

Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit von Ärzten in unterschiedlichen Praxismodellen der Grundversorgung (ARAZ)

Physicians' working conditions and work satisfaction in different practice models of primary care

Matthias Niklowitz*, Elena Sultanian, Jürg Schwarz, Susanne Stutz,
Carlos Nordt, Maja Myläus-Renggli, Peter C. Meyer**

*Psychiatr. Universitätsklinik Zürich

**Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Bundesamt für Statistik, Neuchâtel

Email: niklo@bli.unizh.ch

Kurz-Zusammenfassung

Einleitung

Die Arztrolle und der ärztliche Berufsstand haben sich in den letzten Jahrzehnten stark verändert. Staatliche Stellen und Krankenversicherungen erwarten von praktizierenden Ärztinnen und Ärzten, dass sie die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und die Wirtschaftlichkeit sowie die Qualität ihrer Massnahmen überprüfen (Meyer & Denz 2000). HausärztInnen übernehmen neben der klinischen Behandlung mit den neuen, auf Kostenkontrolle gerichteten Rollenerwartungen eine Aufgabe, die in Konflikt geraten kann mit der klinischen Behandlung, die sich an den Bedürfnissen der PatientInnen orientiert. Praktizierende ÄrztInnen müssen ihre Tätigkeit zudem vermehrt legitimieren, und gleichzeitig ist ihr hohes Einkommen nicht mehr automatisch garantiert (Meyer & Denz 2000). Zwar sind am Kostenanstieg auch systemexterne Faktoren wie die demografische Entwicklung beteiligt, was zu einer Erhöhung des Anteils der älteren Bevölkerung und zu einem Anstieg der Gesundheitsausgaben führt. Es lassen sich aber auch eine ganze Reihe von systemimmanenten Ursachen wie die Konsumnachfrage von Versicherten, der technologische Fortschritt in der Medizinaltechnik, grundlegende Ineffizienzen des Gesundheitssystems und die Prioritätensetzung im Akutbereich in Verbindung mit einer Vernachlässigung der Prävention nennen (Kayser & Schwefing 1998). Die Auswirkungen lassen sich bei zwei Seiten erfassen: Einerseits kann diese Entwicklung bei ÄrztInnen als Bedrohung erlebt werden und Ängste sowie existenzielle Unsicherheitsgefühle auslösen. Die erhöhten Anforderungen können die Arbeitsbedingungen erschweren und die Arbeitszufriedenheit der ÄrztInnen vermindern.

In der einschlägigen Debatte vermengen sich wissenschaftliche (vorwiegend Medizin und Sozialwissenschaften) sowie professionelle Diskurse innerhalb der Ärzteschaft. Traditionelle und innovative Praxismodelle werden – je nach Standpunkt – als Teil des Problems oder Teil der Problemlösung angesehen. Kayser & Schwefing (1998) beispielsweise weisen darauf hin, dass es verfehlt ist, die Umstellung auf eine Kopfpauschale als hinreichende Bedingung für höhere Kosteneffizienz im Gesundheitswesen anzusehen. Die rein mikroökonomische Analyse wird dem Verhalten der Akteure und der Funktionsweise von HMOs nicht gerecht. So wird die Hierarchisierung der Beziehung nicht thematisiert, die oben beschriebenen Ursachen für den Kostenanstieg lassen sich nur teilweise mit der Anreizstruktur einer Einzelleistungsvergütung begründen, sie sind demzufolge auch nicht durch eine Veränderung der Anreizstruktur zu lösen. «In dem Mass wie die Befürworter der HMOs mit der ökonomisch begründeten Umkehrung finanzieller Anreize argumentieren, ist eher mit einer Verlagerung denn einer Lösung der systemimmanenten Probleme des Gesundheitswesens zu rechnen. Zwar wird eine Senkung der Ausgaben erwartbar, unklar bleibt jedoch, wie sich die ärztliche Unsicherheit, die nicht berücksichtigten Patientenbedürfnisse und das verminderte Vertrauen der Patienten auf die langfristigen Kosten und die Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung und damit letztlich auf die Behandlung bzw. das Behandlungsergebnis auswirken». (Kayser & Schwefing 1998: 116). Hier setzt die vorliegende Untersuchung an. Wir gehen von der Hypothese aus, dass die Arbeitsbedingungen und die Arbeitszufriedenheit der in verschiedenen Praxismodellen arbeitenden Ärztinnen und Ärzte wichtige Bedingungen für erfolgreiche Arbeit in Arztpraxen sind. Dieser Erfolg äussert sich auch in einer hohen Patientenzufriedenheit.

Die vorliegende Untersuchung basiert auf drei Stichproben: Einer Vollerhebung von AllgemeinpraktikerInnen im Kanton Zürich (n=577, 50% der AllgemeinpraktikerInnen im Kanton Zürich), einer auf dieser Vollerhebung aufbauenden Vertiefung (n=131) sowie einer PatientInnenerhebung (n=5600) mit Daten aus Einzel-, Gruppen- und HMO-Praxen. Die Daten von HMO-Praxen wurden von der EQUAM-Stiftung erhoben.

Ergebnisse

1. Freie Wahl, Einstellungen oder Sachzwänge – Wer arbeitet in unterschiedlichen Praxismodellen?¹

Laut der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH gab es in der Schweiz im Jahre 2001 insgesamt 14'178 Ärztinnen und Ärzte mit Praxistätigkeit (55.8% aller berufstätigen Ärzte). Allein im Kanton Zürich arbeiteten 2'759 Ärztinnen und Ärzte mit Praxistätigkeit (Stand 2001), unter ihnen sind 2'040 Männer und 719 Frauen (ebd.). Die Praxisformen unterscheiden sich voneinander erheblich. Ärztinnen und Ärzte können allein oder mit Partner bzw. Kollegen arbeiten; sie können ein Netz von locker oder stark integrierten Einzelpraxen bilden oder auch in einem HMO-Gesundheitszentrum tätig sein.

Theoretisch lassen sich diese Praxisformen einerseits hinsichtlich des Integrationsgrades und andererseits aufgrund weiterer Faktoren wie der Ausrichtung (monodisziplinär oder interdisziplinär), Monoprofessionalität oder Interprofessionalität, Systemzugehörigkeit (Grundversorger oder Spezialisten) sowie der Besitzform (Eigen- oder Fremdbesitz) unterscheiden. Hinter dieser klassifikatorischen Unterteilung stehen Selektionsmechanismen sowohl auf Arzt- als auch Patientenseite, die einerseits Ausdruck von Präferenzen sind, andererseits Hinweise auf strukturelle Bedingungen bei den beteiligten Akteuren geben. So kann vermutet werden, dass Gemeinschafts- oder Gruppenpraxen im Vergleich zu Einzelpraxen grössere zeitliche Spielräume bei den Arbeitszeiten ermöglichen und deshalb für Frauen attraktiver sind. Oder es lassen sich durch geteilte Apparaten- und Labordiagnostik, Praxisräumlichkeiten sowie Personal die Kosten senken, vor allem für die Praxiseinsteiger und damit jüngere Personen werden in Gruppenpraxen die Eintrittsbarrieren überwindbar. Oder die umsatzunabhängige Bezahlung in Staff-Modell-HMOs führt nicht zum finanziellen Druck, die Praxis samt Personal auszulasten. Deswegen könnten HMO-Ärzte theoretisch ihr Ziel – die sogenannte «resultatorientierte» und «gesprächsbetonte Medizin» – besser als alle anderen erreichen, ohne dabei finanzielle Einbussen wegen längeren Konsultationen in Kauf nehmen zu müssen.

Ob und wie diese Selektion erfolgt, ist unklar. Natürlich lassen sich bei Umfragen Unterschiede bei bestimmten Merkmalen wie Alters- und Geschlechterverteilungen oder Arbeitspräferenzen von Ärztinnen und Ärzten finden, aber bei Lebensprioritäten sind diese Geschlechterdifferenzen kaum zu finden, bei der Ausgestaltung der Arbeit hingegen schon. Wir gehen hier der Frage nach, wie institutionelle und strukturelle Faktoren, welche die Arbeitsbedingungen prägen, auf die (Selbst-)Selektion wirken und zu Über- bzw. Untervertretung von Ärztinnen und Ärzten in bestimmten Praxismodellen führen.

Einzelpraxen sind durch hohe Arbeitszeiten, hohe PatientInnenfrequenzen, aber auch durch relativ hohe Homogenität und geringen Abweichungen von den wichtigsten Faktoren der Arbeitsumgebung gekennzeichnet. Bei den anderen hier untersuchten Praxistypen ist die Streuung – und damit auch der Handlungsspielraum der ÄrztInnen – grösser. Die weniger in die Arbeit investierte Zeit fliesst hier in den häuslichen Bereich, in die Zeit mit der Familie und den Kindern. Die Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern ist überall bemerkenswert hoch, Differenzen bestehen bei der Supervision und Balint-Gruppen. Die höchste Varianzaufklärung für die Erklärung des Praxistyps brachte bei unseren Analysen das Modell mit den Zufriedenheitsfragen. Diese Prädiktoren sind damit aussagekräftiger als Einschätzungen, die das eigene Praxismodell betreffen. Relativ wenig Aussagekraft für die Erklärung der Wahl der Praxisform haben die Fragen nach der sozialen Unterstützung durch die PartnerIn sowie durch BerufskollegInnen.

Die multivariate Analysen bezüglich der Wahl der Praxis ergab, dass das Geschlecht keinen Zusammenhang mit der Praxiswahl hat. Statistisch viel wichtiger erwiesen sich Überzeugungen und Erfahrungen (wie autonome Zeiteinteilung, Arbeitsplatzsicherheit und Kosten des Gesundheitswesens), wobei hier offen bleiben muss, in wieweit diese Überzeugungen handlungsaktiv sind. Die hohe, durch objektive Parameter bestätigte Arbeitsbelastung bei ÄrztInnen in Einzelpraxen widerspiegelt sich in tiefer Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit. ÄrztInnen in HMOs sind eher mit dem Einkommen sowie mit der Partnerschaft/Familie unzufrieden, zudem bemängeln sie die eingeschränkte Autonomie bei der Zeiteinteilung sowie die tiefe Arbeitsplatzsicherheit. Damit wendet sich das, was als mögliche Lösung erschien, ins Negative: HMOs, die gemäss unseren Daten laut ÄrztInnen aus unterschiedlichen Praxismodellen eher mit besserer Behandlungsqualität gleich gesetzt werden, lassen in den Augen der Befragten eine Integration von Beruf in den Lebensentwurf eher nicht zu. Ausgelöst und verschärft wird das durch die tiefe emotionale Unterstützung durch die PartnerIn – sie ist bei HMO-ÄrztInnen signifikant schlechter als bei ÄrztInnen in anderen Praxismodellen. Die praktische Unterstützung kann das nicht auffangen, auch nicht die der BerufskollegInnen.

¹ Auszug aus dem Manuskript «Arbeitszufriedenheit, Arbeitszufriedenheit und Einstellungen von Hausärztinnen und Hausärzten in unterschiedlichen Praxismodellen im Kanton Zürich» von Elena Sultanian, Jürg Schwarz und Matthias Niklowitz (2003).

Dass dennoch die Zufriedenheit mit der Lebenssituation bei HMOs überdurchschnittlich hoch ist, ist lediglich ein weiterer Hinweis auf widersprüchliche Verhältnisse und Dissonanzen. Ein Grund kann sein, dass ÄrztInnen in HMOs entweder erst sehr kurz oder schon bereits seit langer Zeit in diesen HMOs arbeiten – wenn die Faktoren, die zu einem Arbeitsplatzwechsel Anlass geben könnten, Überhand nehmen, wird die Stelle, und das heisst in der Schweiz oft auch gleich das Praxismodell gewechselt. Bis auf die Einzelpraxen sind bei allen anderen Modellen typische Muster erkennbar, die darauf hinweisen, dass Gruppenpraxen oder Praxen mit (Ehe-)Partner genauso wie HMO's in bestimmten Lebensphasen (Familiengründung, beruflicher Einstieg) genutzt werden. Stabil sind lediglich Einzelpraxen, der Erfolg im Beruf wird hier bei ÄrztInnen am höchsten eingeschätzt, die Zufriedenheit mit dem Einkommen ist aber signifikant tiefer als bei anderen Praxisformen. ÄrztInnen in Einzelpraxen verdienen aber objektiv betrachtet signifikant mehr als ihre KollegInnen in allen anderen Praxisformen, aber auch nur, wenn man beim Einkommen nicht die unterschiedlichen Arbeitszeiten auspartialisiert (Schwarz et al. 2003).

Wir sind davon ausgegangen, dass die Lücke zwischen Wunschvorstellung und Realität bei Betroffenen mit hoher Wahrscheinlichkeit mit kognitiver Dissonanz einhergehen, die sich in Form von Unzufriedenheit beim Arzt äussert. Von einer generellen Unzufriedenheit kann aber genauso wenig gesprochen werden wie von einer verbreiteten kognitiven Dissonanz aufgrund der Lücke zwischen Anspruch und Realität. Es erscheint vielmehr so, dass jedes Praxismodell für bestimmte berufliche Lebensphasen Vorzüge, aber auch Nachteile aufweist. Es ist deswegen wichtig, dass die Grenzen zwischen den Praxismodellen nicht ideologisch und/oder berufsstrukturell zementiert werden und ÄrztInnen Wechsel im Laufe der Berufsbiographie vornehmen können.

2. Lebenspläne und Lebensprioritäten – ist für die Vereinbarkeit von Beruf und Familie das Geschlecht oder Gender entscheidend?²

Obwohl die Schweiz zu den ersten europäischen Ländern gehörte, die das Medizinstudium auch für die Frauen zugänglich machten, wurde der Arztberuf hierzulande bis vor kurzem mehrheitlich von Männern gewählt. Erst in den letzten Jahrzehnten haben auch die Frauen den Beruf der Ärztin für sich entdeckt. Dies reflektieren die ständig steigenden Zahlen sowohl der Ärztinnen als auch der Medizinstudentinnen. Laut FMH-Ärztstatistik betrug im Jahre 2002 der Frauenanteil an allen berufstätigen Ärzten 30.7%; und von 14'408 in diesem Jahr in der Schweiz in den Praxen tätigen Ärzten waren 3'303 oder 22.9% Frauen.

Der steigende Anteil von Frauen geht mit der Flexibilisierung von Anstellungsbedingungen im Arztberuf einher. Ein Beispiel dafür ist die Organisation der Weiterbildung von jungen Ärztinnen und Ärzten. So kann zum Beispiel seit 1992 in der Schweiz die ärztliche Weiterbildung in Teilzeit bei einer Mindesteinstellung von 50% absolviert werden (Buddeberg-Fischer 2001). Dies erweitert den individuellen Spielraum junger Ärztinnen, da berufliche Fortbildung mit der Familiengründung verbunden werden kann. Andere strukturelle Veränderungen betreffen die Länge der ärztlichen Arbeitszeiten, die von Lambert et al. (2003) als „unsozial“ bezeichnet werden. So wird in der EU ab Juli 2004 die maximal erlaubte Arbeitszeit für Ärztinnen und Ärzte auf 56 Wochenstunden beschränkt; ab dem Jahr 2008 wird sie sogar auf 48 Wochenstunden reduziert (Lambert et al. 2003). Zu weiteren Veränderungen auf der strukturellen Ebene gehört die Ausdifferenzierung der Praxisformen, die mit einer in der Schweiz wachsenden Zahl von Gruppenpraxen (Mojon-Azzi 2001), aber auch mit der Gründung der krankenkasseneigenen HMO-Gesundheitszentren (Staff-HMOs) einhergeht. Vor allem die HMO-Praxen, die in der Schweiz 1991 mit dem Ziel der Kosteneinsparung eingeführt wurden, können familienfreundlichere Arbeitsbedingungen anbieten (Huber-Stemich et al. 1996, Schnetzler 2002).

Während die Frauen nach dem Übergang zur Mutterschaft ihre Erwerbstätigkeit oft reduzieren oder aufgeben, ist das Verhalten der Männer in solchen Situationen weniger eindeutig. Aus diesem Grund untersuchten Kaufmann und Uhlenberger (2000) den Einfluss von Vaterschaft auf die Intensität der Erwerbsarbeit bei Männern. Die Studienergebnisse zeigen, dass Väter öfters und im Durchschnitt länger arbeiten als verheiratete Männer ohne Kinder. Daraus schliessen die Autoren, dass die klassische Rollenteilung immer noch wirksam ist: entsprechend der Ernährerrolle erhöht sich mit dem Übergang zum Vaterstatus das berufliche Engagement der Männer. Gleichzeitig fanden die Forscher eine Gruppe sogenannter „neuer Väter“. Diese Männer zeichnen sich durch egalitäre Einstellungen zu Geschlechterrollen aus und verbinden deswegen die Vaterschaft mit mehr Engagement im Familienbereich. Unter denjenigen Männern, welche eine traditionelle Aufteilung der Elternrollen bevorzugten, ging die Vaterschaft mit einer Erhöhung der beruflichen Arbeitszeit um beinahe elf Wochenstunden einher. Dagegen reduzierten egalitär denkende Väter ihre Arbeitszeit um neun Wochenstunden (Kaufman und Uhlenberger 2000). Welches sind jetzt die entscheidenden Faktoren bei der Wahl familialer oder beruflicher Lebensprioritäten – das biologische Geschlecht oder die Geschlechterrolle (Gender)?

² Auszug aus dem Manuskript «Beruf und Familie unter einem Hut – Luxus oder Notwendigkeit?» von Elena Sultanian, Jürg Schwarz und Matthias Niklowitz (2003).

Das Regressionsmodell zeigt, dass weder Alter, noch Geschlecht oder Elternstatus für die Ausprägung der Genderideologie ausschlaggebend sind. Dagegen spielen in unserem Modell berufsbezogene Einstellungen, die Integration des Berufes in den gesamten Lebensentwurf sowie die Bewertung der erreichten familienbezogenen Wünsche eine wichtige Rolle. Am stärksten hängt in unserem Modell die abhängige Variable „Genderideologie“ mit der Überzeugung, dass eine gute ärztliche Betreuung hohe tägliche Arbeitszeit voraussetzt, zusammen. Das positive Vorzeichen des Beta-Koeffizienten deutet darauf hin, dass die Überzeugung der Notwendigkeit von hohen Präsenzzeiten mit einer eher traditionellen Genderideologie einher geht. Umgekehrt wird die egalitäre Genderideologie von solchen Mediziner*innen vertreten, die sich eine gute ärztliche Leistung auch bei tieferen Arbeitszeiten vorstellen können. Auch eine positive Einschätzung des Erfolgs im Erreichen von Familienwünschen sowie eine gelungene Integration des Berufes in den gesamten Lebensentwurf sind eher mit einer egalitären Genderideologie verbunden.

Entgegen unserer Erwartung übt das Geschlecht keinen Einfluss auf den Ausprägungsgrad der Genderideologie bei Ärztinnen und Ärzten aus. Es stellt sich jedoch die Frage, ob die unabhängigen Variablen ähnlich wirken, wenn die Datenanalyse für Ärztinnen und Ärzte separat durchgeführt wird. Am stärksten ist bei beiden Geschlechtern nach wie vor der Effekt der berufsbezogenen Einstellung bezüglich der Länge der Arbeitszeit. Die Überzeugung, dass eine gute ärztliche Betreuung hohe Präsenzzeit erfordert, geht sowohl bei Männern wie auch bei Frauen eher mit einer traditionelleren Genderideologie einher. Dabei ist der Effekt bei den Ärztinnen fast doppelt so gross wie bei den Ärzten (Beta=.605, $p<.000$ bzw. Beta=.363, $p<.001$). Dies kann dadurch erklärt werden, dass die Frauen wegen ihres grösseren Engagements in der Familie/Partnerschaft und den daraus folgenden durchschnittlich kürzeren Arbeitszeiten in einen stärkeren Konflikt mit der Berufsideologie, die eine hohe tägliche Präsenzzeit verlangt, geraten. Die Einsicht, dass beruflicher und familialer Bereiche nur schwer zu vereinbaren sind, wird bei den Frauen, nicht aber bei den Männern, durch das Vorhandensein der Kinder gestärkt. Der Effekt ist zwar nicht signifikant, aber doch bedeutend, berücksichtigt man die Samplegrösse (N=43) und den Beta-Koeffizient von .265. Die Genderideologie geht zudem bei Frauen, und wiederum nicht bei den Männern, mit der Unzufriedenheit im Erreichen familienbezogener Wünsche einher. Bei den Männern dagegen ist die schlechte Integration des Berufes in den gesamten Lebensentwurf an traditionellere Einstellungen in Bezug auf die Vereinbarkeit von beruflichen und familialen Bereichen gekoppelt. Überraschenderweise spielt die (Un-)Zufriedenheit mit der Integration des Berufes in den gesamten Lebensentwurf für den Ausprägungsgrad der Genderideologie bei den Ärztinnen, im Gegensatz zu den Ärzten, keine Rolle.

Zusammenfassend kann man sagen, dass die von uns formulierten Hypothesen durch die Datenanalyse nur teilweise bestätigt worden sind. Wir fanden praktisch keine Unterschiede in den Lebensprioritäten von Ärztinnen und Ärzten. Ausserdem unterscheiden sich Ärzte und kinderlose Ärztinnen kaum in der Länge der Arbeitszeit und in ihren Lebensentwürfen. Gefundene geschlechtsspezifische Differenzen in den Lebensplänen und in der Arbeitsgestaltung sind auf den Elternstatus bei den Ärztinnen zurückzuführen. Die Hypothese, welche Geschlechtsunterschiede bezüglich Lebensprioritäten und Lebenspläne postuliert, muss deswegen verworfen werden: allein die Mutterschaft, und nicht das Geschlecht führt zu Unterschieden in den Lebensplänen. Die Hypothese, die von einer geschlechtsspezifischen Arbeitsgestaltung ausgeht, kann nur für Mütter als bestätigt gelten; bei Ärzten dagegen wird die durchschnittliche Länge der Arbeitszeit durch die Vaterschaft nicht beeinflusst. Die Annahme, dass Ärztinnen stärker als Ärzte zu egalitären genderideologischen Einstellungen neigen, wurde nicht bestätigt; wir fanden keine geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich der Genderideologie. Auch sozialisationsbedingte Unterschiede in den genderideologischen Einstellungen in verschiedenen Alterskohorten, die diese Hypothese postuliert, wurden nicht gefunden. Dagegen erwies sich unsere Vermutung, dass Ärztinnen einem stärkeren Konflikt ausgesetzt sind als ihre männlichen Kollegen, wenn es um die Vereinbarkeit von Familie und Beruf geht, als richtig. Auch diese Hypothese kann somit als bestätigt gelten. Unsere Studie hat gezeigt, dass die Entschärfung des Problems der Vereinbarkeit von beruflichen und privaten Bereichen bei Ärztinnen und Ärzten die Erfüllung unterschiedlicher Bedingungen voraussetzt. Die Lösung kann für Ärzte in „sozialeren“ Arbeitszeiten, die eine bessere Integration des Berufes in den gesamten Lebensentwurf ermöglichen würden, gesucht werden. Bei Ärztinnen dagegen würden Entlastungen im familialen Bereich, vor allem durch ein besseres Angebot an externer Kinderbetreuung, konfliktmildernd wirken, vorausgesetzt ist hier jedoch die Bereitschaft der Eltern, die Betreuung der Kinder Drittpersonen zu überlassen.

3. Einkommensvergleich von Ärztinnen und Ärzten in unterschiedlichen Praxismodellen³

Obwohl nur rund 7% der Gesamtkosten des Gesundheitswesens in der Schweiz im Jahr 1998 auf die Einkommen der Ärztinnen und Ärzte in freier Praxis entfielen (Hasler 2002), steht ihr Einkommen periodisch im Zentrum der Debatte über die Gesundheitskosten. Beispielsweise befürworten 70% der Befragten einer repräsentativen

³ Auszug aus dem Manuskript «Strukturelle Bedingungen oder individuelle Faktoren – was steuert das Einkommen von Ärztinnen und Ärzten in Allgemeinpraxen?» von Jürg Schwarz, Elena Sultanian und Matthias Niklowitz (2003).

Umfrage des GfS-Forschungsinstitutes (GfS 2002) als eine der drei wichtigsten Sparmassnahmen im Gesundheitswesen die Senkung der Gehälter beim Arztpersonal. Das deckt sich mit den Resultaten einer Umfrage im Schwerpunktprogramm „Zukunft Schweiz“ des Schweizerischen Nationalfonds (Stamm et al. 2000), nach der die Einkommen von Ärztinnen und Ärzten in freier Praxis systematisch um über 20% überschätzt werden. AllgemeinpraktikerInnen, die mit 17% den grössten Anteil der ÄrztInnen in freier Praxis bilden, haben ein knapp unterdurchschnittlich hohes Einkommen.

Es gibt viele Ansätze, um die Kostensteigerung im Gesundheitswesen zu erklären. Leu & Hill (2002) nennen als Gründe das überdurchschnittliche Wachstum im Krankenhaussektor, Lohnanpassungen im Pflegebereich und Arbeitszeitanpassung für die AssistenzärztInnen, sowie höhere Entschädigungen bei den Pflegeleistungen. Ausserdem wird auf die immer noch steigende Anzahl von ÄrztInnen in freier Praxis hingewiesen.

Die Zunahme der Ärztedichte bedeutet eine Ausdehnung des Angebots bei gegebener Nachfrage, was in kompetitiven Märkten eine Preissenkung nach sich zieht. Auf dem Gesundheitsmarkt führt jedoch die Besonderheit der Beziehung zwischen Ärztin und Patient zu einem anderen Ergebnis, das unter dem Begriff „angebotsinduzierte Nachfrage“ respektive „arztinduzierte Nachfrage“ (Kern 2002) subsumiert wird: Der Patient kommt mit einer Krankheit zu seiner Ärztin, verfügt aber nur über unzureichendes medizinisches Wissen, weshalb er Informationen über seinen Gesundheitszustand, über Diagnosen und Therapieoptionen nicht perfekt rational beurteilen kann. Somit ist es dem Patienten nicht möglich, souveräne Entscheidungen über den Umfang der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen zu treffen und er delegiert die Auswahl der Therapien der Ärztin – sie steuert in diesem Sinne Angebot und Nachfrage zugleich. Aufgrund einer Versicherungsstruktur mit geringer Kostenbeteiligung der PatientInnen kommt es zu einer nahezu preisunabhängigen Nachfrage nach Gesundheitsgütern. Wenn diese mit Einzelleistungsvergütung abgegolten werden, können die ÄrztInnen ihr Einkommen steigern indem sie den PatientInnen umfangreichere Therapieformen verschreiben.

Signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich der Zufriedenheit mit dem Einkommen konnten nicht festgestellt werden. Wenn das Einkommen auf eine Normalarbeitswoche von 45.3 Stunden berechnet wird, ergibt sich eine bemerkenswerte Aussage: Die mittleren, normierten Einkommen der allgemeinpraktizierenden ÄrztInnen sind in Bezug auf die Praxisform gar nicht mehr signifikant verschieden, wie dies der einfache Vergleich nach Praxisform nahe legen würde. Dass die auf eine durchschnittliche Arbeitszeit normierten Einkommen sich nicht signifikant in Abhängigkeit des Praxistyps unterscheiden, unterstützt die These von Breyer, wonach Ärzte ein „Zieleinkommen“ anstreben (Breyer 1997). Verglichen mit der Erhebung von Hasler (2002), die ein mittleres Einkommen von ÄrztInnen der allgemeinen Medizin von CHF 192'004.- ausweist, ist das Durchschnittseinkommen in der Stichprobe mit CHF 132'281.- deutlich tiefer. Der Unterschied kann damit erklärt werden, dass überdurchschnittlich viele HMO-Praxen in der Stichprobe vertreten sind, bei denen das Einkommen im Durchschnitt tiefer ist. Ausserdem könnte der Wert von CHF 152'926.- bei der Einzelpraxis ein Hinweis sein auf die Diskrepanz bei der Angabe des Einkommens auf Stufe Netto- vs. Bruttoeinkommen.

Den grössten Einfluss auf das ärztliche Einkommen haben die Arbeitszeit und das Geschlecht. Ausserdem ist das Einkommen bei den verschiedenen Praxisformen signifikant verschieden. Andere Grössen wie Optimierung, Dauer, Frequenz usw. zeigen einen geringen direkten Einfluss auf die abhängige Grösse Einkommen. Alle bivariaten Tests mit diesen Variablen zeigen keine Signifikanz unter dem 5%-Niveau.

Alle bivariat getesteten Zusammenhänge wurden bei der Varianzanalyse bestätigt und es konnten keine zusätzlichen signifikanten Wechselwirkungen der Faktoren entdeckt werden. Es bleibt damit offenbar nur die Arbeitszeit übrig, um die Höhe des ärztlichen Einkommens zu beschreiben. Die Anzahl PatientInnen pro Woche als Indikator für den generierten Umsatz und damit des ärztlichen Einkommens ist so stark mit der Arbeitszeit verbunden, dass er keine zusätzliche Information liefert. Ein Varianzmodell mit der Anzahl PatientInnen pro Woche als zusätzliche Kovariate bringt keine Verbesserung des Modells. Ausserdem sind die Variablen für die durchschnittliche Behandlungsdauer, die Anzahl PatientInnen pro Woche und die Arbeitszeit so fest miteinander verbunden, dass sie in der Varianzanalyse keine „neue“ Wechselwirkung erzielen. Einzig kann gezeigt werden, dass HMO-eigene Gruppenpraxen mehr Zeit für nicht-patientenbezogene Tätigkeiten aufwenden – was aus der Definition dieses Praxistyps direkt folgt respektive unter der Ägide der Kopfpauschalen verstanden werden kann.

Die grosse Abhängigkeit des Einkommens von der Arbeitszeit kann unter dem Blickwinkel der ärztlichen Kostenrechnung erklärt werden, wenn die Einzelleistungsvergütung zu Grunde liegt (Kayser & Schwefing 1998): „Einkommensorientierte Ärzte werden ihre Leistungen solange ausdehnen, wie der Grenznutzen die Grenzkosten übersteigt, d.h. die Erbringung einer Leistung einen positiven Einkommenseffekt für sie hat. Die Kapazitätsgrenze dieser Ausweitung liegt nur in der Arbeitszeit des Arztes.“. Im selben Zusammenhang argumentieren Kayser & Schwefing (1998), dass bei der Verrechnung mit Kopfpauschalen, wie sie bei Gruppenpraxen vermehrt angewendet werden, kein finanzieller Anreiz zur Ausweitung oder gar Überschreitung der Menge der ärztlichen Leistung besteht. Uns steht keine Variable zur Verfügung, die zwischen Kopfpauschale und Einzelleistungsvergütung unterscheidet. Unsere Variable für den Vergütungsmodus (feste Entschädigung mit und ohne Erfolgsbeteiligung) als Proxyvariable verwendet, kann zuwenig zwischen den Praxistypen trennen – das Einkommen ist statistisch unabhängig davon. Dafür kann ein nicht durch die Arbeitszeit erklärbarer Einkommensunterschied zwischen den Praxistypen darauf schliessen lassen, dass eine Vergütung vom Typ Kopfpauschale bei den Gruppenpraxen häufiger vorkommt. Ein anderer Indikator für die Ausdehnung der

ärztlichen Leistung ist bei Marty (1997) über eine der Praxisauslastung analoge Grösse gemessen worden. Er zeigt, dass ÄrztInnen mit freien Kapazitäten einen erhöhten Umsatz pro PatientIn generieren, gibt aber keine Angaben über den erzeugten Gesamtumsatz. In unserer Umfrage wurde die Variable Praxisauslastung zur Beantwortung der Frage, ob ÄrztInnen über einen erhöhten Umsatz pro PatientIn ihr Einkommen beeinflussen herangezogen, wobei bei unserer Stichprobe kein Einfluss auf das ärztliche Einkommen nachgewiesen werden konnte. Für die Einkommen sind somit strukturelle und individuelle Bedingungen massgeblich: Die strukturellen bilden den engen Rahmen des erzielbaren Einkommens pro Zeiteinheit (weitgehend unabhängig vom gewählten Praxistyp), die individuellen schlagen sich in der absoluten Arbeitszeit nieder – und bilden den Hebel für die Höhe des absoluten Einkommens.

4. Was macht PatientInnen zufrieden? Förderliche und hinderliche Merkmale der PatientInnenzufriedenheit⁴

Die fachlich-medizinischen Handlungen bei einer Arzt-Patienten-Beziehung sind in eine soziale Interaktion eingebettet. Mit diesem Begriff bezeichnet man in den Sozialwissenschaften das aufeinander bezogene Handeln von zwei oder mehreren Personen. Dieses Handeln wird durch die allgemein geteilten gesellschaftlichen Normen geleitet und ist an die sozialen Rollen der interagierenden Personen gebunden. Die sozialen Normen, welche das individuelle Handeln beeinflussen, sind, anders als die kurzfristig wirksamen situativen Gegebenheiten wie zum Beispiel der Schweregrad der Erkrankung, dem gesellschaftlichen Wandel unterworfen. Sowohl die neuen normativen Vorstellungen wie auch die sich verändernden strukturellen Bedingungen haben einen entscheidenden Einfluss auf die Ausbildung und Veränderung der Interaktionsmuster in den ärztlichen Praxen.

In den letzten Jahrzehnten stellte man einerseits eine Verschiebung von einer hierarchischen zu einer eher partnerschaftlichen Beziehung zwischen dem Arzt und dem Patienten fest. Andererseits wird die Arzt-Patient-Beziehung durch einen «Netzwerk von Anspruchsgruppen (Gesellschaft, Kostenträger, Staat/Behörden, Konsumentenorganisationen, Medien etc.)» erweitert, wobei aber die persönliche und direkte Beziehung von Arzt und Patient für die ärztliche Praxis weiterhin zentral bleibt (Roos 1999: 54).

Aus mehreren Gründen ist die Patientenzufriedenheit wichtig (Wüthrich 2000): So gibt die Zufriedenheit einerseits Einblick in den Betrieb der medizinischen Leistungserbringer, die Zufriedenheit widerspiegelt zudem zwischenmenschliche Aspekte der Behandlung (ohne allerdings direkt ein Indikator für gute medizinische Behandlung zu sein), sie trägt zum Ruf der behandelnden Institution bei und entscheidet mit darüber, ob und welche Praxen und Institutionen wachsen. Andererseits ist auch das System der medizinischen Leistungserbringer im Wandel begriffen – neue Praxismodelle wie HMOs ergänzen das Angebot an Einzel-, Gruppen- und Gemeinschaftspraxen. Damit verbunden sind auch neue Versicherungsmodelle, welche die Einschränkungen bei der freien Arztwahl an eine Reduktion der Versicherungsprämien koppeln.

Wir führen hier zwei Stränge der Forschung zusammen: Einerseits die Zufriedenheit von PatientInnen. Die bisher gewonnenen Erkenntnisse lassen sich zu einem Modell verdichten, das sich empirisch prüfen lässt. Andererseits untersuchen wir den spezifischen Einfluss unterschiedlicher Praxismodelle wie Einzel-, Gemeinschafts- und HMO-Praxen.

Die wichtigsten Prädiktoren beim vollständigen Modell sind das subjektiv wahrgenommene Wissen der PatientInnen sowie die wahrgenommene Kompetenz der ÄrztInnen. Beides sind, weitaus wichtiger als Mitgefühl, erlebte Rollenasymmetrie oder Zeitdruck. Die Erweiterung der Modellvariablen um zwei weitere Prädiktoren weist auf weitere Faktoren hin: Die Erfüllung von Erwartungen spielt genauso eine Rolle wie die Einschätzung der Zufriedenheit des Arztes/der Ärztin: Je besser die Erwartungen erfüllt werden und je zufriedener ein Arzt erscheint, desto zufriedener sind PatientInnen. Die schon vorher hohe Varianzaufklärung verbessert sich durch den Einbezug dieser beiden Prädiktoren noch einmal um über 4 Prozentpunkte. - Bei um einige Modellvariablen verringerten, aber hinsichtlich der Praxistypen erweiterten Modell fallen diese Praxistypen als irrelevant aus der Analyse. Die wichtigsten Prädiktoren sind wieder die Erfüllung der Erwartungen sowie die wahrgenommene ärztliche Kompetenz. Wenn die Erwartungen nicht erfüllt werden und/oder diese Kompetenz als unzureichend wahrgenommen wird, geht dies mit hoch signifikant tieferer Zufriedenheit der PatientInnen einher. Auch hier spielt die zeitliche Kontinuität keine messbare Rolle, und der Stellenwert des ärztlichen Mitgefühls ist genauso gering wie Rollenasymmetrie oder Zeitdruck. Als wichtigste Faktoren erweisen sich durchwegs die von den PatientInnen erlebte ärztliche Kompetenz und die Erfüllung von Erwartungen. Werden diese nicht erfüllt, steigt die Unzufriedenheit.

Damit rücken die Zufriedenheit des Arztes sowie die Erwartungen der PatientInnen ins Zentrum. Ob und wie zufrieden die Ärzte «wirklich» sind, spielt hier zunächst keine Rolle – wichtig ist offenbar lediglich, dass

⁴ Auszug aus dem Manuskript «Was macht PatientInnen zufrieden? Förderliche und hinderliche Faktoren der PatientInnenzufriedenheit in unterschiedlichen Praxismodellen im Kanton Zürich» von Elena Sultanian, Jürg Schwarz und Matthias Niklowitz (2003).

PatientInnen diesen als zufrieden erleben. Zufriedene PatientInnen sind laut Wüthrich-Schneider (2000) nicht nur unter Marketing-Gesichtspunkten, sondern auch für die Compliance wichtig. Und die PatientInnen kommen zudem mit einem ganz bestimmten Set von Erwartungen zu ihren Praxen. Werden diese erfüllt, sind sie zufrieden, wenn nicht, sind sie nicht zufrieden – mit nachteiligen Folgen (Deck et al. 1998). Die im Sommer 2003 publizierte europaweite Studie «The European Patient of the Future» (Coulter & Magee 2003) hatte festgestellt, dass vor allem jüngere PatientInnen stärker in die Entscheidungsfindung eingebunden werden wollen, viele fühlten sich zudem nicht gut genug informiert, wenn es um Krankheiten und Therapien geht, und PatientInnen bevorzugen ÄrztInnen, die bereit sind, zuzuhören und die ihnen auch komplexe Sachverhalte eingängig erläutern können.

ÄrztInnen sind somit gleich mehrfach gefordert: Erstens durch die Erfüllung diffuser Erwartungshaltung, zweitens durch die Bildung neuer Erwartungshaltungen durch Prozesse und Entwicklungen, die ausserhalb ihrer Handlungsmöglichkeiten liegen und drittens durch von aussen wirkende Sachzwänge auf die medizinische Versorgung, die sich ihrerseits in der Arzt-Patienten-Beziehung bemerkbar machen. Diese Spannung aufzulösen ist auch deshalb besonders herausfordernd, weil zufriedene ÄrztInnen auch zufriedene PatientInnen haben.

5. Ursachen und Wirkungen der ärztlichen Arbeitszufriedenheit⁵

Die zentrale Fragestellung der vorliegenden Untersuchung befasst sich damit, ob die ärztliche Arbeitszufriedenheit stärker durch die professionelle Eingebundenheit oder das eingegangene finanzielle Risiko bestimmt wird. Es zeigte sich, dass weder die Praxisgrösse und noch die Form der Leistungsentschädigung massgeblich die Arbeitszufriedenheit beeinflussen. Die objektiven Arbeitsbedingungen sind aber je nach Praxis- und Vergütungsform unterschiedlich. Dies führt zur Schlussfolgerung, dass das individuelle Anspruchsniveau der Arbeitszufriedenheit durch den sozialen Vergleich mit Arbeitstätigen in gleichen Kontexten mitbestimmt wird. Diese Folgerung ist eng mit der in dieser Studie befragten Berufsgruppe der medizinischen Grundversorger verbunden: Keine andere Berufsgruppe erbringt die gleichen Arbeitsleistungen in so unterschiedlichen organisatorischen Settings. Bezogen auf die Diskussion der Verunsicherung und Zukunftsängste unter Medizinem ergab die vorliegende Untersuchung keine empirischen Hinweise darauf, dass die Arbeitszufriedenheit bei Grundversorgern besonders tief ist. Auch wurde keine ausgeprägte Klientenaversion festgestellt, was nicht auf ein hohes Burnout schliessen lässt. Bei Angestellten in HMO-Praxen wurde keine tiefere Arbeitszufriedenheit festgestellt. Dabei ist es diese Arbeitsform, welche am stärksten dem traditionellen Verständnis der Mediziner widerspricht. Womöglich ist die Arbeitszufriedenheit ein schlechter Indikator für die Verunsicherung der Ärzteschaft. Hierbei ist an den Umstand zu denken, dass Grundversorger in HMO-Praxen recht häufig die Stelle zu wechseln scheinen. Ob dem so ist, und welche Gründe dahinter stehen, bedarf weiterer Untersuchungen.

Bis anhin wurde in der Literatur zur Arbeitszufriedenheit von Medizinem nicht klar zwischen der Tätigkeit, dem Beruf, der Profession und der Karriere unterschieden. Das hier entwickelte Gesamtmodell der Arbeitszufriedenheit von Grundversorgern in unterschiedlichen organisatorischen Settings zeigt nun, dass die Tätigkeitszufriedenheit empirisch am stärksten mit der Professionszufriedenheit verbunden ist.

Als Kritik an Untersuchungen, die anhand von gruppenbezogenen Mittelwertsunterschieden bei zwei Variablen fälschlicherweise auf einen korrelativen Zusammenhang schliessen, sei hier darauf hingewiesen, dass einzig Grundversorger in Capitation-Modellen deutlich weniger Konflikte durch die veränderte Stellung der Medizin wahrnehmen, deren Arbeitszufriedenheit aber nicht signifikant von anderen Grundversorgern abweicht. Zudem zeigt sich, dass auch bei der Klientenaversion und der Klientendistanz keine gruppenbezogenen Mittelwertsunterschiede bestehen, aber innerhalb der Praxis- und Vergütungsformen sehr wohl durch die Höhe der Arbeitszufriedenheit bestimmt werden.

In keiner der besprochenen Untersuchungen wurde eine vergleichbare Selektionsstrategie verwendet, auch wurde noch kaum ein derart integriertes Modell der Ursachen und Wirkungen der Arbeitszufriedenheit konstruiert. Dass in der vorliegenden Studie die meisten der untersuchten strukturellen Einflussvariablen keinen Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit ausüben, steht nicht im Widerspruch zu den besprochenen Resultaten anderer Studien. Der gefundene Einfluss der sozialen Unterstützung durch das private Umfeld auf die Arbeitszufriedenheit bei kleinen Praxen wurde bisher in keiner Studie untersucht. Der Einfluss des Arbeits-Familien- Konflikts auf die Arbeitszufriedenheit bestätigt das Resultat einer anderen Studie, wenn auch unterschiedliche Operationalisierungen verwendet wurden.

Die spezifischen Wirkungen der Arbeitszufriedenheit auf die Klientenaversion und die emotionale Klientendistanz lassen sich in der Effektstärke mit den Resultaten anderer Untersuchungen zum Burnout vergleichen. Dass kein Zusammenhang zwischen der Arbeitszufriedenheit und der Patientenzufriedenheit

⁵ Auszug aus der Dissertation «Strukturwandel der medizinischen Grundversorgung. Ursachen und Wirkungen der ärztlichen Arbeitszufriedenheit in unterschiedlichen Praxismodellen» von Carlos Nordt (2003).

gefunden wurde, steht nicht im Widerspruch zu Untersuchungen, welche dies als korrelativen Zusammenhang untersuchten und nicht aus Gruppenmittelwertsunterschieden ableiteten. Die gewünschte Zeitbudget-Veränderung für den Beruf erwies sich in allen Praxis- und Vergütungsformen als brauchbare Operationalisierung einer Wirkung der Arbeitszufriedenheit, die sowohl für angestellte wie auch für selbständige Grundversorger angemessen ist.

Wird das hier entwickelte Gesamtmodell der Arbeitszufriedenheit als plausibel angenommen, so lassen sich je nach Perspektive unterschiedliche Schlussfolgerungen ziehen. Auf der individuellen Ebene können Grundversorger ihre Arbeitszufriedenheit erhöhen, wenn sie weniger als ihre Kollegen in vergleichbaren Kontexten arbeiten. Dies ist deshalb empfehlenswert, da damit auch das Ausmaß negativer Emotionen gegenüber den Patienten reduziert werden kann. Die Wahl der selbständigen Erwerbsform in einer Einzelpraxis ist nur dann zu empfehlen, wenn die Grundversorger auf die soziale Unterstützung durch das private Umfeld zählen können. Aus gesundheitsökonomischer Perspektive lassen die hier präsentierten Resultate den Schluss zu, dass die Arbeitszufriedenheit wie auch die Patientenzufriedenheit weder nach Praxisgrösse noch nach Finanzierungsmodell differieren und insofern nichts gegen kostensparende Modelle spricht.

6. Sind Ärztinnen zufriedener als Ärzte?⁶

Ausgehend von den Veränderungen im Gesundheitswesen war es Gegenstand dieser Untersuchung, festzustellen, inwieweit diese von Ärzten und Ärztinnen unterschiedlich beurteilt wurden. Im Mittelpunkt standen die Arbeitsbedingungen und die Arbeitszufriedenheit von Ärzten und Ärztinnen in der Grundversorgung. Eine Übersicht über Managed Care Modelle zeigte die Veränderungen der Arbeitsbedingungen auf, anhand der Kriterien Autonomie und Sicherheit von Freidson. Auf der anderen Seite galt es, genderspezifische Unterschiede zwischen Ärzten und Ärztinnen herauszuarbeiten. Dies geschah aus sechs Perspektiven. Die Dimensionen "Gewichtung der Berufsrolle", "Arbeitssetting" und "Umfeld" dienten zur Erfassung der Arbeitsbedingungen. Die Dimension "Arbeitszufriedenheit" wurde um die Dimensionen "Rollenkonflikte" und "Lebenszufriedenheit" erweitert, um dem genderspezifischen Aspekt Rechnung zu tragen. Vor dem theoretischen Hintergrund des passungstheoretischen Modells, des Belastungs-Ressourcenparadigmas nach Meyer, der Theorie der doppelten Vergesellschaftung und Bourdieus Konzept des Habitus wurden zu jeder der sechs Dimensionen Hypothesen gebildet. Die verwendete Stichprobe (N = 132) ist eine Teilmenge der vorgängig durchgeführten und anschliessend erweiterten Vollerhebung (N = 608), die hauptsächlich Ärzte und Ärztinnen aus der Grundversorgung im Kanton Zürich berücksichtigt. Da eine selektive Rekrutierung vorliegt, hat sie keinen repräsentativen Charakter.

Die Resultate der ARAZ Studie bestätigen, dass es vor allem bei Ärztinnen mit kleinen Kindern zu einer traditionellen Rollenaufteilung kommt, in dessen Folge markante Unterschiede bei der Gewichtung der Berufsrolle vorliegen. Dementsprechend weichen auch die anderen Arbeitsbedingungen für Ärztinnen und Ärzte in jener Subgruppe voneinander ab. Die Arbeitsbedingungen der Ärztinnen nähern sich mit zunehmendem Alter der Kinder und abnehmender Rollenvielfalt denjenigen der Ärzte an. Die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit bleibt indessen immer deutlich unterhalb derjenigen der Ärzte. Sobald sie in einer Partnerschaft leben, findet eine Umlagerung vom beruflichen hin zum häuslichen Bereich statt. Dies legt die Vermutung nahe, dass Ärztinnen nach Möglichkeit keine rollenpuristische Ausrichtung verfolgen. Ärzte weisen demgegenüber bei allen Rollenkonfigurationen eine weitgehend identische Zeiteinteilung auf. Dieses Verhalten kann nicht mit ökonomischen Faktoren erklärt werden, obwohl die Partnerinnen der Ärzte in der Regel weniger verdienen und Ärztinnen Partner mit gleichem Status haben. Vielmehr scheinen gesellschaftliche Vorstellungen zu genderspezifischen Lebensentwürfen und Arbeitsteilungen für die unterschiedliche Ausrichtungen verantwortlich zu sein. Die veränderten Strukturen der innovativen Praxismodelle werden vor allem von Ärztinnen, die ihre Hauptverantwortung im häuslichen Bereich verorten, genutzt.

Die Arbeitszufriedenheit hängt offenbar eng mit der Übereinstimmung von Realität und Vorstellung zusammen. Deshalb lassen sich, trotz unterschiedlichen Arbeitsbedingungen, keine grosse Differenzen bei der Arbeitszufriedenheit ausmachen. Auch die Vorstellungen über ein ideales Zeitbudget beinhalten kaum Wünsche nach grossen Umwälzungen in der Arbeitsteilung, was die These der genderspezifischen Ausrichtung bestätigt. Allerdings zeigt sich eine Tendenz hin zu einer egalitäreren Rollenteilung. Aspekte der ärztlichen Tätigkeit werden von Ärztinnen und Ärzten identisch wahrgenommen und beurteilt, obwohl kinderlose Ärztinnen mehr Veränderungen im beruflichen Alltag wünschen als ihre Kollegen. Die Praxismodelle scheinen dabei jedoch keine wesentliche Rolle zu spielen. Eine eingangs postulierte grössere Zufriedenheit von Ärztinnen, gestützt auf gelebte Rollenvielfalt, ist nicht bestätigt worden, auch wenn die Werte von Eltern und unter diesen wiederum jene der Ärztinnen etwas höher liegen als bei den übrigen Subgruppen. Doch liegt die Vermutung nahe, dass Ärztinnen mit Kindern dank den neuen Praxismodellen ihre Vorstellungen von Beruf und familiären Pflichten besser vereinbaren können.

⁶ Auszug aus der Lizenziatsarbeit «Sind Ärztinnen die zufriedeneren Ärzte» von Maja Mylaeus-Renggli (2003).