

Briefe an die SÄZ

Teilzeitärzte – ein Trend mit Brisanz

Ärzte schätzen Teilzeit – so überschreibt die NZZ am 29.3.2018 ihre Zusammenfassung der FMH-Ärzttestatistik 2017 [1]. Mit diesem Titel beleuchtet die NZZ zwar eine brisante Entwicklung, geht aber genauso wenig wie die FMH selbst auf Hintergründe und Auswirkungen dieses Trends ein.

Teilzeitarbeit und Work-Life-Balance

Die steigende Nachfrage nach Teilzeitpensen im stationären wie im ambulanten Bereich hängt nicht nur mit der seit Jahren erkennbaren Feminisierung des Arztberufes zusammen. Immer mehr suchen auch männliche Ärzte Teilzeitpensen, sei es, um ihre berufstätige Lebenspartnerin in der Kindererziehung zu entlasten und um deren eigene berufliche Karriere zu unterstützen, oder sei es, um einem spannenden Nebenberuf oder Hobby nachzugehen.

Die jüngere Ärztegeneration gewichtet ihre Work-Life-Balance grundsätzlich anders als die älteren Semester. Für die eigenen Patienten rund um die Uhr erreichbar zu sein ist längst passé.

Der Trend zu Teilzeitpensen ist brisant und wird sich auf die Qualität der Patientenbetreuung und auf den Arztberuf selbst auswirken:

Teilzeitpensen und Betreuungskontinuität

Speziell betroffen durch die Teilzeitarbeit ihrer Ärzte ist der wachsende Anteil jener Menschen, die durch chronische und Mehrfacherkrankungen vermehrt gefährdet sind. Studien belegen für solche Menschen eine stabilere Gesundheit und weniger Hospitalisationen, wenn sie langfristig durch die gleiche ärztliche Bezugsperson betreut werden – auch in Gruppenpraxen.

Aus wirtschaftlichen Gründen sind ärztliche Teilzeitpensen nur noch in Gruppen- und Grosspraxen möglich. Chronisch Kranken trotz zunehmenden Teilzeitpensen eine hohe Betreuungskontinuität zu bieten wird somit zu einer entscheidenden Herausforderung für Gruppen- und Grosspraxen.

Vom Freiberufler zum Angestellten

47% der Ärzte arbeiten im stationären Sektor, die überwältigende Mehrheit davon als Lohnempfänger. Dazu kommen aus dem ambulanten Sektor 4,2% als Praxisassistenten oder angestellte Fachärzte, deren Anteil mit Zunahme der Teilzeitarbeit ständig wächst [2]. Somit zählt demnächst oder bereits jetzt die Mehrheit der Ärztinnen und Ärzte zu den Lohnempfängern.

Teilzeitärzte suchen bevorzugt eine Arbeit im Angestelltenverhältnis. Sie sind auf Investo-

ren angewiesen, die ihnen die erforderliche Infrastruktur zur Verfügung stellen und einen angemessenen Lohn zahlen. Bereits heute investieren nicht nur Spitäler, Krankenversicherungen und Ärztenetze, sondern auch finanzkräftige anonyme und branchenfremde Investoren in Gruppenpraxen und Praxisketten (Beispiel: Medbase bei Migros).

Somit stellen sich folgende Fragen: Wird sich der schrumpfende Rest selbständig erwerbender Ärzte all diesen Investoren unternehmerisch als ebenbürtig erweisen? Oder signalisiert der Trend zur ärztlichen Teilzeitarbeit das Ende der freiberuflichen Arztstätigkeit?

Dr. med. Christian Marti,
mediX-Gruppenpraxis Zürich

- 1 Hostettler S, Kraft E. FMH-Ärzttestatistik 2017. Schweiz Ärztezeitung. 2018;99(13-14):408-13.
- 2 Barker I, et al. Association between continuity of care in general practice and hospital admissions. BMJ. 2017;356:j84 / <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.j84>

Es wäre fahrlässig, die Flinte bzw. das Stethoskop ins Korn zu werfen

Brief zu: Osterwalder A. Stethoskop – Museumsstück. Schweiz Ärztezeitung. 2018;99(15):477-8.

Es wäre wohl fahrlässig, die Flinte bzw. das Stethoskop ins Korn zu werfen. Es gibt immer noch gute Gründe, eines bei sich zu haben, selbst im Spital.

- Angenommen das CT steigt in der Nacht aus und kann nicht umgehend repariert werden: Das Stethoskop kann zur Diagnose «Peritonismus» plötzlich sehr nützlich sein.
- Das anamnestiche Gespräch, die Palpation und Auskultation begünstigen die Bildung des Beziehungshormons Oxytocin, das dämpfend auf die Amygdala wirkt, wodurch sich Stress und Angst verringern. Eine gewiss nicht unerhebliche Nebenwirkung.
- Besagte Trias (Gespräch, Palpation und Auskultation) stellt ein vertrautes ärztliches Ritual dar, das als Placebo (über eine Endorphinausschüttung) zu einer Schmerzlinderung führt. Auch dieser Effekt darf sich sehen lassen.
- Was ich schliesslich als Unterassistent vor bald 40 Jahren gelernt habe: Die Auskultation gibt der Ärztin oder dem Arzt überdies entscheidende 10 bis 15 Sekunden Zeit, um über die Differentialdiagnose, Abklärungsmodalitäten und mögliche Therapien

nachzudenken. Mehr noch: wertvollste Sekunden, die uns auch gestatten, auf unsere Intuition und unser Körpergefühl zu achten, was für die Entscheidungsfindung von erheblicher Bedeutung sein kann.

Fazit: So segensreich die Technik auch sein mag – den menschlichen Kontakt kann sie nicht verdrängen, und hierzu gehört u.U. nun mal auch das Stethoskop.

Dr. med. lic. theol. Michel Lansel, Zürich

Frauen sind anders. Männer auch.

Brief zu: Löllgen R. Irreführende und gefährliche Fehlinterpretationen. Schweiz Ärztezeitung. 2018;99(3):60-1.

Wir danken Dr. Löllgen und Kollegen für Ihren Kommentar [1] zu unserer im Juli 2017 im *Critical Care Medicine* publizierten Studie [2]. Diese Studie hat weltweit ein grosses Medien-echo hervorgerufen, wurde aber teilweise in den Medien falsch und verzerrt dargestellt. Das ist schade, weil das Thema wichtig ist für unsere Studentinnen und jungen Kolleginnen. Unsere Studie wollte keinesfalls Frauen in diesem Beruf beleidigen oder diskreditieren. Die Studie hat lediglich das Führungsverhalten von unerfahrenen Studentinnen in einer Reanimationssituation mit dem ihrer männlichen Kollegen verglichen und dabei Unterschiede festgestellt, welche einen Einfluss auf Patientenoutcomes haben können. Bei zunehmendem Anteil von Frauen im Medizinstudium ist dies eine wichtige Erkenntnis, welche uns veranlassen sollte, einen entsprechenden Schwerpunkt in der Ausbildung zu legen. Nur eine bessere Kenntnis und offene Diskussion der geschlechtsspezifischen Unterschiede kann die Qualität der medizinischen Versorgung verbessern und ermöglicht eine effizientere Schulung von angehenden Teamleiterinnen und Teamleadern. Bei all den zu Recht kritisierten Limitationen hat unsere randomisierte prospektive Simulatorstudie hierzu einen Beitrag geleistet. Es ist richtig, dass die Vorerfahrung der Probandinnen und Probanden nicht untersucht wurde und wir insbesondere die bereits gesammelte Erfahrung in Führungspositionen (z.B. Militärdienst) nicht erfasst haben. Es wäre wünschenswert, dass der Militärdienst wirklich einen solchen Effekt auf das Führungsverhalten in Notfallsituationen hätte. Selbst wenn dies so wäre, müsste aber der Fokus von nicht Militär-erprobten Medizinern im Studium auf Führungsverhalten umso