

Psychosoziale Medizin, Universitätsspital Zürich

L. B. Hasler, M. Stamm, B. Buddeberg-Fischer

Zukünftige Hausärztinnen und Hausärzte – Gründe für die Berufswahl und berufliche Kernkompetenzen

Future Family Physicians – Reasons for Their Specialty Choice and Crucial Professional Skills

Zusammenfassung

Hintergrund: Ziel der vorliegenden Studie ist es zu untersuchen, aus welchen Motiven junge Ärztinnen und Ärzte eine Tätigkeit in der Grundversorgung anstreben und welche Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten ihnen während der Weiterbildungszeit vermittelt werden sollten.

Methodik: Im Rahmen einer seit 2001 laufenden prospektiven Studie zu Determinanten der Karriereentwicklung junger Ärztinnen und Ärzte wurden 84 zukünftige Schweizer Hausärztinnen und Hausärzte am Ende ihrer Weiterbildung zu Motiven ihrer Facharztwahl und zu hausärztlichen Kernkompetenzen befragt. Die mittels offener Fragen im Rahmen einer umfassenden Fragebogenerhebung gewonnenen Angaben wurden inhaltsanalytisch ausgewertet und induktiv gebildeten Kategorien zugeordnet.

Ergebnisse: Die Nennungen zu motivierenden Faktoren (254 Antworten) für die Facharztwahl Allgemeinmedizin bzw. Allgemeine Innere Medizin sowie zu den Kernkompetenzen (375 Antworten) einer Hausärztin/eines Hausarztes wurden je elf Kategorien zugeordnet. Als *Motive* wurden am häufigsten die Kategorien «Selbstständigkeit», «breites Patienten- und

Krankheitsspektrum», «Langzeitbetreuung», «Vielseitigkeit der ärztlichen Tätigkeit» und «Arzt-Patient-Beziehung» genannt. Als zu erwerbende *Kernkompetenzen* wurden am häufigsten «betriebswirtschaftliche, gesundheitsökonomische und (versicherungs-)rechtliche Kompetenzen», «breites medizinisches Grundwissen» und «Sozialkompetenz» erwähnt.

Schlussfolgerung: Die Motive für eine Tätigkeit in der ärztlichen Grundversorgung und die zu erwerbenden Kernkompetenzen sind Ausdruck eines am Patienten orientierten Arztbildes. Sie zielen auf Eigenverantwortlichkeit und Gestaltungsfreiheit in der ärztlichen Tätigkeit.

Schlüsselwörter: Hausärzte – Motive für zukünftige Hausarztstätigkeit – zu erwerbende Kernkompetenzen für Grundversorgung

Einleitung

In der Schweiz wie auch in den meisten anderen westlichen Industrienationen zeichnet sich ein zunehmender Mangel an Ärzten¹ in der ärztlichen Grundversorgung ab [1–5]. Als Grundversorger¹ gelten in der Schweiz Fachärzte für «Allgemeinmedizin», «Allgemeine Innere Medizin» und «Praktische Ärzte».

Die Bezeichnung «Hausarzt» als offizieller Facharztstitel, vergleichbar dem «Family Physician» oder «General Physician» im angelsächsischen Sprachraum, gibt es in der Schweiz nicht. In Deutschland zählt seit 2006 der «Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin» als «Hausarzt». Entsprechend dem Praxisbarometer 2007 [3] waren in den letzten 10 Jahren von allen Praxiseröffnungen in der Schweiz 40% Hausarztpraxen; dabei waren die drei Fachgruppen «Allgemeinmedizin», «Allgemeine Innere Medizin» und «Praktischer Arzt» je zu einem Drittel vertreten. Wie in anderen Wissenschaftsgebieten zeigt sich auch in der Medizin ein zunehmender Trend zur Spezialisierung. In verschiedenen Ländern, vor allem in solchen mit staatlichen Gesundheitssystemen, wird versucht, dieser Entwicklung durch Einführung des *Gatekeeper*modells, durch eingeschränkte Zulassung zur spezialärztlichen Weiterbildung und durch Einschränkung der freien Niederlassung von Ärzten entgegenzuwirken [6].

Bedingt durch die hohe Mobilität der Bevölkerung und eine Berufstätigkeit

¹ Zur besseren Lesbarkeit wird die Bezeichnung «Arzt», «Grundversorger» und «Hausarzt» für beide Geschlechter verwendet.

entfernt vom Wohnort haben viele, vor allem jüngere Personen keinen Hausarzt mehr. Bei akuten Beschwerden oder Erkrankungen gehen sie in die Notfallstationen der Spitäler, in eine *walk-in-clinic* oder direkt zum Spezialisten (dank Internet sind Patienten häufig gut über ihre Krankheitssymptome und in Frage kommende Spezialärzte für ihre Beschwerden informiert). Ältere und polymorbide Patienten sind jedoch darauf angewiesen, einen Hausarzt zu haben, der die verschiedenen Behandlungsmassnahmen koordiniert und sie über einen längeren Zeitraum begleitet.

Wegen des schwindenden Interesses der jüngeren Ärztegeneration an der Hausarztmedizin haben verschiedene Studien der letzten Jahre die Frage untersucht, welche Aspekte Ärztinnen und Ärzte davon abhalten, sich für eine Tätigkeit als Hausarzt zu entscheiden [7–13]. Als Gründe werden vor allem die hohe zeitliche Arbeitsbelastung, unregelmässige Arbeitszeiten, ein vergleichsweise niedriges Einkommen und das niedrige Berufsprestige genannt.

Bisher gibt es wenig neuere Studien zur Frage, welche Faktoren motivierend für die Wahl einer Karriere als Hausarzt wirken [14–16]. Ausserdem fehlen Studien darüber, welche Kernkompetenzen Hausärzte während der Weiterbildungszeit erwerben sollten, um bestmöglich auf ihre zukünftige Tätigkeit vorbereitet zu sein.

Ziel der vorliegenden Studie war es deshalb zu untersuchen, welche Gründe zukünftige Hausärzte für ihren Entscheid angeben, in der ärztlichen Grundversorgung tätig zu werden. Ausserdem wurde der Frage nachgegangen, welche Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten aus Sicht der Ärzte in der Weiterbildung zum Grundversorger vermittelt werden sollen.

Methodik

Studiendesign und Stichprobe

Die hier vorgestellte Untersuchung ist Teil einer prospektiven Studie zu Determinanten der Karriereentwicklung junger Ärztinnen und Ärzte («Karrierestudie») [17–21]. Absolventen der Humanmedizin der drei Deutschschweizer Universitäten Basel, Bern und Zürich der Staatsexamensjahrgänge 2001/02 wurden seit dem Jahr 2001 alle zwei Jahre mit einem postalisch verschickten Fragebogen zu ihrer beruflichen Entwicklung befragt. Bei der Erstbefragung (T1, am Ende des Studiums) im Jahr 2001 nahmen von 1004 im sechsten Studienjahr immatrikulierten Studierenden 711 Personen teil (Teilnahmequote 71%). Bei T2 im Jahr 2003 (2. Weiterbildungsjahr) waren es 521, bei T3 im Jahr 2005 (4. Weiterbildungsjahr) teilzipierten 572 und bei T4 im Jahr 2007 (6. Weiterbildungsjahr) beteiligten sich 543 junge Ärztinnen und Ärzte (76.4% der Ausgangsstichprobe bei T1). Die hier präsentierten Daten stammen von der vierten, im Frühjahr 2007 durchgeführten Erhebung (T4).

Um die Anonymität der Teilnehmenden zu gewährleisten, sind die Fragebogen nur mit einem Code versehen. Ihre Adresse schicken die Studienteilnehmenden an eine unabhängige Adressverwaltungsstelle, von welcher auch die Fragebogen versandt werden.

Instrumente

Für die vorliegende Studie beantworteten die Teilnehmenden, die in Zukunft in der ärztlichen Grundversorgung tätig sein werden, folgende zwei offenen Fragen:

- 1) Nennen Sie bitte die drei wichtigsten Gründe für Ihre zukünftige Tätigkeit in der ärztlichen Grundversorgung (*Frage nach der Motivation*).
- 2) Welche Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten muss Ihrer Meinung nach ein/e Arzt/Ärztin in der Weiterbildung zum/r Grundversorger/in unbedingt

erwerben? Nennen Sie fünf Kenntnisse/Fähigkeiten/Fertigkeiten (*Frage nach Kernkompetenzen*).

Inhaltsanalyse und statistische Auswertungen

Die qualitativ erhobenen Daten (freie Antworten) auf die Fragen 1) zur Motivation und 2) zu Kernkompetenzen für die ärztliche Grundversorgung wurden nach der von Mayring [22] beschriebenen Methode der Inhaltsanalyse von der Erstautorin in folgender Weise ausgewertet: Zuerst wurden die handschriftlich in den Fragebogen gegebenen Antworten der Teilnehmenden (Stichworte) in ein Excel-File transkribiert. In einem zweiten Schritt wurden Inhaltskategorien induktiv aus den Antworten formuliert. Definitionen und Abgrenzungen der einzelnen Kategorien wurden im Rahmen eines Forschungsseminars der Abteilung Psychosoziale Medizin diskutiert und ausgearbeitet. Die Beschreibung der Kategorien wurde in einem Kodierleitfaden festgehalten (Definitionen, Ankerbeispiele und Kodierregeln). Die «Kategorie» ist der übergeordnete Begriff; «Definition» ist eine möglichst eindeutige Beschreibung der Kategorie; «Ankerbeispiele» sind beispielhafte typische Nennungen der Teilnehmenden, die den *Ratern* als Orientierungshilfe für die Zuordnung der Nennungen zu den Kategorien dienen soll. In einem weiteren Schritt wurden die Antworten von der Erstautorin (*Rater A*) entsprechend dem Kodierleitfaden den Inhaltskategorien zugeordnet.

Für die einzelnen Kategorien wurden Häufigkeiten berechnet und mittels Chi²-Tests auf Geschlechtsunterschiede geprüft.

Interrater Reliabilität: Alle analysierten Antworten wurden zwei weiteren, unabhängigen *Ratern* (Medizinerinnen B und C) zur Kategorisierung vorgelegt. Als Übereinstimmungsindex wurde das Verhältnis von gleich kategorisierten zu allen kategorisierten Antworten bzw. Cohen's Kappa berechnet.

Resultate

Merkmale der Studienpopulation bei T4

Von den 543 Studienteilnehmenden bei T4 arbeiteten 9 (5 Frauen, 4 Männer) nicht im medizinischen Bereich. Von den 534 ärztlich Tätigen hatten sich 84 (49 Frauen, 58%; 35 Männer, 42%) am Ende der Weiterbildung entschieden, als Facharzt/ärztin für Allgemeinmedizin (50 Personen, 60%) bzw. Allgemeine Innere Medizin (34 Personen, 40%) in der ärztlichen Grundversorgung tätig zu werden. **Diese 84 zukünftigen Hausärzte/innen bilden die Studienstichprobe für die vorliegende Untersuchung.** Das durchschnittliche Alter der zukünftigen Grundversorger liegt bei 34 Jahren (range 30–45 Jahre); 45% sind verheiratet, 32% haben Kinder und 24% leben in einer Partnerschaft mit einer Medizinerin bzw. einem Mediziner.

Anwortkategorien

In den Tabellen 1 und 2 sind die aus den Antworten gebildeten Kategorien, ihre Definition sowie entsprechende Ankerbeispiele zusammengefasst.

Die Nennungen zu **motivierenden Faktoren** für eine zukünftige Hausarztztätigkeit sind in Tabelle 1 dargestellt.

Für die Kategorie *Selbstständigkeit* charakteristische Antworten sind: «Sein eigener Chef zu sein», «nicht in einem hierarchischen System arbeiten zu müssen», «die Arbeit fachlich und strukturell eigenverantwortlich gestalten zu können». Der Aspekt der Selbstständigkeit ist jedoch nicht spezifisch für eine Hausarztpraxis, sondern allgemein für eine ärztliche Tätigkeit in eigener Praxis.

Die Kategorien *breites Patienten- und Krankheitsspektrum*, *Langzeitbetreuung*, *Vielseitigkeit der ärztlichen Tätigkeit* und *Arzt-Patient-Beziehung* beziehen sich mehrheitlich auf spezifische Aspekte der Hausarztztätigkeit. Sie haben den Patientenmix bezüglich Geschlecht, Alter, sozialer Herkunft und vielfältige Krank-

Tab. 1: Kodierleitfaden für die Nennungen zur Frage nach der Motivation für eine zukünftige Hausarztztätigkeit

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele
<i>Selbstständigkeit</i>	Freies, unabhängiges, eigenverantwortliches Gestalten der ärztlichen Tätigkeit in der Praxis	<ul style="list-style-type: none"> Eigener Chef Keine Hierarchie Unabhängigkeit
<i>Breites Patienten- und Krankheitsspektrum</i>	Betreuung von Patienten beiderlei Geschlechts und aller Altersschichten, gesamtes Spektrum physischer und psychischer Erkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> Patientenmix (Kinder, Männer, Frauen, ältere Menschen) Breitgefächertes Patientengut Vielfältige Krankheitsbilder
<i>Langzeitbetreuung</i>	Möglichkeiten der Patientenbegleitung während verschiedener Lebensabschnitte	<ul style="list-style-type: none"> Kontinuität der Patientenbetreuung Langjähriger Patientenkontakt Verfolgung der Krankengeschichte
<i>Vielseitigkeit der ärztlichen Tätigkeit</i>	Breiter Tätigkeitsbereich, der Grundlagen vieler Fachdisziplinen und interdisziplinäre Zusammenarbeit umfasst. Triagefunktion. Möglichkeit, komplementärmedizinische Methoden und präventive Massnahmen zu integrieren	<ul style="list-style-type: none"> Vielfältigkeit der Arbeit Möglichkeit der «ganzheitlichen Medizin» Interdisziplinäre Zusammenarbeit
<i>Arzt-Patient-Beziehung</i>	Aufbau eines Vertrauensverhältnisses und intensiver Kontakt zwischen Arzt und Patient	<ul style="list-style-type: none"> Vertiefter Patientenkontakt Sozialer Aspekt Nähe zum Patienten
<i>Möglichkeit der eigenen Arbeitszeiteinteilung</i>	Eigenständige Einteilung der täglichen, wöchentlichen bzw. monatlichen Arbeitszeiten. Flexible Anpassung der Arbeitszeiten an persönliche Bedürfnisse und an Bedürfnisse der Patienten	<ul style="list-style-type: none"> Flexible Arbeitszeiten Eigenverantwortliches Zeitmanagement Einteilung der Arbeitszeiten
<i>Teilzeitarbeit</i>	Möglichkeit zur abgestuften Reduktion der Wochenarbeitszeit	<ul style="list-style-type: none"> Teilzeitarbeit einfacher als im Spital Unterschiedliche Teilzeitpensen Mehr Optionen für Teilzeitarbeit
<i>Gruppenpraxis / kleines Team</i>	Möglichkeit in einer kleinen Gruppe von Ärzten gemeinsam eine Praxis zu führen und die Arbeit in einem kleinen und vertrauten Team auszuüben	<ul style="list-style-type: none"> Arbeiten im kleinen Team Gruppenpraxis im kleinen Team Kleiner Betrieb, vertrautes Personal
<i>Familienkompatibilität</i>	Arbeitstätigkeit sowie Weiter- und Fortbildungen können mit der Familienplanung und den familiären Verpflichtungen in Einklang gebracht werden	<ul style="list-style-type: none"> Vereinbarkeit mit der Familie Individuelle Familienplanung Weiterbildung vereinbar mit Familie
<i>Berufliche und persönliche Befriedigung</i>	Arbeitsumfeld bietet Möglichkeit für die persönliche Entfaltung; Tätigkeit bringt Sinnerfüllung; Ärzte erhalten von Patienten Anerkennung	<ul style="list-style-type: none"> Anerkennung Interessante Tätigkeit Emotionale Befriedigung
<i>Diverses</i>	Aussagen können keiner Kategorie zugeteilt werden	<ul style="list-style-type: none"> Ambulante Medizin Weg vom Spitalstress Sicherheit

heitsbilder zum Inhalt und thematisieren die biographische Perspektive bei der Betreuung von Patienten über eine

längere Lebensspanne und die Möglichkeit eines persönlichen und vertieften Patientenkontakts.

Tab. 2: Kodierleitfaden für die Nennungen zur Frage nach den notwendigen **Kernkompetenzen** für zukünftige Hausärzte

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele
<i>Betriebs- und gesundheitsökonomische sowie (versicherungs-)rechtliche Kompetenzen</i>	Kompetenzen zur betriebswirtschaftlichen Führung der Praxis; Kenntnisse der rechtlichen Grundlagen in Bezug auf die ärztliche Tätigkeit; Umgang mit Versicherungen und Sozialeinrichtungen; Kostenbewusstsein in der ärztlichen Tätigkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Kenntnisse in Management und Praxisführung • Umgang mit Versicherungen, Krankenkassen, Behörden • Kosteneffiziente Behandlung
<i>Breites medizinisches Grundwissen</i>	Breite Basiskenntnisse in vielen Fachdisziplinen, Wissen über häufige und seltene Krankheiten	<ul style="list-style-type: none"> • Gute Kenntnisse der häufigsten Krankheiten • Breites Fachwissen • Breite Aus- und Weiterbildung
<i>Fachspezifische Kompetenzen</i>	Aussagen, die sich auf Kompetenzen in einem konkreten Spezialgebiet der Medizin beziehen, wie z.B. Dermatologie oder Gynäkologie	<ul style="list-style-type: none"> • Solide Ausbildung in Innerer Medizin • Hausarztmedizin • Psychosoziale Zusatzausbildung
<i>Apparative Kompetenzen</i>	Indikationsstellungen für technische Untersuchungen; Fähigkeit die in der Arztpraxis benötigten Apparate zu bedienen sowie die erhobenen Daten zu interpretieren	<ul style="list-style-type: none"> • Sonographie und Röntgen • Technische Fertigkeiten (Labor, Röntgen, Ultraschall) • Interpretation der in der Praxis erhobenen Befunde
<i>Nicht-apparative Kompetenzen</i>	Kompetenz zur Erhebung der Anamnese, des Status, der klinischen Untersuchung sowie alle vom Arzt manuell (ohne technische Hilfsmittel) vorgenommenen Eingriffe, die zur Diagnosestellung und Therapie durchgeführt werden	<ul style="list-style-type: none"> • Psychosoziale Anamnese • Klinische Untersuchung • Kleinchirurgie (Wundversorgung, Exzisionen, Inzisionen)
<i>Ärztliche Basiskompetenz / Triagefähigkeit</i>	Kernkompetenzen des Arztes: Einschätzung der Ernsthaftigkeit der Erkrankung und des Zustandes des Patienten; abwägen, ob der Hausarzt den Patienten selbst behandeln kann, ihn zum Spezialisten schicken muss, oder ob der Patient direkt ins Spital eingeliefert werden sollte	<ul style="list-style-type: none"> • Entscheidung ambulante Behandlung versus Hospitalisation • Selbstständiges Arbeiten • Pragmatisches Vorgehen
<i>Notfallmanagement</i>	Aus- und Weiterbildung in Notfallmedizin sowie deren Anwendung und Ausübung	<ul style="list-style-type: none"> • Notfallmedizin • Sicherheit in der Anwendung wichtiger Notfallmassnahmen • Breite Grundausbildung in der Notfallmedizin
<i>Sozialkompetenz</i>	Verständnisvoller und verantwortungsbewusster Umgang mit Patienten; gutes Zusammenarbeiten mit Praxisangestellten; gute Kooperation mit anderen Fachrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> • Empathie / Einfühlungsvermögen / Taktgefühl • Teamfähigkeit • Kooperationsbereitschaft
<i>Kommunikationskompetenz</i>	Verbale sowie averbale Kommunikation zwischen Arzt und Patient	<ul style="list-style-type: none"> • Fähigkeit, Patienten verständlich zu orientieren • Gute kommunikative Fähigkeiten • Zuhören können, auch was der Patient nicht sagt
<i>Selbstmanagement</i>	Fähigkeit seine eigenen Ressourcen energiesparend und gewinnbringend einzusetzen und Strategien zur Stressbewältigung anzuwenden	<ul style="list-style-type: none"> • Umgang mit Leid • Regenerationsfähigkeit • Fähigkeit zur Abgrenzung
<i>Diverses</i>	Können keiner der oben genannten Kategorien zugeteilt werden	<ul style="list-style-type: none"> • Aktueller Wissensstand • Bescheidenheit • Kritische Durchsicht von Fachliteratur

Die Kategorien eigene *Arbeitszeiteinteilung, Teilzeitarbeit, Gruppenpraxis und Familienkompatibilität* umfassen Antworten, die sich auf strukturelle Aspekte einer Tätigkeit in einer Praxis beziehen. In der Kategorie *berufliche und persönliche Befriedigung* werden Aussagen zu-

sammengefasst, welche die von den Patienten erfahrene Anerkennung und die emotionale Befriedigung thematisieren.

In Tabelle 2 sind die Kategorien und Antworten auf die Frage dargestellt, welche

Kernkompetenzen zukünftige Hausärzte in der Weiterbildung erwerben sollten. Die Kategorie *betriebswirtschaftliche und gesundheitsökonomische sowie (versicherungs-)rechtliche Kompetenzen* umfasst das betriebswirtschaftliche Management einer Praxis, das Kostenbewusstsein in

den Bereichen Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit und ein *Know how* im Umgang mit Krankenkassen und Sozialversicherungen.

Auf die Hausarzt-spezifischen ärztlichen Kompetenzen beziehen sich die Antworten der Kategorien *breites medizinisches Grundwissen, fachspezifische Kompetenzen und (nicht-)apparative Kompetenzen sowie Triagekompetenzen*. Als weitere Kategorie gehört in diesen grösseren Bereich die Kompetenz zum *Notfallmanagement*. Verlangt werden ein breites Fachwissen und gute Kenntnisse der häufigsten Krankheiten, ausserdem eine hohe Kompetenz bezüglich Triage, welche Patienten vom Hausarzt behandelt werden können und welche zu einem Spezialisten oder für eine stationäre Behandlung überwiesen werden müssen.

Von den Hausärzten werden nicht nur fundierte Fachkenntnisse, sondern auch hohe psychosoziale Fähigkeiten erwartet. Die *Sozial- und Kommunikationskompetenz* sowie das *Selbstmanagement* eines Arztes werden als wichtige Kernkompetenzen in der hausärztlichen Praxis eingeschätzt. Diese Aspekte umfassen Teamfähigkeit und Kooperationsbereitschaft sowie ein hohes Einfühlungsvermögen, dem Patienten zuhören und ihn verständlich über seine Krankheit und notwendige Behandlungsschritte orientieren zu können. Ausserdem sind Fähigkeiten zur Abgrenzung und eigenen Erholung notwendig.

Interrater-Reliabilität

Der Übereinstimmungsindex bzw. Cohen's Kappa betrug für *Rater A* mit *B* 0.98 bzw. 0.97, für *Rater A* mit *C* 0.95 bzw. 0.94, für *Rater B* mit *C* 0.97 bzw. 0.96.

Antworthäufigkeiten

Von den 84 Studienteilnehmenden, die eine Tätigkeit in der ärztlichen Grundversorgung anstreben, wurden auf die *Frage nach der Motivation* 254 Antworten (Mittelwert 3.0 pro Person) und auf die *Frage nach Kernkompetenzen*

Key messages

- Zukünftige Hausärzte haben hinsichtlich ihres Weiterbildungscurriculums und ihrer beruflichen Tätigkeit klare Vorstellungen und Erwartungen.
- Wichtigste Motive für eine spätere Hausarztztätigkeit sind Selbstständigkeit, breites Patienten- und Krankheitsspektrum, Langzeitbetreuung, Vielseitigkeit der ärztlichen Tätigkeit und Arzt-Patient-Beziehung.
- Wichtigste zu erwerbende Kernkompetenzen für eine Hausarztztätigkeit sind betriebswirtschaftliche, gesundheitsökonomische und versicherungsrechtliche Kompetenzen, breites medizinisches Grundwissen und hohe Sozialkompetenz.

Tab. 3: Rangfolge der Kategorien zur **Motivation**, Anzahl Nennungen pro Kategorie und Häufigkeitsverteilung aller Nennungen total und nach Geschlecht getrennt

Rang	Kategorie	Total (n = 84) n (%)	Frauen (n = 49) n (%)	Männer (n = 35) n (%)	p
1	Selbstständigkeit	55 (21.7)	30 (19.7)	25 (24.5)	n.s.
2	Breites Patienten- und Krankheitsspektrum	37 (14.6)	22 (14.5)	15 (14.7)	n.s.
3	Langzeitbetreuung	36 (14.2)	23 (15.1)	13 (12.8)	n.s.
4	Vielseitigkeit der ärztlichen Tätigkeit	31 (12.2)	16 (10.5)	15 (14.7)	n.s.
5	Arzt-Patient-Beziehung	22 (8.7)	11 (7.2)	11 (10.7)	n.s.
6	Möglichkeit der eigenen Arbeitszeiteinteilung	17 (6.7)	10 (6.6)	7 (6.8)	n.s.
7	Teilzeitarbeit	15 (5.9)	14 (9.2)	1 (1.0)	<0.01
8	Gruppenpraxis / kleines Team	8 (3.1)	6 (4.0)	2 (2.0)	n.s.
9	Familienkompatibilität	8 (3.1)	8 (5.3)	0 (0)	< 0.05
10	Berufliche und persönliche Befriedigung	6 (2.4)	4 (2.6)	2 (2.0)	n.s.
11	Diverses	19 (7.5)	8 (5.3)	11 (10.8)	n.s.
Total		254 (100.0)	152 (100.0) (59.8)	102 (100.0) (40.2)	

375 Antworten (Mittelwert 4.5 pro Person) gegeben. Einige Personen gaben mehr als 3 bzw. 5 Antworten, manche weniger. Die Inhaltsanalyse der Antworten ergab für jede der beiden Fragen 11 Kategorien (Tab. 1 und 2).

Rangfolge der Kategorien und Häufigkeitsverteilung der Antworten nach Geschlecht

In Tabelle 3 und 4 sind die Antwortkategorien für die beiden Fragen in der Rangfolge der Häufigkeit der Nennungen für die Gesamtstichprobe und nach Geschlecht dargestellt. Es zeigt sich, dass für zukünftige Hausärzte die Selbstständigkeit in ihrer ärztlichen Tätigkeit der wichtigste *Motivationsfaktor* für die Wahl dieses Fachgebietes darstellt. Ein

Fünftel aller Nennungen fielen in diese Kategorie. Weitere motivierende Faktoren für die Hausarztmedizin sind das breite Patienten- und Krankheitsspektrum, die Möglichkeit, Patienten über einen längeren Zeitraum zu begleiten und die Vielseitigkeit einer hausärztlichen Tätigkeit. Auch die intensive Arzt-Patient-Beziehung wird als besonderes Merkmal geschätzt. Für Ärztinnen sind die Aussicht, teilszeitlich in einer Hausarztpraxis tätig zu sein, und die Möglichkeit, Berufstätigkeit und familiäre Verpflichtungen zu vereinbaren, motivierende Aspekte für die Hausarztmedizin. Diese beiden Faktoren sind für Ärztinnen wichtiger als für Ärzte.

Auf die Frage, welche *Kernkompetenzen* zukünftige Hausärzte im Rahmen ihrer

Tab. 4: Rangfolge der Kategorien zu **Kernkompetenzen**, Anzahl Nennungen pro Kategorie und Häufigkeitsverteilung aller Nennungen total und nach Geschlecht getrennt

Rang	Kategorie	Total (n = 84) n (%)	Frauen (n = 49) n (%)	Männer (n = 35) n (%)	p
1	Betriebswirtschaftliche und gesundheitsökonomische sowie (versicherungs-)rechtliche Kompetenzen	61 (16.3)	35 (15.8)	26 (17.0)	n.s.
2	Breites medizinisches Grundwissen	53 (14.1)	30 (13.5)	23 (15.0)	n.s.
3	Sozialkompetenz	53 (14.1)	32 (14.4)	21 (13.7)	n.s.
4	Fachspezifische Kompetenzen	40 (10.7)	25 (11.2)	15 (9.8)	n.s.
5	Nicht-apparative Kompetenzen	37 (9.9)	23 (10.4)	14 (9.2)	n.s.
6	Kommunikationskompetenz	31 (8.3)	21 (9.5)	10 (6.6)	n.s.
7	Ärztliche Basiskompetenz / Triagefähigkeit	29 (7.7)	17 (7.7)	12 (7.8)	n.s.
8	Selbstmanagement	27 (7.2)	16 (7.2)	11 (7.2)	n.s.
9	Apparative Kompetenzen	18 (4.8)	10 (4.5)	8 (5.2)	n.s.
10	Notfallmanagement	13 (3.5)	6 (2.7)	7 (4.6)	n.s.
11	Diverses	13 (3.5)	7 (3.1)	6 (3.9)	n.s.
	Total	375 (100.0)	222 (100.0) (59.2)	153 (100.0) (40.8)	

Aus- und Weiterbildung erwerben sollten, wurden betriebswirtschaftliche, gesundheitsökonomische sowie (versicherungs-)rechtliche Kompetenzen am häufigsten genannt. Ein breites medizinisches Grundwissen und eine hohe Sozialkompetenz wurden ebenfalls als wichtige Kernkompetenzen eingeschätzt. An vierter Stelle folgten Nennungen zu Hausarzt spezifischen Fachkompetenzen. Zwischen Ärztinnen und Ärzten zeigten sich keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Einschätzung von Kernkompetenzen für eine zukünftige Hausarztztätigkeit.

Diskussion

Die vorliegende Studie basiert auf qualitativen Daten, die bei der vierten Befragung im Rahmen einer prospektiven Studie zur beruflichen Entwicklung junger Ärztinnen und Ärzte in der Deutschschweiz («Karrierestudie») erhoben wurden. Die Fragen zur Motivation für eine spätere Hausarztztätigkeit und zu den Kernkompetenzen zukünftiger Grundversorger beantworteten nur diejenigen 84 Teilnehmenden der «Karrierestudie», die in Zukunft als Fachärzte für Allgemeinmedizin oder Allgemeine Innere Medizin eine Hausarztpraxis führen möchten.

Wie in den meisten qualitativen Studien, werden auch in der vorliegenden Untersuchung von relativ wenigen Teilnehmenden viele differenzierte Ergebnisse berichtet, was eine Generalisierung auf die Population von Hausärzten erschwert. Die quantitative Auswertung der qualitativen Daten erfolgte unter dem Aspekt einer zusammenfassenden Darstellung der gefundenen Resultate.

Nachwuchs in der Hausarztmedizin

In unserer Karrierestudie streben nur 16% der Teilnehmenden eine Hausarztztätigkeit an. Entsprechend dem Praxisbarometer [3] waren im Jahr 2007 von allen Praxiseröffnungen in der Schweiz 28% Hausarztpraxen. Dieser Prozentsatz ist zu gering, um die bevorstehenden altersbedingten Rücktritte der jetzigen Hausärztegeneration zu ersetzen. Um den aktuellen Bestand an Hausärzten (0.61 Hausärzte/1000 Einwohner [23]) zu erhalten, müssten jährlich ca. 160 neue Hausarztpraxen eröffnet werden. In Deutschland ist die Zahl der Facharztanerkennungen für «Allgemeinmedizin» und «Innere und Allgemeinmedizin» (Hausarzt) seit 2004 um die Hälfte auf 1385 im Jahr 2006 zurückgegangen [24]; dies sind nur 12% aller neu verliehenen Facharztstitel. Hingegen ist die Zahl der

Hausarztanwärter in Ländern mit staatlichen Gesundheitswesen wie Skandinavien [25] oder die Niederlande [26] mit ca. 25% eines Jahrgangs konstant, in Grossbritannien sogar eher steigend [16,27].

Feminisierung

Wie in vielen westlichen Ländern ist der Anteil von Frauen in der Ärzteschaft auch in der Schweiz in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen [24,25,28,29]. Von den zukünftigen Hausärzten unserer «Karrierestudie» sind 58% Frauen. Als Motive für den Entscheid, eine hausärztliche Tätigkeit auszuüben, geben Ärztinnen neben fachspezifischen Merkmalen signifikant häufiger als ihre Kollegen *strukturelle Aspekte* als wichtige Kriterien an: Die Möglichkeit, die eigene Arbeitszeit selbst zu bestimmen, Teilzeit und in einer Gruppenpraxis arbeiten zu können, um Beruf und Familie zu vereinbaren. Viele junge Ärztinnen möchten nach der Familiengründung nur noch Teilzeit arbeiten bzw. ihre Arbeitszeiten flexibel an ihre jeweilige Lebenssituation anpassen. Ähnliche Ergebnisse werden auch aus anderen Ländern berichtet [16,26,30–33]. Wie einzelne Studien zeigen, wählen Frauen u.a. die Fachgebiete Allgemeinmedizin oder Allgemeine Innere Medizin deshalb, weil bereits die Weiterbildung leichter in Teilzeit absolviert werden kann als in vielen Spezialfächern [5,34].

Motivation für eine Hausarztztätigkeit

Als häufigstes Motiv für eine zukünftige Hausarztztätigkeit werden von Ärztinnen und Ärzten in unserer Studie die *Selbstständigkeit* genannt. Ein Fünftel aller Nennungen fällt in diese Kategorie. Grundsätzlich sind alle Fachärzte, die in eigener Praxis arbeiten, selbstständige Unternehmer. Aus den Antworten lässt sich nicht genau ableiten, weshalb dieser Aspekt zukünftigen Hausärzten so wichtig erscheint. Möglicherweise spiegelt die als hoch eingestufte Selbstständigkeit der

Hausärzte persönliche Neigungen der zukünftigen Grundversorger wieder. Derzeit besteht ein Nachwuchsmangel für Hausarztpraxen, sodass der Konkurrenzdruck in diesem Bereich der ambulanten Medizin geringer ist als in manchen «überlaufenen» Spezialfächern. Allenfalls spielen auch finanzielle Aspekte eine Rolle. Im Vergleich zu einer Spezialarztpraxis sind die Investitions- und Amortisationskosten für eine Hausarztpraxis niedriger. Allerdings figurieren die Durchschnittseinkommen der Hausärzte am unteren Ende der Liste aller Fachdisziplinen. Möglicherweise spielt das «Geldverdienen» für zukünftige Hausärzte eine weniger wichtige Rolle als für zahlreiche Spezialisten. Der geringere Konkurrenzdruck und die niedrigere finanzielle Belastung geben dem Hausarzt mehr Spielraum in der Ausübung seiner ärztlichen Tätigkeit. Bevorzugtes Modell der beruflichen Tätigkeit für die jüngere Ärztegeneration ist eine *Gruppenpraxis* entweder mit anderen Hausärzten oder zwischen Hausärzten und verschiedenen Spezialisten [14]. Finanzielle Aspekte spielen auch hier eine gewisse Rolle, Infrastrukturkosten können auf mehrere Ärzte verteilt werden. Viel wichtiger für die jungen Kolleginnen und Kollegen ist aber die Arbeit im Team, der fachliche Austausch und die Möglichkeit, sich wechselseitig zu vertreten; das «Einzelkämpfertum» der älteren Hausärztegeneration scheint für die zukünftige nicht mehr von Bedeutung. Das Modell der Hausarztgruppenpraxen hat sich in anderen Ländern schon seit längerer Zeit bewährt [16,30].

Neben diesen strukturellen Aspekten werden folgende fachspezifischen Faktoren von unseren Studienteilnehmenden wie auch von anderen Autoren als zentrale Motive für eine hausärztliche Tätigkeit genannt: *Behandlung und Betreuung von Patienten unterschiedlichen Alters, Geschlechts und sozialer Herkunft mit verschiedenen Krankheitsbildern über einen längeren Zeitraum* [7,8,14,15]. In der Grundversorgung stehen die Indi-

vidualmedizin, Langzeitbetreuung und Ganzheitlichkeit im Vordergrund, während in der hoch technisierten und spezialisierten Medizin ambulant und stationär Krankheitszentriertheit und Kurzzeitbehandlung immer mehr dominieren.

Kernkompetenzen für eine Hausarztztätigkeit

Die Prinzipien von Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit diagnostischer Verfahren und therapeutischer Massnahmen haben in den vergangenen Jahren im Gesundheitswesen zunehmende Bedeutung erlangt. Daher überrascht es nicht, dass zukünftige Hausärzte in der Weiterbildung vermehrt *betriebswirtschaftliche, gesundheitsökonomische und (versicherungs-) rechtliche Kompetenzen* erwerben wollen. Aus der Sicht zukünftiger Hausärzte werden betriebswirtschaftliche Kenntnisse zum Führen einer Praxis und gesundheitsökonomische Kenntnisse über die Kosten ärztlicher Behandlungen sowie Aspekte der Zusammenarbeit mit verschiedenen Spezialisten und verschiedenen Berufsgruppen (Pflegefachpersonen, Physio- und Ergotherapeuten, Spitex und Sozialarbeit) in der Weiterbildung zu wenig vermittelt. Diese Kompetenzen müssen gegenwärtig ausserhalb des vorgeschriebenen Weiterbildungscurriculums erworben werden. Nur zum Teil erfolgt dies in den von den kantonalen Ärztegesellschaften angebotenen Praxisseminaren, deren Besuch nur bei der Eröffnung einer eigenen Praxis obligatorisch ist.

Im Medizinstudium ebenso wie in der postgradualen Weiterbildung werden mehrheitlich Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten der hoch spezialisierten Medizin gelehrt. In der Spitalmedizin wird teilweise zu wenig vermittelt, wie sich einzelne Spezialkenntnisse in eine Gesamtbeurteilung des Patienten integrieren lassen; es besteht die Tendenz, dass jeder Spezialist nur in seinem Spezialgebiet denkt und keine Gesamtver-

antwortung für den Patienten als kranke Person übernimmt. Ein Hausarzt muss in der Regel mit Anamnese, Status und einfachen apparativen Untersuchungen eine Diagnose stellen. Er muss unter einer Vielzahl von Bagatellerkrankungen erkennen, wann Symptome ein komplexes medizinisches Problem darstellen und einer weitergehenden Diagnostik und Behandlung bedürfen. Ausserdem obliegt dem Hausarzt bei der Begleitung polymorbider Patienten die Rolle des Koordinators im Beziehungsnetz mit Spezialisten und/oder Spitälern. Hausärzte müssen sich demzufolge in verschiedenen Fachgebieten ein *breites medizinisches Wissen* und Rüstzeug für die spezifisch hausärztliche Tätigkeit erwerben. Dieser Erwartung der Hausärzte an sich und ihre Tätigkeit steht die derzeitige gesundheitspolitische Tendenz entgegen, dem Hausärztemangel dadurch zu begegnen, dass nur noch eine dreijährige «Schmalspur»-Weiterbildung zum praktischen Arzt als zukünftigem Hausarzt gefordert wird. Eine sog. «schlanke» Hausarztweiterbildung wird die Attraktivität der Hausarztmedizin eher senken als fördern.

Zukünftige Hausärzte schätzen *soziale und kommunikative Kompetenzen* ebenfalls als wichtig ein. Wie Untersuchungen zeigen, wurde lange Zeit die Vermittlung psychosozialer Fähigkeiten und Fertigkeiten im Medizinstudium vernachlässigt [35,36], sodass junge Ärzte beim Berufseintritt oftmals gerade in der Gestaltung der Arzt-Patient-Beziehung Schwierigkeiten erlebten. Im Rahmen der Reform des Medizinstudiums in der Schweiz und in Deutschland wurden vermehrt Seminare und Kurse zur Einübung psychosozialer und ethischer Kompetenzen ins Curriculum aufgenommen. Leider gibt es erst ansatzweise Weiterbildungsbausteine für Gesprächstechniken und Gestaltung der Arzt-Patient-Beziehung für Ärzte in Weiter- und Fortbildung [37,38].

Es gibt viele Studien über Burnout bei Ärzten, insbesondere auch bei Hausärzten [39,40]. Jungen Ärzten ist die Gefahr

eines Burnouts bewusst. Sie erachten es deshalb als wichtig, dass sie bereits in der Weiterbildung zu gutem *Selbstmanagement* angeleitet werden. In der eigenen Praxis sind sie für die Etablierung von beruflichen Rahmenbedingungen, die eine ausgewogene *Work-Life-Balance* garantieren, selbst verantwortlich.

Schlussfolgerung

Schlüsselmotive für die Wahl einer späteren Hausarztstätigkeit sind die Behandlung und Betreuung von Patienten unterschiedlichen Alters, Geschlechts und sozialer Herkunft mit unterschiedlichen Krankheitsbildern über einen längeren Zeitraum. Dies sind eigentlich Kernelemente des Arztberufes überhaupt.

Im Gegensatz zu früher bietet eine Hausarztpraxis heute eine hohe Gestaltungsfreiheit beispielsweise bezüglich Praxisstruktur, Praxisorganisation (Gruppenpraxis) und Arbeitszeit. Diese Faktoren tragen zu einer besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie sowie einer ausgeglichenen *Work-Life-Balance* bei und machen die Tätigkeit in der ärztlichen Grundversorgung für die Zukunft attraktiver.

Dank

Für die Beratung bei der Entwicklung der Fragen für die zukünftigen Hausärzte danken wir Dr. phil. Beat Sottas, Dr. iur. Catherine Gasser und lic. phil. Maria Hodel, Bundesamt für Gesundheit (BAG); lic. phil. Martina Hersperger (FMH); Dr. med. Philip Dreiding, Dr. med. Franz Marty und Dr. med. Marco Zoller, Schweizerische Gesellschaft für Allgemeinmedizin.

Die Studie wurde durch Forschungskredite des Schweizerischen Nationalfonds (SNF Nr. 3200-061906.00 und 3200 BO-102130), des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), der Foederatio Medicorum Helveticorum (FMH) und des Verbandes Schweizer Assistenz- und Oberärzte (VSAO) gefördert.

Summary

Purpose: The aim of the present study was to investigate the motivation of young physicians to work in family medicine/general practice and the skills to be acquired during residency.

Methods: As part of a prospective study on career determinants in young physicians starting in 2001, 84 future family physicians at the end of their residency were asked about their motivation for specialty choice and about core competencies in general practice. Content analysis was applied to assign the answers given to open questions to inductively defined categories.

Results: The 254 answers concerning the motivation for specialty choice of general medicine or general internal medicine, and the 375 answers concerning core competencies of a family physician were assigned to eleven categories. The most frequently named motives fall into the categories «independence», «broad spectrum of patients and diseases», «long-term care», «variety of medical practice» and «physician-patient-relationship». The most frequently named core competencies fall into the categories «economic, health economic and insurance related competencies», «broad medical knowledge» and «social competence».

Conclusion: Motivation for working in general practice and the core competencies to be acquired stand for a patient centered conception of the medical profession. They also imply personal responsibility and latitude in medical practice.

Key words: family physician – motivation for family medicine – core competencies for family medicine

Résumé

Introduction: Le but de cette étude était d'investiguer les motifs pour lesquels de jeunes médecins aspirent à une activité en médecine de famille ainsi que les connaissances et compétences

qui devraient être enseignées durant leur assistantat.

Méthodes: Dans le cadre d'une étude prospective sur les déterminants du développement de carrière de jeunes médecins initiée en 2001, 84 futurs médecins de famille à la fin de leur assistantat étaient questionnés sur leurs motifs de choix de spécialisation et sur les compétences principales d'un médecin de famille. Les réponses sur les questions ouvertes étaient attribuées à des catégories formées inductivement selon la méthode d'analyse du contenu.

Résultats: Les 254 réponses concernant les motifs pour le choix de spécialisation ainsi que les 375 réponses concernant les compétences principales d'un médecin de famille étaient attribuées respectivement à onze catégories. Les motifs nommés le plus souvent appartiennent aux catégories «indépendance», «large spectre de patients et de maladies», «soins à long-terme», «activité médicale variée» et «relation médecin-patient». Les compétences principales nommées le plus souvent font partie des catégories «compétences en économie, en économie de santé et en droit d'assurance», «larges connaissances médicales de base» et «compétence sociale».

Conclusion: Les motifs pour une activité en médecine de famille et les compétences à acquérir correspondent à une image d'un médecin orienté vers le patient. Ils sont orientés vers une activité médicale basée sur la responsabilité personnelle.

Mots-clés: médecine de famille – motifs pour une activité en médecine de famille – compétences principales pour la médecine de famille

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Barbara Buddeberg-Fischer
Psychosoziale Medizin
Universitätsspital Zürich
Haldenbachstrasse 18
8091 Zürich

barbara.buddeberg@usz.ch

Bibliographie

1. Marty F. Praxiseröffnungsinserate in der Schweizerischen Ärzteschaft von Mitte 1997 bis Ende 2004. *PrimCare* 2005;5(21):478-480.
2. Marty F. Praxisbarometer Ende 2005: anhaltend wenig Praxiseröffnungen. *PrimCare* 2006;6(5):97.
3. Marty F. Praxisbarometer 2007. *PrimCare* 2008;8(7):127-128.
4. Joyce CM, McNeil JJ. Fewer medical graduates are choosing general practice: a comparison of four cohorts, 1980–1995. *MJA* 2006;185(2):102-104.
5. Lambert TJ, Goldacre MJ, Turner G. Career choices of United Kingdom medical graduates of 2002: questionnaire survey. *Med Educ* 2006;40:514-521.
6. Wendt C. Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich. Ein Überblick über den Forschungsstand. *Gesundheitswesen* 2006;68:593-599.
7. Buddeberg-Fischer B, Stamm M, Marty F. Family Medicine in Switzerland: Training experiences in medical school and residency. *Fam Med* 2007;39(9):651-655.
8. Buddeberg-Fischer B, Stamm M, Buddeberg C, Klaghofer R. The new generation of family physicians - career motivation, life goals and work-life balance. *Swiss Med Wkly* 2008;138(21-22):305-312.
9. Walker K. Primary care is dying in the United States: mutatis mutandis. *Med Educ* 2006;40:9-11.
10. Whitcomb ME, Cohen JJ. The future of primary care medicine. *New Engl J Med* 2004;351(7):710-712.
11. Hasler N. Einkommensverhältnisse der freien Ärzteschaft der Schweiz in den Jahren 2001 und 2002. *Schweiz Ärzteztg.* 2006;87(3):87-93.
12. Newton DA, Grayson MS, Foster Thompson L. The variable influence of lifestyle and income on medical students' career choices: data from two U.S. medical schools, 1998-2004. *Acad Med* 2005;80(9):809-814.
13. Dorsey ER, Jarjoura D, Rutecki GW. The influence of controllable lifestyle and sex on the specialty choices of graduating U.S. medical students, 1996-2003. *Acad Med* 2005;80(9):791-796.
14. Buddeberg-Fischer B, Stamm M, Buddeberg C, Klaghofer R. Möglichkeiten zur Attraktivitätssteigerung der Hausarztmedizin aus Sicht junger Ärztinnen und Ärzte. *Gesundheitswesen.* 2008;70:123-128.
15. Stokes T, Tarrant C, Mainous A, Schers H, Freeman G, Baker R. Continuity of care: is the personal doctor still important? A survey of general practitioners and family physicians in England and Wales, the United States, and the Netherlands. *Ann Fam Med* 2005;3(4):353-359.
16. Jones L, Fisher T. Workforce trend in general practice in the UK: results from a longitudinal study of doctors' careers. *Br J Gen Pract.* 2006;56:134-136.
17. Buddeberg-Fischer B, Dietz C, Klaghofer R, Buddeberg C. Swiss residents' arguments for and against a career in medicine. *BMC Health Serv Res* 2006;6(98).
18. Buddeberg-Fischer B, Klaghofer R, Abel T, Buddeberg C. The influence of gender and personality traits on the career planning of medical students. *Swiss Med Wkly* 2003;133:535-540.
19. Buddeberg-Fischer B, Klaghofer R, Abel T, Buddeberg C. Junior physicians' workplace experiences in clinical fields in German-speaking Switzerland. *Swiss Med Wkly* 2005;135(1-2):19-26.
20. Buddeberg-Fischer B, Klaghofer R, Abel T, Buddeberg C. Swiss residents' speciality choices - impact of gender, personality traits, career motivation and life goals. *BMC Health Serv Res* 2006;6(137).
21. Buddeberg-Fischer B, Klaghofer R, Stamm M, et al. Primary Care in Switzerland - no longer attractive for young physicians? *Swiss Med Wkly.* 2006;136:416-424.
22. Mayring P. *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken.* 7. Aufl. Weinheim: Beltz, Deutscher Studienverlag; 2000.
23. OBSAN. AllgemeinpraktikerInnen in privater Praxis pro 1000 Einwohner. 2006. Available at: http://www.obsan.ch/monitoring/statistiken/5_1_2_/2006/d/512.pdf
24. Bundesärztekammer. *Ärzttestatistik 2006.* Available at: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3.5008>.
25. Nordic Medical Associations. Physicians in the Nordic countries. Available at: http://www.legeforeningen.no/assets/nordiskalakarfakta2003_english.pdf.
26. Soethout M, van der Wal G, ten Cate T. Career goals and choice of profession among recently graduated physicians. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2007;151(38):2118-2123.
27. Sinclair HK, Ritchie LD, Lee AJ. A future career in general practice? A longitudinal study of medical students and pre-registration house officers. *Eur J Gen Pract* 2006;12(3):120-127.
28. Foederatio Medicorum Helveticorum (FMH). *FMH-Ärzttestatistik 2007.* *Schweiz Ärzteztg* 2008;89(12/13):483-503.
29. British Medical Association. *BMA Cohort Study of 1995 Medical Graduates.* London: British Medical Association, Health Policy & Economic Research Unit; June 2005. Tenth report.
30. Mayorova T, Stevens F, Scherpbier A, van der Velden L, van der Zee J. Gender-related differences in general practice preferences: longitudinal evidence from the Netherlands 1982-2001. *Health Policy* 2005;72(1):73-80.
31. McKinstry B, Colthart I, Elliott K, Hunter C. The feminization of the medical work force, implications for Scottish primary care: a survey of Scottish general practitioners. *BMC Health Serv Res* 2006;6:56.
32. Gensch K. Veränderte Berufsentscheidung junger Ärzte und mögliche Konsequenzen für das zukünftige ärztliche Versorgungsangebot. Ergebnisse einer anonymen Befragung. *Gesundheitswesen* 2007;69:359-370.
33. Gravelle H, Hole AR. The work hours of GPs: survey of English GPs. *Br J Gen Pract* 2007;57(535):96-100.
34. Heuss LT, Hänggeli C. Open access to part-time specialist training - the Swiss experience. *Swiss Med Wkly* 2003;133:263-266.
35. Jungbauer J, Alfermann D, Kamenik C, Brähler E. Vermittlung psychosozialer Kompetenzen mangelhaft. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2003;53:319-321.
36. Jungbauer J, Kamenik C, Alfermann D, Brähler E. Wie bewerten angehende Ärzte rückblickend ihr Medizinstudium? Ergebnisse einer Absolventenbefragung. *Gesundheitswesen* 2004;66:51-56.
37. Schmid Mast A, Kindlimann A, Langewitz W. Recipients' perspective on breaking bad news: how you put it really makes a difference. *Patient Educ Couns* 2005;58(3):244-251.
38. Weber H, Stöckli M, Nübling M, Langewitz W. Communication during ward rounds in internal medicine. An analysis of patient-nurse-physician interactions using RIAS. *Patient Educ Couns* 2007;67(3):343-348.
39. Goehring C, Bouvier Gallacchi M, Künzi B, Bovier P. Psychosocial and professional characteristics of burnout in Swiss primary care practitioners: a cross-sectional survey. *Swiss Med Wkly* 2005;135(7-8):101-108.
40. Kjeldmand D, Holmström I. Balint groups as a means to increase job satisfaction and prevent burnout among general practitioners. *Ann Fam Med* 2008;6(2):138-145.