

OBSAN BERICHT
01/2023

Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung – Situation in der Schweiz und im internationalen Vergleich

Analyse des International Health Policy (IHP)
Survey 2022 der amerikanischen Stiftung
Commonwealth Fund (CWF) im Auftrag des
Bundesamtes für Gesundheit (BAG)

Olivier Pahud, Michael Dorn



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

Das **Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan)** ist eine von Bund und Kantonen getragene Institution. Das Obsan analysiert die vorhandenen Gesundheitsinformationen in der Schweiz. Es unterstützt Bund, Kantone und weitere Institutionen im Gesundheitswesen bei ihrer Planung, ihrer Entscheidungsfindung und in ihrem Handeln. Weitere Informationen sind unter www.obsan.ch zu finden.

Herausgeber

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

Auftraggeber

Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Autoren

Olivier Pahud & Michael Dorn, Obsan

Unter Mitarbeit von

Tamara Bonassi, BAG

Projektleitung Obsan

Olivier Pahud

Reihe und Nummer

Obsan Bericht 01/2023

Zitierweise

Pahud, O. & Dorn, M. (2023). *Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung – Situation in der Schweiz und im internationalen Vergleich. Analyse des International Health Policy (IHP) Survey 2022 der amerikanischen Stiftung Commonwealth Fund (CWF) im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG)* (Obsan Bericht 01/2023). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Auskünfte/ Informationen

www.obsan.ch

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, CH-2010 Neuchâtel,

obsan@bfs.admin.ch, Tel. 058 463 60 45

Layout

Obsan

Grafiken

Obsan

Titelbild

[iStock.com/Matjaz Slanic](https://iStock.com/Matjaz_Slanic)

Titelseite

Bundesamt für Statistik (BFS), Sektion PUB, Publikationen und Agenturleistungen

Online

www.obsan.ch → Publikationen

Bundesamt für Statistik, CH-2010 Neuchâtel

order@bfs.admin.ch, Tel. 058 463 60 60

Druck in der Schweiz

Print

www.obsan.ch → Publikationen

Bundesamt für Statistik, CH-2010 Neuchâtel,

order@bfs.admin.ch, Tel. 058 463 60 60

Druck in der Schweiz

Copyright

Obsan, Neuchâtel 2023

Wiedergabe unter Angabe der Quelle

für nichtkommerzielle Nutzung gestattet

BFS-Nummer

873-2301

ISBN

978-2-940670-24-6



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung – Situation in der Schweiz und im internationalen Vergleich

Analyse des International Health Policy (IHP) Survey 2022 der
amerikanischen Stiftung Commonwealth Fund (CWF) im Auftrag
des Bundesamtes für Gesundheit (BAG)

Autoren Olivier Pahud und Michael Dorn
Herausgeber Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

Neuchâtel 2023

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	3	5 Tabellenverzeichnis	48
Zusammenfassung	4	6 Abbildungsverzeichnis	49
Résumé	6	7 Literaturverzeichnis	51
1 Einführung	8	8 Anhang	53
1.1 Allgemeine Informationen	8	8.1 Fragenkatalog der IHP-Befragung 2022	53
1.2 Methodik und Stichprobe	8	8.2 Informationen zur Kern- und Co-Finanzierung	58
1.3 Nutzen und Grenzen der Analysen	10		
1.4 Tabellen zum Bericht	11		
2 Charakteristiken der Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung	12		
2.1 Alters- und Geschlechterstruktur	12		
2.2 Verfügbarkeit und Arbeitszeit	17		
2.3 Behandlungsangebot	23		
3 Koordination und digitale Transformation	28		
3.1 Koordination mit anderen Leistungserbringern	28		
3.2 eHealth	32		
4 Bewertung des Gesundheitssystems und der eigenen Arbeit	39		
4.1 Bewertung des Gesundheitssystems	39		
4.2 Zufriedenheit mit der Praxistätigkeit	42		
4.3 Belastung und psychische Gesundheit	45		

Abkürzungsverzeichnis

APN	Advanced Practice Nurse / Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
CWF	Commonwealth Fund
DEP	Dossier électronique du patient / Elektronisches Patientendossier
ePA	Elektronische Patientenakte (EPD-Pendant in Deutschland)
EPD	Elektronisches Patientendossier
FMH	Berufsverband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
IHP	International Health Policy Survey / Internationale gesundheitspolitische Befragung
k.A.	Keine Angabe
MPA	Medizinische/r Praxisassistent/in
N / n	Stichprobe
Obsan	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
OFSP	Office fédéral de la santé / Bundesamt für Gesundheit
PROMs	Patient Reported Outcome Measures / Patientenzentrierte Ergebnismessung
ReMed	Unterstützungsnetzwerk für Ärztinnen und Ärzte
VZÄ	Vollzeitäquivalenz / Vollzeitstelle
w.n.	Weiss nicht
AU	Australien
CA	Kanada
CH	Schweiz
DE	Deutschland
FR	Frankreich
NL	Niederlande
NZ	Neuseeland
SE	Schweden
UK	Grossbritannien
US / USA	Vereinigte Staaten von Amerika

Zusammenfassung

Seit 2010 nimmt die Schweiz an den jährlich stattfindenden, internationalen gesundheitspolitischen Befragungen der Stiftung Commonwealth Fund (CWF) teil. In der Schweiz wird das Projekt durch das Bundesamt für Gesundheit (BAG) geleitet und die Auswertungen sowie die Berichterstattung werden jeweils auf Mandatsbasis durch das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) erbracht. Die Erhebung 2022 bezieht sich wie bereits in den Jahren 2012, 2015 und 2019 auf die Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung. Folglich sind sowohl internationale wie auch zeitliche Vergleiche möglich. In der Interpretation der Ergebnisse gilt es zu beachten, dass die Befragungen bis 2019 vor dem Ausbruch der **Covid-19-Pandemie** stattgefunden haben, während die Befragung von 2022 nach den Spitzenwellen der Pandemie erfolgt ist. Folglich lassen sich bei gewissen Fragen Vorher-Nachher-Vergleiche anstellen. Der vorliegende Bericht fasst die gestellten Fragen zu drei Themenfeldern zusammen: Charakteristiken der Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung, Koordination und digitale Transformation sowie Bewertung des Gesundheitssystems und der eigenen Arbeit. Nachfolgend wird ein Auszug der wichtigsten Ergebnisse erläutert.

Die **Altersstruktur** der Ärztinnen und Ärzte in der Schweizer Grundversorgung zeigt sich wie bereits in den letzten Erhebungen unausgeglich. Knapp ein Drittel ist über 60 Jahre alt und nicht ganz ein Fünftel der noch arbeitenden Ärztinnen und Ärzte befindet sich bereits im Pensionsalter. Das **Geschlechterverhältnis** hat sich über die letzten Jahre angeglichen und ist beinahe gleichverteilt. Allerdings zeigt sich ein geschlechterdifferenziertes Altersmuster: Der hausärztliche **Nachwuchs** ist primär weiblich, während vor allem in den höheren Altersklassen deutlich mehr Männer vorzufinden sind. Viele der älteren Ärztinnen und Ärzte haben noch keine Nachfolgerin oder Nachfolger für ihre Praxis gefunden.

Der Anteil an Ärztinnen und Ärzten, welche in einer **Einzelpraxis** arbeiten und lange Arbeitswochen (45 oder mehr Stunden) leisten, hat seit 2012 kontinuierlich abgenommen. Im selben Zeitraum hat der Anteil der in Gruppenpraxen tätigen Ärztinnen und Ärzten zugenommen, welcher sich als eher weiblich und jung beschreiben lässt. Gerade die Möglichkeit, in reduzierten Pensen (weniger als 45 Stunden die Woche) zu arbeiten, scheint die Gruppenpraxen attraktiv zu machen.

Die **Verfügbarkeit** der Arztpraxen ausserhalb der gängigen Öffnungszeiten ist im internationalen Vergleich etwas niedriger, allerdings verfügt die Schweiz über ein ausgebautes ambulantes Versorgungsnetz, welches entsprechende Alternativen anbietet.

Viele Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz schätzen den durch **administrative Arbeiten** verursachten Zeitaufwand als ein grosses Problem ein. Gerade die verwendete Zeit für administrative Tätigkeiten im Zusammenhang mit Versicherungen oder Abrechnungen sowie das Zusammenstellen von Daten für staatliche respektive externe Organisationen werden im internationalen Vergleich problematischer eingeschätzt. Vergleichsweise weniger problematisch sehen die Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz den Zeitaufwand, welcher durch die Einhaltung sich ändernder Covid-19-bedingter Pflegeprotokolle und Vorschriften anfällt.

Acht von zehn Ärztinnen und Ärzten in der Schweiz geben an, Hausbesuche zu tätigen. In Folge der Covid-19-Pandemie haben **Videokonsultationen** in allen befragten Ländern deutlich zugenommen. So auch in der Schweiz, wo allerdings mit Abstand am wenigsten räumlich getrennte Konsultationen stattfinden.

In der Schweiz sehen sich die Ärztinnen und Ärzte gut vorbereitet auf die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit **chronischen Erkrankungen** und **psychischen Problemen**, während palliative Behandlungen, Demenz und insbesondere Probleme im Zusammenhang mit Substanzkonsum die Ärztinnen und Ärzte vor grössere Herausforderungen stellen. Entgegen dem Trend der letzten Jahre arbeiten wieder mehr Hausarztpraxen in der Schweiz in der Betreuung von chronisch kranken Personen mit **Case Managern** zusammen.

Die **Koordination** und der Informationsaustausch zwischen den Ärztinnen und Ärzten in der Grundversorgung und den Spezialärztinnen und Spezialärzten sowie den Heimpflegediensten funktioniert gut. Nach einem Spitalaustritt findet der Austausch zwischen Spital und Hausarztpraxis zunehmend digital statt, während das Fax kaum mehr genutzt wird.

In der Schweiz dokumentieren immer mehr Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung die **Krankengeschichte** ihrer Patientinnen und Patienten elektronisch. Verglichen mit der letzten Erhebung haben vor allem die älteren Ärztinnen und Ärzte sowie die Pädiaterinnen und Pädiater aufgeholt. Trotzdem belegt die Schweiz im internationalen Vergleich weiterhin den letzten Rang.

Die Schweiz zeigt deutliches Aufhol- und Verbesserungspotenzial, was das **eHealth**-Angebot für Patientinnen und Patienten sowie die eHealth-unterstützte Koordination mit praxisexternen Gesundheitsdienstleistern anbelangt. Einzige Ausnahme bildet die E-Mail-Kommunikation, welche fast mit jeder Hausarztpraxis möglich ist.

Über die Hälfte der Ärztinnen und Ärzte will sich in den nächsten Jahren dem schweizweiten **elektronischen Patientendossier (EPD)** anschliessen. Es sind dies vor allem die jüngeren Ärztinnen und Ärzte sowie die in Gruppenpraxen tätigen Ärztinnen und Ärzte. Ein kleiner Anteil an Ärztinnen und Ärzten ist bereits an eine (Stamm)Gemeinschaft angebunden und nutzt das EPD.

In der Schweiz wird die **Gesamtleistung des Gesundheitssystems** mit Abstand am besten bewertet und zeigt sich seit der Erhebung von 2019 auf unverändert hohem Niveau – trotz zwischenzeitlicher Covid-19-Pandemie. In den anderen befragten Ländern sind teilweise deutlich schlechtere Bewertungen festzustellen. In der Schweiz gibt eine Ärztin respektive ein Arzt von zehn an, die **Qualität** der eigens angebotenen Behandlung habe im Vergleich zu vor der Pandemie abgenommen. In den restlichen befragten Ländern gibt dies ein Fünftel bis zur Hälfte der Ärztinnen und Ärzte an.

Die allgemeine **Zufriedenheit** mit der eigenen Praxistätigkeit fällt in der Schweiz am höchsten aus, hat allerdings seit 2019 deutlich abgenommen. Was die Zufriedenheit mit dem Einkommen, der verfügbaren Zeit pro Patientin und Patient, dem täglichen Arbeitspensum und der Work-Life-Balance anbelangt, so zeigen die Ärztinnen und Ärzte der Schweiz ein international vergleichsweise hohes Niveau.

Der Anteil äusserst gestresster oder sehr gestresster Ärztinnen und Ärzte nimmt zu. Obwohl die Schweiz im internationalen Vergleich den zweitniedrigsten Wert ausweist, macht diese besonders vulnerable Gruppe fast die Hälfte der Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung der Schweiz aus. Eine mögliche Ursache für die Zunahme des **Stressniveaus** könnte die Covid-19-Pandemie sein, da mehr als die Hälfte der Ärztinnen und Ärzte angeben, die **Arbeitsbelastung** hätte aufgrund der Pandemie etwas oder erheblich zugenommen. In der Schweiz hat ein Drittel der Befragten während der Pandemie emotionalen Stress (z.B. Angst oder grosse Traurigkeit) erlebt.

Résumé

Depuis 2010, la Suisse participe chaque année à l'enquête internationale sur la politique de santé de la Fondation du Commonwealth Fund (CWF). En Suisse, ce projet est conduit par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) réalise les analyses et le rapport sur mandat. Comme en 2012, 2015 et 2019 l'enquête de 2022 concerne les médecins de premier recours. Par conséquent, des comparaisons tant internationales que temporelles sont possibles. Lors de l'interprétation des résultats, il convient de tenir compte du fait que les enquêtes jusqu'en 2019 ont eu lieu avant l'apparition de la **pandémie de Covid 19**, tandis que celle de 2022 a été réalisée après les pics de la pandémie. Il est par conséquent possible d'établir des comparaisons avant/après pour certaines questions. Le présent rapport organise les questions posées autour de trois thèmes : caractéristiques des médecins de premier recours, coordination et transformation digitale, évaluation du système de santé et de leur travail. Les principaux résultats sont résumés ci-après.

Comme lors des enquêtes précédentes, la **structure par âge** des médecins de premier recours en Suisse présente des déséquilibres. Près d'un tiers a plus de 60 ans et presque un cinquième des médecins encore en activité a déjà atteint l'âge de la retraite. La **répartition entre les sexes** s'est équilibrée au cours des dernières années et la distribution est désormais presque à parts égales. On observe toutefois une structure par âge différenciée selon les sexes : La **relève** en médecins de famille est principalement féminine, alors que l'on trouve nettement plus d'hommes dans les classes d'âge supérieures. De nombreux médecins âgés n'ont pas encore trouvé de successeur à leur cabinet.

La part de médecins travaillant dans un **cabinet individuel** et effectuant de longues semaines de travail (45 heures ou plus) a continuellement diminué depuis 2012. Simultanément, la part de médecins travaillant dans des cabinets de groupe, que l'on peut décrire comme plutôt jeunes et féminins, a augmenté. C'est la possibilité de travailler à temps partiel (moins de 45 heures par semaine) qui semble rendre les cabinets de groupe attractifs.

L'accès aux cabinets médicaux en dehors des heures de consultation habituelles est certes peu courant en comparaison internationale, mais la Suisse dispose d'un réseau de soins ambulatoires développé proposant des alternatives.

En Suisse, de nombreux médecins estiment que le temps consacré aux **tâches administratives** est un problème majeur. Le

temps consacré aux tâches administratives liées aux assurances ou à la facturation ainsi qu'à la préparation de données pour des organisations publiques ou externes est jugé particulièrement problématique en comparaison internationale. En Suisse, les médecins considèrent toutefois moins problématique le temps consacré au respect des protocoles de soins et des prescriptions liés au Covid 19.

En Suisse, huit médecins sur dix déclarent effectuer des visites à domicile. Suite à la pandémie de Covid-19, les **consultations par vidéo** ont nettement augmenté dans tous les pays sous enquête. C'est également le cas en Suisse, même si les consultations à distance y restent de loin les moins fréquentes.

En Suisse, les médecins considèrent leur cabinet médical comme bien préparé pour traiter de **maladies chroniques** et de problèmes de **santé mentale**, tandis que les soins palliatifs, la démence et, en particulier, les problèmes liés à la consommation de substances constituent des défis plus importants pour les médecins. Interrompant la tendance de ces dernières années, les cabinets médicaux en Suisse sont à nouveau plus nombreux à collaborer avec des **gestionnaires de cas** pour le suivi des personnes atteintes de maladies chroniques.

La **coordination** et l'échange d'informations entre les médecins de premier recours, les médecins spécialistes et les services de soins à domicile fonctionnent bien. Après une sortie d'hôpital, l'échange entre l'hôpital et le cabinet médical se fait de plus en plus par voie numérique, alors que le fax n'est pratiquement plus utilisé.

En Suisse, de plus en plus de médecins de premier recours documentent électroniquement les **antécédents médicaux** de leurs patients. Par rapport à la dernière enquête, ce sont surtout les médecins plus âgés et les pédiatres qui ont rattrapé leur retard. Malgré cela, la Suisse occupe toujours le dernier rang en comparaison internationale.

La Suisse présente un fort potentiel de rattrapage et d'amélioration en ce qui concerne l'offre de **cybersanté** pour les patients et l'utilisation d'instruments de cybersanté dans la coordination médicale avec les prestataires de services de santé externes au cabinet médical. La seule exception est la communication par e-mail, qui est possible avec presque tous les cabinets médicaux.

Plus de la moitié des médecins de premier recours en Suisse souhaite recourir au **dossier électronique du patient (DEP)** dans les prochaines années. Ce sont surtout les jeunes médecins et les médecins travaillant dans des cabinets de groupe qui envisagent une affiliation au DEP. Une petite proportion de médecins est déjà rattachée à une communauté de base ou à une communauté et utilise le DEP.

En Suisse, la **performance globale du système de santé** est de loin la mieux évaluée et se maintient à un niveau élevé depuis l'enquête de 2019, malgré la pandémie de Covid-19 survenue entre-temps. Dans les autres pays sous enquête, on constate parfois des évaluations nettement moins bonnes. En Suisse, seul un médecin sur dix indique que la **qualité** des soins qu'il apporte a diminué depuis la pandémie. Dans les autres pays sous étude, entre un cinquième et la moitié des médecins font cette déclaration.

La **satisfaction** générale concernant l'activité du cabinet médical est la plus élevée en Suisse, mais elle a nettement diminué depuis 2019. En ce qui concerne la satisfaction par rapport au revenu, au temps disponible pour chaque patient, à la charge de travail quotidienne et à l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée, les médecins suisses affichent un niveau élevé en comparaison internationale.

La part de médecins extrêmement stressés ou très stressés est en augmentation. Bien que la Suisse affiche le deuxième taux le plus bas en comparaison internationale, ce groupe particulièrement vulnérable représente presque la moitié des médecins de premier recours en Suisse. Une cause possible de l'augmentation du **niveau de stress** pourrait être la pandémie de Covid-19, puisque plus de la moitié des médecins indique que la **charge de travail** a légèrement ou considérablement augmenté en raison de la pandémie. En Suisse, un tiers des personnes interrogées ont ressenti un stress émotionnel (par exemple de l'anxiété ou une grande tristesse) durant la pandémie.

1 Einführung

1.1 Allgemeine Informationen

In den meisten Ländern stellen die Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung den ersten Kontaktpunkt der Bevölkerung mit dem Gesundheitssystem dar. Sie behandeln eine Vielzahl an Gesundheitsproblemen, begleiten die Patientinnen und Patienten entlang der Behandlungskette, wirken in der Gesundheitsförderung und helfen, mittels Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen schwere Krankheiten frühzeitig zu erkennen. Des Weiteren sind sie für viele Patientinnen und Patienten eine wichtige Ansprechperson bezüglich einer Vielzahl von psychischen und sozialen Bedürfnissen. Folglich stellen sie einen integralen Bestandteil der medizinischen Grundversorgung in einem Gesundheitssystem dar.

Dieser Bericht erstellt ein Porträt der Ärztinnen und Ärzte in der Schweizer Grundversorgung. Die Basis hierfür liefern die Ergebnisse der internationalen Befragung *International Health Policy (IHP) Survey* des Commonwealth Fund (CWF), einer gemeinnützigen Stiftung mit Sitz in den USA. Seit 1998 lässt der CWF internationale vergleichbare Befragungen zu gesundheitspolitischen Themen durchführen. Die Befragungen beziehen sich abwechselungsweise auf eine der folgenden Zielgruppen: die Wohnbevölkerung ab 18 Jahren, die ältere Wohnbevölkerung ab 65 Jahren oder – wie in diesem Bericht porträtiert – die Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung. Nach 2012, 2015 und 2019 nahm die Schweiz 2022 zum vierten Mal an der Befragung mit dem Themenschwerpunkt Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung teil. Folglich sind sowohl zeitliche wie auch internationale Vergleiche mit den folgenden neun Teilnehmerländern möglich: Australien, Deutschland, Frankreich, Grossbritannien, Kanada, Neuseeland, Niederlande, Schweden und USA.

Seit der erstmaligen Teilnahme der Schweiz an der Befragung im Jahr 2010 führt das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) die Analysen der erhobenen Daten durch. Die Resultate werden jeweils als Bericht publiziert (Burla, 2011; Camenzind & Petrini, 2014; Merçay, 2015; 2016; 2017; Pahud, 2019; 2020a; 2021, Petrini & Sturny, 2013; Sturny & Camenzind, 2011; Vilpert, 2012). Zusätzlich entstehen auf Basis der IHP-Daten weitere nationale und internationale Fachpublikationen, welche sich vertieft mit einem spezifischen Thema der IHP-Befragungen auseinandersetzen (siehe beispielsweise: Cohidon et al., 2019; Merçay & Camenzind, 2016; Morgan & Lee, 2017; Pahud, 2020b).

1.2 Methodik und Stichprobe

Der CWF hat 2022 erneut das Unternehmen SSRS mit der Leitung der internationalen Erhebung der Daten und deren Aufbereitung beauftragt. In Kanada und den USA wurden die nationalen Befragungen durch SSRS selbst durchgeführt, während in den anderen Ländern Mandate durch SSRS an Dritte vergeben wurden. In der Schweiz wurde demoSCOPE mit der Befragung beauftragt.

Die Klientel der befragten Ärztinnen und Ärzte unterscheidet sich in den befragten Ländern teilweise stark. So behandeln die Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung in Australien, Grossbritannien und der Niederlande sowohl Erwachsene wie auch Kinder und Jugendliche, während dies in der Schweiz nicht unbedingt der Fall ist, da Kinder und Jugendliche hauptsächlich durch Pädiaterinnen und Pädiater (Facharztstitel Kinder- und Jugendmedizin) behandelt werden. Damit die Länderstichproben trotzdem vergleichbar sind, wurde die Schweizer Stichprobe durch eine proportionale Anzahl Pädiaterinnen und Pädiater ergänzt. Folglich setzt sich die Schweizer Stichprobe durch die folgenden **Facharztstitel** zusammen: Allgemeine Innere Medizin, praktische Ärztinnen und Ärzte, Kinder- und Jugendmedizin. Bei der Interpretation der internationalen Vergleiche ist zu beachten, dass in Deutschland in der Erhebung 2022 keine Pädiaterinnen und Pädiater in die Stichprobe aufgenommen wurden.

Die Erhebung hat in den befragten Ländern auf unterschiedliche Weise stattgefunden. In der Schweiz wurden die Ärztinnen und Ärzte mittels postversandtem Schreiben eingeladen, einen **Online-Fragebogen** auszufüllen. Nichtantwortende Ärztinnen und Ärzte wurden nach einem Monat erneut schriftlich zur Online-Teilnahme eingeladen. Insgesamt dauerte die Erhebung in der Schweiz vom 10. März bis am 30. Mai 2022, während die weltweite Erhebung von März bis September 2022 lief. In der Schweiz wurde kein finanzieller Anreiz für die Teilnahme geschaffen, dies war beispielsweise in Australien, Kanada, Grossbritannien und der USA aber der Fall.

Im Jahr 2022 wurde auf Basis der Mitgliederdaten (N = 8354) des Berufsverbands der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) eine zufällige Stichprobe von 4000 Ärztinnen und Ärzten der Grundversorgung gezogen. Aufgrund falscher Kontaktdaten konnten insgesamt 3941 Ärztinnen und Ärzte kontaktiert werden, von welchen schlussendlich etwas mehr als ein Viertel ($n_{2022} = 1114$) an der Befragung teilnahm. Die diesjährige Stichprobe ist leicht grösser als die vorangegangenen Stichproben ($n_{2019} = 1095$; $n_{2015} = 1065$; $n_{2012} = 1025$). Die Tabelle 1.1 listet die länderspezifischen Stichproben und die Rücklaufquoten für die Jahre 2019

und 2022 auf. Laut SSRS (2022) fallen die Rücklaufquoten von 2022 geringer aus, weil viele Ärztinnen und Ärzte aufgrund der Covid-19-Pandemie überlastet waren und keine Zeit für eine Teilnahme hatten.

In allen befragten Ländern wurde die Stichprobe anhand soziodemografischer Kriterien gewichtet, damit die länderspezifischen Ergebnisse auch für die Ärztinnen und Ärzte in der jeweiligen Grundversorgung repräsentativ sind. In der Schweiz fand die **Gewichtung** in mehreren Schritten statt, damit die Netto-Stichprobe bezüglich der Verteilung der Sprachregionen, des

Geschlechts und des Alters der FMH-Ausgangstichprobe entspricht.

Einige der im Bericht präsentierten Ergebnisse unterliegen einer **Korrektur der Basisrate**: Die Daten wurden hier nur in die Analyse einer Frage miteinbezogen, wenn die Ärztinnen und Ärzte den erfragten Sachverhalt auch sinnvoll beantworten konnten (z.B. habe oder behandle solche Patientinnen und Patienten). Im Bericht präsentierte Ergebnisse, welche einer Korrektur der Basisrate unterliegen, werden entweder im Text oder unterhalb der dazugehörigen Grafik als solche beschrieben.

T 1.1 Stichprobe und Rücklaufquote, internationaler Vergleich, 2019 und 2022

Land und Abkürzung		2019		2022	
		Stichprobe	Rücklauf	Stichprobe	Rücklauf
Australien	AU	665	13,2%	321	12,2%
Deutschland	DE	809	11,2%	947	-
Frankreich	FR	1 287	72,7%	530	6,5%
Grossbritannien	UK	1 001	26,3%	1 010	22,3%
Kanada	CA	2 569	37,9%	1 459	22,7%
Neuseeland	NZ	503	14,9%	377	9,9%
Niederlande	NL	788	48,3%	617	39,7%
Schweden	SE	2 411	41,4%	2 092	38,4%
Schweiz	CH	1 095	40,2%	1 114	29,4%
USA	US	1 575	20,3%	1 059	18,8%
Total		12 703	28,2%	9 526	22,2%

Anmerkungen: In Deutschland kann aufgrund der Erhebungsmethode von 2022 keine Rücklaufquote berechnet werden (SSRS, 2022).

Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2019 und 2022

© Obsan 2023

T 1.2 Stichprobe, nach Geschlecht, Alter, Urbanisierungsgrad, Sprachregion, Spezialisierung und Praxistyp, nicht gewichtete und gewichtete Daten, Schweiz, 2022

Kategorisierungsvariable	Kategorien	Stichprobe (nicht gewichtet)	Prozentanteil (nicht gewichtet)	Stichprobe (gewichtet)	Prozentanteil (gewichtet)
Geschlecht	Männer	596	53,5	603	54,1
	Frauen	518	46,5	511	45,9
Alter	<35 Jahre	33	2,9	21	1,9
	35–44 Jahre	278	25,0	229	20,6
	45–54 Jahre	333	29,9	324	29,1
	55–64 Jahre	318	28,5	348	31,2
	65+ Jahre	152	13,6	192	17,2
Urbanisierungsgrad	Stadt / städtischer Raum	466	41,8	479	43,0
	Vorort / Kleinstadt	404	36,3	395	35,4
	Land / abgelegen	243	21,8	239	21,5
Sprachregion	Deutschschweiz	787	70,6	760	68,2
	Französische Schweiz	242	21,7	297	26,7
	Italienische Schweiz	85	7,6	57	5,1
Spezialisierung	Allgemeine Innere Medizin	812	72,9	806	72,3
	Praktische/r Ärzt/in	127	11,4	133	11,9
	Pädiatrie	175	15,7	175	15,8
Praxisform	Einzelpraxis	338	30,3	364	32,7
	Gruppenpraxis	776	69,7	750	67,3

Anmerkungen: Die Prozentanteile und die gewichtete Stichprobe unterliegen Rundungen.

Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2022

© Obsan 2023

1.3 Nutzen und Grenzen der Analysen

Ein grosser Nutzen der IHP-Befragungen stellt die internationale und zeitliche Vergleichbarkeit der Ergebnisse dar. Die Erfahrungen der befragten Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz können mit den Erfahrungen der Ärztinnen und Ärzte in den anderen neun Ländern verglichen werden und bei einigen Themen sind Längsschnittvergleiche über die vier IHP-Befragungen von 2012, 2015, 2019 und 2022 möglich. Bei der Interpretation der Ergebnisse gilt es, die nachfolgenden Punkte zu beachten.

In der diesjährigen Erhebung ist der Vergleich mit 2019 besonders interessant, da die **Covid-19-Pandemie** genau zwischen die beiden Erhebungen fällt. So kann beispielsweise eingeschätzt werden, wie sich laut den Ärztinnen und Ärzten die Qualität des Gesundheitssystems seit der Covid-19-Pandemie verändert hat. Einige bestehende Fragen wurden explizit in den Covid-19-Kontext gesetzt, um einen Vorher-Nachher-Vergleich anzustellen (z.B. Q3: Veränderung der Qualität der medizinischen Versorgung).

Die Daten aller 10 Länder wurden **nicht geschlechter- oder altersstandardisiert**, weshalb die Ergebnisse einiger Länder stärker durch die vorherrschende Geschlechter- bzw. Altersstruktur der Ärzteschaft beeinflusst sein können. So ist beispielsweise ein grosser Anteil der befragten Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz

über 54 Jahre alt, wodurch ihre Antworten bei einigen Fragen besonders ins Gewicht fallen können (z.B. Verwendung von eHealth-Instrumenten).

Innerhalb der Schweiz ermöglicht die Befragung einen interessanten Vergleich der Ärztinnen und Ärzte anhand verschiedener soziodemografischer **Merkmale** (Geschlecht, Alter, Urbanisierungsgrad, Sprachregion, Spezialisierung, Praxisform und Einstellung gegenüber EPD-Anschluss). Allerdings gilt es, die Bedeutung einzelner Kategorisierungsvariablen zu relativieren, da diese untereinander teilweise stark interagieren. So zählt beispielsweise die Altersgruppe der Ärztinnen und Ärzte unter 55 Jahren 63,4% Frauen, während der Frauenanteil bei der über 54-jährigen Ärzteschaft nur 27,3% ausmacht. Weitere solche Interaktionen finden sich beispielsweise zwischen der Praxisform und dem Alter sowie dem Geschlecht und der Spezialisierung.

Bezüglich der proportionalen Aufstockung der Schweizer Stichprobe durch **Pädiaterinnen und Pädiater** gilt es zu beachten, dass einige Themen (z.B. Demenz, palliative Behandlungen oder Pflege zu Hause) für Ärztinnen und Ärzte, welche vor allem Kinder und Jugendliche betreuen, nicht immer zutreffen oder deren Erfahrung mit solchen Themen aufgrund der seltenen Behandlung eingeschränkt sind. Bei einigen Fragen wird diese Problematik durch eine Korrektur der Basisrate abgeschwächt. Da jedoch die internationale Vergleichbarkeit der Stichproben ein Hauptfokus der IHP-Erhebungen darstellt und Pädiaterinnen sowie Pädiater in

Gruppenpraxen auch Erwachsene behandeln, wird in entsprechenden Themen kein expliziter Ausschluss dieser Ärztesgruppe vorgenommen.

Gewisse Fragestellungen und Antwortkategorien unterliegen **Änderungen**, weshalb diese Fragen nur mit Vorsicht oder nicht mehr zeitlich verglichen werden können. Zusätzlich ist der englische Originalfragebogen auf Deutsch, Französisch und Italienisch sowie in die Sprachen der anderen Länder übersetzt worden, demzufolge könnten die sprachlichen und länderspezifischen Anpassungen zu minimalen Modifikationen der Fragestellungen und damit zu unterschiedlichen Interpretationen geführt haben.

Schlussendlich beinhaltet jede Messung ein gewisses Mass an Ungenauigkeit, weshalb sich in den detaillierten Ergebnistabellen die **95%-Konfidenzintervalle** finden, die aus Gründen der Übersichtlichkeit in den Grafiken des Berichts nicht dargestellt sind. Mit Hilfe der Konfidenzintervalle kann beurteilt werden, ob ein Unterschied zwischen Merkmalsausprägungen oder über die Zeit hinweg signifikant ausfällt und somit nicht rein zufällig zustande gekommen ist. Gerade bei kleineren Teilstichproben (z.B. Ärztinnen und Ärzte unter 35 Jahre) oder aufgrund der Basisrate angepassten Teilstichproben ist eine Berücksichtigung der Konfidenzintervalle bei der Interpretation der Ergebnisse besonders wichtig, da ein scheinbar grosser Unterschied in den Prozentwerten aufgrund breiter Konfidenzintervalle oft nicht signifikant ausfällt und somit keinen genuine Unterschied darstellt.

1.4 Tabellen zum Bericht

Seit der IHP-Befragung 2020 finden sich die detaillierten Ergebnistabellen auf der Internetseite des BAG und werden nicht mehr als Anhang in den Bericht integriert. Die Ergebnistabellen umfassen die Ländertabellen (z.B. L.2.1) aus den Jahren 2012, 2015, 2019 und 2022 sowie die schweizspezifischen soziodemografischen Tabellen (z.B. C.2.1) aus denselben Jahren. Weiterführende Informationen und eine Variablenübersicht finden sich auf den ersten Excel-Tabellenblättern in der jeweiligen Excel-Datei auf der Internetseite des BAG (www.bag.admin.ch/cwf-berichte) unter «Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung».

Die soziodemografischen Tabellen der Schweiz enthalten die folgenden sieben Merkmale: Geschlecht, Alter, Urbanisierungsgrad, Sprachregion, Spezialisierung, Praxisform und Anschluss an EPD. Diese Merkmale werden hier mit Ausnahme von Geschlecht kurz erläutert.

Die von der IHP vorgeschlagene fünfstufige **Alterskategorisierung** wurde zwecks Wahrung der internationalen Vergleichbarkeit übernommen, obwohl nur gerade 1,9% ($n = 21$) der Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz in die Alterskategorie der unter 35-Jährigen fallen. Folglich wurde an einigen Stellen im Bericht eine andere Alterskategorisierung gewählt, um zuverlässigere und damit aussagekräftigere Ergebnisse für die jüngere Ärzteschaft zu erhalten.

Der **Urbanisierungsgrad** wurde im Vergleich zu Erhebung von 2019 geändert und ist nicht mehr vergleichbar. Im Unterschied zu

2019 wurden in der aktuellen Befragung die drei folgenden Kategorien erfragt: 1.) in einer Stadt bzw. im städtischen Raum, 2.) in einem Vorort oder einer Kleinstadt und 3.) auf dem Land oder an einem abgelegenen Ort. Da beispielsweise 2019 Stadt und Kleinstadt als eine gemeinsame Antwortkategorie erfragt wurde, kann der diesjährige Urbanisierungsgrad nicht nachgebildet werden.

Die Einteilung nach **Sprachregionen** basiert auf der gesprochenen Sprache der befragten Person und nicht auf einer geopolitischen Zuordnung. Folglich wird auch von der französischen oder italienischen Schweiz gesprochen und nicht von der Romandie oder dem Tessin. Rätoromanisch sprechende Ärztinnen und Ärzte wurden in allen vier Erhebungsjahren der Deutschschweiz zugeordnet ($n_{2022} = 7$; $n_{2019} = 0$; $n_{2015} = 2$; $n_{2012} = 2$).

Die **Spezialisierung** entspricht dem Facharztstitel. Hierbei wird zwischen Allgemeine Innere Medizin, praktische Ärztin respektive praktischer Arzt sowie dem Facharztstitel der Kinder- und Jugendmedizin unterschieden.

Für das Merkmal der **Praxisform** wurden die Antwortkategorien «Gemeinschaftspraxis», «medizinische Notfallstelle oder Klinik, welche zu einem Spital gehört», «Walk-in-Praxis» und «andere» zur Kategorie der Gruppenpraxis zusammengeschlossen, während die Ausprägung der Einzelpraxis eins zu eins belassen wurde.

Die Ärztinnen und Ärzte wurden aufgrund der Frage «Planen Sie, sich mit Ihrer Praxis dem schweizweiten **elektronischen Patientendossier** (Austausch von Informationen mit anderen Gesundheitsdienstleistern) anzuschliessen?» in zwei Gruppen aufgeteilt. Zum einen in die Ärztinnen und Ärzte, welche nicht mit einem Anschluss an das EPD planen und zum anderen in die Ärztinnen und Ärzte, welche bereits an einer Stammgemeinschaft angeschlossen sind oder ab dem Zeitpunkt der Befragung mit einem Anschluss planen.

2 Charakteristiken der Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung

Dieses Kapitel beschreibt die Charakteristiken der Ärztinnen und Ärzte sowie derer Praxen in der Schweizer Grundversorgung und vergleicht diese mit den Beobachtungen in den anderen befragten Ländern. Zu Beginn wird die Altersstruktur der Ärztinnen und Ärzte analysiert und auf Nachfolgeregelungen sowie Pensionierungsabsichten eingegangen. Des Weiteren wird die Struktur der Praxen, deren Verfügbarkeit sowie die Arbeitszeit und die Praxiszusammensetzung analysiert. Abschliessend wird das Behandlungsangebot mit Fokus chronische Erkrankungen betrachtet.

2.1 Alters- und Geschlechterstruktur

In der Planung der medizinischen Grundversorgung müssen bevorstehende Engpässe an medizinischen Arbeitskräften frühzeitig identifiziert werden können. Es ist folglich unerlässlich, die Alters- und Geschlechterstruktur der in der Grundversorgung tätigen Ärztinnen und Ärzte zu kennen, um den zukünftigen Personalbedarf sicherzustellen. Neben fortgeschrittenen Simulationsmodellen (Burla et al., 2022) können geschlechterdifferenzierte Alterspyramiden helfen, Besonderheiten und sich abzeichnenden Herausforderungen zu erkennen.

Der hausärztliche Nachwuchs ist weiblich, während vor allem Männer im Alter von 65 Jahren oder älter noch arbeiten

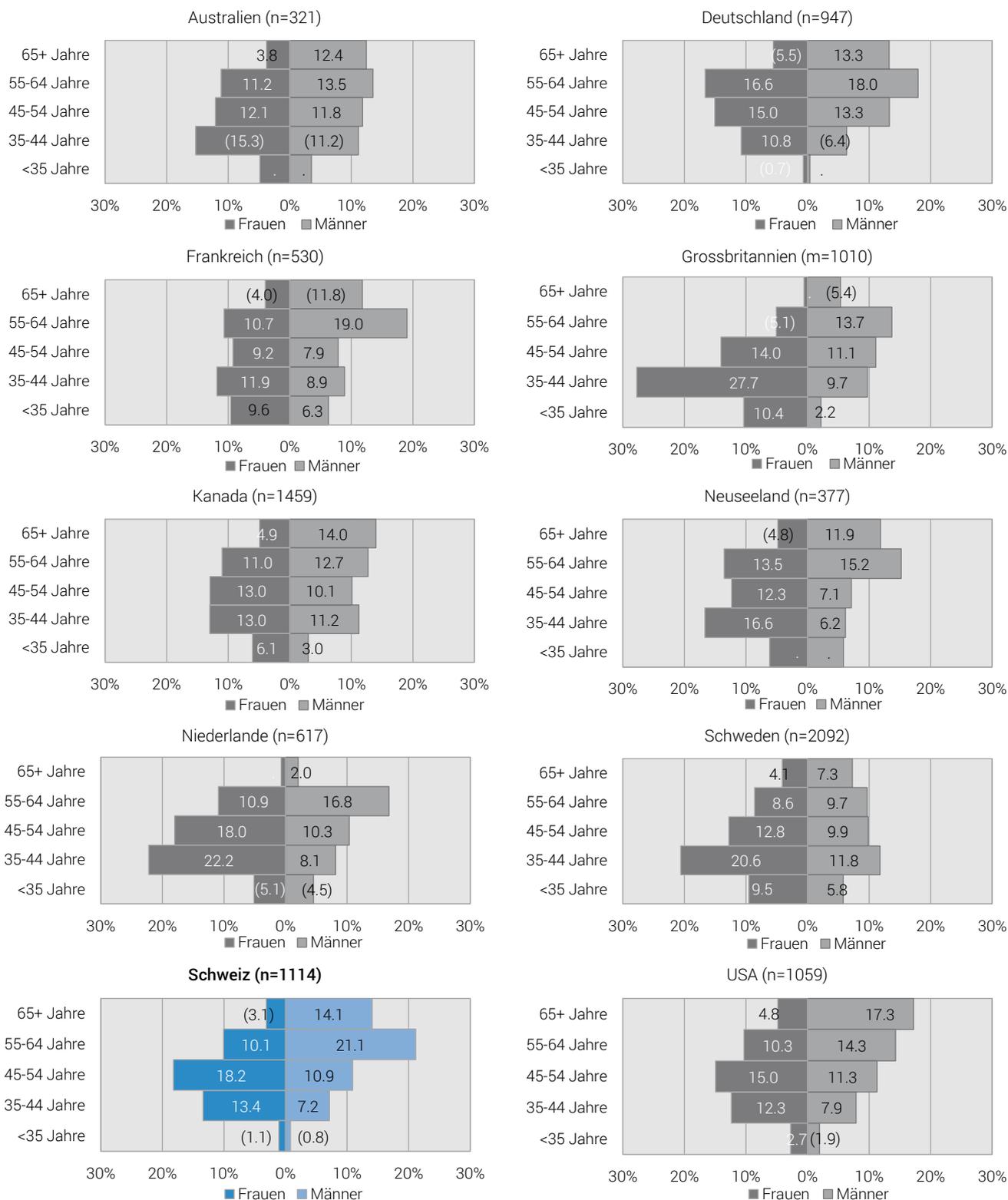
In der Schweiz ist knapp die Hälfte (48,4%) der Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung 55-jährig oder älter, was im internationalen Vergleich dem zweiten Rang hinter dem erstplatzierten Deutschland (53,4%) und den drittplatzierten USA (46,7%) entspricht (G 2.1). In den Niederlanden (30,8%), Schweden (29,7%) und Grossbritannien (24,7%) ist dieser Anteil deutlich niedriger als in der Schweiz. Dementsprechend sind es auch diese drei Länder, welche den höchsten Anteil an hausärztlichem Nachwuchs unter 45 Jahren ausweisen (UK mit 50,1%, SE mit 47,7% und NL mit 40,2%). In der Schweiz (22,5%) und Deutschland (18,2%) fällt dieser Anteil am niedrigsten aus.

In vier von den zehn befragten Ländern ist der Anteil der Ärztinnen höher als der Anteil der Ärzte (UK: 57,8%; NL: 57,2%; SE: 55,5% und NZ: 53,5%), während der Frauenanteil in den restlichen Ländern zwischen 45% und 49% streut (siehe Tabelle L.2.1). In der Schweiz hat sich das Verhältnis der Ärztinnen und Ärzte über die

vier Erhebungen angeglichen: Sind es im Jahr 2022 insgesamt 45,9% Ärztinnen, so waren es 2019 noch 40,9% und in den Erhebungen zuvor noch kein Drittel (32,9% in 2015 und 30,4% in 2012).

In der geschlechterspezifischen Alterspyramide der Schweiz wird deutlich ersichtlich, dass im oberen Altersbereich kurz vor und nach der Pension eher Männer arbeiten, während sich der hausärztliche Nachwuchs stärker weiblich präsentiert (vgl. Hostettler & Kraft, 2022). Die Hausarztmedizin scheint in den letzten Jahren aufgrund der Förderungsmassnahmen und der Möglichkeit zu Teilzeitarbeit gerade für junge Ärztinnen an Attraktivität gewonnen zu haben (Burla et al., 2022; Diallo et al., 2019). Dennoch bleibt die Abhängigkeit vom Ausland hoch, da der zukünftige Bedarf an Ärztinnen und Ärzten in der Grundversorgung nur durch eingewanderte Fachärztinnen und Fachärzte gedeckt werden kann.

G 2.1 Alterspyramiden der Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung, internationaler Vergleich, 2022



Anmerkungen: Werte in Klammern sind aufgrund der kleinen Fallzahl (n < 30) mit Vorsicht zu interpretieren. Anteile basierend auf weniger als 10 Personen werden aufgrund der hohen statistischen Unsicherheit nicht präsentiert und durch einen Punkt ersetzt. Ohne die offene Antwortkategorie "Anderes Geschlecht"

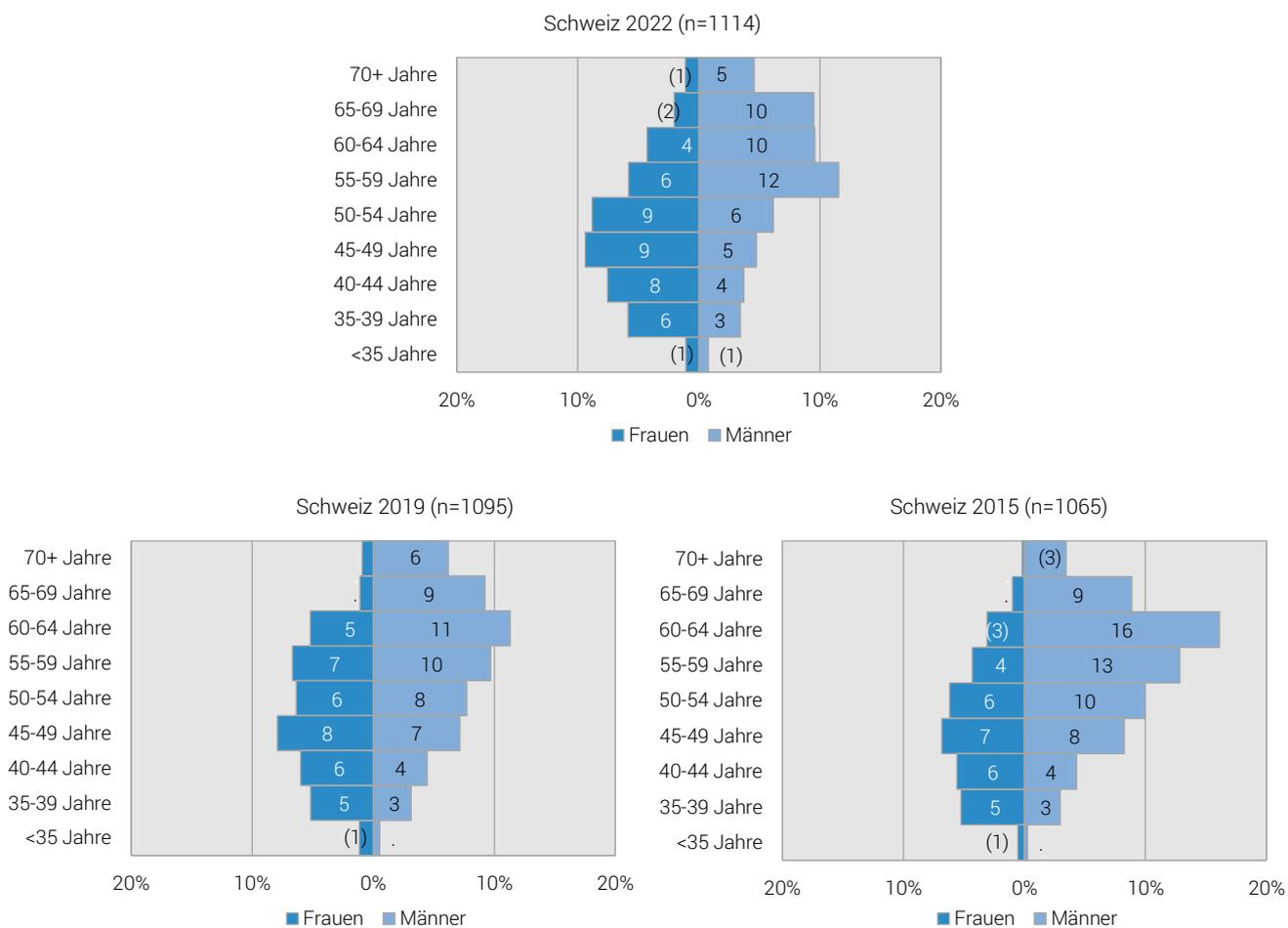
Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2022

© Obsan 2023

Die detaillierten Alterspyramiden erlauben eine genauere Erfassung der aktuellen Situation und des zeitlichen Vergleichs seit 2015 (G 2.2). Der Anteil der 60-jährigen und älteren Ärztinnen und Ärzte hat sich in der Schweiz zwischen 2019 und 2022 von 34,0% auf 31,1% leicht reduziert, allerdings machen die sich bereits im Pensionsalter befindenden Ärztinnen und Ärzte nahezu einen Fünftel (17,2%) aller tätigen Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung aus. Die Form der Alterspyramide von 2015 mit der steil steigenden Treppe über die Fünfjahresaltersklassen bei den Männern und dem eher niedrigen Anteil an Frauen hat sich deutlich

geändert. Im Jahr 2022 zeigt sich ober- und unterhalb der Altersgrenze von 55 Jahren ein gegensätzliches Bild: Bei den über 55-Jährigen sind 13,2% Frauen und 35,2% Männer, während sich bei den unter 55-Jährigen das gegenteilige Verhältnis von 32,7% Frauen zu 18,9% Männern zeigt. Gerade bei den Männern zeigt sich der hausärztliche Nachwuchs (Altersklasse <45 Jahren) auf konstant tiefem Niveau von ungefähr 8% seit 2015, während sich dieser Anteil im selben Zeitraum bei den Frauen von 11,4% auf 14,5% erhöht hat.

G 2.2 Detaillierte Alterspyramiden der Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung, Schweiz, 2015, 2019 und 2022



Anmerkungen: Werte in Klammern sind aufgrund der kleinen Fallzahl (n <30) mit Vorsicht zu interpretieren. Anteile basierend auf weniger als 10 Personen werden aufgrund der hohen statistischen Unsicherheit nicht angegeben und durch einen Punkt ersetzt. Ohne die offene Antwortkategorie "Anderes Geschlecht"

Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2015, 2019 und 2022

© Obsan 2023

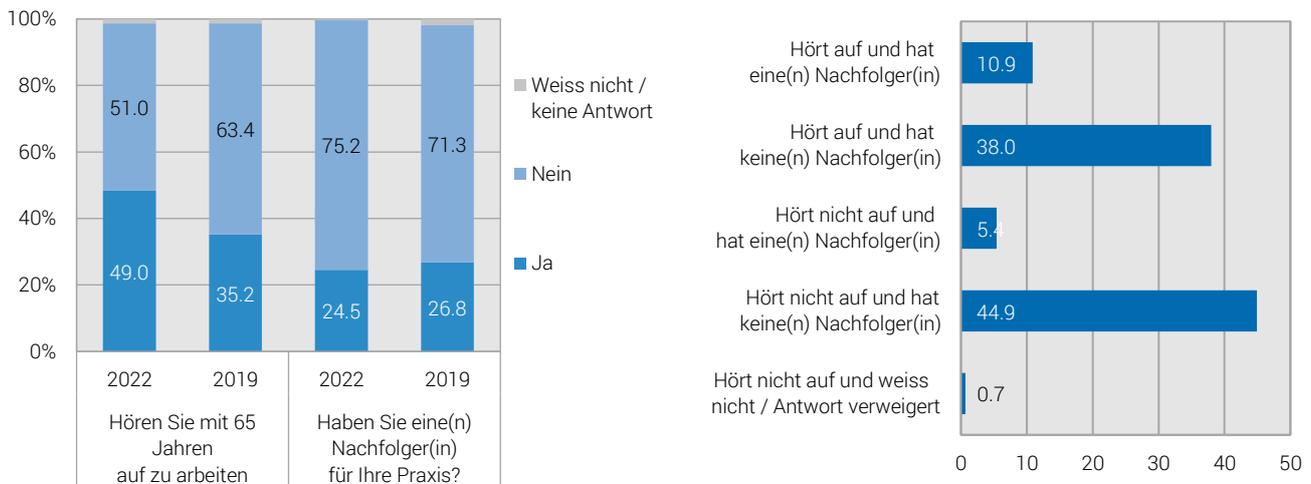
Die Hälfte der 60- bis 64-jährigen Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz plant mit dem Ruhestand ab 65 Jahren, wobei der grosse Anteil davon noch keine Nachfolgerin oder keinen Nachfolger gefunden hat

In der diesjährigen Erhebung wurden die Ärztinnen und Ärzte aller Länder gefragt, ob sie in den nächsten ein bis drei Jahren aus Gründen wie Ruhestand oder einer beruflichen Veränderung keine Patientinnen und Patienten mehr regelmässig behandeln werden. In der Schweiz antwortet ein Viertel (25,3%) mit Zustimmung, was im internationalen Vergleich einem Rang im Mittelfeld entspricht (siehe Tabelle L.2.2).¹ Es antworten primär die älteren Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz mit «Ja» (32,4% bei den 55- bis 64-Jährigen und 72,7% bei den 65-Jährigen und Älteren), während in den jüngeren Altersklassen ein Ja-Anteil zwischen 4,2% und 6,3% zu beobachten ist (siehe Tabelle C.2.1). Gerade bei den jüngeren Altersklassen dürften berufliche Veränderungsabsichten zu einer Zustimmung geführt haben, während es bei älteren Ärztinnen und Ärzten die Ruhestandsabsicht sowie die geplante Reduktion der Pensen sein dürften.

Aufgrund des hohen Anteils an älteren Ärztinnen und Ärzten in der Schweiz ist es aus Perspektive der Versorgungssicherheit besonders wichtig, deren Pensionierungsplan und Nachfolgeregelung zu kennen. Die Hälfte (49,0%) der 60- bis 64-jährigen Ärztinnen und Ärzte beabsichtigt, mit 65 Jahren die Arbeit niederzulegen (G 2.3). Verglichen mit 2019 ist dieser Anteil zwar höher (49,0% versus 35,2%), allerdings kann aufgrund der kleinen Teilstichproben ($n_{2022} = 140$ und $n_{2019} = 176$) und der damit assoziierten Unsicherheit nicht von einem statistisch bedeutsamen Unterschied gesprochen werden.

Wie bereits 2019 gibt ein Viertel der 60-jährigen und älteren Ärztinnen und Ärzten an, eine Nachfolgeregelung für die eigene Praxis zu besitzen: 24,5% im Jahr 2022 und 26,8% im Jahr 2019 (G 2.3). Die Kreuzung der beiden Fragen (Pensionierungsplan und Nachfolgeregelung) zeigt, dass 38,0% beabsichtigen, mit 65 Jahren mit der Arbeit aufzuhören, aber noch keine Nachfolgeregelung besitzen, während 10,9% der aufgehenden Ärztinnen und Ärzte ihre Nachfolge geklärt haben. Der grosse Anteil (44,9%) der 60- bis 64-Jährigen beabsichtigt, nicht aufzuhören und hat auch keine Nachfolge geregelt, während 5,4% eine Nachfolgerin oder einen Nachfolger besitzen, obwohl sie beabsichtigen, im Pensionsalter noch weiterzuarbeiten.

G 2.3 Pensionierungsplan und Nachfolgeregelung der Ärztinnen und Ärzte, Schweiz, 2019 und 2022



Anmerkung: Pensionierungsplan (60- bis 64-jährige Ärztinnen und Ärzte; $n_{2022} = 140$ und $n_{2019} = 176$), Nachfolgeregelung (60-jährige und ältere Ärztinnen und Ärzte; $n_{2022} = 292$ und $n_{2019} = 351$) und Kreuzung der beiden Variablen (60-jährige und ältere Ärztinnen und Ärzte; $n_{2022} = 140$ und $n_{2019} = 176$)
 Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2019 und 2022 © Obsan 2023

¹ In einigen befragten Ländern zeigen sich hohe Anteile an «weiss nicht» oder verweigerten Antworten von bis zu 19,6%.

Immer mehr Ärztinnen und Ärzten arbeiten in Gruppenpraxen anstelle von Einzelpraxen

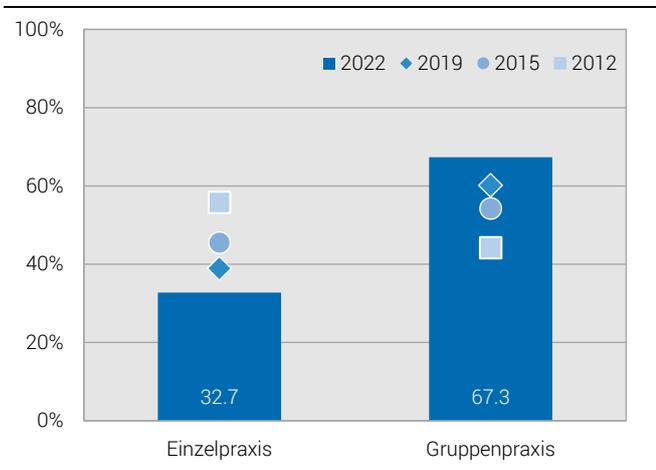
Die Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz wurden gefragt, was auf ihre Praxis hauptsächlich zutrifft: Einzelpraxis, Gemeinschaftspraxis, medizinische Notfallstelle oder zu einem Spital gehörende Klinik, Walk-in-Praxis (z.B. City Notfall in Bern) oder andere. Die vier Letzteren wurden für die folgenden Analysen und Ergebnisse zur Antwortkategorie «Gruppenpraxis» zusammengefasst und den Einzelpraxen gegenübergestellt. Der Anteil Ärztinnen und Ärzte, welche in einer Einzelpraxis arbeiten, ist seit 2012 von 55,8% auf 32,7% im Jahr 2022 gesunken (G 2.4). Im Gegensatz hierzu ist der Anteil der in Gruppenpraxen tätigen Ärztinnen und Ärzten von 2012 auf 2022 kontinuierlich gewachsen (von 44,2% auf 67,3%).

In den Einzelpraxen arbeiten eher Männer (41,4% versus 22,4% Frauen), und der Anteil der 65-jährigen und älteren Ärztinnen und Ärzte ist dort deutlich höher als in Gruppenpraxen (57,6% versus 37,9%; siehe Tabelle C.2.2). In der italienischen (58,3% versus 56,1%) und der französischen Schweiz (44,6% versus 41,8%) ist der Anteil in Einzelpraxen tätigen Ärztinnen und Ärzten seit 2019 nur geringfügig zurückgegangen, während dieser Anteil in der Deutschschweiz seit der letzten Erhebung deutlich von 35,3% auf 27,4% gesunken ist.

In Frankreich und der Schweiz ist der höchste Anteil an Arztpraxen mit der Grösse von einem VZÄ zu finden

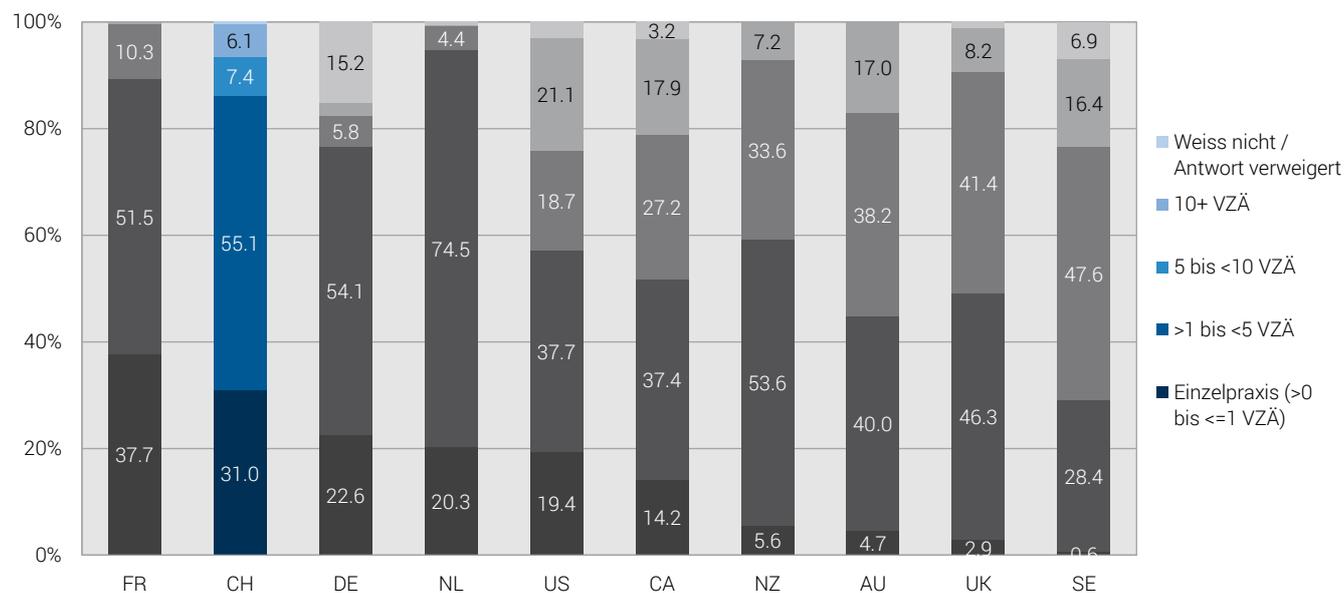
Die Betrachtung der Anzahl ärztlicher Vollzeitstellen (VZÄ) in einer Praxis ergibt einen genaueren Aufschluss über deren Struktur. Alle Angaben zwischen 0 und 1 VZÄ (>0 bis <=1) werden in diesem Paragraphen als Einzelpraxis interpretiert, während alle anderen Angaben als Formen der Gruppenpraxis betrachtet werden. Die Schweiz (31,0%) weist nach Frankreich (37,7%) gemäss VZÄ den zweithöchsten Anteil an Einzelpraxen aus (G 2.5). Dieser Anteil fällt in den restlichen Ländern deutlich geringer aus und streut von 22,6% in Deutschland bis zu 0,6% in Schweden. In der Schweiz finden sich mit 55,1% am häufigsten mittelgrosse Gruppenpraxen (>1 bis <5 VZÄ), was international dem zweithöchsten Anteil nach den Niederlanden (74,5%) entspricht. In Schweden (64,0%) und Australien (55,2%) finden sich in mehr als der Hälfte der Gruppenpraxen fünf VZÄ oder mehr. Der zeitliche Vergleich in der Schweiz zeigt eine deutliche Verlagerung von den Einzel- zu den mittelgrossen Gruppenpraxen auf (siehe Tabellen L.2.3). Waren es 2012 noch 58,7% Einzelpraxen und 34,5% mittelgrosse Gruppenpraxen, so sind es in der aktuellen Erhebung 31,0% Einzel- respektive 55,1% mittelgrosse Gruppenpraxen.

G 2.4 Ärztinnen und Ärzte, welche in Einzel- oder Gruppenpraxen arbeiten, Schweiz, 2012, 2015, 2019 und 2022



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2012, 2015, 2019 und 2022 © Obsan 2023

G 2.5 Anzahl Ärztinnen und Ärzte innerhalb einer Praxis nach Vollzeitstellen (VZÄ), internationaler Vergleich, 2022



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2022

© Obsan 2023

2.2 Verfügbarkeit und Arbeitszeit

Für Personen ohne Hausärztin oder Hausarzt stellt die Bereitschaft der Ärztinnen und Ärzte, neue Patientinnen und Patienten aufzunehmen, die physische Verfügbarkeit der medizinischen Grundversorgung sicher. Im Vergleich mit 2019 sagen deutlich weniger Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz, dass sie neue Patientinnen und Patienten aufnehmen: 68,5% im Jahr 2022 versus 75,5% im Jahr 2019 (siehe Tabelle C.2.3). Vor allem Ärztinnen und Ärzte mit einem Facharzttitel in der Allgemeinen Inneren Medizin zeigen 2022 eine deutlich tiefere Zustimmung (62,5% versus 72,4%), während die Zustimmung bei den Pädiaterinnen und Pädiatern unverändert hoch ist (87,8% versus 84,1%).

Die Verfügbarkeit der Arztpraxen ausserhalb der gängigen Öffnungszeiten ist im internationalen Vergleich etwas niedrig, allerdings besitzt die Schweiz ein ausgebautes ambulantes Versorgungsnetz mit adäquaten Alternativen

Im Jahr 2022 bieten in der Schweiz 37,2% der Ärztinnen und Ärzte an einigen Tagen² in der Woche Termine nach 18 Uhr an, was im internationalen Vergleich einem Rang im Mittelfeld zusammen mit Australien (43,6%) und den USA (33,8%) entspricht (G 2.6). Innerhalb der Schweiz sind es die Ärzte (42,5%), welche häufiger Termine nach 18 Uhr anbieten als die Ärztinnen (30,9%; siehe Tabelle C.2.4). Des Weiteren zeigt sich auch ein tendenzieller Alters-

effekt: Jüngere Ärztinnen und Ärzte bieten weniger häufig Termine nach 18 Uhr an als die älteren Ärztinnen und Ärzte. Es sind auch die praktischen Ärztinnen und Ärzte sowie die Pädiaterinnen und Pädiater, welche häufiger Termine nach 18 Uhr anbieten als Personen mit einem Facharzttitel in der Allgemeinen Inneren Medizin (46,8% und 45,3% versus 33,8%). Schliesslich bieten die Einzelpraxen häufiger Termine nach 18 Uhr an als die Gruppenpraxen (43,8% versus 33,9%).

Was die Samstags- und Sonntagstermine anbelangt, so bieten 35,7% der Ärztinnen und Ärzte an einigen Wochenenden pro Monat³ solche Termine an, was erneut einem Rang im Mittelfeld entspricht (G 2.6). Sozusagen keine Wochenendtermine bieten die Ärztinnen und Ärzte in den Niederlanden an (1,5%). Innerhalb der Schweiz werden solche Termine vor allem auf dem Land oder in abgelegenen Regionen (50,2%) angeboten (Stadt 29,0% und Vorort 35,0%), während sich auch in der Deutschschweiz (42,2%) ein deutlicher höher Anteil finden lässt als in der französischen oder der italienischen Schweiz (20,9% und 25,9%; siehe Tabelle C.2.5).

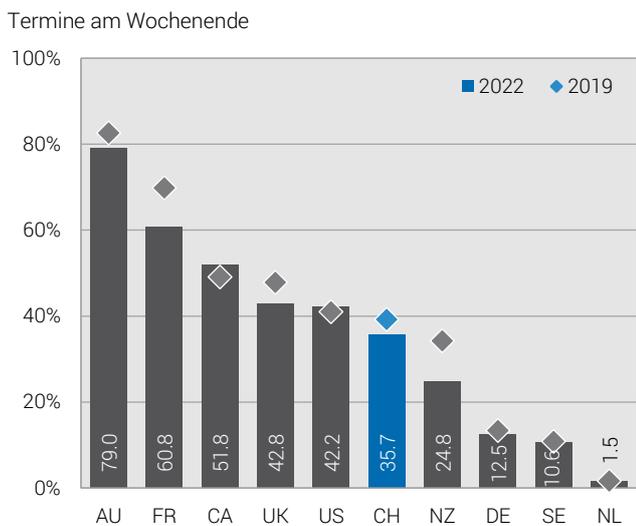
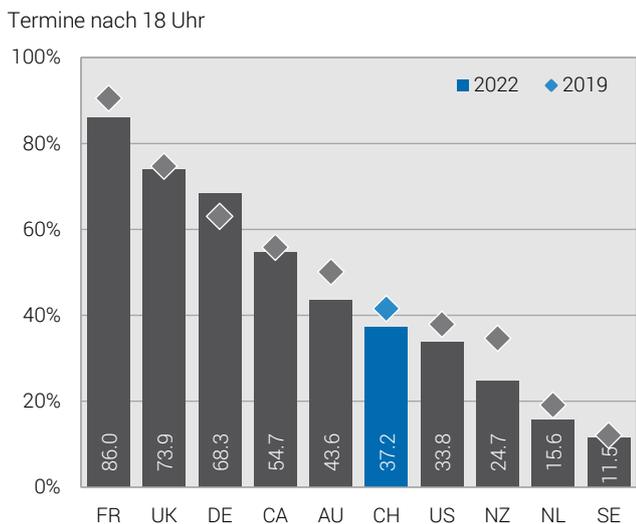
Insgesamt hat die Hälfte (48,3%) der Arztpraxen in der Schweiz eine interne Regelung oder eine Zusammenarbeit mit einer anderen Arztpraxis, welche es den Patientinnen und Patienten ermöglicht, ärztliches Personal ausserhalb der eigenen Praxisöffnungszeiten aufzusuchen (siehe Tabelle L.2.4). Dieser Anteil sinkt seit 2015 kontinuierlich, und die Schweiz liegt im internationalen Vergleich zusammen mit Kanada (48,4%) auf dem zweitletzten Rang vor den USA (45,4%). Allerdings muss erwähnt werden, dass

² An einigen Tagen in der Woche setzt sich aus den folgenden Antwortkategorien zusammen: ein Tag in der Woche, 2 bis 3 Tage in der Woche sowie 4 oder mehr Tage in der Woche.

³ An einigen Wochenenden pro Monat setzt sich aus den folgenden Antwortkategorien zusammen: ein Tag pro Monat, 2 bis 3 Tage pro Monat sowie 4 oder mehr Tage pro Monat.

die Schweiz über ein ausgebautes Notfallsystem und weitere orts- respektive kantonsspezifische Versorgungsnetze wie beispielsweise Telemedizinanbieter oder ambulante Walk-in-Praxen besitzt.

G 2.6 Verfügbarkeit der Praxen ausserhalb der gängigen Öffnungszeiten, internationaler Vergleich, 2019 und 2022

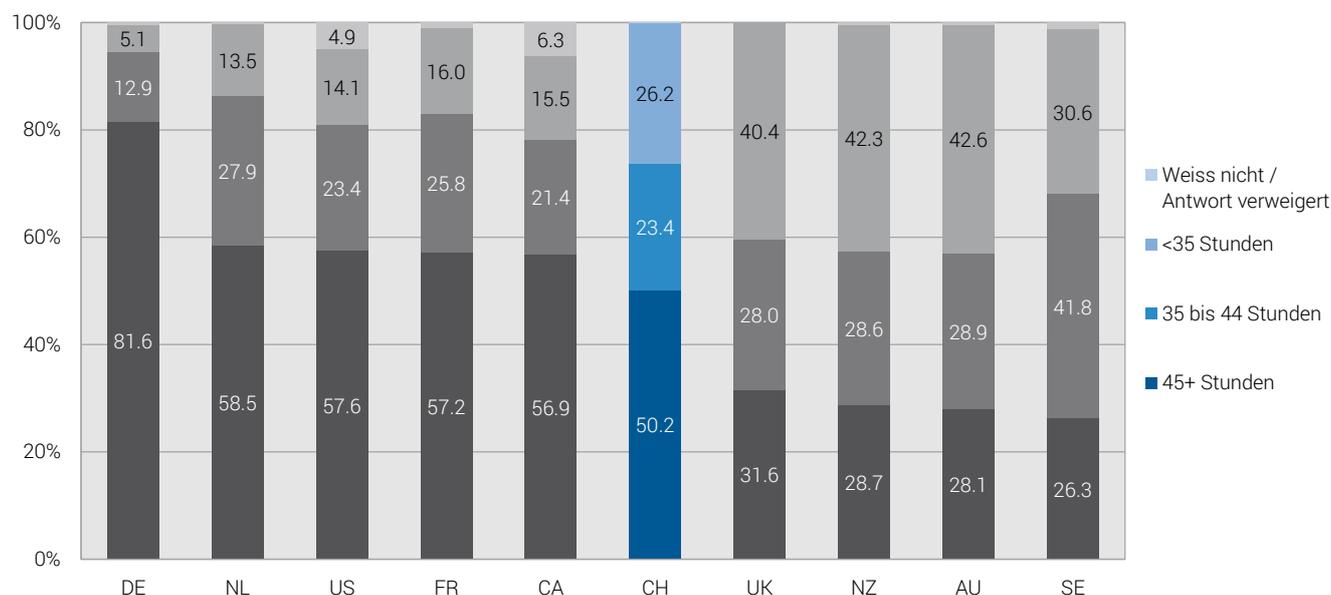


Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2019 und 2022 © Obsan 2023

Lange Arbeitswochen von 45 oder mehr Stunden haben in der Schweiz seit 2012 kontinuierlich abgenommen

In der Schweiz leistet die Hälfte (50,2%) der Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung besonders lange Arbeitswochen von 45 Stunden und mehr, während nicht ganz ein Viertel (23,4%) der Befragten zwischen 35 und 44 Stunden in der Woche leistet und ein weiteres Viertel (26,2%) unter 35 Stunden in der Woche arbeitet (G 2.7). Deutlich höher ist dieser Anteil kurzer Arbeitswochen in Grossbritannien (40,4%), Neuseeland (42,3%) und Australien (42,6%). Den deutlich höchsten Anteil an langen Arbeitswochen von 45 Stunden und mehr findet sich in Deutschland (81,6%), während dieser Anteil in Grossbritannien (31,6%), Neuseeland (28,7%), Australien (28,1%) und Schweden (26,3%) deutlich unter dem Schweizer Anteil liegt.

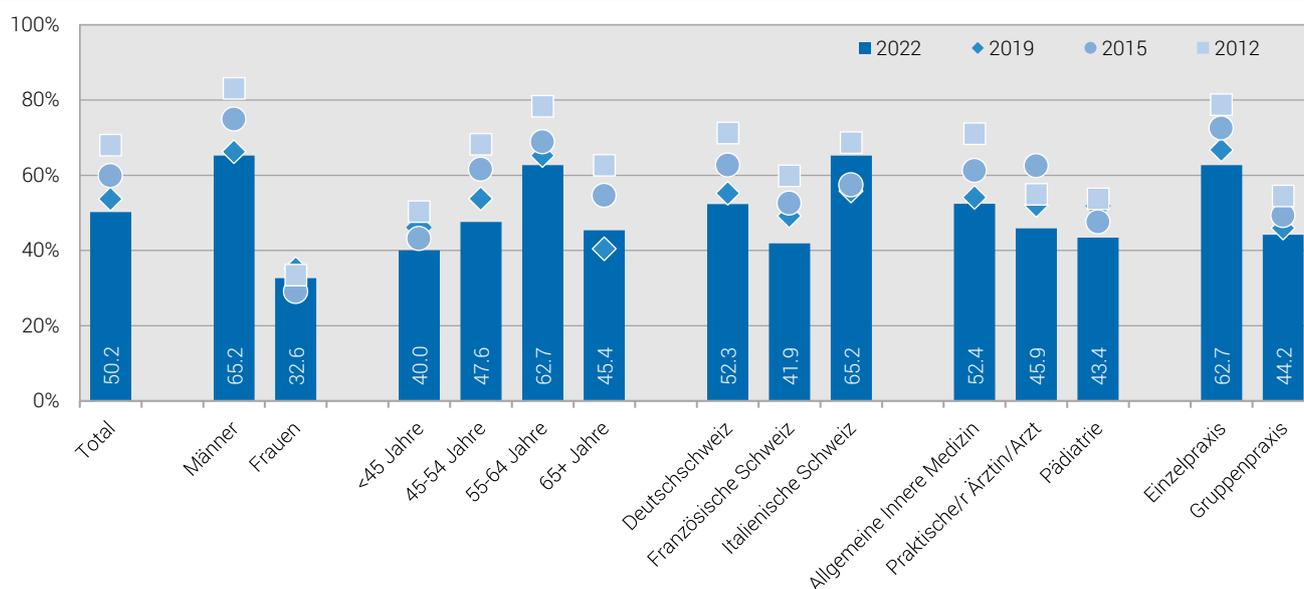
G 2.7 Arbeitsstunden pro Woche, internationaler Vergleich, 2022



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2022

© Obsan 2023

G 2.8 Ärztinnen und Ärzte mit 45+ Stunden in der Woche, soziodemografisches Profil Schweiz, 2012, 2015, 2019 und 2022



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2012, 2015, 2019 und 2022

© Obsan 2023

Innerhalb der Schweiz sind es vor allem die Männer (65,2% gegenüber 32,6% bei den Frauen), welche Arbeitswochen von 45 oder mehr Stunden leisten (G 2.8). Des Weiteren zeigt sich bis zum Pensionsalter ein Alterseffekt: Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil der langen Arbeitswochen und fällt bei 65-jährigen und älteren Ärztinnen und Ärzte wieder ungefähr auf den Anteil der jüngeren Ärztinnen und Ärzte zurück. Schliesslich sind es auch die Einzelpraxen, welche einen deutlich höheren Anteil an langen Arbeitswochen leisten als die Ärztinnen und Ärzte in Gruppenpraxen (62,7% versus 44,2%).

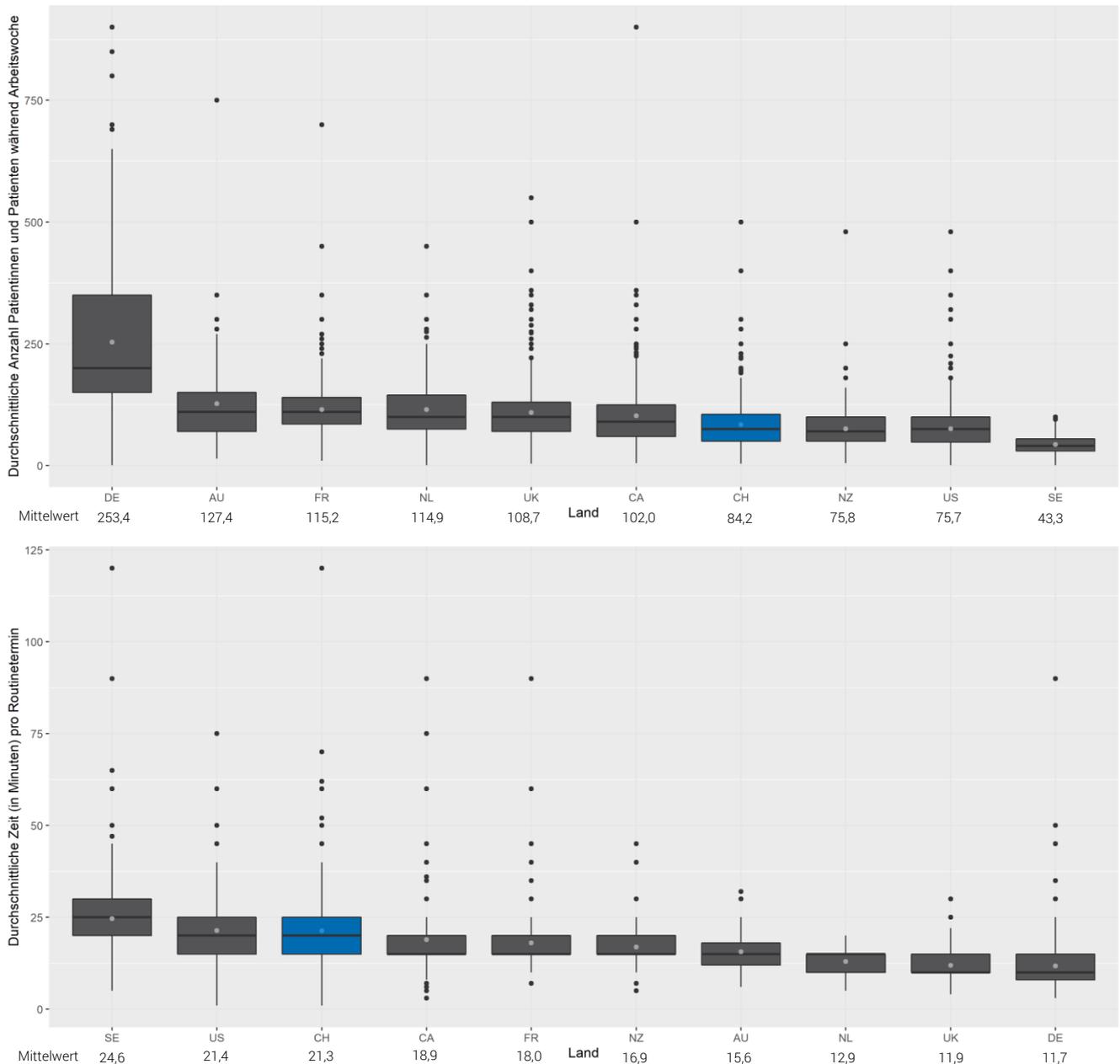
Im Mittel sehen die Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz 84,2 Patientinnen und Patienten in einer typischen Arbeitswoche (G 2.9). Nur in Neuseeland (75,8 Personen), in den USA (75,7 Personen) und in Schweden (43,3 Personen) sehen die Ärztinnen und Ärzte während einer Woche weniger Personen. Mit Abstand am meisten Patientinnen und Patienten (253,4 Personen) sehen die Ärztinnen und Ärzte in Deutschland. Dementsprechend ist die durchschnittliche Zeit, welche während einem Routinetermin mit einer Patientin und einem Patienten verbracht werden kann, in Deutschland am kürzesten (11,7 Minuten). In der Schweiz geben

die Ärztinnen und Ärzte im Mittel 21,3 Minuten pro Routinetermin an, was nahezu der auf 20 Minuten limitierten Tarifposition der Grundkonsultation entspricht.⁴

In Betrachtung der soziodemografischen Merkmale in der Schweiz zeigt sich, dass vor allem in der französischen Schweiz während einem Routinetermin deutlich häufiger 25 Minuten oder

mehr pro Patientin und Patient verbracht wird als in der Deutschschweiz und der italienischen Schweiz (64,4% versus 17,4% und 31,5%; siehe Tabelle C.2.6). Auch in Einzelpraxen ist dieser Anteil höher (36,9%) als in Gruppenpraxen (27,6%) oder auch in Städten respektive städtischem Raum (40,4%) ist dieser Anteil höher als in Vororten oder auf dem Land (26,7% und 17,7%).

G 2.9 Durchschnittliche Anzahl Patientinnen und Patienten in einer Arbeitswoche und die durchschnittliche Zeit (in Minuten), die pro Routinetermin aufgebracht werden kann, internationaler Vergleich, 2022



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy 2022

© Obsan 2023

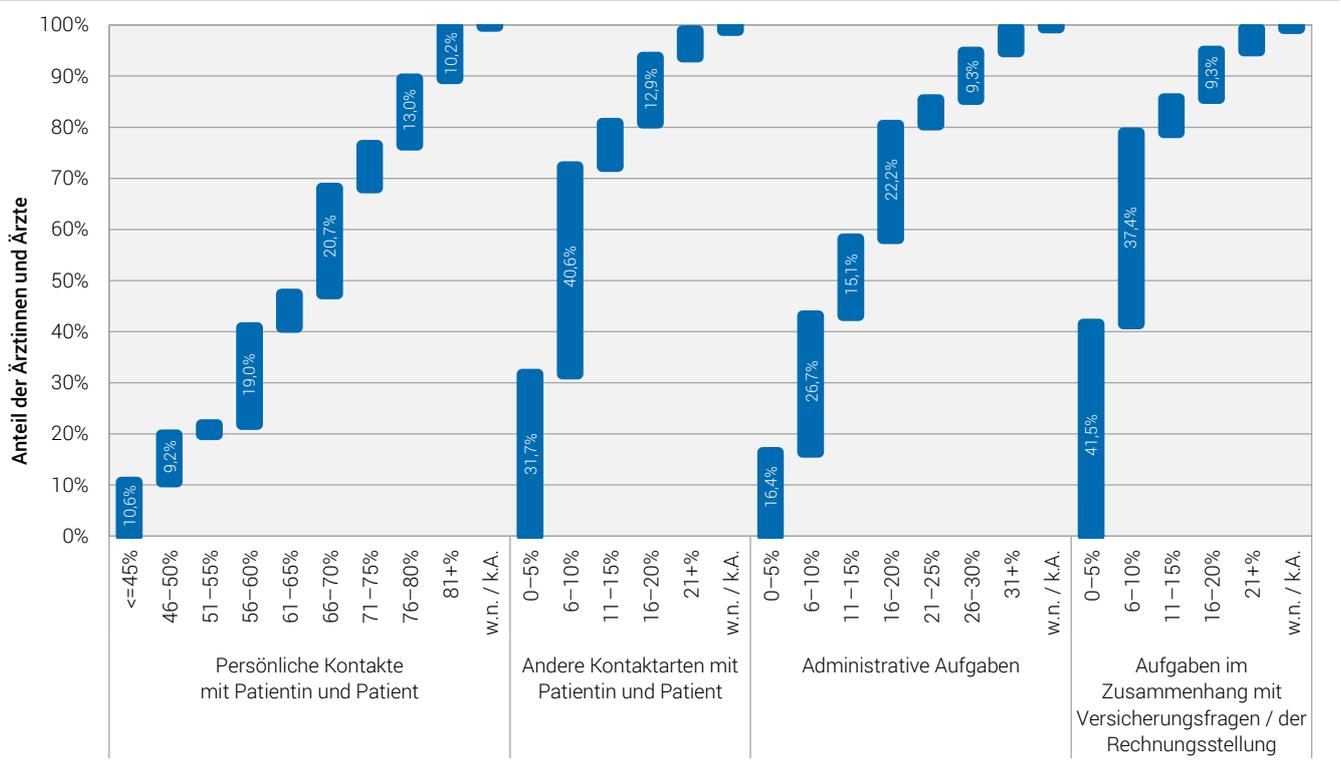
⁴ Für gewisse Patientengruppen wie Kinder unter sechs Jahren oder Personen ab 75 Jahren gilt eine höhere Limite von 30 Minuten, während

für Personen mit komplexen Erkrankungen (nach Absprache mit den Versicherungen) eine Limite von 40 Minuten gilt.

Neben der Einschätzung der wöchentlichen Anzahl Patientinnen und Patienten und der durchschnittlich zur Verfügung stehenden Zeit pro Routinetermin sollten die befragten Ärztinnen und Ärzte abschätzen, wie viel Prozent⁵ ihrer Arbeitszeit sie mit den folgenden vier Aufgaben verbringen: mit persönlichem Patientenkontakt, mit anderen Patientenkontakten (z.B. per E-Mail oder per Telefon), mit administrativen Aufgaben (z.B. Führen von Patientendossiers oder Qualitätssicherung) und mit Aufgaben im Zusammenhang mit Versicherungsfragen oder der Rechnungsstellung. Jeweils gut ein Fünftel der Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz verbringt zwischen 56% und 60% (19,0%) respektive zwischen 66%

und 70% (20,7%) der Arbeitszeit in direktem Kontakt mit den Patientinnen und Patienten (G 2.10). Gesamthaft ein Fünftel (19,8%) gibt an, dass 50% oder weniger ihrer Zeit mit direktem Kontakt verbracht wird. Ungefähr drei Viertel der Ärztinnen und Ärzte verbringen nur einen kleinen Prozentsatz der Arbeitszeit (0% bis 5% oder 6% bis 10%) mit anderen Patientenkontakten (72,3%) oder mit Aufgaben im Zusammenhang mit der Rechnungsstellung (78,9%). Insgesamt verbringen 80,4% der Ärztinnen und Ärzte zwischen 0% und 20% der Arbeitszeit mit administrativen Aufgaben, wobei der grösste Anteil (26,7%) angibt, 6% bis 10% der Arbeitszeit mit administrativen Arbeiten zu verbringen.

G 2.10 Prozent der Arbeitszeit, welche für eine (von vier) Aufgaben verwendet wird, Schweiz, 2022



Lesehilfe: 10,6% der Ärztinnen und Ärzte verbringen maximal 45% ihrer Arbeitszeit in direktem Kontakt mit ihren Patientinnen und Patienten. Des Weiteren verbringen 31,7% der Ärztinnen und Ärzte 0–5% mit anderen Kontaktarten und 40,6% verbringen 6–10% mit anderen Kontaktarten: Zusammen ergibt dies fast drei Viertel (72,3%) der Ärztinnen und Ärzte, welche bis zu 10% ihrer Arbeitszeit mit einer anderen Kontaktart (z.B. per Telefon) verbringen.

Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy 2022

© Obsan 2023

⁵ Die Prozentsumme über alle vier Aufgaben muss laut Fragebogen nicht explizit 100% ergeben.

In der Schweiz wird der durch administrative Tätigkeiten verursachte Zeitaufwand im Zusammenhang mit Abrechnung, Versicherung oder dem Zusammenstellen von klinischen Daten als grosses Problem gesehen

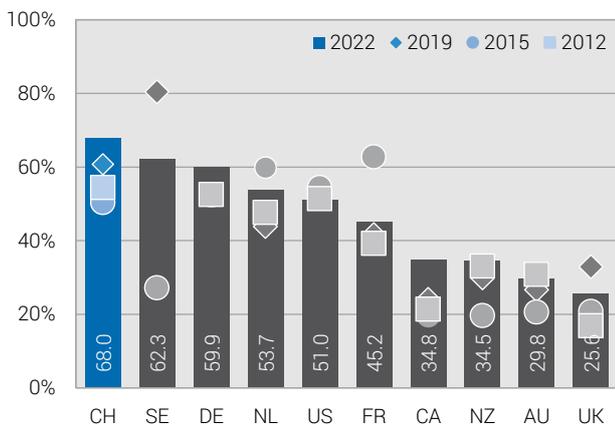
Wie bereits in den letzten Erhebungen wurde gefragt, inwiefern der durch verschiedene administrative Tätigkeiten verursachte Zeitaufwand⁶ als Problem gesehen wird. Im Unterschied zu früheren Erhebungen wurde neu auch nach Zeitaufwand in Zusammenhang mit der Covid-19-Pandemie oder der Dokumentation der Patientenversorgung (einschliesslich Aktualisierung elektronischer Gesundheitsakten) gefragt.

Über zwei Drittel (68,0%) der Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz sehen den Zeitaufwand verursacht durch administrative Tätigkeiten im Zusammenhang mit Versicherungen oder der Abrechnung als grosses Problem (G 2.11). Im internationalen Vergleich entspricht dies einem ersten Rang vor Schweden (62,3%) und Deutschland (59,9%). Im zeitlichen Vergleich ist in der Schweiz eine signifikante Zunahme von 2019 auf 2022 festzustellen (von 60,7% auf 68,0%), während in Schweden im selben Zeitraum eine deutliche Abnahme (-18,1 Prozentpunkte) stattgefunden hat.

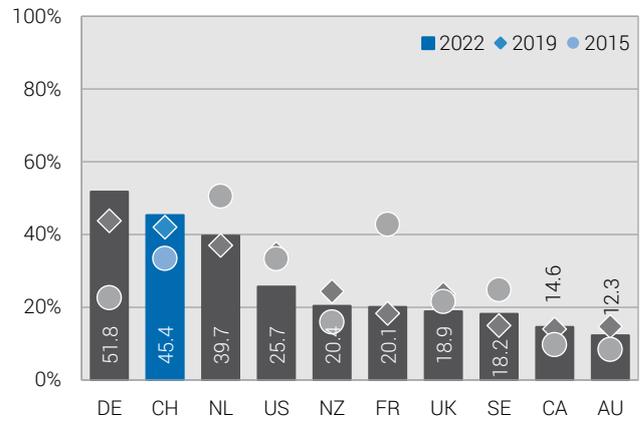
Fast die Hälfte (45,4%) sehen das Zusammenstellen von Daten für staatliche Stellen oder Krankenkassen als grosses Problem, was im internationalen Vergleich einem zweiten Rang nach Deutschland (51,8%) und vor den Niederlanden (39,7%) entspricht. In den meisten befragten Ländern liegt dieser Anteil bei respektive unter einem Fünftel und im zeitlichen Vergleich zeigt sich der Schweizer Anteil sowie Rang seit 2019 unverändert.

G 2.11 Anteil der Ärztinnen und Ärzte, für welche der durch administrative Aufgaben verursachte Zeitaufwand ein grosses Problem darstellt, internationaler Vergleich, 2012, 2015, 2019 und 2022

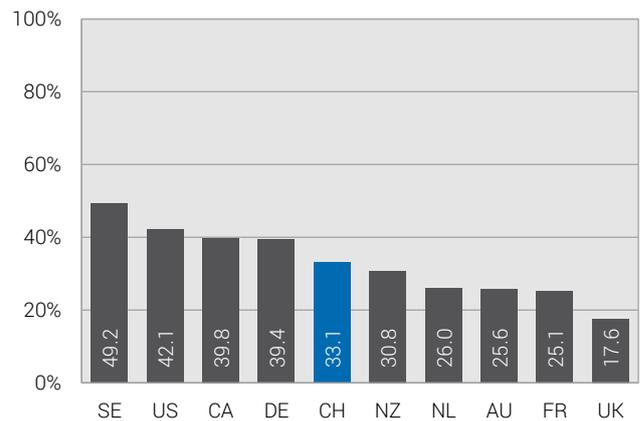
Für administrative Tätigkeiten im Zusammenhang mit den Versicherungen oder der Abrechnung



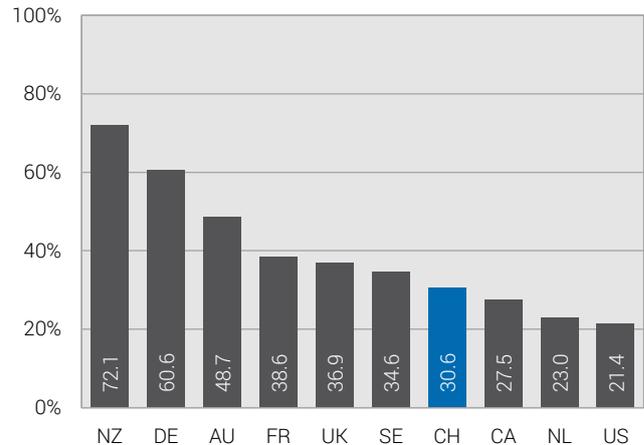
Klinische Daten oder Daten zur Behandlungsqualität für staatliche Stellen oder andere externe Organisationen wie z.B. Krankenkassen zusammenstellen



Dokumentation der Patientenversorgung oder der Patiententermine, einschliesslich ärztlicher Notizen und Aktualisierungen elektronischer Gesundheitsakten



Einhaltung sich ändernder Covid-19-bedingter Pflegeprotokolle und Vorschriften



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2022 © Obsan 2023

⁶ Im Unterschied zu 2019 wurde anstelle der «Zeit» nach dem «Zeitaufwand» gefragt.

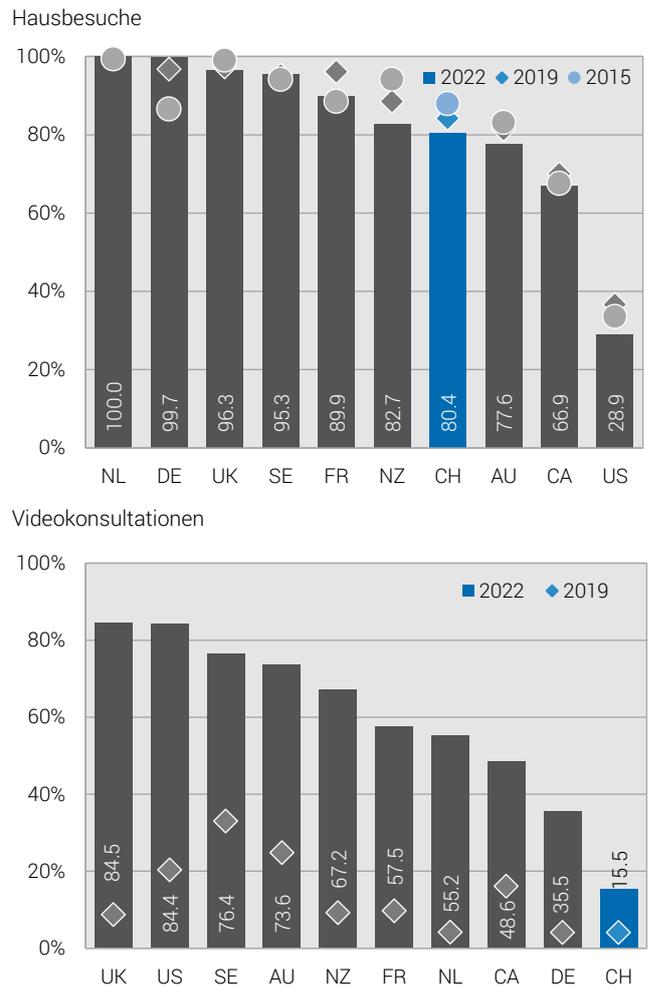
Ein Drittel (33,1%) der Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz erachtet die Dokumentation der Patientenversorgung oder der Patiententermine, einschliesslich ärztlicher Notizen und Aktualisierungen elektronischer Gesundheitsakten, als ein grosses Problem. Im internationalen Vergleich entspricht dies einem fünften Rang im Mittelfeld. Ein knappes weiteres Drittel (30,6%) der Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz erachtet den Zeitaufwand verursacht durch die Einhaltung sich ändernder Covid-19-bedingter Pflegeprotokolle und Vorschriften als ein grosses Problem, was einem siebten Rang im hinteren Mittelfeld entspricht. Vor allem in Neuseeland (72,1%) und Deutschland (60,6%) wird dies als grosses Problem bewertet.

2.3 Behandlungsangebot

Neben den Behandlungen in der Praxis können Konsultationen zu Hause oder per Videoübertragung gerade für bewegungseingeschränkte oder in abgelegenen Regionen lebende Personen ein praktisches Unterstützungsangebot darstellen. In der Schweiz geben 80,4% der Ärztinnen und Ärzte an, dass sie oder Personal aus der Praxis ihre Patientinnen und Patienten (oft oder gelegentlich) mit Hausbesuchen unterstützt (G 2.12). International entspricht dies einem siebten Rang vor Australien (77,6%), Kanada (66,9%) und den deutlich letztplatzierten USA (28,9%), während in den Niederlanden, Deutschland, Grossbritannien, Schweden und Frankreich mindestens neun von zehn befragten Personen Hausbesuche angeben. In der Schweiz machen vor allem Ärztinnen und Ärzte auf dem Land deutlich mehr Hausbesuch als die Ärztinnen und Ärzte aus den Städten und Vororten (91,9% gegenüber 73,3% respektive 82,2%; siehe Tabelle C.2.7).

Deutlich auf dem zehnten Rang (15,5%) liegt die Schweiz bezüglich des Anteils Ärztinnen und Ärzte, welche ihre Patientinnen und Patienten (oft oder gelegentlich) mit Videokonsultationen unterstützen (G 2.12). Bereits das neuntplatzierte Deutschland liegt 20 Prozentpunkte vor der Schweiz, während in Grossbritannien (84,5%) und den USA (84,4%) Patientinnen und Patienten am meisten mit Videokonsultationen unterstützt werden. Im zeitlichen Vergleich ist der Schweizer Anteil zwar bedeutend höher als im Jahr 2019 (4,1%), in den anderen befragten Ländern haben diese Anteile allerdings deutlich stärker zugenommen. Ein Grund für die Zunahme über die letzten drei Jahre dürfte die Covid-19-Pandemie und die damit assoziierten Schutzmassnahmen (z.B. Ausweichen auf Videokonsultation zwecks Eindämmung der Pandemie) sein.

G 2.12 Konsultation zu Hause oder per Video, internationaler Vergleich, 2015, 2019 und 2022



Anmerkung: Der abgebildete Anteil setzt sich aus den beiden Antwortoptionen «Ja, oft» und «Ja, gelegentlich» zusammen.

Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2015, 2019 und 2022 © Obsan 2023

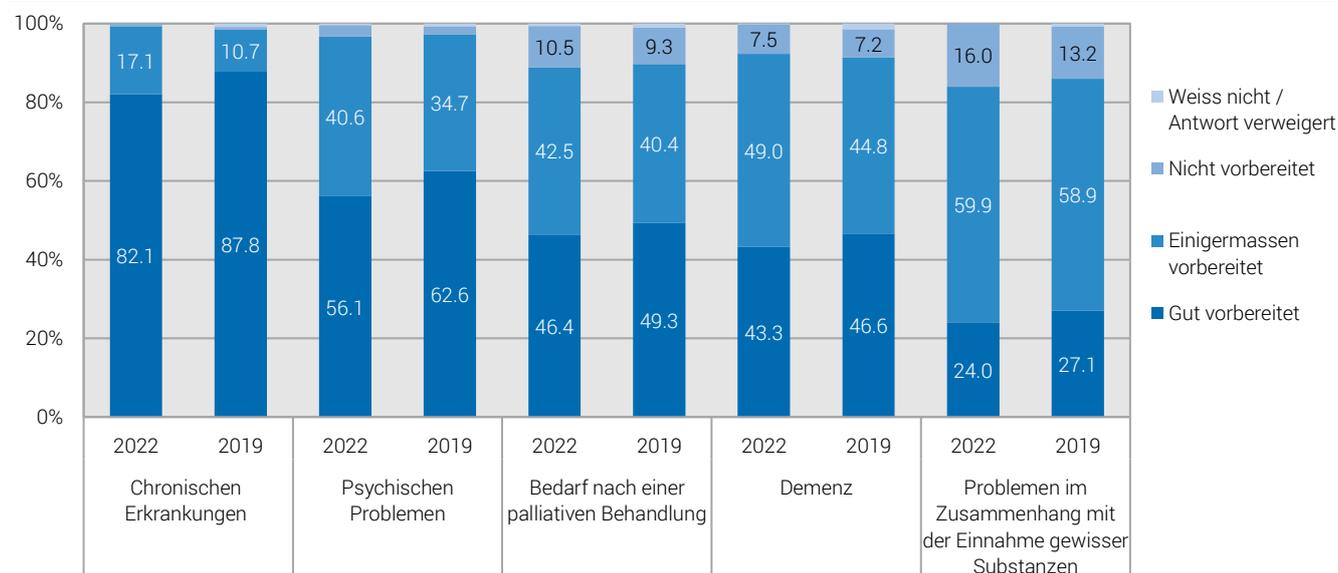
Acht von zehn Ärztinnen und Ärzten in der Schweiz sind gut auf chronische Erkrankungen vorbereitet, während sie vor allem bei Substanzkonsumproblematiken vor Herausforderungen stehen

Die Behandlung von chronischen Erkrankungen wird auch weiterhin eine grosse Herausforderung darstellen. Einerseits wird die demografische Veränderung mit einer zunehmend älteren Bevölkerung zu einer Zunahme an chronischen Erkrankungen (z.B. Demenz) führen (Pellegrini et al., 2022). Andererseits nimmt die Inanspruchnahme von stationären und ambulanten psychiatrischen Institutionen durch jüngere Personen über die letzten Jahre zu (BFS, 2022; Schuler et al., 2020). Folglich werden die Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung mit der Diagnose, Therapie und dem Monitoring von verschiedensten chronischen Krankheitsbildern konfrontiert sein. In den nachfolgenden Ergebnissen gilt es zu berücksichtigen, dass zum einen die Basisrate korrigiert wurde (d.h. nur Ärztinnen und Ärzte flossen in die Analysen ein, welche auch angeben, solche Patientinnen und Patienten in ihrer Praxis zu haben). Zum anderen sind in der Stichprobe der Schweiz und der USA zusätzlich Pädiaterinnen und Pädiater enthalten, welche äusserst selten bis nie mit Personen mit Demenz oder palliativen Behandlungsbedürfnissen konfrontiert sind.⁷

Für alle abgefragten Krankheitsbilder zeigt sich die Summe der gut vorbereiteten und einigermaßen vorbereiteten Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz von 2019 auf 2022 unverändert (G 2.13). Eine leichte – allerdings bedeutsame – Reduktion zeigt sich im Anteil «gut vorbereitet» bei den chronischen Erkrankungen (87,8% im Jahr 2019 versus 82,1% im Jahr 2022) wie auch bei den psychischen Problemen (62,6% im Jahr 2019 versus 56,1% im Jahr 2022), während keine weiteren bedeutende Unterschiede festzustellen sind. Weiterhin eine grössere Herausforderung dürften neben palliativer Behandlung und Demenz vor allem die Substanzkonsumproblematik darstellen: 59,9% geben an, einigermaßen vorbereitet zu sein, 16,0% sind gar nicht darauf vorbereitet.

Ärztinnen und Ärzte wurde gefragt, wie häufig sie oder das Praxispersonal die nachfolgenden Behandlungsarten für Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen leisten: 1.) Mit Patientinnen und Patienten Behandlungspläne für den Alltag zusammenstellen, 2.) den Patientinnen und Patienten schriftliche Anleitungen (z.B. zur selbstständigen Symptomlinderung) zur Verfügung stellen, 3.) Vermerken der Ziele zum Selbstmanagement der Patientinnen und Patienten in ihrem Patientendossier, 4.) Kontaktieren von Patientinnen und Patienten zwischen den Arztterminen, um ihren Zustand zu überwachen und 5.) Verwendung von Monitoring auf Distanz oder mit dem Internet verbundenen medizinischen Geräten, um Patientinnen und Patienten dort zu überwachen, wo dies medizinisch angebracht ist. Die nachfolgenden Ergebnisse basieren auf den Tabellen L.2.5 bis L.2.9.

G 2.13 Grad der Vorbereitung bezüglich chronischer Erkrankungen, psychischen Problemen, Bedarf nach palliativer Behandlung, Demenz und Problemen im Zusammenhang mit Substanzeinnahme (korrigierte Basisrate), Schweiz, 2019 und 2022



Anmerkung: In den Stichproben sind auch Ärztinnen und Ärzte enthalten, welche primär Kinder und Jugendliche behandeln, bei welchen die erfragten Krankheitsbilder äusserst selten vorkommen dürften. Dementsprechend sind Pädiaterinnen und Pädiater auf solche Gesundheitsprobleme weniger gut vorbereitet als Ärztinnen und Ärzte, welche tagtäglich mit diesen Gesundheitsproblemen und den entsprechenden Behandlungsmöglichkeiten konfrontiert sind.

Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2019 und 2022

© Obsan 2023

⁷ Dies zeigt sich in den schweizspezifischen Tabellen C.2.8 bis C.2.12 deutlich, da es vor allem die Pädiaterinnen und Pädiater sind, welche unter den Facharzttiteln am häufigsten keine solche Patientinnen und

Patienten haben oder vergleichsweise den kleinsten Anteil «gut vorbereitet» ausweisen, falls sie die Frage dennoch beantwortet haben, weil sie teilweise auch solche Patientinnen und Patienten behandeln.

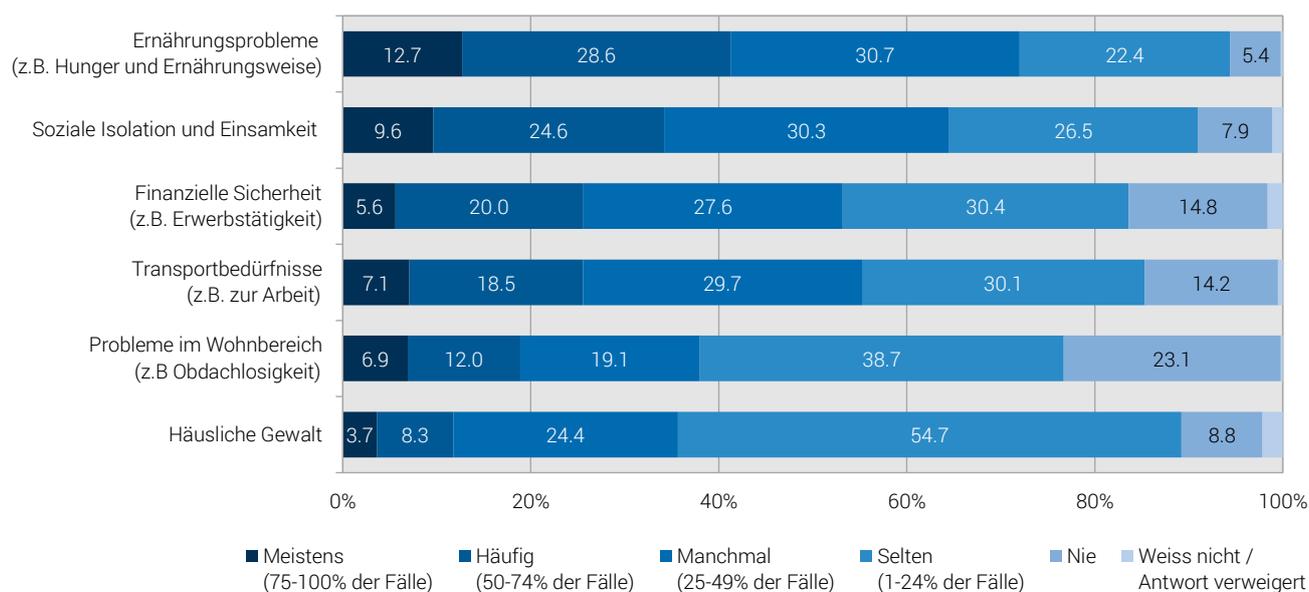
Über die Hälfte (59,8%) der Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz stellt häufig oder meistens (in 50% bis 100% der Fälle) mit ihren Patientinnen und Patienten Behandlungspläne zusammen. Im internationalen Vergleich entspricht dies dem drittletzten Rang vor Neuseeland (56,9%) und Schweden (35,0%), während die Ärztinnen und Ärzte in den anderen befragten Ländern dies deutlich häufiger tun als die Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz (zwischen 65,2% in Frankreich⁸ und 82,4% in Grossbritannien). Des Weiteren werden Patientinnen und Patienten in der Schweiz zwischen den Arztterminen eher selten (in 1% bis 50% der Fälle) kontaktiert, um deren Zustand zu überwachen (Anteil von 68,3% bei einem internationalen Mittelwert von 60,6%).

Was das Distanzmonitoring (u.a. mittels wearables⁹) anbelangt, so hat der Anteil «häufig bis meistens» seit 2019 deutlich zugenommen. In der Schweiz fällt der Anstieg von 2,3% auf 7,8% zwar signifikant aus, entspricht im internationalen Vergleich aber einem eher kleinen Zuwachs. So stieg dieser Anteil vor allem in den Niederlanden (von 6,9% auf 37,0%), Grossbritannien (von 9,4% auf 33,3%) und Kanada (von 6,7% auf 26,4%) deutlich an.

Am häufigsten werden in der Schweiz soziale Bedürfnisse wie Ernährung oder Einsamkeit besprochen, während häusliche Gewalt vergleichsweise selten ein Thema ist

Die in der Schweiz tätigen Ärztinnen und Ärzte wurden gefragt, wie häufig – falls überhaupt – sie oder das Praxispersonal verschiedene soziale Bedürfnisse beurteilen und untersuchen. Ein relativ grosser Anteil in der Schweiz gibt an, Ernährungsprobleme (41,3%) sowie soziale Isolation und Einsamkeit (34,2%) häufig oder meistens (in 50% bis 100% der Fälle) zu untersuchen (G 2.14). Der Anteil bezüglich Ernährungsprobleme ist in der Schweiz wie auch in Deutschland (46,4%) und in den USA (36,9%) deutlich höher als in den restlichen befragten Ländern, was insofern erstaunlich ist, da gerade die Ernährungsweise und das Körpergewicht für viele Krankheitsbilder (z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, muskuloskeletale Beschwerden etc.) von grosser Bedeutung sind. Selten oder nie (<25% der Fälle) werden in der Schweiz Themen wie Probleme im Wohnbereich und häusliche Gewalt untersucht respektive beurteilt (61,8% und 63,5%).

G 2.14 Untersuchung und Beurteilung von sozialen Bedürfnissen, Schweiz, 2022



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2022

© Obsan 2023

⁸ Der Unterschied zwischen der Schweiz und Frankreich ist nicht signifikant.

⁹ Tragbare Datenverbindung (z. B. mobile Herzfrequenzmessung)

In der Schweiz werden patientenbezogene Daten (z.B. klinische Ergebnisse) seltener geprüft als in den meisten Teilnehmerländern

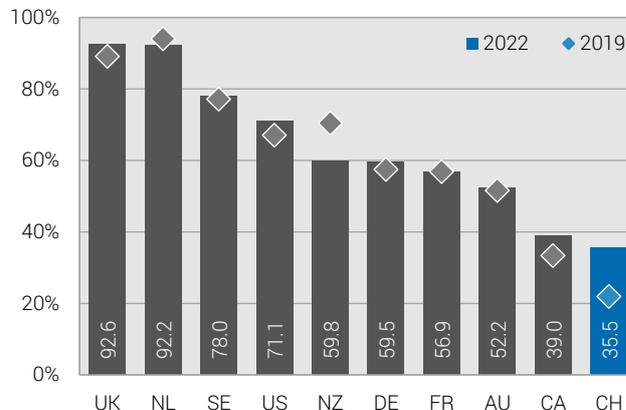
Die gesamtheitliche Überwachung klinischer Ergebnisse, aber auch Rückmeldungen durch Patientinnen und Patienten können den Ärztinnen und Ärzten wertvolle Informationen über die Qualität der eigenen Arbeit liefern. Folglich wurden die Ärztinnen und Ärzte gefragt, wie häufig – falls überhaupt – in ihrer Praxis Daten in Bezug auf verschiedene Aspekte bezüglich ihrer Patientinnen und Patienten geprüft¹⁰ werden.

Im internationalen Vergleich belegt die Schweiz bezüglich aller befragten Indikatoren einer der zwei letzten Ränge (G 2.15). 35,5% der Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz berichten, vierteljährlich oder jährlich klinische Ergebnisse bezüglich ihrer Patientinnen und Patienten zu prüfen. Im Vergleich mit 2019 (21,9%) entspricht dies einem bedeutenden Zuwachs, allerdings belegt die Schweiz den letzten Rang nach Kanada (39,0%). Jeweils einen zweitletzten Rang belegt die Schweiz bezüglich der Prüfung von patientenberichteten Indikatoren zu deren Gesundheitszustand (sogenannte PROMs; 7,7%) und der Zufriedenheit mit der erfahrenen Behandlung und Pflege (15,3%). Während solche klinischen Ergebnisse in Deutschland (11,5% und 20,7%), Kanada (10,2% und 18,0%) und Frankreich (5,8% und 7,5%) ähnlich selten geprüft werden, sind die Anteile in den weiteren befragten Ländern deutlich höher. Abschliessend muss für die Schweiz erwähnt werden, dass die Entwicklung und Implementierung von PROMs noch ganz am Anfang steht. Gerade im Bereich der ambulanten Grundversorgung werden PROMs bis jetzt primär für wissenschaftliche Zwecke verwendet (Stahl et al., 2021).

Was die Teilnahme an einem Qualitätszirkel oder einer Gruppe zur Qualitätsverbesserung anbelangt, so nimmt die Hälfte (52,9%) der Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz mindestens einmal pro Monat, ein Drittel (35,6%) mehrmals pro Jahr und ein Zehntel (11,5%) gar nie an einem solchen Anlass teil (siehe Tabelle C.2.13). Diese drei Anteile zeigen sich seit 2015 praktisch unverändert.

G 2.15 Ärztinnen und Ärzte, welche vierteljährlich oder jährlich Daten bezüglich der Patientinnen und Patienten prüfen, internationaler Vergleich, 2019 und 2022

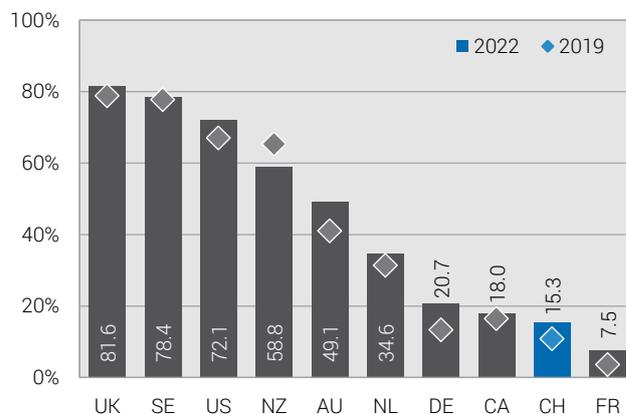
Klinische Ergebnisse (z.B. Prozentanteil der Diabetiker oder Asthmatiker, bei welchen die Krankheit unter Kontrolle ist)



Patientenberichtete Indikatoren (PROMs, Patient Reported Outcome Measures)



Befragungen zur Zufriedenheit und zu den Erfahrungen ihrer Patienten mit der Behandlung und Pflege



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2019 und 2022 © Obsan 2023

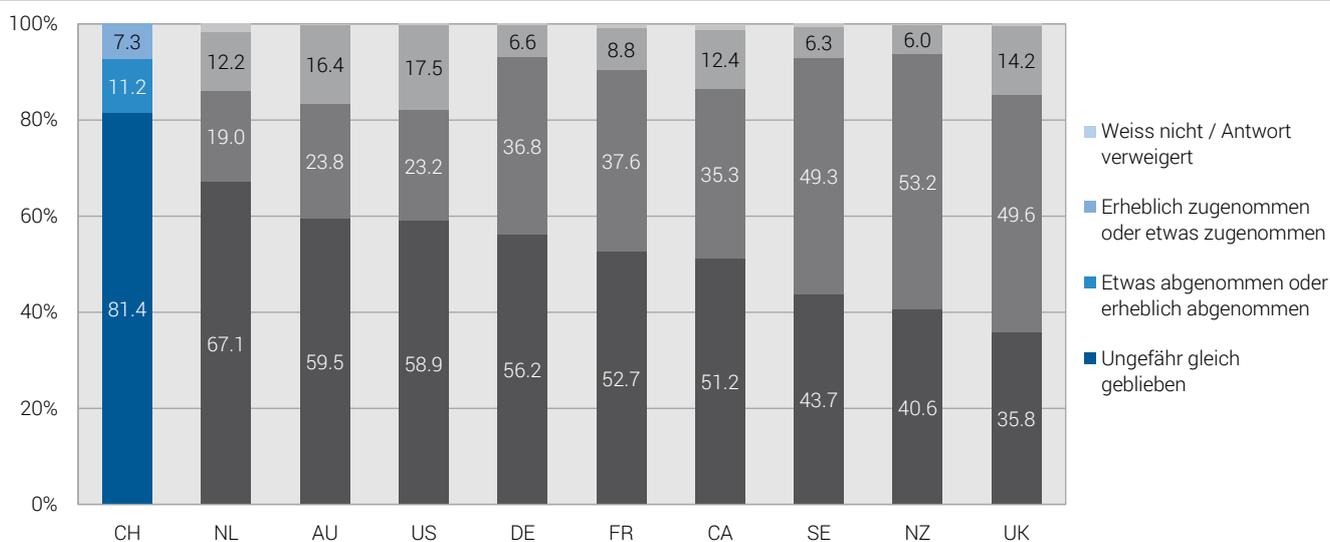
¹⁰ In der Erhebung von 2019 wurde anstelle von «geprüft» die Begriffe «empfangen und genutzt» verwendet.

Im internationalen Vergleich hatte die Covid-19-Pandemie in der Schweiz den geringsten Effekt auf die Qualität der eigens angebotenen Behandlungen

In der Schweiz berichten 11,2% der Ärztinnen und Ärzte, dass die Qualität der angebotenen Behandlungen im Vergleich zu vor der Covid-19-Pandemie etwas abgenommen oder erheblich abgenommen habe (G 2.16). Im internationalen Vergleich entspricht dies dem kleinsten Anteil vor den Niederlanden (19,0%). Mehrere befragte Länder sehen eine deutlich stärkere Abnahme der Be-

handlungsqualität wie beispielsweise Schweden (49,3%), Grossbritannien (49,6%) oder Neuseeland (53,2%). Des Weiteren berichtet in der Schweiz ein überaus grosser Anteil (81,4%) der Ärztinnen und Ärzte von gleichbleibender Qualität gegenüber der Lage vor der Pandemie, was für eine krisenrobuste Behandlungsqualität in der ambulanten Grundversorgung spricht. Einige befragte Ärztinnen und Ärzte sehen gar, dass die Qualität der Behandlungen im Vergleich zu vor der Pandemie etwas oder erheblich zugenommen hat: Das Minimum liegt mit 6,0% in Neuseeland und das Maximum mit 17,5% in den USA.

G 2.16 Veränderung der Behandlungsqualität aufgrund der Covid-19-Pandemie, internationaler Vergleich, 2022



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2022

© Obsan 2023

3 Koordination und digitale Transformation

Die Vernetzung verschiedener Leistungserbringer entlang der Behandlungskette stellt die Grundlage einer integrierten Versorgung dar, welche zur Erhöhung von Qualität, Sicherheit und Effizienz in der gesamten Versorgung beiträgt. Ein wichtiger Beitrag hierzu leistet die digitale Transformation respektive die digitalen Hilfsmittel. Nachfolgend werden zuerst die Ergebnisse zur wahrgenommenen Koordination mit anderen Leistungserbringern im Gesundheitssystem präsentiert, gefolgt von der Verwendung von eHealth bzw. der Einstellung gegenüber eHealth.

3.1 Koordination mit anderen Leistungserbringern

Im Rahmen der hausärztlichen Anamnese, Diagnose oder Behandlung kommt es nicht selten vor, dass die Patientinnen und Patienten an eine Spezialistin oder Spezialisten weitergeleitet werden, um eine zusätzliche Meinung einzuholen oder eine spezialisierte Behandlung zu erhalten. Hierbei müssen Informationen von den Hausarztpraxen an die Spezialarztpraxen sowie in die umgekehrte Richtung fließen.

Die Koordination mit den Spezialistinnen und Spezialisten funktioniert gut, zeigt im internationalen Vergleich aber Verbesserungspotenzial

Ein grosser Anteil (87,5%) der Ärztinnen und Ärzte in der Schweizer Grundversorgung gibt an, bei einer Überweisung an die Spezialistin oder den Spezialisten das Patientendossier sowie die Begründung für eine Konsultation häufig oder meistens (in 50% bis 100% der Fälle) mitzuschicken (G 3.1). Allerdings entspricht dies im internationalen Vergleich dem zweitletzten Rang vor Deutschland (80,0%). Mit Ausnahme der USA (87,9%) sind die Anteile der anderen befragten Länder signifikant höher als der schweizerische Anteil.

Betrachtet man den Informationsfluss in die umgekehrte Richtung, so erhält auch hier ein grosser Anteil (87,6%) der Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz häufig oder meistens (in 50% bis 100% der Fälle) die nötigen Informationen über Änderungen, die bei den Medikamenten oder bei der Behandlung gemacht wurden. Im internationalen Vergleich entspricht dies einem fünften Rang

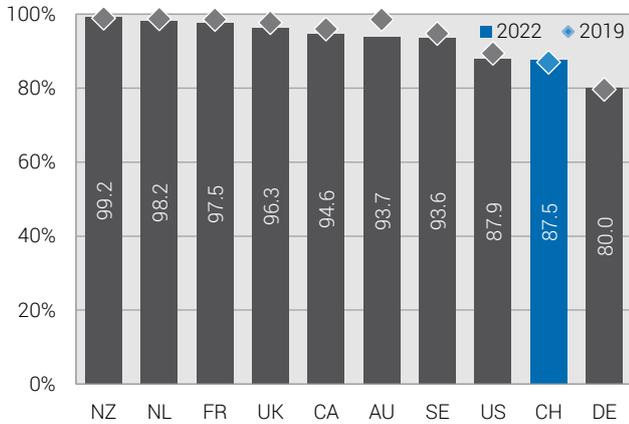
im Mittelfeld, mit einem höchsten Anteil in Neuseeland (96,8%) und einem niedrigsten Anteil in Deutschland (66,0%).

Nach einer Behandlung durch die Spezialistin oder den Spezialisten erhalten 71,7% der Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz häufig oder meistens (in 50% bis 100% der Fälle) innerhalb von einer Arbeitswoche einen Bericht. Im internationalen Vergleich entspricht dies einem ersten Rang vor Frankreich (65,8%), bei der Hälfte der befragten Länder liegt dieser Wert teilweise deutlich unter 50%. Auf dem letzten Rang liegt Grossbritannien mit 29,7%.

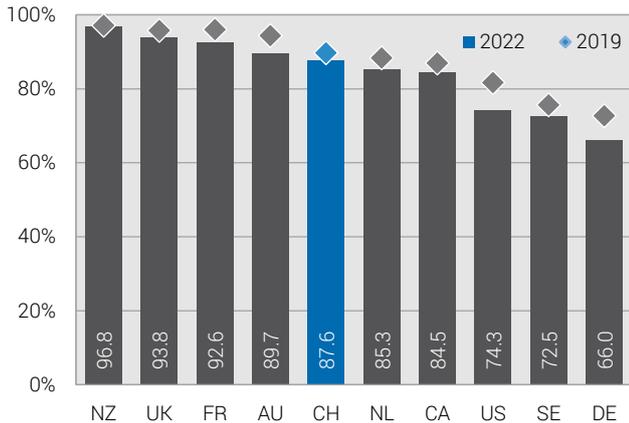
Abschliessend kann festgehalten werden, dass die Zeit, welche für die Koordination mit den Spezialistinnen und Spezialisten aufgewendet wird, von den Ärztinnen und Ärzten in der Schweizer Grundversorgung als vergleichsweise unproblematisch angesehen wird (siehe Tabelle L.3.1). Knapp ein Viertel (23,0%) sehen keine Zeitprobleme in der Koordination, etwas über die Hälfte (56,8%) nur kleine Probleme und weniger als ein Fünftel (18,0%) sehen darin ein grosses Problem. Letzter Wert entspricht im internationalen Vergleich dem kleinsten Anteil, bei Prozentwerten bis zu 47,5% in Kanada.

G 3.1 Koordination mit Spezialistinnen und Spezialisten (Anteil häufig oder meistens), drei Indikatoren, internationaler Vergleich, 2019 und 2022

Schickt das Patientendossier und die Begründung für die Konsultation an die Spezialistin oder den Spezialisten



Erhält die Informationen über Änderungen, die bei den Medikamenten oder bei der Behandlung der Patientin oder des Patienten gemacht wurden



Erhält innerhalb einer Arbeitswoche einen Bericht mit den Resultaten der Spezialistin oder des Spezialisten



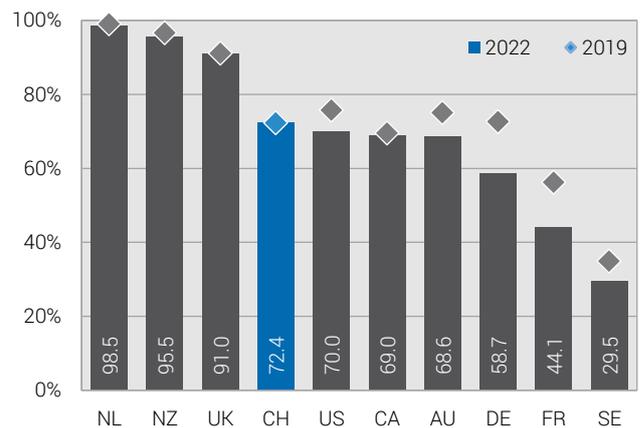
Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2019 und 2022 © Obsan 2023

Bei Besuch der Notaufnahme oder bei Einlieferung in ein Spital erhalten die Ärztinnen und Ärzte in den Niederlanden, Neuseeland und Grossbritannien am häufigsten eine Benachrichtigung

In der Schweiz erhalten 72,4% der Ärztinnen und Ärzte häufig oder meistens (in 50% bis 100% der Fälle) eine Benachrichtigung, wenn ihre Patientinnen und Patienten in der Notaufnahme waren, was einem vierten Rang nach den Niederlanden (98,5%), Neuseeland (95,5%) und Grossbritannien (91,0%) entspricht (G 3.2). Dieser Anteil ist in der Schweiz praktisch identisch mit 2019 (72,3%), während in den USA (-5,7 Prozentpunkte), Deutschland (-13,9 Prozentpunkte), Frankreich (-12,1 Prozentpunkte) und Schweden (-5,4 Prozentpunkte) ein signifikanter Rückgang zu verzeichnen ist.

G 3.2 Koordination mit Notaufnahmen und Spitälern (Anteil häufig oder meistens), zwei Indikatoren, internationaler Vergleich, 2019 und 2022

Benachrichtigungen über Besuch in der Notaufnahme



Benachrichtigungen über Einlieferung in ein Spital



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2019 und 2022 © Obsan 2023

Bei einer Einlieferung in ein Spital werden in der Schweiz 61,3% der Ärztinnen und Ärzte häufig oder meistens informiert, was dem drittkleinsten Anteil vor Deutschland (54,0%) und Schweden (42,9%) entspricht. Wie bereits bei der Inanspruchnahme der Notaufnahme werden die ersten drei Ränge durch die Niederlande (96,6%), Neuseeland (90,7%) und Grossbritannien (84,5%) belegt.

Nach einer Entlassung der Patientinnen und Patienten aus dem Spital dauert es meistens nicht mehr als vier Tage, bis die Ärztinnen und Ärzte in der Schweizer Grundversorgung die nötigen Informationen erhalten, welche sie für die weiteren Behandlungen und die Nachsorge benötigen. So gibt ein Viertel (27,1%) an, diese Informationen innerhalb von 48 Stunden zu erhalten, während es bei knapp einem Drittel (31,5%) zwischen zwei bis vier Tagen dauert. Bei 30,6% dauert es fünf bis 14 Tage und bei 10,7% sind es mehr als zwei Wochen (siehe Tabelle L.3.2). Im zeitlichen Vergleich seit 2019 hat sich in der Schweiz der Anteil «5 bis 14 Tage» von 23,2% auf 30,6% erhöht, dies auf Kosten des Anteils «<48 Stunden», welcher sich von 34,0% auf 27,1% reduziert hat.

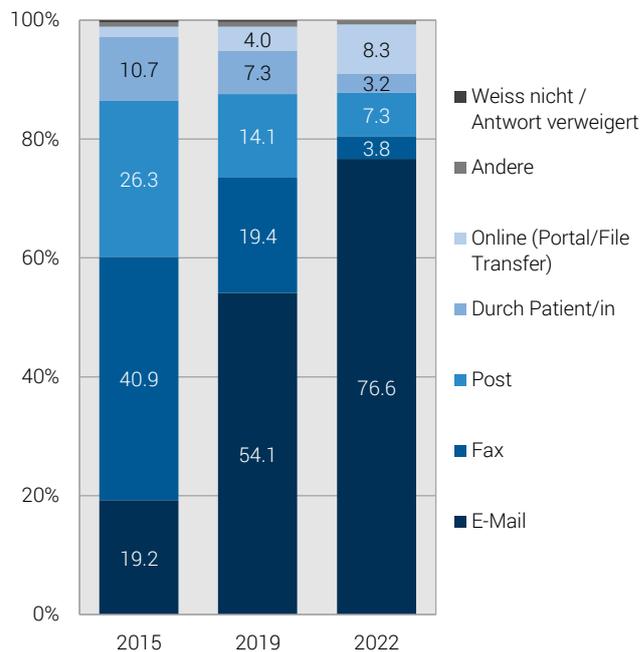
Nach einem Spitalaustritt findet die Übermittlung wichtiger Informationen an die Hausarztpraxen per Fax immer seltener statt

Wie lange eine Übermittlung der nötigen Informationen nach einem Spitalaustritt dauert, kann unter anderem von der Übermittlungsart abhängen. Am häufigsten erhalten die Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz diese Informationen per E-Mail (76,6%), gefolgt von einem Online-Portal (8,3%) oder per Post (7,3%; G 3.3). Über die letzten drei Erhebungen hat sich der Transfer ins Digitale verlagert, und vor allem die Übermittlung per Fax hat stark abgenommen (Reduktion von 40,9% im Jahr 2015 auf 3,8% im Jahr 2022). Der höchste Anteil an Faxübermittlungen ist in der französischsprachigen Schweiz zu finden (11,8% gegenüber 0,5% in der Deutschschweiz und 7,6% in der italienischsprachigen Schweiz).

Die Hausarztpraxen in der Schweiz unterstützen ihre Patientinnen und Patienten in der Koordination mit den Spitex- und Sozialdiensten

In der integrierten Versorgung und mit der zunehmenden Verlagerung der stationären Behandlung in den ambulanten Sektor, nehmen spitalexterne Pflegedienste (wie z.B. Spitex), Case Manager und Sozialdienste eine immer wichtigere Rolle in der Versorgung der Patientinnen und Patienten zu Hause ein. In der Schweiz unterstützen neun von zehn Ärztinnen und Ärzten (91,8%) ihre Patientinnen und Patienten in der Koordination mit Sozial- und Pflegediensten (siehe Tabelle L.3.3).

G 3.3 Art des Informationsaustauschs mit den Spitälern, Schweiz, 2015, 2019 und 2022



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2015, 2019 und 2022 © Obsan 2023

In der Schweiz kommunizieren 66,1% der Ärztinnen und Ärzte häufig oder meistens (in 50% bis 100% der Fälle) mit den Heimpflegediensten bezüglich der Bedürfnisse ihrer Patientinnen und Patienten sowie betreffend Leistungen, welche erbracht werden sollten (siehe Tabelle L.3.4).¹¹ Im internationalen Vergleich entspricht dies einem vierten Rang nach Schweden, den Niederlanden und Frankreich (alle über 70%). Am kleinsten ist dieser Anteil in Australien (33,9%) und Neuseeland (29,3%).

Was die Kommunikation in die umgekehrte Richtung angeht, so geben über drei Viertel (78,9%) der Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz an, dass sie durch die Heimpflegedienste über wichtige Änderungen des Zustands ihrer Patientinnen und Patienten informiert werden (siehe Tabelle L.3.5). Nur in Frankreich (80,6%) und Schweden (79,8%) fällt dieser Anteil höher aus.

Wieder mehr Hausarztpraxen in der Schweiz arbeiten in der Betreuung von chronisch kranken Personen mit Case Managern zusammen

In vielen Ländern nehmen Case Manager eine besonders wichtige Rolle in der Koordination der Pflege von Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen ein. In der Schweiz kommt diese Rolle unter anderem den Pflegeexpertinnen und den Pflegeexperten APN zu, aber auch den MPA mit einer Weiterbildung in medizinischer Praxiskoordination. Beide Berufsgruppen können

¹¹ Korrigierte Basisrate: Ausgeschlossen wurde der Anteil der Antworten «nicht zutreffend», da davon auszugehen ist, dass diese Ärztinnen und Ärzte keine Personen behandeln, welche zu Hause versorgt werden.

von den Ärztinnen und Ärzten diverse Aufgaben übernehmen (z.B. Begleitung der Patientinnen und Patienten entlang der Behandlungskette) und sie so in ihrer alltäglichen Praxistätigkeit entlasten.

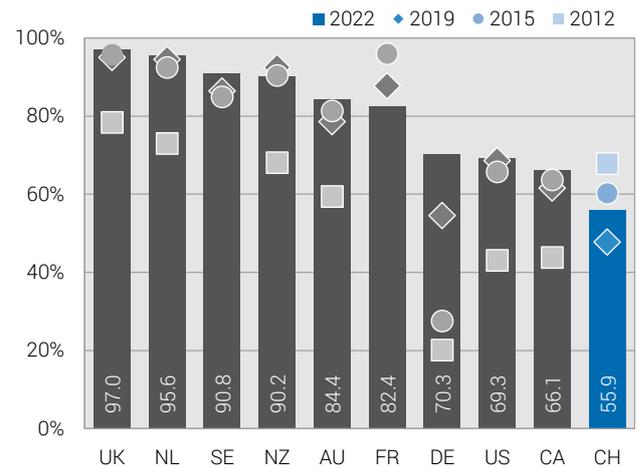
Im Jahr 2022 arbeiten in der Schweiz 55,9% der Ärztinnen und Ärzte mit Case Managern oder Pflegefachpersonal zusammen, welche die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen überwachen und koordinieren (G 3.4). Im internationalen Vergleich liegt die Schweiz hinter Kanada (66,1%) auf dem letzten Rang. In allen anderen befragten Ländern wird deutlich häufiger mit solchem Personal zusammengearbeitet als in der Schweiz. In der Schweiz ist der Anteil entgegen dem sinkenden Trend seit 2012 im Jahr 2022 erstmalig wieder gestiegen.¹² In den meisten Ländern hat seit 2012 eine Zunahme stattgefunden, wobei diese Zunahme in Deutschland am stärksten ausfällt (+50,2 Prozentpunkte).

Im Rahmen der Zusammenarbeit mit den Sozialdiensten wurden Ärztinnen und Ärzte gefragt, welchen Herausforderungen sie sich gegenübergestellt sehen, wenn sie die Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten mit den Sozialdiensten koordinieren.¹³ Bei dieser Frage konnte die Antwortoption «Keine Koordination mit den Sozialdiensten» gewählt werden, weshalb für diese Daten die Basisrate korrigiert wurde (d.h., es werden nur die Antworten der Ärztinnen und Ärzte abgebildet, welche auch eine Koordination durchführen).

Die Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz sehen vor allem die zu hohe administrative Arbeit im Zusammenhang mit der Koordination als bedeutende Herausforderung (52,6%), gefolgt von mangelnder Kenntnis auf Seiten der Praxis bezüglich der zuständigen

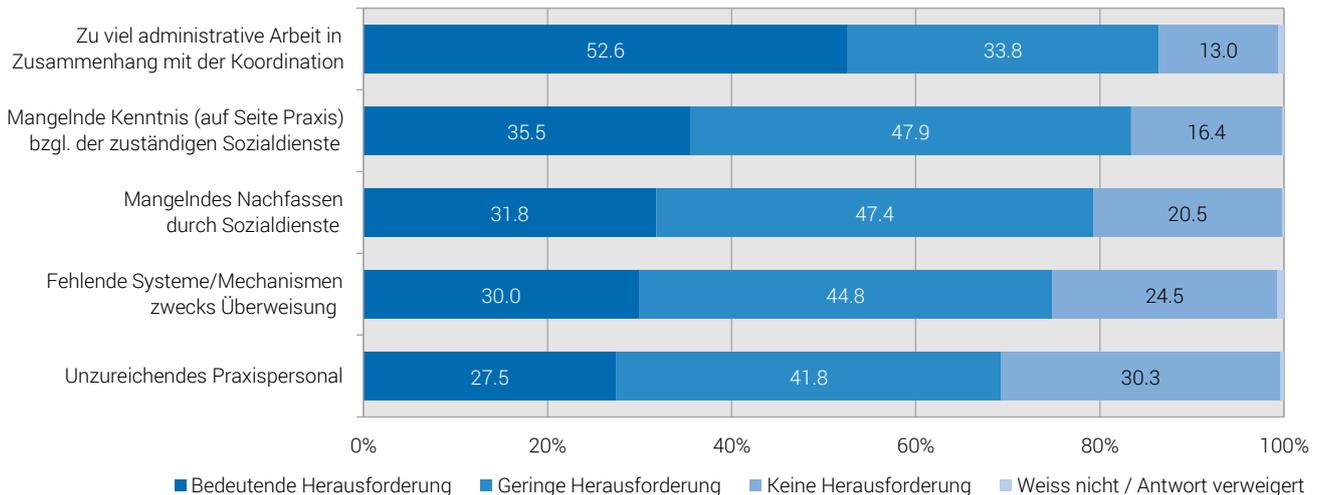
Sozialdienste (35,5%; G 3.5). Ungefähr 30% sehen jeweils das mangelnde Nachfassen durch die Sozialdienste oder das fehlende System zwecks Überweisungen als bedeutende Herausforderung, während unzureichendes Praxispersonal in 27,5% der Fälle als grosse Herausforderung gesehen wird.

G 3.4 Ärztinnen und Ärzte, welche bei chronisch kranken Personen mit Pflegefachpersonal oder Case Managern zusammenarbeiten, internationaler Vergleich, 2012, 2015, 2019 und 2022



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2012, 2015, 2019 und 2022 © Obsan 2023

G 3.5 Herausforderungen in der Koordination mit den Sozialdiensten, Schweiz, 2022



Anmerkung: Aufgrund unterschiedlicher deutschsprachiger Übersetzung von 2019 und 2022 ist kein zeitlicher und internationaler Vergleich möglich. Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2022 © Obsan 2023

¹² Diese Zunahme könnte damit zusammenhängen, dass in den Erhebungen 2012 bis 2019 jeweils nach dem Beruf der Krankenschwester gefragt wurde, welches ein nicht (mehr) existierende Berufsbezeichnung ist. Folglich dürften in den letzten Jahren immer mehr Ärztinnen und Ärzte auf die Frage mit «Nein» geantwortet haben.

¹³ Die Frage ist nicht mit 2019 vergleichbar, da damals nach Schwierigkeiten gefragt wurde sowie nach Behandlungen anstelle der Versorgung.

Was ist der Unterschied zwischen der elektronischen Krankengeschichte und dem EPD?

Die **elektronische Krankengeschichte** ist die praxisinterne, arztmoderierte Sammlung aller verfügbaren medizinischen, administrativen, pflegerischen und präventiven Daten einer Patientin und eines Patienten. Diese innerbetriebliche Sammlung von Daten und Dokumenten stellt ein sogenanntes Primärsystem dar, auf welchem Sekundärsysteme wie das EPD aufbauen.

Das **EPD** ist ein virtuelles, dezentral abgelegtes Dossier, über welches behandlungsrelevante Daten einer Patientin oder eines Patienten abgerufen werden können. Die darin enthaltenen Daten stehen entlang der Behandlungskette orts- und zeitunabhängig zur Verfügung. Auf Einwilligung der Patientin oder des Patienten können den Akteuren entlang der Behandlungskette die im EPD enthaltenen Daten zugänglich gemacht werden, damit der Behandlungsverlauf effizienter gestaltet werden kann (z.B. keine erneuten oder unnötigen Abklärungen sowie kürzere Termine).

Mögliche Verwechslung zwischen elektronischer Krankengeschichte und EPD in den Erhebungen 2012 und 2015?

Die Übersetzung von «electronic patient medical record» in «elektronisches Patientendossier» könnte 2012 und 2015 in seltenen Fällen bei einigen Deutschschweizer Ärztinnen und Ärzten zu Verwechslungen mit dem EPD geführt haben. Folglich gilt es, dies in der Interpretation von den Ergebnissen aus den Jahren 2012 und 2015 zu beachten. Ab der Erhebung 2019 wurden auch Fragen zum EPD berücksichtigt, was die Differenzierung in der Deutschschweiz erleichtert haben dürfte.

3.2 eHealth

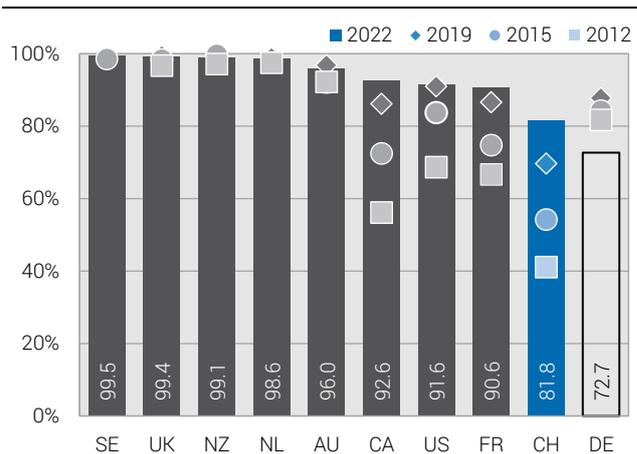
Unter eHealth versteht man den integrierten Einsatz von verschiedenen Informations- und Kommunikationstechnologien zur Gestaltung, Unterstützung und Vernetzung aller Akteure (Spitäler, Medizinerinnen und Mediziner, Versicherungen, Patientinnen und Patienten etc.) und Prozesse im Gesundheitswesen (eHealth Suisse, 2022). Ziel ist es, die verschiedenen Akteure in ihren Aufgaben zu unterstützen, die Koordination zwischen ihnen effizienter zu gestalten und die für eine Behandlung relevanten, patientenbezogenen Gesundheitsdaten ortsunabhängig und zeitnahe zur Verfügung zu stellen. Seit der letzten IHP-Erhebung von 2019 sind die (Stamm-)Gemeinschaften flächendeckend eingeführt worden, Neuzulassungen sind laut KVG-Revision an eine Anschlusspflicht gebunden, und die Strategie eHealth Schweiz 2.0 (eHealth Suisse, 2018) wird voraussichtlich bis 2024 verlängert.

¹⁴ Vermutlich hat in Deutschland die mediale Präsenz der noch äusserst in begrenztem Umfang nutzbaren elektronische Patientenakte (ePA als Pendant zum EPD) zu Verwechslungen geführt mit dem, was unter elektronischem Patientendossier erfragt wurde. Folglich könnten die

Immer mehr Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz dokumentieren die Krankengeschichte elektronisch, allerdings gibt es deutliche soziodemografische Unterschiede

In Schweden (99,5%), Grossbritannien (99,4%), Neuseeland (99,1%), den Niederlanden (98,6%) und Australien (96,0%) ist der Anteil Ärztinnen und Ärzte, welche die Krankengeschichte ihrer Patientinnen und Patienten elektronisch dokumentieren, seit 2012 unverändert hoch (G 3.6). Die Schweiz belegt 2022 zwar den zweitletzten Rang (81,8%), allerdings präsentiert sich ein starker Zuwachs von Erhebung zu Erhebung (2012 waren es 41,4% der Ärztinnen und Ärzte). Neben der Schweiz zeigen sich ähnliche Entwicklungsmuster in Kanada (von 56,2% auf 92,6%), den USA (von 68,7% auf 91,6%) und Frankreich (von 66,7% auf 90,6%). Eine Entwicklung entgegen des internationalen Trends ist in Deutschland zu beobachten, wo der Anteil von 87,7% im Jahr 2019 auf 72,7% im Jahr 2022 gesunken ist.¹⁴

G 3.6 Ärztinnen und Ärzte, welche die Krankengeschichte elektronisch dokumentieren, internationaler Vergleich, 2012, 2015, 2019 und 2022



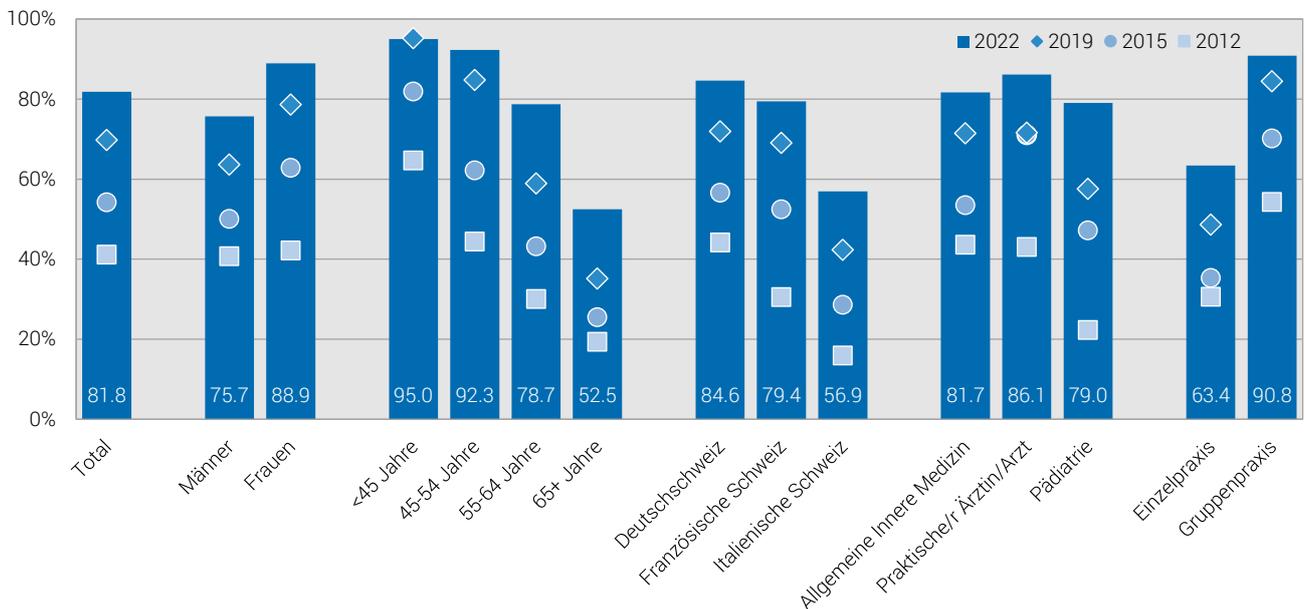
Anmerkung: In Deutschland dürfte der Rückgang entgegen dem Trend auf eine Verwechslung zwischen der elektronischen Patientenakte (ePA als Pendant zum EPD) und dem elektronischen, praxisinternen Patientendossier zurückzuführen sein.

Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2012, 2015, 2019 und 2022 © Obsan 2023

In der Schweiz zeigen sich bedeutsame soziodemografische Unterschiede in der Verwendung der elektronischen Krankengeschichte. Es sind deutlich häufiger die Ärztinnen (88,9%) als die Ärzte (75,7%), welche die Krankengeschichte elektronisch dokumentieren. Des Weiteren zeigt sich ein Alterseffekt: Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil elektronisch Dokumentierender deutlich ab, allerdings zeigen die beiden tieferen Anteile der 55- bis 64-Jährigen (78,7%) und der 65-Jährigen und Älteren (52,5%) seit der Erhebung von 2019 den stärksten Zuwachs. In der

Ärztinnen und Ärzte in Deutschland aus Verwechslungsgründen vermehrt mit «Nein» geantwortet haben.

G 3.7 Ärztinnen und Ärzte, welche die Krankengeschichte der Patientinnen und Patienten elektronisch dokumentieren, soziodemografisches Profil Schweiz, 2012, 2015, 2019 und 2022



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2012, 2015, 2019 und 2022

© Obsan 2023

Deutschschweiz (84,6%) und der französischen Schweiz (79,4%) ist der Anteil wie bereits 2019 deutlich höher als in der italienischen Schweiz (56,9%). Dasselbe Muster zeigt sich bei der Praxisform: Gruppenpraxen (90,8%) versus Einzelpraxen (63,4%). Verglichen mit 2019 gibt es keinen signifikanten Unterschied mehr bei den Facharzttiteln, da die Pädiaterinnen und Pädiater seit 2019 aufgeholt haben (von 57,5% auf 79,0%) und in der aktuellen Erhebung nahe am Anteil der beiden anderen Facharzttitel liegen (81,7% für Allgemeine Innere Medizin und 86,1% für praktische Ärztinnen und Ärzte).

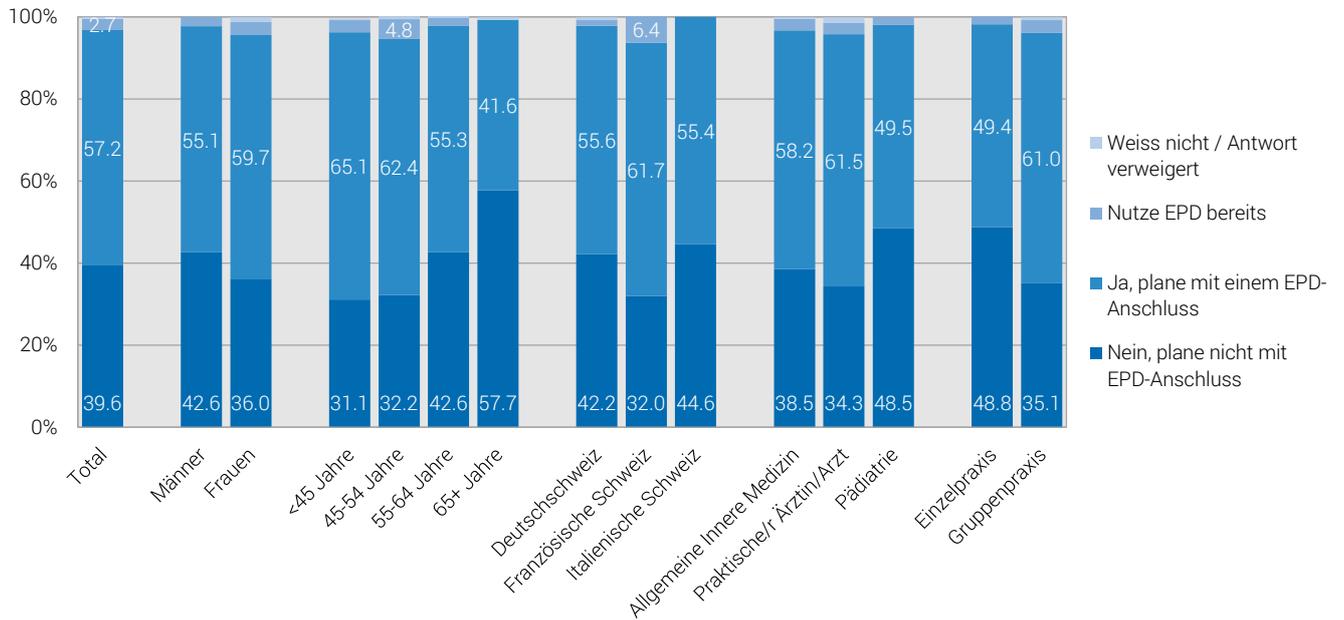
Ein grosser Anteil (57,2%) der Ärztinnen und Ärzte plant mit einem EPD-Anschluss¹⁵, 2,7% sind bereits an eine (Stamm)Gemeinschaft angeschlossen und 39,6% geben an, nicht mit einem Anschluss zu planen (G 3.8). In erster Linie sind es die Ärztinnen und Ärzte, welche sich bereits im Pensionsalter befinden (57,7%) oder die Ärzteschaft, welche in Einzelpraxen arbeitet (48,8%), die keinen Anschluss planen. Den höchsten Anteil bereits ans EPD angeschlossene Ärztinnen und Ärzte findet man in der französischsprachigen Schweiz (6,4%).

Knapp 3% der Ärztinnen und Ärzte in der Schweizer Grundversorgung sind Mitte 2022 an eine Stammgemeinschaft angeschlossen

Ob man mit einem EPD-Anschluss plant oder nicht, wurde 2022 erneut gefragt, allerdings ist die Frage aufgrund modifizierter Antwortkategorien sowie der zusätzlichen Antwortoption «Ich nutze bereits das schweizweite EPD und bin einer Stammgemeinschaft angeschlossen» nicht mehr mit der Frage von 2019 vergleichbar.

¹⁵ Der Anteil «Ja, plane mit einem EPD-Anschluss» setzt sich aus den Antwortoptionen 1 (Ja, während diesem Jahr) bis 4 (Ja, das braucht aber drei Jahre oder länger) zusammen.

G 3.8 Ärztinnen und Ärzte und ihr Anschluss an das schweizweite elektronische Patientendossier (EPD), soziodemografisches Profil Schweiz, 2022



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2022

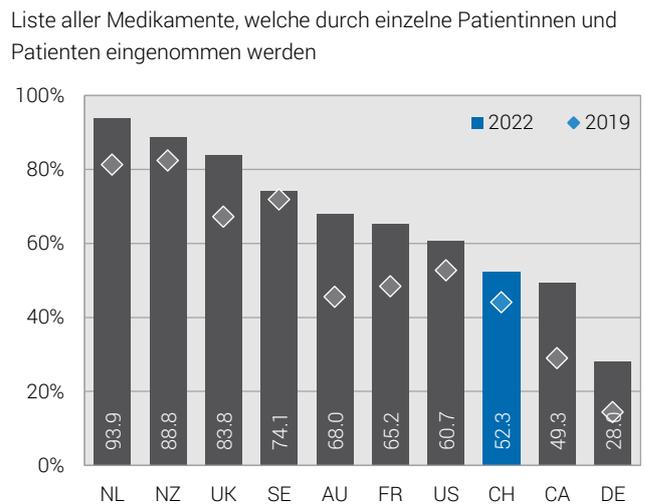
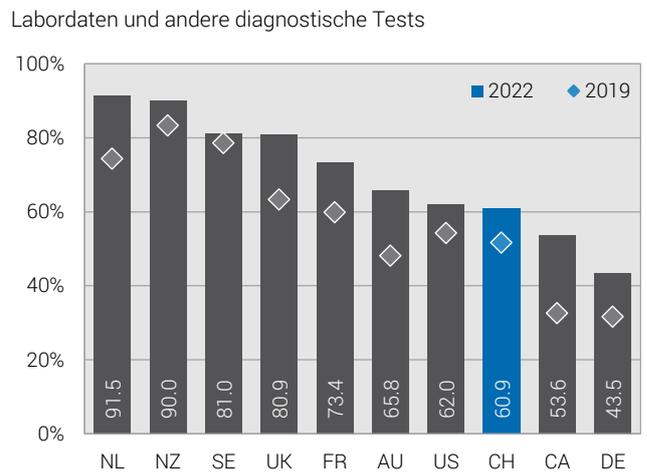
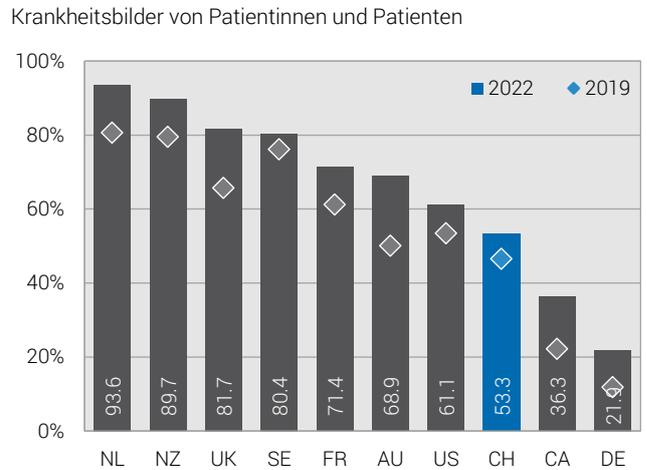
© Obsan 2023

Die Hausarztpraxen der anderen Länder sind der Schweiz im digitalen Austausch mit praxisexternen Gesundheitsdienstleistern voraus

Der elektronische Austausch¹⁶ von behandlungsrelevanten Informationen kann die Koordination zwischen den Leistungserbringern entlang der Behandlungskette effizienter gestalten. Im Unterschied zu 2019 wurden die nachfolgenden Fragen leicht anders gestellt, in dem neu nach dem elektronischen Austausch mit praxisexternen Gesundheitsdienstleistern gefragt wurde und nicht mehr explizit nach praxisexternen Ärztinnen und Ärzten. Folglich könnte es sein, dass gerade Anteilzunahmen auf diese Erweiterung zurückzuführen sind.

In der Schweiz können 53,3% der Ärztinnen und Ärzte Krankheitsbilder ihrer Patientinnen und Patienten mit praxisexternen Gesundheitsdienstleistern elektronisch austauschen (G 3.9). Bei Labordaten oder anderen diagnostischen Tests sind es 60,9%, während es bei patientenspezifischen Medikamentenlisten 52,3% sind. Im internationalen Vergleich zeigt die Schweiz mit dreimal einem drittletzten Rang – wie bereits 2019 – Verbesserungspotenzial. Besonders hohe Anteile und der jeweils erste respektive zweite Rang sind in den Niederlanden und Neuseeland vorzufinden.

G 3.9 Ärztinnen und Ärzte, welche in der Koordination mit praxisexternen Gesundheitsdienstleistern durch eHealth-Instrumente (ohne E-Mail und Fax) unterstützt werden, internationaler Vergleich, 2019 und 2022



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2019 und 2022 © Obsan 2023

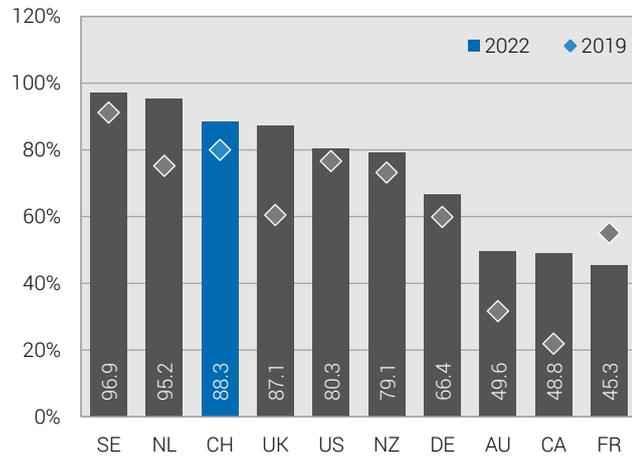
¹⁶ Ohne E-Mail oder Fax mitzuzählen

Abgesehen von der E-Mail-Kommunikation fällt das eHealth-Angebot für die Patientinnen und Patienten in der Schweiz vergleichsweise begrenzt aus

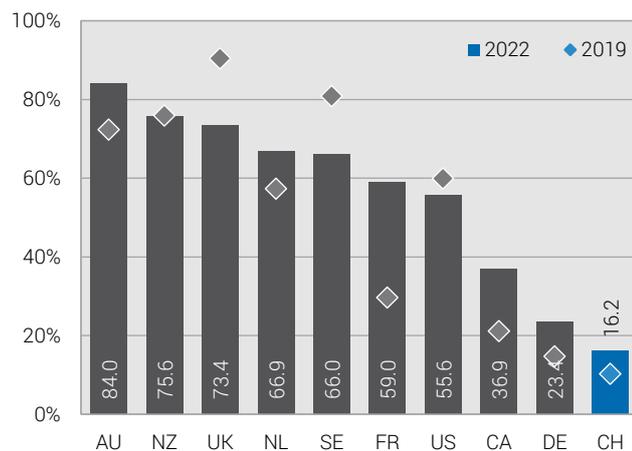
Mit vielen Ärztinnen und Ärzten (88,3%) in der Schweiz können Patientinnen und Patienten per E-Mail oder sicherer Webseite bezüglich einer medizinischen Frage kommunizieren (G 3.10). Im internationalen Vergleich entspricht dies einem dritten Rang hinter Schweden (96,9%) und den Niederlanden (95,2%). In einigen Ländern (NL, UK, AU und CA) fand seit 2019 eine deutliche Zunahme statt, während in Frankreich eine deutliche Reduktion von 55,0% auf 45,3% festzustellen ist.

G 3.10 Ärztinnen und Ärzte, welche den Patientinnen und Patienten spezifische eHealth-Angebote zur Verfügung stellen, internationaler Vergleich, 2019 und 2022

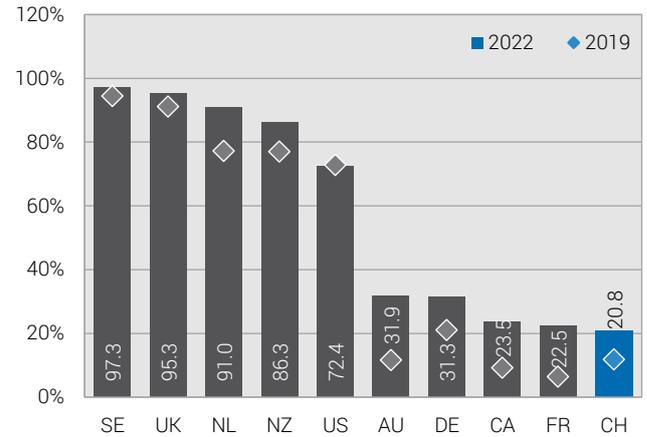
Per E-Mail oder sichere Webseite mit der Praxis bezüglich einer medizinischen Frage oder einem Anliegen kommunizieren



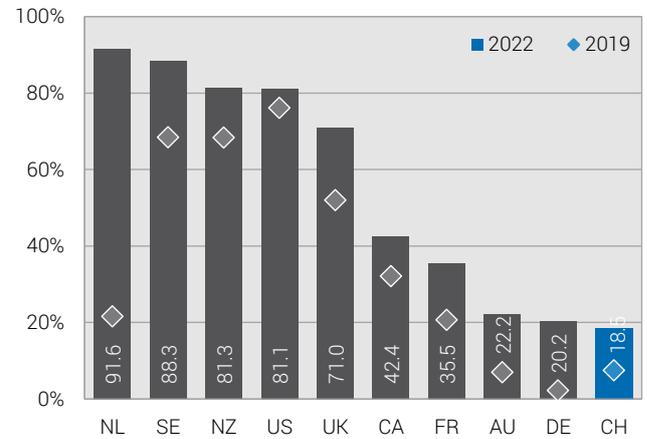
Online Arzttermine anfordern (ohne E-Mail)



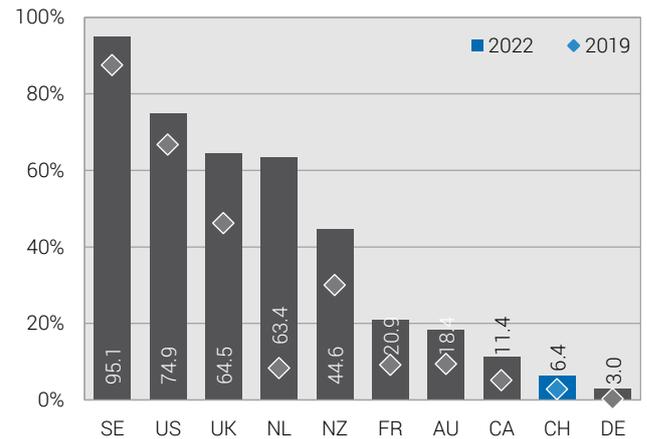
Online Rezeptverlängerungen anfordern (ohne E-Mail)



Testresultate online einsehen



Zusammenfassungen der Arztbesuche online einsehen



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2019 und 2022 © Obsan 2023

Obwohl die restlichen eHealth-Angebote in der Schweiz seit der Erhebung von 2019 allesamt leicht zugenommen haben, belegt die Schweiz im internationalen Vergleich jeweils einen letzten oder zweitletzten Rang. 16,2% der Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz bieten die Möglichkeit an, online einen Termin anzufordern, was deutlich hinter dem neuntplatzierten Deutschland (23,4%) liegt. In fast allen befragten Ländern liegt dieser Anteil bei über 50%. Bei 20,8% der Schweizer Ärztinnen und Ärzte können die Patientinnen und Patienten online eine Rezeptverlängerung anfordern, während bei 18,5% der Arztpraxen die Testresultate online einsehbar sind. In der Einsicht von Testresultaten gab es seit 2019 deutliche Zunahmen, wobei vor allem die Niederlande mit einer Zunahme von +70,0 Prozentpunkten deutliche raussticht. Eine ähnlich starke Zunahme zeigt sich in den Niederlanden bezüglich der Möglichkeit, online eine Zusammenfassung der Arztbesuche einzusehen (von 8,3% im Jahr 2019 auf 63,4% im Jahr 2022). In der Schweiz gibt es dieses Angebot nach wie vor eher selten (6,4%).

In der Schweiz findet die Konsultation mit Patientinnen und Patienten primär persönlich statt, während telefonische und vor allem video-technische Konsultationen eine Seltenheit sind

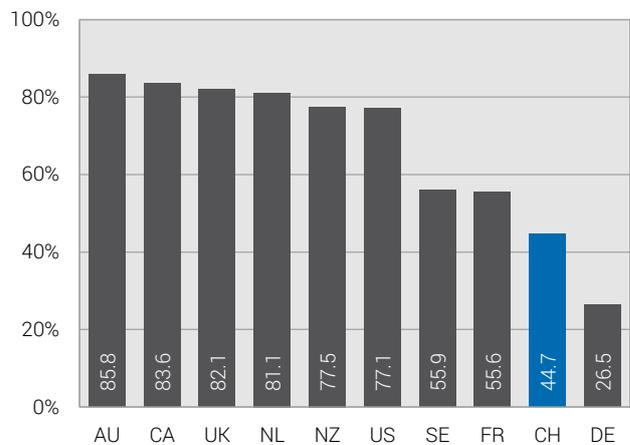
Ein Teilbereich von eHealth stellt die Telemedizin dar, welche ihren Fokus auf die Vernetzung von Ärztinnen und Ärzten mit Patientinnen und Patienten (d.h. Konsultation) oder mit anderen ärztlichen Leistungserbringern (d.h. Telekonsilium) legt (eHealth Suisse, 2022). Im Kern des telemedizinischen Austausches steht die medizinische Diagnostik oder Behandlung, wobei sich die Gesprächspartner räumlich getrennt telefonisch oder per Videotelefonie austauschen. Obwohl in der Schweiz grundlegende Aspekte der Telemedizin bis heute nicht geregelt sind oder eine Herausforderung darstellen¹⁷, soll aufgrund der intensivierten Verwendung von ortsungebundener Konsultation während der Covid-19-Pandemie auf die telemedizinischen Fragen der IHP-Befragung eingegangen werden.

In der Schweiz geben 90,8% der Ärztinnen und Ärzte an, ihre Patientinnen und Patienten in den meisten Fällen (75% bis 100%) in gegenseitiger Anwesenheit zu betreuen (siehe Tabelle L.3.6 bis L.3.8). Deutlich seltener finden Konsultation per Video statt, wobei der Modalwert¹⁸ «0%» beträgt (d.h. 91% der Ärztinnen und Ärzte haben mit «0%» geantwortet). Ebenfalls sehr selten finden Konsultationen telefonisch statt: 92,0% der Ärztinnen und Ärzte geben an, in 0% bis <25% der Fälle mit ihren Patientinnen und Patienten in telefonischem Kontakt zu stehen.

Im internationalen Vergleich fällt die Zufriedenheit mit Telemedizin gering aus

In der Schweiz (44,7%) und in Deutschland (26,5%) entspricht der Anteil der bezüglich Telemedizin sehr zufriedenen oder eher zufriedenen Ärztinnen und Ärzte den letzten beiden Rängen, wobei der Anteil in Deutschland deutlich tiefer ausfällt als in der Schweiz (G 3.11). In den erst- bis viertplatzierten Ländern Australien, Kanada, Grossbritannien und den Niederlanden beläuft sich dieser Anteil auf jeweils über 80%.

G 3.11 Ärztinnen und Ärzte, welche mit dem Einsatz von Telemedizin sehr zufrieden oder zufrieden sind, internationaler Vergleich, 2022



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2022 © Obsan 2023

In der Schweiz (56,2%) und in Deutschland (54,6%) wird die Einführung einer telemedizinischen Plattform in der eigenen Praxis als eher schwierig oder sehr schwierig betrachtet (G 3.12). In den restlichen sieben Ländern ist vor allem der Anteil sehr schwierig deutlich geringer (im Mittel 4,4%) als in der Schweiz (24,6%) und Deutschland (24,1%). Viele der befragten Länder betrachten die Einführung einer telemedizinischen Plattform als eher einfach oder sehr einfach: Streuung von 72,0% in den USA bis zu 81,8% in Grossbritannien.

Eine Herausforderung bezüglich Telemedizin dürfte für die Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz die geringe oder fehlende Kostenerstattung sein sowie die erhöhten Kosten im Zusammenhang mit der Einführung und Instandhaltung einer telemedizinischen Plattform. 82,8% sehen ersteres und drei Viertel (73,4%) sehen letzteres als Herausforderung (siehe Tabelle L.3.9 und L.3.10).

¹⁷ Als Beispiele: fehlende telemedizinische TARMED-Positionen, offene Fragen zu Datenschutz, föderalistische Rechtsgrundlage oder eingeschränkte Interoperabilität.

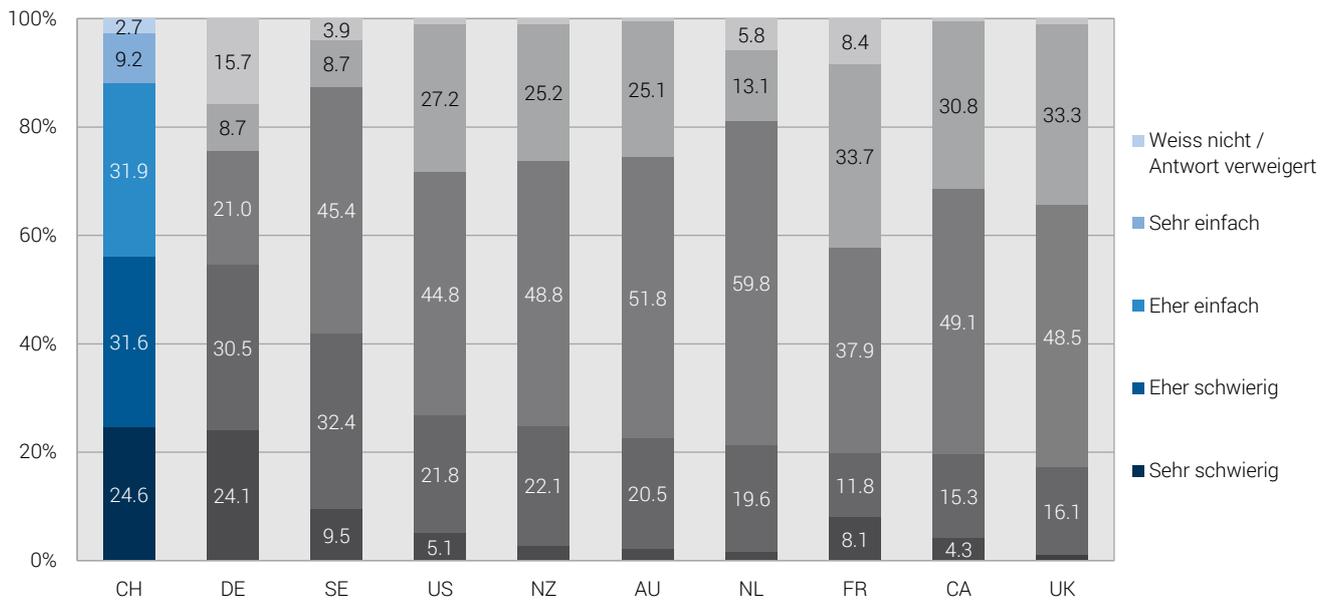
¹⁸ Die meist genannte Antwort auf eine Frage.

Mehr als die Hälfte der Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz sehen durch den Einsatz von Telemedizin keine Verbesserung oder Vorteile für ihre Arbeit

Über die Hälfte (52,2%) der Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz gibt an, dass Telemedizin die zeitgerechte Versorgung der Patientinnen und Patienten nicht verbessert hat, etwas mehr als ein Drittel (39,8%) sieht eine gewisse Verbesserung und 6,1% sehen eine Verbesserung in hohem Masse (siehe Tabelle L.3.11). Ähnlich

zeigt sich die Verteilung der Antwortanteile zu den Fragen, ob pandemiebedingte finanzielle Einbussen durch Telemedizin kompensiert werden konnten oder ob gesundheitliche Bedürfnisse mittels Telemedizin effektiv eingeschätzt werden konnten (siehe Tabelle L.3.12 und L.3.13). Bei diesen Fragen gilt es zu beachten, dass nur Ärztinnen und Ärzte befragt wurden, welche auch per Telefon oder Video mit Patientinnen und Patienten eine Konsultation durchgeführt haben ($n = 1040$)

G 3.12 Einfachheit der Einführung einer telemedizinischen Plattform, internationaler Vergleich, 2022



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2022

© Obsan 2023

4 Bewertung des Gesundheitssystems und der eigenen Arbeit

Ihre zentrale Rolle im Gesundheitssystem bietet den Ärztinnen und Ärzten in der Grundversorgung die Möglichkeit, positive und negative Systemaspekte sowie deren Entwicklung einzuschätzen. Diese Einschätzungen, aber auch die Zufriedenheit mit verschiedenen Aspekten der ärztlichen Praxistätigkeit, können Anhaltspunkte zur Qualität des Gesundheitssystems liefern. Da der Beginn der Covid-19-Pandemie zwischen die Erhebungen von 2019 und 2022 fällt, ist gerade die Bewertung des Gesundheitssystems im Zeitvergleich interessant, da allfällige Auswirkungen der Pandemie auf die Qualität untersucht werden können. Schliesslich wird auch die psychische Gesundheit der Ärztinnen und Ärzte porträtiert, teilweise mit direktem Bezug zur Covid-19-Pandemie.

4.1 Bewertung des Gesundheitssystems

Die Bewertung des landeseigenen Gesundheitssystems wurde über die folgenden Items erfasst: Einschätzung der gesamtheitlichen Leistung des Gesundheitssystems, Meinung zur Entwicklung der Qualität der medizinischen Versorgung durch das Gesundheitssystem, Bewertung des Umfangs der erbrachten medizinischen Versorgung durch die Gesamtheit aller Ärztinnen und Ärzte sowie Einschätzung der Häufigkeit von systemischer Diskriminierung aufgrund der ethnischen Herkunft.

In der Schweiz wird die Gesamtleistung des Gesundheitssystems erneut am besten bewertet – trotz zwischenzeitlicher Covid-19-Pandemie

Die Bewertung der Gesamtleistung des Schweizer Gesundheitssystems fällt durch die im Land tätigen Ärztinnen und Ärzte – wie bereits in der Erhebung von 2019 – überaus positiv aus (G 4.1 und G 4.2). So bewerten 92,5% die Gesamtleistung als sehr gut oder gut, während nur ein geringer Anteil die Gesamtleistung als akzeptabel (6,5%) oder schlecht bewertet (1,0%). Auf dem zweiten bis fünften Rang liegen Deutschland (71,5%), Australien (67,1%), Schweden (66,7%) und die Niederlande (66,0%). Die tiefsten Anteile sehr gut oder gut findet sich in Neuseeland (38,5%) und den USA (35,6%). Im zeitlichen Vergleich fällt neben dem unveränderten Niveau der Schweiz (92,5% im Jahr 2022 versus 92,7% im Jahr 2019) vor allem der starke Rückgang im Anteil sehr gut oder

gut in Frankreich (-24,8 Prozentpunkte), Neuseeland (-23,6%) und Kanada (-20,5 Prozentpunkte) auf. Es könnte durchaus sein, dass diese starken Rückgänge mit den Auswirkungen der Covid-19-Pandemie in den jeweiligen Ländern zusammenhängen, während die zeitliche Stabilität in der Schweiz auf eine gewisse Krisenrobustheit hindeutet.

In der Schweiz bewerten die deutschsprachigen Ärztinnen und Ärzte (94,8%) die Gesamtleistung besser als die Ärztinnen und Ärzte der französischsprachigen (88,1%) sowie der italienischsprachigen Schweiz (84,8%; siehe Tabelle C.4.1). Ebenfalls besser bewertet wird die Gesamtleistung durch Ärztinnen und Ärzte in Gruppenpraxen gegenüber Einzelpraxen (95,0% versus 87,2%) sowie von Ärztinnen und Ärzten, welche mit dem EPD planen oder bereits an eine Stammgemeinschaft angeschlossen sind gegenüber jenen, die nicht mit einem Anschluss planen (94,4% versus 89,5%).

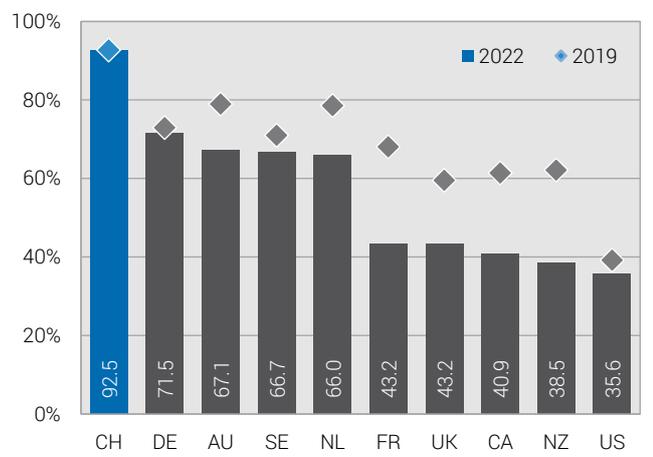
G 4.1 Einschätzung der Gesamtleistung des Gesundheitssystems, internationaler Vergleich, 2022



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2022

© Obsan 2023

G 4.2 Ärztinnen und Ärzte, welche die Gesamtleistung des Gesundheitssystem als sehr gut oder gut einschätzen, internationaler Vergleich, 2019 und 2022



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2019 und 2022

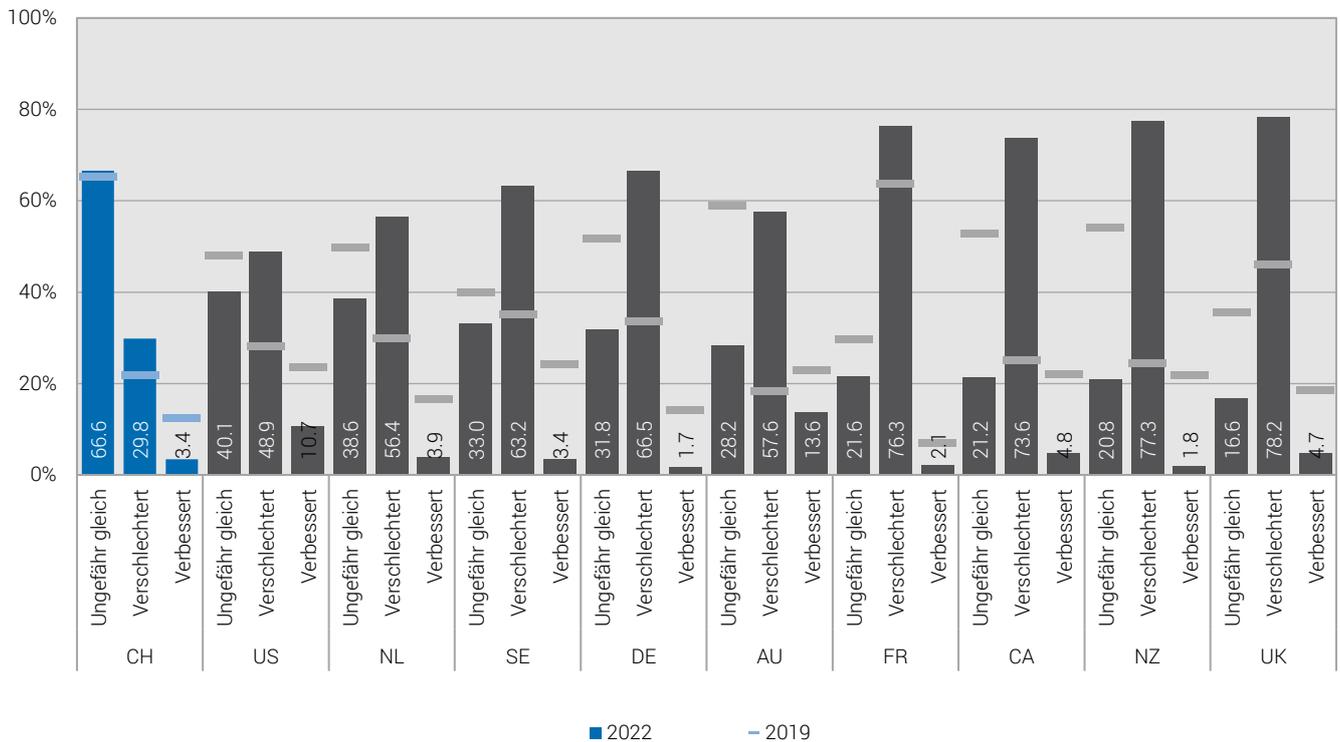
© Obsan 2023

In der Schweiz wird das kleinste Ausmass einer Verschlechterung der Versorgungsqualität festgestellt

In den vergangenen Erhebungen wurde jeweils gefragt, inwiefern sich innerhalb der letzten drei Jahre die Qualität der medizinischen Versorgung der Patientinnen und Patienten durch das Gesundheitssystem entwickelt hat. Aufgrund der Covid-19-Pandemie wurde die Frage wie folgt angepasst: Denken Sie, dass sich seit dem Beginn der Covid-19-Pandemie im März 2020 die Qualität der medizinischen Versorgung Ihrer Patienten durch das Gesundheitssystem insgesamt verbessert hat, verschlechtert hat oder ungefähr gleichgeblieben ist? Aufgrund dieser Modifizierung können die Verschiebungen in den Anteilen von 2022 gegenüber der letzten Erhebung von 2019 mit hoher Wahrscheinlichkeit auf die Auswirkungen der Covid-19-Pandemie zurückgeführt werden.

In der Schweiz sehen zwei Drittel (66,6%) der Ärztinnen und Ärzte die Qualität der medizinischen Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten durch das Gesundheitssystem seit dem Beginn der Covid-19-Pandemie als ungefähr gleich, was im internationalen Vergleich dem deutlich höchsten Anteil vor den USA (40,1%) und den Niederlanden (38,6%) entspricht (G 4.3). Allerdings gilt zu beachten, dass der Anteil Ärztinnen und Ärzten in der Schweiz, welcher im Jahr 2019 noch von einer Verbesserung der Qualität gesprochen hat, sich nun aufgrund der Pandemie von 12,5% auf 3,4% reduziert hat. Diese Reduktion geht auf Kosten des Anteils einer Qualitätsverschlechterung, welcher sich seit 2019 deutlich von 21,7% auf 29,8% erhöht hat. Im internationalen Vergleich ist jedoch in keinem anderen Land ein so niedriger Anteil der Verschlechterung festzustellen wie in der Schweiz (internationales Mittel 62,8%). Die international vergleichsweise niedrige zeitliche Schwankung in den Schweizer Anteilen kann erneut auf eine gewisse Robustheit der Qualität in Krisensituationen hindeuten.

G 4.3 Meinung zur Entwicklung der Qualität der medizinischen Versorgung in den letzten drei Jahren / seit Beginn der Covid-19-Pandemie im März 2020, internationaler Vergleich, 2019 und 2022



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2019 und 2022

© Obsan 2023

Nahezu zwei Drittel (61,1%) der Ärztinnen und Ärzte in der Schweizer Grundversorgung erachten den Umfang der erbrachten Leistungen durch alle im Gesundheitssystem tätigen Ärztinnen und Ärzte (inklusive Spezialistinnen und Spezialisten) als etwa richtig, während 31,8% das Ausmass der erbrachten Leistungen als zu viel oder viel zu viel einschätzen und 6,9% als zu wenig oder viel zu wenig (siehe Tabelle C.4.2). Letzterer Anteil ist seit 2019 leicht, aber signifikant, von 2,7% auf 6,9% angestiegen.

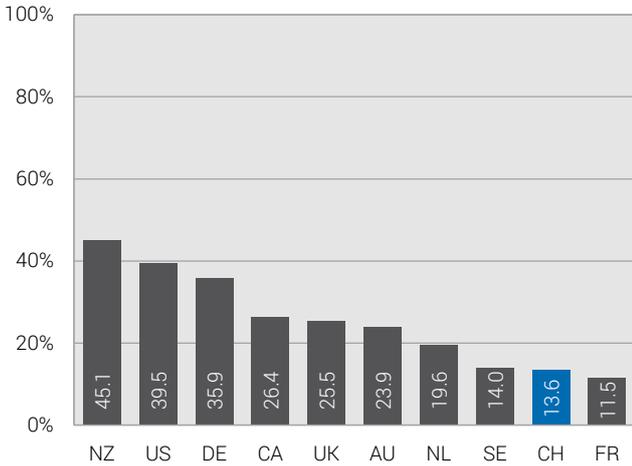
Ungefähr eine Ärztin respektive ein Arzt von zehn denkt, dass das Schweizer Gesundheitssystem Personen aufgrund ihrer ethnischen Herkunft häufig oder sehr häufig ungerecht behandelt

In der medizinischen Versorgung muss das Prinzip der Chancengleichheit gelten und alle Hilfesuchenden sollten unabhängig von deren Alter, Geschlecht oder ethnischen Herkunft durch das Gesundheitssystem gerecht behandelt werden. In der Schweiz geben 13,6% der Ärztinnen und Ärzte an, dass Personen aufgrund ihrer ethnischen Herkunft sehr häufig oder häufig durch das Schweizer Gesundheitssystem ungerecht behandelt werden (G 4.4). Im internationalen Vergleich entspricht dies dem zweitkleinsten Anteil vor Frankreich (11,5%) und knapp nach Schweden (14,0%), während vor allem in Deutschland (35,9%), den USA

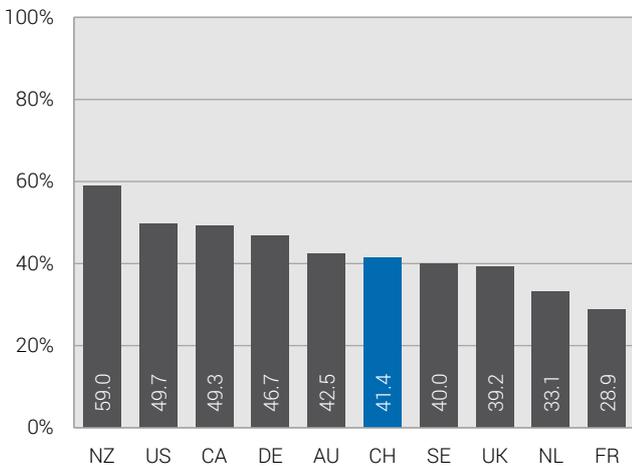
(39,5%) und Neuseeland (45,1%) deutlich höhere Anteile zu beobachten sind. Des Weiteren haben 41,4% der Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz von ihren Patientinnen und Patienten schon einmal gehört, dass sie aufgrund der Rasse oder ethnischen Herkunft ungerecht behandelt oder in gesundheitlichen Anliegen durch Gesundheitsdienstleister nicht ernst genommen wurden. Im internationalen Vergleich liegt die Schweiz im Mittelfeld, wobei die Anteile von 28,9% (in Frankreich) bis 59,0% in Neuseeland streuen. Leider lässt sich aufgrund der Fragestellung nicht eruieren, um welche Form und welches Ausmass der ungerechten Behandlung es sich gehandelt hat.

G 4.4 Ärztinnen und Ärzte, welche Diskriminierung durch das Gesundheitssystem aufgrund der ethnischen Herkunft einer Person wahrnehmen, internationaler Vergleich, 2022

Ärztinnen und Ärzte, welche denken, dass das Gesundheitssystem Personen wegen ihrer ethnischen Herkunft häufig oder sehr häufig ungerecht behandelt



Ja-Anteil von «Hat Ihnen ein Patient schon einmal gesagt, dass er aufgrund seiner Rasse oder ethnischen Herkunft ungerecht behandelt wurde oder das Gefühl hatte, dass seine gesundheitlichen Anliegen von einem Gesundheitsdienstleister nicht ernst genommen wurden?»



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2022 © Obsan 2023

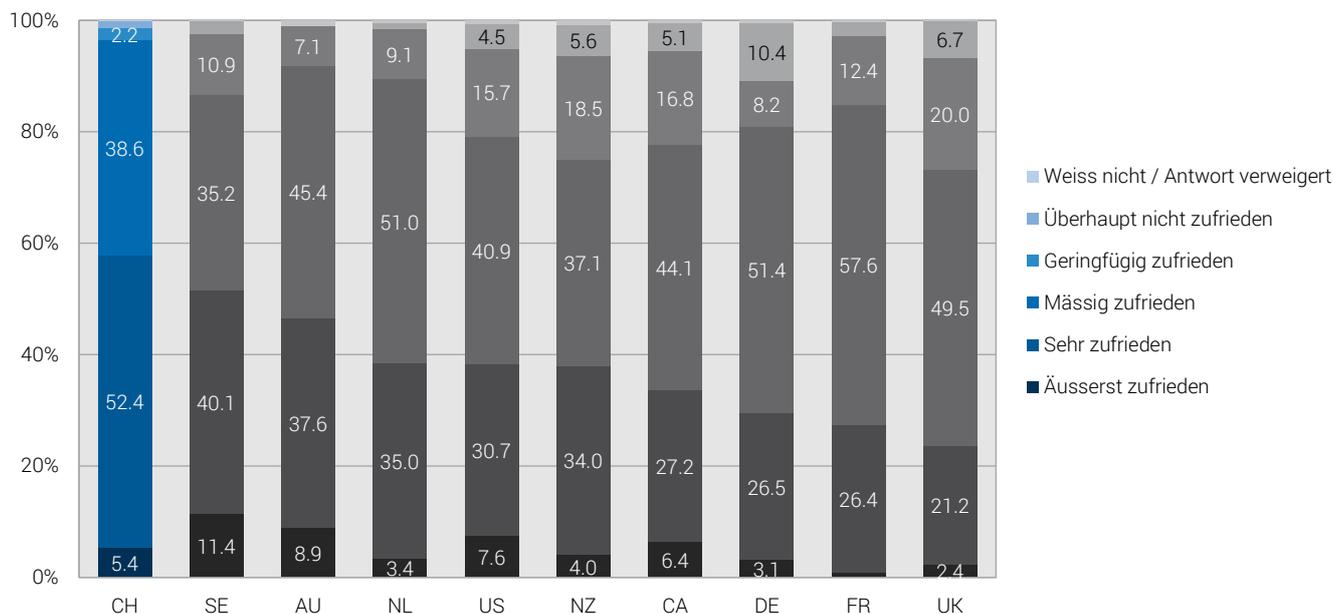
4.2 Zufriedenheit mit der Praxistätigkeit

Die Ärztinnen und Ärzte wurden zur Zufriedenheit mit verschiedenen Aspekten der eigenen Arbeit befragt. Die Zufriedenheit (respektive Unzufriedenheit) kann auf problematische oder verbesserungswürdige Aspekte der ärztlichen Tätigkeiten hindeuten und könnte nicht zuletzt auch eine Ursache oder ein Resilienzfaktor für psychische Probleme darstellen. Nachfolgend wird das Niveau hoher Zufriedenheit (Zusammenschluss der Antwortkategorien äusserst zufrieden und sehr zufrieden) für Aspekte wie Einkommen oder tägliches Arbeitspensum abgebildet.

In der Schweiz zeigt sich die höchste Zufriedenheit mit der eigenen Tätigkeit

Über die Hälfte (57,8%) der Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz weist ein hohes Niveau der Zufriedenheit mit der eigenen ärztlichen Tätigkeit aus, was dem ersten Rang vor Schweden (51,5%) und Australien (46,5%) entspricht (G 4.5). In Deutschland (29,6%), Frankreich (27,3%) und Grossbritannien (23,6%) ist dieser Anteil am niedrigsten, und in Deutschland zeigt sich der grösste Anteil (10,4%) überhaupt nicht zufriedener Ärztinnen und Ärzte, während in Frankreich der grösste Anteil (20,0%) nur geringfügig zufriedener Ärztinnen und Ärzte zu sehen ist.

G 4.5 Allgemeinen Zufriedenheit mit der ärztlichen Tätigkeit, internationaler Vergleich, 2022

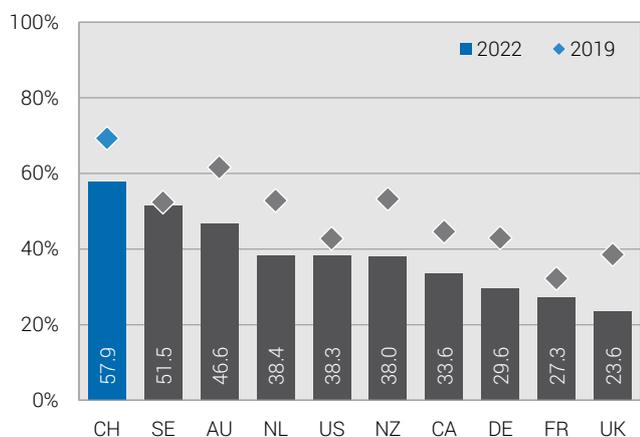


Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2022

© Obsan 2023

Seit 2019 gab es mehrere bedeutsame Abnahmen im Anteil hoher Zufriedenheit mit der eigenen ärztlichen Tätigkeit (G 4.6). In der Schweiz reduzierte sich der Anteil signifikant von 69,3% auf 57,9%, während weitere deutliche Reduktionen in Australien (-15,0 Prozentpunkte), den Niederlanden (-14,4 Prozentpunkte), Neuseeland (-15,2 Prozentpunkte), Kanada (-11,0 Prozentpunkte), Deutschland (-13,3 Prozentpunkte) und Grossbritannien (-14,9 Prozentpunkte) zu sehen sind. Die weiteren Abnahmen sind statistisch nicht signifikant und nur in Schweden zeigt sich der Anteil hoher Zufriedenheit praktisch unverändert (51,5% für 2022 versus 52,4% für 2019).

G 4.6 Ärztinnen und Ärzte, welche mit der ärztlichen Tätigkeit äusserst zufrieden oder sehr zufrieden sind, internationaler Vergleich, 2019 und 2022



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2019 und 2022

© Obsan 2023

In der Schweiz ist die Zufriedenheit mit dem Einkommen, der verfügbaren Zeit pro Patientenkonsultation und dem täglichen Arbeitspensum vergleichsweise hoch

Obwohl ein Drittel (33,6%) der Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz angibt, dass der Praxisumsatz im Vergleich zu vor der Covid-19-Pandemie etwas oder erheblich abgenommen hat (siehe Tabelle L.4.1), ist der Anteil Ärztinnen und Ärzte, welcher eine hohe Zufriedenheit mit dem Einkommen aus der Praxistätigkeit zeigt, seit der letzten Erhebung praktisch unverändert: 41,2% im Jahr 2019 und 40,7% im Jahr 2022 (G 4.7). Im Jahr 2022 entspricht dies im internationalen Vergleich einem zweiten Rang nach Schweden (43,6%), welches seit der Erhebung von 2019 (48,8%) einen signifikanten Rückgang verzeichnet. Auf dem letzten Rang liegt Australien (16,6%), welches den stärksten Rückgang (-12,5 Prozentpunkte) seit 2019 zu verzeichnen hat. Innerhalb der Schweiz zeigt sich tendenziell ein Alterseffekt in der Zufriedenheit mit dem Einkommen, indem jüngeren Ärztinnen und Ärzte eher eine hohe Zufriedenheit mit ihrem Einkommen angeben als die älteren Ärztinnen und Ärzte (siehe Tabelle C.4.3). Des Weiteren ist dieser Anteil in der Deutschschweiz (45,5%) deutlich höher als in der französisch- oder italienischen Schweiz (31,2% und 26,7%). Schliesslich besteht auch ein signifikanter Unterschied zwischen den Einzel- und Gruppenpraxen: 34,2% gegenüber 43,9%.

Mit einem Drittel (33,4%) äusserst zufriedener oder sehr zufriedener Ärztinnen und Ärzte bezüglich der Zeit, welche pro Patientin und Patient aufgebracht werden kann, liegt die Schweiz im internationalen Vergleich auf dem ersten Rang (G 4.7). Über die Hälfte der befragten Länder weisen einen Anteil unter 20% aus und in drei Ländern liegt der Anteil gar unter 10%. In Schweden,

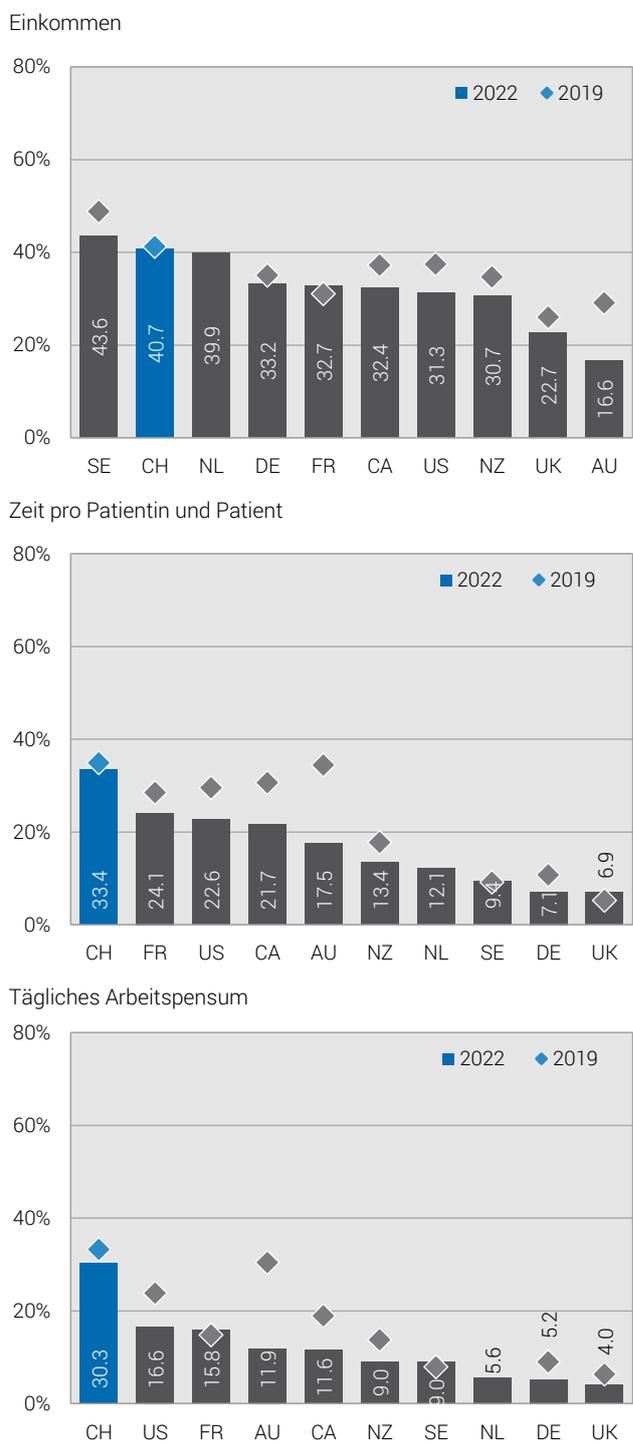
wobei die Ärztinnen und Ärzte durchschnittlich am meisten Zeit während einem Routinetermin aufbringen können, zeigen sich die Ärztinnen und Ärzte eher unzufrieden mit der verfügbaren Zeit während einer Konsultation (im Mittel 25 Minuten, vgl. G 2.9 in Kapitel 2.2). Dementgegen sind eigentlich jene Ärztinnen und Ärzte unzufrieden mit der verfügbaren Zeit während einer Konsultation, denen während einem Routinetermin wenig Zeit zur Verfügung steht (z.B. Deutschland und Grossbritannien mit 12 Minuten im Mittel). In der Schweiz ist der Anteil hoher Zufriedenheit seit 2019 auf unverändertem Niveau (33,4% versus 34,9%), während in mehreren befragten Ländern deutliche Rückgänge zu beobachten sind – am deutlichsten in Australien mit -16,9 Prozentpunkten.

Mit Abstand am höchsten ist die hohe Zufriedenheit bezüglich des täglichen Arbeitspensums in der Schweiz: 30,3% gegenüber 16,6% in den zweitplatzierten USA. In der Hälfte der Länder liegt dieser Anteil unter 10%, und es sind teilweise deutliche Rückgänge seit 2019 zu verzeichnen. In der Schweiz präsentiert sich der Anteil praktisch unverändert (33,2% in 2019).

Etwas mehr als eine Ärztin respektive ein Arzt von zehn zeigt sich in der Schweiz stark unzufrieden mit der eigenen Work-Life-Balance

Neu wurde auch die Frage nach der Zufriedenheit mit der Work-Life-Balance¹⁹ gestellt, welche bei einem Ungleichgewicht mit gesundheitlichen Problemen verbunden sein kann (Amstad et al., 2011). In der Schweiz zeigen sich 2,6% der Ärztinnen und Ärzte äusserst zufrieden, 30,3% sehr zufrieden und 38,6% mässig zufrieden, was in der Summe (71,5%) einem ersten Rang vor Frankreich (63,7%) entspricht (G 4.8). Allerdings zeigt sich in der Schweiz auch eine von zehn Ärztinnen respektive einer von zehn Ärzten (11,8%) überhaupt nicht zufrieden mit der eigenen Work-Life-Balance. Im internationalen Vergleich entspricht dies zwar dem niedrigsten Anteil, trotzdem muss berücksichtigt werden, dass gerade ein chronisches Ungleichgewicht zwischen Arbeitswelt und Privatleben weitreichende gesundheitliche Konsequenzen haben kann. Vor diesem Hintergrund sind die international teilweise hohen Anteile an überhaupt nicht zufriedenen Ärztinnen und Ärzten (z.B. Grossbritannien mit 30,5%) alarmierend.

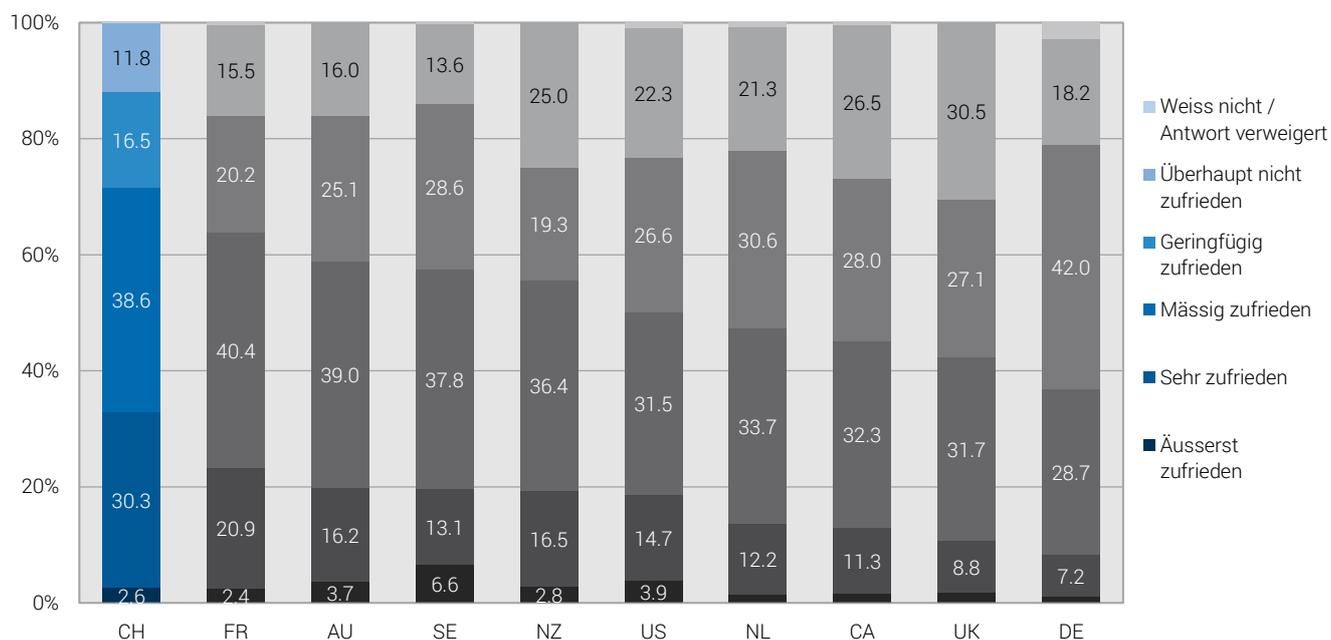
G 4.7 Zufriedenheit (d.h. äusserst zufrieden oder sehr zufrieden) mit verschiedenen Aspekten der ärztlichen Tätigkeit, internationaler Vergleich, 2019 und 2022



Anmerkung: In den Niederlanden wurde 2019 eine andere Antwortskala verwendet, weshalb ein zeitlicher Vergleich mit 2022 nicht möglich ist. Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2019 und 2022 © Obsas 2023

¹⁹ Steht für ein gesundes Gleichgewicht zwischen Arbeit und Privatleben (im Sinne von Vereinbarkeit).

G 4.8 Zufriedenheit mit der Work-Life-Balance, internationaler Vergleich, 2022



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2022

© Obsan 2023

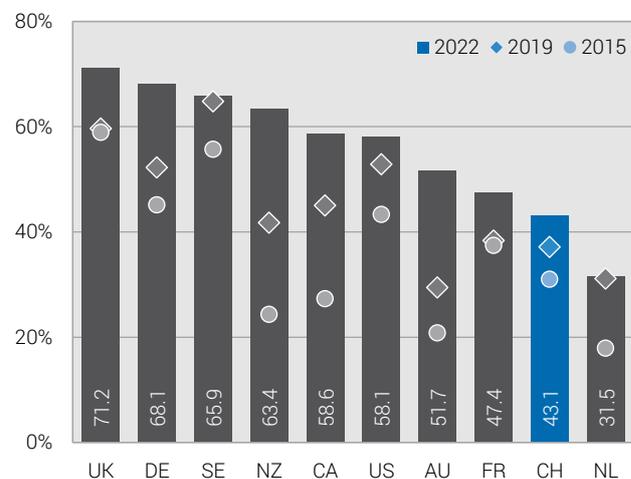
4.3 Belastung und psychische Gesundheit

Betrachtet man die Verantwortlichkeiten der Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung, so scheint ein gewisses Niveau an Stress unumgänglich und legitim zu sein. Langanhaltender, überhöhter Stress kann jedoch zu ernsthaften gesundheitlichen Konsequenzen führen und sollte zum Wohl der Ärztinnen und Ärzte sowie Patientinnen und Patienten möglichst vermieden werden.

Der Anteil äusserst gestresster oder sehr gestresster Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung der Schweiz hat zugenommen

In der Schweiz bewertet knapp die Hälfte (45,5%) der Ärztinnen und Ärzte ihre Arbeit als etwas stressig, allerdings fällt der Anteil äusserst gestresster oder sehr gestresster Ärztinnen und Ärzte (43,1%) ebenfalls hoch aus (G 4.9). Obwohl letzterer Anteil im internationalen Vergleich dem zweitniedrigsten Wert entspricht, ist dieser Anteil von 2019 auf 2022 deutlich von 37,1% auf 43,1% gestiegen. In vielen den befragten Ländern zeigt sich seit 2019 ein deutlicher Anstieg: am stärksten in Australien (+22,3 Prozentpunkte) und Neuseeland (+21,7 Prozentpunkte). Unverändert zeigt sich das Niveau an äusserst gestressten oder sehr gestressten Ärztinnen und Ärzten in Schweden (65,9% respektive 64,8%) und in den Niederlanden (31,5% respektive 31,1%).

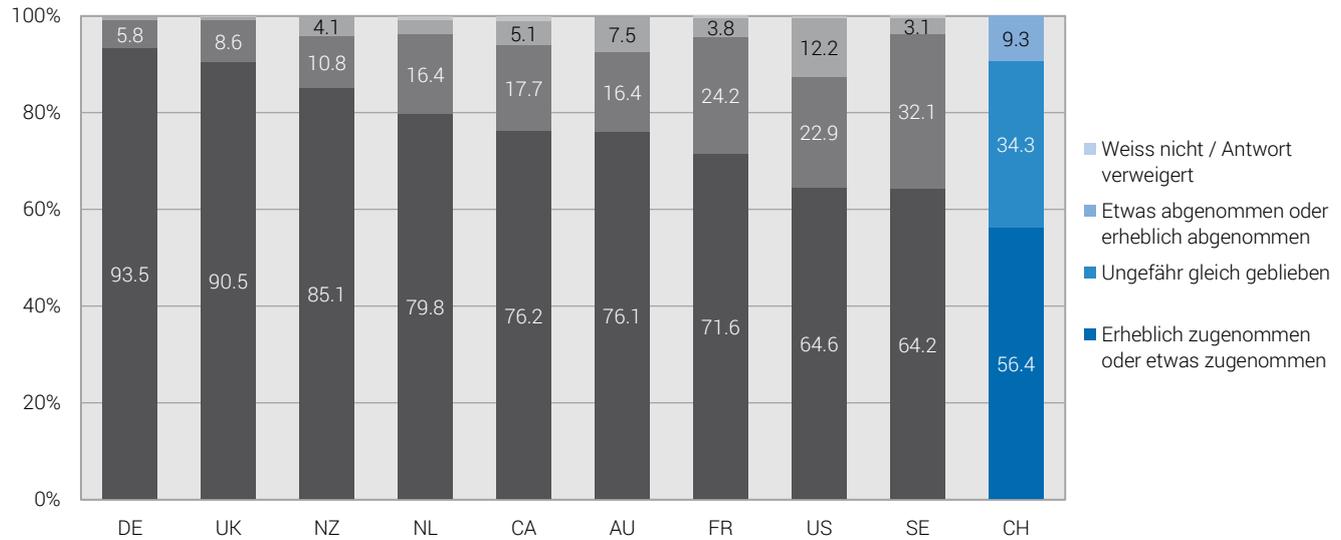
G 4.9 Ärztinnen und Ärzte, welche ihre Arbeit als äusserst stressig oder sehr stressig einschätzen, internationaler Vergleich, 2015, 2019 und 2022



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2015, 2019 und 2022

© Obsan 2023

G 4.10 Veränderung der Arbeitsbelastung im Vergleich zur Lage vor der Covid-19-Pandemie, internationaler Vergleich, 2022



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2022

© Obsan 2023

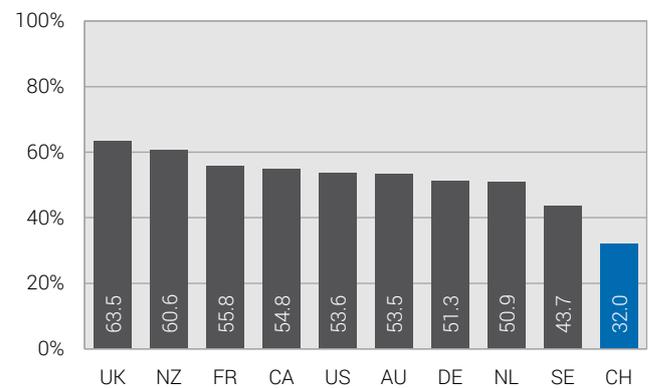
Die Arbeitsbelastung hat im Vergleich zur Lage vor der Covid-19-Pandemie in allen befragten Ländern zugenommen

Eine mögliche Erklärung für die Zunahme des Stressniveaus könnte die Covid-19-Pandemie sein, da die Arbeitsbelastung in allen befragten Ländern erheblich oder etwas zugenommen hat. In der Schweiz fällt dieser Anteil mit 56,4% am niedrigsten aus, während in Deutschland (93,5%) und Grossbritannien (90,5%) neun von zehn Ärztinnen und Ärzten eine Zunahme angeben (G 4.10). In der Schweiz (34,3%) und Schweden (32,1%) geben ungefähr ein Drittel an, dass die Arbeitsbelastung gleichgeblieben ist wie vor der Pandemie, während 9,3% der Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz eine Abnahme festgestellt haben. Inwiefern die erhöhte Arbeitsbelastung aufgrund der Covid-19-Pandemie tatsächlich für die Zunahme des Stressniveaus verantwortlich ist, muss aufgrund des gleichbleibenden Stressniveaus in Schweden und den Niederlanden (vgl. G 4.9) bei gleichzeitiger Erhöhung der pandemiebedingten Arbeitslast mit Vorsicht interpretiert werden.

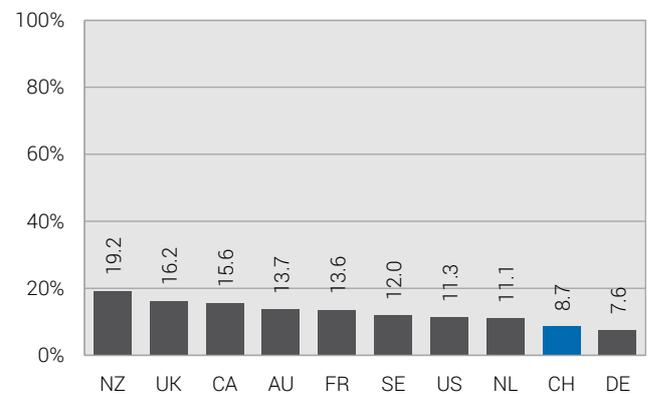
In der Schweiz gibt ungefähr ein Drittel (32,0%) an, seit Beginn der Covid-19-Pandemie im März 2020 emotionalen Stress wie Angst, grosse Traurigkeit, Wut oder ein Gefühl der Hoffnungslosigkeit erlebt zu haben (G 4.11). Im internationalen Vergleich ist dies der kleinste Anteil, mit Schweden (43,7%) auf dem zweitletzten Rang. In den acht weiteren Ländern liegen die Anteile über 50%, wobei sie in Neuseeland und Grossbritannien bei über 60% liegen. Dementsprechend sind es auch die Ärztinnen und Ärzte in Neuseeland (19,2%) und Grossbritannien (16,2%), welche am häufigsten angeben, seit März 2020 professionelle Hilfe wegen eines psychischen Problems in Anspruch genommen zu haben. In der Schweiz sind es 8,7%, was dem zweitkleinsten Anteil vor Deutschland (7,6%) entspricht.

G 4.11 Stress und Inanspruchnahme bei psychischen Problemen aufgrund der Covid-19-Pandemie, 2022

Emotionaler Stress wie Angst, grosse Traurigkeit oder Hoffnungslosigkeit



Inanspruchnahme von professioneller Hilfe aufgrund psychischer Probleme



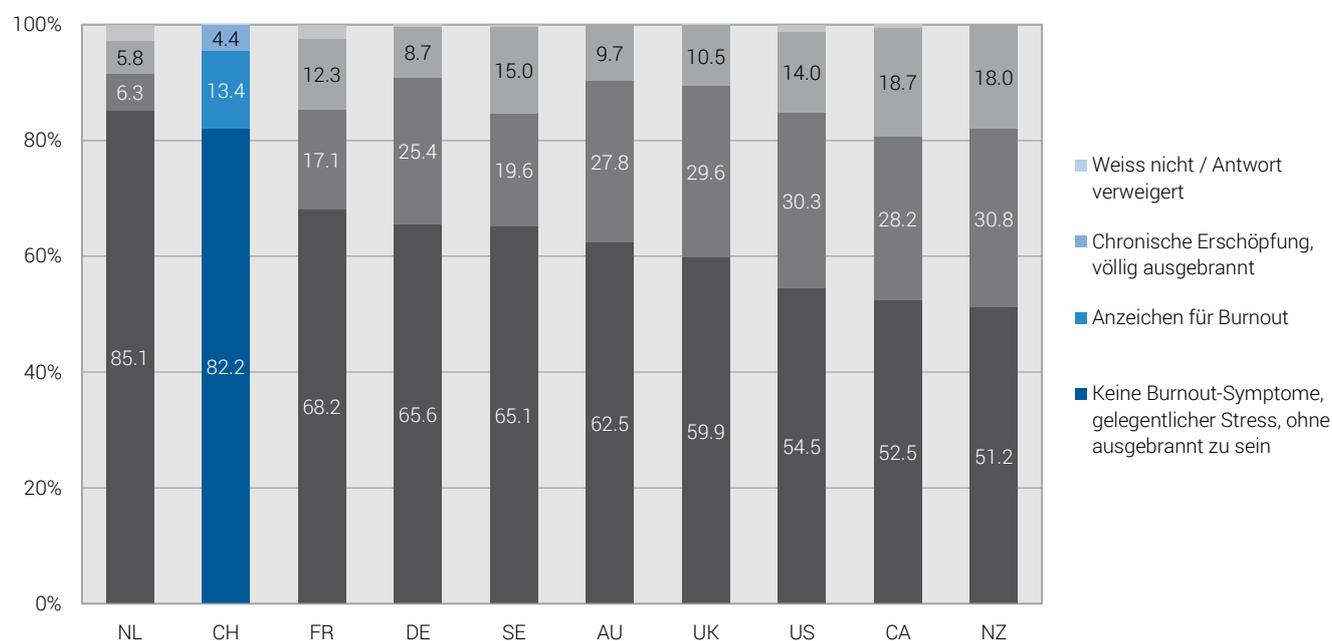
Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2022
© Obsan 2023

Die Ärztinnen und Ärzte wurden auch gefragt, wie sie ihr eigenes Burnout-Niveau einschätzen. Hierzu wurden die fünf präsentierten Antwortkategorien so zusammengefasst, dass die nachfolgenden Dreifachkategorisierung gebildet werden kann: keine Burnout-Symptome und gelegentlicher Stress, Anzeichen für Burnout, chronische Erschöpfung und völlig ausgebrannt.

In den erstplatzierten Niederlanden (85,1%) und der zweitplatzierten Schweiz (82,2%) geben die meisten Ärztinnen und Ärzten an, keine Burnout-Symptome zu haben, aber gelegentlichen Stress an der Arbeit zu erleben, ohne dabei in irgendeiner Form ausgebrannt zu sein (G 4.12). Bereits im drittplatzierten Frankreich ist dieser Anteil (68,2%) deutlich geringer und sinkt bis auf 51,2% im letztplatzierten Neuseeland. Im Sinne einer potenziellen

Gefährdung sind die Anzeichen für Burnout in der Schweiz bei 13,4% der Ärztinnen und Ärzte vorhanden, während 4,4% angeben, völlig erschöpft und ausgebrannt zu sein. Diese beiden Anteile sind im internationalen Vergleich relativ klein, allerdings heisst dies für die Schweiz auch, dass 17,8% der Ärztinnen und Ärzte gemäss eigener Einschätzung mit ernsthaften emotionalen Herausforderungen respektive psychischen Probleme konfrontiert sind. So verzeichnet beispielsweise das Unterstützungsnetzwerk ReMed der FMH im Jahr 2021 eine Zunahme der Kontaktaufnahmen (+11% auf 189 Kontakte), wobei Burnout, Depression und Belastung am Arbeitsplatz zu den häufigsten Gründen für eine Kontaktaufnahme genannt werden (FMH, 2022).

G 4.12 Subjektive Einschätzung des Burnout-Niveaus, internationaler Vergleich, 2022



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey 2022

© Obsan 2023

5 Tabellenverzeichnis

T 1.1	Stichprobe und Rücklaufquote, internationaler Vergleich, 2019 und 2022	9
T 1.2	Stichprobe, nach Geschlecht, Alter, Urbanisierungsgrad, Sprachregion, Spezialisierung und Praxistyp, nicht gewichtete und gewichtete Daten, Schweiz, 2022	10

6 Abbildungsverzeichnis

G 2.1	Alterspyramiden der Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung, internationaler Vergleich, 2022	13	G 3.1	Koordination mit Spezialistinnen und Spezialisten (Anteil häufig oder meistens), drei Indikatoren, internationaler Vergleich, 2019 und 2022	29
G 2.2	Detaillierte Alterspyramiden der Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung, Schweiz, 2015, 2019 und 2022	14	G 3.2	Koordination mit Notaufnahmen und Spitälern (Anteil häufig oder meistens), zwei Indikatoren, internationaler Vergleich, 2019 und 2022	29
G 2.3	Pensionierungsplan und Nachfolgeregelung der Ärztinnen und Ärzte, Schweiz, 2019 und 2022	15	G 3.3	Art des Informationsaustauschs mit den Spitälern, Schweiz, 2015, 2019 und 2022	30
G 2.4	Ärztinnen und Ärzte, welche in Einzel- oder Gruppenpraxen arbeiten, Schweiz, 2012, 2015, 2019 und 2022	16	G 3.4	Ärztinnen und Ärzte, welche bei chronisch kranken Personen mit Pflegefachpersonal oder Case Managern zusammenarbeiten, internationaler Vergleich, 2012, 2015, 2019 und 2022	31
G 2.5	Anzahl Ärztinnen und Ärzte innerhalb einer Praxis nach Vollzeitstellen (VZÄ), internationaler Vergleich, 2022	17	G 3.5	Herausforderungen in der Koordination mit den Sozialdiensten, Schweiz, 2022	31
G 2.6	Verfügbarkeit der Praxen ausserhalb der gängigen Öffnungszeiten, internationaler Vergleich, 2019 und 2022	18	G 3.6	Ärztinnen und Ärzte, welche die Krankengeschichte elektronisch dokumentieren, internationaler Vergleich, 2012, 2015, 2019 und 2022	32
G 2.7	Arbeitsstunden pro Woche, internationaler Vergleich, 2022	19	G 3.7	Ärztinnen und Ärzte, welche die Krankengeschichte der Patientinnen und Patienten elektronisch dokumentieren, soziodemografisches Profil Schweiz, 2012, 2015, 2019 und 2022	33
G 2.8	Ärztinnen und Ärzte mit 45+ Stunden in der Woche, soziodemografisches Profil Schweiz, 2012, 2015, 2019 und 2022	19	G 3.8	Ärztinnen und Ärzte und ihr Anschluss an das schweizweite elektronische Patientendossier (EPD), soziodemografisches Profil Schweiz, 2022	34
G 2.9	Durchschnittliche Anzahl Patientinnen und Patienten in einer Arbeitswoche und die durchschnittliche Zeit (in Minuten), die pro Routinetermin aufgebracht werden kann, internationaler Vergleich, 2022	20	G 3.9	Ärztinnen und Ärzte, welche in der Koordination mit praxisexternen Gesundheitsdienstleistern durch eHealth-Instrumente (ohne E-Mail und Fax) unterstützt werden, internationaler Vergleich, 2019 und 2022	35
G 2.10	Prozent der Arbeitszeit, welche für eine (von vier) Aufgaben verwendet wird, Schweiz, 2022	21	G 3.10	Ärztinnen und Ärzte, welche den Patientinnen und Patienten spezifische eHealth-Angebote zur Verfügung stellen, internationaler Vergleich, 2019 und 2022	36
G 2.11	Anteil der Ärztinnen und Ärzte, für welche der durch administrative Aufgaben verursachte Zeitaufwand ein grosses Problem darstellt, internationaler Vergleich, 2012, 2015, 2019 und 2022	22	G 3.11	Ärztinnen und Ärzte, welche mit dem Einsatz von Telemedizin sehr zufrieden oder zufrieden sind, internationaler Vergleich, 2022	37
G 2.12	Konsultation zu Hause oder per Video, internationaler Vergleich, 2015, 2019 und 2022	23	G 3.12	Einfachheit der Einführung einer telemedizinischen Plattform, internationaler Vergleich, 2022	38
G 2.13	Grad der Vorbereitung bezüglich chronischer Erkrankungen, psychischen Problemen, Bedarf nach palliativer Behandlung, Demenz und Problemen im Zusammenhang mit Substanzeinnahme (korrigierte Basisrate), Schweiz, 2019 und 2022	24	G 4.1	Einschätzung der Gesamtleistung des Gesundheitssystems, internationaler Vergleich, 2022	40
G 2.14	Untersuchung und Beurteilung von sozialen Bedürfnissen, Schweiz, 2022	25	G 4.2	Ärztinnen und Ärzte, welche die Gesamtleistung des Gesundheitssystem als sehr gut oder gut einschätzen, internationaler Vergleich, 2019 und 2022	40
G 2.15	Ärztinnen und Ärzte, welche vierteljährlich oder jährlich Daten bezüglich der Patientinnen und Patienten prüfen, internationaler Vergleich, 2019 und 2022	26	G 4.3	Meinung zur Entwicklung der Qualität der medizinischen Versorgung in den letzten drei Jahren /	
G 2.16	Veränderung der Behandlungsqualität aufgrund der Covid-19-Pandemie, internationaler Vergleich, 2022	27			

	seit Beginn der Covid-19-Pandemie im März 2020, internationaler Vergleich, 2019 und 2022	41
G 4.4	Ärztinnen und Ärzte, welche Diskriminierung durch das Gesundheitssystem aufgrund der ethnischen Herkunft einer Person wahrnehmen, internationaler Vergleich, 2022	42
G 4.5	Allgemeinen Zufriedenheit mit der ärztlichen Tätigkeit, internationaler Vergleich, 2022	43
G 4.6	Ärztinnen und Ärzte, welche mit der ärztlichen Tätigkeit äusserst zufrieden oder sehr zufrieden sind, internationaler Vergleich, 2019 und 2022	43
G 4.7	Zufriedenheit (d.h. äusserst zufrieden oder sehr zufrieden) mit verschiedenen Aspekten der ärztlichen Tätigkeit, internationaler Vergleich, 2019 und 2022	44
G 4.8	Zufriedenheit mit der Work-Life-Balance, internationaler Vergleich, 2022	45
G 4.9	Ärztinnen und Ärzte, welche ihre Arbeit als äusserst stressig oder sehr stressig einschätzen, internationaler Vergleich, 2015, 2019 und 2022	45
G 4.10	Veränderung der Arbeitsbelastung im Vergleich zur Lage vor der Covid-19-Pandemie, internationaler Vergleich, 2022	46
G 4.11	Stress und Inanspruchnahme bei psychischen Problemen aufgrund der Covid-19-Pandemie, 2022	46
G 4.12	Subjektive Einschätzung des Burnout-Niveaus, internationaler Vergleich, 2022	47

7 Literaturverzeichnis

- Amstad, F. T., Meier, L. L., Fasel, U., Elfering, A. & Semmer, N. K. (2011). A meta-analysis of work–family conflict and various outcomes with a special emphasis on cross-domain versus matching-domain relations. *Journal of Occupational Health Psychology, 16*, 151–169.
- BFS (2022). Behandlung von psychischen Störungen bei jungen Menschen in den Jahren 2020 und 2021. Neuchâtel: BFS.
- Burla, L. (2011). International Health Policy Survey 2010 des Commonwealth Fund: Auswertungen der Schweizer Ergebnisse für das Bundesamt für Gesundheit (BAG) (Obsan Dossier 15). Neuchâtel, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Burla, L., Widmer, M. & Zeltner, C. (2022). Zukünftiger Bestand und Bedarf an Fachärztinnen und -ärzten in der Schweiz. Teil 1: Total der Fachgebiete, Hausarztmedizin, Pädiatrie, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Orthopädie. Schlussbericht des Obsan und des Gremiums «Koordination der ärztlichen Weiterbildung» im Auftrag des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik (Obsan Bericht 04/2022). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Camenzind, P. & Petrini, L. (2014). Personen ab 55 Jahren im Gesundheitssystem: Schweiz und internationaler Vergleich 2014: Auswertung der Erhebung «The Commonwealth Fund's 2014 International Survey of Older Adults» im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) (Obsan Dossier 43). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Cohidon, C., Wild, P. & Senn, N. (2019). Practice organization characteristics related to job satisfaction among general practitioners in 11 countries. *Annals of Family Medicine, 17*, 510–517.
- Diallo, D., Rozsnyai, Z., Bachofner, M., Maisonneuve, H., Moser-Bucher, C., Mueller, Y. K., Scherz, N., Martin, S. & Streit, S. (2019). Wer strebt am Ende des Medizinstudiums eine Hausärztkarriere an? Umfrage unter Schweizer Studierenden. *Praxis, 108*, 1–8.
- eHealth Suisse (2022). eHealth Suisse Glossar. Zugänglich unter: <https://www.e-health-suisse.ch/header/glossar.html>
- eHealth Suisse (2018). Strategie eHealth Schweiz 2.0 2018–2022: Ziele und Massnahmen von Bund und Kantonen zur Verbreitung des elektronischen Patientendossiers sowie zur Koordination der Digitalisierung rund um das elektronische Patientendossier. 1–63.
- FMH (2022). ReMed: Jahresbericht 2021. *Schweizerische Ärztezeitung – Bulletin des médecins suisses – Bolletino die medici svizzeri, 103*, 374–376.
- Hostettler, K. & Kraft, E. (2022). FMH-Ärztstatistik 2021 – Jeder vierte Arzt ist 60 Jahre alt oder älter. *Schweizerische Ärztezeitung – Bulletin des médecins suisses – Bolletino die medici svizzeri, 103*, 414–419.
- Merçay, C. (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) (Obsan Dossier 50). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Merçay, C. (2016). Expérience de la population âgée de 18 ans et plus avec le système de santé – Situation en Suisse et comparaison internationale. Analyse de l'International Health Policy Survey sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) (Obsan Dossier 56). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Merçay, C. (2017). Expérience de la population âgée de 65 ans et plus avec le système de santé. Analyse de l'International Health Policy Survey 2017 de la fondation Commonwealth Fund sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) (Obsan Dossier 60). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Merçay, C. & Camenzind, P. (2016). Ärztliche Grundversorgerinnen und Grundversorger – berufliche Vor- und Nachteile (Obsan Bulletin 3/2016). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Morgan, S. G. & Lee, A. (2017). Cost-related non-adherence to prescribed medicines among older adults: a cross-sectional analysis of a survey in 11 developed countries. *BMJ open, 7*:e014287. doi:10.1136/bmjopen-2016-014287
- Pahud, O. (2019). Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung – Situation in der Schweiz und im internationalen Vergleich. Analyse des International Health Policy (IHP) Survey 2019 der amerikanischen Stiftung Commonwealth Funds im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) (Obsan Bericht 15/2019). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

- Pahud, O. (2020a). Erfahrungen der Wohnbevölkerung ab 18 Jahren mit dem Gesundheitssystem – Situation in der Schweiz und im internationalen Vergleich. Analyse des International Health Policy (IHP) Survey 2020 der amerikanischen Stiftung Commonwealth Funds im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) (Obsan Bericht 12/2020). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Pahud, O. (2020b). eHealth in der ambulanten Grundversorgung. (Obsan Bulletin 3/2020). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Pahud, O. (2021). Erfahrungen der Wohnbevölkerung ab 65 Jahren mit dem Gesundheitssystem – Situation in der Schweiz und im internationalen Vergleich. Analyse des International Health Policy (IHP) Survey 2021 der amerikanischen Stiftung Commonwealth Funds im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) (Obsan Bericht 07/2021). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Pellegrini, S., Dutoit, L., Pahud, O. & Dorn, M. (2022). Bedarf an Alters- und Langzeitpflege in der Schweiz. Prognosen bis 2040 (Obsan Bericht 03/2022). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Petrini, L. & I. Sturny (2013). Erfahrungen der Allgemeinbevölkerung im Gesundheitssystem: Situation in der Schweiz und internationaler Vergleich. Auswertung der Erhebung «International Health Policy Survey» im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) (Obsan Dossier 26). Neuchâtel, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Schuler, D., Tuch, A. & Peter, C. (2020). Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2020. (Obsan Bericht 15/2020). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Stahl, J., Kobler, I., Schmelzer, S., Liberatore, F. & Lehmann, J. (2021). PROMs in der schweizerischen Grundversorgung – Arbeitspapier zur Auswertung von PROMsRoutinedaten der Hausarztpraxis. Winterthur: ZHAW School of Management and Law.
- Sturny, I. & P. Camenzind (2011). Erwachsene Personen mit Erkrankungen – Erfahrungen im Schweizer Gesundheitssystem im internationalen Vergleich. Auswertung des International Health Policy Survey 2011 des Commonwealth Fund im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) (Obsan Dossier 18). Neuchâtel, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- SSRS (2022). Methodology report: 2022 International Health Policy Survey of Primary Care Doctors. Glenn Mills: SSRS.
- Vilpert, S. (2012). Médecins de premier recours – Situation en Suisse et comparaison internationale. Analyse de l'International Health Policy Survey 2012 du Commonwealth Fund sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) (Obsan Dossier 22). Neuchâtel, Observatoire suisse de la santé.

8 Anhang

8.1 Fragenkatalog der IHP-Befragung 2022

Fragennummer/ Index	Wortlaut der Frage
Q1	Wie würden Sie gesamthaft die Leistung des Gesundheitssystems in der Schweiz beurteilen:
Q2	Wie zufrieden sind Sie allgemein mit Ihrer ärztlichen Tätigkeit?
Q3	Denken Sie, dass sich seit dem Beginn der Covid-19 Pandemie im März 2020 die Qualität der medizinischen Versorgung Ihrer Patienten durch das Gesundheitssystem insgesamt verbessert hat, verschlechtert hat oder ungefähr gleich geblieben ist?
Q4a	Unterstützen Sie und/oder Personal, welches mit Ihnen in Ihrer Praxis arbeitet, Patienten in der folgenden Weise: Sie machen Hausbesuche
Q4b	Unterstützen Sie und/oder Personal, welches mit Ihnen in Ihrer Praxis arbeitet, Patienten in der folgenden Weise: Sie koordinieren die Versorgung mit den Sozialdiensten oder anderen Pflegediensten (Spitex)
Q4c	Unterstützen Sie und/oder Personal, welches mit Ihnen in Ihrer Praxis arbeitet, Patienten in der folgenden Weise: Sie machen Konsultationen per Video-Übertragung
Q5	Wie häufig ermöglicht Ihre Praxis Termine nach 18 Uhr unter der Woche (d.h. Montag bis Freitag)? Anmerkung: Geben Sie bitte sowohl persönliche als auch telemedizinische Termine an.
Q6	Wie häufig ermöglicht Ihre Praxis Termine am Wochenende (d.h. samstags oder sonntags)? Anmerkung: Geben Sie bitte sowohl persönliche als auch telemedizinische Termine an.
Q7	Ohne die Notaufnahme eines Spitals mitzuzählen, haben Sie in Ihrer Praxis eine Regelung, intern oder mit einer anderen Praxis, die es den Patienten erlaubt, auch ausserhalb der normalen Sprechstunden einen Arzt oder eine Arztgehilfin aufzusuchen?
Q8a	Wie viel Prozent Ihrer Patienten werden in einer typischen Woche derzeit jeweils in folgender Form betreut: mit persönlichem Erscheinen Anmerkung: Ihre bestmögliche Schätzung ist in Ordnung. Es sollte sich eine Summe von etwa 100% ergeben. Prozentsatz der Patiententermine ...
Q8b	Wie viel Prozent Ihrer Patienten werden in einer typischen Woche derzeit jeweils in folgender Form betreut: telefonisch (in direktem Gespräch oder mit vorbereitetem Text) Anmerkung: Ihre bestmögliche Schätzung ist in Ordnung. Es sollte sich eine Summe von etwa 100% ergeben. Prozentsatz der Patiententermine ...
Q8c	Wie viel Prozent Ihrer Patienten werden in einer typischen Woche derzeit jeweils in folgender Form betreut: per Video Anmerkung: Ihre bestmögliche Schätzung ist in Ordnung. Es sollte sich eine Summe von etwa 100% ergeben. Prozentsatz der Patiententermine ...
Q9	Wie zufrieden sind Sie (falls überhaupt) insgesamt mit dem Einsatz der Telemedizin?
Q10	Wie einfach bzw. schwierig war es bisher, eine telemedizinische Plattform in Ihrer Praxis einzuführen?
Q11a	Würden Sie sagen, Telemedizin hat: Die zeitgerechte Versorgung Ihrer Patienten verbessert?
Q11b	Würden Sie sagen, Telemedizin hat: Es Ihrer Praxis ermöglicht, potenzielle finanzielle Einbussen während der Covid-19-Pandemie auszugleichen?
Q11c	Würden Sie sagen, Telemedizin hat: Es Ihnen ermöglicht, die psychischen und verhaltensbezogenen gesundheitlichen Bedürfnisse Ihrer Patienten effektiv einzuschätzen?
Q11d	Würden Sie sagen, Telemedizin hat: Dazu geführt, dass Sie mehr Labor- oder Bildgebungsuntersuchungen angefordert haben?
Q11e	Würden Sie sagen, Telemedizin hat: Dazu geführt, dass Sie mehr Antibiotika verschrieben haben?
Q12a	Eine wie grosse Herausforderung (falls überhaupt) stellen die folgenden Aspekte der Telemedizin dar? Geringe oder gar keine Kostenerstattung

Fragennummer/ Index	Wortlaut der Frage
Q12b	Eine wie grosse Herausforderung (falls überhaupt) stellen die folgenden Aspekte der Telemedizin dar? Erhöhte Kosten für die Einführung und/oder Instandhaltung einer Telemedizin-Plattform
Q13a	Wie gut ist Ihre Praxis in Bezug auf ausreichende Kompetenzen und Erfahrung vorbereitet auf die Behandlung von Patienten mit Chronischen Erkrankungen (z. B. Diabetes, COPD, Herzinsuffizienz)
Q13b	Wie gut ist Ihre Praxis in Bezug auf ausreichende Kompetenzen und Erfahrung vorbereitet auf die Behandlung von Patienten mit: psychischen Problemen (z.B. Angstzustände, schwache oder mittlere Depressionen)
Q13c	Wie gut ist Ihre Praxis in Bezug auf ausreichende Kompetenzen und Erfahrung vorbereitet auf die Behandlung von Patienten mit: Problemen im Zusammenhang mit der Einnahme gewisser Substanzen (z. B. Drogen, Opiate, Alkoholkonsum)
Q13d	Wie gut ist Ihre Praxis in Bezug auf ausreichende Kompetenzen und Erfahrung vorbereitet auf die Behandlung von Patienten mit: Bedarf nach einer palliativen Behandlung
Q13e	Wie gut ist Ihre Praxis in Bezug auf ausreichende Kompetenzen und Erfahrung vorbereitet auf die Behandlung von Patienten mit: Demenz
Q14	Arbeitet Ihre Praxis mit Personal wie Pflegefachpersonal oder Case Managern, die die Behandlung von Patienten mit chronischen Erkrankungen, die regelmässige Nachbehandlungen brauchen, überwachen und koordinieren? Anmerkung: Bitte alle zutreffenden Punkte wählen.
Q15a	Wie häufig leisten Sie oder anderes Personal in Ihrer Praxis für Patienten mit chronischen Erkrankungen die folgenden Behandlungsarten: Mit Patienten Behandlungspläne zusammenstellen, die sie im Alltag umsetzen können
Q15b	Wie häufig leisten Sie oder anderes Personal in Ihrer Praxis für Patienten mit chronischen Erkrankungen die folgenden Behandlungsarten: Den Patienten schriftliche Anleitungen zur Verfügung stellen, wie sie sich zu Hause selbst behandeln können (z.B. Anleitungen zur Linderung von Symptomen)
Q15c	Wie häufig leisten Sie oder anderes Personal in Ihrer Praxis für Patienten mit chronischen Erkrankungen die folgenden Behandlungsarten: Vermerken der Ziele zum Selbstmanagement der Patienten in ihrem Patientendossier
Q15d	Wie häufig leisten Sie oder anderes Personal in Ihrer Praxis für Patienten mit chronischen Erkrankungen die folgenden Behandlungsarten: Kontaktieren von Patienten zwischen den Arztterminen, um ihren Zustand zu überwachen
Q15e	Wie häufig leisten Sie oder anderes Personal in Ihrer Praxis für Patienten mit chronischen Erkrankungen die folgenden Behandlungsarten: Verwendung von Monitoring auf Distanz oder mit dem Internet verbundenen medizinischen Geräten, um Patienten zu überwachen, dort wo dies medizinisch angebracht ist (z. B. Monitoring von Blutdruck, Blutzuckerspiegel oder Gewicht)
Q16	Führen Sie Gespräche mit Ihren Patienten zur "Zukunftsplanung" der Behandlungen, die sie wollen oder nicht wollen für den Fall, dass sie sehr krank werden, verletzt sind, oder nicht mehr selber entscheiden können?
Q17a	Wenn Ihre Patienten an einen Spezialisten überwiesen wurden, wie häufig: schicken Sie das Patientendossier und die Begründung für die Konsultation an den Spezialisten
Q17b	Wenn Ihre Patienten an einen Spezialisten überwiesen wurden, wie häufig: erhalten Sie Informationen vom Spezialisten über Änderungen, die bei den Medikamenten oder bei der Behandlung des Patienten gemacht wurden
Q17c	Wenn Ihre Patienten an einen Spezialisten überwiesen wurden, wie häufig: erhalten Sie innerhalb einer Arbeitswoche einen Bericht mit den Resultaten des Spezialisten
Q18a	Wie häufig erhalten Sie Benachrichtigungen, dass Ihre Patienten: eine Behandlung ausserhalb der normalen Sprechstunden erhalten haben (d. h. Patienten einen Arzt aufsuchen können, wenn die Praxis geschlossen ist, ohne sich in die Notaufnahme zu begeben)
Q18b	Wie häufig erhalten Sie Benachrichtigungen, dass Ihre Patienten: in der Notfallaufnahme waren
Q18c	Wie häufig erhalten Sie Benachrichtigungen, dass Ihre Patienten: in ein Spital eingeliefert wurden
Q19	Wie lange dauert es durchschnittlich nach der Entlassung Ihres Patienten aus dem Spital, bis Sie die Informationen erhalten, die Sie benötigen, um mit der Behandlung des Patienten – einschliesslich der empfohlenen Nachsorge – fortfahren zu können?
SW-1	Wie erhalten Sie diese Informationen normalerweise? (Bitte nur eine Antwort auswählen)
Q20a	Für Ihre Patienten, die Pflege zu Hause brauchen, wie häufig: kommunizieren Sie mit dem Erbringer der Heimpflegeleistungen betreffend der Bedürfnisse Ihres Patienten und der Leistungen, die für ihn erbracht werden sollten?
Q20b	Für Ihre Patienten, die Pflege zu Hause brauchen, wie häufig: werden Sie durch den Erbringer der Heimpflegeleistungen über eine wichtige Änderung des Zustands Ihres Patienten oder seines Gesundheitsstatus informiert?
Q21a	Wie häufig, falls überhaupt, untersuchen oder beurteilen Sie oder anderes Personal aus Ihrer Praxis Ihre Patienten bezüglich den folgenden sozialen Bedürfnissen? Probleme im Wohnbereich (z.B. Zwangsräumung, Obdachlosigkeit etc.)
Q21b	Wie häufig, falls überhaupt, untersuchen oder beurteilen Sie oder anderes Personal aus Ihrer Praxis Ihre Patienten bezüglich den folgenden sozialen Bedürfnissen? Finanzielle Sicherheit (z.B. Erwerbstätigkeit)
Q21c	Wie häufig, falls überhaupt, untersuchen oder beurteilen Sie oder anderes Personal aus Ihrer Praxis Ihre Patienten bezüglich den folgenden sozialen Bedürfnissen? Ernährungsprobleme (z.B. Hunger und Ernährungsweise)

Fragennummer/ Index	Wortlaut der Frage
Q21d	Wie häufig, falls überhaupt, untersuchen oder beurteilen Sie oder anderes Personal aus Ihrer Praxis Ihre Patienten bezüglich den folgenden sozialen Bedürfnissen? Transportbedürfnisse (z.B. Arzttermine, Arbeit, Lebensmittelladen, oder andere Orte des Alltags)
Q21e	Wie häufig, falls überhaupt, untersuchen oder beurteilen Sie oder anderes Personal aus Ihrer Praxis Ihre Patienten bezüglich den folgenden sozialen Bedürfnissen? Häusliche Gewalt
Q21f	Wie häufig, falls überhaupt, untersuchen oder beurteilen Sie oder anderes Personal aus Ihrer Praxis Ihre Patienten bezüglich den folgenden sozialen Bedürfnissen? Soziale Isolation oder Einsamkeit (z.B. keine engen Beziehungen oder niemand im Umfeld, den man um Hilfe bitte könnte)
Q22a	Mit welchen Herausforderungen sind Sie oder andere Mitarbeiter in Ihrer Praxis derzeit konfrontiert, wenn die Versorgung Ihrer Patienten mit den Sozialdiensten koordiniert wird? Mangelnde Informationen zu Organisationen der zuständigen Sozialdienste
Q22b	Mit welchen Herausforderungen sind Sie oder andere Mitarbeiter in Ihrer Praxis derzeit konfrontiert, wenn die Versorgung Ihrer Patienten mit den Sozialdiensten koordiniert wird? Fehlende Mechanismen oder fehlendes System, um Überweisungen zu tätigen
Q22c	Mit welchen Herausforderungen sind Sie oder andere Mitarbeiter in Ihrer Praxis derzeit konfrontiert, wenn die Versorgung Ihrer Patienten mit den Sozialdiensten koordiniert wird? Unzureichendes Personal in der Praxis, um Überweisungen zu tätigen und die Pflege mit den Institutionen der Sozialdienste zu koordinieren
Q22d	Mit welchen Herausforderungen sind Sie oder andere Mitarbeiter in Ihrer Praxis derzeit konfrontiert, wenn die Versorgung Ihrer Patienten mit den Sozialdiensten koordiniert wird? Zuviel administrative Arbeit im Zusammenhang mit der Koordination mit den Sozialdiensten
Q22e	Mit welchen Herausforderungen sind Sie oder andere Mitarbeiter in Ihrer Praxis derzeit konfrontiert, wenn die Versorgung Ihrer Patienten mit den Sozialdiensten koordiniert wird? Mangelndes Nachfragen durch die Sozialdienste bezüglich der Leistungen, welche Patienten erhalten haben oder brauchen
Q24a	Können Sie mit Gesundheitsdienstleistern ausserhalb Ihrer Praxis elektronisch die folgenden Dinge austauschen? Krankheitsbilder von Patienten Anmerkung: Zählen Sie Fax oder normale E-Mails nicht dazu.
Q24b	Können Sie mit Gesundheitsdienstleistern ausserhalb Ihrer Praxis elektronisch die folgenden Dinge austauschen? Labordaten und andere diagnostische Tests Anmerkung: Zählen Sie Fax oder normale E-Mails nicht dazu.
Q24c	Können Sie mit Gesundheitsdienstleistern ausserhalb Ihrer Praxis elektronisch die folgenden Dinge austauschen? Liste aller Medikamente, die durch einen einzelnen Patienten eingenommen werden Anmerkung: Zählen Sie Fax oder normale E-Mails nicht dazu.
Q25a	Bitte geben Sie an, ob Ihre Praxis Ihren Patienten die Möglichkeit gibt: Per E-Mail oder sichere Webseite mit Ihrer Praxis bezüglich einer medizinischen Frage oder einem Anliegen zu kommunizieren
Q25b	Bitte geben Sie an, ob Ihre Praxis Ihren Patienten die Möglichkeit gibt: Online Arzttermine anzufordern (Anmerkung: Keine E-Mails einbeziehen)
Q25c	Bitte geben Sie an, ob Ihre Praxis Ihren Patienten die Möglichkeit gibt: Online Rezeptverlängerungen anzufordern (Anmerkung: E-Mail nicht eingeschlossen)
Q25d	Bitte geben Sie an, ob Ihre Praxis Ihren Patienten die Möglichkeit gibt: Testresultate online einsehen
Q25e	Bitte geben Sie an, ob Ihre Praxis Ihren Patienten die Möglichkeit gibt: Zusammenfassungen der Arztbesuche eines Patienten online einsehen (Gründe für den Arztbesuch, Befunde, Ergebnisse)
SWI-2	Planen Sie, sich mit Ihrer Praxis dem schweizweiten elektronischen Patientendossier (EPD) (Austausch von Informationen mit anderen Gesundheitsdienstleistern) anzuschliessen?
Q33	Wie hat sich Ihre Arbeitsbelastung im Vergleich zur Lage vor der Covid-19-Pandemie verändert:
Q34	Wie hat sich Ihr Praxisumsatz im Vergleich zur Lage vor der Covid -19-Pandemie verändert:
Q35	Wie hat sich die Qualität der Behandlung, die Sie Ihren Patienten derzeit anbieten können, im Vergleich zur Lage vor der Covid -19-Pandemie insgesamt verändert:
Q26a	Wie häufig (falls überhaupt) werden in Ihrer Praxis Daten in Bezug auf die folgenden Aspekte der Versorgung Ihrer Patienten geprüft? Klinische Ergebnisse (z.B. Prozentanteil der Diabetiker oder Asthmatiker, bei welchen die Krankheit unter Kontrolle ist)
Q26b	Wie häufig (falls überhaupt) werden in Ihrer Praxis Daten in Bezug auf die folgenden Aspekte der Versorgung Ihrer Patienten geprüft? Einweisungen von Patienten in Spitäler und Notaufnahmen
Q26c	Wie häufig (falls überhaupt) werden in Ihrer Praxis Daten in Bezug auf die folgenden Aspekte der Versorgung Ihrer Patienten geprüft? Vorgehen beim Verschreiben von Medikamenten (z.B. Verwendung von Generika, Antibiotika oder Opiaten)
Q26d	Wie häufig (falls überhaupt) werden in Ihrer Praxis Daten in Bezug auf die folgenden Aspekte der Versorgung Ihrer Patienten geprüft? Befragungen zur Zufriedenheit und zu den Erfahrungen Ihrer Patienten mit der Behandlung und Pflege
Q26e	Wie häufig (falls überhaupt) werden in Ihrer Praxis Daten in Bezug auf die folgenden Aspekte der Versorgung Ihrer Patienten geprüft? Patientenberichtete Indikatoren (PROMs, Patient Reported Outcome Measures)

Fragennummer/ Index	Wortlaut der Frage
Q27a	Inwiefern ist der Zeit-Aufwand, den Sie oder Ihre Angestellten für die folgenden Punkte aufwenden, problematisch: Für administrative Tätigkeiten im Zusammenhang mit den Versicherungen oder der Abrechnung.
Q27b	Inwiefern ist der Zeit-Aufwand, den Sie oder Ihre Angestellten für die folgenden Punkte aufwenden, problematisch: Patienten mit den benötigten Medikamenten oder der benötigten Behandlung zu versorgen, wenn ein eingeschränkter Versicherungsschutz besteht.
Q27c	Inwiefern ist der Zeit-Aufwand, den Sie oder Ihre Angestellten für die folgenden Punkte aufwenden, problematisch: Klinische Daten oder Daten zur Behandlungsqualität für staatliche Stellen oder andere externe Organisationen wie z.B. Krankenkassen zusammenstellen.
Q27d	Inwiefern ist der Zeit-Aufwand, den Sie oder Ihre Angestellten für die folgenden Punkte aufwenden, problematisch: Dokumentation der Patientenversorgung oder der Patiententermine, einschliesslich ärztlicher Notizen und Aktualisierungen elektronischer Gesundheitsakten.
Q27e	Inwiefern ist der Zeit-Aufwand, den Sie oder Ihre Angestellten für die folgenden Punkte aufwenden, problematisch: Koordinierung von Überweisungen an Spezialisten (z. B. ausbleibende Reaktionen auf Überweisungen, Nachverfolgung von Ablehnungen).
Q27f	Inwiefern ist der Zeit-Aufwand, den Sie oder Ihre Angestellten für die folgenden Punkte aufwenden, problematisch: Einhaltung sich ändernder Covid -19-bedingter Pflegeprotokolle und Vorschriften.
Q28	Wie stressig, falls überhaupt, ist Ihre Tätigkeit als Hausarzt
Q29a	Bitte geben Sie an, wie zufrieden Sie mit den folgenden Aspekten Ihrer ärztlichen Tätigkeit sind. Mit Ihrem Einkommen durch die Praxistätigkeit
Q29b	Bitte geben Sie an, wie zufrieden Sie mit den folgenden Aspekten Ihrer ärztlichen Tätigkeit sind. Mit der Zeit, die Sie pro Patient aufbringen können
Q29c	Bitte geben Sie an, wie zufrieden Sie mit den folgenden Aspekten Ihrer ärztlichen Tätigkeit sind. Mit Ihrem täglichen Arbeitspensum
Q29d	Bitte geben Sie an, wie zufrieden Sie mit den folgenden Aspekten Ihrer ärztlichen Tätigkeit sind. Mit der Zeit, die Sie mit Verwaltungsarbeiten verbringen
Q29e	Bitte geben Sie an, wie zufrieden Sie mit den folgenden Aspekten Ihrer ärztlichen Tätigkeit sind. Mit Ihrer Work-Life-Balance
Q30	Haben Sie vor, in den nächsten ein bis drei Jahren keine Patienten mehr regelmässig zu behandeln (z. B. weil Sie sich zur Ruhe setzen oder sich beruflich verändern)?
Q31	Wie würden Sie nach Ihrer Definition von Burnout Ihr eigenes derzeitiges Burnout-Niveau insgesamt einschätzen?
Q32a	Traf seit März 2020, als die Covid -19-Pandemie begann, Folgendes auf Sie zu ... Emotionaler Stress wie Angst, grosse Traurigkeit, Wut oder ein Gefühl der Hoffnungslosigkeit
Q32b	Traf seit März 2020, als die Covid -19-Pandemie begann, Folgendes auf Sie zu ... Inanspruchnahme von professioneller Hilfe wegen eines psychischen Problems
Q36	Wie häufig, falls überhaupt, denken Sie, dass das Gesundheitssystem in der Schweiz Personen wegen ihrer ethnischen Herkunft ungerecht behandelt?
Q37	Hat Ihnen ein Patient schon einmal gesagt, dass er aufgrund seiner Rasse oder ethnischen Herkunft ungerecht behandelt wurde oder das Gefühl hatte, dass seine gesundheitlichen Anliegen von einem Gesundheitsdienstleister nicht ernst genommen wurden?
Q40	In Vollzeitstellen gerechnet (VZÄ), wie viele Ärzte, einschliesslich Ihnen, sind in Ihrer Praxis tätig?
Q41	Wie viele Stunden arbeiten Sie durchschnittlich pro Woche für Ihre Praxis?
Q42	Wie viele Patienten sehen Sie im Durchschnitt während einer typischen Arbeitswoche?
Q43	Wieviel Zeit können Sie während eines Routinetermins durchschnittlich mit einem Patienten verbringen? Anmerkung: Bitte geben Sie sowohl persönliche als auch telemedizinische Termine an.
SWI-12a	Wie viel Prozent Ihrer Zeit verbringen Sie in einer typischen Woche mit dem Folgenden? Persönlicher Kontakt mit Patienten Hinweis: Es müssen sich nicht insgesamt 100 % ergeben.
SWI-12b	Wie viel Prozent Ihrer Zeit verbringen Sie in einer typischen Woche mit dem Folgenden? Anderweitiger Kontakt mit Patienten (z. B. per E-Mail oder Telefon) Hinweis: Es müssen sich nicht insgesamt 100 % ergeben.
SWI-12c	Wie viel Prozent Ihrer Zeit verbringen Sie in einer typischen Woche mit dem Folgenden? Administrative Arbeiten (z. B. Pflege von Patientenakten, Besprechungen, Erstellung von Qualitätsberichten) Hinweis: Es müssen sich nicht insgesamt 100 % ergeben.
SWI-12d	Wie viel Prozent Ihrer Zeit verbringen Sie in einer typischen Woche mit dem Folgenden? Aufgaben im Zusammenhang mit Versicherungen und/oder der Einforderung von Zahlungen Hinweis: Es müssen sich nicht insgesamt 100 % ergeben.
Q45	Sind Sie:
Q46	Wo befindet sich Ihre Praxis?

Frage nummer/ Index	Wortlaut der Frage
SWI-4	Wie häufig nehmen Sie an einem Qualitätszirkel / Gruppe zur Qualitätsverbesserung teil?
SWI-5	Nehmen Sie neue Patientinnen und Patienten auf?
SWI-6	Welches trifft hauptsächlich auf Ihre Praxis zu?
SWI-7	Haben Sie eine(n) Nachfolger(in) für Ihre Praxis?
SWI-8	Hören sie mit 65 Jahren auf zu arbeiten?
SWI-9	Wie häufig haben Ihre Patienten im allgemeinen Mühe, Informationen zu verstehen, die Sie ihnen geben, wie z.B.: wie von Ihnen verschriebene Medikamente einnehmen, Anweisungen zu Symptomen, auf die geachtet werden muss, oder in welcher Situation eine weitere Behandlung angebracht ist?
SWI-10	Denken Sie bitte an die gesamte medizinische Versorgung Ihrer Patienten – nicht nur durch Sie, sondern durch alle Ärzte und Spezialisten – Was halten Sie vom Umfang der medizinischen Versorgung, die die Patienten erhalten? Würden Sie sagen es ist...?

8.2 Informationen zur Kern- und Co-Finanzierung

Kernfinanzierung und Koordination:

- The Commonwealth Fund

Co-Finanzierung und technische Unterstützung von Organisationseinheiten in den teilnehmenden Ländern:

- The NSW Agency for Clinical Innovation; Health Quality Ontario; the Canadian Institute for Health Information;
- Ministère de la Santé et des Services sociaux;
- La Haute Autorité de Santé;
- The Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs
- Salariés; the Directorate for Research, Evaluation, Studies, and Statistics of the French Ministry of Health;
- Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG); the Dutch Ministry of Health, Welfare and Sport and Radboud University Medical Center;
- The Swedish Agency for Health and Care Services Analysis (Vårdanalys);
- The Swiss Federal Office of Public Health (BAG); The Health Foundation.



Konferenz der kantonalen Gesundheits-
direktorinnen und -direktoren
Conférence des directrices et directeurs
cantonaux de la santé
Conferenza delle direttrici e dei direttori
cantionali della sanità



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Département fédéral de l'intérieur DFI
Dipartimento federale dell'interno DFI



Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine gemeinsame Institution von Bund und Kantonen.
L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution commune de la Confédération et des cantons.
L'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) è un'istituzione comune della Confederazione e dei Cantoni.