildung 33: ÄrztInnen: Ansprüche an Arbeitsbedingungen _____	103
Abbildung 34: ÄrztInnen: Zufriedenheit mit Arbeitsbedingungen am Arbeitsplatz _____	106
Abbildung 35: ÄrztInnen: Effektiv angegebene Wochenarbeitszeit nach Facharztgruppe _____	108
Abbildung 36: ÄrztInnen: Effektiv angegebene Wochenarbeitszeit nach Arbeitsort _____	108
Abbildung 37: ÄrztInnen: Effektiv angegebene Wochenarbeitszeit nach Geschlecht _____	109
Abbildung 38: ÄrztInnen: Ansprüche an die berufliche Rolle/Verdienst _____	111
Abbildung 39: ÄrztInnen: Zufriedenheit mit beruflicher Rolle und Verdienst _____	113
Abbildung 40: ÄrztInnen: Bevorzugter Arbeitsort _____	116
Abbildung 41: ÄrztInnen: Bevorzugter Arbeitsort nach Fachgruppe _____	117
Abbildung 42: ÄrztInnen: Erfüllen der Ansprüche nach Arbeitsort _____	119
Abbildung 43: ÄrztInnen: Präferierte geografische Lage des Arbeitsorts nach Facharztgruppe _____	121
Abbildung 44: ÄrztInnen: Präferiertes Arbeitsverhältnis nach Altersgruppe _____	123
Abbildung 45: Bevölkerung: Beurteilung der Kosten angesichts der Qualität des Gesundheitswesens _____	127
Abbildung 46: Bevölkerung: Eindruck, unnötige Leistungen erhalten zu haben _____	129
Abbildung 47: Bevölkerung: Akzeptanz von Massnahmen zur Senkung der Gesundheitskosten _____	132
Abbildung 48: ÄrztInnen: Beurteilung der Kosten angesichts der Qualität des Gesundheitswesens _____	146
Abbildung 49: ÄrztInnen: Erbringen von unnötigen Leistungen _____	147
Abbildung 50: ÄrztInnen: Gründe für unnötige Leistungen _____	149
Abbildung 51: ÄrztInnen: Beurteilung möglicher Massnahmen zur Kostensenkung _____	152
Abbildung 52: Akzeptanz möglicher Massnahmen zur Eindämmung der Kostensteigerungen _____	158
Abbildung 53: Bevölkerung: Haushaltstyp der Teilnehmenden _____	172
Abbildung 54: Bevölkerung: monatliches Netto-Haushaltseinkommen _____	173

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Themen der Fokusgruppengespräche _____	6
Tabelle 2: Durchgeführte Fokusgruppen _____	7
Tabelle 3: Behandelte Fragen zum Verhalten und den Präferenzen der Bevölkerung bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen _____	11
Tabelle 4: Bevölkerung: Versicherungsmodell bei der obligatorischen Grundversicherung nach Bildungsniveau _____	14
Tabelle 5: Bevölkerung: Versicherungsmodell bei der obligatorischen Grundversicherung nach Gesundheitszustand _____	14
Tabelle 6: Bevölkerung: Versicherungsmodell bei der obligatorischen Grundversicherung nach Häufigkeit von Arztbesuchen _____	15
Tabelle 7: Bevölkerung: Gewählte Franchise nach Alter _____	16
Tabelle 8: Bevölkerung: Gewählte Franchise nach selbst eingeschätztem Gesundheitszustand _____	16
Tabelle 9: Bevölkerung: Gewählte Franchise nach chronischer Krankheit _____	16
Tabelle 10: Bevölkerung: Gewählte Franchise nach Häufigkeit von Arztbesuchen _____	16
Tabelle 11: Bevölkerung: Gewählte Franchise nach Versicherungsmodell _____	17
Tabelle 12: Bevölkerung: Gewählte Franchise nach Einkommen _____	17
Tabelle 13: Bevölkerung: Gewählte Franchise nach Bildungsniveau _____	17
Tabelle 14: Bevölkerung: Häufigkeit von Arztbesuchen nach Alter _____	19
Tabelle 15: Bevölkerung: Häufigkeit von Arztbesuchen nach Geschlecht _____	19
Tabelle 16: Bevölkerung: Häufigkeit von Arztbesuchen nach Haushaltstyp _____	20
Tabelle 17: Bevölkerung: Häufigkeit von Arztbesuchen nach Gesundheitszustand _____	20
Tabelle 18: Bevölkerung: Häufigkeit von Arztbesuchen nach Versicherungsmodell _____	21
Tabelle 19: Bevölkerung: Subjektive Gesundheitskompetenz bei «typischen Symptomen» nach Geschlecht und Staatsbürgerschaft _____	22
Tabelle 20: Bevölkerung: Subjektive Gesundheitskompetenz bei «typischen Symptomen» nach Häufigkeit von Arztbesuchen _____	23
Tabelle 21: Bevölkerung: Subjektive Gesundheitskompetenz bei «typischen Symptomen» nach Gesundheitszustand _____	23
Tabelle 22: Bevölkerung: Inanspruchnahme bei der Erstkonsultation nach Versicherungsmodell _____	26
Tabelle 23: Bevölkerung: Inanspruchnahme bei der Erstkonsultation nach Alter _____	27
Tabelle 24: Bevölkerung: Inanspruchnahme bei der Erstkonsultation nach Staatsbürgerschaft _____	27
Tabelle 25: Bevölkerung: Präferenz für spezifisches bzw. breites Fachwissen nach Alter _____	28
Tabelle 26: Bevölkerung: Präferenz für spezifisches bzw. breites Fachwissen nach Staatsbürgerschaft _____	29

Tabelle 27: Bevölkerung: Präferenz für spezifisches bzw. breites Fachwissen nach Gesundheitszustand _____	29
Tabelle 28: Bevölkerung: Präferenz für spezifisches bzw. breites Fachwissen nach Häufigkeit von medizinischen Konsultationen _____	30
Tabelle 29: Bevölkerung: Wichtige Aspekte für die Wahl einer ambulanten Praxis nach Alter __	35
Tabelle 30: Bevölkerung: Wichtige Aspekte für die Wahl einer ambulanten Praxis nach Einkommen _____	36
Tabelle 31: Bevölkerung: Präferenz für gleichbleibende ÄrztInnen bzw. schnelle Termine nach Alter _____	37
Tabelle 32: Bevölkerung: Präferenz für gleichbleibende ÄrztInnen bzw. schnelle Termine nach Gesundheitszustand _____	38
Tabelle 33: Bevölkerung: Präferenz für gleichbleibende ÄrztInnen bzw. schnelle Termine nach chronischer Krankheit _____	38
Tabelle 34: Bevölkerung: Präferenz für gleichbleibende ÄrztInnen bzw. schnelle Termine nach Häufigkeit von medizinischen Konsultationen _____	38
Tabelle 35: Bevölkerung: Präferenz für gleichbleibende ÄrztInnen bzw. schnelle Termine nach Versicherungsmodell _____	39
Tabelle 36: Bevölkerung: Inanspruchnahme der Alternativ- und Komplementärmedizin nach Gesundheitszustand _____	40
Tabelle 37: Bevölkerung: Inanspruchnahme der Alternativ- und Komplementärmedizin nach Häufigkeit von Arztbesuchen _____	40
Tabelle 38: Behandelte Fragen zur Vorstellung einer «guten Versorgung» _____	43
Tabelle 39: Bevölkerung: Präferenz für den Einbezug in Behandlungsentscheidungen nach Geschlecht _____	47
Tabelle 40: Bevölkerung: Präferenz für den Einbezug in Behandlungsentscheidungen nach Bildungsniveau _____	47
Tabelle 41: Bevölkerung: Präferenz für die Anwendung von wissenschaftlichen Richtlinien bzw. für die individuelle Beurteilung des Krankheitsfalls nach Alter _____	50
Tabelle 42: Bevölkerung: Präferenz für die Anwendung von wissenschaftlichen Richtlinien bzw. für die individuelle Beurteilung des Krankheitsfalls nach Geschlecht _____	50
Tabelle 43: Bevölkerung: Präferenz für die Anwendung von wissenschaftlichen Richtlinien bzw. für die individuelle Beurteilung des Krankheitsfalls nach Einkommen _____	50
Tabelle 44: Bevölkerung: Ansprüche an die möglichen Behandlungsoptionen nach Bildungsniveau _____	53
Tabelle 45: Bevölkerung: Ansprüche an die möglichen Behandlungsoptionen nach Staatsbürgerschaft _____	53

Tabelle 46: Bevölkerung: Ansprüche an die möglichen Behandlungsoptionen nach Gesundheitszustand _____	53
Tabelle 47: Bevölkerung: Ansprüche an die möglichen Behandlungsoptionen nach chronischer Krankheit _____	54
Tabelle 48: Bevölkerung: Ansprüche an die möglichen Behandlungsoptionen nach Häufigkeit von Arztbesuchen _____	54
Tabelle 49: Bevölkerung: Präferenzen für Palliative Care nach Alter _____	56
Tabelle 50: Bevölkerung: Präferenzen für Palliative Care nach Haushaltstyp _____	56
Tabelle 51: Bevölkerung: Präferenzen für Palliative Care nach Staatsbürgerschaft _____	56
Tabelle 52: Bevölkerung: Präferenzen für Palliative Care nach Versicherungsmodell _____	56
Tabelle 53: Behandelte Fragen zur Beurteilung der heutigen Versorgung und des Verbesserungsbedarfs _____	61
Tabelle 54: Bevölkerung: Beurteilung des Leistungsangebots im Gesundheitswesen nach Häufigkeit von medizinischen Konsultationen (Anteil zufrieden/eher zufrieden) _____	63
Tabelle 55: Bevölkerung: Beurteilung des Leistungsangebots im Gesundheitswesen nach Gesundheitszustand (Anteil zufrieden/eher zufrieden) _____	63
Tabelle 56: Bevölkerung: Beurteilung des Leistungsangebots im Gesundheitswesen nach Alter (Anteil zufrieden/eher zufrieden) _____	63
Tabelle 57: Bevölkerung: Beurteilung des Leistungsangebots im Gesundheitswesen nach Einkommen (Anteil zufrieden/eher zufrieden) _____	64
Tabelle 58: Bevölkerung: Zahlungsbereitschaft für Verbesserungen beim Leistungsangebot im Gesundheitswesen nach Alter (Anteil bereit/eher bereit) _____	65
Tabelle 59: Bevölkerung: Beurteilung des Zugangs zu ÄrztInnen nach Geschlecht (Anteil zufrieden/eher zufrieden) _____	67
Tabelle 60: Bevölkerung: Beurteilung des Zugangs zu ÄrztInnen nach Staatsbürgerschaft (Anteil zufrieden/eher zufrieden) _____	68
Tabelle 61: Bevölkerung: Beurteilung des Zugangs zu ÄrztInnen nach Alter (Anteil zufrieden/eher zufrieden) _____	68
Tabelle 62: Bevölkerung: Beurteilung des Zugangs zu ÄrztInnen nach Gesundheitszustand (Anteil zufrieden/eher zufrieden) _____	68
Tabelle 63: Bevölkerung: Beurteilung des Zugangs zu ÄrztInnen nach Alter (Anteil zufrieden/eher zufrieden) _____	69
Tabelle 64: Bevölkerung: Zahlungsbereitschaft für besseren Zugang zu ÄrztInnen nach Staatsbürgerschaft (Anteil bereit/eher bereit) _____	70
Tabelle 65: Bevölkerung: Zahlungsbereitschaft für besseren Zugang zu ÄrztInnen nach Alter (Anteil bereit/eher bereit) _____	71

Tabelle 66: Bevölkerung: Beurteilung der Wartezeiten für planbare Operationen und der Notfallversorgung nach Alter (Anteil zufrieden/eher zufrieden) _____	72
Tabelle 67: Bevölkerung: Beurteilung der Wartezeiten für planbare Operationen und der Notfallversorgung nach Staatsbürgerschaft (Anteil zufrieden/eher zufrieden) _____	72
Tabelle 68: Bevölkerung: Zahlungsbereitschaft für bessere Notfallversorgung nach Alter (Anteil bereit/eher bereit) _____	73
Tabelle 69: Bevölkerung: Zahlungsbereitschaft für bessere Notfallversorgung nach Staatsbürgerschaft (Anteil bereit/eher bereit) _____	73
Tabelle 70: Bevölkerung: Beurteilung der Präventionsleistungen nach Alter (Anteil zufrieden/eher zufrieden) _____	74
Tabelle 71: Bevölkerung: Beurteilung der Präventionsleistung nach Geschlecht (Anteil zufrieden/eher zufrieden) _____	74
Tabelle 72: Bevölkerung: Beurteilung der Präventionsleistungen nach Gesundheitszustand (Anteil zufrieden/eher zufrieden) _____	75
Tabelle 73: Bevölkerung: Zahlungsbereitschaft für mehr Präventionsleistungen nach Alter (Anteil bereit/eher bereit) _____	75
Tabelle 74: Bevölkerung: Zahlungsbereitschaft für mehr Präventionsleistungen nach Staatsbürgerschaft (Anteil bereit/eher bereit) _____	75
Tabelle 75: Bevölkerung: Beurteilung der Qualität der ärztlichen Leistungen nach Alter (Anteil zufrieden/eher zufrieden) _____	77
Tabelle 76: Bevölkerung: Beurteilung der Qualität der ärztlichen Leistungen nach Geschlecht (Anteil zufrieden/eher zufrieden) _____	77
Tabelle 77: Bevölkerung: Beurteilung der Qualität der ärztlichen Versorgung nach Gesundheitszustand (Anteil zufrieden/eher zufrieden) _____	78
Tabelle 78: Bevölkerung: Beurteilung der Qualität der ärztlichen Leistungen nach vorliegen einer chronischen Krankheit (Anteil zufrieden/eher zufrieden) _____	78
Tabelle 79: Bevölkerung: Beurteilung der Qualität der ärztlichen Leistungen nach Versicherungsmodell (Anteil zufrieden/eher zufrieden) _____	79
Tabelle 80: Bevölkerung: Zahlungsbereitschaft für bessere Qualität ärztlicher Leistungen nach Alter (Anteil bereit/eher bereit) _____	80
Tabelle 81: Bevölkerung: Zahlungsbereitschaft für bessere Qualität ärztlicher Leistungen nach Staatsbürgerschaft (Anteil bereit/eher bereit) _____	81
Tabelle 82: Bevölkerung: Zahlungsbereitschaft für Verbesserungen in der Gesundheitsversorgung nach Versicherungsmodell (Anteil bereit/eher bereit) _____	81
Tabelle 83: Bevölkerung: Beurteilung der Koordination unter den ÄrztInnen nach Alter (Anteil zufrieden/eher zufrieden) _____	83

Tabelle 84: Bevölkerung: Beurteilung der Koordination unter den ÄrztInnen nach Geschlecht (Anteil zufrieden/eher zufrieden) _____	83
Tabelle 85: Bevölkerung: Beurteilung der Koordination unter den ÄrztInnen nach Gesundheitszustand (Anteil zufrieden/eher zufrieden) _____	83
Tabelle 86: Bevölkerung: Beurteilung der Koordination unter den ÄrztInnen nach Häufigkeit von medizinischen Konsultationen (Anteil zufrieden/eher zufrieden) _____	84
Tabelle 87: Bevölkerung: Zahlungsbereitschaft für bessere Koordination unter den ÄrztInnen nach Versicherungsmodell (Anteil bereit/eher bereit) _____	85
Tabelle 88: ÄrztInnen: Beurteilung des Leistungsangebots nach Facharztgruppe (Anteil Antworten gut/eher gut) _____	87
Tabelle 89: ÄrztInnen: Beurteilung Angebot und Zugang zur Versorgung nach Facharztgruppe (Anteil Antworten gut/eher gut) _____	88
Tabelle 90: Behandelte Fragen zu den Ansprüchen und der Zufriedenheit der ÄrztInnen _____	96
Tabelle 91: ÄrztInnen: Ansprüche an inhaltlich-fachliche Aspekte nach Facharztgruppe (Anteil Antworten wichtig/eher wichtig) _____	98
Tabelle 92: ÄrztInnen: Ansprüche an inhaltlich-fachliche Aspekte nach Arbeitsort Anteil Antworten wichtig/eher wichtig) _____	99
Tabelle 93: ÄrztInnen: Zufriedenheit mit inhaltlich-fachlichen Aspekten nach Facharztgruppe (Anteil Antworten zufrieden/eher zufrieden) _____	101
Tabelle 94: ÄrztInnen: Zufriedenheit mit inhaltlich-fachlichen Aspekten nach Arbeitsort (Anteil Antworten zufrieden/eher zufrieden) _____	102
Tabelle 95: ÄrztInnen: Ansprüche an Arbeitsbedingungen nach Geschlecht und Alter (Anteil wichtig/eher wichtig) _____	103
Tabelle 96: ÄrztInnen: Zufriedenheit mit inhaltlich-fachlichen Aspekten nach Facharztgruppe (Anteile zufrieden/eher zufrieden) _____	106
Tabelle 97: ÄrztInnen: Zufriedenheit mit inhaltlich-fachlichen Aspekten nach Arbeitsort (Anteile zufrieden/eher zufrieden) _____	107
Tabelle 98: ÄrztInnen: Ansprüche an die berufliche Rolle und den Verdienst nach Facharztgruppe (Anteil wichtig/eher wichtig) _____	112
Tabelle 99: ÄrztInnen: Ansprüche an die berufliche Rolle und den Verdienst nach Arbeitsort (Anteil wichtig/eher wichtig) _____	112
Tabelle 100: ÄrztInnen: Ansprüche an die berufliche Rolle und den Verdienst nach Alter (Anteil wichtig/eher wichtig) _____	113
Tabelle 101: ÄrztInnen: Zufriedenheit mit beruflicher Rolle und Verdienst nach Facharztgruppe (Anteile zufrieden/eher zufrieden) _____	114

Tabelle 102: ÄrztInnen: Zufriedenheit mit beruflicher Rolle und Verdienst nach Arbeitsort (Anteile zufrieden/eher zufrieden) _____	115
Tabelle 103: ÄrztInnen: Präferierte geografische Lage des Arbeitsortes nach Alter _____	122
Tabelle 104: Behandelte Fragen zu den Kosten und möglichen Massnahmen zur Kostensenkung _____	126
Tabelle 105: Bevölkerung: Beurteilung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses im Gesundheitswesen nach Alter _____	127
Tabelle 106: Bevölkerung: Beurteilung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses im Gesundheitswesen nach Urbanität des Wohnorts _____	128
Tabelle 107: Bevölkerung: Beurteilung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses im Gesundheitswesen nach Häufigkeit von Arztbesuchen _____	128
Tabelle 108: Bevölkerung: Eindruck, unnötige Leistungen erhalten zu haben nach Alter _____	129
Tabelle 109: Bevölkerung: Akzeptanz der Einschränkung der Wahlfreiheit als Kostensenkungsmassnahme nach Gesundheitszustand (Anteil bereit/eher bereit) _____	134
Tabelle 110: Bevölkerung: Akzeptanz der Einschränkung der Wahlfreiheit als Kostensenkungsmassnahme nach Häufigkeit von medizinischen Konsultationen (Anteil bereit/eher bereit) _____	134
Tabelle 111: Bevölkerung: Akzeptanz der Einschränkung der Wahlfreiheit als Kostensenkungsmassnahme nach chronischer Krankheit (Anteil bereit/eher bereit) _____	134
Tabelle 112: Bevölkerung: Akzeptanz der Einschränkung der Wahlfreiheit als Kostensenkungsmassnahme nach Versicherungsmodell (Anteil bereit/eher bereit) _____	135
Tabelle 113: Bevölkerung: Akzeptanz einer Verringerung des Leistungsangebots zur Kostenreduktion nach Geschlecht (Anteil bereit/eher bereit) _____	137
Tabelle 114: Bevölkerung: Akzeptanz einer Verringerung des Leistungsangebots zur Kostenreduktion nach Gesundheitszustand (Anteil bereit/eher bereit) _____	137
Tabelle 115: Bevölkerung: Akzeptanz einer Verringerung des Leistungsangebots zur Kostenreduktion nach Häufigkeit von medizinischen Konsultationen (Anteil bereit/eher bereit) _____	138
Tabelle 116: Bevölkerung: Akzeptanz einer Verringerung des Leistungsangebots zur Kostenreduktion nach Alter (Anteil bereit/eher bereit) _____	138
Tabelle 117: Bevölkerung: Akzeptanz einer Verringerung des Leistungsangebots zur Kostenreduktion nach Staatsbürgerschaft (Anteil bereit/eher bereit) _____	139
Tabelle 118: Bevölkerung: Akzeptanz einer Verringerung des Leistungsangebots zur Kostenreduktion nach Versicherungsmodell (Anteil bereit/eher bereit) _____	139
Tabelle 119: Bevölkerung: Akzeptanz von Zeitbeschränkungen zur Kostenreduktion nach Häufigkeit von medizinischen Konsultationen (Anteil bereit/eher bereit) _____	140

Tabelle 120: Bevölkerung: Akzeptanz von Zeitbeschränkungen zur Kostenreduktion nach Gesundheitszustand (Anteil bereit/eher bereit) _____	140
Tabelle 121: Bevölkerung: Akzeptanz von Zeitbeschränkungen zur Kostenreduktion nach Alter (Anteil bereit/eher bereit) _____	141
Tabelle 122: Bevölkerung: Akzeptanz einer Einschränkung der Therapiefreiheit und des Leistungskatalogs zur Kostenreduktion nach chronischer Krankheit (Anteil bereit/eher bereit)	142
Tabelle 123: Bevölkerung: Akzeptanz einer Einschränkung der Therapiefreiheit und des Leistungskatalogs zur Kostenreduktion nach Gesundheitszustand (Anteil bereit/eher bereit) _	142
Tabelle 124: Bevölkerung: Akzeptanz einer Einschränkung der Therapiefreiheit und des Leistungskatalogs zur Kostenreduktion nach Häufigkeit von medizinischen Konsultationen (Anteil bereit/eher bereit) _____	142
Tabelle 125: Bevölkerung: Akzeptanz einer Einschränkung der Therapiefreiheit und des Leistungskatalogs nach Staatsbürgerschaft (Anteil bereit/eher bereit) _____	143
Tabelle 126: Bevölkerung: Akzeptanz einer Reduktion der Präventionsleistung zur Kostenreduktion nach chronischer Krankheit (Anteil bereit/eher bereit) _____	144
Tabelle 127: Bevölkerung: Akzeptanz einer Reduktion der Präventionsleistung zur Kostenreduktion nach Häufigkeit von medizinischen Konsultationen (Anteil bereit/eher bereit) _____	144
Tabelle 128: Bevölkerung: Akzeptanz von höherer Kostenbeteiligung nach Gesundheitszustand (Anteil bereit/eher bereit) _____	145
Tabelle 129: Bevölkerung: Akzeptanz von höherer Kostenbeteiligung nach chronischer Krankheit (Anteil bereit/eher bereit) _____	145
Tabelle 130: Bevölkerung: Akzeptanz von höherer Kostenbeteiligung nach Häufigkeit von medizinischen Konsultationen (Anteil bereit/eher bereit) _____	145
Tabelle 131: ÄrztInnen: Andere Gründe für unnötige Leistungen: Offene Nennungen aus der Onlinebefragung _____	150
Tabelle 132: Bevölkerung: Alter, Geschlecht und Staatsbürgerschaft der Teilnehmenden ____	171
Tabelle 133: Bevölkerung: Wohn- und Arbeitsort der Teilnehmenden _____	171
Tabelle 134: Bevölkerung: Bildungsniveau der Teilnehmenden _____	173
Tabelle 135: ÄrztInnen: Facharztgruppen der Befragungsteilnehmenden _____	174
Tabelle 136: ÄrztInnen: Alter der Befragungsteilnehmenden _____	174
Tabelle 137: ÄrztInnen: Geschlecht der Befragungsteilnehmenden _____	174
Tabelle 138: ÄrztInnen: Arbeitsort der Befragungsteilnehmenden _____	175
Tabelle 139: ÄrztInnen: Beurteilung möglicher Massnahmen zur Kostensenkung nach Facharztgruppe (Anteil ja/eher ja) _____	176

Tabelle 140: ÄrztInnen: Beurteilung möglicher Massnahmen zur Kostensenkung nach Arbeitsort
(Anteil ja/eher ja) _____ 177

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 2015:** Bevölkerungsbefragung «Erhebung Gesundheitskompetenz 2015». Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG, Abteilung Gesundheitsstrategien.
- gfs.bern 2017:** Verändertes Arbeitsumfeld und Einstellungen zu neuen Finanzierungsmodellen. Begleitstudie im Auftrag der FMH. 7. Befragung 2017.
- gfs.bern 2018:** Experimente unerwünscht, aber wachsende Ansprüche an die Versorgung. Gesundheitsmonitor 2018 im Auftrag von interpharma.
- 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 fédéral de la santé publique (OFSP).

Sackett D.L. et al. 1996: Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ 312:71–72

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