

Qualitätstransparenz in der Hausarztmedizin: Ergebnisse der repräsentativen Befragung

Riedel, Matthias; Neuenschwander, Peter

Forschungsbericht / research report

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:

SSG Sozialwissenschaften, USB Köln

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Riedel, M., & Neuenschwander, P. (2010). *Qualitätstransparenz in der Hausarztmedizin: Ergebnisse der repräsentativen Befragung*. Bern: Berner Fachhochschule, FB Soziale Arbeit. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-325117>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.



Qualitätstransparenz in der Hausarztmedizin

Ergebnisse der repräsentativen Befragung

Matthias Riedel & Peter Neuenschwander

16. Juni 2010



Zur Erleichterung der Lesbarkeit wird in diesem Bericht zum Teil die männliche, zum Teil die weibliche Bezeichnung verwendet. In der Regel wird von Hausärztinnen und Spezialisten gesprochen. Selbstverständlich ist das jeweils andere Geschlecht mitgemeint.

Als Hausärztinnen werden, gemäss Definition der FMH, Ärztinnen im ambulanten Sektor mit den Hauptfachgebieten Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin und praktische Ärztinnen bezeichnet.

An der Realisierung dieser Studie haben verschiedene Personen aktiv mitgearbeitet. Wir möchten uns an dieser Stelle herzlich bedanken bei

- den Mitgliedern der begleitenden Arbeitsgruppe: Lea Schläpfer, Dr. med. Patrick Bovier, Dr. med. Hans-Anton Vogel (FMH-DDQ/AGQ) sowie Erika Ziltener (Dachverband Schweizerischer Patientenstellen)
- Anja Winkelmann und Arianne Cisneros (BFH), für die Auswertung der offenen Fragen, die Erstellung von Excel-Diagrammen und das Schlusslayout sowie Dr. Sonia Pellegrini (BFH) für die Übertragung des Fragenbogens ins Französische



Inhaltsverzeichnis

1	Ausgangslage	5
1.1	Zielsetzungen und Fragestellungen	6
2	Methodisches Vorgehen	7
2.1	Durchführung der Haupterhebung	8
2.2	Angewandte statistische Verfahren	9
2.3	Vergleich Grundgesamtheit – Stichprobe	9
3	Ergebnisse	13
3.1	Allgemeine Angaben zum derzeitigen Hausarzt	13
3.2	Information: Was wollen die Befragten von ihrem Hausarzt erfahren?	18
3.2.1	Wie die Befragten zu ihrem Hausarzt gekommen sind	18
3.2.2	Informationskanäle für die Hausarztsuche	20
3.2.3	Erwünschte Informationen über Hausärzte	25
3.3	Qualität: Was macht einen guten Hausarzt aus?	29
3.3.1	Qualität von Hausärzten und ihrer Praxis	30
3.3.2	Fehler bei Diagnosen oder Behandlungen	36
3.4	Informationsbedarf und Qualitätskriterien bei Spezialisten	39
4	Zusammenfassung	43

Verwendete Literatur

Anhang



Tabellenverzeichnis

TABELLE 1: VERGLEICH GRUNDGESAMTHEIT – STICHPROBE: GESCHLECHT	10
TABELLE 2: ZUSAMMENHANG VON GESCHLECHT DES HAUSARZTES UND GESCHLECHT DER BEFRAGTEN	14
TABELLE 3: ZUSAMMENHANG VON ARZTSUCHE IM INTERNET UND ALTER DER BEFRAGTEN.....	23
TABELLE 4: ZUSAMMENHANG VON ARZTSUCHE IM INTERNET UND BILDUNGSABSCHLUSS DER BEFRAGTEN	23
TABELLE 5: ALTER DER HAUSARZTPATIENTINNEN UND INFORMATIONSWUSCH BEZÜGLICH ANGEBOT VON HAUSARZTBESUCHEN.....	28

Abbildungsverzeichnis

ABBILDUNG 1: GENERIERUNG DER STICHPROBE	8
ABBILDUNG 2: VERGLEICH GRUNDGESAMTHEIT – STICHPROBE: ALTER	9
ABBILDUNG 3: VERGLEICH GRUNDGESAMTHEIT – STICHPROBE: BILDUNG.....	11
ABBILDUNG 4: VERGLEICH GRUNDGESAMTHEIT – STICHPROBE: GEMEINDEGRÖSSE	11
ABBILDUNG 5: VERGLEICH GRUNDGESAMTHEIT – STICHPROBE: EINSCHÄTZUNG DES GESUNDHEITZUSTANDES	12
ABBILDUNG 7: WICHTIGKEIT DES HAUSARZTGESCHLECHTS.....	14
ABBILDUNG 8: WIE LANGE GEHEN SIE SCHON ZUM IHREM HAUSARZT?	15
ABBILDUNG 9: ZUFRIEDENHEIT MIT DEM HAUSARZT UND SEINER PRAXIS	15
ABBILDUNG 11: ZUFRIEDENHEIT MIT DER HAUSARZTLEISTUNG IN SCHWIERIGEN FÄLLEN.....	17
ABBILDUNG 12: HÄUFIGKEIT DER HAUSARZTBESUCHE	17
ABBILDUNG 13: AUSWAHL DES AKTUELLEN HAUSARZTES	19
ABBILDUNG 14: INFORMATIONSKANÄLE BEI DER HAUSARZTSUCHE	20
ABBILDUNG 15: VERTRAUEN IN UNTERSCHIEDLICHE INFORMATIONSKANÄLE	21
ABBILDUNG 16: ARZTSUCHE IM INTERNET	22
ABBILDUNG 17: BENUTZTE WEBSITES BEI DER ARZTSUCHE	24
ABBILDUNG 18: BEURTEILUNG VON BEWERTUNGSSEITEN.....	25
ABBILDUNG 19: ERWÜNSCHTE INFORMATIONEN ÜBER HAUSÄRZTE.....	26
ABBILDUNG 20: BEURTEILUNG DES INFORMATIONSANGEBOTES.....	29
ABBILDUNG 21: WAS MACHT EINEN GUTEN HAUSARZT AUS? (I).....	30
ABBILDUNG 22: WAS MACHT EINEN GUTEN HAUSARZT AUS? (II).....	31
ABBILDUNG 24: QUALITÄTSKRITERIEN VON HAUSARZTPRAXEN	34
ABBILDUNG 25: HÄUFIGKEIT VON DIAGNOSE- ODER BEHANDLUNGSFEHLERN	36
ABBILDUNG 26: AUSMASS DER DIAGNOSE- BZW. BEHANDLUNGSFEHLER.....	37
ABBILDUNG 27: UMGANG MIT DIAGNOSE- BZW. BEHANDLUNGSFEHLERN	37
ABBILDUNG 29: WAS MACHT EINEN GUTEN SPEZIALISTEN BZW. EINE GUTE HAUSÄRZTIN AUS?	40
ABBILDUNG 30: INFORMATIONSKANÄLE BEI DER SUCHE NACH EINEM SPEZIALISTEN BZW. EINER HAUSÄRZTIN.....	42



1 Ausgangslage

Die Untersuchung von Fragen zur Qualitätstransparenz in der Hausarztmedizin erfolgte in zwei Schritten. In einem ersten qualitativen Schritt wurden im Zeitraum von Mitte September bis Mitte Dezember 2008 sieben Fokusgruppen zu dieser Thematik durchgeführt. In einem zweiten Schritt erfolgte eine repräsentative Befragung der Deutschschweizer und Westschweizer Bevölkerung. Die Darstellung der Ergebnisse dieser Befragung steht im Zentrum dieses Berichtes.

Die detaillierten Ergebnisse der qualitativ ausgerichteten Evaluation wurden in einem Ende März 2009 fertig gestellten Schlussbericht dargestellt (vgl. Neuenschwander & Riedel 2009a). Auf der Grundlage dieser Untersuchung wurde zudem in der Schweiz. Ärztezeitung Nr. 18/2009 ein Artikel mit dem Titel „Was Patienten über ihren Hausarzt wissen wollen: eine qualitative Studie“ veröffentlicht (vgl. Neuenschwander & Riedel 2009b). Zu guter Letzt stellten die beiden Autoren ihre Ergebnisse am Treffen der Qualitätsverantwortlichen der Ärzteschaft vom 7. Mai 2009 in Bern vor.

Die wichtigsten Resultate der ersten Teilstudie lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Aspekte zum Thema Information: Am häufigsten wenden sich PatientInnen bei der Suche nach einer neuen Hausärztin an persönlich näher bekannte Personen, oder an Institutionen des Gesundheitswesens (insb. Spitäler und Krankenkassen) wie auch Gemeindeverwaltungen. Die meisten PatientInnen bekunden grosse Mühe damit, die bestehenden Möglichkeiten, sich über die Qualität von Hausärztinnen zu informieren, zu beurteilen. Sollten entsprechende Informationen – zum Beispiel im Internet – zur Verfügung gestellt werden, ist es für PatientInnen wichtig, dass Informationen zu Hausärztinnen von einer seriösen, vertrauenswürdigen Quelle stammen.

Aspekte zum Thema Qualität: Auf die in den Gruppendiskussionen offen gestellte Frage, was eine gute Hausärztin ausmacht, wird am häufigsten geantwortet, dass sich eine gute Hausärztin Zeit nehmen und die Anliegen ihrer PatientInnen ernst nehmen sollte. Eine gute Hausärztin zeigt also Interesse an den Sorgen der PatientInnen, hört aufmerksam zu und spricht offen und verständlich mit ihnen. Insofern stellt eine transparente, auf gegenseitigem Vertrauen basierende Interaktion und Kommunikation zwischen Hausärztin und PatientInnen *das* zentrale Kriterium in der Hausarztmedizin dar.

Aspekte zum Thema Hausarzt-Patient-Verhältnis: Aufgrund verschiedener Aspekte weist das Verhältnis zwischen Hausärztinnen und PatientInnen deutlich über ein reines Dienstleistungsmodell hinaus. Wie dieses Verhältnis beurteilt wird, ist dabei abhängig von der Häufigkeit der Hausarztbesuche, der Art der vorliegenden Erkrankung sowie der Dauer des Kontaktes zur Hausärztin. In Bezug auf die Einschätzung dieser Frage konnte kein Generationsunterschied festgestellt werden: jüngere PatientInnen nehmen ihre Hausärztin nicht häufiger als Dienstleisterin wahr als ältere.

Im Juli 2009 hat sich die FMH entschieden, den bereits in der ersten Evaluationsofferte angedachten zweiten Schritt der Untersuchung zu realisieren. In diesem Zusammenhang wurde eine in die Breite gehende quantitative Untersuchung angestrebt, um auf diese Art und Weise für zentrale Merkmale ein repräsentatives Bild in der Deutsch- und Westschweiz zu erhalten. Auf Wunsch der FMH fokussiert sich die repräsentative Studie nicht ausschliesslich auf Hausärztinnen, sondern es wurden zusätzliche Fragen zu Spezialisten aufgenommen. Erneut wurde der Berner Fachhochschule (BFH) der Auftrag zur Erstellung einer solchen Studie erteilt.



1.1 Zielsetzungen und Fragestellungen

In der zweiten, repräsentativen Teilstudie wird dieselbe Zielsetzung wie in der qualitativ ausgerichteten Evaluation verfolgt: Im Zentrum steht die Erarbeitung von Grundlagen, die von der FMH genutzt werden können bei ihrer Entscheidung, welche Qualitätsdaten bzw. -informationen der Öffentlichkeit in welcher Form zugänglich gemacht werden sollen.

Insofern bleiben die in diesem zweiten Untersuchungsschritt im Vordergrund stehenden Fragestellungen gegenüber der ersten Teilstudie weitgehend unverändert. Im Zentrum stehen nach wie vor die Informationskanäle und -bedürfnisse der Befragten sowie deren Beurteilung von Qualitätskriterien. Aus methodischen Gründen (vgl. Kap. 2) konnten zwei Fragestellungen aus der ersten Teilstudie nicht weiterverfolgt werden.¹ Konkret wurden mit der repräsentativen Erhebung folgende Fragestellungen bearbeitet:

1. Wie gehen PatientInnen bei der Suche nach einer Hausärztin oder einem Spezialisten vor? Welche Informationskanäle nutzen sie?
2. Welche Kriterien werden bei der Beurteilung der Qualität von Hausärztinnen und Spezialisten angewendet?
3. Wie werden die derzeitigen Möglichkeiten, sich über die Qualität von Hausärztinnen und Spezialisten zu informieren, eingeschätzt?
4. Welche zusätzlichen Informationen werden bezüglich der Qualität von Hausärztinnen gewünscht?

¹ Es handelt sich dabei um diese beiden Fragestellungen:

- Welche Anforderungen sollen Qualitätsinformationen für PatientInnen erfüllen und in welcher Form sollen sie zugänglich gemacht werden?
- Wie schätzen PatientInnen das Verhältnis Arzt/Patient ein?



2 Methodisches Vorgehen

Für die Durchführung der repräsentativen Studie eignen sich zwei alternative Erhebungsverfahren: eine postalisch-schriftliche Befragung sowie eine telefonische Befragung (Computer Aided Telephone Interviews, CATI) durch ein auf diese Methode spezialisiertes Unternehmen. Beide Verfahren sind mit gewissen methodischen Vor- und Nachteilen verbunden. Ins Gewicht fällt insbesondere die unterschiedliche Dauer der Feldphase. Die Feldphase einer postalischen Befragung fällt deutlich länger aus, da nach dem Erstversand der Fragebögen je nach erzieltm Rücklauf üblicherweise zwei Erinnerungsschreiben (Reminder) im Abstand von jeweils zwei bis drei Wochen verschickt werden müssen (das ergibt für die vorliegende Studie eine Feldzeit von insgesamt sechs bis acht Wochen). Bei der CATI-Methode ist hingegen mit einer Feldzeit von lediglich drei bis vier Wochen zu rechnen, wodurch – bei festgelegtem Abgabetermin des Schlussberichtes – mehr Zeit für die Datenauswertung zur Verfügung steht. Die Kostenersparnis einer allfälligen postalischen Erhebung fällt nicht hoch genug aus, um diesen zeitlichen Nachteil aufzuwiegen.

Die FMH hat sich schliesslich für die Methode der telefonischen Befragung (CATI) entschieden. Da die BFH kein eigenes Telefonlabor besitzt, hat das BFH-Forschungsteam die Durchführung der CATI-Befragung an das Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern übertragen.

In einem ersten Arbeitsschritt wurde auf der Grundlage der Ergebnisse der ersten Teilstudie (Fokusgruppen) sowie einer Sichtung des nationalen wie internationalen Forschungsstandes², eine erste Version des standardisierten Fragebogens entwickelt. Diese wurde in der zweiten Sitzung der Arbeitsgruppe vom 21. Oktober 2009 vorgestellt und besprochen.

Unter Berücksichtigung dieser Diskussionsergebnisse wurde eine erste Pretestversion des Fragebogens erstellt, welcher am 26. Oktober 2009 dem Telefonlabor zwecks Programmierung und Schulung von zehn InterviewerInnen weitergeleitet wurde.

Die im Rahmen des Pretests durchgeführte Befragung dauerte vom 9. bis 13. November 2009. Im Anschluss daran führte die BFH einen Workshop durch, um die subjektiven Eindrücke der InterviewerInnen während der Befragung zu erfassen. Sowohl der Datensatz mit den insgesamt 63 Pretestinterviews wie auch die subjektiven Rückmeldungen offenbarten keinerlei grundsätzlichen Probleme beim Erhebungsinstrument, wie z.B. eine zu geringe Teilnahmebereitschaft oder Reaktanz gegenüber (Teilen) des Fragebogens. Im Gegenteil: Viele Befragte begrüßten die Gelegenheit, zu diesem Thema Stellung nehmen zu können. Die grösste Hürde stellte die Dauer der Telefoninterviews dar, die im Pretest bei durchschnittlich 26.7 Minuten lag und damit deutlich über den vertraglich vereinbarten 20 Minuten.

Auf der Grundlage der Rückmeldungen der InterviewerInnen und der Auswertung der Testinterviews wurde die definitive Version des Fragebogens realisiert, wobei die wichtigste Änderung in der Kürzung des Fragebo-

² Hier einige ausgewählte Titel zum Forschungsgegenstand:

Beule, Wolfgang et al. (2004): Patientenzufriedenheit: Die Helsana Studie. Schriftenreihe der SGGP, Nr. 77. Bern: Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik.

Böcken, Jan et al. (Hrsg.; 2008): Gesundheitsmonitor 2008. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.

Böcken, Jan et al. (Hrsg.; 2007): Gesundheitsmonitor 2007. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.

Coulter, Angela; Mage, Helen (2003): The European patient of the future. Berkshire: Open University Press.

IUMSP, Institut universitaire de médecine sociale et préventive et al. (2003): The Future Patient in Switzerland: das Gesundheitssystem der Zukunft aus Sicht von Bürgerin und Bürger. Schriftenreihe der SGGP, Nr. 71. Bern: Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik.

Meyer, Katharina (Hrsg.; 2009): Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008. Bern: Hans Huber.

Ein grosse Fülle an weiterführender Literatur kann auf der Homepage der Bertelsmann Stiftung, Gütersloh abgerufen werden:

<http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xchg/SID-0A000F0A-ECE79BA1/bst/hs.xml/14070.htm?suchrubrik=>



gens bestand. Die definitive Version wurde anschliessend BFH-intern von einer Gesundheitsökonomin französischer Muttersprache auf Französisch übersetzt, und am 16. November 2009 wurden die beiden Fragebogen an das Telefonlabor geschickt.

2.1 Durchführung der Haupterhebung

Die Datenerhebung fand zwischen dem 18. November bis 22. Dezember 2009 statt. In einer Zeit also, in der viele SchweizerInnen aufgrund der Prämienmitteilungen ihrer Krankenkassen auf das Thema Gesundheitsversorgung sensibilisiert sind. Das von der BFH beauftragte Telefonlabor beschäftigte insgesamt 34 InterviewerInnen, die zwischen zwei bis drei Einsätze pro Woche leisteten.

Der Grossteil der Interviews wurde an Wochentagen (17 bis 21 Uhr) und Samstagen (später Vormittag und Nachmittag) durchgeführt. Die Länge der Interviews variierte stark (von mindestens zehn bis maximal 60 Minuten). Im Durchschnitt dauerte ein Interview 22.73 Minuten.

Die Auswahl der Zielpersonen erfolgte durch eine **doppelte Zufallsauswahl**:

- zufällige Auswahl der Haushalte aus dem Telefonbuch
- zufällige Auswahl der Zielperson aus dem Haushalt per „last birthday method“ (vgl. Schnell et al. 2008)

Die Stichprobe setzt sich aus 902 Fällen in der Deutschschweiz und 601 Fällen in der Romandie zusammen. In der nächsten Abbildung wird dargestellt, wie diese Stichprobengrösse erzielt wurde.

Abbildung 1: Generierung der Stichprobe

	Anzahl Haushalte	Beschreibung	Quote
Brutto-Stichprobe: Gesamtzahl kontaktierter Telefonnummern (Haushalte)	3725		100%
stichprobenneutrale Ausfälle	324	8 x Freizeichen	27% (v. Brutto)
	7	Besetzt	
	161	Anrufbeantworter	
	16	Haushaltsmitglied: Termin nicht eingehalten	
	4	Zielperson: Termin nicht eingehalten	
	103	Kein Haushalt	
	216	Telefon ausser Betrieb	
	132	Fremdsprache (Interview unmöglich)	
	38	Hörprobleme	
Netto-Stichprobe: Gesamtzahl vorhandener und telefonisch erreichter Haushalte	2724		100%
	1215	Ablehnung	45%
	6	Abbruch	
Ausschöpfung	1503	Vollständiges Interview (nach \approx 2.5 Kontaktversuchen)	55%



2.2 Angewandte statistische Verfahren

Die gewonnenen Daten wurden mit der Statistiksoftware SPSS erfasst, plausibilisiert und bereinigt. Die Auswertung und inhaltliche Analyse erfolgte mittels deskriptiver und einfacher inferenz-statistischer Verfahren. Auf Anregung der Arbeitsgruppe wurde auf komplexere statistische Verfahren (z.B. multivariate Regressionsanalysen) verzichtet. Zusammenhänge zwischen abgefragten Informations- bzw. Qualitätsmerkmalen und soziodemographischen und Kontextvariablen wurden mittels Korrelationsanalyse ermittelt. In einem ersten Schritt wurden allfällige Zusammenhänge (Korrelationen) zwischen zwei Variablen mittels einfacher bivariater Korrelationen berechnet. Um zu verhindern, dass dabei Scheinkorrelationen berichtet werden, deren Ergebnisse durch sogenannte Störvariablen zustande kommen, wurden in einem zweiten Schritt partielle Korrelationen³ durchgeführt. Dieses statistische Verfahren ermöglicht es, einen verzerrenden Einfluss von Drittvariablen auszuschliessen.

In diesem Bericht werden nur höchst signifikante Zusammenhänge zwischen Variablen berichtet; das heisst die Irrtumswahrscheinlichkeit beträgt in diesen Fällen weniger oder gleich 0.001 ($p \leq 0.001$). Die Stärke des Zusammenhangs zwischen zwei Variablen wird mit dem Korrelationskoeffizienten r ausgedrückt.

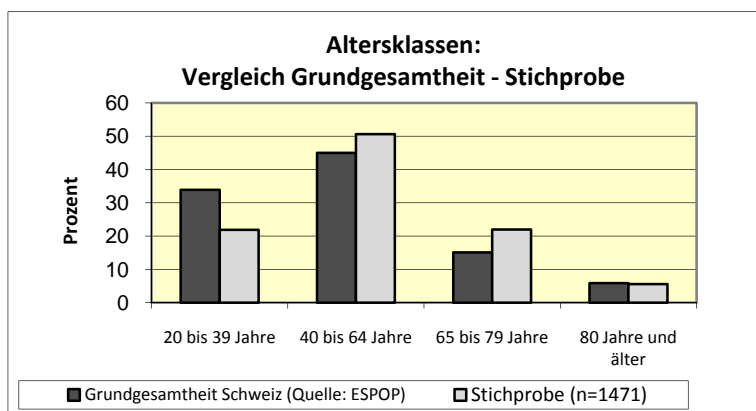
Die Angaben aus den offenen Fragestellungen wurden nach inhaltlichen Kriterien kategorisiert.

2.3 Vergleich Grundgesamtheit – Stichprobe

In der vorliegenden Studie gilt als Grundgesamtheit die erwachsene Wohnbevölkerung (ab 18 Jahren) der Deutschschweiz und Romandie, sofern die kontaktierten Personen in der Lage sind, in der jeweiligen Landessprache Auskunft zu geben.

Um zu überprüfen, ob es zulässig ist, auf der Grundlage der vorhandenen Daten Repräsentanzschlüsse von der Stichprobe auf die Grundgesamtheit zu ziehen, werden im Folgenden die Stichprobe und die Grundgesamtheit in Bezug auf zentrale soziodemographische Variablen (Alter, Geschlecht, Bildung sowie Gemeindegrösse) miteinander verglichen.

Abbildung 2: Vergleich Grundgesamtheit – Stichprobe: Alter



³ „Unter Partialkorrelation (manchmal auch: partielle Korrelation) versteht man die Korrelation zwischen zwei Variablen, die sich ergibt, wenn der Einfluß weiterer Variablen auf diese beiden Variablen (und damit auf ihren Zusammenhang) berücksichtigt wird. Die Partialkorrelation soll also den "Nettozusammenhang" zwischen zwei Variablen messen. Die standardisierten Regressionskoeffizienten einer Regressionsanalyse lassen sich als Partialkorrelationen begreifen.“ (Ludwig-Meyerhofer (1999): <http://www.lrz-muenchen.de/~wlm/imes.htm>.)



Abbildung 2 verdeutlicht, dass – mit Ausnahme der Altersgruppe, der „jüngeren Personen bis 39 Jahre“ – keine merklichen Abweichungen zwischen der Grundgesamtheit und der Stichprobe vorhanden sind (alle nachfolgend in Kapitel 5 berichteten Ergebnisse wurden in Bezug auf die Altersvariable statistisch kontrolliert).

An dieser Stelle ein grundsätzlicher **Hinweis zur sozialwissenschaftlich üblichen Darstellung von Fallzahlen:**

Weicht im Ergebnisbericht der für die Stichprobe angegebene Wert von der Gesamtstichprobengrösse ab (im vorliegenden Datensatz ist dies N=1503), kann dies auf eine Vielzahl von Gründen zurückgeführt werden:

- Es konnten nicht alle Daten aus der Stichprobe verwendet werden: Dies ist beispielsweise in der obigen Abbildung 2 der Fall (die Stichprobe umfasst „nur“ 1471 Personen, weil für die Altersklasse der unter 20-Jährigen keine Vergleichswerte vorliegen und deshalb diese Befragtengruppe „herausgerechnet“ wird).
- Es wurde eine Filterfrage verwendet, z.B. „Haben Sie einen persönlichen Hausarzt oder eine Hausärztin?“ (siehe Kapitel 3.1). Bei daran anschliessenden Unterfragen zu einem der beiden Subgruppen verringert sich dementsprechend die berichtete Fallzahl.
- Es wurden nicht alle in der telefonischen Befragung gestellten Fragen beantwortet, z.B. weil die Befragten unsicher sind, sie die Antwort nicht wissen oder die Antwort zu peinlich erschien oder die Frage Reaktanz auslöst (Welches Motiv im jeweiligen Fall vorliegt, ist meist jedoch nicht mit Sicherheit zu bestimmen, weshalb die Interpretation dieser sogenannten „Missings“ vielfach unklar bleiben muss).

Üblicherweise wird in der Ergebnisdarstellung auf die Höhe der Fallzahlen nur bei auffällig hohen Missings explizit eingegangen.

Tabelle 1: Vergleich Grundgesamtheit – Stichprobe: Geschlecht

	Grundgesamtheit Schweiz 2008		Stichprobe	
	Quelle: ESPOP			
Geschlecht	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
weiblich	3915181	50.83%	928	61.74%
männlich	3786675	49.17%	575	38.26%
Total:	7701856	100%	1503	100%

ESPOP: Statistik des jährlichen Bevölkerungsstandes

Tabelle 1 zeigt, dass die Teilnahmebereitschaft von Männern deutlich geringer ausfiel als bei Frauen und dementsprechend der Männeranteil in der Stichprobe mit rund 38% merklich unter dem männlichen Bevölkerungsanteil in der Grundgesamtheit liegt. Da dem jeweiligen Untersuchungsgegenstand grosse Bedeutung für die grundsätzliche Teilnahmebereitschaft zukommt, scheint dieses Ergebnis vor dem Hintergrund des bei Männern geringer ausgeprägten Gesundheitsbewusstseins (vgl. u.a. Ellert et al. 2006) nicht weiter verwunderlich. Für die Validität der Studienergebnisse stellt diese Abweichung von der Grundgesamtheit keine Hürde dar, weil alle Ergebnisse auf einen signifikanten Einfluss der „Geschlechtsvariable“ überprüft werden können. Wo geschlechtsspezifische Unterschiede im Antwortverhalten auftreten, werden diese im Text bzw. in den Abbildungen sichtbar gemacht.



Abbildung 3: Vergleich Grundgesamtheit – Stichprobe: Bildung

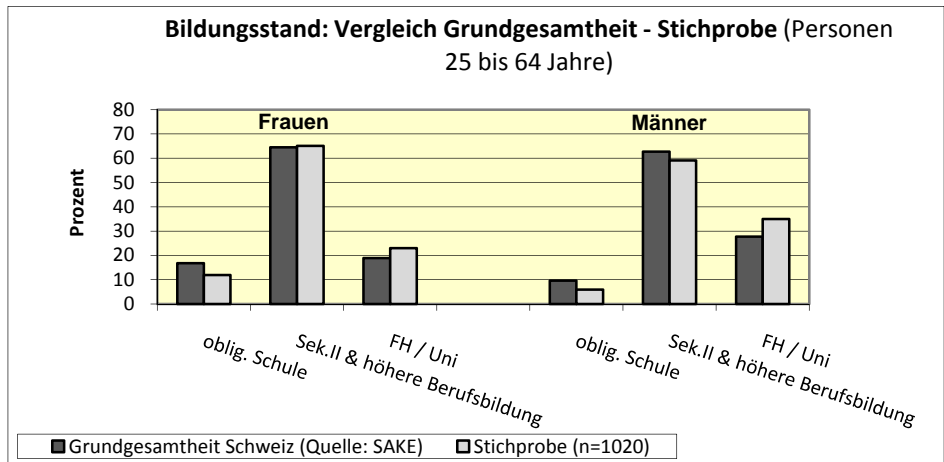
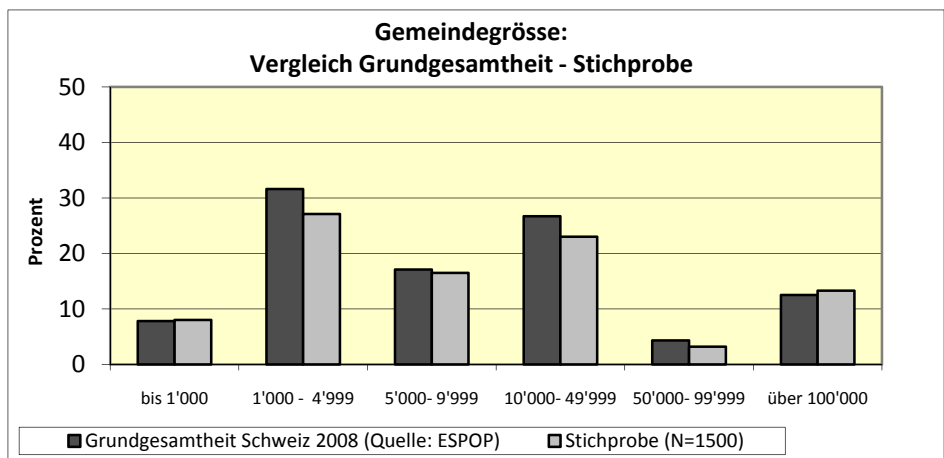


Abbildung 3 stellt den Vergleich der Grundgesamtheit mit der CATI-Stichprobe in Bezug auf die Variable Bildung – aufgeteilt nach Geschlecht – dar. Es wird deutlich, dass es in Bezug auf die Bildung zwischen der Stichprobe und der Grundgesamtheit nur sehr geringe Abweichungen gibt. Personen mit einem obligatorischen Schulabschluss sind in der Stichprobe tendenziell untervertreten.

Um die Daten mit denjenigen von SAKE (Schweiz. Arbeitskräfteerhebung) vergleichen zu können, mussten die vorliegenden Daten recodiert werden: Zum einen wurde die 5-stufig angelegte Bildungsvariable⁴ zu den drei oben genannten neuen Kategorien zusammengefasst. Zum anderen liegen bei SAKE nur Angaben von Personen zwischen 25 und 64 Jahren vor, weshalb alle Fälle unter und über dieser Altersgrenze für den Vergleich ausgeschlossen wurden. Dementsprechend verringert sich die Fallzahl (n).

Gerade in der hausärztlichen Grundversorgung gewinnen Strukturmerkmale zunehmend an Bedeutung. So ist in den letzten Jahren, insbesondere in ländlichen Regionen der Schweiz, ein Mangel an Hausärztinnen zu beobachten (vgl. Périat 2005). Um diesbezüglich einen Vergleich zwischen der Grundgesamtheit und der Stichprobe anstellen zu können, wurde die Variable Gemeindegrösse herangezogen.

Abbildung 4: Vergleich Grundgesamtheit – Stichprobe: Gemeindegrösse



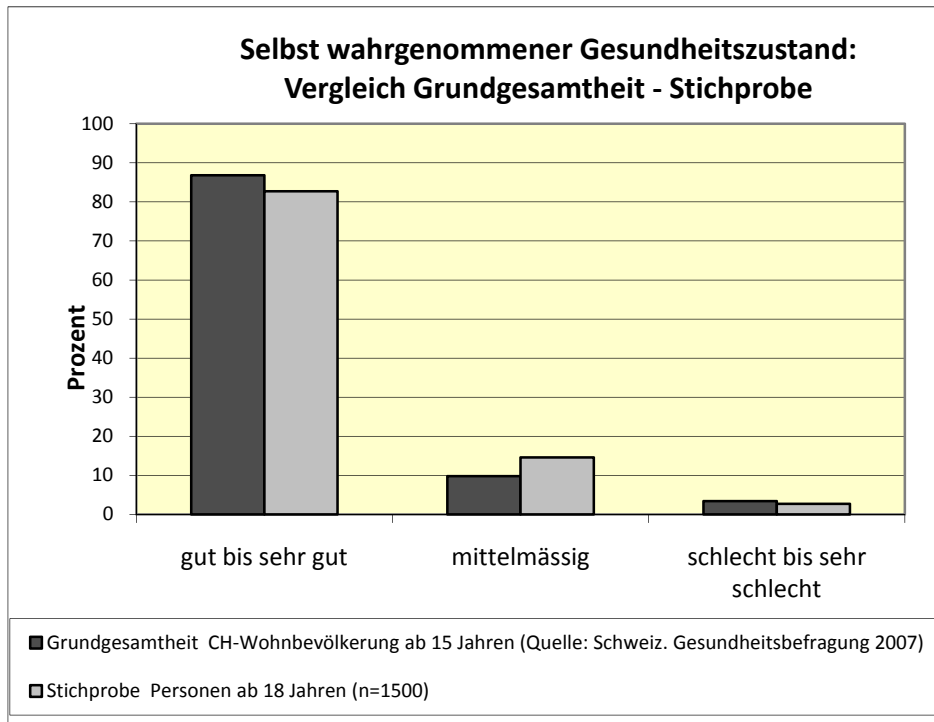
⁴ Es bestanden folgende fünf Antwortkategorien: 1. keine Schul- oder Berufsausbildung, 2. obligatorische Schule, 3. Matura/Berufslehre, 4. Höhere Fach- oder Berufsausbildung/Primarlehrerausbildung und 5. Fachhochschule/Universität.



Abbildung 4 verdeutlicht, dass auch in Bezug auf die Gemeindegrösse zwischen der Grundgesamtheit und der Stichprobe eine sehr gute Passung besteht. Die auffälligsten, wenngleich geringen Abweichungen sind bei den Gemeindegrössen mit 1'000- 4'999 sowie 10'000- 49'999 EinwohnerInnen zu verzeichnen.

Schliesslich wurden die Grundgesamtheit und die Stichprobe auch bei der wichtigen Einschätzungsfrage zum eigenen Gesundheitszustand miteinander verglichen (vgl. Abbildung 5).⁵ Bei dieser Frage wurde eine nahezu perfekte Übereinstimmung der Werte erreicht.

Abbildung 5: Vergleich Grundgesamtheit – Stichprobe: Einschätzung des Gesundheitszustandes



⁵ Konkret lautete die Frage: „Wie ist Ihre Gesundheit im Allgemeinen?“



3 Ergebnisse

Der Ergebnisteil dieser Studie gliedert sich in vier Kapitel. Im ersten Kapitel werden allgemeine Angaben über die derzeitige Hausärztin gemacht. Folgende Fragen stehen dabei im Zentrum: Verfügen die befragten Personen über eine Hausärztin? Wenn ja, handelt es sich dabei um einen Mann oder eine Frau? Wie lange konsultieren die Befragten bereits ihre derzeitige Hausärztin, wie zufrieden sind sie mit ihr und ihrer Praxis? etc. Im zweiten Kapitel beschäftigen wir uns mit der Frage, wie die Befragten zu ihrer Hausärztin gekommen sind, wie sie bei der Suche nach einer neuen Hausärztin vorgehen würden und welche Informationen ihnen dabei wichtig sind.

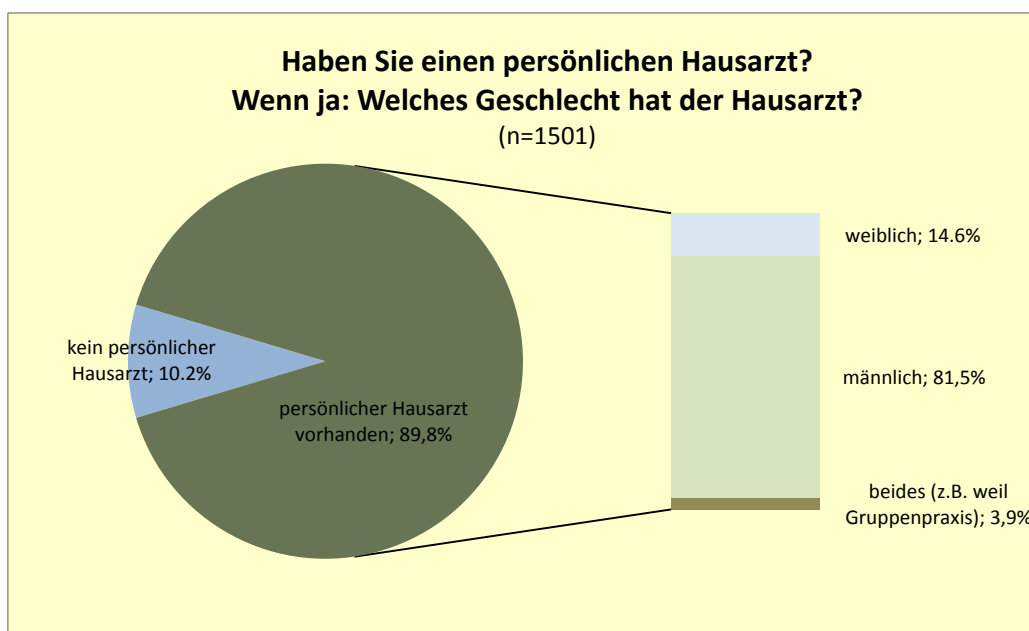
Im dritten Kapitel gehen wir der Frage nach, welche Kriterien die Befragten bei der Qualitätsbeurteilung von Hausärztinnen als wichtig erachten. Im vierten Kapitel werden schliesslich die beiden im Rahmen der CATI-Erhebung gestellten Fragen zu Spezialisten behandelt: Was macht aus Sicht der Befragten einen guten Spezialisten aus? Wo würden sich die Befragten informieren, wenn sie einen Spezialisten suchen würden?

Grundsätzlich bleibt darauf hinzuweisen, dass sich für die Ergebnispräsentation und -einordnung die vielfältigen Vergleichsmöglichkeiten mit anderen, insbesondere internationalen Studien (z.B. dem Gesundheitsmonitor der Bertelsmannstiftung) anbieten würden, was jedoch den gesetzten Auftragsrahmen sprengen würde.

3.1 Allgemeine Angaben zum derzeitigen Hausarzt

„Haben Sie einen persönlichen Hausarzt oder eine Hausärztin?“ Diese gleich zu Beginn der Telefoninterviews gestellte Filterfrage wurde von 89.8% der Befragten mit ‚Ja‘ beantwortet. Nur 10.2% der Befragten verfügen nach eigenen Angaben über keine persönliche Hausärztin (vgl. Abbildung 6). Bei mehr als vier Fünfteln der Befragten mit persönlichem Hausarzt handelt es sich dabei um einen Mann; bei nur gerade 14.6% ist die Hausärztin weiblichen Geschlechts. Die übrigen 3.9% der Befragten konnten in Bezug auf das Geschlecht keine eindeutige Angabe machen (zum Beispiel weil sie einer Gruppenpraxis angeschlossen sind).

Abbildung 6: Persönlicher Hausarzt und sein Geschlecht





Interessanterweise ist es für beinahe 90% der Befragten unwichtig oder eher unwichtig, welchem Geschlecht ihr Hausarzt angehört (vgl. Abbildung 7). Nur für rund 12% ist es wichtig oder sehr wichtig, ob ihr Hausarzt männlich oder weiblich ist. Wie in Tabelle 2 ersichtlich, unterscheidet sich dabei überraschenderweise das Antwortverhalten von weiblichen und männlichen Befragten nicht signifikant.

Abbildung 7: Wichtigkeit des Hausarztgeschlechts

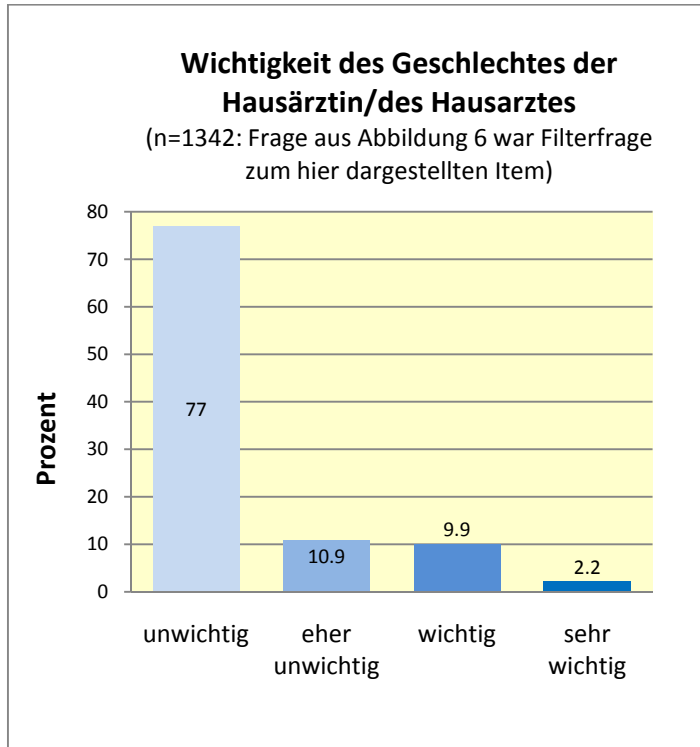


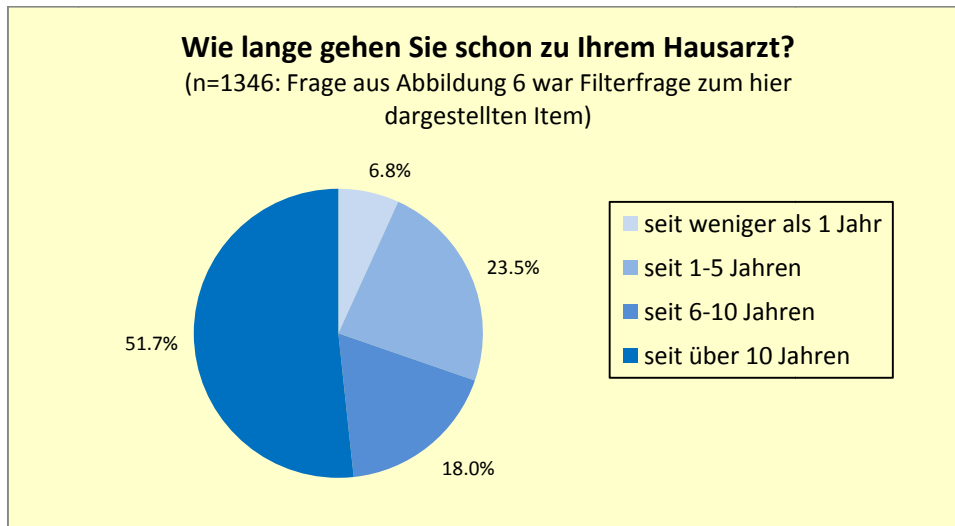
Tabelle 2: Zusammenhang von Geschlecht des Hausarztes und Geschlecht der Befragten

			Welchen Stellenwert hat das Geschlecht des Hausarztes				
			unwichtig	eher unwichtig	wichtig	sehr wichtig	Gesamt
Geschlecht der Befragten	weiblich	Anzahl	625	90	93	21	829
		% von Geschlecht	75.4%	10.9%	11.2%	2.5%	100.0%
	männlich	Anzahl	409	56	40	8	513
		% von Geschlecht	79.7%	10.9%	7.8%	1.6%	100.0%
	Gesamt	Anzahl	1034	146	133	29	1342
		% der Gesamtzahl	77.0%	10.9%	9.9%	2.2%	100.0%



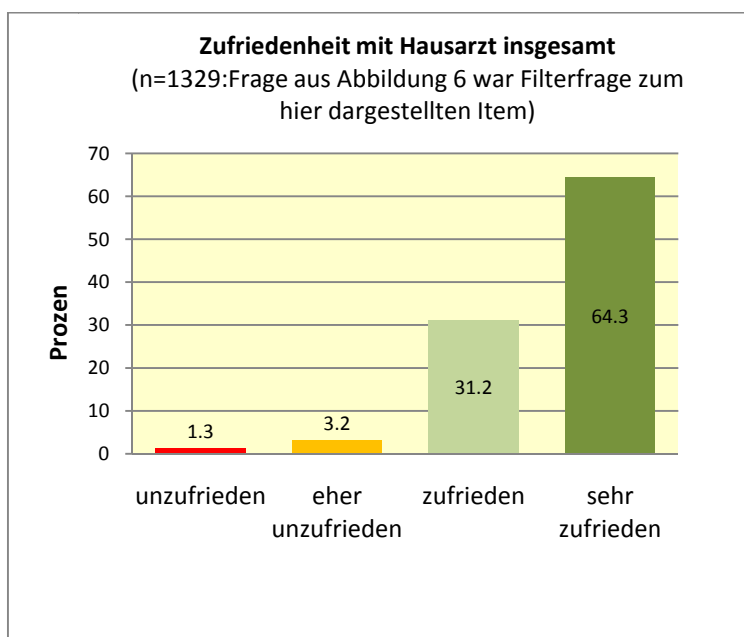
Aus Abbildung 8 wird ersichtlich, dass über die Hälfte der Befragten (51.7%) ihrer Hausärztin sehr lange die Treue halten und diese bei gesundheitlichen Problemen bereits seit über zehn Jahren konsultieren. Rund ein Viertel (23.5%) geht seit ein bis fünf Jahren zur selben Hausärztin. Zwischen sechs bis zehn Jahren sind es rund 18%, seit weniger als einem Jahr rund 7%.

Abbildung 8: Wie lange gehen Sie schon zu Ihrem Hausarzt?



Fast zwei Drittel der Befragten (64.3%) sind sehr zufrieden mit der Hausärztin und ihrer Praxis. Ein weiteres Drittel (31.2%) ist zufrieden damit. Nur eine verschwindend kleine Minderheit von 3.2% der Befragten ist eher unzufrieden, und lediglich 1.3% sind unzufrieden mit der Hausärztin und ihrer Praxis.

Abbildung 9: Zufriedenheit mit dem Hausarzt und seiner Praxis





Auf die Frage „Wie lange hat sich ihr Hausarzt beim letzten Mal Zeit genommen, um Sie zu untersuchen und mit Ihnen zu sprechen?“ gab eine überwiegende Mehrheit der Befragten (92.2%) zur Antwort: „genau richtig“. 4.7% der Befragten schätzten ihre letzte Konsultation bis ihrer Hausärztin als zu kurz, aber noch akzeptabel, nur gerade 1.4% als viel zu kurz ein. Die beiden Antwortmöglichkeiten „zu lang, aber noch akzeptabel“ bzw. „viel zu lang“ wurden von 1.4% bzw. 0.3% der Befragten ausgewählt.

In Abbildung 10 wird dargestellt, wie häufig die Befragten ihre Hausärztin wegen einer schwerwiegenden Erkrankung oder Verletzung konsultieren.⁶ Fast die Hälfte der Befragten (47%) konsultierte ihre Hausärztin noch nie wegen einer schwerwiegenden Erkrankung oder Verletzung. Rund ein Viertel (26.8%) gab an, dies bei ihrer jetzigen Hausärztin erst ein bis zwei Mal gemacht zu haben. Fast zehn Prozent der Befragten konsultierte ihre Hausärztin wegen einem schwerwiegenden Fall bereits neun Mal oder mehr.

Abbildung 10: Konsultationen wegen schwerwiegenden Erkrankungen

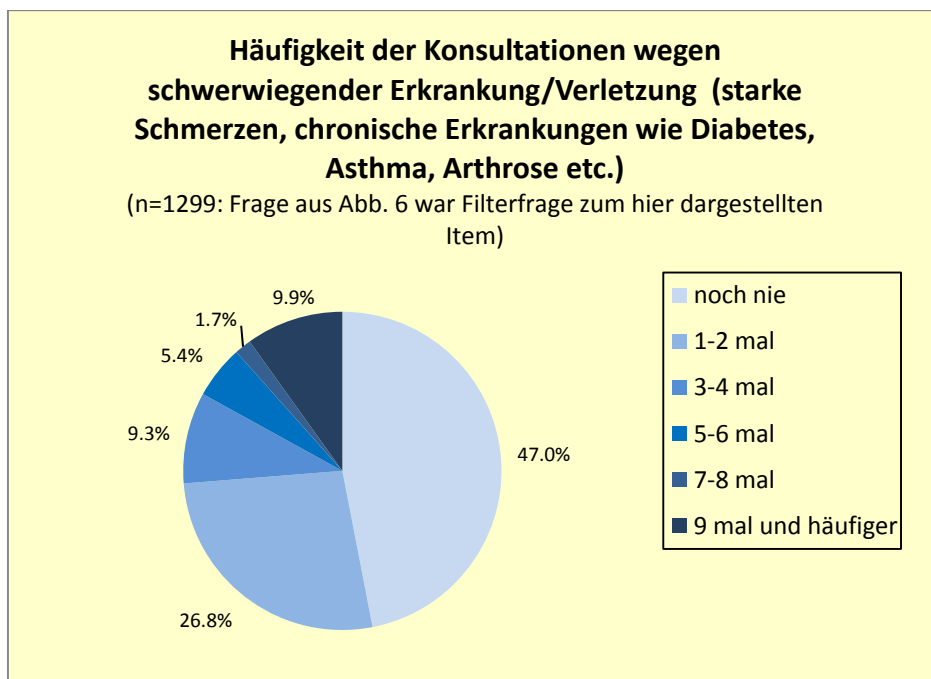
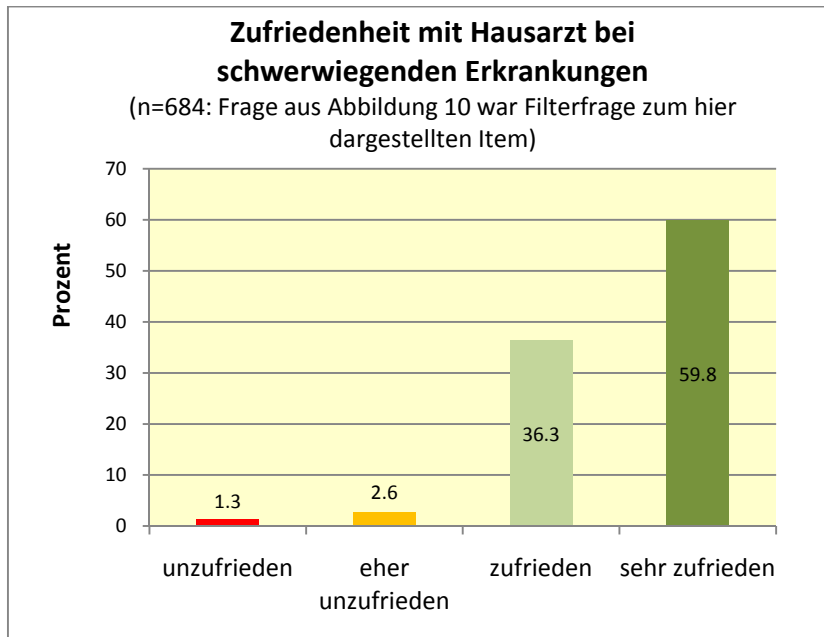


Abbildung 11 verdeutlicht, dass die allermeisten Befragten bei diesen schwerwiegenden Erkrankungen mit der Leistung ihrer Hausärztin zufrieden oder sogar sehr zufrieden waren. Nur gerade rund vier Prozent der Befragten waren mit der Leistung ihrer Hausärztin in schwierigen Fällen unzufrieden oder eher unzufrieden

⁶ Der exakte Wortlaut der Frage lautete: „Seit Sie bei Ihrem jetzigen Hausarzt sind: Wie häufig haben Sie ihn wegen einer schwerwiegenden Erkrankung oder Verletzung konsultiert? Also bei sehr starken Schmerzen oder chronischen Erkrankungen wie zum Beispiel Diabetes, Asthma oder Arthrose.“

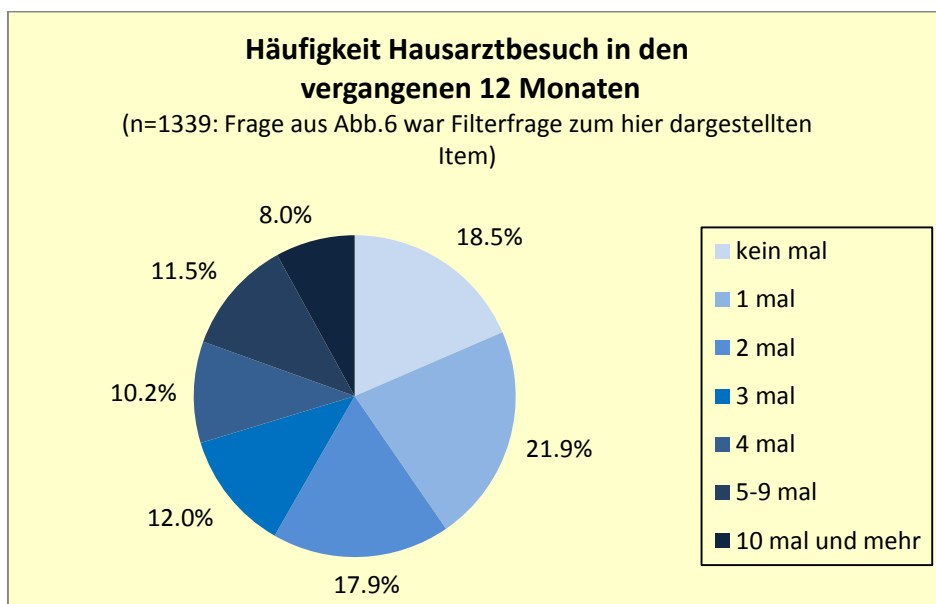


Abbildung 11: Zufriedenheit mit der Hausarztleistung in schwierigen Fällen



Die Antworten auf die Frage „Wie häufig sind Sie in den letzten 12 Monaten bei Ihrem Hausarzt gewesen?“⁷ werden in Abbildung 12 wiedergegeben. Daraus wird ersichtlich, dass nach eigenen Angaben weit über die Hälfte der Befragten in diesem Zeitraum kein bis höchstens zwei Mal bei ihrer Hausärztin waren. Dagegen konsultierten rund acht Prozent der Befragten ihre Hausärztin zehn Mal oder mehr.

Abbildung 12: Häufigkeit der Hausarztbesuche



⁷ Diese Frage wurde offen gestellt. Die sechs Antwortkategorien wurden nachträglich gebildet.



3.2 Information: Was wollen die Befragten von ihrem Hausarzt erfahren?

In diesem Kapitel wird zuerst die Frage behandelt, wie die Befragten zu ihrer Hausärztin gekommen sind. Danach wird die Frage erläutert, wie die Studienteilnehmenden bei der Suche nach einer neuen Hausärztin vorgehen würden. Im dritten Unterkapitel wird dargestellt, welche Informationen bei der Suche nach einer neuen Hausärztin als wichtig erachtet werden.

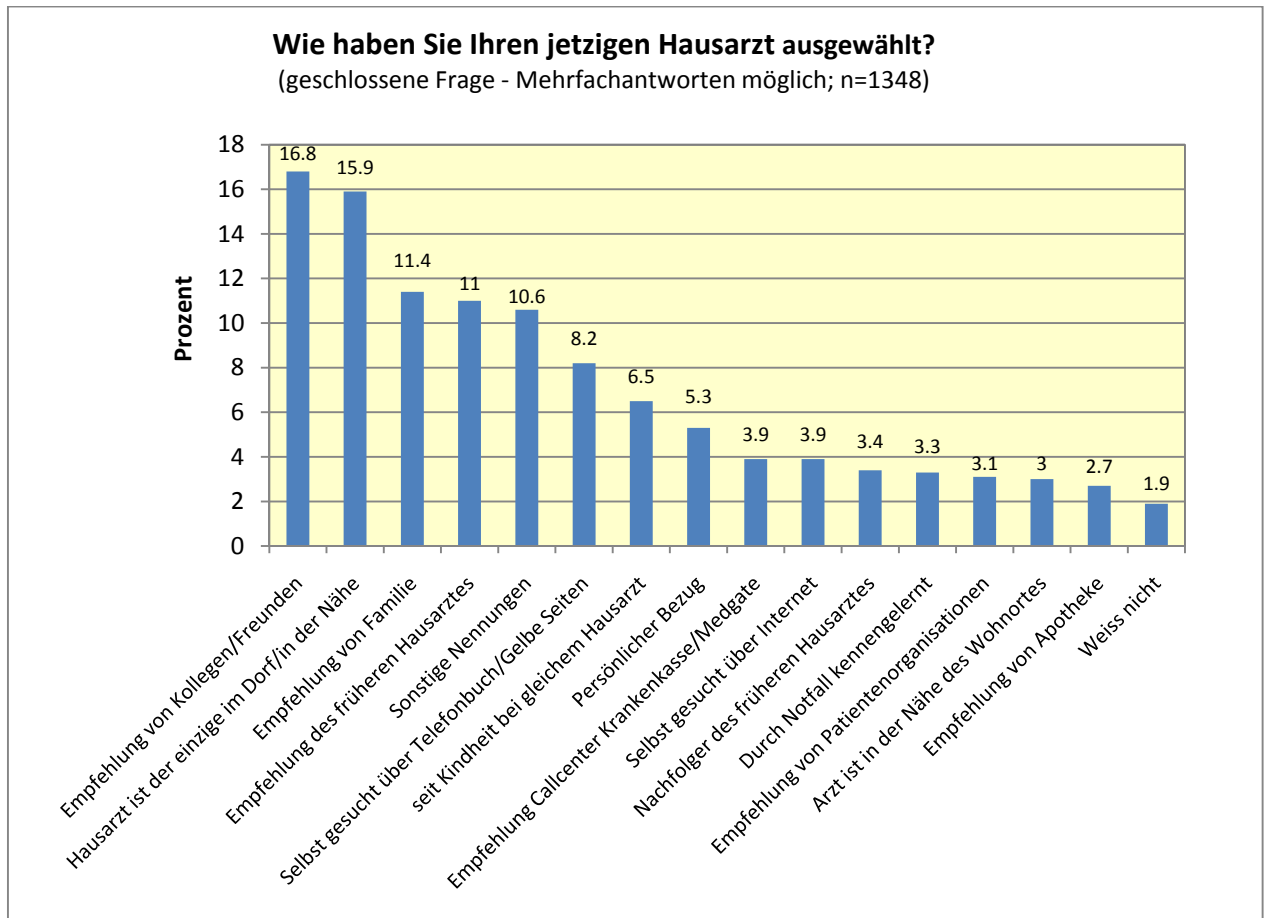
3.2.1 Wie die Befragten zu ihrem Hausarzt gekommen sind

Um in Erfahrung zu bringen, wie die Befragten zu ihrer Hausärztin gekommen sind, wurde ihnen eine Liste von vorgegebenen Antwortmöglichkeiten vorgelesen, die entweder bejaht oder verneint werden konnten. Um Fragereihenfolgeeffekte im Antwortverhalten ausschliessen zu können, variierte die Reihenfolge der Antwortkategorien (= Randomisierung durch die CATI-Software). Alle 1348 Befragten mit einer persönlichen Hausärztin stimmten dabei mindestens einer Antwortmöglichkeit zu. 139 Befragten stimmten zusätzlich einer zweiten, sechs Befragten sogar einer dritten Antwortmöglichkeit zu.

In Abbildung 13 wird dargestellt, wie die Befragten ihre zum Befragungszeitpunkt aktuelle Hausärztin ausgewählt haben. Daraus wird ersichtlich, dass die meisten Befragten (16.8%) ihre Hausärztin aufgrund einer Empfehlung von KollegInnen oder FreundInnen ausgewählt haben. Am zweithäufigsten (15.9%) wurde die Hausärztin deshalb ausgewählt, weil sie die einzige im Dorf bzw. in der Nähe der Befragten ist/war. Mit dieser Aussage korrespondiert eine andere Nennung: Bei weiteren rund 3% ist der ausgewählte Arzt zwar nicht unbedingt der einzige vor Ort, aber auch hier ist/war die Nähe der Praxis zum Wohnort ein wichtiges Kriterium. Viele Befragte haben zudem die Hausärztin aufgrund einer Empfehlung der Familie (11.4%) oder der alten Hausärztin (11.0%) ausgewählt. 8.2% der Befragten haben das Telefonbuch bzw. die Gelben Seiten konsultiert, um ihre Hausärztin auszuwählen; und 6.5% gingen schon als Kind zu ihrer jetzigen Hausärztin. Alle übrigen Möglichkeiten, wie die Befragten ihre Hausärztin ausgewählt haben, spielen eine untergeordnete Rolle.



Abbildung 13: Auswahl des aktuellen Hausarztes



Anlässe für die Hausarztsuche: In den Gruppendiskussionen wurden hauptsächlich drei Situationen geschildert, in denen sich die Diskussionsteilnehmenden auf die Suche nach einer neuen Hausärztin machen mussten. In elf Fällen führte ein Umzug dazu, dass sich die Befragten eine neue Hausärztin suchen mussten. Teilweise erfolgte die Suche nach einer neuen Hausärztin aufgrund des Ruhestandes bzw. Todes der früheren Hausärztin. Drei Teilnehmende erwähnten, dass sie aufgrund eines Notfalls eher zufällig eine Hausärztin konsultierten und seit diesem Ereignis bei ihr geblieben seien.

Auswahl der Hausärztin: Mit Abstand am häufigsten kam die Wahl der Hausärztin aufgrund einer persönlichen Empfehlung zustande. Damit korrespondiert dieses Ergebnis mit demjenigen aus der repräsentativen Befragung, wo ebenfalls Empfehlungen von KollegInnen und FreundInnen sowie der Familie bei der Wahl einer neuen Hausärztin eine zentrale Rolle spielen. Auch die Nähe der Arztpraxis zur eigenen Wohnung war ein Kriterium, das sich sowohl in den Fokusgruppen wie auch der telefonischen Befragung als wichtig herauskristallisierte. Das Telefonbuch wurde zwar in mehreren Fokusgruppen als potentielle Informationsquelle für die Suche nach einer neuen Hausärztin genannt, jedoch mit gewissen Einschränkungen. „So wurde etwa auf die geringe Informationstiefe dieses Mediums hingewiesen. Das Telefonbuch wird eher in einem akuten Notfall konsultiert, wenn „auf die Schnelle“ und eher zufällig ein Hausarzt benötigt wird.“ (Neuenschwander & Riedel 2009a: 25) .

Werden die Ergebnisse der quantitativen mit denjenigen der qualitativen Teilstudie in Verbindung gebracht, lassen sich in Bezug auf die Wahl einer persönlichen Hausärztin somit zwei Aussagen formulieren:

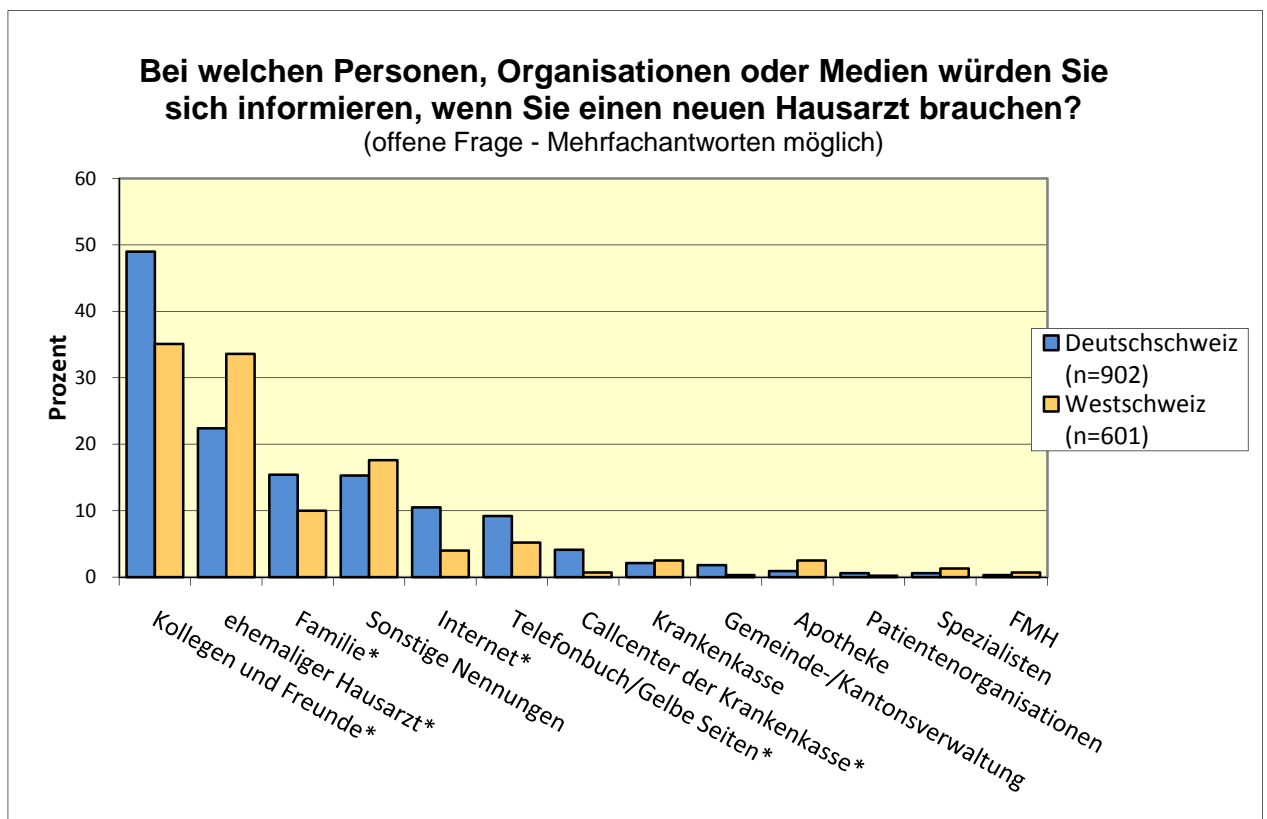


- Die Auswahl einer Hausärztin kommt am häufigsten aufgrund einer persönlichen Empfehlung – insbesondere durch FreundInnen und KollegInnen oder durch Familienangehörige – zustande.
- Die Nähe der Arztpraxis zur Wohnung der PatientInnen spielt ebenfalls eine wichtige Rolle.

3.2.2 Informationskanäle für die Hausarztsuche

Die Frage nach dem Vorgehen bei der Hausarztsuche ist eine der zentralen Themen der vorliegenden Untersuchung. Obwohl es den Auswertungsaufwand deutlich erhöht, wurde diese Frage deshalb mittels einer offen gestellten Frage untersucht, um eine wie auch immer geartete Beeinflussung bzw. Lenkung des Antwortverhaltens durch vorgegebene Antwortkategorien auszuschliessen.⁸ Aus Abbildung 14 wird ersichtlich, dass sich die allermeisten Befragten zuerst an KollegInnen und FreundInnen oder aber an die ehemalige Hausärztin wenden würden. Diesbezüglich treten allerdings zwischen der Deutsch- und Westschweiz deutliche Unterschiede zutage. Öfters genannt wurden zudem die Familie sowie – zumindest in der Deutschschweiz – auch das Internet sowie das Telefonbuch bzw. die Gelben Seiten. Alle übrigen Informationskanäle spielen bei der Suche nach einer neuen Hausärztin eine unbedeutende Rolle. Bei allen Nennungen bei denen ein hochsignifikanter Unterschied zwischen Deutsch- und Westschweiz besteht, wird dies in Abbildung 14 mit einem Stern* angezeigt.

Abbildung 14: Informationskanäle bei der Hausarztsuche



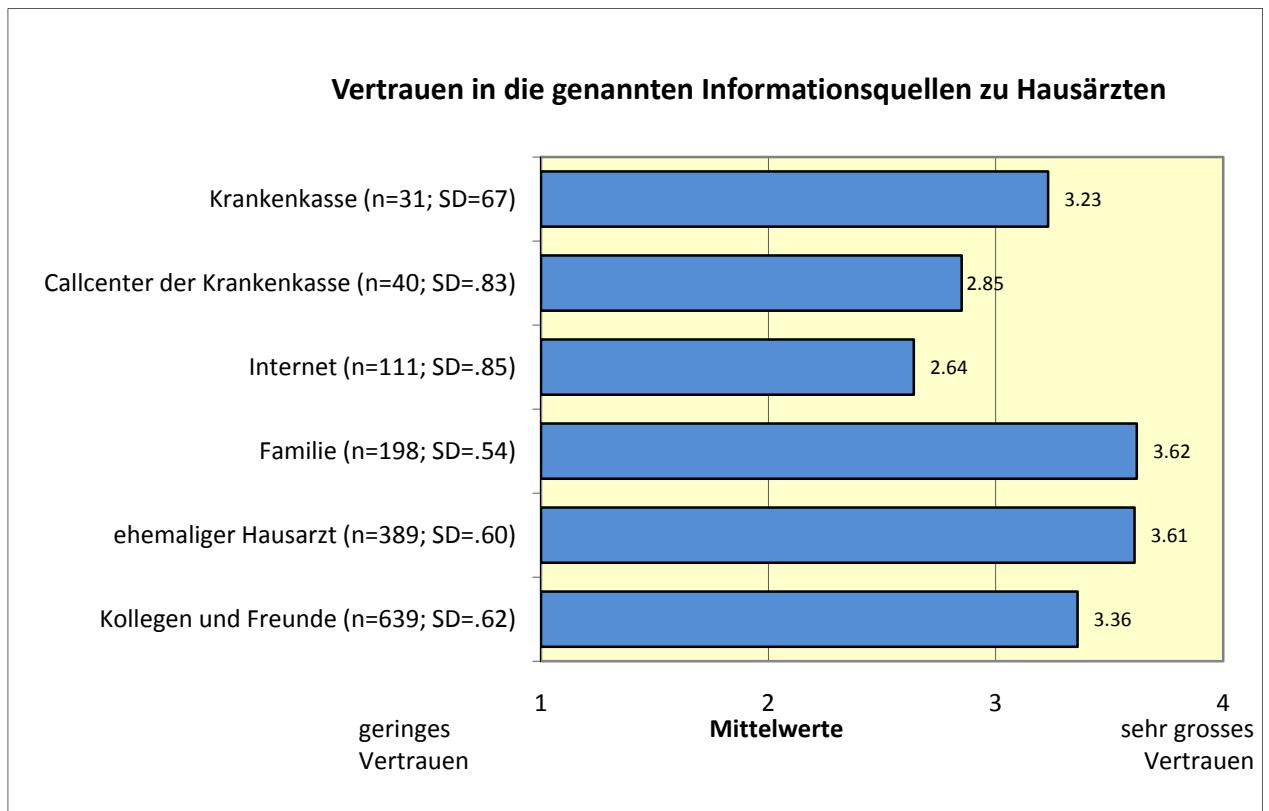
⁸ Befragten ohne persönlichen Hausarzt wurde die leicht modifizierte Frage gestellt: „Angenommen, Sie brauchen einen Hausarzt: bei welchen Personen, Organisationen oder Medien würden Sie sich informieren?“



Wie in der nachfolgenden Abbildung anhand der Mittelwerte dargestellt, fällt das Vertrauen in die Informationskanäle, die bei der Suche nach einer neuen Hausärztin in Anspruch genommen werden, je nach Kanal unterschiedlich hoch aus. Aus Sicht der Befragten geniessen die eigene Familie, die ehemalige Hausärztin sowie KollegInnen und FreundInnen als Informationsquellen das meiste Vertrauen, wenn es um die Suche einer neuen Hausärztin geht. Auffällig ist die geringe Vertrauenszuschreibung in das Internet. Die Relevanz des Internets bei der Informationsbeschaffung wird im nächsten Kapitel ausführlich erläutert.

Einige Informationskanäle wurden in der Befragung nur von sehr wenigen Personen genannt, sodass bei der Interpretation der Mittelwerte Vorsicht geboten ist. Dies ist der Fall bei: Patientenorganisation (n=6; Mittelwert=3.33; SD=.82); FMH (n=7; Mittelwert=3.29; SD=.49); Spezialisten (n=13; Mittelwert=3.62; SD=.51); Gemeinde/Kantonsverwaltung (n=15; Mittelwert=3.07; SD=.46) und Apotheke (n=22; Mittelwert=3.18; SD=.73).

Abbildung 15: Vertrauen in unterschiedliche Informationskanäle



Die Auswertung der Gruppendiskussionen hat ergeben, dass sich die meisten Diskussionsteilnehmenden bei der Suche nach einer neuen Hausärztin an persönlich näher bekannte Personen wenden würden. Gemeint sind dabei allen voran Verwandte, FreundInnen, Bekannte sowie ArbeitskollegInnen, teilweise aber auch die frühere Hausärztin. Die inhaltliche Bewertung dieser Informationsquelle fällt dabei fast durchwegs neutral aus. Das heisst, die Aussagen enthalten keine expliziten Qualifizierungen im Sinne von z.B. „am meisten würde ich der Empfehlung von XY vertrauen“.



Als weitere Informationsquelle bei der Suche nach einer neuen Hausärztin wurden zudem häufiger Institutionen des Gesundheitswesens (Spitäler, Krankenkassen) sowie das Telefonbuch genannt. An die Krankenkassen würde man sich nicht unbedingt deshalb wenden, weil sie als besonders vertrauenswürdig erachtet werden, sondern vielmehr aus Kostenüberlegungen.

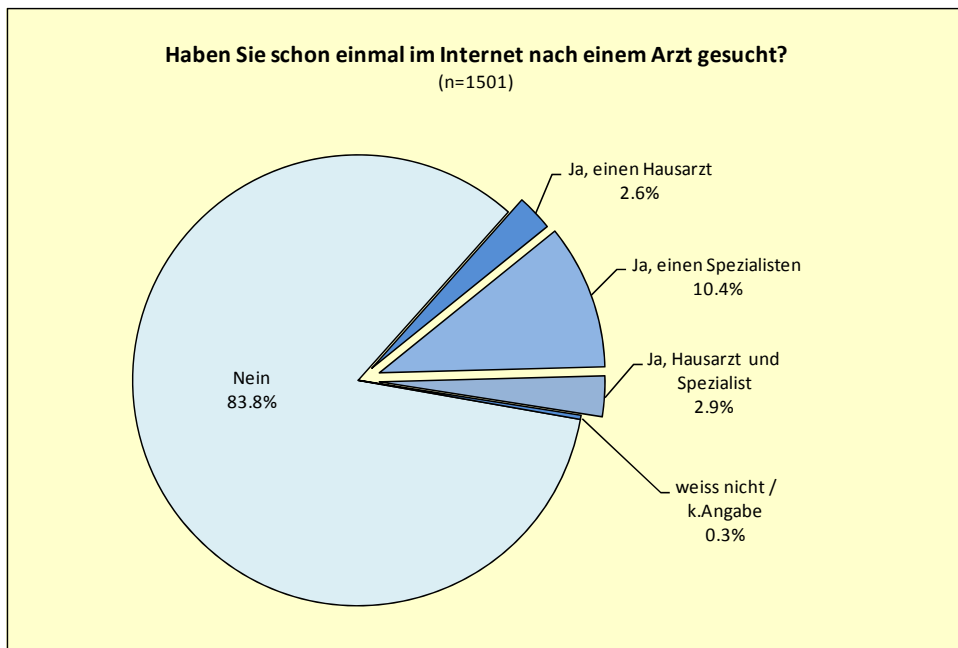
Diese Überlegungen verdeutlichen, dass ausser bei den Institutionen des Gesundheitswesens bei beiden Erhebungsmethoden in Bezug auf die Informationskanäle bei der Hausarztsuche keine wesentlichen Unterschiede in den erzielten Ergebnissen festzustellen sind.

3.2.2.1 Beurteilung des Informationskanals Internet

Im Rahmen des Fragenkomplexes zu Informationskanälen und -bedürfnissen wurden den Studienteilnehmenden auch verschiedene Fragen zum Internet gestellt. Im Folgenden werden die Ergebnisse zu diesen Fragen dargestellt und kommentiert.

Abbildung 16 verdeutlicht, dass eine überwiegende Mehrheit der Befragten (83.8%) noch nie im Internet nach einem Arzt gesucht hat. Wenn im Internet nach einem Arzt gesucht wird, wird dieses Medium von den Meisten eher dazu benutzt, um einen Spezialisten zu suchen (10.4%) als eine Hausärztin (2.6%).

Abbildung 16: Arztsuche im Internet



Bei der Frage, ob das Internet schon einmal für die Arztsuche genutzt wurde, sind statistisch signifikante Unterschiede nach Alter (vgl. Tabelle 3), Gemeindegrosse und Bildung (vgl. Tabelle 4) festzustellen: Je höher der Bildungsabschluss, je jünger die befragte Person, je grösser die Gemeinde, desto eher wurde das Internet bereits für die Suche nach einer Ärztin oder einem Arzt genutzt. Zudem gibt es einen Unterschied zwischen den Sprachregionen: Während rund 20% der Befragten angaben, das Internet als Informationsquelle genutzt zu haben, sind es in der Westschweiz nur rund 10%.



Tabelle 3: Zusammenhang von Arztsuche im Internet und Alter der Befragten

			Arztsuche im Internet		
			ja	nein	Gesamt
Altersklassen	bis 29 Jahre	Anzahl	33	97	130
		% von Altersklassen	25.4%	74.6%	100.0%
	30 - 39 Jahre	Anzahl	69	147	216
		% von Altersklassen	31.9%	68.1%	100.0%
	40 - 49 Jahre	Anzahl	71	271	342
		% von Altersklassen	20.8%	79.2%	100.0%
	50 - 59 Jahre	Anzahl	36	209	245
		% von Altersklassen	14.7%	85.3%	100.0%
	60 - 69 Jahre	Anzahl	21	276	297
		% von Altersklassen	7.1%	92.9%	100.0%
	70 - 79 Jahre	Anzahl	12	170	182
		% von Altersklassen	6.6%	93.4%	100.0%
	80 Jahre und älter	Anzahl	0	82	82
		% von Altersklassen	0%	100.0%	100.0%
	Gesamt	Anzahl	242	1252	1494
		% von Altersklassen	16.2%	83.8%	100.0%

Tabelle 4: Zusammenhang von Arztsuche im Internet und Bildungsabschluss der Befragten

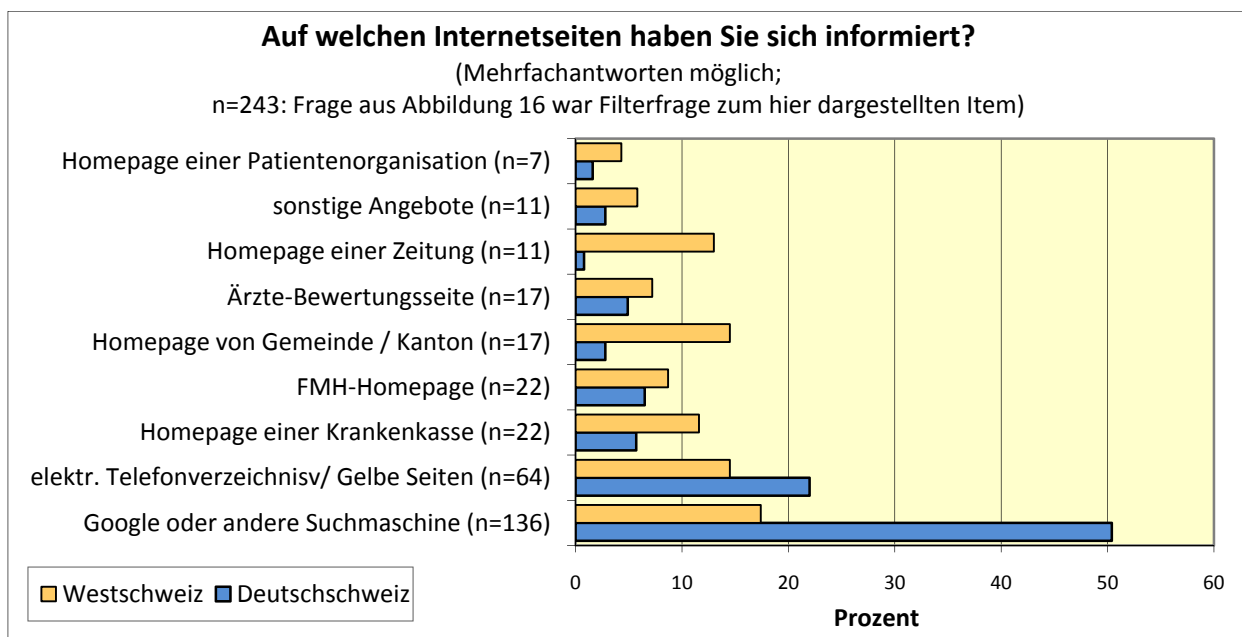
			Arztsuche im Internet		
			ja	nein	Gesamt
Bildung	keine Schul- oder Berufsausbildung	Anzahl	0	23	23
		% von BILDUNG	0%	100.0%	100.0%
	obligatorische Schule	Anzahl	13	197	210
		% von BILDUNG	6.2%	93.8%	100.0%
	Matura/Berufslehre	Anzahl	84	500	584
		% von BILDUNG	14.4%	85.6%	100.0%
	Höhere Fach- oder Berufsausbildung/Primarlehrerausbildung	Anzahl	52	287	339
		% von BILDUNG	15.3%	84.7%	100.0%
	Fachhochschule/Universität	Anzahl	93	243	336
		% von BILDUNG	27.7%	72.3%	100.0%
	Gesamt	Anzahl	242	1250	1492
		% von BILDUNG	16.2%	83.8%	100.0%



Um in Erfahrung zu bringen, auf welchen Internetseiten sich die Befragten informierten, wurde ihnen eine Antwortliste vorgelesen. Abbildung 17 verdeutlicht, dass sich – von den nur rund 16% der Befragten, die das Internet bisher zur Arztsuche genutzt haben – mit Abstand die meisten bei Google oder einer anderen Suchmaschine informierten. An zweiter Stelle folgen das elektronische Telefonverzeichnis bzw. die Gelben Seiten. Nur gerade in 22 Fällen nutzen die Befragten eine spezifische Website aus dem medizinischen Kontext, wie die Homepage der FMH bzw. diejenige einer Krankenkasse.

Dass die Informationssuche primär über allgemeine Suchseiten erfolgt, und nicht über thematisch-zugeschnittene Angebote, scheinen die Ergebnisse der Fokusgruppen zu bestätigen (vgl. die Ausführungen am Ende dieses Kapitels, wonach der Wissensstand zu den im Internet bereits bestehenden Informationsangeboten eher gering ausfällt).

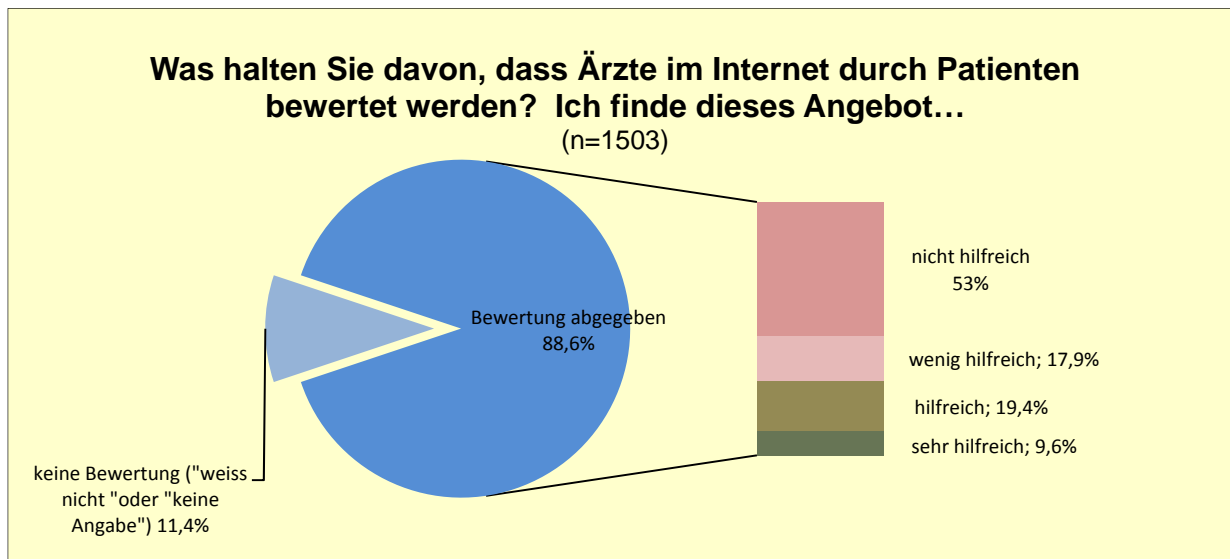
Abbildung 17: Benutzte Websites bei der Arztsuche



„Was halten Sie davon, dass Ärzte im Internet durch Patienten bewertet werden?“ Die Antworten auf diese Frage sind in Abbildung 18 dargestellt. Dort ist ersichtlich, dass eine grosse Mehrheit derjenigen, die diese Frage beantworteten, dieses Angebot entweder als nicht hilfreich (53%) oder wenig hilfreich (17.9%) beurteilten. Nur eine Minderheit der Befragten hält dieses Angebot für hilfreich (19.4%) oder sogar sehr hilfreich (9.6%). Ob Ärzte-Bewertungsseiten als hilfreich angesehen werden oder nicht, ist abhängig vom Alter der Befragten: je jünger die Befragten sind, desto hilfreicher beurteilen sie entsprechende Angebote ($r = .27$; vgl. Anhang: Tabelle A1).



Abbildung 18: Beurteilung von Bewertungsseiten



Die mit der repräsentativen Studie erzielten Ergebnisse hinsichtlich Nutzung des Internets bei der Suche nach einer Hausärztin korrespondieren mit den entsprechenden Ergebnissen, die durch die Gruppendiskussionen erzielt wurden. So wurde zwar das Internet in zwei von sechs Patienten-Fokusgruppen im Diskussionsverlauf früh erwähnt, jedoch blieb es bei einer blossen stichwortartigen Nennung. Erst nach Wiederholen der Kernfrage oder (mehrmaligem) Nachfragen kam in vier von sechs Fokusgruppen eine längere Diskussion zu Rolle, Stellenwert und Anspruch an Internetangebote bei der Hausarztsuche in Gang.

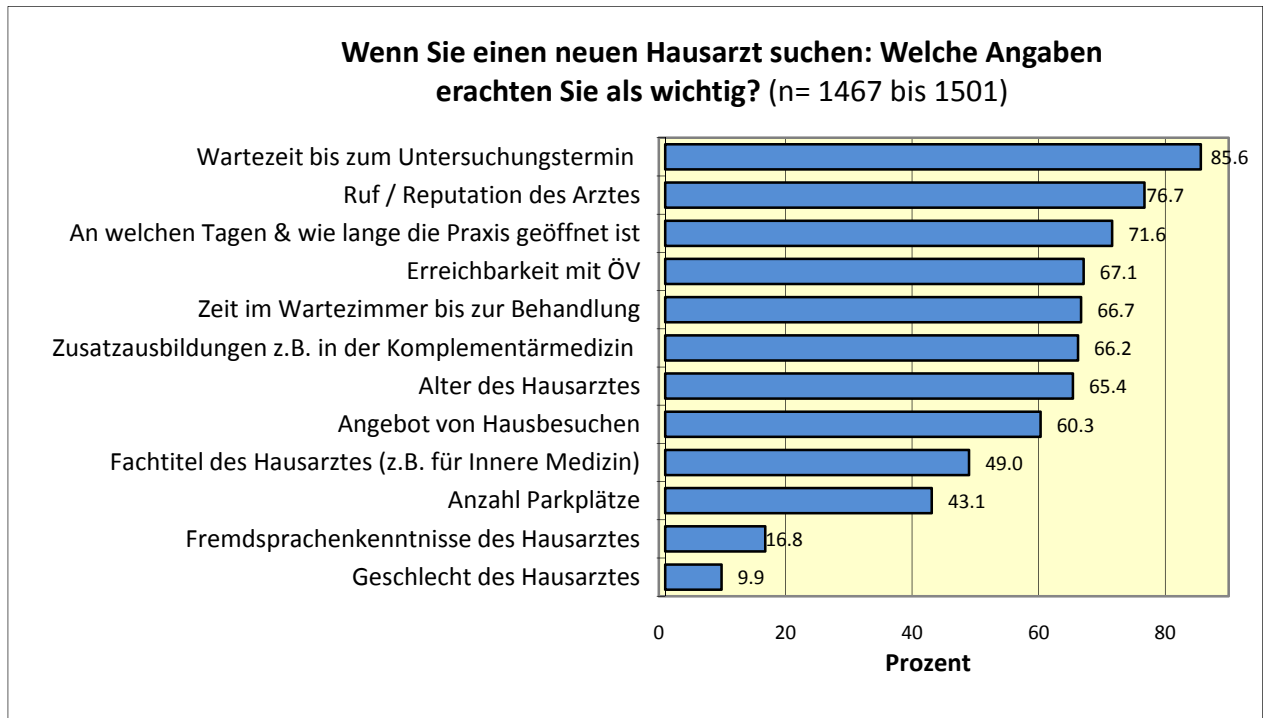
Generell wurde der Nutzen des Internets bei der Suche nach einer neuen Hausärztin in Frage gestellt. Und wenn, dann hätten die Diskussionsteilnehmenden im Internet eher einen Spezialisten als eine Hausärztin gesucht. Zudem erwarteten die Befragten vom Internet nicht wesentlich mehr als von einem Telefonbuch. Die allermeisten Diskutanten waren ausgesprochen schlecht darüber informiert, welche Internetangebote bei der Hausarztsuche überhaupt genutzt werden könnten; das entsprechende Angebot der FMH wurde nur von einer einzigen Person explizit genannt. Schliesslich zweifelten viele Diskussionsteilnehmende daran, dass die im Internet vorzufindenden Informationen von einer seriösen, zuverlässigen Quelle stammen und würden deshalb entsprechenden Informationen mit gewissen Vorbehalten begegnen. Auch die Ärzte-Bewertungsseiten wurden von den Teilnehmenden an den Gruppendiskussionen ähnlich negativ bewertet wie von den telefonisch Befragten. Viele erachteten eine durch PatientInnen vorgenommene Bewertung von Hausärzten als äussert problematisch.

3.2.3 Erwünschte Informationen über Hausärzte

Die Befragten wurden mittels einer vorgegebenen, randomisierten Antwortliste nach der Wichtigkeit von bestimmten Informationen zu Hausärztinnen gefragt (exakter Wortlaut der Frage: „Wenn Sie einen neuen Hausarzt suchen: Wie wichtig ist es für Sie, dass Sie die folgenden Informationen hätten?“ Die von den TelefoninterviewerInnen vorgelesenen Antwortkategorien konnten dabei als wichtig oder unwichtig beurteilt werden.



Abbildung 19: Erwünschte Informationen über Hausärzte



Mit Abstand am wichtigsten (85.6%) erachten die Befragten Angaben darüber, wie lange man ca. auf einen Untersuchungstermin warten muss. Über drei Viertel der Befragten (76.6%) halten zudem den Ruf bzw. die Reputation der Hausärztin für eine wichtige Information. Über 70% der Befragten (71.8%) interessieren sich zudem für die Frage, an welchen Tagen und wie lange die Praxis geöffnet ist.

Als unwichtig gelten bei einer überwiegenden Mehrheit der Befragten Informationen zu den Fremdsprachenkenntnissen der Hausärztin sowie zum Geschlecht von Hausärztinnen (nur 16.9% bzw. 9,9% „Wichtig-Nennungen“).

Die Befragten hatten die Möglichkeit - in Ergänzung zu den vorgegebenen Antwortkategorien - mit eigenen Worten weitere Nennungen zu ihren Informationsbedürfnissen bei der Hausarztsuche zu machen. Die thematische Kategorisierung dieser Freitextnennungen zeigt, dass lediglich drei weitere Themen gehäuft erwähnt werden (d.h. von mind. 1% aller Befragten als wichtig erachtet werden): 4.3% hätten gerne Informationen zur zwischenmenschlichen Ebene, d.h. ob die Hausärztin vertrauensvoll, sympathisch etc. wirkt (wobei derartige Angaben aufgrund der sehr individuellen Bewertungsmaßstäbe, nur schwerlich zu erbringen sein dürften). In 3.3% der Fälle wurde die Distanz zwischen dem Wohnort und der Hausarztpraxis als wichtige Information erwähnt. 1.4% der Befragten schliesslich erachten Informationen darüber, ob sich die Hausärztin für ihre PatientInnen genügend Zeit nimmt, als wichtig.

Zwischen der Einschätzung der Wichtigkeit verschiedener Hausarztinformationen und einzelnen soziodemographischen Variablen können statistisch hochsignifikante Zusammenhänge nachgewiesen werden.

So wird zum Beispiel die Information über das Alter der Hausärztin von älteren Befragten tendenziell als wichtiger erachtet als von jüngeren. Der Zusammenhang zwischen beiden Variablen beträgt $r = -.17$ (vgl. Anhang Tabelle A2).

Der Wunsch nach Informationen über die Anzahl zur Verfügung stehender Parkplätze sowie die Erreichbarkeit



der Hausarztpraxis mit dem ÖV steht im Zusammenhang mit der Gemeindegrösse, in der die Befragten wohnhaft sind: Je kleiner die Gemeinde, desto wichtiger sind Informationen, ob PatientInnen-Parkplätze vorhanden sind ($r = -.17$; vgl. Anhang Tabelle A3). So werden in Gemeinden über 100.000 EinwohnerInnen diesbezügliche Informationen nur von 20,6% als wichtig erachtet, während es in Gemeinden mit weniger als 1000 EinwohnerInnen 47,1% sind. Bei der Frage nach der Erreichbarkeit mit dem ÖV verhält sich der Sachverhalt tendenziell umgekehrt: Je grösser die Gemeinde, desto wichtiger sind Informationen über die Erreichbarkeit mit dem ÖV ($r = .20$; vgl. Anhang Tabelle A4). Bei Gemeinden mit über 100.000 EinwohnerInnen sind es beispielsweise 81,8%, bei Orten mit unter 1000 EinwohnerInnen nur 48,7%. Beide Zusammenhänge sind vor dem Hintergrund der zur Verfügung stehenden Verkehrsmittel sehr gut zu interpretieren: Da in kleineren Gemeinden vielfach nur unregelmässige ÖV-Verbindungen bestehen und dementsprechend der Stellenwert des Autos höher als in grösseren Gemeinden ausfällt, werden in kleineren Gemeinden PatientInnen-Parkplätze als wichtiger erachtet. In grösseren Orten hingegen zählt die Nähe zur nächsten Bus- oder Tramhaltestelle, da Tram und Bus oftmals die bequemereren und schnelleren Verkehrsmittel darstellen.

Die Korrelationsanalyse hat weiterhin ergeben, dass die Wichtigkeit von Informationen über die Reputation bzw. den Ruf von Hausärzten sowie Informationen über Zusatzausbildungen in den beiden Sprachregionen unterschiedlich eingeschätzt werden. Befragte in der Deutschschweiz erachten diese Informationen statistisch hochsignifikant als wichtiger im Vergleich zu WestschweizerInnen. Die Zusammenhänge liegen dabei durchwegs im geringen Wertebereich und betragen im ersten Fall (Ruf/Reputation) $r = .16$ (vgl. Anhang Tabelle A5), im zweiten Fall (Zusatzausbildungen) $r = .11$ (vgl. Anhang Tabelle A6). Informationen über Zusatzausbildungen werden zudem von Frauen als wichtiger erachtet als von Männern ($r = .12$; vgl. Anhang Tabelle A7).

Die Gewichtung von Informationen über das Angebot von Hausbesuchen schliesslich ist abhängig vom Bildungsniveau sowie vom Alter der Befragten. Je tiefer das Bildungsniveau, desto wichtiger sind Informationen über das Angebot von Hausbesuchen ($r = .19$; vgl. Anhang Tabelle A8). Und je höher das Alter, desto wichtiger werden Informationen über das Angebot von Hausbesuchen gewertet. Bei dieser Variable liegt der Wert des Korrelationskoeffizienten mit $r = .38$ in einem für sozialwissenschaftliche Studien höheren Wertebereich.

Dieser deutliche lineare Zusammenhang ist auch gut in der nachfolgenden Kreuztabelle (Tabelle 5) abzulesen und lässt sich vor dem Hintergrund der mit dem Alter abnehmenden Mobilität plausibel interpretieren.



Tabelle 5: Alter der HausarztpatientInnen und Informationswunsch bezüglich Angebot von Hausarztbesuchen

Alter der Befragten			Infos zu Hausbesuchen		
			wichtig	unwichtig	Gesamt
Altersklassen	bis 29 Jahre	Anzahl	51	80	131
		% von Altersklassen	38.9%	61.1%	100.0%
	30 - 39 Jahre	Anzahl	75	139	214
		% von Altersklassen	35.0%	65.0%	100.0%
	40 - 49 Jahre	Anzahl	161	178	339
		% von Altersklassen	47.5%	52.5%	100.0%
	50 - 59 Jahre	Anzahl	153	88	241
		% von Altersklassen	63.5%	36.5%	100.0%
	60 - 69 Jahre	Anzahl	229	64	293
		% von Altersklassen	78.2%	21.8%	100.0%
	70 - 79 Jahre	Anzahl	149	28	177
		% von Altersklassen	84.2%	15.8%	100.0%
	80 Jahre und älter	Anzahl	73	7	80
		% von Altersklassen	91.2%	8.8%	100.0%
Gesamt		Anzahl	891	584	1475
		% der Gesamtzahl	60.4%	39.6%	100.0%

In den Gruppendiskussionen wurde zwar grundsätzlich ein vages Bedürfnis nach mehr Qualitätsinformationen über Hausärztinnen geäußert. Jedoch bestand keine genaue Vorstellung darüber, wie diese Angebote aussehen könnten. Bezogen auf die Informationsquelle Internet wünschten sich die Diskussionsteilnehmenden – wenn überhaupt – hauptsächlich „handfeste“ Informationen zu Merkmalen der Strukturqualität: Alter und Sprachkenntnisse der Hausärztin, Angaben zum Praxisteam, Lage und Erreichbarkeit der Praxis, Öffnungszeiten und Verfügbarkeit, Angebot von Hausbesuchen.

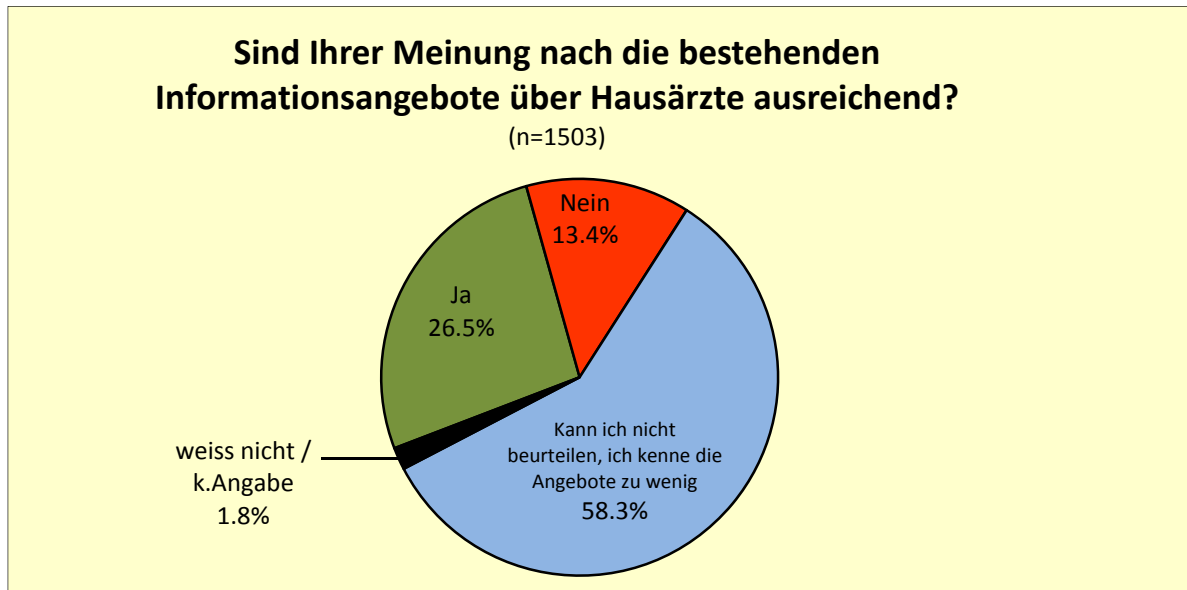
Werden die Ergebnisse der qualitativen mit denjenigen der quantitativen Teilstudie in Verbindung gebracht, so ergeben sich drei direkte Überschneidungen bei den geäußerten Informationsbedürfnissen:

- Öffnungszeiten der Hausarztpraxis
- Lage und Erreichbarkeit der Praxis
- Angebot von Hausbesuchen

Die Frage, ob die bestehenden Informationsangebote über Hausärzte ausreichend sind, kann von über der Hälfte der Befragten (58.3%) nicht beantwortet werden, da die entsprechenden Angebote zu wenig bekannt sind (vgl. Abbildung 20). Von denjenigen, die diese Frage beantwortet haben, erachten fast doppelt so viele (26.5%) die bestehenden Informationsangebote über Hausärzte für ausreichend, wie für unzureichend (13.4%).



Abbildung 20: Beurteilung des Informationsangebotes



In Bezug auf diese Frage können interessante statistische Zusammenhänge mit den Variablen Bildung und Alter nachgewiesen werden:

- Je höher der Bildungsabschluss, desto grösser der Anteil derer, die die bestehenden Angebote für nicht ausreichend halten. Die Gruppe derer, die sich kein Urteil zutrauen, weil sie sich für zu wenig informiert halten, ist in allen Bildungsgruppen ähnlich.
- Je älter die Befragten, desto grösser der Anteil derjenigen, die die bestehenden Angebote für ausreichend halten. Die Gruppe derjenigen, die sich kein Urteil zutrauen, weil sie sich für zu wenig informiert halten, nimmt mit zunehmendem Alter deutlich ab.

Werden die Ergebnisse der repräsentativen Studie mit denjenigen der Gruppendiskussionen verglichen, so zeigt sich ein ähnliches Bild in Bezug auf die Frage, ob die bestehenden Informationsangebote über Hausärztinnen als ausreichend beurteilt werden. Auch in den Fokusgruppen bekundeten die meisten PatientInnen grosse Mühe damit, diese Fragestellung zu beantworten. Vielfach erfolgte der Hinweis, sich noch nie damit befasst zu haben, welche Informationsmöglichkeiten es im Einzelnen gebe und in welchen Bereichen zusätzliche Informationen wünschenswert sein könnten. Viele Diskussionsteilnehmende wussten zum Teil nicht so recht, wie sie bei der Suche nach einer neuen Hausärztin vorgehen würden, sei dies im Internet oder bei anderen Informationskanälen.

3.3 Qualität: Was macht einen guten Hausarzt aus?

In diesem Kapitel wird zuerst der Frage nachgegangen, was aus Sicht der Befragten eine gute Hausärztin ausmache. Dabei werden die auf die offen gestellte Frage gemachten Angaben mit denjenigen verglichen, die auf vorgelesene Antwortmöglichkeiten zustande kamen. In einem zweiten Abschnitt geht es insbesondere um Aspekte der Strukturqualität. In einem zweiten Unterkapitel beschäftigen wir uns schliesslich mit der Frage, ob aus Sicht der Befragten dem zum Befragungszeitpunkt aktuelle Hausarzt schon einmal ein Fehler unterlaufen sei, sei dies bei einer Diagnose oder einer Behandlung.

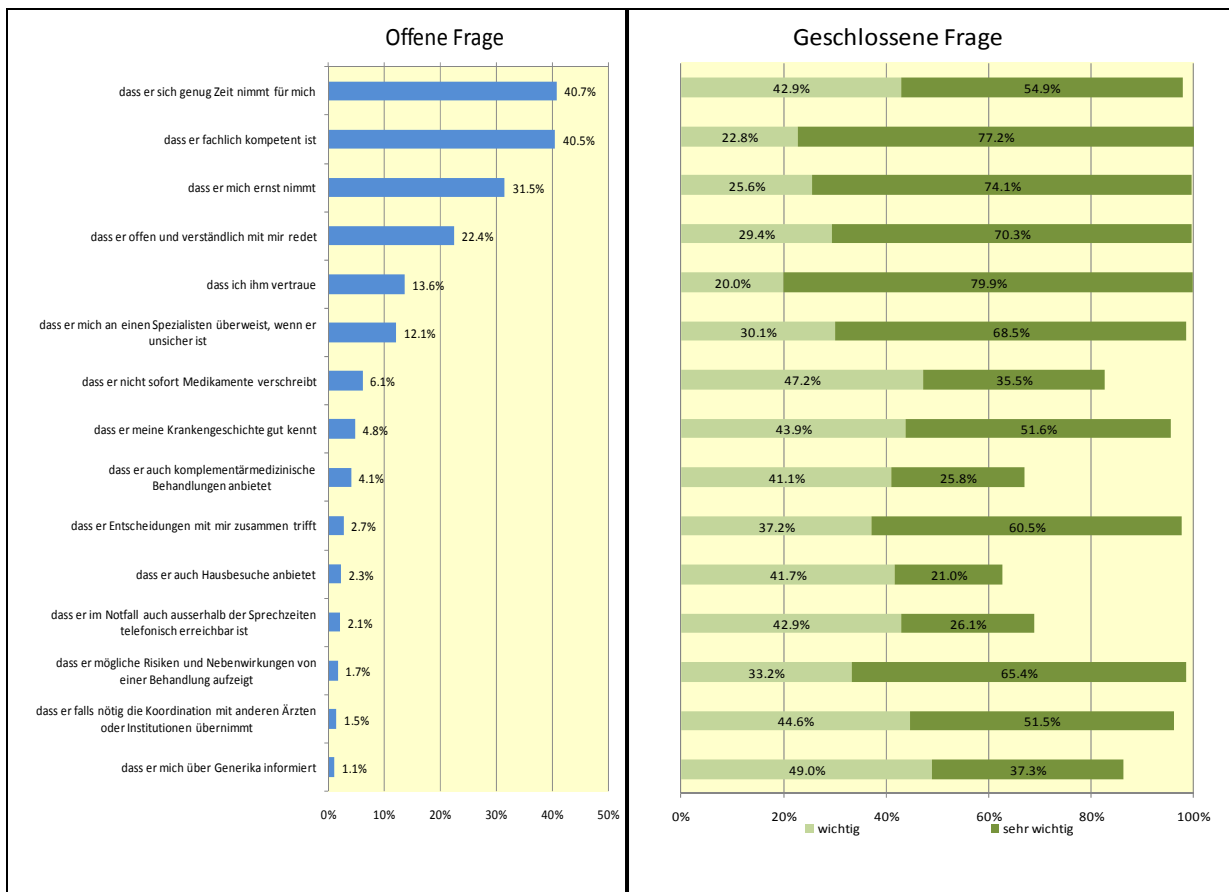


3.3.1 Qualität von Hausärzten und ihrer Praxis

Um herauszufinden, was aus Sicht der Befragten eine gute Hausärztin ausmacht, wurde in dieser Untersuchung ein zweistufiges Verfahren gewählt. In einem ersten Schritt wurde den Befragten diese Frage offen gestellt. Falls dabei nur ein Aspekt genannt wurde, wurde eine Nachfrage nach allfälligen weiteren relevanten Aspekten gestellt. Unter kognitionspsychologischen Gesichtspunkten kann davon ausgegangen werden, dass auf offen gestellte Fragen hauptsächlich diejenigen Qualitätskriterien genannt werden, die aus Sicht der Befragten für sie persönlich die höchste Relevanz aufweisen. Deshalb wurde die vorgegebene, randomisierte Antwortliste mit möglichen Qualitätskriterien erst in einem zweiten Schritt vorgelesen.

In Abbildung 21 wird dargestellt, durch welche Qualitätsmerkmale sich eine gute Hausärztin aus Sicht der Befragten auszeichnet. In der linken Hälfte werden die auf die offen gestellte Frage gegebenen Antworten – sortiert nach Häufigkeit der Nennungen – abgebildet. Auf der rechten Seite wird dargestellt, von wie viel Prozent der Befragten die im Anschluss an die offen gestellte Frage vorgelesenen Qualitätskriterien als wichtig oder sehr wichtig erachtet werden.

Abbildung 21: Was macht einen guten Hausarzt aus? (!)



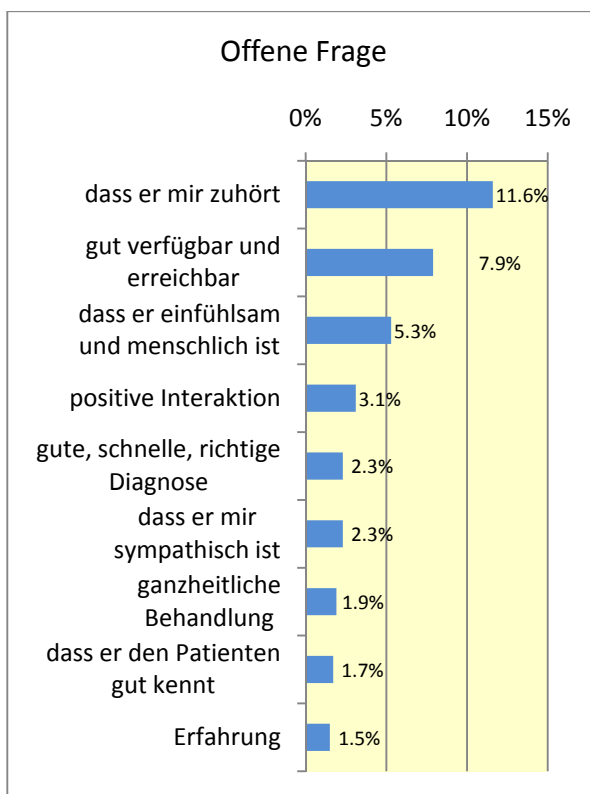
Auf die offen gestellte Frage, was eine gute Hausärztin ausmache, wurde von rund 40% der Befragten angegeben: „dass sie sich für ihre PatientInnen genügend Zeit nimmt“ und „dass sie fachlich kompetent ist“. Rund ein Drittel der Befragten schätzen eine Hausärztin dann für gut ein, wenn sie ihre PatientInnen ernst nimmt. Rund ein Viertel der Befragten (22.4%) erwarten von einer guten Hausärztin, dass sie offen und verständlich



mit ihren PatientInnen spricht. Schliesslich ist es für über zehn Prozent der Befragten wichtig, dass sie ihrer Hausärztin vertrauen können (13.6%) und dass sie bei Unsicherheiten rechtzeitig an einen Spezialisten überwiesen werden (12.1%). Alle übrigen in der Abbildung dargestellten Qualitätskriterien wurden von weniger als zehn Prozent der Befragten von selber genannt.

Zusätzlich wurden von den Befragten verschiedene weitere Aspekte genannt. Diese sind deshalb nicht in der oben stehenden Abbildung aufgeführt, weil sie in der von den TelefoninterviewerInnen vorgelesenen Antwortliste nicht enthalten waren und deshalb zu Vergleichszwecken nicht verwendet werden können.

Abbildung 22: Was macht einen guten Hausarzt aus? (II)



So zeichnet sich für 11.6% der Befragten eine gute Hausärztin dadurch aus, dass sie ihren PatientInnen zuhört. Für 7.9 % ist die Verfügbarkeit und Erreichbarkeit der Hausärztin wichtig; für 5.3% der Befragten zeichnet sich eine gute Hausärztin durch Einfühlsamkeit und Menschlichkeit aus. Weiter wurden genannt: „positive Interaktion“ (3.1%), „Sympathie“, „gute, schnelle, richtige Diagnose“ (je 2.3%), „ganzheitliche Behandlung“ (1.9%), „den Patienten gut kennen“ (1.7%) sowie „Erfahrung“ (1.5%).

Wie zu erwarten, fallen die auf die geschlossene Frage nach einer guten Hausärztin gegebenen Antworten weniger differenziert aus, als wenn dieselbe Frage offen gestellt wird. *Alle* vorgelesenen Antwortmöglichkeiten werden von einer Mehrheit der Befragten als wichtig oder sehr wichtig beurteilt.

Es sind vier Qualitätsmerkmale, die von (fast) allen Befragten als wichtig oder sehr wichtig beurteilt werden:

- dass die Hausärztin fachlich kompetent ist
- dass die Hausärztin ihre PatientInnen ernst nimmt
- dass sie offen und verständlich mit ihren PatientInnen spricht
- dass die Befragten ihrer Hausärztin vertrauen können

Weitere Aspekte, die von über 95% der Befragten als wichtig oder sehr wichtig beurteilt wurden sind: „dass von Hausärztinnen mögliche Risiken und Nebenwirkungen einer Behandlung aufgezeigt werden“ und „dass bei Unsicherheiten eine Überweisung zu einem Spezialisten veranlasst wird“. Weitere wichtige Aspekte sind aus Sicht der Befragten: „dass sich die Hausärztin genügend Zeit nimmt“, „dass sie Entscheidungen zusam-



men mit ihren PatientInnen trifft“, „dass sie die Krankengeschichte gut kennt“ und „dass sie falls nötig die Koordination mit anderen Ärzten oder Institutionen (Spital, Spitex) übernimmt“.

Am unwichtigsten sind den Befragten bei einer Hausärztin folgende Aspekte: „dass sie Hausbesuche macht“, „dass sie komplementärmedizinische Behandlungen (z.B. Homöopathie) anbietet“ sowie „dass sie im Notfall auch ausserhalb der Sprechstunden telefonisch erreichbar ist“.

Vergleicht man die Antworten auf die offene und auf die geschlossene Frage, so fällt auf, dass aus den beiden Fragetypen vier zentrale Qualitätsmerkmale für eine gute Hausärztin abgeleitet werden können. So zeichnet sich eine gute Hausärztin zuallererst durch ihre Fachkompetenz aus. Weitere zentrale Qualitätskriterien sind aus Sicht der Befragten, dass sich Hausärztinnen für ihre PatientInnen genügend Zeit nehmen, dass sie deren Anliegen ernst nehmen und dass sie offen und verständlich mit ihnen kommunizieren.

Der Aspekt, dass sich die Hausärztin genügend Zeit nimmt für ihre PatientInnen, wird von Frauen als wichtiger erachtet als von Männern. Allerdings fällt der Zusammenhang zwischen diesem Item und der Variable ‚Geschlecht‘ nur gering aus ($r = -.12$; vgl. Anhang Tabelle A9). Auch der Aspekt, dass Hausärztinnen zusätzlich komplementärmedizinische Behandlungen (z.B. Homöopathie) anbieten, wird von Frauen als wichtiger beurteilt als von Männern und liegt mit $r = -.15$ (vgl. Anhang Tabelle A10) im geringen Wertebereich.

Ein weiterer statistisch hochsignifikanter Zusammenhang kann zwischen dem Aspekt, dass nicht sofort Medikamente verschrieben werden und den beiden Variablen ‚Geschlecht‘ und ‚Sprachregion‘ nachgewiesen werden. Frauen erachten es als wichtiger als Männer, dass die Hausärztin nicht sofort Medikamente verschreibt ($r = -.13$; vgl. Anhang Tabelle A11). Unterschiede in Bezug auf die Einschätzung der Wichtigkeit dieses Aspekts gibt es auch zwischen den Sprachregionen. Für DeutschschweizerInnen ist es wichtiger, dass nicht sofort Medikamente verschrieben werden als für WestschweizerInnen ($r = -.11$; vgl. Anhang Tabelle A12).

Ein weiteres Item, bei dem statistisch hoch signifikante Zusammenhänge mit einzelnen soziodemographischen Variablen nachgewiesen werden können, betrifft die Relevanz der Frage, ob Hausärztinnen im Notfall auch ausserhalb der Sprechstunde telefonisch erreichbar sind. Dieser Aspekt wird von älteren Befragten als wichtiger erachtet als von jüngeren ($r = .20$; vgl. Anhang Tabelle A13). Unterschiede in Bezug auf die Relevanz dieses Aspektes können auch für die beiden Sprachregionen nachgewiesen werden. Für DeutschschweizerInnen ist es wichtiger, dass sie ihre Hausärztin im Notfall auch ausserhalb der Sprechstunde erreichen können, als für WestschweizerInnen ($r = -.26$; vgl. Anhang Tabelle A14).

Ein letztes Item, bei dem statistisch hochsignifikante Zusammenhänge mit einzelnen soziodemographischen Variablen nachgewiesen werden können, betrifft die Relevanz der Frage, ob die Hausärztin auch Hausbesuche macht. Dieses Angebot erachten ältere Menschen als deutlich wichtiger als jüngere ($r = .40$; vgl. Anhang Tabelle A15). Auch für Frauen ist es wichtiger als für Männer, ob Hausärztinnen anbieten Hausbesuche zu machen ($r = -.15$; vgl. Anhang Tabelle A16). Schliesslich ist die Beantwortung dieser Frage auch vom Bildungsabschluss der Befragten abhängig. Je höher der Bildungsabschluss der Befragten, desto weniger wichtig ist für sie der Aspekt, ob eine Hausärztin Hausbesuche macht oder nicht ($r = -.20$; vgl. Anhang Tabelle A17).

„Was macht für Sie einen guten Hausarzt aus?“ Exakt dieselbe Frage wurde ebenfalls den Teilnehmenden der Gruppendiskussionen gestellt. Wie das folgende Zitat vor Augen führt, entsprechen die durch die repräsentative Studie erzielten Ergebnisse – mit einer Ausnahme – genau den Ergebnissen der Gruppendiskussionen:

„Auf die offen gestellte Frage, was eine gute Hausärztin ausmacht, wird in der Diskussion mit Abstand am häufigsten



bemerkt, dass sich eine gute Hausärztin Zeit nehmen und die Anliegen ihrer Patienten ernst nehmen sollte. Eine gute Hausärztin zeigt Interesse an den Sorgen ihrer Patienten, hört aufmerksam zu und spricht offen und verständlich mit ihren Patienten, insbesondere über die Art der Erkrankung, deren Behandlungsmöglichkeiten und allfällig damit verbundene Risiken und Nebenwirkungen. Eine transparente, auf gegenseitigem Vertrauen basierende Interaktion und Kommunikation zwischen Hausärztin und Patient scheint also in den Augen der Patienten das zentrale Qualitätskriterium darzustellen“. (Neuenschwander & Riedel 2009b: 698).

Ein Unterschied zwischen der qualitativen und der quantitativen Teilstudie betrifft die Relevanz des Qualitätsmerkmals ‚Fachkompetenz‘. In der telefonischen Befragung spielt die Fachkompetenz bei der Beurteilung der Qualität einer Hausärztin eine zentrale Rolle, unabhängig davon, ob die entsprechende Frage offen oder geschlossen gestellt wurde. Im Gegensatz dazu wurde die Fachkompetenz in den Gruppendiskussionen als relevantes Qualitätskriterium kaum explizit erwähnt. Aus dieser Tatsache zogen wir den Schluss,

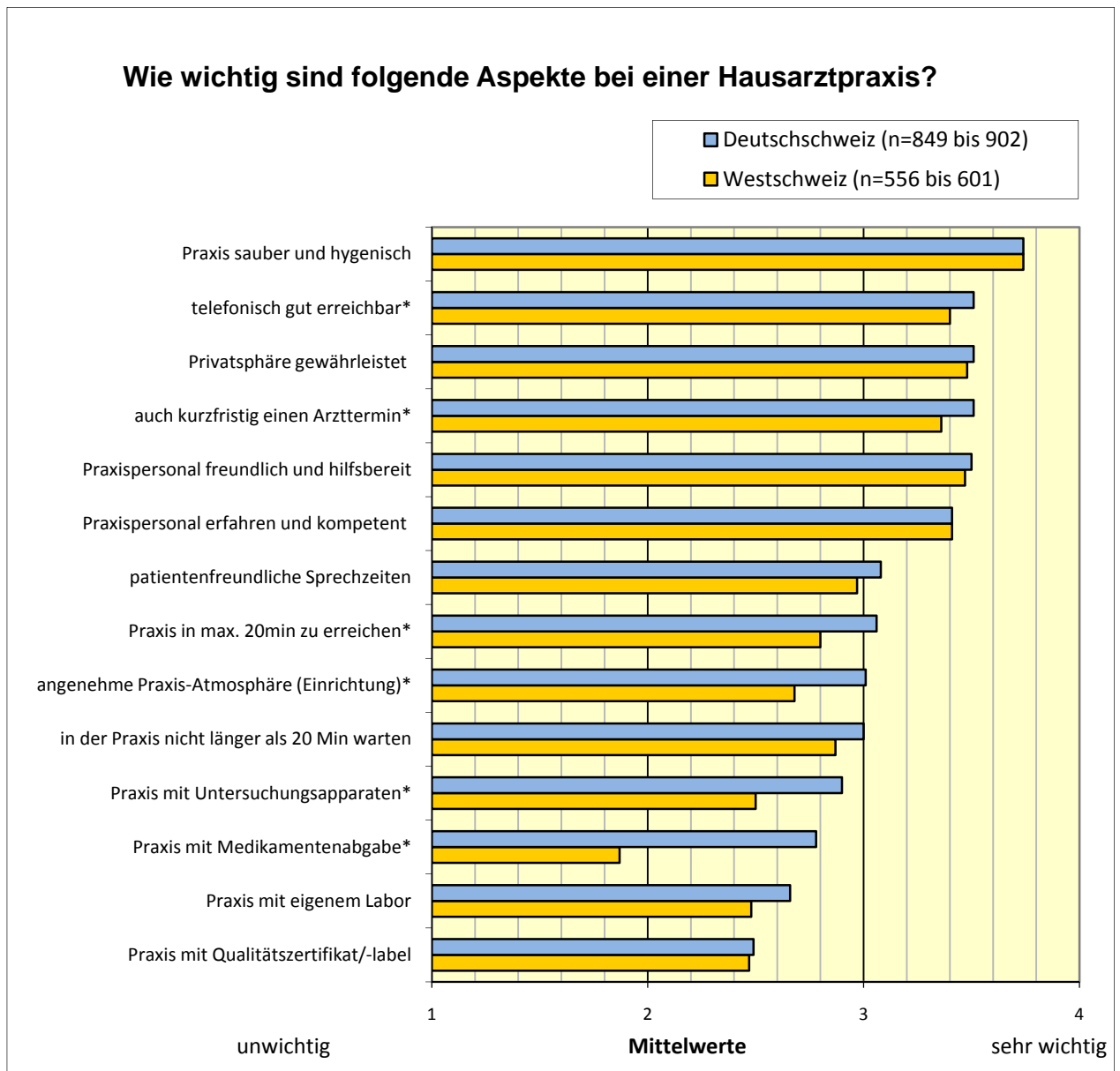
„dass viele Patienten die Fachkompetenz der Hausärztin anscheinend stillschweigend voraussetzen und dementsprechend unerwähnt lassen. Der Durchschnittspatient hat Vertrauen in die Ausbildung und die dadurch erworbenen Qualifikationen der Hausärztinnen“. (Neuenschwander & Riedel 2009b: 698).

In einer weiteren Frage zu Qualitätsaspekten wurde den Befragten die folgende Frage gestellt: „Wie wichtig sind die folgenden Aspekte bei einer Praxis eines Hausarztes?“ Dabei hatten die Befragten wiederum die Möglichkeit, die nach dem Zufallsprinzip zusammengestellte Liste von möglichen Qualitätsaspekten als unwichtig (1), eher unwichtig (2), wichtig (3) oder sehr wichtig (4) zu bewerten.⁹

⁹ Diese Frage wurde nicht zusätzlich als offen formulierte Frage gestellt.



Abbildung 23: Qualitätskriterien von Hausarztpraxen



Am allerwichtigsten ist für die Befragten, dass die Hausarztpraxis sauber und hygienisch ist. Es folgen weitere fünf Qualitätskriterien, die von den Befragten ebenfalls über einen hohen Stellenwert verfügen (das heisst, die Items weisen einen Mittelwert von mehr als 3.4 aus):

- die Gewährleistung der Privatsphäre (insbesondere bei der Anmeldung und Behandlung)
- die Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft des Praxispersonals
- die telefonische Erreichbarkeit der Praxis
- die Erfahrung und Kompetenz des Praxispersonals
- die Gewährleistung eines kurzfristigen Arzttermins

Am unwichtigsten sind für die Befragten die beiden folgenden Aspekte: ob in der Praxis Medikamente abgegeben werden und ob die Hausarztpraxis über ein Qualitätszertifikat bzw. -label verfügt. Bei der Frage nach Qualitätszertifikaten bzw. -labeln deutet zudem die – im Vergleich zu allen anderen Teilitems – deutlich höhere Anzahl von fehlenden Angaben (84 Personen oder immerhin 5.4% wählten die Antwort „weiss nicht“ und 14



Befragte bzw. 0.9% „keine Angabe“) daraufhin, dass der Kenntnisstand in Bezug auf derartige Qualitätsnachweise für Praxen allgemein geringer ausgeprägt ist. Auch bei den Personen, die eine Bewertung abgegeben haben, könnte eine „Wissensunsicherheit“ die Wichtigkeitseinstufung von Qualitätsnachweisen reduziert haben.

Der grösste Unterschied zwischen dem Antwortverhalten der Deutschschweizer und Westschweizer Befragten besteht hinsichtlich der Frage, ob es wichtig ist, dass in der Hausarztpraxis Medikamente abgegeben werden. Dieser Aspekt wird in der Deutschschweiz viel höher gewichtet als in der Romandie.

In der Korrelationsanalyse werden folgende Sachverhalte sichtbar:

Die Einschätzung der Wichtigkeit, dass eine Hausarztpraxis über ein Qualitätszertifikat bzw. -label verfügt, ist abhängig vom Bildungsniveau der Befragten. Für Befragte mit einem hohen Bildungsniveau ist dieser Aspekt weniger wichtig als für solche mit einem tiefen Bildungsniveau. Allerdings fällt der Zusammenhang zwischen diesem Item und der Variable ‚Bildung‘ gering aus ($r = -.17$; vgl. Anhang Tabelle A18). Auch beim Kriterium, dass eine Hausarztpraxis über ein eigenes Labor verfügt, wird ein Zusammenhang mit der formalen Bildung der Befragten, aber auch dem Alter sichtbar. Je tiefer das Bildungsniveau der Befragten, desto wichtiger wird dieser Aspekt eingeschätzt ($r = -.19$; vgl. Anhang Tabelle A19). Je höher das Alter der Befragten ist, desto wichtiger wird das Vorhandensein eines eigenen Labors eingeschätzt ($r = .26$; vgl. Anhang Tabelle A20). Die Einschätzung der Wichtigkeit, dass eine Praxis über Untersuchungsapparate wie Röntgen oder Ultraschall verfügt, ist abhängig vom Bildungsniveau der Befragten. Je tiefer das Bildungsniveau, desto wichtiger werden Untersuchungsapparate eingeschätzt ($r = -.19$; vgl. Anhang Tabelle A21).

Weitere statistisch hoch signifikante Zusammenhänge können zwischen dem Aspekt, „dass in der Hausarztpraxis Medikamente abgegeben werden“ und den Variablen ‚Bildung‘, ‚Sprachregion‘ sowie ‚Gemeindegrösse‘ nachgewiesen werden. Von Befragten mit einem tiefen Bildungsniveau ($r = -.20$; vgl. Anhang Tabelle A22) sowie von DeutschschweizerInnen wird dieser Aspekt als wichtiger erachtet als von Befragten mit einem hohen Bildungsniveau und WestschweizerInnen. Zwischen dem Wunsch nach einer Medikamentenabgabe und der Sprachregion besteht ein – für sozialwissenschaftliche Untersuchungen – recht hoher Zusammenhang von $r = -.42$ (vgl. Anhang Tabelle A23). Auch die Gemeindegrösse hat einen Einfluss auf die Einschätzung der Wichtigkeit der Medikamentenabgabe: BewohnerInnen von kleinen Gemeinden halten diese für wichtiger als solche aus grossen Gemeinden ($r = .15$; vgl. Anhang Tabelle A24).

Die Einschätzung der Wichtigkeit, „dass in der Hausarztpraxis eine angenehme Atmosphäre vorherrscht“ ist abhängig von den Variablen ‚Bildung‘ sowie ‚Alter‘. Je tiefer das Bildungsniveau und je höher das Alter der Befragten, desto wichtiger wird die Atmosphäre in der Hausarztpraxis eingeschätzt. Der Korrelationskoeffizient beträgt im ersten Fall (Bildung) $r = -.17$ und im zweiten Fall (Alter) $r = .17$ (vgl. Anhang Tabellen A25 und A26).

Ein weiteres Item, bei dem ein statistisch hochsignifikanter Zusammenhang mit der Variable ‚Alter‘ nachgewiesen werden kann, betrifft die Relevanz der Frage, ob eine Hausarztpraxis patientenfreundliche Sprechstunden – z.B. in Randzeiten morgens und abends – anbietet. Dieser Aspekt wird insbesondere von Befragten im erwerbsfähigen Alter als wichtig erachtet ($r = -.10$; vgl. Anhang Tabelle A27).

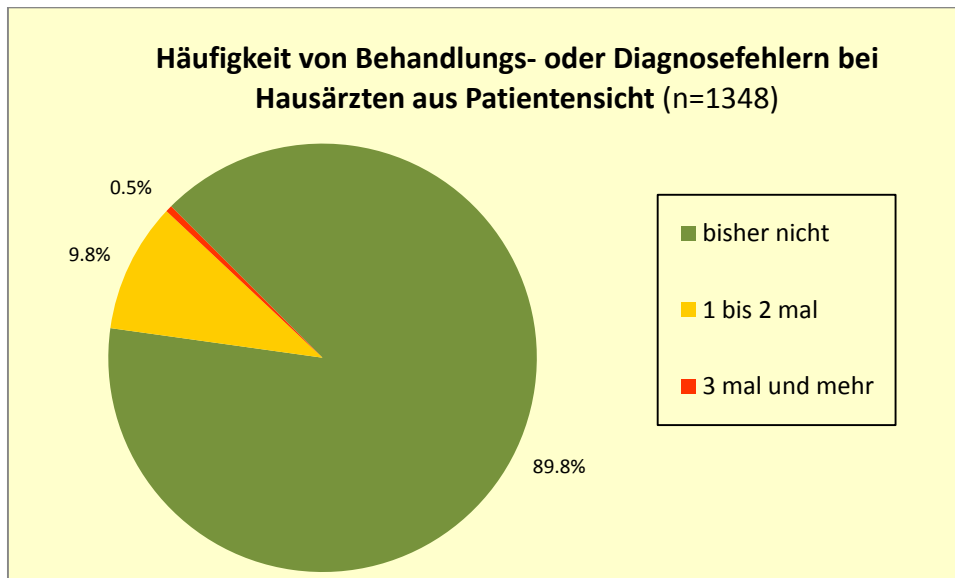
Vergleicht man die Antworten der telefonisch Befragten auf die Frage, welche Aspekte einer Hausarztpraxis sie als wichtig erachten, mit den entsprechenden Antworten in den Fokusgruppen, so ergeben sich hauptsächlich zwei Übereinstimmungen. So werden das Praxispersonal und die in einer Praxis vorherrschende Atmosphäre auch in den Gruppendiskussionen als wichtiger Aspekt beurteilt. Übereinstimmung gibt es ebenfalls in Bezug auf die Relevanz der Sauberkeit und Hygiene einer Hausarztpraxis. In den Fokusgruppen wurde eine Praxisausstattung dann explizit als gut bewertet, wenn die Räume sauber sind und die Praxis über eine moderne technische Ausstattung verfügt.



3.3.2 Fehler bei Diagnosen oder Behandlungen

Im Rahmen der telefonischen Interviews wurden die Studienteilnehmenden gefragt, ob es aus deren Sicht schon einmal vorgekommen sei, dass ihre Hausärztin einen Fehler gemacht habe, sei es bei einer Diagnose oder bei einer Behandlung. Rund 90% der 1348 Befragten mit einer persönlichen Hausärztin beklagen keinen Diagnose- bzw. Behandlungsfehler. Bei rund 10% der Befragten unterliefen der Hausärztin ein bis zwei Mal, bei nur 0.5% der Befragten drei Mal oder mehr ein Fehler.

Abbildung 24: Häufigkeit von Diagnose- oder Behandlungsfehlern

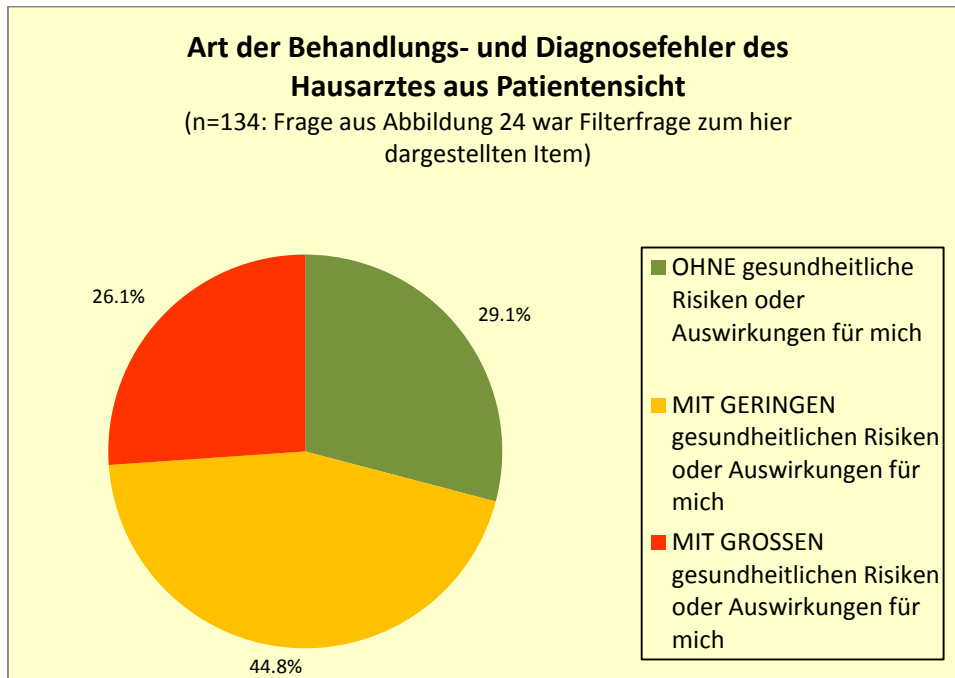


Hinweis: Die nachfolgenden Beschreibungen beziehen sich nur auf die Gruppe derer, die von Diagnose- bzw. Behandlungsfehlern berichtet haben: Nur diese 134 Personen (oder 10,3% aller Befragten mit Hausärztin) wurden in der CATI-Erhebung um weitere Angaben gebeten.

Betrachtet man zunächst die Auswirkungen der berichteten Diagnose- bzw. Behandlungsfehler (vgl. Abbildung 25), so stufen immerhin rund ein Viertel die daraus resultierenden gesundheitlichen Risiken oder Auswirkungen als gross ein. Fast 45% der Betroffenen beurteilen die Folgen als gering. Für knapp 30% der Befragten hatten die von der Hausärztin verursachten Diagnose- bzw. Behandlungsfehler keine gesundheitlichen Risiken oder Auswirkungen zur Folge.

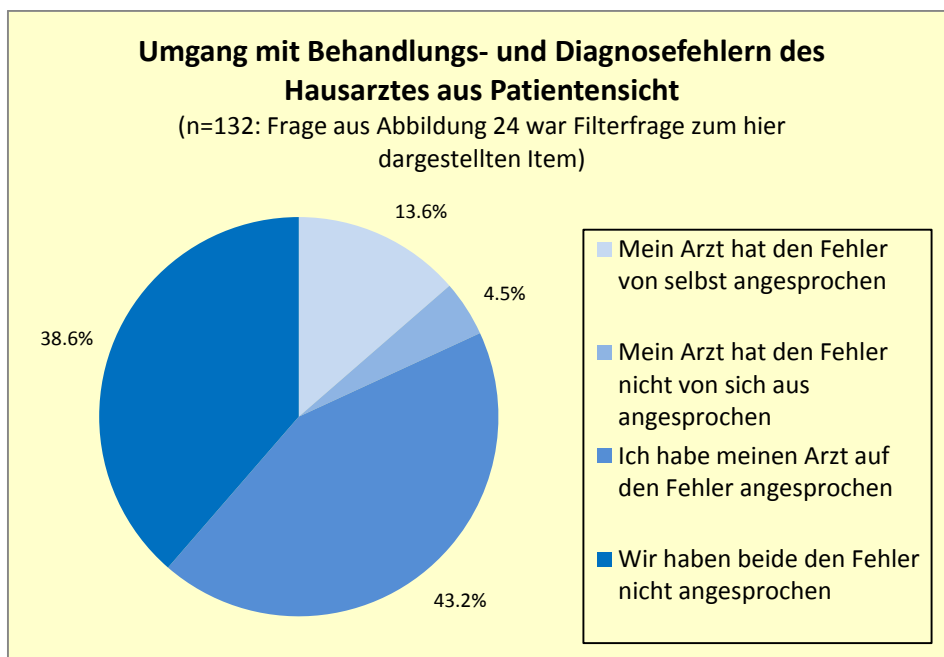


Abbildung 25: Ausmass der Diagnose- bzw. Behandlungsfehler



Wie sind die von Diagnose- bzw. Behandlungsfehlern Betroffenen damit umgegangen? In 13.6% der Fälle hat die Hausärztin den Fehler von selbst angesprochen; nur in 4.5% der Fälle wurde der Fehler von der Hausärztin nicht von selbst thematisiert. In rund 43% der Fälle haben die Betroffenen ihre Hausärztin auf den Fehler angesprochen. Immerhin in rund 34% der Fälle wurde der Diagnose- bzw. Behandlungsfehler weder von den PatientInnen noch von der Hausärztin angesprochen.

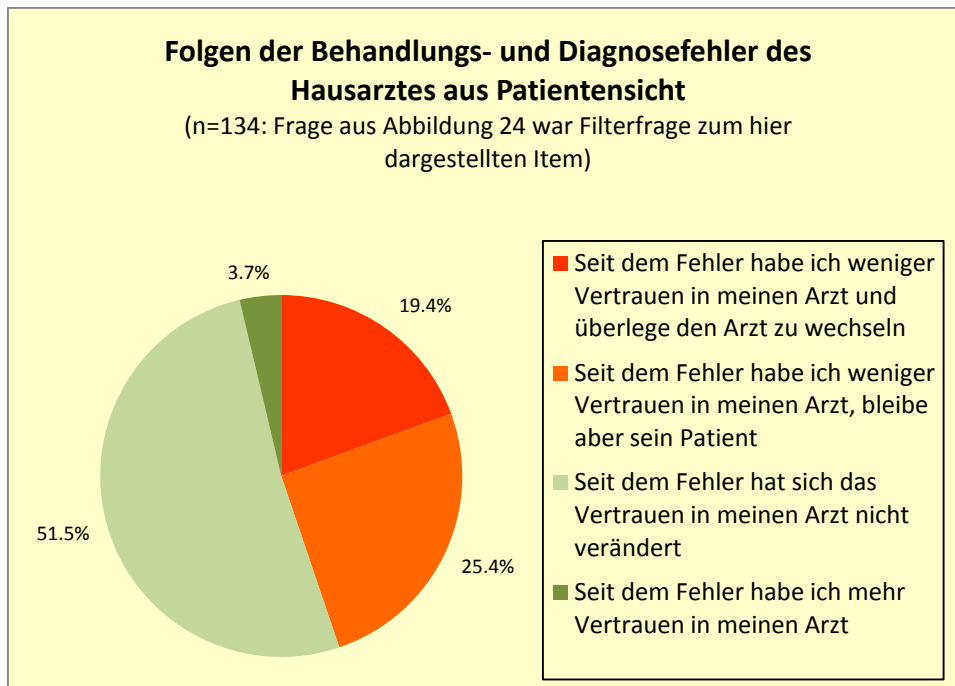
Abbildung 26: Umgang mit Diagnose- bzw. Behandlungsfehlern





Welche Folgen hatten die von der Hausärztin begangenen Diagnose- bzw. Behandlungsfehler auf das Arzt-Patient-Verhältnis? Rund ein Viertel der Betroffenen hat weniger Vertrauen in seine Hausärztin, bleibt aber deren Patient. Rund 20% der Betroffenen hat weniger Vertrauen und überlegt einen Hausarztwechsel. Bei einer Mehrheit der Betroffenen wurde das Vertrauensverhältnis entweder nicht in Mitleidenschaft gezogen oder hat sich sogar verbessert.

Abbildung 27: Auswirkungen von Diagnose- bzw. Behandlungsfehler auf das Arzt-Patient-Verhältnis



Die in den beiden letzten Abbildungen dargestellten Ergebnisse korrespondieren sehr gut mit denjenigen in den Fokusgruppen: Eine Fehldiagnose und/oder eine fehlerhafte bzw. wirkungslose Therapie wird zwar von den Diskussionsteilnehmenden als ein möglicher Grund genannt, die Hausärztin zu wechseln. Allerdings wird von vielen PatientInnen eingeschränkt, dass sie dies nur bei gravierenden Fehlleistungen ernsthaft in Betracht ziehen würden. Zudem werden die Konsequenzen einer Fehldiagnose bzw. fehlerhaften oder wirkungslosen Therapie in Relation gesetzt zur Dauer des Kontaktes zwischen Hausärztin und PatientIn. Offenbar kann das Vertrauensverhältnis zwischen PatientIn und Hausärztin weniger durch einen Fehler an sich, als vielmehr den Umgang damit erschüttert werden.



3.4 Informationsbedarf und Qualitätskriterien bei Spezialisten

Auf Wunsch der FMH wurden in der vorliegenden Studie neben Fragen zum Themengebiet Hausarztmedizin zwei zusätzliche Fragen zu Spezialisten aufgenommen. Die eine Frage lautete: „Was macht aus Ihrer Sicht einen guten Spezialisten aus?“. Die andere Frage war: „Bei welchen Personen, Organisationen oder Medien würden Sie sich informieren, wenn Sie einen Spezialisten suchen?“ Obwohl es den Auswertungsaufwand deutlich erhöht, wurde diese Frage deshalb mittels einer offen gestellten Frage untersucht, um eine wie auch immer geartete Beeinflussung bzw. Lenkung des Antwortverhaltens durch vorgegebene Antwortkategorien auszuschliessen. Beide Fragen wurden offen – also ohne Vorlesen einer Antwortliste – gestellt.

In Abbildung 28 wird dargestellt, was aus Sicht der Befragten einen guten Spezialisten ausmacht. Um einen direkten Vergleich der Antworten zur entsprechenden Frage zu Hausärztinnen zu ermöglichen, werden die als wichtig erachteten Qualitätskriterien bei Hausärztinnen ebenfalls dargestellt. Die aufgelisteten Qualitätskriterien wurden nach Anzahl Nennungen bei Spezialisten in absteigender Reihenfolge sortiert.



Abbildung 28: Was macht einen guten Spezialisten bzw. eine gute Hausärztin aus?

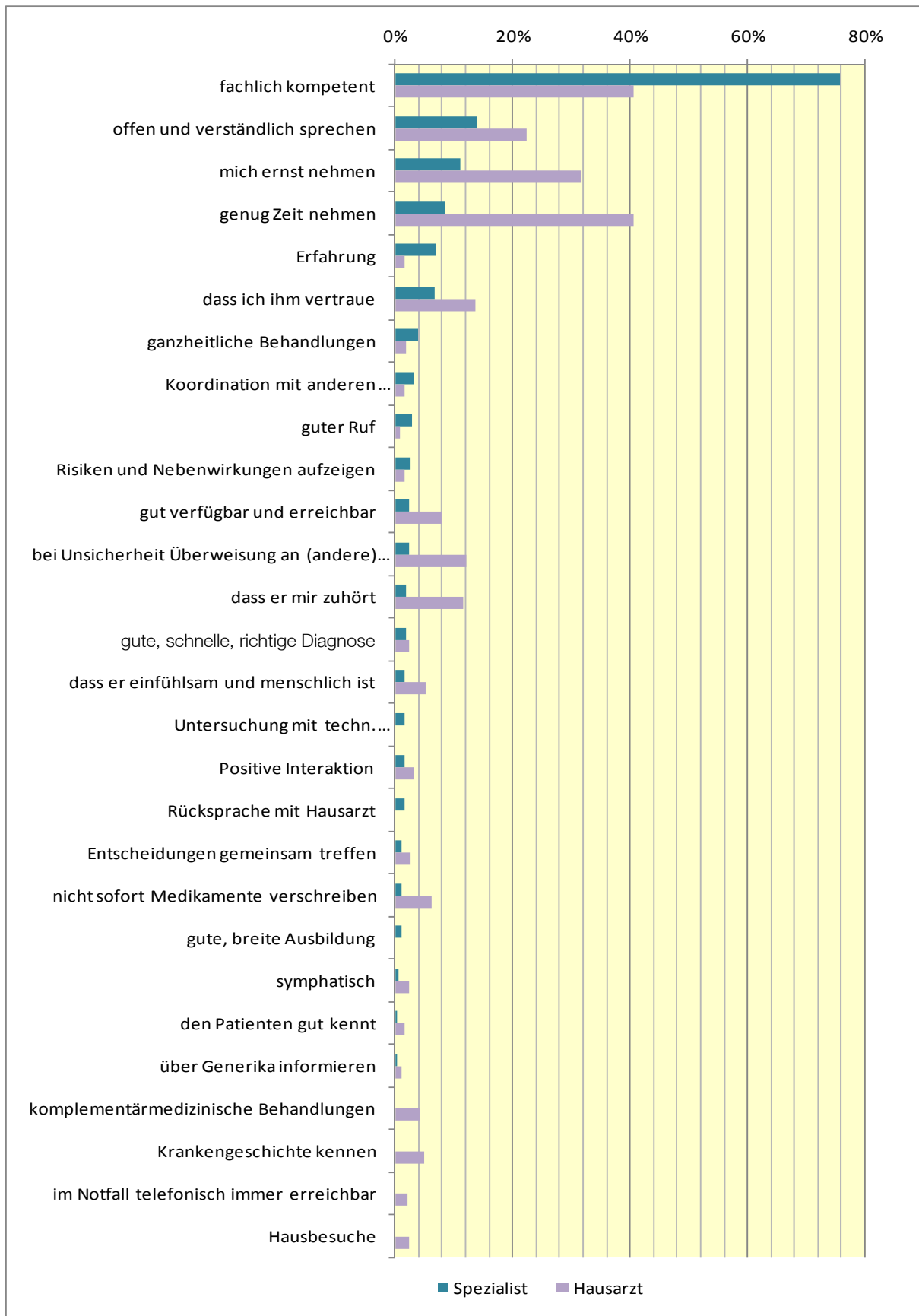




Abbildung 28 verdeutlicht, dass in Bezug auf Spezialisten die fachliche Kompetenz von den Befragten mit Abstand als *das* zentrale Qualitätskriterium erachtet wird (75.7%). Weit abgeschlagen mit über zehn Prozent der Nennungen folgen die Qualitätskriterien „dass er offen und verständlich kommuniziert“ (14%), „dass er mich ernst nimmt“ (11.1%) sowie „dass er sich genügend Zeit nimmt für mich“ (8.5%). Weiter zeichnet sich ein guter Spezialist nach Ansicht der Befragten dadurch aus, „dass er über eine grosse Erfahrung verfügt“ (7.1%) sowie „dass man ihm vertrauen kann“ (6.6%). Alle übrigen Qualitätsmerkmale wurden von weniger als fünf Prozent der Befragten genannt.

Vergleicht man die auf die Frage nach einem guten Spezialisten genannten Qualitätskriterien mit denjenigen, die auf die entsprechende Frage nach einer guten Hausärztin genannt wurden, lässt sich folgendes festhalten:

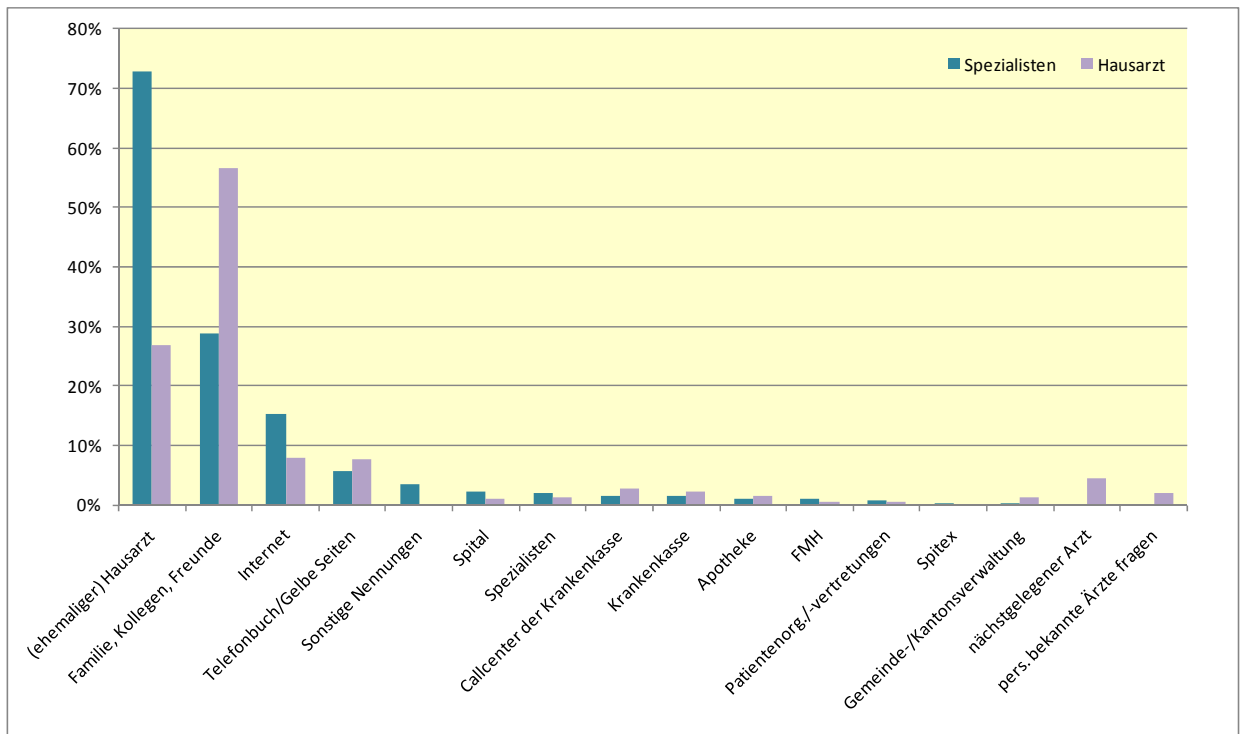
- Mit wenigen Ausnahmen sind dieselben Qualitätskriterien, die bei Spezialisten als wichtig erachtet werden, auch bei Hausärztinnen zentral. Ausnahmen sind das Kriterium, dass ein guter Spezialist über viel Erfahrung im Beruf verfügen sollte sowie das nur für Hausärztinnen relevante Kriterium, dass diese bei Unsicherheiten ihre Patienten rechtzeitig an Spezialisten überweisen. Einen erheblichen Unterschied zwischen der Qualitätsbeurteilung von Spezialisten und derjenigen von Hausärztinnen gibt es zudem in Bezug auf das Kriterium „dass er mir zuhört“, welches bei Hausärztinnen viel wichtiger zu sein scheint als bei Spezialisten.
- Zwar sind die genannten Qualitätskriterien für Spezialisten und Hausärztinnen überwiegend ähnlich, aber die Gewichtung unterscheidet sich merklich voneinander. Während bei den Spezialisten die Fachkompetenz von rund drei Vierteln der Befragten als das zentrale Qualitätskriterium genannt wurde, wurde dieser Aspekt in Bezug auf Hausärztinnen „nur“ von rund 40% genannt. Dafür spielen die anderen Qualitätskriterien bei den Hausärztinnen eine wichtigere Rolle als bei den Spezialisten.

In Abbildung 29 werden die bei der Suche nach einem Spezialisten genutzten Informationskanäle dargestellt. Zwecks Vergleichbarkeit der in Bezug auf die beiden Berufsgattungen verwendeten Informationskanäle sind wiederum die entsprechenden Angaben zu Hausärztinnen aufgeführt.

Bei der Suche nach einem Spezialisten würden sich rund 70% der Befragten an ihre Hausärztin wenden. Diese spielt demnach bei der Vermittlung eines geeigneten Spezialisten eine absolut zentrale Rolle. Rund ein Viertel der Befragten würde sich bei Familienangehörigen, FreundInnen und KollegInnen informieren, wenn es darum geht, einen Spezialisten zu suchen. An dritter Stelle mit rund 15% der Nennungen folgt die Informationsbeschaffung via Internet. Alle anderen potenziellen Informationskanäle wurden von weniger als zehn Prozent der Befragten genannt.



Abbildung 29: Informationskanäle bei der Suche nach einem Spezialisten bzw. einer Hausärztin



Vergleicht man die Informationskanäle, die die Befragten auf der Suche nach einem Spezialisten in Anspruch nehmen würden, mit denjenigen bei der Hausarztsuche, so fällt auf, dass bei beiden Berufsgattungen die Familie, FreundInnen und KollegInnen sowie die (ehemalige) Hausärztin eine zentrale Rolle bei der Informationsbeschaffung spielen. Unterschiede zeigen sich insbesondere in Bezug auf das Internet, das bei der Suche nach einem Spezialisten weitaus häufiger genutzt wird als bei der Suche nach einer Hausärztin. Dies deckt sich auch mit den Angaben in Teilkapitel 3.2.2.1 zur Frage, ob das Internet bereits einmal für die Arztsuche genutzt wurde (vgl. Abbildung 15).



4 Zusammenfassung

In diesem Kapitel werden die wichtigsten Ergebnisse der repräsentativen telefonischen Befragung zusammenfassend dargestellt. In einem ersten Abschnitt wird aufgezeigt, welche Informationskanäle die Befragten verwenden würden, wenn sie sich auf die Suche nach einer neuen Hausärztin machen würden. Anschließend wird der Frage nachgegangen, was aus Sicht der Befragten eine gute Hausärztin ausmacht und welche Anforderungen an eine gute Hausarztpraxis gestellt werden. Schliesslich wird in einem dritten Abschnitt dargestellt, was aus Sicht der Befragten einen guten Spezialisten ausmacht und wie bei der Suche nach einem solchen vorgegangen würde.

Informationskanäle und -bedürfnisse bei der Hausarztsuche

Bei der Frage nach der Vorgehensweise bei der Hausarztsuche handelt es sich um eine der zentralen Themen der vorliegenden Untersuchung. Trotz des damit verbundenen Auswertungsaufwandes wurde diese Frage offen gestellt.

Die allermeisten Befragten würden sich, wenn sie eine neue Hausärztin benötigten, zuerst an KollegInnen und FreundInnen oder aber an die ehemalige Hausärztin wenden. Öfters genannt wurden zudem die Familie sowie – zumindest in der Deutschschweiz – auch das Internet sowie das Telefonbuch bzw. die Gelben Seiten. Die eigene Familie, die ehemalige Hausärztin sowie KollegInnen und FreundInnen geniessen dabei auch die höchste Vertrauenszuschreibung.

Das Internet wurde bei der Suche nach einem Arzt von über 80% der Befragten (83.8%) noch nie eingesetzt. Wenn im Internet nach einem Arzt gesucht wird, wird dieses Medium von den Meisten eher dazu benutzt, um einen Spezialisten zu suchen als eine Hausärztin. Dass die Informationssuche dabei primär über allgemeine Suchseiten wie z.B. Google vorgenommen wird und nicht über thematisch-zugeschnittene Angebote wie OKdoc, scheint die Ergebnisse der Fokusgruppen – wonach der Wissenstand zu den im Internet bereits bestehenden Informationsangeboten eher gering ausfällt – zu bestätigen. Generell ist die Vertrauenszuschreibung in das Internet als gering zu beurteilen.

Werden die Studienteilnehmenden gefragt, welche Informationen sie bei der Hausarztsuche als wichtig erachten, werden sechs Aspekte von mindestens zwei Drittel der Studienteilnehmenden als wichtig eingestuft. Diese sind: Angaben über 1. die Wartezeit auf einen Untersuchungstermin, 2. den Ruf bzw. die Reputation der Hausärztin, 3. an welchen Tagen und wie lange die Praxis geöffnet ist, 4. die Erreichbarkeit mit ÖV, 5. die Wartezeit in der Praxis bis zur Behandlung und 6. Zusatzausbildungen der Hausärztin. Mit 85.6% der Befragten sind dabei die Angaben darüber, wie lange die Wartezeit auf einen Untersuchungstermin beträgt, mit Abstand am wichtigsten. Als unwichtig gelten bei einer überwiegenden Mehrheit der Befragten Informationen zu den Fremdsprachenkenntnissen sowie zum Geschlecht der Hausärztin.

Die Frage, ob die bestehenden Informationsangebote über Hausärzte ausreichend sind, kann von über der Hälfte der Befragten (58.3%) nicht beantwortet werden, weil sie nach eigener Einschätzung die entsprechenden Angebote zu wenig kennen. Je höher das formale Bildungsniveau, desto häufiger werden dabei die bestehenden Informationsangebote über Hausärzte als nicht ausreichend bezeichnet.



Qualitätsmerkmale von Hausärzten

Die wichtige Frage, was aus Sicht der Befragten eine gute Hausärztin ausmacht, wurde mit einem zweistufigen Verfahren bearbeitet. In einem ersten Schritt wurde diese Frage offen gestellt. Erst nach Beantwortung dieser ergebnisoffen formulierten Frage wurde in einem zweiten Schritt eine, auf Grundlage der Fokusgruppen erstellte und nach dem Zufallsprinzip in der Reihenfolge variierte Antwortliste mit möglichen Qualitätskriterien vorgelesen.

Aus den beiden Fragetypen können hauptsächlich sechs zentrale Qualitätsmerkmale für eine gute Hausärztin abgeleitet werden. Aus Sicht der Befragten zeichnet sich eine gute Hausärztin zuallererst durch ihre Fachkompetenz aus. Weitere zentrale Qualitätskriterien sind aus Sicht der Befragten, dass sich Hausärztinnen für ihre PatientInnen genügend Zeit nehmen, dass sie deren Anliegen ernst nehmen und dass sie offen und verständlich mit ihnen kommunizieren. Als wichtig erachtet wird schliesslich auch, dass man der Hausärztin Vertrauen entgegenbringen kann und dass bei allfälligen Unsicherheiten seitens der Hausärztin eine Überweisung an den Spezialisten erfolgt.

Am unwichtigsten sind den Befragten bei einer Hausärztin folgende Aspekte: dass sie Hausbesuche macht, dass sie komplementärmedizinische Behandlungen anbietet sowie dass sie im Notfall auch ausserhalb der Sprechstunden telefonisch erreichbar ist.

In einem weiteren Frageblock zu Qualitätsaspekten wurden die Befragten mit der Frage konfrontiert, welche Aspekte sie bei einer Hausarztpraxis als wichtig erachten. Dass die Hausarztpraxis sauber und hygienisch ist wird von der grössten Anzahl von Befragten als wichtig erachtet. Fünf weitere Qualitätskriterien verfügen ebenfalls über einen hohen Stellenwert: die Gewährleistung der Privatsphäre (insbesondere bei der Anmeldung und Behandlung), die Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft des Praxispersonals, die telefonische Erreichbarkeit der Praxis, die Erfahrung und Kompetenz des Praxispersonals sowie die Gewährleistung von kurzfristigen Arztterminen.

Am unwichtigsten sind für die Befragten die Abgabe von Medikamenten sowie der Nachweis eines Qualitätszertifikates bzw. -labels.

89.8% der Befragten berichten davon, dass ihrer Hausärztin bisher noch nie ein Diagnose- bzw. Behandlungsfehler unterlaufen sei. Von jenen 10.3% der Befragten, die nach eigener Ansicht einen Fehler der Hausärztin zu beklagen hatten, stufen immerhin ein Viertel die daraus resultierenden gesundheitlichen Risiken oder Auswirkungen als gross ein (44.8% der Betroffenen als gering). In rund 43% der Fälle haben die PatientInnen ihre Hausärztin auf den Fehler angesprochen. In immerhin rund 34% der Fälle wurde der Fehler weder von den PatientInnen noch von der Hausärztin angesprochen.

Die Auswirkungen einer aus Sicht der Befragten fehlerbehafteten Diagnosestellung bzw. Behandlung auf das Arzt-Patienten-Verhältnis sind als relativ gering zu betrachten. Für über die Hälfte (51.5%) der von Diagnose- bzw. Behandlungsfehlern Betroffenen hatte dies keinen Vertrauensverlust in ihre Hausärztin zur Folge. Und nur 19.4% zogen in Betracht, ihre Hausärztin zu wechseln.

Informationsbedarf und Qualitätskriterien bei Spezialisten

Bei der Vermittlung eines geeigneten Spezialisten spielen Hausärztinnen eine absolut zentrale Rolle. Rund 72.8% der Befragten würden sich bei der Suche nach einem Spezialisten an ihre Hausärztin wenden. Rund ein Viertel der Befragten würde sich bei Familienangehörigen, FreundInnen und KollegInnen informieren, wenn es darum geht, einen Spezialisten zu suchen. Die Informationsbeschaffung via Internet folgt zwar an dritter Stelle, aber mit nur rund 15.2% der Nennungen und deutlichen Unterschieden zwischen der Deutsch- und



Westschweiz.

Drei Viertel der Befragten erachten bei Spezialisten die Fachkompetenz als *das* zentrale Qualitätskriterium. Weit abgeschlagen folgen die drei Qualitätskriterien, „dass er offen und verständlich kommuniziert“, „dass er mich ernst nimmt“ sowie „dass er sich genügend Zeit nimmt für mich“. Weiter zeichnet sich ein guter Spezialist nach Ansicht der Befragten dadurch aus, dass er über eine grosse Erfahrung verfügt sowie dass man ihm vertrauen kann.



Zitierte Literatur

Bühl, Achim (2006): *SPSS 14. Einführung in die moderne Datenanalyse*. München etc.: Pearson Studium.

Ellert, Ute, Wirz, Jutta & Thomas Ziese (2006): *Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Telefonischer Gesundheitssurvey des Robert Koch-Instituts (2. Welle). Deskriptiver Ergebnisbericht*. Berlin: Robert Koch-Institut.

Neuenschwander, Peter & Matthias Riedel (2009a): *Evaluation des Informationsbedarfs von PatientInnen zur Qualität in der hausärztlichen Leistungserbringung*. Bern: Berner Fachhochschule, Soziale Arbeit.

Neuenschwander, Peter & Matthias Riedel (2009b): „Was Patienten über ihren Hausarzt wissen wollen: eine qualitative Studie“. *Schweiz. Ärztezeitung 2009; 90: 18*.

Périerat, Pierre (2005): Massnahmen gegen den beginnenden Hausärztemangel. *Schweiz. Ärztezeitung 2005; 86: 6*.

Schnell, Rainer et al. (2008): *Methoden der empirischen Sozialforschung*. 8. Auflage. München: Oldenbourg.



Anhang

Tabelle A1

Altersklassen		Ärztbewertung im Internet				
		(endpunktbenannte Antwortskala von <i>nicht hilfreich</i> =1 bis <i>sehr hilfreich</i> =4)				
		nicht hilfreich 1	2	3	sehr hilfreich 4	Gesamt
bis 29 Jahre	Anzahl	49	24	34	18	125
	% von Altersklassen	39.2%	19.2%	27.2%	14.4%	100.0%
30 - 39 Jahre	Anzahl	68	46	59	32	205
	% von Altersklassen	33.2%	22.4%	28.8%	15.6%	100.0%
40 - 49 Jahre	Anzahl	153	62	66	36	317
	% von Altersklassen	48.3%	19.6%	20.8%	11.4%	100.0%
50 - 59 Jahre	Anzahl	120	36	43	17	216
	% von Altersklassen	55.6%	16.7%	19.9%	7.9%	100.0%
60 - 69 Jahre	Anzahl	173	41	35	8	257
	% von Altersklassen	67.3%	16.0%	13.6%	3.1%	100.0%
70 - 79 Jahre	Anzahl	97	25	14	11	147
	% von Altersklassen	66.0%	17.0%	9.5%	7.5%	100.0%
80 Jahre und älter	Anzahl	43	5	7	4	59
	% von Altersklassen	72.9%	8.5%	11.9%	6.8%	100.0%
Gesamt	Anzahl	703	239	258	126	1326
	% der Gesamtzahl	53.0%	18.0%	19.5%	9.5%	100.0%



Tabelle A2

Altersklassen		Infos zum Alter des Hausarztes		
		wichtig	unwichtig	Gesamt
bis 29 Jahre	Anzahl	28	103	131
	% von Altersklassen	21.4%	78.6%	100.0%
30 - 39 Jahre	Anzahl	52	164	216
	% von Altersklassen	24.1%	75.9%	100.0%
40 - 49 Jahre	Anzahl	112	228	340
	% von Altersklassen	32.9%	67.1%	100.0%
50 - 59 Jahre	Anzahl	78	164	242
	% von Altersklassen	32.2%	67.8%	100.0%
60 - 69 Jahre	Anzahl	126	169	295
	% von Altersklassen	42.7%	57.3%	100.0%
70 - 79 Jahre	Anzahl	88	92	180
	% von Altersklassen	48.9%	51.1%	100.0%
80 Jahre und älter	Anzahl	32	47	79
	% von Altersklassen	40.5%	59.5%	100.0%
Gesamt	Anzahl	516	967	1483
	% der Gesamtzahl	34.8%	65.2%	100.0%



Tabelle A3

Gemeindeklassen		Infos zur Anzahl der Parkplätze		
		wichtig	unwichtig	Gesamt
ab 100.000 EinwohnerInnen	Anzahl	41	158	199
	% von SIEDLUNGSGRÖSSE	20.6%	79.4%	100.0%
5.0000 – 99.999 EinwohnerInnen	Anzahl	8	40	48
	% von SIEDLUNGSGRÖSSE	16.7%	83.3%	100.0%
20.000 – 49.999 EinwohnerInnen	Anzahl	37	93	130
	% von SIEDLUNGSGRÖSSE	28.5%	71.5%	100.0%
10.000 – 19.999 EinwohnerInnen	Anzahl	64	148	212
	% von SIEDLUNGSGRÖSSE	30.2%	69.8%	100.0%
5000 - 9999 EinwohnerInnen	Anzahl	86	162	248
	% von SIEDLUNGSGRÖSSE	34.7%	65.3%	100.0%
1000 - 4999 EinwohnerInnen	Anzahl	163	240	403
	% von SIEDLUNGSGRÖSSE	40.4%	59.6%	100.0%
unter 1000 EinwohnerInnen	Anzahl	56	63	119
	% von SIEDLUNGSGRÖSSE	47.1%	52.9%	100.0%
Gesamt	Anzahl	455	904	1359
	% der Gesamtzahl	33.5%	66.5%	100.0%



Tabelle A4

Gemeindeklassen		Infos zur Anzahl der Parkplätze		
		wichtig	unwichtig	Gesamt
ab 100.000 EinwohnerInnen	Anzahl	162	36	198
	% von SIEDLUNGSGRÖSSE	81.8%	18.2%	100.0%
5.0000 – 99.999 EinwohnerInnen	Anzahl	43	5	48
	% von SIEDLUNGSGRÖSSE	89.6%	10.4%	100.0%
20.000 – 49.999 EinwohnerInnen	Anzahl	93	36	129
	% von SIEDLUNGSGRÖSSE	72.1%	27.9%	100.0%
10.000 – 19.999 EinwohnerInnen	Anzahl	150	64	214
	% von SIEDLUNGSGRÖSSE	70.1%	29.9%	100.0%
5000 - 9999 EinwohnerInnen	Anzahl	154	93	247
	% von SIEDLUNGSGRÖSSE	62.3%	37.7%	100.0%
1000 - 4999 EinwohnerInnen	Anzahl	242	163	405
	% von SIEDLUNGSGRÖSSE	59.8%	40.2%	100.0%
unter 1000 EinwohnerInnen	Anzahl	57	60	117
	% von SIEDLUNGSGRÖSSE	48.7%	51.3%	100.0%
Gesamt	Anzahl	901	457	1358
	% der Gesamtzahl	66.3%	33.7%	100.0%



Tabelle A5

Sprachregion		Infos zum Ruf bzw. zur Reputation des Hausarztes		
		wichtig	unwichtig	Gesamt
Deutschschweiz	Anzahl	732	160	892
	% von REGION	82.1%	17.9%	100.0%
Westschweiz	Anzahl	399	185	584
	% von REGION	68.3%	31.7%	100.0%
Gesamt	Anzahl	1131	345	1476
	% von REGION	76.6%	23.4%	100.0%

Tabelle A6

Sprachregion		Infos über Zusatzausbildungen des Hausarztes		
		wichtig	unwichtig	Gesamt
Deutschschweiz	Anzahl	625	261	886
	% von REGION	70.5%	29.5%	100.0%
Westschweiz	Anzahl	348	233	581
	% von REGION	59.9%	40.1%	100.0%
Gesamt	Anzahl	973	494	1467
	% von REGION	66.3%	33.7%	100.0%

Tabelle A7

Geschlecht		Infos über Zusatzausbildungen des Hausarztes		
		wichtig	unwichtig	Gesamt
weiblich	Anzahl	645	265	910
	% von GESCHLECHT	70.9%	29.1%	100.0%
männlich	Anzahl	328	229	557
	% von GESCHLECHT	58.9%	41.1%	100.0%
Gesamt	Anzahl	973	494	1467
	% von GESCHLECHT	66.3%	33.7%	100.0%



Tabelle A8

Höchster Bildungsabschluss		Infos zu Hausbesuchen des Hausarztes		
		wichtig	unwichtig	Gesamt
keine Schul- oder Berufsausbildung	Anzahl	20	3	23
	% von BILDUNG	87.0%	13.0%	100.0%
obligatorische Schule	Anzahl	154	48	202
	% von BILDUNG	76.2%	23.8%	100.0%
Matura/Berufslehre	Anzahl	366	213	579
	% von BILDUNG	63.2%	36.8%	100.0%
Höhere Fach- oder Berufsausbildung/ Primarlehrerausbildung	Anzahl	193	144	337
	% von BILDUNG	57.3%	42.7%	100.0%
Fachhochschule/Universität	Anzahl	155	177	332
	% von BILDUNG	46.7%	53.3%	100.0%
Gesamt	Anzahl	888	585	1473
	% von BILDUNG	60.3%	39.7%	100.0%

Tabelle A9

Geschlecht		Qualitätsmerkmale des Hausarztes: dass er/sie sich genug Zeit nimmt				
		unwichtig	eher unwichtig	wichtig	sehr wichtig	Gesamt
weiblich	Anzahl	4	7	365	552	928
	% von Geschlecht	.4%	.8%	39.3%	59.5%	100.0%
männlich	Anzahl	3	19	279	273	574
	% von Geschlecht	.5%	3.3%	48.6%	47.6%	100.0%
Gesamt	Anzahl	7	26	644	825	1502
	% der Gesamtzahl	.5%	1.7%	42.9%	54.9%	100.0%



Tabelle A10

Geschlecht		Qualitätsmerkmale des Hausartes: dass er/sie auch komplementär- medizinische Behandlungen anbietet				Gesamt
		unwichtig	eher unwichtig	wichtig	sehr wichtig	
weiblich	Anzahl	110	147	388	274	919
	% von Geschlecht	12.0%	16.0%	42.2%	29.8%	100.0%
männlich	Anzahl	99	137	225	110	571
	% von Geschlecht	17.3%	24.0%	39.4%	19.3%	100.0%
Gesamt	Anzahl	209	284	613	384	1490
	% der Gesamtzahl	14.0%	19.1%	41.1%	25.8%	100.0%

Tabelle A11

Geschlecht		Qualitätsmerkmale des Hausartes: dass er/sie nicht sofort Medikamente verschreibt				Gesamt
		unwichtig	eher unwichtig	wichtig	sehr wichtig	
weiblich	Anzahl	50	81	407	360	898
	% von Geschlecht	5.6%	9.0%	45.3%	40.1%	100.0%
männlich	Anzahl	38	82	279	156	555
	% von Geschlecht	6.8%	14.8%	50.3%	28.1%	100.0%
Gesamt	Anzahl	88	163	686	516	1453
	% der Gesamtzahl	6.1%	11.2%	47.2%	35.5%	100.0%



Tabelle A12

Sprachregion		Qualitätsmerkmale des Hausartes: dass er/sie nicht sofort Medikamente verschreibt				
		unwichtig	eher unwichtig	wichtig	sehr wichtig	Gesamt
Deutsch- schweiz	Anzahl	36	90	415	343	884
	% von REGION	4.1%	10.2%	46.9%	38.8%	100.0%
West- schweiz	Anzahl	52	73	271	173	569
	% von REGION	9.1%	12.8%	47.6%	30.4%	100.0%
Gesamt	Anzahl	88	163	686	516	1453
	% von REGION	6.1%	11.2%	47.2%	35.5%	100.0%

Tabelle A13

Altersklassen		Qualitätsmerkmale des Hausartes: dass er/sie in Notfällen auch ausserhalb Sprechzeiten telefonisch erreichbar ist				
		unwichtig	eher unwichtig	wichtig	sehr wichtig	Gesamt
bis 29 Jahre	Anzahl	19	28	57	26	130
	% von Altersklassen	14.6%	21.5%	43.8%	20.0%	100.0%
30 - 39 Jahre	Anzahl	38	49	88	41	216
	% von Altersklassen	17.6%	22.7%	40.7%	19.0%	100.0%
40 - 49 Jahre	Anzahl	54	89	116	80	339
	% von Altersklassen	15.9%	26.3%	34.2%	23.6%	100.0%
50 - 59 Jahre	Anzahl	24	52	108	57	241
	% von Altersklassen	10.0%	21.6%	44.8%	23.7%	100.0%
60 - 69 Jahre	Anzahl	28	38	144	84	294
	% von Altersklassen	9.5%	12.9%	49.0%	28.6%	100.0%
70 - 79 Jahre	Anzahl	8	23	80	68	179
	% von Altersklassen	4.5%	12.8%	44.7%	38.0%	100.0%
80 Jahre und älter	Anzahl	5	3	40	31	79
	% von Altersklassen	6.3%	3.8%	50.6%	39.2%	100.0%
Gesamt	Anzahl	176	282	633	387	1478
	% von Altersklassen	11.9%	19.1%	42.8%	26.2%	100.0%



Tabelle A14

Sprachregion		Qualitätsmerkmale des Hausartees: dass er/sie in Notfällen auch ausserhalb Sprechzeiten telefonisch erreichbar ist				
		unwichtig	eher unwichtig	wichtig	sehr wichtig	Gesamt
Deutschschweiz	Anzahl	62	129	417	288	896
	% von REGION	6.9%	14.4%	46.5%	32.1%	100.0%
Westschweiz	Anzahl	115	154	220	100	589
	% von REGION	19.5%	26.1%	37.4%	17.0%	100.0%
Gesamt	Anzahl	177	283	637	388	1485
	% von REGION	11.9%	19.1%	42.9%	26.1%	100.0%



Tabelle A15

Altersklassen		Qualitätsmerkmale des Hausartes: dass er/sie auch Hausbesuche anbietet				Gesamt
		unwichtig	eher unwichtig	wichtig	sehr wichtig	
bis 29 Jahre	Anzahl	39	39	42	11	131
	% von Altersklassen	29.8%	29.8%	32.1%	8.4%	100.0%
30 - 39 Jahre	Anzahl	66	72	65	13	216
	% von Altersklassen	30.6%	33.3%	30.1%	6.0%	100.0%
40 - 49 Jahre	Anzahl	52	114	127	49	342
	% von Altersklassen	15.2%	33.3%	37.1%	14.3%	100.0%
50 - 59 Jahre	Anzahl	28	52	106	58	244
	% von Altersklassen	11.5%	21.3%	43.4%	23.8%	100.0%
60 - 69 Jahre	Anzahl	22	39	156	78	295
	% von Altersklassen	7.5%	13.2%	52.9%	26.4%	100.0%
70 - 79 Jahre	Anzahl	13	13	83	71	180
	% von Altersklassen	7.2%	7.2%	46.1%	39.4%	100.0%
80 Jahre und älter	Anzahl	0	6	42	34	82
	% von Altersklassen	0.0%	7.3%	51.2%	41.5%	100.0%
Gesamt	Anzahl	220	335	621	314	1490
	% von Altersklassen	14.8%	22.5%	41.7%	21.1%	100.0%

Tabelle A16

Geschlecht		Qualitätsmerkmale des Hausartes: dass er/sie auch Hausbesuche anbietet				Gesamt
		unwichtig	eher unwichtig	wichtig	sehr wichtig	
weiblich	Anzahl	117	180	400	227	924
	% von Geschlecht	12.7%	19.5%	43.3%	24.6%	100.0%
männlich	Anzahl	106	156	224	87	573
	% von Geschlecht	18.5%	27.2%	39.1%	15.2%	100.0%
Gesamt	Anzahl	223	336	624	314	1497
	% der Gesamtzahl	14.9%	22.4%	41.7%	21.0%	100.0%



Tabelle A17

Höchster Bildungsabschluss		Qualitätsmerkmale des Hausartes: dass er/sie auch Hausbesuche anbietet				
		unwichtig	eher unwichtig	wichtig	sehr wichtig	Gesamt
keine Schul- oder Berufsausbildung	Anzahl	1	1	11	10	23
	% von BILDUNG	4.3%	4.3%	47.8%	43.5%	100.0%
obligatorische Schule	Anzahl	15	22	112	59	208
	% von BILDUNG	7.2%	10.6%	53.8%	28.4%	100.0%
Matura/Berufslehre	Anzahl	83	127	248	125	583
	% von BILDUNG	14.2%	21.8%	42.5%	21.4%	100.0%
Höhere Fach- oder Berufsausbildung/ Primarlehrerausbildung	Anzahl	50	81	137	71	339
	% von BILDUNG	14.7%	23.9%	40.4%	20.9%	100.0%
Fachhochschule/ Universität	Anzahl	73	104	111	47	335
	% von BILDUNG	21.8%	31.0%	33.1%	14.0%	100.0%
Gesamt	Anzahl	222	335	619	312	1488
	% von BILDUNG	14.9%	22.5%	41.6%	21.0%	100.0%



Tabelle A18

Höchster Bildungsabschluss		Merkmale der Hausarztpraxis: Qualitätszertifikat/-label				
		unwichtig	eher un- wichtig	wichtig	sehr wich- tig	Gesamt
keine Schul- oder Be- rufsausbildung	Anzahl	0	6	10	5	21
	% von BILDUNG	.0%	28.6%	47.6%	23.8%	100.0%
obligatorische Schule	Anzahl	29	40	87	35	191
	% von BILDUNG	15.2%	20.9%	45.5%	18.3%	100.0%
Matura/Berufslehre	Anzahl	112	110	233	97	552
	% von BILDUNG	20.3%	19.9%	42.2%	17.6%	100.0%
Höhere Fach- oder Berufsausbildung/ Primarlehrerausbildung	Anzahl	69	78	121	47	315
	% von BILDUNG	21.9%	24.8%	38.4%	14.9%	100.0%
Fachhochschule/ Universität	Anzahl	92	97	101	28	318
	% von BILDUNG	28.9%	30.5%	31.8%	8.8%	100.0%
Gesamt	Anzahl	302	331	552	212	1397
	% von BILDUNG	21.6%	23.7%	39.5%	15.2%	100.0%



Tabelle A19

Höchster Bildungsabschluss		Merkmale der Hausarztpraxis: eigenes Labor				
		unwichtig	eher unwichtig	wichtig	sehr wichtig	Gesamt
keine Schul- oder Berufsausbildung	Anzahl	3	2	12	6	23
	% von BILDUNG	13.0%	8.7%	52.2%	26.1%	100.0%
obligatorische Schule	Anzahl	18	32	108	44	202
	% von BILDUNG	8.9%	15.8%	53.5%	21.8%	100.0%
Matura/Berufslehre	Anzahl	106	120	220	131	577
	% von BILDUNG	18.4%	20.8%	38.1%	22.7%	100.0%
Höhere Fach- oder Berufsausbildung/ Primarlehrerausbildung	Anzahl	63	79	119	69	330
	% von BILDUNG	19.1%	23.9%	36.1%	20.9%	100.0%
Fachhochschule/ Universität	Anzahl	91	99	103	38	331
	% von BILDUNG	27.5%	29.9%	31.1%	11.5%	100.0%
Gesamt	Anzahl	281	332	562	288	1463
	% von BILDUNG	19.2%	22.7%	38.4%	19.7%	100.0%



Tabelle A20

Altersklassen		Merkmale der Hausarztpraxis: eigenes Labor				
		unwichtig	eher unwichtig	wichtig	sehr wichtig	Gesamt
bis 29 Jahre	Anzahl	36	45	39	10	130
	% von Altersklassen	27.7%	34.6%	30.0%	7.7%	100.0%
30 - 39 Jahre	Anzahl	68	58	55	34	215
	% von Altersklassen	31.6%	27.0%	25.6%	15.8%	100.0%
40 - 49 Jahre	Anzahl	76	85	121	54	336
	% von Altersklassen	22.6%	25.3%	36.0%	16.1%	100.0%
50 - 59 Jahre	Anzahl	39	64	96	41	240
	% von Altersklassen	16.2%	26.7%	40.0%	17.1%	100.0%
60 - 69 Jahre	Anzahl	39	42	123	86	290
	% von Altersklassen	13.4%	14.5%	42.4%	29.7%	100.0%
70 - 79 Jahre	Anzahl	15	26	86	49	176
	% von Altersklassen	8.5%	14.8%	48.9%	27.8%	100.0%
80 Jahre und älter	Anzahl	7	12	45	14	78
	% von Altersklassen	9.0%	15.4%	57.7%	17.9%	100.0%
Gesamt	Anzahl	280	332	565	288	1465
	% von Altersklassen	19.1%	22.7%	38.6%	19.7%	100.0%



Tabelle A21

Höchster Bildungsabschluss		Merkmale der Hausarztpraxis: Untersuchungsapparate				
		unwichtig	eher unwichtig	wichtig	sehr wichtig	Gesamt
keine Schul- oder Berufsausbildung	Anzahl	1	1	12	8	22
	% von BILDUNG	4.5%	4.5%	54.5%	36.4%	100.0%
obligatorische Schule	Anzahl	14	29	121	43	207
	% von BILDUNG	6.8%	14.0%	58.5%	20.8%	100.0%
Matura/Berufslehre	Anzahl	66	115	236	160	577
	% von BILDUNG	11.4%	19.9%	40.9%	27.7%	100.0%
Höhere Fach- oder Berufsausbildung/ Primarlehrerausbildung	Anzahl	53	54	146	82	335
	% von BILDUNG	15.8%	16.1%	43.6%	24.5%	100.0%
Fachhochschule/ Universität	Anzahl	75	97	122	41	335
	% von BILDUNG	22.4%	29.0%	36.4%	12.2%	100.0%
Gesamt	Anzahl	209	296	637	334	1476
	% von BILDUNG	14.2%	20.1%	43.2%	22.6%	100.0%



Tabelle A22

Höchster Bildungsabschluss		Merkmale der Hausarztpraxis: Medikamentenabgabe				
		unwichtig	eher unwichtig	wichtig	sehr wichtig	Gesamt
keine Schul- oder Berufsausbildung	Anzahl	3	2	12	6	23
	% von BILDUNG	13.0%	8.7%	52.2%	26.1%	100.0%
obligatorische Schule	Anzahl	49	24	86	51	210
	% von BILDUNG	23.3%	11.4%	41.0%	24.3%	100.0%
Matura/Berufslehre	Anzahl	147	109	196	127	579
	% von BILDUNG	25.4%	18.8%	33.9%	21.9%	100.0%
Höhere Fach- oder Berufsausbildung/ Primarlehrerausbildung	Anzahl	91	82	94	66	333
	% von BILDUNG	27.3%	24.6%	28.2%	19.8%	100.0%
Fachhochschule/ Universität	Anzahl	139	87	69	37	332
	% von BILDUNG	41.9%	26.2%	20.8%	11.1%	100.0%
Gesamt	Anzahl	429	304	457	287	1477
	% von BILDUNG	29.0%	20.6%	30.9%	19.4%	100.0%



Tabelle A23

Sprachregion		Merkmale der Hausarztpraxis: Medikamentenabgabe				
		unwichtig	eher unwichtig	wichtig	sehr wichtig	Gesamt
Deutschschweiz	Anzahl	139	171	328	257	895
	% von REGION	15.5%	19.1%	36.6%	28.7%	100.0%
Westschweiz	Anzahl	292	134	133	32	591
	% von REGION	49.4%	22.7%	22.5%	5.4%	100.0%
Gesamt	Anzahl	431	305	461	289	1486
	% von REGION	29.0%	20.5%	31.0%	19.4%	100.0%

Tabelle A24

Gemeindeklassen		Merkmale der Hausarztpraxis: Medikamentenabgabe				
		unwichtig	eher unwichtig	wichtig	sehr wichtig	Gesamt
ab 100.000 EinwohnerInnen	Anzahl	90	43	50	15	198
	% von SIEDLUNGSGRÖSSE	45.5%	21.7%	25.3%	7.6%	100.0%
5.0000 – 99.999 EinwohnerInnen	Anzahl	10	12	17	9	48
	% von SIEDLUNGSGRÖSSE	20.8%	25.0%	35.4%	18.8%	100.0%
20.000 – 49.999 EinwohnerInnen	Anzahl	39	31	32	26	128
	% von SIEDLUNGSGRÖSSE	30.5%	24.2%	25.0%	20.3%	100.0%
10.000 – 19.999 EinwohnerInnen	Anzahl	58	47	62	43	210
	% von SIEDLUNGSGRÖSSE	27.6%	22.4%	29.5%	20.5%	100.0%
5000 - 9999 EinwohnerInnen	Anzahl	68	48	84	47	247
	% von SIEDLUNGSGRÖSSE	27.5%	19.4%	34.0%	19.0%	100.0%
1000 - 4999 EinwohnerInnen	Anzahl	91	82	126	99	398
	% von SIEDLUNGSGRÖSSE	22.9%	20.6%	31.7%	24.9%	100.0%
unter 1000 EinwohnerInnen	Anzahl	32	17	46	25	120
	% von SIEDLUNGSGRÖSSE	26.7%	14.2%	38.3%	20.8%	100.0%
Gesamt	Anzahl	388	280	417	264	1349
	% der Gesamtzahl	28.8%	20.8%	30.9%	19.6%	100.0%



Tabelle A25

Höchster Bildungsabschluss		Merkmale der Hausarztpraxis: dass von der Einrichtung her eine angenehme Atmosphäre herrscht				
		unwichtig	eher unwichtig	wichtig	sehr wichtig	Gesamt
keine Schul- oder Berufsausbildung	Anzahl	0	3	12	8	23
	% von BILDUNG	.0%	13.0%	52.2%	34.8%	100.0%
obligatorische Schule	Anzahl	12	21	125	52	210
	% von BILDUNG	5.7%	10.0%	59.5%	24.8%	100.0%
Matura/Berufslehre	Anzahl	34	82	333	133	582
	% von BILDUNG	5.8%	14.1%	57.2%	22.9%	100.0%
Höhere Fach- oder Berufsausbildung/ Primarlehrerausbildung	Anzahl	34	45	199	60	338
	% von BILDUNG	10.1%	13.3%	58.9%	17.8%	100.0%
Fachhochschule/ Universität	Anzahl	39	90	155	51	335
	% von BILDUNG	11.6%	26.9%	46.3%	15.2%	100.0%
Gesamt	Anzahl	119	241	824	304	1488
	% von BILDUNG	8.0%	16.2%	55.4%	20.4%	100.0%



Tabelle A26

Altersklassen		Merkmale der Hausarztpraxis: dass von der Einrichtung her eine angenehme Atmosphäre herrscht				
		unwichtig	eher unwichtig	wichtig	sehr wichtig	Gesamt
bis 29 Jahre	Anzahl	17	21	73	20	131
	% von Altersklassen	13.0%	16.0%	55.7%	15.3%	100.0%
30 - 39 Jahre	Anzahl	23	51	110	32	216
	% von Altersklassen	10.6%	23.6%	50.9%	14.8%	100.0%
40 - 49 Jahre	Anzahl	28	73	178	63	342
	% von Altersklassen	8.2%	21.3%	52.0%	18.4%	100.0%
50 - 59 Jahre	Anzahl	16	49	132	46	243
	% von Altersklassen	6.6%	20.2%	54.3%	18.9%	100.0%
60 - 69 Jahre	Anzahl	21	30	173	71	295
	% von Altersklassen	7.1%	10.2%	58.6%	24.1%	100.0%
70 - 79 Jahre	Anzahl	12	11	110	49	182
	% von Altersklassen	6.6%	6.0%	60.4%	26.9%	100.0%
80 Jahre und älter	Anzahl	2	7	47	25	81
	% von Altersklassen	2.5%	8.6%	58.0%	30.9%	100.0%
Gesamt	Anzahl	119	242	823	306	1490
	% von Altersklassen	8.0%	16.2%	55.2%	20.5%	100.0%



Tabelle A27

Altersklassen		Merkmale der Hausarztpraxis: patientenfreundliche Sprechzeiten				
		unwichtig	eher unwichtig	wichtig	sehr wichtig	Gesamt
bis 29 Jahre	Anzahl	4	16	71	40	131
	% von Altersklassen	3.1%	12.2%	54.2%	30.5%	100.0%
30 - 39 Jahre	Anzahl	8	29	111	67	215
	% von Altersklassen	3.7%	13.5%	51.6%	31.2%	100.0%
40 - 49 Jahre	Anzahl	23	36	163	119	341
	% von Altersklassen	6.7%	10.6%	47.8%	34.9%	100.0%
50 - 59 Jahre	Anzahl	15	21	132	72	240
	% von Altersklassen	6.2%	8.8%	55.0%	30.0%	100.0%
60 - 69 Jahre	Anzahl	29	25	150	90	294
	% von Altersklassen	9.9%	8.5%	51.0%	30.6%	100.0%
70 - 79 Jahre	Anzahl	18	31	94	35	178
	% von Altersklassen	10.1%	17.4%	52.8%	19.7%	100.0%
80 Jahre und älter	Anzahl	8	13	45	13	79
	% von Altersklassen	10.1%	16.5%	57.0%	16.5%	100.0%
Gesamt	Anzahl	105	171	766	436	1478
	% von Altersklassen	7.1%	11.6%	51.8%	29.5%	100.0%