

Wie gesund sind die Hausärzte in der Schweiz?¹

Resultate der ersten nationalen Befragung

Patrick Bovier, Martine Bouvier Gallacchi, Catherine Goehring, Beat Künzi

Im Frühjahr 2002 wurde auf Initiative des Kollegiums für Hausarztmedizin (KHM) [1] und mit Unterstützung der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) von einer Gruppe frei praktizierender Hausärzte eine grosse epidemiologische Studie über den Gesundheitszustand der Hausärzte in der Schweiz durchgeführt, in Zusammenarbeit mit dem Département de médecine communautaire und dem Service qualité des soins am Universitätsspital Genève [2]. Ein Jahr darauf wurden den Leitungsgremien des KHM anlässlich ihrer jährlichen Retraite in Grindelwald erste vorläufige Resultate vorgestellt, ebenso den leitenden Gremien der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (SGAM) an deren Versammlung auf dem Bürgenstock [3], und die Resultate wurden auch an verschiedenen Kongressen in der Schweiz sowie Weiterbildungsveranstaltungen in Bern und Genf präsentiert. Sie sind sogar in der Presse der Westschweiz auf Interesse gestossen [4]. Es ist nun sicher an der Zeit, diese Resultate allen Hausärzten vorzustellen, wie vor einem Jahr in Aussicht gestellt [3].

Methodik

Wir schickten einen Fragebogen mit 158 Fragen an eine Zufallsstichprobe von 3000 in der Grundversorgung tätigen

Ärzten, die der Adressdatei der FMH entnommen wurden. Als in der Grundversorgung tätige Ärzte wurden Träger von Spezialarztstiteln für Allgemeinmedizin, allgemeine Innere Medizin und Pädiatrie eingeschlossen. Auch praktizierende Ärzte ohne Spezialarztstitel wurden einbezogen. Von diesen 3000 Ärzten wurden 244 aus verschiedenen Gründen ausgeschlossen: 218 weil sie sich nicht als Hausärzte betrachteten, 15 weil sie nicht mehr ärztlich tätig waren, 3 waren verstorben und bei 8 lag eine falsche Adresse vor.

Der Fragebogen bestand aus standardisierten und validierten Fragen zur Gesundheit [5], beruflichen Erschöpfung [6–9], Befriedigung im Beruf [10], Tabak, Alkohol- [11] und Medikamentenkonsum. Ergänzt wurde er durch spezifische Fragen zur Arbeitsbelastung, zum Verhalten, wenn der Proband selbst medizinische Hilfe braucht (ärztliche Konsultation, Suizidgedanken), zu beruflichen wie privaten Stressfaktoren sowie Strategien zur Stressbewältigung.

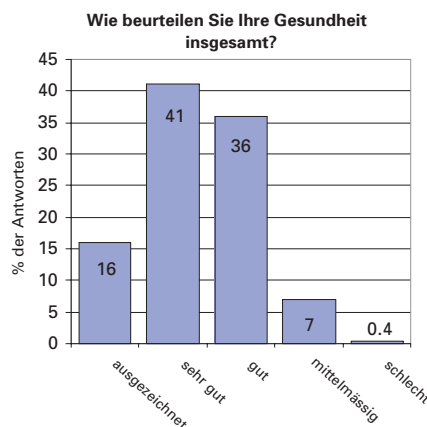


Tabelle 1. Antwortrate.

		Antwortrate	
		n	%
Geschlecht	Frau	293	61
	Mann	1491	66
Sprache	Deutsch	1303	66
	Französisch	433	63
	Italienisch	48	59
FMH-Titel	Allgemeinmedizin	805	73
	Innere Medizin	596	60
	Pädiatrie	164	68
	ohne Titel	219	51

Resultate

Nach dem ersten Aussand und zweimaliger Erinnerung haben schliesslich 1784 Ärzte einen ausgefüllten Fragebogen zurückgeschickt. Dies entspricht einer Antwortquote von 65%. Frauen, Ärzte aus dem Tessin, Allgemeininternisten und Ärzte ohne Spezialisierung antworteten etwas weniger häufig (Tabelle 1). Die Allgemeinmediziner antworteten zu über 70%, was sicher als Beweis für ihr Interesse an den behandelten Themen gewertet werden darf!

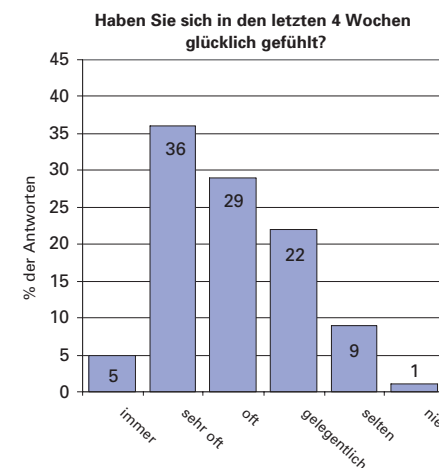


Abbildung 1. Subjektiver Gesundheitszustand der Hausärzte in der Schweiz (2002).

1 La version française de cet article a été publiée dans le numéro 47/2004 de PrimaryCare.

Gesundheitszustand, Suizidalität

Eine Mehrheit der Befragten ist der Meinung, ihr Gesundheitszustand sei sehr gut (41%) bis ausgezeichnet (16%). 69% fühlten sich während der vorangehenden vier Wochen «oft», «sehr oft» oder «immer» glücklich (Abb. 1). Im Vergleich dazu die Ergebnisse anderer Befragungen aus der Schweiz: An der Universität Genf immatrikulierte Studenten gaben zu 19% einen «ausgezeichneten» Gesundheitszustand an [12], unter den Assistenz- und Chefärzten des Universitätsspitals Genf (HUG) 21% [13]. Einen «guten» Gesundheitszustand gaben in diesen Kollektiven 42% bzw. 37% an. Nur 2% der Assistenzärzte und Chefärzte am HUG gaben an, «immer» glücklich zu sein, 20% «sehr oft» und 31% «manchmal».

Was Suizid anbelangt, geben mehr als zwei Drittel (69%) der befragten Ärzte an, sie hätten von einem (oder auch mehreren) Fällen gehört, die ihnen persönlich nicht bekannt gewesen waren. Etwas weniger als die Hälfte (43%) bestätigen, dass sie einen Kollegen persönlich gekannt hätten, der Suizid begangen habe. Fast ein Drittel (28%) erklären, sie hätten selbst eine suizidale Phase durchgemacht. 5% der Ärzte haben aktuell Suizidgedanken. Diese Angaben müssen mit Vorsicht betrachtet werden. Statistiken über diese Frage sind ausserordentlich spärlich, was Vergleiche mit anderen Berufsgruppen in der Schweiz oder im Ausland verunmöglicht. In einer englischen Studie war die Häufigkeit von Suizidgedanken bei Allgemeinärzten höher (14%), bei den «Consultants» in den Spitälern jedoch mit 5% etwa vergleichbar mit unseren Werten [14]. Die Daten des Bundesamtes für Statistik zeigen für Ärzte verglichen mit der Gesamtbevölkerung mit gleicher Altersverteilung zwischen 1979 bis 1988 ein 3- bis 6fach erhöhtes relatives Mortalitätsrisiko infolge Suizid [15]. Leider registriert das Bundesamt für Statistik seit 1988 die Berufe der an Suizid verstorbenen Personen nicht mehr. In einer internationalen, systematischen Übersicht über Suizid bei Ärzten fand man bei Männern ein im Vergleich mit der Gesamtbevölkerung 1, 3- bis 3, 4fach, bei Frauen 2, 5- bis 5, 7fach erhöhtes Suizidrisiko [20].

Berufliche Erschöpfung, Burnout

Die von uns zu diesem Aspekt des Hausarztberufs verwendeten Fragen erlauben Aussagen in drei Richtungen: Emotionale Erschöpfung, Depersonalisation (Verlust an menschlicher Teilnahme gegenüber den Patienten, die als unpersönliche Objekte wahrgenommen werden), schliesslich die persönliche Erfüllung (das Gefühl der Befriedigung/Wertschätzung in der beruflichen Tätigkeit). Bei allen drei Aspekten zeigt etwa 1 auf 5 unter den befragten Ärzten einen erhöhten Score (19%, 23% bzw. 16%). Einer von drei (31%) hat einen erhöhten Score auf der Skala der emotionalen Erschöpfung oder der Depersonalisation.

Eine Studie bei 457 Pflegenden in der Schweiz aus dem Jahr 1991 [16] hat seinerzeit eine etwas höhere Rate an emotionaler Erschöpfung gezeigt (25%), dafür eine tiefere Rate bei der Depersonalisation (13%), während die Resultate beim Gefühl der persönlichen Erfüllung ähnlich lagen (16%). Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass in dieser Studie die Grenzwerte der Messinstrumente anders definiert waren. Verglichen mit internationalen Studien liegt die Burnout-Rate in unserer Befragung tiefer. Je nach Arbeitsbedingungen und Spezialitäten finden sich bei 27% bis 53% erhöhte Scores bei der emotionalen Erschöpfung, bei der Depersonalisation haben 19% bis 64%, beim Verlust der persönlichen Erfüllung 13% bis 49% einen erhöhten Score [17–19]. In einer Studie bei 1435 holländischen Spezialisten [20], in welcher ein auf holländische Verhältnisse adaptierter MBI verwendet wurde, konnte gezeigt werden, dass beruflicher Stress und Befriedigung im Beruf wichtige Prädiktoren für den Burnout sind, speziell für die emotionale Erschöpfung. Die Autoren ziehen den Schluss, dass ein Gefühl beruflicher Befriedigung einen protektiven Effekt gegen die negativen Folgen von beruflichem Stress hat; sie betonen die Wichtigkeit einer guten Arbeitsorganisation, noch mehr als persönlicher Strategien zur Stressbewältigung. In einer weiteren Studie [21] wird dieselbe holländische Stichprobe mit amerikanischen Ärzten verglichen, und es wird erneut ge-

schlossen, dass Stress und Befriedigung einen direkten Einfluss auf den Burnout haben, ebenso Konflikte zwischen beruflichem und privatem Leben. Soziodemographische Variablen, Art der Praxis und Arbeitszeit üben via modifizierende Variablen wie Selbstbestimmung über die Arbeit, Konflikt zwischen beruflichem und Privatleben und Unterstützung durch das persönliche Umfeld einen Einfluss auf Stress und berufliche Befriedigung aus. Die Burnout-Rate bei den amerikanischen Ärzten betrug 22% (allerdings auf einer anderen als der MBI-Skala gemessen), diejenige der holländischen Ärzte (gemessen an der emotionalen Erschöpfung gem. MBI) 11%–22%. Basierend auf dieser Untersuchung werden als präventive Massnahmen gegen Burnout bei Ärzten eine vermehrte Selbstbestimmung in der Arbeit sowie eine Verminderung von Konflikten zwischen beruflichem und Privatleben gefordert. Bei den amerikanischen Ärzten war die Burnout-Rate bei den Frauen höher als bei den Männern (28% gegenüber 21%, $p < 0,01$), während bei den holländischen Ärzten kein signifikanter Unterschied zwischen Frauen und Männern gefunden wurde [22].

Wenn heute in der Schweiz lediglich 1 von 5 Hausärzten Burnout-Symptome zeigt, liegt dies im internationalen Vergleich noch in erträglichem Rahmen; die Situation könnte sich aber als Folge der im Gesundheitswesen gegenwärtig stattfindenden Veränderungen verschlechtern, wie das in anderen Ländern bereits geschehen ist.

Wie verhalten sich die Ärzte, wenn sie selbst medizinische Hilfe brauchen?

Ein Drittel der Teilnehmer an der Befragung (35%) gibt zu, dass es ihnen Mühe macht, sich selbst betreuen zu lassen, und nur 1 von 5 (21%) hat einen Hausarzt (verglichen mit 89% der schweizerischen Gesamtbevölkerung [23]). Im Laufe der letzten 12 Monate haben gut die Hälfte einen Arzt oder anderen Therapeuten aufgesucht (53%): 13% einen Arzt der Grundversorgung, 10% einen Arbeitskollegen, 8% einen Psychiater oder Psychologen, 28% einen anderen Arzt oder The-

rapeuten (unter den Ärztinnen haben 57% einen Gynäkologen aufgesucht). Damit nehmen die Befragten weniger therapeutische Hilfe in Anspruch als die schweizerische Gesamtbevölkerung (79%), was hingegen psychische Probleme anbelangt, liegt die Inanspruchnahme deutlich höher als bei der Gesamtbevölkerung (nur 4% hatten in der schweizerischen Gesundheitsbefragung angegeben, sie hätten wegen psychischer Probleme einen Therapeuten aufgesucht, wovon 55% einen Psychiater). Schliesslich geben 41% der antwortenden Ärzte an, es mache ihnen Mühe, einen Kollegen zu betreuen.

Diese Verhaltensweisen stehen in Widerspruch zu den von verschiedenen ärztlichen Organisationen ausgearbeiteten Empfehlungen, nach welchen jeder Arzt selbst einen behandelnden Arzt haben sollte [24, 25].

Medikamentenkonsum

65% der Ärzte geben an, dass sie im Laufe der vorangehenden 7 Tage irgendein Medikament eingenommen hätten, wovon in 9 von 10 Fällen in Form von Selbstmedikation. Diese Zahl liegt deutlich höher als in der schweizerischen Gesamtbevölkerung, wo 1997 lediglich 41% und 1992 42% angaben, im Verlauf der vorangehenden Woche ein Medikament eingenommen zu haben. Am häufigsten werden Schmerzmittel (34%), Antihypertensiva (13%), Benzodiazepine (9%) und Antidepressiva (7%) eingenommen. In der Gesamtbevölkerung liegt die Einnahme von Antihypertensiva mit 11% auf ähnlichem Niveau, während sie bei den Schmerzmitteln deutlich tiefer ist (17%).

Nur über 75jährige haben einen vergleichbar hohen Analgetika-Konsum! Bei den Antidepressiva liegt die Häufigkeit der Einnahme bei der Gesamtbevölkerung bei lediglich 5%.

Tabak- und Alkoholkonsum

Der Anteil der regelmässigen Raucher unter den Schweizer Hausärzten beträgt 12,4% (Tabelle 2). Dieses Resultat kann man vergleichen mit den Resultaten der Schweizerischen Umfrage zum Tabakkonsum, dem sogenannten «Tabakmonitoring» [26], in welchem seit Januar 2001 jedes Quartal ein repräsentatives Sample von 2500 Personen im Alter von 14 bis 65 Jahren mittels Telefoninterview befragt wird. Gemäss den Resultaten 2001–2002, welche im Juni 2003 publiziert wurden, rauchen 32% der Bevölkerung (23% täglich, 9% gelegentlich), 19% sind Exraucher und 49% haben nie geraucht. Männer rauchen häufiger als Frauen (37% gegenüber 29%). Personen mit höherer Bildung rauchen weniger als weniger gebildete Personen (20% gegenüber 31%). Hausärzte rauchen also deutlich weniger als die Gesamtbevölkerung, auch wenn man sie mit der Bevölkerung mit Hochschulbildung vergleicht.

Demgegenüber ist regelmässiger Alkoholkonsum deutlich häufiger als in der Gesamtbevölkerung der Schweiz: Lediglich 3% der Ärzte männlichen Geschlechts geben an, sie seien abstinent, während es in der männlichen Gesamtbevölkerung 14% sind. Auch bei den praktizierenden Ärztinnen geben nur 12% an, abstinent zu sein gegenüber 30% der Frauen in der Gesamtbevölkerung. Studien über die Häufigkeit von Alkoholo-

lismus bei praktizierenden Ärzten aus anderen Ländern ergeben widersprüchliche Resultate: Das Risiko scheint jedoch insgesamt nicht höher als bei anderen Bevölkerungsgruppen von vergleichbarem sozioökonomischem Status. Andere Suchtprobleme, insbesondere Medikamentenmissbrauch, scheinen jedoch bei Ärzten häufiger zu sein als in der Gesamtpopulation.

Stressfaktoren

Beruflicher Stress ist bei 44% der Teilnehmer stark oder sehr stark (Abb. 2). Stress im privaten Bereich ist weniger hoch, aber immer noch geben 16% der Antwortenden starken oder sehr starken Stress in diesem Bereich an. Je nach Geschlecht wird das Ausmass von Stress unterschiedlich wahrgenommen: Frauen geben im beruflichen Bereich ein etwas tieferes Niveau von Stress an als Männer (36% starken oder sehr starken beruflichen Stress bei den Frauen gegenüber 45% bei den Männern), dafür etwas höheren Stress im Privatbereich (17% starken oder sehr starken Stress im Privatleben bei den Frauen gegenüber 16% bei den Männern).

Wenn diese Ergebnisse auch auf einer einzigen einfachen Frage beruhen, sind sie doch in Einklang mit den Befunden von Caplan (48%) bei englischen Allgemeinärzten [14]. In einer anderen Longitudinalstudie bei englischen Allgemeinärzten wurde die Häufigkeit von Stress auf 33% geschätzt [27]. Diese Zahlen liegen höher als bei der Gesamtbevölkerung. Die hauptsächlichen Stressfaktoren, die wir in unserer Studie festgestellt haben, liegen in äusseren Faktoren wie Veränderung des schweizerischen Gesundheitssystems, Belastung durch administrative Arbeiten und Arbeiten in Zusammenhang mit Versicherungen, Image des Arztberufs in den Medien sowie Erwartungshaltung der Patienten. Stressfaktoren, die bei den Ärzten selber liegen, wie Unsicherheit über Diagnosen, die Notwendigkeit, das Wissen auf dem aktuellen Stand zu halten oder auch die Begleitung Sterbender folgen erst weit hinten. Die Kanadier haben in ihrer politischen Erklärung zur Gesundheit der Ärzte [25]

Tabelle 2. Tabak- und Alkoholkonsum bei Hausärzten in der Schweiz (2002).

Tabakkonsum	%	% Männer	% Frauen
Nichtraucher	65	64	71
Exraucher	22	23	18
Aktive Raucher	13	13	11
Alkoholkonsum	%	% Männer	% Frauen
Während der letzten 12 Monate abstinent	5	3	12
Weniger als 6 Standardgetränke pro Mal	61	59	76
6 Standardgetränke oder mehr pro Mal	34	38	12

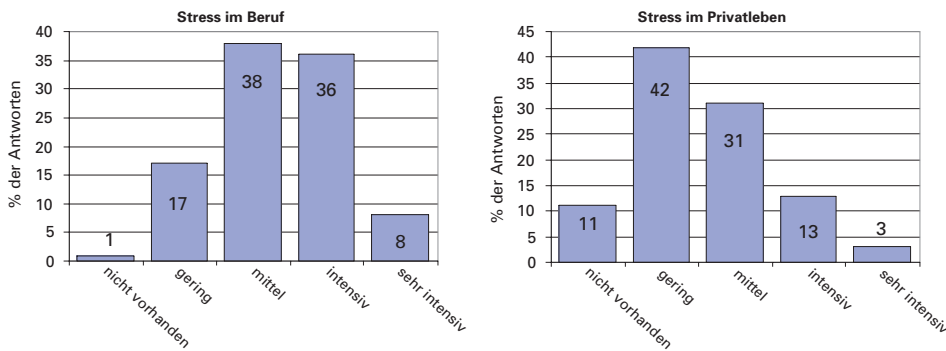


Abbildung 2. Stressniveau im Beruf und im Privatleben bei Hausärzten in der Schweiz (2002).

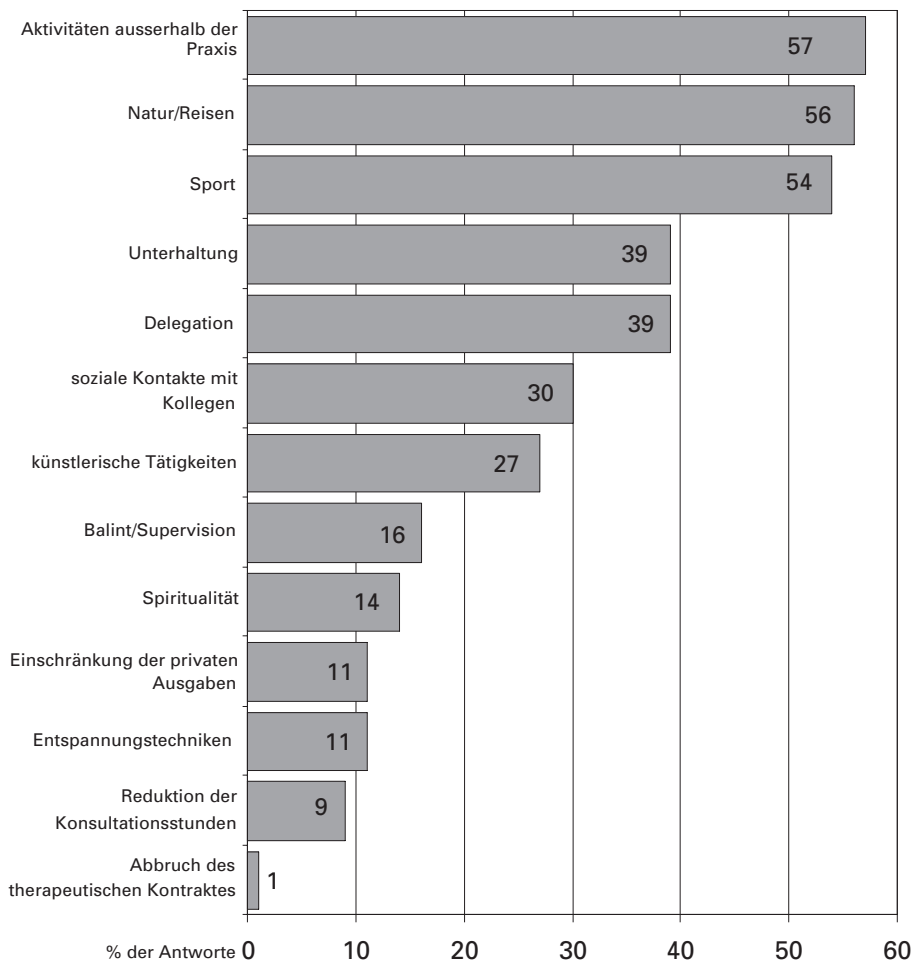


Abbildung 3. Regelmässig verwendete Strategien zur Stressbekämpfung im Beruf Hausärzte in der Schweiz (2002).

als Hauptursachen von Stress das hohe Arbeitsvolumen, zu wenig Schlaf, die Anforderungen von Lehre und Forschung, Angst vor Prozessen wegen Kunstfehlern sowie wachsende Forderungen der Ge-

sellschaft festgehalten. Eine sehr umfassende australische Studie [28] hat ebenfalls gezeigt, dass die Hauptfaktoren für Stress im äusseren Umfeld liegen, wie beispielsweise ein tiefes Einkommens-

niveau, Zeitdruck, unrealistische Erwartungen der Gesellschaft, Einmischung der Behörden sowie Konflikte zwischen Arbeit und Privatleben. Gemäss einer 1986 durchgeführten kanadischen Untersuchung bei 2584 Ärzten waren es der Pickettdienst («time on call»), die Gesamtarbeitszeit, die Pflicht, den Wissensstand à jour zu halten, die Sorge um ein adäquates Einkommen sowie die Beziehungen zwischen Ärzteschaft und Behörden, die hauptsächlich zu Stress führten [29]. Gemäss einigen Autoren spielen auch Faktoren, die beim Arzt selbst liegen, z.B. ein hohes Mass an Selbstkritik, eine wichtige Rolle dabei, wie stark ein Arzt seine Tätigkeit als stressvoll empfindet [27].

Strategien zur Bekämpfung von Stress

Um den Arbeitsstress zu bekämpfen, greifen die Hausärzte in erster Linie auf ausserberufliche Aktivitäten zurück, wie Tätigkeiten ausserhalb der Praxis, Kontakt mit der Natur, Reisen, Sport, Unterhaltung (Abb. 3). Strategien innerhalb des Berufes wie Delegation folgen erst an 5. Stelle und werden lediglich von 39% der Ärzte angewendet. Nur 16% der Antwortenden wenden regelmässig Supervision an. Nur 1 von 10 Personen reduziert die Konsultationszeiten und schränkt die persönlichen Ausgaben ein. Zu einem Abbruch einer Patientenbeziehung wird sehr selten Zuflucht genommen (1%).

Konflikte zwischen Privat- und Berufsleben

Bei zwei Dritteln der Ärzte wird die Freizeit häufig durch die Arbeit beschnitten (Abb. 4). Bei etwa der Hälfte bleibt neben der Arbeit nicht genügend Zeit für die Familie. Wie bereits erwähnt, ist das Ausmass der geleisteten Notfalldienste sehr unterschiedlich. Dass 32% diese als zu weit gehend empfinden, ist in diesem Zusammenhang zu sehen. Etwas weniger als ein Viertel der Teilnehmenden wird häufig von Patienten in ihrem Privatleben gestört. Die grosse Mehrheit fühlt sich durch ihren Partner/Partnerin unterstützt.

Kontrolle der Arbeitsbelastung

Klassischerweise empfiehlt man eine bessere Kontrolle der Arbeitsbelastung, um

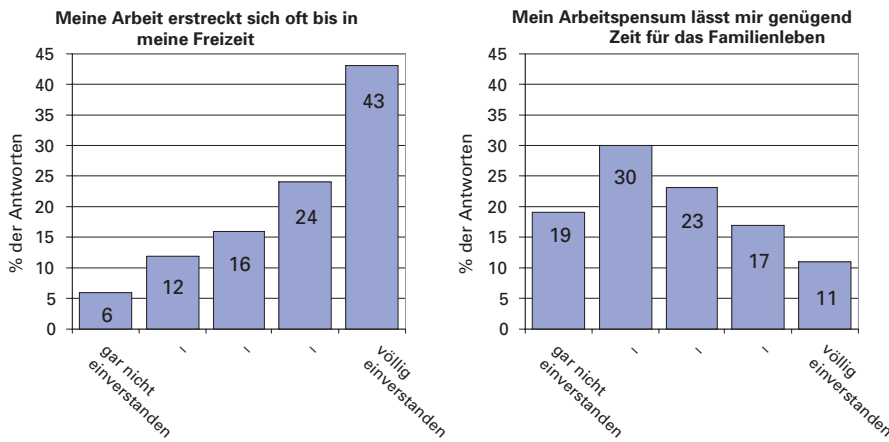


Abbildung 4. Konflikte zwischen privatem und beruflichem Leben bei Hausärzten in der Schweiz (2002).

Tabelle 3. Meinungen der Hausärzte in der Schweiz über ihren Beruf und dessen Zukunft (2002).

Bitte geben Sie an, inwiefern Sie mit den folgenden Behauptungen einverstanden sind	gar nicht einverstanden	völlig einverstanden		
Wenn ich nochmals wählen könnte, würde ich nicht mehr Arzt werden	49%	19%	14%	11%	7%
Wenn ich meine medizinische Laufbahn neu beginnen würde, würde ich eine andere Fachrichtung wählen	50%	19%	11%	11%	9%
Die Arbeitsbedingungen der Hausärzte haben sich in den letzten Jahren verschlechtert	4%	9%	15%	22%	50%
Die Patienten stellen zu hohe Ansprüche	4%	14%	28%	35%	19%
Für die Zukunft der Hausarztmedizin bin ich optimistisch	18%	27%	26%	21%	8%

das Stressgefühl bei den Arbeitenden zu reduzieren: Bei gleicher Verantwortung empfindet man bei besserer Kontrolle über den Arbeitsablauf weniger Stress [30]. In unserer Stichprobe von fast ausschliesslich selbständig tätigen Ärzten (nur 2% sind angestellte Ärzte) ist das Ausmass der Kontrolle über die verschiedenen Aspekte der Arbeitsorganisation unterschiedlich. Hoch ist es bei der Arbeitsumgebung, Planung der Agenda, auch bei der Arbeitszeit. Die Anzahl der Patienten, vor allem aber Störungen während der Sprechstunde sind schwieriger in den Griff zu bekommen.

Meinungen über den Arztberuf

Etwa 1 von 5 Ärzten würde, wenn er nochmals beginnen könnte, einen ande-

ren Beruf wählen. Und 1 von 5 würde eine andere Spezialität auswählen (Tab. 3). Die grosse Mehrzahl (72%) ist der Meinung, dass sich die beruflichen Bedingungen für die Hausärzte in den letzten Jahren verschlechtert haben. Mehr als die Hälfte (54%) finden, dass die Patienten zu anspruchsvoll sind, und weniger als ein Drittel (29%) sind optimistisch für die Zukunft der Hausarztmedizin. Auf die Frage schliesslich «wenn Sie Ihre Karriere nochmals beginnen könnten, würden Sie da heute einen anderen Beruf wählen?» antwortet nur ein Arzt auf 5 klar positiv. Bei den Frauen, die weniger unter Burnout leiden (ihre wöchentliche Arbeitszeit liegt im Mittel 25% unter derjenigen der Männer), würden ein Drittel vielleicht, wahrscheinlich oder sicher nicht

nochmals den Arztberuf wählen, und 40% würden auf eine andere Spezialität setzen.

Eine bei einer grossen Stichprobe von Ärzten aus der Waadt im Sommer 2001 durchgeführte Befragung [31, 32] zeigte eine gewisse Vertrauenskrise auf. Zwar war die berufliche Befriedigung noch hoch (91% der Ärzte waren der Meinung, ihr Beruf bringe ihnen hohe oder genügende Befriedigung), jedoch waren praktisch 75% der waadtländischen Ärzte der Auffassung, dass die Bedingungen für die Berufsausübung sich nachteilig entwickelt hätten, 85% hatten eine negative Meinung zu den Zukunftsaussichten dieses Berufs, und die Mehrheit riet ihren Kindern davon ab, den Arztberuf zu wählen. Diese Resultate, die in einem Ärztekollektiv mit allen Spezialitäten gewonnen wurden, sind vergleichbar mit unseren, wenn auch die Hausärzte noch ein bisschen optimistischer über die Zukunft ihres Berufs denken.

Grenzen der Studie

Zum einen handelt es sich um eine Querschnittstudie. Somit ist es grundsätzlich nicht möglich, kausale Zusammenhänge zwischen verschiedenen Variablen herzustellen.

Zum anderen sind unsere Analysen im wesentlichen deskriptiver Natur. Wir haben keine Anpassungen für weitere Faktoren vorgenommen. Wir können somit nicht sagen, inwieweit bestimmte Resultate durch Störfaktoren (confounders) verzerrt sein könnten. Vertiefte Analysen werden nötig sein, um diese ersten Resultate zu bestätigen. Schliesslich liegt die Antwortrate in unserer Studie lediglich bei 65%. Immerhin ist dies aber deutlich höher als bei den meisten anderen Befragungen praktizierender Ärzte, wo man sonst kaum je über 50% hinauskommt.

Schlussfolgerungen

Diese Studie gibt einen ersten Einblick in die berufliche Situation der Hausärzte in der Schweiz. Verglichen mit anderen, internationalen Studien befinden sich die

Schweizer Ärzte noch in einer relativ günstigen Lage. Sie machen sich aber grosse Sorgen über die Zukunft. Sie leiden unter einem hohen Stressniveau, dies wegen beruflicher Zwänge und wegen Veränderungen im Gesundheitssystem. Trotz dieser im Grunde eher positiven Einschätzung muss man feststellen, dass etwa einer von 5 Ärzten Anzeichen von Burnout zeigt.

Wir hoffen, dass diese Resultate dazu beitragen, die Aufmerksamkeit auf diese Probleme zu lenken, die oft verkannt, vernachlässigt oder mit Schweigen übergegangen werden. Wir hoffen auch, dass diese Problematik vermehrt im Rahmen von Grundausbildung und Weiterbildung aufgegriffen wird, und dass schliesslich unsere Befunde dazu beitragen, die Diskussion bei Ärzteschaft und anderen Akteuren über Zukunft und Qualität unseres Gesundheitswesens zu bereichern.

Empfehlungen

Aufgrund von Empfehlungen, die von verschiedenen Ärzteorganisationen herausgegeben worden sind [25, 28, 33], möchten wir unsererseits als ersten Denkanstoss folgende Empfehlungen machen und so versuchen, Antworten auf die Probleme, die in unserer Umfrage zu Tage getreten sind, zu finden.

1. Verhütung und Früherfassung von Problemen in Zusammenhang mit Berufsstress und Burnout

Früherfassung während der Erstausbildung und der späteren Weiterbildung

- Methoden zur Selbstevaluation von Burnout und Depression bekannt machen, damit sich jeder das Problem bewusst machen kann;
- persönliche Bekenntnisse einzelner Ärzte, die Burnout, Depression oder Sucht selbst erlebt und überwunden haben, publik machen [34–36].

Strategien und Programme zur Bekämpfung von Stress und Burnout bekannt machen [37–40]

- Den Ärzten empfehlen, nicht bei sich selbst Diagnosen zu stellen und sich nicht selbst zu therapieren;

- Supervision fördern, spezifische Weiterbildung auf diesem Gebiet propagieren.

2. Strukturen für gegenseitige Hilfe schaffen

Im medizinischen Bereich

- Einfach zugängliche und streng vertrauliche Unterstützungsprogramme fördern (z.B. Telefonhilfe, Unterstützung in Gruppen von Kollegen);
- Ratschläge an Ärzte, die Kollegen behandeln müssen [41]. Den Ärzten, die Interesse haben, die Behandlung von Kollegen zu übernehmen, Weiterbildungsprogramme zu Fragen der Gesundheit bei Ärzten anbieten.

Im beruflichen Bereich

- System aufbauen, mit dessen Hilfe bei Bedarf eine Stellvertretung für praktizierende Ärzte über längere Zeit vermittelt werden kann;
- praktische Hilfe in der Praxisführung (Arbeitsorganisation, Aufgabendefinition), sowie im Bereich der Informatik.

3. Die Rolle der Hausarztmedizin in unserem Gesundheitssystem neu festlegen

Den «contrat social» zwischen Hausarzt und Gesellschaft neu definieren [42]

- Diskrepanz zwischen den Erwartungen der Ärzte selbst, dem, wofür sie ausgebildet worden sind, und dem aktuellen beruflichen Alltag;
- das heute stillschweigend gültige, auf psychologischen Erwartungen beruhende Abkommen zwischen Ärzten und Gesellschaft muss offen diskutiert und neu definiert werden, damit Behörden, Versicherer, Patienten und Ärzte dahinter stehen können.

Sich erneut auf die wirkliche Bedeutung («meaning») der Hausarztmedizin besinnen und diese pflegen [43], damit dieser Beruf für die Praktiker von heute und von morgen attraktiv bleibt.

Bei den Politikern den Sinn dafür wecken, dass für eine gute Qualität unserer medizinischen Versorgung die Gesundheit der Ärzte selber wichtig ist und dass auf die Faktoren, die sie beeinflussen, Rücksicht genommen werden muss.

Dank

Es liegt uns daran, dem Kollegium für Hausarztmedizin zu danken, welches die Initiative zu diesem Projekt ergriffen hat, ebenso der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften und der Kommission «Forschung und Entwicklung in angewandter Medizin» (RRMA) für die Finanzierung der Studie, Frau V. Kolly für die Durchführung der Befragung durch postalisch versandte Fragebogen, Herrn Croci (Drucker der Universität Genf) für die Druckerarbeiten und Vorbereitung für den postalischen Versand, Herrn Prof. T. Perneger (Sevice Qualité des soins, HUG) für seine Ratschläge zu Fragebogen und Durchführung der Befragung, sowie allen Kollegen aus dem Tessin, der französischen Schweiz und der Deutschschweiz, die uns mit ihren Kommentaren beim Testen des Bogens geholfen haben, schliesslich all denjenigen, die an der Befragung teilgenommen haben.

Der vollständige Bericht über diese Studie ist bei Frau Dr. C. Goehring (catherine.goehring@bluewin.ch) oder bei Herrn Dr. Patrick Bovier (patrick.bovier@hcuge.ch) erhältlich. Siehe auch: Goehring C, Bouvier Gallachi M, Künzi B, Bovier P. Psychosocial and professional characteristics of burnout in Swiss primary care practitioners. *Swiss Med Wkly* 2004;124:101–8. www.smw.ch/pdf200x/2005/07/smw-10841.pdf

Literatur

- 1 Comment se portent les médecins de premier recours. Appel à la soumission pour une étude. *Bulletin des médecins suisses* 2001;82:1974.
- 2 Goehring C, et al. Wie geht es Ihnen, Herr Doktor? *PrimaryCare* 2002;2:255–9.
- 3 Goehring C. Die Schweizer Grundversorger sind (noch!) glücklich ... *PrimaryCare* 2003;3:569.
- 4 Schaad B. Les médecins, ces malades qui s'ignorent. *Hebdo* 2004(3): p. II-VI (cahier spécial).
- 5 Gandek B, et al. Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries: results from the IQOLA Project. *International Quality of Life Assessment*. *J Clin Epidemiol* 1998; 51:1171–8.

- 6 Kleiber D, Enzmann D, Gusy B. Instrumentenhandbuch zu Arbeitsbedingungen und psychischer Gesundheit in helfenden Berufen. Schriftenreihe des Instituts für Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung and der FU-Berlin. Vol. 1. Berlin: FU-Berlin; 1997.
- 7 Maslach C, Jackson S, Leiter M. Maslach Burnout Inventory Manual (3rd ed.). Palo Alto, California: Consulting Psychologist's Press; 1996.
- 8 Maslach C, Schaufeli WB, Leiter M. Job burnout. *Annu Rev Psychol* 2001;52:397-422.
- 9 Sirigatti S, Stefanile C. Adattamento italiano MBI – Maslach Burnout Inventory. Firenze: Organizzazioni Speciali; 1993.
- 10 Bovier PA, Perneger TV. Predictors of work satisfaction among physicians. *Eur J Public Health* 2003;13:299-305.
- 11 Bush K, et al. The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test. *Arch Intern Med* 1998; 158:1789-95.
- 12 Bovier P. Etude sur les besoins de santé des étudiants à l'Université de Genève. Département de médecine communautaire. Genève: Hôpitaux Universitaires de Genève; 1998.
- 13 Torgler J. Consommation de substances, stress et santé des médecins des hôpitaux universitaires de Genève, in Faculté de médecine. Université de Genève. Genève; 2002. p. 74.
- 14 Caplan RP. Stress, anxiety, and depression in hospital consultants, general practitioners, and senior health service managers. *BMJ* 1994;309:1261-3.
- 15 Amrein J. Annäherung an ein Tabuthema. *Schweizerische Aerztezeitung* 1999;80:556-8.
- 16 Aries M, Zuppiger I. Burnout beim Pflegepersonal? Studie zur Arbeitssituation und zu den psychischen Belastungen des Pflegepersonals. CH-8304 Wallisellen: Eigenverlag; 1993. p.151.
- 17 Shanafelt TD, et al. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med* 2002;136:358-67.
- 18 Ramirez AJ, et al. Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet* 1996;347:724-8.
- 19 Grassi L, Magnani K. Psychiatric morbidity and burnout in the medical profession: an Italian study of general practitioners and hospital physicians. *Psychother Psychosom* 2000;69:329-34.
- 20 Visser MR, et al. Stress, satisfaction and burnout among Dutch medical specialists. *CMAJ* 2003;168:271-5.
- 21 Linzer M, et al. Predicting and preventing physician burnout: results from the United States and the Netherlands. *Am J Med* 2001;111:170-5.
- 22 Linzer M, et al. Sex differences in physician burnout in the United States and the Netherlands. *J Am Med Womens Assoc* 2002; 57:191-5.
- 23 Office fédéral de la statistique, Enquête suisse sur la santé. OFS: Neuchâtel; 1997
- 24 Hartwig B, Nichols A. General practitioner health and well-being. *West J Med* 2001;174:25.
- 25 Puddester D. The Canadian Medical Association's Policy on Physician Health and Well-being. *West J Med* 2001;174:5-7.
- 26 Keller R, Krebs H, Hornung R. Schweizerische Umfrage zum Tabakkonsum (Tabakmonitoring). Psychologisches Institut, Sozialpsychologie II, Universität Zürich; 2003.
- 27 Firth-Cozens J. Predicting stress in general practitioners: 10 year follow up postal survey. *BMJ* 1997;315:34-5.
- 28 Hartwig B, Nichols A. GP health and well-being: the issues explored. Brisbane: Brisbane North Division of general Practice; 2000.
- 29 Richardsen AM, Burke RJ. Occupational stress and job satisfaction among physicians: sex differences. *Soc Sci Med* 1991;33:1179-87.
- 30 Karasek R, et al. Job decision latitude, job demands, and cardiovascular disease: a prospective study of Swedish men. *Am J Public Health* 1981;71:694-705.
- 31 Merrien FX. Médecins vaudois relativement heureux aujourd'hui, mais inquiets pour demain. *Courrier du Médecin Vaudois* 2001;7:3-4.
- 32 Merrien FX, Buttet AC. Le médecin vaudois aujourd'hui. *Médecine&Hygiène* 2002.
- 33 Chew M, Williams A. Australian general practitioners: desperately seeking satisfaction. *Med J Aust* 2001;175:85-6.
- 34 Bennett L. The next steps. *BMJ* 2003;326:103.
- 35 Trutmann M. Burnout in der Praxis. *Bulletin des médecins suisses* 2001;82:1751-3.
- 36 Anonymous. The loneliness of an alcoholic doctor. *BMJ* 2003;327:78.
- 37 Heim E. Coping with occupational stresses in health professions. *Psychother Psychosom Med Psychol* 1993;43:307-14.
- 38 Chambers R, Davies M. What stress in primary care! London: the Royal College of General Practitioners; 1999.
- 39 Kersley SE. Can you let go of being perfect? *BMJ* 2003;327:76.
- 40 Gundersen L. Physician burnout. *Ann Intern Med* 2001;135:145-8.
- 41 Freeman A, Adams K. Looking after doctor patients. *BMJ* 2003;326:105.
- 42 Smith, R. Why are doctors so unhappy? There are probably many causes, some of them deep. *BMJ* 2001;322:1073-4.
- 43 Remen RN. Recapturing the soul of medicine: Physicians need to reclaim meaning in their working lives. *West J Med* 2001;174:4-5.

Dr. med. Patrick Bovier
Policlinique de médecine
Département de médecine communautaire
HUG
24, rue Micheli-du-Crest
CH-1211 Genève 14
patrick.bovier@hcuge.ch