



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

Zukünftige ambulante Grundversorgung: Einstellungen und Präferenzen von Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen ausgewählter Berufsgruppen

Autorinnen/Autoren
Herausgeber

Sophie Karoline Brandt, Stefan Essig, Andreas Balthasar
Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

Neuchâtel 2023

UNIVERSITÄT
LUZERN

I N T E R F A C E

Schafft Wissen | Entre science et pratique



Konferenz der kantonalen Gesundheits-
direktorinnen und -direktoren
Conférence des directrices et directeurs
cantonaux de la santé
Conferenza delle direttrici e dei direttori
cantionali della sanità



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	2		
Abkürzungsverzeichnis	4	4	Charakterisierung der Befragten hinsichtlich wichtiger Untersuchungsdimensionen 22
Zusammenfassung	5	4.1	Vergleich der Stichprobe mit der Grundgesamtheit 22
Résumé	8	4.2	Soziodemografische Merkmale der Stichprobe 23
		4.3	Professions- und ausbildungsspezifische Merkmale der Stichprobe 24
1 Einführung	9	5	Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention 27
1.1 Herausforderungen	9	6	Interprofessionelle Zusammenarbeit und Verteilung von Verantwortung 29
1.2 Lösungsansätze	10	6.1	Bereitschaft, vermehrt Verantwortung zu übernehmen 29
1.3 Studienfragen	11	6.2	Bereitschaft, vermehrt Verantwortung abzugeben 30
2 Wissenschaftliche Einbettung der Studie	12	6.3	Bereitschaft, vermehrt interprofessionell zusammenzuarbeiten 31
2.1 Gesundheitsförderung und Prävention	12	7	Individuelle Innovationsfähigkeit 33
2.2 Interprofessionelle Zusammenarbeit und Verteilung von Verantwortung	13	8	Präferenzen der Befragten für Modelle der ambulanten Grundversorgung 34
2.3 Individuelle Innovationsfähigkeit	13	8.1	Kombinierte Präferenzen der Befragten unabhängig von ihrem Beruf 34
2.4 Neue Versorgungsmodelle und Präferenzen der Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen	13	8.2	Präferenzen der Apothekerinnen und Apotheker 36
3 Methodik der Befragung	16	8.3	Präferenzen der Ärztinnen und Ärzte 37
3.1 Grundgesamtheit	16	8.4	Präferenzen der medizinischen Praxisfachpersonen 38
3.2 Zugang zu Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen	16	8.5	Präferenzen der Mitarbeitenden der Pflege 41
3.3 Nicht-experimenteller Fragebogenanteil	17	8.6	Präferenzen der Physiotherapeutinnen und -therapeuten 43
3.4 Experimenteller Fragebogenanteil	17	8.7	Unterschiede zwischen Altersgruppen in allen Berufsgruppen 45
3.5 Statistische Auswertungsmethoden	20		

8.8	Unterschiede zwischen Sprachregionen in allen Berufsgruppen	47
9	Synthese und Erkenntnisse	51
9.1	Einordnung zentraler Erkenntnisse	51
9.2	Erkenntnisse für Politik, Bildung und Praxis	53
10	Stärken und Limitationen der Studie sowie Ausblick	57
10.1	Stärken der Studie	57
10.2	Limitationen der Studie	57
10.3	Ausblick	58
11	Literaturverzeichnis	59
12	Anhang	66
12.1	Professionsspezifische Merkmale der Stichprobe	66
12.2	Ausbildungsspezifische Merkmale der Stichprobe	69
12.3	Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention	70
12.4	Verantwortung bei der Entscheidungsfindung	70
12.5	Interprofessionelle Zusammenarbeit	72
12.6	Rahmenbedingungen Verantwortungsübernahme	72
12.7	Individuelle Innovationsfähigkeit	74
12.8	Unterschiede bei den Präferenzen	75

Abkürzungsverzeichnis

ARAM	Association Romande des Assistantes Médicales
ASPI	Association Suisse des Physiothérapeutes Indépendants
ASPS	Verband der privaten Spitex-Organisationen
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
CNHW	Competence Network Health Workforce
DCE	Discrete-Choice-Experiment
FH	Fachhochschule
fmc	Schweizer Forum für Integrierte Versorgung
FMH	Foederatio Medicorum Helveticorum (Berufsverband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte)
GSASA	Schweizerischer Verein der Amts- und Spitalapotheker
GDK	Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz
HF	Höhere Fachschule
IG swissANP	Interessengruppe Swiss Advanced Nursing Practice
JHAS	Vereinigung der jungen Hausärztinnen und -ärzte
Mfe	Vereinigung der Haus- und Kinderärztinnen und -ärzte Schweiz
MPA	Medizinische Praxisassistentinnen und Praxisassistenten
MPK	Medizinische Praxiskoordinatorinnen und Praxiskoordinatoren
Obsan	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Odamed	Organisation der Arbeitswelt Berufsbildung Medizinische Praxisassistentin
OdaSanté	Nationale Dach-Organisation der Arbeitswelt Gesundheit
OR	Odds Ratio
Physioswiss	Schweizer Physiotherapie Verband
SAMW	Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
SBK-ASI	Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
SGAIM	Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin
SLHS	Swiss Learning Health Systems
SVA	Schweizerischer Verband Medizinischer Praxisfachpersonen
swissYPG	Vereinigung der jungen Apothekerinnen und Apothekerinnen

.....

Zusammenfassung

Hintergrund der Studie

Die ambulante Grundversorgung nimmt in der medizinischen Versorgung eine sehr wichtige Rolle ein. Mit Blick in die Zukunft zeichnet sich jedoch die Notwendigkeit substanzieller Veränderungen ab. Der Fachkräftemangel, der zunehmende Pflege- und Therapieaufwand der älter werdenden Bevölkerung bei gleichzeitigem Kostendruck und zunehmende Technisierung sind bedeutende Ursachen dafür. In der Notwendigkeit von Veränderungen liegen auch Chancen: So können beispielsweise neue Versorgungsmodelle den zunehmenden und sich laufend verändernden Bedarf an Versorgungsleistungen decken. Dabei ist es wichtig, die Bedürfnisse und Präferenzen der Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen zu kennen, damit die Arbeit in der ambulanten Grundversorgung auch langfristig attraktiv bleibt.

Hier setzt die vorliegende Studie an: Basierend auf ihren Grundlagen können die Leitideen einer zukunftsorientierten Gesundheitsversorgung umgesetzt werden und optimale Lösungen für die Ausgestaltung neuer Versorgungsmodelle gefunden werden, sodass die Herausforderungen im Gesundheitswesen bestmöglich bewältigt werden können. Die Studie wurde im Rahmen des universitären Forschungsprojekts «Health2040» von Mitarbeitenden der Universität Luzern und von Interface Politikstudien Forschung Beratung AG realisiert.

Inhalt der Studie

Die Studie geht vertieft auf die Präferenzen von Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen aus fünf ausgewählten Berufsgruppen in Bezug auf die zukünftige ambulante Grundversorgung ein. Im Zentrum stehen folgende Studienfragen:

- Studienfrage 1: Inwiefern sind Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen bereit, sich in ihrer täglichen Praxis stärker auf Gesundheitsförderung und Prävention zu fokussieren?
- Studienfrage 2: Inwiefern sind Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen bereit, Verantwortung bei der Entscheidungsfindung in der ambulanten Grundversorgung ihrer Patientinnen und Patienten zu übernehmen oder abzugeben, und inwiefern sind sie bereit, interprofessionell zusammenzuarbeiten?

- Studienfrage 3: Als wie innovationsfähig erachten sich Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen?
- Studienfrage 4: Welche Präferenzen haben Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen hinsichtlich der Ausgestaltung der Verantwortlichkeiten bezüglich Erstkontakt, Entwicklung und Umsetzung von Behandlungsplänen sowie der Art der Entscheidungsfindung und der Organisationsform in der ambulanten Grundversorgung?

Bei der Beantwortung dieser Studienfragen werden Unterschiede zwischen den Berufsgruppen, beim Ausbildungshintergrund, bei der Berufserfahrung und bei demografischen Charakteristiken der Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen berücksichtigt.

Methodisches Vorgehen

Um die Studienfragen zu beantworten, wurde eine quantitative Online-Befragung von Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen aus fünf Berufsgruppen in der Schweiz durchgeführt: 1. Ärztinnen und Ärzte, 2. Apothekerinnen und Apotheker, 3. medizinische Praxisfachpersonen, 4. Mitarbeitende der Pflege, 5. Physiotherapeutinnen und -therapeuten. Den Zugang zu diesen Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen stellten verschiedenen Partner (und deren mediale Kanäle) sicher: Berufs- und Fachverbände, Apotheken- und Praxisnetzwerke, Interessensgemeinschaften, interprofessionelle Organisationen sowie Ausbildungs- und Forschungsinstitutionen der fünf Berufsgruppen. Die Tatsache, dass sich über 4000 Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen an der Befragung beteiligt haben, lässt breit abgestützte Erkenntnisse zu.

Zentraler Bestandteil der Befragung bildete ein Discrete-Choice-Experiment (DCE). Damit wurden die Präferenzen der Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen hinsichtlich der Ausgestaltung zukünftiger Versorgungsmodelle in der ambulanten Grundversorgung erhoben. Bei dieser Art von Experiment handelt es sich um einen methodischen Ansatz, bei dem die Befragten anhand eines Fallbeispiels¹ in eine speziell konstruierte Situation versetzt werden und dabei verschiedene Optionen vergleichend bewerten müssen. Aus den Antworten können die Präferenzen der Befragten für unterschiedliche Merkmale von Versorgungsmodellen respektive für deren Ausprägungen abgeleitet werden. Für die Analyse des DCE wurde ein Conditional Logit berechnet.

¹ In diesem Fallbeispiel geht es um eine 80-jährige Patientin mit Übergewicht und gut eingestelltem Diabetes Mellitus Typ II. Sie leidet zusätzlich an wiederkehrenden Knieschmerzen und

Anlaufschwierigkeiten und sucht Unterstützung zur Linderung ihrer Beschwerden.

Beantwortung der Studienfragen

Studienfrage 1: Inwiefern sind Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen bereit, sich in ihrer täglichen Praxis stärker auf Gesundheitsförderung und Prävention zu fokussieren?

Die Befragten sehen Gesundheitsförderung und Prävention mehrheitlich als eine ihrer Aufgaben an. Bei den Befragten aller Berufsgruppen zeigt sich eine hohe bis sehr hohe Bereitschaft, vermehrt gesundheitsfördernd und präventiv zu arbeiten. Sehr hoch ist diese Bereitschaft insbesondere bei den befragten Mitarbeitenden der Pflege und den Physiotherapeutinnen und -therapeuten. Etwas weniger hoch ist die Bereitschaft bei den Ärztinnen und Ärzten. Es lässt sich vermuten, dass dies mit dem stark kurativ geprägten Ausbildungs- und Berufsverständnis in der Medizin und mit den darauf ausgerichteten Finanzierungssystemen zur ärztlichen Leistungsvergütung zusammenhängt. Eine stärkere Übertragung der Anliegen von Gesundheitsförderung und der Prävention an nicht-ärztliches Gesundheitspersonal wäre daher denkbar.

Studienfrage 2: Inwiefern sind die Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen bereit, Verantwortung bei der Entscheidungsfindung zu übernehmen oder abzugeben und interprofessionell zusammenzuarbeiten?

Die befragten Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen zeigen mehrheitlich eine hohe Bereitschaft, vermehrt interprofessionell zusammenzuarbeiten. Die dafür wichtige Voraussetzung, mehr Verantwortung bei der Entscheidungsfindung zur ambulanten Grundversorgung ihrer Patientinnen und Patienten übernehmen und abgeben zu wollen, wird ebenfalls mehrheitlich erfüllt. Zur Steigerung der Attraktivität der Berufe und der Tätigkeit in der ambulanten Grundversorgung sollte daher die interprofessionelle Zusammenarbeit weiter gefördert werden. Besonders die befragten Apothekerinnen und Apotheker, Mitarbeitenden der Pflege und Physiotherapeutinnen und -therapeuten sind der Ansicht, dass sie über das notwendige Wissen und die notwendige Erfahrung verfügen, um mehr Verantwortung übernehmen zu können.

Die Studie weist jedoch auf grössere Unterschiede zwischen den Berufsgruppen hin: So sind die befragten Apothekerinnen und Apotheker einerseits vergleichsweise wenig bereit, mehr Verantwortung bei der Entscheidungsfindung in der ambulanten Grundversorgung ihrer Patientinnen und Patienten zu übernehmen, und auch weniger bereit, Verantwortung abzugeben. Andererseits weisen sie eine hohe Bereitschaft auf, vermehrt interprofessionell zusammenzuarbeiten. Die befragten Ärztinnen und Ärzte zeigen umgekehrt eine vergleichsweise hohe Bereitschaft, vermehrt Verantwortung bei der Entscheidungsfindung in der ambulanten Grundversorgung von Patientinnen und Patienten abzugeben. Hinsichtlich ihrer Bereitschaft, vermehrt interprofessionell zusammenzuarbeiten, äusserten sie sich dagegen eher zurückhaltend. Die befragten medizinischen Praxisfachpersonen zeigen eine hohe Bereitschaft, Verantwortung abzugeben. Sie sind jedoch eher weniger bereit, mehr Verantwortung zu übernehmen und interprofessionell zusammenzuarbeiten. Bei den befragten Mitarbeitenden der Pflege ist sowohl die Bereitschaft, mehr Verantwortung zu übernehmen, als auch die Bereitschaft, mehr Verantwortung

abzugeben, hoch. Ebenso zeigen sich diese Befragten in hohem Masse offen dafür, vermehrt interprofessionell zusammenzuarbeiten. Auch Physiotherapeutinnen und -therapeuten sind in hohem Masse bereit, mehr Verantwortung zu übernehmen und interprofessionell zusammenzuarbeiten. Auffällig ist jedoch, dass ihre Bereitschaft, Verantwortung an andere Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen abzugeben, eher gering ist.

Diese unterschiedlichen Einstellungen der Berufsgruppen zeigen, dass sowohl allgemeine als auch berufsspezifische Massnahmen notwendig sind, um die Verteilung von Verantwortung in der ambulanten Grundversorgung der Patientinnen und Patienten zu regeln und damit die interprofessionelle Zusammenarbeit zu fördern.

Studienfrage 3: Als wie innovationsfähig erachten sich Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen?

Die individuelle Innovationsfähigkeit der befragten Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen ist insgesamt als hoch zu beurteilen. Im Vergleich mit den anderen Berufsgruppen weisen die Mitarbeitenden der Pflege die höchste individuelle Innovationsfähigkeit auf. Die Mittelwerte zwischen den Berufsgruppen unterscheiden sich auf einer breiten Skala jedoch nur wenig, daher ist von einer geringen Relevanz für die Versorgungspraxis auszugehen. Es fällt auf, dass die Mittelwerte der Innovationsfähigkeit von Ärztinnen und Ärzten mit zunehmendem Alter abnehmen, während sie bei den anderen Berufsgruppen gleichbleiben oder eher zunehmen. Hierfür sind verschiedene Gründe denkbar: Es könnte sein, dass der Innovationsdruck auf Ärztinnen und Ärzte generell weniger hoch ist als auf Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen der anderen Berufsgruppen.

Studienfrage 4: Welche Präferenzen haben die Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen hinsichtlich der Ausgestaltung der Verantwortlichkeiten, der Art der Entscheidungsfindung und der Organisationsform in der ambulanten Grundversorgung?

Für das untersuchte Fallbeispiel einer Patientin mit sowohl chronischen als auch akuten Beschwerden favorisieren die Befragten aller Berufsgruppen in der Regel ein Versorgungsmodell, in dem eine Fachperson der jeweils eigenen Berufsgruppe die Verantwortung für den Erstkontakt und für den Behandlungsplan übernimmt. Den Apothekerinnen und Apothekern werden die Aufgaben des Erstkontakts und der Entwicklung und Umsetzung eines Behandlungsplans weniger zugetraut als allen anderen Berufsgruppen. Die Apothekerinnen und Apotheker selbst sind der Ansicht, dass sie die Verantwortung für den Erstkontakt und den Behandlungsplan bei bestimmten Patientengruppen übernehmen können. Die Ergebnisse zeigen deutlich, dass sich insbesondere Apothekerinnen und Apotheker, Mitarbeitende der Pflege und Physiotherapeutinnen und -therapeuten ein Versorgungsmodell wünschen, das vom Status Quo abweicht: Im Vergleich zur heutigen eher Hausarzt-zentrierten Grundversorgung präferieren sie zukünftige Versorgungsmodelle, in denen ihre Berufsgruppen mehr Verantwortung und Aufgaben übernehmen können.

Die Befragten aller Berufsgruppen bevorzugen für die Zukunft ein Versorgungsmodell, in dem Entscheide gemeinsam von allen beteiligten Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen gefällt werden. Die heutige Struktur und Organisation der ambulanten Grundversorgung bietet jedoch wenig Gelegenheiten für gemeinsames Entscheiden aller beteiligten Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen.

In der Online-Befragung standen drei Organisationsformen zur Auswahl: 1. Einzelpraxis, 2. Gesundheitszentrum, 3. Gesundheitsnetzwerk. Den Befragten aller Berufsgruppen erscheint die Einzelpraxis für die Zukunft als das am wenigsten interessante Modell. Die befragten Apothekerinnen und Apotheker präferieren als einzige Berufsgruppe ein Gesundheitszentrum. Im Gegensatz dazu präferieren die Befragten aller anderen Berufsgruppen das Gesundheitsnetzwerk. Möglicherweise hängt dies damit zusammen, dass ihnen die Arbeit in einem Netzwerk mehr Freiraum bietet in der Gestaltung ihrer Arbeit als ein Gesundheitszentrum.

Erkenntnisse für Politik, Bildung und Praxis

Die Ergebnisse der Befragung liefern sieben Erkenntnisse, die für die Ausgestaltung der künftigen ambulanten Grundversorgung und der Berufsbildung im Gesundheitswesen genutzt werden können:

1. Für nicht-ärztliches Gesundheitspersonal ist die Übernahme der Verantwortung für den Erstkontakt eine vielversprechende Möglichkeit, die Attraktivität ihrer Arbeit in der ambulanten Grundversorgung zu stärken.
2. Auch nicht-ärztliches Gesundheitspersonal ist bereit, die Verantwortung für Behandlungspläne zu übernehmen.
3. Die Möglichkeit zur interprofessionellen Zusammenarbeit wird als Chance gesehen, um die Attraktivität der Arbeit in der ambulanten Grundversorgung zu erhöhen.
4. Gesundheitsnetzwerke und Gesundheitszentren als Organisationsformen der ambulanten Grundversorgung werden von Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen als besonders attraktiv beurteilt.
5. Die Bereitschaft von Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen, sich vermehrt zugunsten von Gesundheitsförderung und Prävention zu engagieren, ist hoch.
6. Die Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen verfügen über eine ausgeprägte Innovationsfähigkeit.
7. Apothekerinnen und Apotheker sehen für sich eine aktivere Rolle in der künftigen ambulanten Grundversorgung als ihnen die Befragten der anderen Berufsgruppen zutrauen.

Résumé

1 Einführung

1.1 Herausforderungen

Die Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen sehen sich in der ambulanten Grundversorgung mit vielseitigen Herausforderungen konfrontiert: Der Fachkräftemangel, der zunehmende Pflege- und Therapieaufwand der älter werdenden Bevölkerung bei gleichzeitigem Kostendruck und die zunehmende Technisierung verlangen den Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen viel ab.

Seit einigen Jahren herrscht im Gesundheitswesen ein Mangel an Fachkräften. Mit dem verfügbaren Nachwuchs bleibt aktuellen Prognosen zufolge rund ein Drittel des Bedarfs nach Pflege- und Betreuungspersonal bis 2029 ungedeckt (Merçay et al., 2021). Die Personalsituation in den Betrieben ist angespannt, weil offene Stellen lange unbesetzt bleiben und viel Rekrutierungsaufwand für die Besetzung nötig ist (Merçay et al., 2021). Der Bedarf nach Fachärztinnen und Fachärzten kann vielerorts nur durch die Zulassung von ausgebildetem Personal aus dem Ausland gedeckt werden (Burla et al., 2022).

Weiter gilt es, das zunehmende Durchschnittsalter der Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen als Aspekt des Fachkräftemangels zu nennen. Rund 34% der Hausärztinnen und -ärzte sind 60-jährig oder älter (Hostettler & Kraft, 2020) und auch bei anderen Medizinal- und Gesundheitsberufen zeichnet sich teilweise eine Überalterung ab (Hahn et al., 2013). Im Jahr 2030 werden 39% der Mitarbeitenden im Gesundheitsbereich das Pensionsalter erreicht haben. Dies betrifft insbesondere das Personal in der Langzeitpflege, aber auch das Personal in der ambulanten Pflege, wie beispielsweise der Spitex (Jaccard Ruedin & Weaver, 2009).

Zudem zeigen sich bei den Medizinal- und Gesundheitsberufen hohe Raten von Berufsaustritten. In der Pflege und der medizinischen Praxisassistenten haben beispielsweise über 40% der Personen, die den Beruf erlernt haben, diesen wieder verlassen (Lobsiger & Liechti, 2021). Bei den Ärztinnen und Ärzten geben rund 10% der pro Jahr Ausgebildeten im Laufe ihres Berufslebens ihre kurative Arbeit mit Patientinnen und Patienten auf (Bolliger et al., 2016). Es fällt besonders auf, dass junge Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen aus ihrem erlernten Beruf ausscheiden. So steigt rund ein Viertel der werdenden Ärztinnen und Ärzte bereits vor Beendigung ihrer Weiterbildungsphase aus ihrem medizinischen Beruf aus (Kraft et al., 2016).

Eine wesentliche Ursache für die hohe Rate von Berufsaustritten ist die zunehmende Arbeitsbelastung. Die Corona-Pandemie machte diese auch für die Öffentlichkeit deutlich sichtbar. Die hohe Arbeitsbelastung wird durch einen steigenden Administrationsaufwand und durch hohe Arbeitsanforderungen geprägt

(Kronenberg & Streit, 2019; Siroka, 2022) und zeigt im praxisambulantem Bereich deutliche Auswirkungen auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten (Clausen & Kraft, 2021). So nehmen bis zu 60% der Hausarztpraxen im Kanton Bern wegen ausgeschöpfter personeller Kapazitäten keine neuen Patientinnen und Patienten mehr auf (Stierli et al., 2021). Fehlende hausärztliche Anlaufstellen führen dazu, dass Notfall-Zentren vermehrt auch von Patientinnen und Patienten aufgesucht werden, die keine notfallmässige Versorgung benötigen (Bodenmann et al., 2021; Diserens et al., 2015). Unter diesen Bedingungen erhält die Herausforderung der Personalerhaltung in den Medizinal- und Pflegeberufen ein besonderes Gewicht.

Insgesamt zeichnet sich ab, dass eine Erhöhung der Zahl der Abschlüsse in Medizinal- und Pflegeberufen allein nicht ausreichen wird, um dem zunehmenden Bedarf in der Gesundheitsversorgung zu begegnen. Dies machen die Prognosen des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan) deutlich. Sie zeigen auf, dass die Ausbildungsabschlüsse auf allen Qualifikationsstufen der Pflege und auch bei den medizinisch-technischen und medizinisch-therapeutischen Berufen zwar gesteigert werden konnten, dass aber weiterhin eine deutliche Lücke zwischen dem Angebot und dem Bedarf bis zum Jahr 2029 zu erwarten ist (Merçay et al., 2021). Zur Deckung des Bedarfs sind insbesondere im Ausland ausgebildete Fachärztinnen und Fachärzte aus der Hausarztmedizin, Pädiatrie und Psychotherapie unabdingbar (Burla et al., 2022).

Als weitere Herausforderung für die Medizinal- und die Pflegeberufe ist der zunehmende Pflege- und Therapieaufwand zu nennen. Dieser steht in engem Zusammenhang mit der soziodemografischen Entwicklung und der damit verbundenen Zunahme chronischer Erkrankungen. Beispielsweise wird im Jahr 2050 mehr als ein Viertel der Bevölkerung über 65 Jahre alt sein und die Zahl derjenigen, die 80 Jahre alt oder älter sind, wird sich mehr als verdoppeln (BFS, 2020). Mit dem zunehmenden Durchschnittsalter der Bevölkerung wird auch die Zahl der chronischen und nicht-übertragbaren Krankheiten sowie der Mehrfacherkrankungen weiter zunehmen. Dies wird den Pflege- und Therapieaufwand erhöhen (Hahn et al., 2013).

Zum wachsenden Pflege- und Therapieaufwand kommt der zunehmende Kostendruck im Gesundheitswesen. Allein zwischen 2019 und 2020 stieg der für Gesundheitskosten investierte Anteil des Bruttoinlandsprodukts von 11,3% auf 11,8% (BFS, 2022b). Der Anteil der Gesundheitskosten am Bruttoinlandsprodukt ist in der Schweiz sowohl im Vergleich zu anderen europäischen Staaten als auch weltweit hoch (OECD/EU, 2018). Es ist daher

naheliegender, dass die Gesundheitskosten für einen zunehmenden Teil der Bevölkerung eine Belastung darstellen, denn die Anteile der Gesundheitskosten am Einkommen steigen mit dem Alter und sind für niedrigere Einkommensklassen höher (Graff, 2022). Um dem Kostenanstieg entgegenzuwirken, sind die Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen zunehmend gefordert, effizienter zu arbeiten, ihre Behandlungs- und Pflegeprozesse zur Qualitätsverbesserung umfassend zu dokumentieren und gleichzeitig sehr flexibel und anpassungsfähig zu bleiben (Wittwer et al., 2016). Nebst den bereits erwähnten Entwicklungen erschwert der Kostendruck die Arbeitsbedingungen der Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen zusätzlich (Trageser & Gschwend, 2019).

Hinzu kommen Herausforderungen im Zusammenhang mit technischen Entwicklungen. Die Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen müssen sich beispielsweise mit der zunehmenden Technisierung von Untersuchungs- und Behandlungsverfahren auseinandersetzen. Der Einbezug von immer neuen Gesundheitsapps und digitalen Informations- und Kommunikationstechnologien gilt heutzutage als selbstverständlich. Technische Entwicklungen sollen aber auch genutzt werden, um die Koordination aller Gesundheitsakteure zu stärken, Doppelspurigkeiten zu vermeiden, die Patientensicherheit zu erhöhen und Kosten zu reduzieren (SBFI, 2017). Für die Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen bedeuten diese Entwicklungen auf der einen Seite zusätzliche Belastungen, weil diese Entwicklungen oft mit umfassenden Veränderungen ihrer Arbeit verbunden sind, viel Flexibilität erfordern und regelmässige Weiterbildungen verlangen. Auf der anderen Seite bieten sie aber auch Chancen für die berufliche Weiterentwicklung und das Jobenrichment, zum Beispiel in Form der Übernahme von neuen verantwortungsvollen Aufgaben.

Die skizzierten Herausforderungen verändern nicht nur die Berufsbilder der Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen. Sie bieten auch Chancen: Neue zukunftsfähige Versorgungsmodelle könnten dem zunehmenden und sich laufend verändernden Bedarf an Versorgungsleistungen entsprechen. Dabei ist es wichtig, die Bedürfnisse der Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen zu kennen und diesen gerecht zu werden, damit die Arbeit in der ambulanten Grundversorgung auch längerfristig attraktiv bleibt (GDK & BAG, 2012; Giger & De Geest, 2008).

1.2 Lösungsansätze

Neue Ideen für Versorgungsmodelle werden in der zukünftigen ambulanten Grundversorgung eine wichtige Rolle spielen (SAMW, 2019). Daher beschäftigen sich Bund, Kantone, Forschende sowie verschiedene Organisationen der Leistungserbringer seit vielen Jahren mit neuen Formen der Leistungserbringung. Das Potenzial neuer Leitideen für die Gesundheitsversorgung war bereits 2012 Gegenstand von Diskussionen einer Arbeitsgruppe der Schweizerischen Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) und des Bundesamts für Gesundheit (BAG). Die Gruppe identifizierte Leitideen als allgemeine Grundlage neuer Versorgungsmodelle (GDK & BAG, 2012). Medizinisch und pflegerisch notwendige sowie sich am Bedarf der Patientinnen und Patienten orientierende Leistungen

sollen im geeigneten Setting und von geeigneten Leistungserbringern erbracht werden. Neue Versorgungsmodelle sollen neben Verbesserungen in der Zusammenarbeit auch die Arbeits- und Kompetenzverteilung, den sogenannten Skill-Mix, zwischen den Berufsgruppen optimieren (GDK & BAG, 2012). Dies verlangt nach erweiterten Kompetenzen und der Bereitschaft der Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen, neue Modelle zu implementieren. Doch auch die Präferenzen der Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen sind für die zukünftige Ausgestaltung der ambulanten Grundversorgung entscheidend. Ihre Arbeit soll attraktiver gestaltet und an ihren Bedürfnissen ausgerichtet werden (GDK & BAG, 2012; Giger & De Geest, 2008).

1.2.1 Kompetenzen der Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen

Um die beschriebenen Herausforderungen zu meistern, sollen bisher vorwiegend von Ärztinnen und Ärzten erledigte Aufgaben vermehrt an andere Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen delegiert werden (Giger & De Geest, 2008). Auch Teambildung und Beschäftigung von Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen mit unterschiedlichen Kompetenzen sollen ins Zentrum des Interesses rücken (Giger & De Geest, 2008). Als notwendige Kompetenzen werden dazu in der Literatur die Bereitschaft und Fähigkeit beschrieben, die Patientinnen und Patienten in der Gesundheitsförderung zu unterstützen. Als ebenso relevant gilt die Bereitschaft und Fähigkeit zu interprofessioneller Zusammenarbeit, zur Verteilung von Verantwortung für Entscheidungs- und Behandlungsprozesse und die Fähigkeit, sich auf Neuerungen einzulassen. Dadurch sollen sowohl die Qualität und Effizienz der Leistungserbringung als auch die Attraktivität der Arbeit im Gesundheitswesen gesteigert werden (Giger & De Geest, 2008).

Von verstärkten Anstrengungen in der Gesundheitsförderung versprechen sich Bund, Kantone und Leistungserbringer Effizienzsteigerungen, Kostensenkungen und Qualitätsverbesserungen. Auf die Behandlung von chronischen und nichtübertragbaren Krankheiten sind in der Schweiz fast 75% der Gesundheitsausgaben zurückzuführen (Wieser et al., 2018). Durch die Förderung eines gesunden Lebensstils und durch die Stärkung von Gesundheitskompetenz sollen diese Erkrankungen eingedämmt werden (BAG, 2022b; Saam, 2021). In seiner «Strategie Gesundheit 2030» hat der Bundesrat das Ziel hervorgehoben, die Gesundheitsförderung, insbesondere die Prävention von nichtübertragbaren Krankheiten, zu stärken (Bundesrat, 2019) (BAG, 2019).

Besonders bei jenen Patientengruppen, die viele verschiedene und kostspielige Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen, sollte eine effiziente und gut abgestimmte Zusammenarbeit verschiedener Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen erfolgen (BAG, 2016; Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2015). In diesem Zusammenhang werden die Bereitschaft und die Kompetenz, interprofessionell zusammenzuarbeiten, zu immer wichtigeren Qualifikationen. Die interprofessionelle Zusammenarbeit von verschiedenen Leistungserbringern im Gesundheitswesen soll zu einer besseren ambulanten Grundversorgung der Patientinnen

und Patienten, zu Effizienzsteigerungen, zu einem besseren Austausch zwischen den Beteiligten und damit auch zu attraktiveren Arbeitsbedingungen beitragen (GDK & BAG, 2012).

In diesem Zusammenhang wird auch die Verteilung von Verantwortung unter den Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen diskutiert. Aus rechtlicher Sicht geht es insbesondere darum, zu klären, ob und in welchem Umfang insbesondere Ärztinnen und Ärzte haftbar sind für Handlungen, die Dritte als Hilfsperson, als Stellvertreter oder als unabhängige Beauftragte für sie übernommen haben (Burgat & Guillod, 2015). Aus der Sicht der Versorgung und der Attraktivierung von Berufsbildern steht dagegen mehr die Frage im Zentrum, welche Kategorien von Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen welche Gesundheitsleistungen in eigener Verantwortung ausführen und abrechnen dürfen (Baker et al., 2011; Holm, 2011).

Die individuelle Innovationsfähigkeit der Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen ist eine Voraussetzung, um den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten, der Gesundheitseinrichtungen und der Krankenversicherungen nach qualitativ hochwertigen, aber kosteneffizienten Dienstleistungen gerecht zu werden. Besonders der technologische Fortschritt, moderne Therapiekonzepte wie die personalisierte Medizin, aber auch organisatorische Veränderungen, wie Aufgabenverlagerungen zwischen den Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen, verstärken den Bedarf nach innovations- und anpassungsfähigem Personal. Auf Bundesebene wird die individuelle Innovationsfähigkeit von Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen zwar wenig thematisiert. In der «Strategie Gesundheit 2030» des Bundesrats wird jedoch der Bedarf nach innovationsfähigen Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen deutlich (Bundesrat, 2019). Die darin definierten Stossrichtungen, beispielsweise der Umgang mit neuen Technologien, die Förderung der Digitalisierung, aber auch die Verstärkung der koordinierten Versorgung, verlangen nach Innovationsfähigkeit der Beteiligten.

1.2.2 Versorgungsmodelle und Präferenzen

Das Prinzip neuer Versorgungsmodelle ist es, neben qualitativ hochwertiger und patientenzentrierter Gesundheitsversorgung auch die Arbeit der Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen attraktiver zu gestalten (GDK & BAG, 2012; Giger & De Geest, 2008). Dieses Prinzip beinhaltet, dass sich die Eigenschaften neuer Versorgungsmodelle sowie der darin vorherrschenden Arbeitsbedingungen an den Bedürfnissen der Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen orientieren sollten.

Möglichkeiten, die Versorgung neu zu regeln, sind die Verteilung der Kompetenzen und Verantwortlichkeiten beim Erstkontakt mit Patientinnen und Patienten und bei der Entwicklung und Umsetzung von Behandlungsplänen. Dazu gehören auch die Art und Weise, wie die klinische Entscheidungsfindung in der ambulanten Grundversorgung der Patientinnen und Patienten gestaltet wird sowie die Organisationsform, in der die ambulante Grundversorgung angeboten wird (fmc, 2014, 2020; SAMW, 2019).

Heute fehlen vertiefte Kenntnisse darüber, welche Präferenzen die Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen hinsichtlich der zukünftigen ambulanten Grundversorgung haben und welche Arbeitsbedingungen sie als attraktiv erachten (Balthasar et al., 2017). Ihre Bereitschaft, in der täglichen Praxis vermehrt gesundheitsfördernd, präventiv und interprofessionell zu arbeiten, wurde in der Schweiz ebenso wenig untersucht wie ihre Bereitschaft zur Verteilung von Verantwortung unter den Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen. Über das Ausmass der Innovationsfähigkeit von Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen ist bislang wenig bekannt. Um erfolgreiche Versorgungsmodelle zu entwickeln, die eine optimale Versorgung sichern und den Ansprüchen der Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen an eine attraktive Arbeitsgestaltung entsprechen, sind vertiefte Informationen zu deren Einstellungen und Präferenzen bezüglich der Ausgestaltung zukünftiger Versorgungsmodelle ambulanter Grundversorgung notwendig.

1.3 Studienfragen

Hier setzt die vorliegende Studie an: Basierend auf ihren Grundlagen können die Leitideen einer zukunftsorientierten Gesundheitsversorgung umgesetzt werden und optimale Lösungen für die Ausgestaltung neuer Versorgungsmodelle gefunden werden, sodass die Herausforderungen im Gesundheitswesen bestmöglich bewältigt werden können. Im Zentrum stehen folgende Studienfragen:

- Studienfrage 1: Inwiefern sind Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen bereit, sich in ihrer täglichen Praxis stärker auf Gesundheitsförderung und Prävention zu fokussieren?
- Studienfrage 2: Inwiefern sind Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen bereit, Verantwortung bei der Entscheidungsfindung in der ambulanten Grundversorgung ihrer Patientinnen und Patienten zu übernehmen oder abzugeben, und inwiefern sind sie bereit, interprofessionell zusammenzuarbeiten?
- Studienfrage 3: Als wie innovationsfähig erachten sich Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen?
- Studienfrage 4: Welche Präferenzen haben Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen hinsichtlich der Ausgestaltung der Verantwortlichkeiten bezüglich Erstkontakt, Entwicklung und Umsetzung von Behandlungsplänen sowie der Art der Entscheidungsfindung und der Organisationsform in der ambulanten Grundversorgung?

Bei der Beantwortung dieser Studienfragen werden Unterschiede zwischen den Berufsgruppen, beim Ausbildungshintergrund, bei der Berufserfahrung und bei demografischen Charakteristiken der Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen berücksichtigt.

Auf den Kontext und den theoretischen Hintergrund, der die Bearbeitung der vier Studienfragen angeleitet hat, wird in Abschnitt 2 eingegangen.

2 Wissenschaftliche Einbettung der Studie

Die Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen beschäftigen sich in der ambulanten Grundversorgung mit den häufigsten gesundheitlichen Beschwerden der Bevölkerung. Für die meisten Menschen sind sie die ersten Ansprechpersonen im Gesundheitssystem. Sie lösen durch ihre Arbeit fast 95% aller gesundheitlichen Probleme in der Schweiz (Tandjung et al., 2015). Die Alma-Ata-Deklaration der WHO weist der ambulanten Grundversorgung eine Schlüsselrolle in der Gesundheitsversorgung zu. Die dort beschäftigten Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen haben eine zentrale Bedeutung in der ambulanten Grundversorgung (Starfield et al., 2005; WHO, 1978, 2008). Es ist daher wichtig, dass allen Bevölkerungsgruppen – unabhängig von ihrem Wohnort und ohne grosse Hürden – eine ambulante Grundversorgung zugänglich ist. In Anlehnung an die Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung werden in dieser Studie unter ambulanter Grundversorgung medizinische Leistungen verstanden, die weder einer formalen Aufnahme in eine stationäre Institution noch einem Aufenthalt über Nacht bedürfen.² Ausgeklammert werden stationäre Behandlungen sowie Leistungen, die nur vereinzelt beansprucht oder nur in konzentrierter Form angeboten werden (BAG, 2011).

Im Zentrum der ambulanten Grundversorgung und dieser Studie stehen Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen aus fünf ausgewählten Berufsgruppen: 1. Apothekerinnen und Apotheker, 2. Ärztinnen und Ärzte, 3. medizinische Praxisfachpersonen, 4. Mitarbeitende der Pflege, 5. Physiotherapeutinnen und -therapeuten. Die Berufsgruppe der medizinischen Praxisfachpersonen setzt sich aus Medizinischen Praxisassistentinnen und -assistenten (MPA) sowie aus Medizinischen Praxiskoordinatorinnen und -koordinatoren (MPK) zusammen. Zu den Mitarbeitenden der Pflege zählen in dieser Studie diplomierte Pflegefachpersonen mit einem Ausbildungsabschluss auf Tertiärstufe sowie Fachfrauen/-männer Gesundheit EFZ mit einem Ausbildungsabschluss auf mittlerer beziehungsweise Sekundarstufe (Schäfer et al., 2013). Die genannten Berufsgruppen gehören zu den grössten Berufsgruppen in der ambulanten Grundversorgung und erbringen gemeinsam schon heute den Grossteil der ambulanten Gesundheitsdienstleistungen. Es ist zu erwarten, dass diese

Berufsgruppen auch zukünftig einen wichtigen Stellenwert der ambulanten Grundversorgung einnehmen werden (GDK & BAG, 2012).

2.1 Gesundheitsförderung und Prävention

Durch gesundheitsfördernde Massnahmen in der ambulanten Grundversorgung könnte bedeutenden Risikofaktoren wie Übergewicht und Adipositas, körperliche Inaktivität sowie Alkohol- und Tabakkonsum entgegengewirkt werden (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2015). Wie die Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017 zeigt, sind 42% der Bevölkerung übergewichtig oder adipös und 27% der Bevölkerung rauchen (BFS, 2019). In Bezug auf die körperliche Aktivität ergab die Umfrage, dass 8% der Bevölkerung weniger als 30 Minuten pro Woche Sport treiben und somit als inaktiv gelten. Die ungesunden Verhaltensweisen variieren je nach soziodemografischen Merkmalen wie Geschlecht, Alter und sozioökonomischem Status. Häufig finden sich mehrere Risikofaktoren bei ein und derselben Person (Boes et al., 2016).

Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen nehmen eine Schlüsselrolle bei der Umsetzung von Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention ein (Johansson et al., 2010). Da ihre Leistungen innerhalb der ambulanten Grundversorgung zugänglich sind und sie eine kontinuierliche Betreuung bieten, können sie massgeblich dazu beitragen, ungesunde Verhaltensweisen zu verringern (Starfield et al., 2005). Was genau unter gesundheitsfördernden und präventiven Massnahmen zu verstehen ist, wird in der Literatur breit diskutiert (Johansson et al., 2010). Der vorliegenden Studie wird bewusst eine allgemeine Definition von Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention zugrunde gelegt. Unter Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention werden Massnahmen subsummiert, die bestimmte Gesundheits- und Schutzfaktoren mobilisieren und damit sowohl zu einer gesteigerten Widerstandsfähigkeit gegenüber Krankheiten als auch zu einer rascheren Erholung von Krankheiten führen (Johansson et al., 2010).

² Die Verordnung vom 3. Juli 2002 über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL; SR 832.104) nimmt in Art. 5 eine Negativdefinition ambulanter Behandlungen vor: «Als

ambulante Behandlung (...) gelten alle Behandlungen, die nicht stationäre Behandlungen sind. Wiederholte Aufenthalte in Tages- oder Nachtkliniken gelten ebenfalls als ambulante Behandlung.»

2.2 Interprofessionelle Zusammenarbeit und Verteilung von Verantwortung

Auch das Potenzial von interprofessioneller Zusammenarbeit wurde in den letzten Jahren in der Schweiz viel diskutiert und beforscht, so auch im Rahmen des Förderprogramms «Interprofessionalität im Gesundheitswesen 2017–2021» (BAG, 2017a). Verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen verbinden damit jedoch unterschiedliche Bedeutungen und Erwartungen. Breit abgestützt ist die Vorstellung von interprofessioneller Zusammenarbeit als Situation, in der mehrere Personen mit unterschiedlichem beruflichem Hintergrund zusammenarbeiten, um den Bedürfnissen von Patientinnen und Patienten mit komplexem Krankheitsbild zu begegnen, und um die bestmögliche Versorgungsqualität zu erreichen (BAG, 2013; Baker et al., 2011; Reeves et al., 2011). Die Bereitschaft der Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen, Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten zu verteilen, wird als Voraussetzung für interprofessionelle Zusammenarbeit genannt (Whitehead, 2007).

Es ist jedoch nicht klar, wie die Verantwortung geteilt werden soll und wie dabei mit den historisch verankerten hierarchischen Strukturen im Gesundheitswesen, in dem Ärztinnen und Ärzte teilweise die alleinigen Entscheidungsträger sind, umgegangen werden soll (D'Amour et al., 2008; King & Ross, 2004; Whitehead, 2007). Es gibt keine Erkenntnisse darüber, welche Faktoren die Bereitschaft der Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen, mehr oder weniger Verantwortung bei der Entscheidungsfindung zu übernehmen, beeinflussen. Die vorhandene Literatur befasst sich hingegen mit den Hindernissen und Erleichterungen für die gemeinsame Entscheidungsfindung von Patientinnen/Patienten und Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen, insbesondere von Patientinnen/Patienten und Ärztinnen/Ärzten (Légaré et al., 2008; Légaré & Witteman, 2013). Andere Literatur erörtert, wie junge Gesundheitsfachkräfte ihre Rollen und Verantwortlichkeiten im Gesundheitssystem übernehmen (Duchscher, 2009) oder in welchen Bereichen sie mit zunehmender Berufserfahrung ihren Handlungsspielraum erweitern (Woollard, 2006). Nur Holm (2011) reflektiert über die traditionelle Verteilung der Entscheidungsverantwortung und weist darauf hin, dass die situativ am besten geeignete Person die letzte Verantwortung bei der Behandlungswahl haben sollte. Dies könnten gemäss Holm Patientinnen und Patienten selbst, Ärztinnen und Ärzte und auch andere Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen sein.

Für die vorliegende Studie ist die Verteilung der fachlichen Verantwortung in der klinischen Entscheidungsfindung zur ambulanten Grundversorgung der Patientinnen und Patienten von besonderem Interesse. Zu dieser fachlichen Verantwortung zählt beispielsweise die Entscheidung, welche Untersuchungs- und Behandlungsmassnahmen nötig sind, welche Pflegeleistungen wichtig sind, und ob weitere Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen in die ambulante Grundversorgung miteinbezogen werden sollten.

2.3 Individuelle Innovationsfähigkeit

Rogers und Shoemaker (1971) definieren Innovationsfähigkeit als «das Ausmass, in dem ein Individuum eine Innovation relativ früher annimmt als andere Mitglieder seines Systems (zitiert in Ali, 2019 S. 39). Individuelle Innovationsfähigkeit spiegelt wider, wie ein Individuum neue Ideen, Prozesse, Produkte oder Dienstleistungen wahrnimmt und auf sie reagiert (Balas & Chapman, 2018; Joseph, 2015; Yi et al., 2006). Die individuelle Innovationsfähigkeit gilt als wichtiges Merkmal für persönliche Veränderungsbereitschaft und Anpassungsfähigkeit (Reyhan et al., 2018). Sie ist von der Innovationsfähigkeit professioneller Dienstleistungsorganisationen zu unterscheiden (Greenhalgh et al., 2004; Schultz et al., 2019).

Individuelle Innovationsfähigkeit wird auch von Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen erwartet und geht über den gewöhnlichen Anspruch an deren tägliche praktische Arbeit hinaus (Katz, 1964; Katz & Kahn, 1978). Klinische Leitlinien haben im Gesundheitswesen eine lange Tradition und verlangen vor allem routinierte Arbeitsabläufe und Handlungsschemata. Neue Verhaltensweisen zu übernehmen, steht gewissermassen im Gegensatz dazu (Kessel et al., 2012). Dies könnte erklären, warum bisher nur wenige Studien die individuelle Innovationsfähigkeit im Gesundheitswesen untersucht haben (Greenhalgh et al., 2004).

Die verfügbaren Studien haben sich vor allem mit der Umsetzung evidenzbasierter Praktiken, insbesondere der Kenntnis und der Anwendung evidenzbasierter Interventionen durch das Pflegepersonal, befasst (Berggren, 1996; Estabrooks, 1999; Pearcy & Draper, 1996). Ihre Ergebnisse zeigen, dass psychologische Voraussetzungen das Anpassungsverhalten beeinflussen. Personen, die Innovationen einführen oder frühzeitig übernehmen, scheinen ausserdem bestimmte Merkmale aufzuweisen; sie sind tendenziell wohlhabender, besser ausgebildet, weltoffener und verfügen über ein grösseres soziales Netzwerk (Greenhalgh et al., 2004; Rogers, 1995).

Es gibt wenige Studien, die sich mit der individuellen Innovationsfähigkeit von Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen und dem Vergleich zwischen verschiedenen Berufsgruppen befassen. Diese Untersuchungen stützen sich auf Daten von wenigen Einrichtungen und konzentrieren sich vorwiegend auf den Pflegeberuf (Reyhan et al. (2018), Sarikose & Turkmen (2020), Yigit & Aksay (2015)).

2.4 Neue Versorgungsmodelle und Präferenzen der Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen

Die interdisziplinären medizinischen Versorgungszentren (Maisons de santé pluridisciplinaire) in Frankreich, die multiprofessionellen Gesundheitszentren in Finnland sowie die Primärversorgungspraxen in Deutschland werden häufig als Beispiele für neue Versorgungsmodelle beschrieben (fmc, 2014, 2020; GDK & BAG, 2012). Seit einigen Jahren gibt es auch in der Schweiz erste Beispiele solcher Ansätze, beispielsweise Gesundheitszentren oder

Ärztetzwerke (Djalali & Rosemann, 2015; fmc, 2020; SAMW, 2019).

Die konkrete Ausgestaltung neuer Versorgungsmodelle ist Gegenstand breiter wissenschaftlicher und politischer Debatten (SAMW, 2019). Ein Aspekt, der immer wieder diskutiert wird, ist die Organisation des Erstkontakts. Modelle, die es Patientinnen und Patienten ermöglichen, sich für die Beurteilung und Behandlung von Beschwerden ohne ärztliche Überweisung direkt an nicht-ärztliches Gesundheitspersonal zu wenden, sind im schweizerischen Hausarzt-zentrierten Gesundheitssystem bislang nur eingeschränkt vorhanden (Goodwin et al., 2021). Eine Neuregelung der Verantwortung für den Erstkontakt könnte zu Verbesserungen in der ambulanten Grundversorgung und zu einer Attraktivitätssteigerung von bestimmten Berufen führen. Beispielsweise gibt es Hinweise darauf, dass Physiotherapeutinnen und -therapeuten in Versorgungsmodellen, in denen sie für den Erstkontakt verantwortlich zeichnen, bei Patientinnen und Patienten mit muskuloskelettalen Beschwerden ähnlich gute Resultate erzielen wie Ärztinnen und Ärzte (Goodwin & Hendrick, 2016; Leemrijse et al., 2008; Moore et al., 2005) und kostensparender behandeln (Ojha et al., 2014). Die Option, mehr Verantwortung zu übernehmen, bietet den Physiotherapeutinnen und -therapeuten aber auch neue Karrieremöglichkeiten und steigert die Anerkennung langjähriger Berufserfahrung (Goodwin & Hendrick, 2016). Den Patientinnen und Patienten erleichtert der Erstkontakt mit Physiotherapeutinnen und -therapeuten ausserdem den rechtzeitigen Zugang zu spezialisierter Versorgung (Goodwin & Hendrick, 2016).

Zu ähnlichen Resultaten kommen Untersuchungen zu Versorgungsmodellen, in denen Pflegefachpersonen den Erstkontakt, die weiterführende Behandlung und Nachsorge von Patientinnen und Patienten mit körperlichen Beschwerden übernehmen. Demnach gibt es Hinweise dazu, dass Pflegefachpersonen eine gleichwertige oder sogar bessere ambulante Grundversorgung als Ärztinnen und Ärzte bieten könnten und Patientinnen und Patienten zudem häufiger beraten (Laurant et al., 2018).

Wenn es um Fragen zur Medikation geht, könnte ein Versorgungsmodell, bei dem Apothekerinnen und Apotheker verantwortlich für den Erstkontakt und für die Entwicklung und Umsetzung von Behandlungsplänen sind, Vorteile bieten. Insbesondere bei der Medikation bei Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen sehen Hausärztinnen und -ärzte vielversprechende Vorteile in der intensiveren Kooperation mit Apothekerinnen und Apothekern. Sie versprechen sich mehr Sicherheit bei der Verschreibung und Begleitung von komplexen Medikationen (Funk et al., 2019, 2021). Zusätzlich erwarten sie, mehr Zeit für Notfälle und für die Akutprechstunde zu haben, wenn Apothekerinnen und Apotheker sie im Medikationsmanagement entlasten (Funk et al., 2021). Diese Erwartungen beschreiben Hausärztinnen und -ärzte in Studien aus den USA. Für den Schweizer Kontext liefern sie wertvolle Anregungen, wie neue Versorgungsmodelle gestaltet werden könnten.

Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen, die für die individuelle Betreuung bei spezifischen Gesundheitsproblemen geschult sind, können gezielt durch einen Behandlungsplan führen. Ein in den letzten Jahren erprobtes Modell zur Betreuung von

Behandlungsplänen ist das Chronic Care Management. Seit 2015 werden MPK (klinische Richtung) in Chronic Care Management ausgebildet und werden befähigt, die interprofessionelle Langzeitbetreuung von chronisch kranken Menschen zu übernehmen (Sahli & Jungi, 2017). Eine Studie aus dem Jahr 2022 zur Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Diabetes Mellitus Typ II zeigte, dass Chronic Care Management durch MPK dieselbe Versorgungsqualität erzielte wie diejenige von Ärztinnen und Ärzten (Ansorg et al., 2022). Diese Beispiele unterstreichen das Potenzial von Versorgungsmodellen, in denen Apothekerinnen und Apothekern, MPK oder anderen Berufsgruppen die Verantwortung übertragen wird, gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten Behandlungspläne zu entwickeln.

In der Literatur wird auch das gemeinsame Entscheiden aller beteiligten Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen als Bestandteil neuer Versorgungsmodelle gesehen (BAG, 2021a; SAMW, 2020). Zwar führen kleinere Teams zu schnelleren Entscheidungen (Gurtner & Wettstein, 2019), bei komplexen Situationen können verschiedene Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen gemeinsam jedoch eine qualifiziertere Entscheidung für eine individuelle Behandlung treffen (SAMW, 2020). Auch kann davon ausgegangen werden, dass sich eine auf diese Weise entstandene Entscheidungsgrundlage positiv auf die Arbeit und Motivation aller Beteiligten auswirkt (BAG, 2013, 2017a). Die Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen wünschen sich daher immer häufiger, dass Entscheidungen gemeinsam gefällt werden (BAG, 2021a). Interprofessionelle Teams sollen sich auf Augenhöhe begegnen und Entscheidungen gemeinsam finden (Gurtner & Wettstein, 2019).

Auch die Organisationsform neuer Versorgungsmodelle wird regelmässig diskutiert. Gruppenpraxen sind bei in der ambulanten Grundversorgung tätigen Ärztinnen und Ärzten sehr beliebt. Während in ländlichen Regionen Ärztenetze verbreitet sind, präferieren Ärztinnen und Ärzte in städtischen Gebieten Gruppenpraxen (Gilgen & Felber, 2011). Die Organisationsform der Einzelpraxis wird daher als Auslaufmodell beschrieben (Zeller & Giezendanner, 2020). Der Wandel von der Einzel- zur Gruppenpraxis wird auch durch die Präferenzen der Medizinstudierenden geprägt; man geht davon aus, dass diese künftig in einem Ärzteteam arbeiten wollen (Halter et al., 2005).

Während Gruppenpraxen mehrere Hausärztinnen und -ärzte unter einem Dach mit geteilten Infrastrukturen vereinigen, sind Gesundheitszentren interprofessionelle Gruppenpraxen, die mehrere Fachrichtungen kombinieren können. Dies entspricht der Ausrichtung auf eine ganzheitliche Versorgungskette und ermöglicht, die Koordination der Leistungen zu fördern (BAG, 2017b). Die Koordination von Leistungen in Gesundheitszentren erleichtert zudem die Umsetzung neuer Vergütungsmodelle (z.B. Bundled Payment, Population-based Payment) (fmc, 2017). Solche Projekte sind noch selten und haben in der Schweiz noch kein definiertes Anforderungsprofil (BAG, 2017b). Ihnen wird aber das Potenzial zugesprochen, nicht nur die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Gesundheitsfachpersonen in der ambulanten Grundversorgung zu erleichtern und zu fördern, sondern auch die Kosten zu senken.

Gesundheitsnetzwerke und Gesundheitsregionen hingegen verfolgen einen regionalen, interprofessionellen und bevölkerungszentrierten Ansatz und streben eine Vernetzung von unterschiedlichen Grundversorgungsangeboten an. Gesundheitsnetzwerke werden in unterschiedlichen Formationen als Trendszenarien für die Zukunft skizziert (fmc, 2020). Studien bestätigen, dass auch diese Formen neuer Versorgungsmodelle zur Optimierung der Versorgungsqualität und möglicherweise auch zur Limitierung des Kostenwachstums in der ambulanten Grundversorgung beitragen können (Brown et al., 2016; Trageser et al., 2017).

3 Methodik der Befragung

Zur Beantwortung der untersuchungsleitenden Studienfragen wurde eine quantitative Online-Befragung von Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen aus fünf ausgewählten Berufsgruppen durchgeführt. Der dafür verwendete Fragebogen war vollständig strukturiert. Das Besondere an der Befragung war die Kombination eines experimentellen und eines nicht-experimentellen Untersuchungsdesigns. In den Abschnitten 3.3 und 3.4 wird näher auf den Fragebogen eingegangen.

Als Grundlage für die Ausrichtung der Befragung dienten im Vorfeld durchgeführte Literaturrecherchen und qualitative explorative Interviews mit Expertinnen und Experten aus der Versorgungspraxis und der Ausbildung von Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen. Recherchiert wurde insbesondere, welche Berufsgruppen den Grossteil der ambulanten Grundversorgung leisten, mit welchen Herausforderungen sich diese Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen in der Schweiz bei ihrer heutigen und zukünftigen Arbeit konfrontiert sehen und welche Lösungsmöglichkeiten sie für diese Herausforderungen in Betracht ziehen.

Die Befragung richtete sich an Apothekerinnen und Apotheker, Ärztinnen und Ärzte, medizinische Praxisfachpersonen, Mitarbeitende der Pflege, Physiotherapeutinnen und -therapeuten. Eine Beschränkung auf einzelne Berufsgruppen war aus untersuchungstechnischen und aus Ressourcengründen notwendig. Die ausgewählten Berufsgruppen sind die aus quantitativer Sicht wichtigsten. Abschnitt 3.1 geht näher auf die Beschreibung der Grundgesamtheit ein. Es wurde angestrebt, dass alle Befragten trotz berufsspezifisch unterschiedlichem Berufsalltag nahezu dieselben Fragen erhielten und diese auf Basis ihrer Arbeitserfahrungen aus der täglichen Praxis beantworten konnten. Die Begleitgruppe unterstützte das Projektteam bei diesem Arbeitsschritt.

Die Befragung wurde auf Deutsch und auf Französisch durchgeführt und mit der Befragungssoftware Qualtrics Core XM programmiert. Vor dem Start der Befragung fanden verschiedene Pre-Tests der deutschen und der französischen Version statt. So wurde die gesamte Befragung von Vertreterinnen und Vertretern der fünf adressierten Berufsgruppen sowie von Befragungsexpertinnen und -experten vorgängig online geprüft. Zusätzlich wurde die Befragung mittels der Methode des Think-aloud-Protokolls getestet (Ryan et al., 2009). Dabei wurden acht Vertreterinnen und Vertreter der fünf Berufsgruppen gebeten, laufend zu kommentieren, was sie sich bei der Beantwortung der Fragen überlegten und ob es allfällige Unklarheiten im Verständnis gab. Zusätzlich wurde der in die Befragung integrierte experimentelle Teil im Rahmen eines quantitativen Pre-Tests geprüft. Darauf wird in Abschnitt 3.4

näher eingegangen. Sämtliche Rückmeldungen aus diesen Pre-Tests erlaubten es, die Verständlichkeit aller Fragen zu schärfen.

3.1 Grundgesamtheit

Im Fokus der vorliegenden Studie stehen Apothekerinnen und Apotheker, Ärztinnen und Ärzte, medizinische Praxisfachpersonen, Mitarbeitende der Pflege sowie Physiotherapeutinnen und -therapeuten. Von besonderem Interesse waren die im ambulanten Bereich tätigen Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen. Die Bedeutung dieser Berufsgruppen für die ambulante Grundversorgung spiegelt sich in der hohen Anzahl an Berufstätigen wider. Gemäss BAG gab es im Jahr 2021 7451 diplomierten Apothekerinnen und Apothekern (BAG, 2022c). Davon arbeiteten rund 5600 in Offizinapotheken (pharmaSuisse, 2020). Im Jahr 2021 wurden 20'115 Ärztinnen und Ärzte mit Grundversorgertitel (BAG, 2022a) erfasst. Das Obsan zählte im Jahr 2021 20'000 medizinische Praxisfachpersonen, wovon 16'300 in ärztlichen Praxen arbeiteten, sowie 13'577 Physiotherapeutinnen und -therapeuten, von denen 9620 im ambulanten Bereich tätig waren (Merçay et al., 2021). In der Pflege arbeitet der Grossteil des Personals in stationären Einrichtungen wie Spitälern oder Pflegeheimen. Im Jahr 2021 wurden dennoch 19'205 Pflegefachpersonen beziehungsweise Fachfrauen/-männer Gesundheit im ambulanten Sektor gezählt, diese waren vorwiegend in der häuslichen Pflege tätig (Lobsiger & Liechti, 2021). In Tabelle T 4.1 findet sich ein Überblick über die Grundgesamtheit der vorliegenden Studie.

3.2 Zugang zu Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen

Die Befragung fand vom 5. Januar bis zum 20. Juli 2022 statt. Der Zugang zu den Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen wurde über verschiedene Partner und mediale Kanäle erreicht. Diese wurden insbesondere aufgrund ihrer Verbindung zu ambulant tätigen Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen ausgewählt. Zu den Partnern gehören Berufs- und Fachverbände, Apotheken- und Praxisnetzwerke, Interessengemeinschaften, interprofessionelle Organisationen sowie Ausbildungs- und Forschungsinstitutionen der relevanten Berufsgruppen. Diese informierten ihre Mitglieder und Personen in ihrem Netzwerk per Newsletter, Intranet, Mitglieder-Magazin oder Mitglieder-Rundmail über die Online-Befragung und verbreiteten den Link zur Umfrage. Verschiedene

Berufsverbände und Netzwerke verschickten nach rund vier bis acht Wochen ein Erinnerungsmail oder veröffentlichten einen weiteren Artikel zur Online-Befragung in ihrem Mitglieder-Magazin, um möglichst viele Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen zur Teilnahme zu gewinnen. Der Fragebogen konnte auf Deutsch und Französisch und ausschliesslich online ausgefüllt werden.

3.3 Nicht-experimenteller Fragebogenanteil

Sechs der sieben Fragebogenanteile verfolgten ein klassisches, nicht-experimentelles Befragungsdesign. Nach einer kurzen Beschreibung des Forschungsprojekts wurden im ersten Teil Fragen zum soziodemografischen Hintergrund und zur Berufsgruppenzugehörigkeit der Befragten gestellt.

Im zweiten Teil der Befragung folgten Fragen zu verschiedenen Aspekten der aktuellen Arbeitspraxis. Die Häufigkeit der interprofessionellen Zusammenarbeit mit definierten Berufsgruppen, der Umfang der gemeinsamen interprofessionellen Entscheidungsfindung sowie die empfundene Wichtigkeit von interprofessioneller Zusammenarbeit für den Behandlungserfolg wurden erhoben. Weiter wurden die Bereitschaft, vermehrt interprofessionell zusammenzuarbeiten, und die dafür erforderlichen Voraussetzungen in der Führung und Ausbildung von interprofessionellen Teams erfragt.

Der dritte Teil beinhaltete Fragen zur fachlichen Verantwortung in der klinischen Entscheidungsfindung bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten. Diese fachliche Verantwortung wurde in der Befragung folgendermassen beschrieben: Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen entscheiden, welche Untersuchungs- und Behandlungsmassnahmen nötig sind, welche Pflegeleistungen wichtig sind, und ob weitere Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen miteinbezogen werden sollten. Erhoben wurde die Bereitschaft der Befragten, vermehrt Verantwortung für die Entscheidungsfindung in der ambulanten Grundversorgung der Patientinnen und Patienten sowohl zu übernehmen als auch abzugeben. Zudem wurde nach Barrieren und Voraussetzungen in der Praxis und der Ausbildung der Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen gefragt, die bei der Übernahme und Abgabe von Verantwortung aktuell beachtet werden müssen.

Im vierten Teil wurde erhoben, inwiefern die Befragten Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention als Aufgabe von Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen in der ambulanten Grundversorgung betrachten. Ebenso wurden die Bereitschaft, vermehrt gesundheitsfördernd und präventiv zu arbeiten, sowie

Barrieren, die Gesundheitsförderung und Prävention in der aktuellen Arbeitspraxis verhindern, abgefragt.

Der fünfte Teil umfasste Fragen zur individuellen Innovationsfähigkeit. Dabei wurde kein direkter Zusammenhang zur Arbeit im Gesundheitswesen hergestellt. Die Fragen drehten sich vielmehr um den allgemeinen, persönlichen Umgang der Befragten mit neuen Technologien, neuen Denk- und Verhaltensweisen, ungelösten Problemen und Herausforderungen.

Der sechste Teil der Befragung beinhaltete Fragen zu arbeitsbezogenen Merkmalen. Sie bezogen sich auf die Ausbildung, die Berufserfahrung, die Beschäftigungsart sowie die Region und den Kanton, in dem die Befragten arbeitstätig sind.

Wo immer möglich orientierten wir uns bei allen Fragen an bestehenden Fragebögen, um die Resultate auch mit vorhergehenden Studien vergleichen zu können. So formulierten wir die Frage zur ärztlichen Führungsrolle im interprofessionellen Team in Anlehnung an Bode et al. (2016). Die Fragen nach der Bereitschaft, mehr Verantwortung zu übernehmen, sowie sich vermehrt auf Gesundheitsförderung und Prävention zu fokussieren, verfassten wir in Anlehnung an Johansson et al. (2010). Auch bei der Auswahl der möglichen Voraussetzungen und Rahmenbedingungen zur Übernahme von Verantwortung orientierten wir uns an einem von Johansson et al. (2010) erstellten Fragebogen. Zur Untersuchung der individuellen Innovationsfähigkeit wurde die verkürzte und validierte Version eines in der Forschung häufig genutzten Fragebogens verwendet (Hurt et al., 1977; Pallister & Foxall, 1998).

3.4 Experimenteller Fragebogenanteil

3.4.1 Grundlagen des Discrete-Choice-Experiments

In den Fragebogen wurde ein Discrete-Choice-Experiment (DCE) integriert. Damit wurden die Präferenzen der Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen hinsichtlich der Ausgestaltung zukünftiger Versorgungsmodelle in der ambulanten Grundversorgung erhoben. Bei dieser Art von Experimenten handelt es sich um einen methodischen Ansatz, bei dem die Befragten anhand eines Fallbeispiels in eine speziell konstruierte Situation versetzt werden und dabei verschiedene Optionen vergleichend bewerten müssen (Auspurg & Hinz, 2014; Hainmueller et al., 2014; Viney et al., 2002). Aus den Antworten können die Präferenzen der Befragten abgeleitet werden.

DCE stellen eine Untersuchungsmethodik dar, deren Vorzüge und Anwendungsbereiche von Kaufmann et al. (2021) zusammengefasst werden. Bei der Entwicklung von neuen Versorgungsmodellen müssen viele verschiedene Merkmale beachtet werden. Um über die Eignung der Versorgungsmodelle zu entscheiden, müssen unterschiedliche Merkmale gegeneinander abgewogen und priorisiert werden. Dafür eignet sich die Methodik des DCE in besonderer Weise. Die Hauptvorteile eines DCE liegen darin, dass es erstens der Realität mehrdimensionaler Entscheidungen gerechter wird als andere methodische Zugänge. Zweitens wird mit dieser Methode auch sozial erwünschten Antworten begegnet, da den Befragten mehrere Rechtfertigungen für eine bestimmte Beurteilung zur Verfügung stehen (Auspurg & Hinz, 2014; Hainmueller et al., 2014).

Im Gegensatz zu den meisten verfügbaren internationalen und nationalen Studien, die sich oft auf einzelne Aspekte der Gesundheitssysteme und auf bestimmte Patientengruppen konzentrieren, lag der Schwerpunkt dieser Befragung auf der Kombination verschiedener Merkmale von Versorgungsmodellen auf der Seite der Leistungserbringer. Für die erfolgreiche Durchführung des DCE war es zentral, dass diese Merkmale klar definiert sowie für alle Befragten verständlich und relevant für ihre tägliche Arbeitspraxis waren. Die Befragten erhielten zunächst Informationen zum Aufbau und zum Ablauf der Fragen. Anschliessend wurden die Merkmale, in denen sich die nachfolgend zu beurteilenden Modelle der ambulanten Grundversorgung unterschieden, mit ihren verschiedenen Ausprägungen erläutert (vgl. Tabelle T 3.1).

3.4.2 Ausarbeitung und Design des Discrete-Choice-Experiments

Grundsätzlich unterscheiden sich Modelle der ambulanten Grundversorgung in einer grossen Zahl von Merkmalen und Ausprägungen. Dazu gehören zum Beispiel deren Fokus auf unterschiedliche Patientengruppen (beispielsweise Diabetes, Chronic Care), der Einbezug verschiedener Koordinationspersonen und -instanzen (Case Management, Krankenversicherung, Sozialarbeiterinnen und -arbeiter), die Art des Zugangs (insbesondere persönlich oder digital) sowie die Form der Organisation des Modells (Einzelpraxis, Gesundheitsorganisation, Gesundheitsnetzwerk). Wenn ein Versorgungsmodell mit zu vielen Merkmalen beschrieben wird, sind die Befragten jedoch nicht in der Lage, alle Merkmale bei ihrer Wahl einer Option zu berücksichtigen (De Brún et al., 2018; DeShazo & Fermo, 2002; Settumba et al., 2019). Deshalb musste die Liste von möglichen Merkmalen und Ausprägungen überschaubar gehalten werden und ein Fallbeispiel entwickelt werden, anhand dessen die Präferenzen für neue Versorgungsmodelle abgefragt werden konnten. Auf Basis der in Abschnitt 2.4 beschriebenen relevanten Aspekte neuer Versorgungsmodelle wurden die Merkmale und Ausprägungen gemeinsam mit der Begleitgruppe definiert. Basierend auf diesen Priorisierungen wurden vier Merkmale ausgewählt:

- «Verantwortliche Fachperson für den Erstkontakt von Patientinnen und Patienten»
- «Verantwortliche Fachperson für die Entwicklung und Umsetzung des Behandlungsplans für Patientinnen und Patienten»
- «Art der Entscheidungsfindung»
- «Organisationsform».

Tabelle T 3.1 hält die Merkmale und die Ausprägungen fest, die in die Untersuchung eingeflossen sind und entlang derer die Analyse durchgeführt wurde.

Das erste Merkmal «Verantwortliche Fachperson für den Erstkontakt mit Patientinnen und Patienten» bezieht sich auf die Frage, welche Fachperson dafür verantwortlich ist, ein erstes Anamnese-gespräch mit den Patientinnen und Patienten zu führen, eine darauf aufbauende Erstuntersuchung durchzuführen und bei Bedarf weitere spezifische Untersuchungen einzuleiten. Dabei wurde

ergänzt, dass eine Fachperson dies auch in Teamarbeit mit weiteren Fachpersonen tun kann. Die Merkmalsbeschreibung basiert auf den im Abschnitt 2.4 ausgeführten Erläuterungen zum Erstkontakt. Als Ausprägungen dieses Merkmals standen folgende fünf Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen zur Auswahl: Apothekerin/Apotheker, Hausärztin/-arzt, Medizinische/r Praxisassistent/in, Pflegefachperson und Physiotherapeutin/-therapeut.

Das zweite Merkmal war «Verantwortliche Fachperson für die Entwicklung und Umsetzung des Behandlungsplans für Patientinnen und Patienten». In den Informationen zu den Merkmalen wurde dazu geschrieben, dass diese Fachperson die Verantwortung dafür trägt, den Behandlungsplan gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten zu entwickeln. Auch hier wurde ergänzt, dass die Fachperson dies auch in Teamarbeit mit weiteren Fachpersonen tun kann. Die Merkmalbeschreibung basiert ebenfalls auf den im Abschnitt 2.4 ausgeführten Erläuterungen zum Behandlungsplan. Als Ausprägungen standen dieselben fünf Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen zur Auswahl wie beim ersten Merkmal: Apothekerin/Apotheker, Hausärztin/-arzt, Medizinische/r Praxisassistent/in, Pflegefachperson und Physiotherapeutin/-therapeut.

Das dritte Merkmal, in dem sich die Versorgungsmodelle unterschieden, fokussiert die «Art der Entscheidungsfindung» der beteiligten Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen. Zur Auswahl standen die Optionen «Die beteiligten Fachpersonen entscheiden gemeinsam» und «Eine beteiligte Fachperson entscheidet allein».

T 3.1 Eingeschlossene Merkmale und Ausprägungen im Discrete-Choice-Experiment

Merkmale	Ausprägungen
«Verantwortliche Fachperson für den Erstkontakt mit Patientinnen und Patienten»	- Apotheker/in - Hausärztin/-arzt - Medizinische/r Praxisassistent/in - Pflegefachperson - Physiotherapeut/in
«Verantwortliche Fachperson für die Entwicklung und Umsetzung des Behandlungsplans für Patientinnen und Patienten».	- Apotheker/in - Hausärztin/-arzt - Medizinische/r Praxisassistent/in - Pflegefachperson - Physiotherapeut/in
«Art der Entscheidungsfindung»	- Die beteiligten Fachpersonen entscheiden gemeinsam - Eine beteiligte Fachperson entscheidet allein
«Organisationsform»	- Einzelpraxis: Einzelne Leistungserbringer unterhalten unabhängige eigenständige Praxen und sind auf mehrere Standorte in der Region verteilt. - Gesundheitsnetzwerk: Alle Leistungserbringer einer Region sind gemeinsam in einem Netzwerk organisiert. Sie können sich an mehreren Standorten in der Region befinden. - Gesundheitszentrum: Die verschiedenen Leistungserbringer befinden sich am selben Standort unter einem Dach.

Quelle: Online-Befragung von Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – Januar bis Juli 2022. © Obsan 2023

Das vierte und letzte Merkmal war die «Organisationsform» der Arbeit zwischen den beteiligten Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen. Unterschieden wurde zwischen der Arbeit in einer Einzelpraxis, in einem Gesundheitsnetzwerk oder in einem Gesundheitszentrum. In der Einzelpraxis unterhalten Leistungserbringer unabhängige eigenständige Betriebe an verschiedenen Standorten. Im Gesundheitsnetzwerk sind alle Leistungserbringer einer Region gemeinsam in einem Netzwerk organisiert. Sie können sich an mehreren Standorten in der Region befinden. Im Gesundheitszentrum befinden sich die verschiedenen Leistungserbringer am selben Standort unter einem Dach.

Die Auswahl und die Konkretisierung des Fallbeispiels einer möglichst realistischen Patientensituation erfolgten gemeinsam mit Mitgliedern der Begleitgruppe. Dabei war es wichtig, dass sich die Befragten aller Berufsgruppen aus ihrer fachlichen Perspektive zu diesem Fallbeispiel äussern konnten. So wurde das Fallbeispiel einer Patientin mit sowohl chronischen als auch akuten Beschwerden entwickelt (vgl. Grafik G 3.1).

Auch wenn die Zahl der Merkmale und der Ausprägungen beschränkt wird, ist es bei DCE meist nicht zweckmässig, das Konzept eines vollständigen Versuchsplans (full factorial design) zu wählen, bei dem den Befragten alle möglichen Kombinationen gezeigt werden. Innerhalb der Online-Befragung mussten Ermüdungs- und Langeweile-Effekte möglichst geringgehalten werden. Daher wurde das Experiment in mehreren Schritten entwickelt und überprüft. Empfehlungen aus der Literatur, Wissen und Erfahrungen von Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen der fünf ausgewählten Berufsgruppen sowie von Forschenden mit Vorkenntnissen in DCE wurden bei der Entwicklung des Experiments einbezogen. Zusätzlich zur bereits beschriebenen Testung der gesamten Online-Befragung wurde das Experiment vor dem Start der

Befragung noch weiter geprüft. Dazu wurde ein Pre-Test des Experiments mit insgesamt rund 350 Studierenden, Lernenden und einigen bereits ausgebildeten Fachpersonen verschiedener Medizinal- und Gesundheitsberufe durchgeführt. Damit wurde erstens geprüft, ob die Merkmale und Ausprägungen für die Befragten relevant waren und ob sie so formuliert waren, dass es eine Varianz bei den Präferenzen der befragten Personen gab. Zweitens wurde erhoben, ob das DCE klar nachvollziehbar und nicht zu kompliziert war. Dieser Pre-Test ergab, dass der Fragebogen für eine Mehrheit der Befragten verständlich (79,5%) und einfach auszufüllen (84,7%) war. Auf Basis der Erkenntnisse des Pre-Tests wurde festgelegt, dass die Befragten siebenmal gebeten werden sollten, aus zwei Optionen dasjenige Modell auszuwählen, das sie für die ambulante Grundversorgung von Patientinnen und Patienten wie die Beispielpatientin präferieren. Mit dem Programm Ngene wurde dazu eine Stichprobe der möglichen Kombinationen berechnet, die eine reliable Messung der Koeffizienten erlaubt (Kamphuis et al., 2015). Diese Berechnung ergab 14 Choice-Sets, die jeweils aus zwei unterschiedlichen hypothetischen Versorgungsmodellen bestanden. Die 14 Choice-Sets wurden in zwei Blöcken mit je sieben Choice-Sets aufgeteilt. Bei jedem Choice-Set musste das jeweils präferierte der zwei dargestellten Versorgungsmodelle ausgewählt werden. Alle Befragten wurden per Zufallsprinzip einem von den zwei Blöcken zugewiesen. So wurden 1873 Personen die Choice-Sets aus dem ersten Block gezeigt und 1914 Personen erhielten die Choice-Sets aus dem zweiten Block. Insgesamt konnten dadurch 28 verschiedene hypothetische Versorgungsmodelle abgefragt werden. Die Grafik G 3.1 zeigt ein exemplarisches Beispiel für ein Choice-Set in der Befragung.

G 3.1 Exemplarisches Beispiel eines Choice-Sets

Beschreibung der Beispielpatientin:

Es ist das Jahr 2040. Frau Widmer ist 80 Jahre alt, übergewichtig und leidet an Diabetes Mellitus Typ II, der gut eingestellt ist. Sie hat ausserdem seit einigen Monaten wiederkehrende Knieschmerzen. In den letzten Wochen hat sie besonders morgens Schmerzen und Anlaufschwierigkeiten verspürt. Sie sucht Unterstützung zur Linderung ihrer Beschwerden. Welches Versorgungsmodell bevorzugen Sie für Patientinnen und Patienten wie Frau Widmer?

Merkmale	Modell 1	Modell 2
 «Verantwortliche Fachperson für den Erstkontakt mit Patientinnen und Patienten»	Pflegefachperson	Apotheker/in
 «Verantwortliche Fachperson für die Entwicklung und Umsetzung des Behandlungsplans für Patientinnen und Patienten»	Hausärztin/-arzt	Medizinische/r Praxisassistent/in
 «Art der Entscheidungsfindung»	Die beteiligten Fachpersonen entscheiden gemeinsam	Eine beteiligte Fachperson entscheidet allein
 «Organisationsform»	Einzelpraxis	Gesundheitsnetzwerk

Quelle: Online-Befragung von Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – Januar bis Juli 2022. © Obsan 2023

3.5 Statistische Auswertungsmethoden

Während die Antwortmöglichkeiten zum Alter und zur Berufserfahrung intervall-skaliert waren, basierten sämtliche übrige Antworten in der Befragung auf nominal- oder ordinalskalierten Antwortmöglichkeiten.

3.5.1 Uni- und bivariate deskriptive Analysen

Als Ausgangspunkt wurden für einen Teil der Fragen die Verteilungen der Antworten ausgewertet und dargestellt (univariate Analyse). Es handelte sich dabei um Fragen zu der Berufsgruppenzugehörigkeit, der Berufs- oder Funktionsbezeichnungen, der Ausbildungsstufe, der hausärztlichen Tätigkeit, der Weiterbildungstitel. Dazu gehörten auch Fragen zu den Arbeitssettings im ambulanten und stationären Sektor, in denen die Befragten früher oder zum Befragungszeitpunkt tätig waren. Es wurden auch ausgewählte Gruppen der Befragten hinsichtlich bestimmter Merkmale, beispielsweise Alter, Geschlecht, Berufserfahrung und die Bereitschaft, zukünftig im ambulanten Sektor (weiter) zu arbeiten, untersucht (bivariate Analyse).

In einem zweiten Schritt wurden jene Angaben der Befragten ausgewertet, die zur Beantwortung der Fragestellungen dieser

Studie zentral sind. Dazu gehören beispielsweise Angaben zur Bereitschaft, vermehrt gesundheitsfördernd und präventiv zu arbeiten, vermehrt Verantwortung bei der Entscheidungsfindung zu übernehmen beziehungsweise abzugeben, vermehrt interprofessionell zusammenzuarbeiten sowie zur individuellen Innovationsfähigkeit. Die Unterschiede in den Antworten wurden nach Berufsgruppe, Ausbildungsstufe, Alter und Berufserfahrung gruppiert und analysiert (bivariate Analyse). Gruppenunterschiede wurden mit T-Tests und Chi-Quadrat-Tests geprüft und –bei einem globalen p-Wert kleiner als 0,05 – beschrieben.

Im Unterschied dazu wurde die individuelle Innovationsfähigkeit mittels eines validierten Messinstruments mit zehn Aussagen zu individuellen Einstellungen und Haltungen erhoben. Die Befragten bewerteten die Aussagen auf einer fünfstufigen Likert-Skala von 5 (stimme vollkommen zu) bis 1 (stimme gar nicht zu). Analog den Werten der Likert-Skala wurden Punktwerte zwischen 5 und 1 pro Antwort vergeben. Die Summe aller Punktwerte ergibt einen Gesamtscore pro Person. Der höchste Gesamtscore beträgt 50. Je höher der Gesamtscore, desto höher die Innovationsfähigkeit und desto höher die Bereitschaft zur Veränderung. Gruppenunterschiede wurden mit T-Tests geprüft und –bei einem globalen p-Wert kleiner als 0,05 – beschrieben.

3.5.2 Multivariate Analysen

Für die Analyse des DCE wurden Conditional Logit verwendet (McFadden, 1974). Diese Analyse verwendet jede gezeigte Alternative als eine Beobachtung und nutzt diese Information unabhängig davon, ob sie gewählt wird oder nicht. Die Conditional-Logit-Regression setzt die Wahrscheinlichkeit der Wahl zwischen Alternativen mit den Ausprägungen der Merkmale in Beziehung, die diese Alternativen definieren. Die Analyse basiert auf der Annahme, dass alle Merkmale einen unabhängigen Einfluss auf die Präferenz der Befragten haben (Hauber et al., 2016). Das Ergebnis zeigt, ob die Ausprägung eines Merkmals im Vergleich zur Referenz einen positiven oder negativen Effekt auf den Nutzen der Befragten hat.

Zusätzlich wurden Subgruppenanalysen mit Interaktionstermen im Conditional-Logit-Regressionsmodell durchgeführt, um zu überprüfen, ob Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen verschiedener Berufsgruppen – mit unterschiedlichen Ausbildungsstufen innerhalb derselben Berufsgruppe, aus verschiedenen Sprachregionen oder aus verschiedenen Altersgruppen – unterschiedliche Präferenzen hinsichtlich der zukünftigen ambulanten Grundversorgung haben.

Die unterschiedlichen *Ausbildungsstufen* innerhalb derselben Berufsgruppe wurden basierend auf den von den Befragten angegebenen Berufsbezeichnungen kategorisiert. Im DCE wurden bei den medizinischen Praxisfachpersonen die Kategorien MPA und MPK gebildet. Bei den Mitarbeitenden der Pflege wurden die Kategorien HF-Abschluss und FH-Abschluss verwendet.

Die *Sprachregionen* (deutsch- und französischsprachige Schweiz) wurden basierend auf der verwendeten Sprache zum Ausfüllen des Fragebogens der Befragten kategorisiert. Für die Analyse des DCE basiert die Subgruppenanalyse für dieses Merkmal auf den Kategorien Deutschschweiz und französischsprachige Schweiz.

Für das *Alter* wurden bei der Auswertung des DCE zwei Kategorien gebildet: Eine Gruppe besteht aus den 44-jährigen und jüngeren Personen, die zweite Gruppe aus den 45-jährigen und älteren Personen.

Die Resultate aller Regressionen wurden als «Odds Ratio» (OR) dargestellt. Die OR gibt an, inwieweit das Vorhandensein einer Ausprägung mit dem Vorhandensein oder Fehlen einer anderen Ausprägung zusammenhängt. Wenn zum Beispiel ein Modell mit einem Gesundheitszentrum als Organisationsform im Vergleich zu einem Modell mit einer Einzelpraxis eine OR von 2 hat, bedeutet dies, dass die Wahl für das Modell mit einem Gesundheitszentrum zweimal wahrscheinlicher ist als die Wahl für das Modell mit einer Einzelpraxis. Liegt eine OR von 0,5 vor, ist die Wahl nur halb so wahrscheinlich (Persoskie & Ferrer, 2017).

4 Charakterisierung der Befragten hinsichtlich wichtiger Untersuchungsdimensionen

Nach Abschluss der Befragung wurden 5014 Antworten gezählt. Nach Ausschluss der Befragten, die keinen Medizinal- oder Gesundheitsberuf ausübten (118), keine Angaben über ihre Berufszugehörigkeit machten (385) oder Berufsgruppen zuzuordnen waren, die nicht in die Studie integriert wurden (448), basiert die bereinigte Stichprobe auf 4063 Antworten. Mehrheitlich wurde die Befragung in deutscher Sprache ausgefüllt (81,2%), 18,8% der Befragten hat die Befragung in französischer Sprache ausgefüllt. Von den Befragten stammen insgesamt 26 Personen (0,6%) aus der italienisch-sprachigen Schweiz. Die Vertretung der Sprachregionen in der Stichprobe entspricht somit nicht derjenigen der Grundgesamtheit. Der geringe Anteil italienisch-sprachiger Befragungsteilnehmenden ist möglicherweise darauf zurückzuführen, dass für die Rekrutierung der Befragten fast ausschliesslich mit Fachorganisationen aus der Deutsch- und der Westschweiz zusammengearbeitet wurde und die Befragung nicht auf Italienisch übersetzt wurde.

4.1 Vergleich der Stichprobe mit der Grundgesamtheit

Die 4063 Befragungsteilnehmenden verteilen sich wie folgt auf die fünf Berufsgruppen: Apothekerinnen und Apotheker: 720 Teilnehmende, Ärztinnen und Ärzte: 606 Teilnehmende, medizinische

Praxisfachpersonen: 803 Teilnehmende, Mitarbeitende der Pflege: 643 Teilnehmende, Physiotherapeutinnen und -therapeuten: 1291 Teilnehmende (vgl. Tabelle T 4.1).

Grundsätzlich lässt die Art und Weise der Kontaktierung der Befragten über Verbände und Organisationen kein Befragungssample erwarten, das repräsentativ für die Grundgesamtheit ist. Dennoch wird in diesem Abschnitt der Frage nachgegangen, wie gut die Teilnehmenden der Online-Befragung die Grundgesamtheit abbilden.

4.1.1 Berufsgruppe: Apothekerinnen und Apotheker

Von den 7451 im Jahr 2021 in der Schweiz tätigen Apothekerinnen und Apothekern haben sich rund 720 Personen (10%) an der Online-Befragung beteiligt. Die grosse Mehrheit der befragten Apothekerinnen und Apotheker arbeitet im ambulanten Bereich, das heisst in einer Offizinapotheke (80,8%) (vgl. Tabelle T 12.2 im Anhang). Etliche weitere können sich vorstellen, zukünftig eine ambulante Tätigkeit zu übernehmen. Nur ein kleiner Teil kann sich dies nicht vorstellen (43 Befragte, das entspricht 7,7%) (vgl. Tabelle T 12.4 Anhang).

T 4.1 Vergleich der Stichprobe mit der Grundgesamtheit

	Apotheker/innen	Ärzt/innen	Medizinische Praxisfachpersonen	Mitarbeitende der Pflege	Physiotherapeut/innen
Total in der Schweiz (2021)	7 451	20 115	20 000	19 205	13 577
Anzahl Teilnehmende an der Online-Befragung	720	606	803	643	1 291
Anteil Teilnehmende an der Online-Befragung an der Grundgesamtheit	9,7%	3,0%	4,0%	3,4%	9,5%

Quellen: Apothekerinnen und Apotheker: BAG (2022c); Ärztinnen und Ärzte: BAG (2022a); medizinische Praxisfachpersonen: Merçay et al. (2021); Mitarbeitende der Pflege: Lobsiger und Liechti (2021); Physiotherapeutinnen und -therapeuten: Merçay et al. (2021). © Obsan 2023

4.1.2 Berufsgruppe: Ärztinnen und Ärzte

Von den 20'115 Ärztinnen und Ärzten, die gemäss BAG im Jahr 2021 in der ambulanten Grundversorgung tätig waren, nahmen rund 606 Personen (3%) an der Online-Befragung teil. Würden nur die 8310 in der Schweiz tätigen Hausärztinnen und -ärzte betrachtet, wären es 7,3%. Mehr als zwei Drittel der Ärztinnen und Ärzten gaben an, aktuell oder früher im ambulanten Setting gearbeitet zu haben (vgl. Tabelle T 12.3 im Anhang) und über 90% sind aktuell hauptsächlich oder teilweise hausärztlich tätig (vgl. Tabelle T 12.1 im Anhang). Nur 17 Ärztinnen und Ärzte (3,5%) können sich nicht vorstellen, zukünftig ambulant tätig zu sein (vgl. Tabelle T 12.4 im Anhang).

4.1.3 Berufsgruppe: medizinische Praxisfachpersonen

Bei den medizinischen Praxisfachpersonen liegt der Anteil der Stichprobe (808) an der Grundgesamtheit (20'000) bei rund 4%, wobei erwähnt werden muss, dass mehr als ein Drittel davon MPK sind (264 von 803) (vgl. Tabelle T 12.1 im Anhang). Dies entspricht nicht der aktuellen Verteilung von MPA und MPK, da bis heute nur circa 9% aller MPA eine Weiterbildung zur MPK absolviert haben. Die hohe Resonanz der MPK lässt sich möglicherweise mit der Rekrutierung von Teilnehmenden anlässlich eines MPK-Symposiums begründen. Auffällig ist, dass 44,5% der Befragten dieser Berufsgruppe aktuell und auch bisher nicht im ambulanten Kontext gearbeitet haben (vgl. Tabelle T 12.3 im Anhang). Möglicherweise hängt dies damit zusammen, dass viele der befragten medizinischen Praxisfachpersonen so jung sind, dass sie eventuell noch kaum Berufserfahrung haben. Allerdings können sich nur sehr wenige nicht vorstellen, je ambulant tätig zu sein (16, das entspricht 3,4%) (vgl. Tabelle T 12.4 im Anhang).

4.1.4 Berufsgruppe: Mitarbeitende der Pflege

Von der Grundgesamtheit von rund 19'205 Pflegekräften, die im Jahr 2021 im ambulanten Bereich tätig waren, wurden mit der Online-Befragung 643 Personen (3,4%) erreicht (vgl. Tabelle T 4.1). Die Verteilung von diplomierten Pflegefachpersonen mit einem Ausbildungsabschluss auf Tertiärstufe (93,9%) und Fachfrauen/-männer Gesundheit EFZ mit einem Ausbildungsabschluss auf mittlerer beziehungsweise Sekundarstufe (6,1%) in der Stichprobe entspricht nicht derjenigen in der Grundgesamtheit (vgl. Tabelle T 12.1 im Anhang). Das Pflegepersonal auf mittlerer Stufe ist deutlich untervertreten. Im ambulanten Sektor stellt es etwa 43% der Pflegekräfte (Lobsiger & Liechti, 2021). Auch ist es so, dass rund 47,4% der antwortenden Pflegekräfte aktuell nicht im ambulanten Sektor arbeiten und auch noch nie dort gearbeitet haben (vgl. Tabelle T 12.3 im Anhang). Wiederum ist jedoch die Zahl jener klein, die es sich nicht vorstellen können, zukünftig ambulant tätig zu sein (30, das entspricht 6,2%) (vgl. Tabelle T 12.4 im Anhang).

4.1.5 Berufsgruppe: Physiotherapeutinnen und -therapeuten

Von den im Jahr 2021 in der Schweiz tätigen Physiotherapeutinnen und -therapeuten (13'577) nahmen 1291 (9,5%) an der Online-Befragung teil. Davon verfügen über zwei Drittel über Berufserfahrung in ambulanten Arbeitssettings, entweder durch ihre aktuelle oder durch eine frühere Tätigkeit (vgl. Tabelle T 12.3 im Anhang). Von den Befragten können sich wenige nicht vorstellen, zukünftig in der ambulanten Grundversorgung zu arbeiten (61, das entspricht 5,9%) (vgl. Tabelle T 12.4 im Anhang).

Grundsätzlich kann festgehalten werden, dass die Stichprobe die Grundgesamtheit nur beschränkt repräsentativ abbildet. Auf die Verzerrungen bezüglich der Fachdiplome in der Pflege oder bei den medizinischen Praxisfachpersonen haben wir bereits hingewiesen.

4.2 Soziodemografische Merkmale der Stichprobe

Beim Geschlechterverhältnis lässt sich feststellen, dass die Verteilung innerhalb der Stichprobe über alle Berufsgruppen der Grundgesamtheit weitgehend entspricht (vgl. Tabelle T 4.2). Ähnliches gilt für die Altersverteilung, die ebenfalls gut mit der Grundgesamtheit übereinstimmt. Während die Mitglieder des Schweizerischen Verbands Medizinischer Praxisfachpersonen (SVA) im Schnitt unter 40 Jahre alt sind, zeigen Statistiken, dass rund 31% der Physiotherapeutinnen und -therapeuten 50 Jahre alt oder älter sind (Merçay et al., 2021). Gleichzeitig lässt sich sowohl bei den Ärztinnen und Ärzten als auch bei den Mitarbeitenden der Pflege feststellen, dass gerade die im ambulanten Bereich Tätigen tendenziell älter sind als die im stationären Bereich Tätigen (Merçay et al., 2021). Dies entspricht auch der Altersverteilung in der vorliegenden Stichprobe. Über 73% der befragten Ärztinnen und Ärzten sowie über 55% der befragten Mitarbeitenden der Pflege sind 46 Jahre alt oder älter (vgl. Tabelle T 4.2). Vergleichsstatistiken zeigen, dass bei den Ärztinnen und Ärzten 60,9% und beim Pflegefachpersonal 37,6% 50 Jahre alt oder älter sind (Lobsiger & Kägi, 2016).

T 4.2 Geschlecht und Altersgruppen der Befragten

	Apotheker/innen	Ärzt/innen	Medizinische Praxisfachpersonen	Mitarbeitende der Pflege	Physiotherapeut/innen
Geschlecht (%)					
Weiblich	535 (74,3)	274 (45,3)	796 (99,1)	570 (88,6)	1 012 (78,4)
Männlich	180 (25,0)	328 (54,2)	6 (0,7)	73 (11,4)	275 (21,3)
Divers	5 (0,7)	3 (0,5)	1 (0,1)	0 (0,0)	3 (0,2)
<i>Total</i>	<i>720 (100)</i>	<i>605 (100)</i>	<i>803 (100)</i>	<i>643 (100)</i>	<i>1290 (100)</i>
Altersgruppen (%)					
30-jährig und jünger	74 (10,3)	14 (2,3)	394 (49,2)	106 (16,5)	206 (16,0)
31- bis 45-jährig	273 (37,9)	144 (23,8)	261 (32,6)	180 (28,0)	511 (39,7)
46-jährig und älter	373 (51,8)	446 (73,8)	146 (18,2)	357 (55,5)	570 (44,3)
<i>Total</i>	<i>720 (100)</i>	<i>604 (100)</i>	<i>801 (100)</i>	<i>643 (100)</i>	<i>1287 (100)</i>

Quelle: Online-Befragung von Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – Januar bis Juli 2022. © Obsan 2023

4.3 Professions- und ausbildungsspezifische Merkmale der Stichprobe

4.3.1 Arbeitsort

Durchschnittlich etwas weniger als die Hälfte der Befragten arbeitet in städtischen Regionen, während die andere Hälfte in Agglomerationen oder ländlichen Regionen tätig ist (vgl. Tabelle T 4.3). Es fällt auf, dass in der vorliegenden Studie anteilig besonders wenig Ärztinnen und Ärzte auf dem Land arbeiten (24,7%). Mit Blick darauf, dass sich das medizinische Angebot in der Schweiz hauptsächlich auf städtische Regionen konzentriert, ist diese Verteilung allerdings nicht verwunderlich. So kommen in ländlichen Regionen 0,6 Ärztinnen und Ärzte auf 1000 versicherte Personen, während es in städtischen Gebieten im Jahr 2019 mehr als doppelt so viele Ärztinnen und Ärzten pro 1000 versicherte Personen gab (Sturny & Widmer, 2020). Im Gegensatz zu den Ärztinnen und Ärzten ist der Anteil der auf dem Land tätigen medizinischen Praxisfachpersonen im Sample vergleichsweise hoch (39,2%).

Die Verteilung der befragten Ärztinnen und Ärzte nach Kantonen, in denen sie tätig sind, weist mit Ausnahme von drei Kantonen auf eine gleichmässige Verteilung der Stichprobe hin (vgl. Tabelle T 12.5 im Anhang): Untervertreten ist der Kanton Tessin mit 0,8% (Grundgesamtheit: 4,3%), während der Kanton Wallis mit 11,1% (Grundgesamtheit: 3,3%) und der Kanton Luzern mit 12,8% (Grundgesamtheit: 3,8%) übervertreten ist (vgl. BFS, 2022a).

4.3.2 Ausbildung

Mehr als die Hälfte der befragten medizinischen Praxisfachpersonen haben eine Berufslehre absolviert (52,3%). Knapp 40% verfügen über einen höheren Berufsbildungsabschluss als höchste abgeschlossene Ausbildung (vgl. Tabelle T 12.6 im Anhang). Bei den befragten Mitarbeitenden der Pflege haben 57,4% einen höheren Berufsbildungsabschluss, 32,6% einen Fachhochschulabschluss und knapp 7% einen Universitätsabschluss. Demgegenüber ist der Fachhochschulabschluss der am meisten genannte höchste Ausbildungsabschluss bei den befragten Physiotherapeutinnen und -therapeuten (68,8%). Der höhere Berufsbildungsabschluss wird von 21,3% und der Universitätsabschluss von 9,5% als höchste abgeschlossene Ausbildung angegeben (vgl. Tabelle T 12.6 im Anhang). Da Apothekerinnen und Apotheker sowie Ärztinnen und Ärzte ihren Beruf ausschliesslich durch einen Universitätsabschluss erlangen können, wurde ihnen die Frage nach der höchsten abgeschlossenen Ausbildung nicht gestellt.

Der Grossteil der Befragten hat die Ausbildung in der Deutschschweiz absolviert (vgl. Tabelle T 4.3). Besonders hoch ist dieser Anteil bei den medizinischen Praxisfachpersonen (92,8%), den Mitarbeitenden der Pflege (76,0%) und den Physiotherapeutinnen und -therapeuten (70,2%). Bei den Apothekerinnen und Apothekern ist der Anteil der Befragten, die ihre Ausbildung in der Westschweiz absolviert haben, am höchsten (33,7%). Weniger als 1% der Befragten hat die Ausbildung in der italienisch-sprachigen Schweiz absolviert.

Im Schweizer Gesundheitswesen arbeiten viele Fachpersonen, die ihre Ausbildung im Ausland absolviert haben. Dies spiegelt sich teilweise auch in der Stichprobe wider. 21,5% der Physiotherapeutinnen und -therapeuten geben an, ihre Ausbildung im Ausland abgeschlossen zu haben (vgl. Tabelle T 4.3). Während bei

den Apothekerinnen und Apothekern, Ärztinnen und Ärzten und Mitarbeitenden der Pflege mehr als jede zehnte Person im Ausland studiert hat, haben weniger als 1% der medizinischen Praxisfachpersonen ihren Beruf im Ausland erlernt. Zu den meistgenannten Ländern, in denen die Befragten ihre Ausbildung absolviert haben, gehören Deutschland, Frankreich und die Niederlande (vgl. Tabelle T 12.9 im Anhang).

4.3.3 Berufspositionen

davon 14,1 Jahre ambulant) (vgl. Tabelle T 4.5). Da 73,8% der befragten Ärztinnen und Ärzte über 45 Jahre alt sind und entsprechend über viel Berufserfahrung verfügen, verwundern diese Zahlen nicht. Auch die medizinischen Praxisfachpersonen weisen durchschnittlich viel Berufserfahrung auf (11,8 Jahre insgesamt, davon 11,1 Jahre ambulant); dies, obwohl 81,8% von ihnen 45 Jahre alt oder jünger sind. Die befragten Mitarbeitenden der Pflege weisen dagegen durchschnittlich deutlich weniger ambulante Berufserfahrung auf (6,8 Jahre) (vgl. Tabelle T 4.5).

Insgesamt arbeiten 2716 Befragte aktuell ambulant oder haben dies früher getan (vgl. Tabelle T 12.3 im Anhang). Wie die Ana-

T 4.3 Arbeits- und Sprachregionen der Befragten

Merkmal	Apotheker/innen	Ärzt/innen	Medizinische Praxisfachpersonen	Mitarbeitende der Pflege	Physiotherapeut/innen
Arbeitsregion (%)					
Städtisch	269 (48,1)	212 (43,7)	200 (41,7)	210 (43,6)	516 (50,2)
Periurban	164 (29,3)	153 (31,5)	92 (19,2)	129 (26,8)	267 (26,0)
Ländlich	126 (22,5)	120 (24,7)	188 (39,2)	143 (29,7)	245 (23,8)
<i>Total</i>	<i>559 (100)</i>	<i>485 (100)</i>	<i>480 (100)</i>	<i>482 (100)</i>	<i>1 028 (100)</i>
Sprachregion der Ausbildung (%)					
In der Schweiz, auf Deutsch	277 (49,6)	293 (60,8)	439 (92,8)	365 (76,0)	720 (70,2)
In der Schweiz, auf Französisch	188 (33,7)	137 (28,4)	27 (5,7)	63 (13,1)	80 (7,8)
In der Schweiz, auf Italienisch	2 (0,4)	1 (0,2)	3 (0,6)	2 (0,4)	5 (0,5)
Im Ausland	91 (16,3)	51 (10,6)	4 (0,8)	50 (10,4)	220 (21,5)
<i>Total</i>	<i>558 (100)</i>	<i>482 (100)</i>	<i>473 (100)</i>	<i>480 (100)</i>	<i>1 025 (100)</i>

Quelle: Online-Befragung von Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – Januar bis Juli 2022. © Obsan 2023

Besonders heterogen sind die Berufspositionen der befragten Fachpersonen. Die einzigen Parallelen lassen sich bei den medizinischen Praxisfachpersonen und den Mitarbeitenden der Pflege ziehen. Von ihnen arbeitet die Mehrheit in einem Anstellungsverhältnis, wovon etwa die Hälfte auch Führungsverantwortung trägt (vgl. Tabelle T 4.4). Auch die Mehrheit der befragten Apothekerinnen und Apotheker sowie Physiotherapeutinnen und -therapeuten ist angestellt. 26% der Physiotherapeutinnen und -therapeuten arbeiten selbstständig ohne Angestellte, 63,7% der Ärztinnen und Ärzte arbeitet selbstständig mit Angestellten.

4.3.4 Berufserfahrung

Wie bereits erwähnt, haben fast alle Befragten Erfahrung im ambulanten Bereich oder können sich vorstellen, in diesem Setting zu arbeiten. Dabei haben die befragten Ärztinnen und Ärzte am meisten Berufserfahrung (durchschnittlich 17,7 Jahre insgesamt,

lyse der Arbeitssettings zeigt, arbeiten die meisten Befragten derzeit in ambulanten Gesundheitspraxen mit Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen aus mehreren Berufsgruppen (1131). Informationen über die Verteilung auf die Arbeitssettings sind im Anhang (vgl. Tabelle T 12.2 im Anhang) zu finden.

Aufgrund des kleinen Anteils jener, die keine Erfahrung im ambulanten Bereich haben und sich auch nicht vorstellen können, in diesem Bereich in Zukunft tätig zu sein, wurden alle 4063 Befragten in die Analyse einbezogen. Zudem sollten auch jene Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen, die keine Erfahrung im ambulanten Bereich haben, die Gelegenheit erhalten, ihre Wünsche und Präferenzen für eine allfällige zukünftige ambulante Grundversorgung zu äussern. Sie gelten als wichtige Ressource für die Sicherstellung der ambulanten Grundversorgung und ihre Sicht ist hinsichtlich Versorgungsfragen ebenfalls relevant.

T 4.4 Berufspositionen der Befragten

	Apotheker/innen	Ärzt/innen	Medizinische Praxis- fachpersonen	Mitarbeitende der Pflege	Physiotherapeut/innen
Berufspositionen (%)					
Angestellt mit Führungs- verantwortung	337 (60,4)	96 (19,9)	234 (48,9)	224 (46,5)	207 (20,2)
Angestellt ohne Fü- hrungsverantwortung	126 (22,6)	55 (11,4)	233 (48,6)	210 (43,6)	425 (41,4)
Selbstständig mit Ange- stellten	88 (15,8)	307 (63,7)	11 (2,3)*	14 (2,9)	128 (12,5)
Selbstständig ohne An- gestellte	7 (1,3)	24 (5,0)	1 (0,2)*	34 (7,1)	267 (26,0)
<i>Total</i>	<i>558 (100)</i>	<i>482 (100)</i>	<i>479 (100)</i>	<i>482 (100)</i>	<i>1 027 (100)</i>

Quelle: Online-Befragung von Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – Januar bis Juli 2022. © Obsan 2023

* = Die Angaben zur Selbstständigkeit wirken überraschend. Eine neue Masterarbeit an der Universität Luzern hat jedoch gezeigt, dass insbesondere MPK in sehr unterschiedlichen Settings arbeiten (Crescenzi et al., 2023, Veröffentlichung in Vorbereitung).

T 4.5 Durchschnittliche Berufserfahrung der Befragten (in Jahren) insgesamt und im ambulanten Sektor

	Apotheker/innen	Ärzt/innen	Medizinische Praxis- fachpersonen	Mitarbeitende der Pflege	Physiotherapeut/innen
Insgesamt	14,7	17,7	11,8	16,3	14,2
Ambulant	11,3	14,1	11,1	6,7	11,9

Quelle: Online-Befragung von Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – Januar bis Juli 2022. © Obsan 2023

5 Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention

Insgesamt zeigen die Befragten eine hohe bis sehr hohe Bereitschaft, vermehrt gesundheitsfördernd und präventiv zu arbeiten (vgl. Tabelle T 5.1). Sehr hoch ist diese Bereitschaft bei den befragten Mitarbeitenden der Pflege (54,5%) und den Physiotherapeutinnen und -therapeuten (56,7%). Am tiefsten ist die Bereitschaft bei den Ärztinnen und Ärzten.

Beim Vergleich der verschiedenen Ausbildungsstufen in der Pflege und der medizinischen Praxisassistentenz fällt auf, dass die Bereitschaft der befragten Pflegefachpersonen FH und der MPK zur präventiven und gesundheitsfördernden Arbeit (sehr) hoch (92,9% bzw. 95,8%) und bei MPA besonders tief ist (74,1%) (vgl. Tabelle T 12.8 im Anhang). Diese Ergebnisse könnten dadurch erklärt werden, dass sich MPK in ihrer Weiterbildung nach dem MPA-Abschluss bereits erweiterte Kompetenzen im Bereich Prävention und bei der Stabilisierung von chronischen Krankheiten aneignen und sie dadurch mehr Einblick in die Chancen und Massnahmen von Gesundheitsförderung und Prävention erhalten. Ebenso ist es möglich, dass diejenigen MPA die Weiterbildung zur/zum MPK absolviert haben, die sich vermehrt in der Gesundheitsförderung und Prävention engagieren möchten.

Bei näherer Betrachtung der Bereitschaft, vermehrt gesundheitsfördernd und präventiv zu arbeiten in Abhängigkeit vom Alter fällt auf, dass die 31- bis 45-jährigen Personen eine besonders hohe Bereitschaft zeigen, vermehrt gesundheitsfördernd und präventiv zu arbeiten (56,8% gegenüber 48,1% bei den unter 45-

Jährigen) (vgl. Tabelle T 12.9 im Anhang). Daraus könnte geschlossen werden, dass sich jüngere Personen nach Abschluss ihrer Ausbildung hinsichtlich Zusatzaufgaben eher zurückhalten, mit zunehmender Berufserfahrung aber die Bereitschaft für Gesundheitsförderung und Prävention ansteigt. Mit Blick auf die Ergebnisse scheint es, dass diese Bereitschaft in einer noch späteren Phase wieder etwas abnimmt (43,3%).

Die Ärztinnen und Ärzte zeigen sich im Vergleich mit den anderen Berufsgruppen am wenigsten bereit, vermehrt gesundheitsfördernd zu arbeiten. Es lässt sich vermuten, dass dies mit dem kurativen Ausbildungs- und Berufsverständnis in der Medizin sowie mit den Finanzierungssystemen zur ärztlichen Leistungsvergütung zusammenhängt. Demgegenüber sehen es die Ärztinnen und Ärzte als ihre Aufgabe an, erhöhte Risiken für Erkrankungen zu bekämpfen (vgl. Tabelle T 5.2). Dieses Ergebnis erweckt zwar den Eindruck, teilweise im Widerspruch zu ihrer Haltung zur Prävention und Gesundheitsförderung zu stehen. Das Ergebnis lässt sich auch so interpretieren: Prävention und Gesundheitsförderung werden mindestens so lange als Aufgabe wahrgenommen, wie sie in direktem Zusammenhang mit Risiken für Erkrankungen stehen. Auffällig ist weiter, dass sich Apothekerinnen und Apotheker sowie medizinische Praxisfachpersonen vergleichsweise wenig

T 5.1 Bereitschaft zu vermehrter gesundheitsfördernder und präventiver Arbeit

	Apotheker/innen	Ärzt/innen	Medizinische Praxisfachpersonen	Mitarbeitende der Pflege	Physiotherapeut/innen
Sehr gering (%)	1 (0,2)	1 (0,2)	1 (0,2)	2 (0,4)	6 (0,6)
Gering (%)	7 (1,2)	13 (2,7)	14 (2,8)	11 (2,2)	16 (1,5)
Weder gering noch hoch (%)	46 (8,1)	81 (16,5)	67 (13,4)	32 (6,5)	73 (7,0)
Hoch (%)	238 (41,9)	215 (43,9)	215 (42,9)	177 (36,1)	355 (34,0)
Sehr hoch (%)	272 (47,9)	178 (36,3)	199 (39,7)	267 (54,5)	592 (56,7)
Keine Angabe (%)	4 (0,7)	2 (0,4)	5 (1,0)	1 (0,2)	2 (0,2)
Total (%)	568 (100)	490 (100)	501 (100)	490 (100)	1 044 (100)

Quelle: Online-Befragung von Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – Januar bis Juli 2022.
© Obsan 2023

von gesundheitsfördernden Aufgaben in der ambulanten Grundversorgung angesprochen fühlen.

T 5.2 Behandlung von Krankheiten ohne Bekämpfung erhöhter Risiken

	Apotheker/innen	Ärzt/innen	Medizinische Praxisfachpersonen	Mitarbeitende der Pflege	Physiotherapeut/innen
Stimme gar nicht zu (%)	206 (36,3)	318 (64,6)	146 (28,9)	251 (51,1)	412 (39,3)
Stimme nicht zu (%)	228 (40,2)	136 (27,6)	168 (33,3)	179 (36,5)	430 (41,0)
Bin neutral (%)	58 (10,2)	17 (3,5)	85 (16,8)	27 (5,5)	81 (7,7)
Stimme zu (%)	61 (10,8)	8 (1,6)	85 (16,8)	26 (5,3)	91 (8,7)
Stimme vollkommen zu (%)	13 (2,3)	11 (2,2)	15 (3,0)	6 (1,2)	27 (2,6)
Weiss ich nicht (%)	1 (0,2)	2 (0,4)	6 (1,2)	2 (0,4)	7 (0,7)
Total (%)	567 (100)	492 (100)	505 (100)	491 (100)	1 048 (100)

Quelle: Online-Befragung von Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – Januar bis Juli 2022. © Obsan 2023

Die zu bewertende Aussage lautete: Zur Aufgabe der Fachpersonen in der Grundversorgung gehört es, Krankheiten zu behandeln. Die Behandlung von erhöhten Risiken für Erkrankungen gehört nicht zu ihren Aufgaben.

6 Interprofessionelle Zusammenarbeit und Verteilung von Verantwortung

6.1 Bereitschaft, vermehrt Verantwortung zu übernehmen

Von den befragten Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen sind sehr viele bereit, mehr Verantwortung bei der Entscheidungsfindung in der ambulanten Grundversorgung ihrer Patientinnen und Patienten zu übernehmen (vgl. Tabelle T 6.1). Besonders gross ist diese Bereitschaft bei den Mitarbeitenden der Pflege (insgesamt 86,0% sehr hoch und hoch) und bei den Physiotherapeutinnen und -therapeuten (insgesamt 82,5% sehr hoch und hoch). Die Bereitschaft ist bei den Apothekerinnen und Apothekern sowie bei den medizinischen Praxisfachpersonen etwas weniger hoch. Ärztinnen und Ärzten wurde die Frage nicht gestellt, da sie ohnehin bereits viel Verantwortung tragen.

weniger bereit, mehr Verantwortung zu übernehmen als Pflegefachpersonen mit HF-Abschluss. Es ist nicht klar, wie dieses Ergebnis begründet werden kann. Eine Möglichkeit könnte sein, dass diejenigen, die einen FH-Abschluss erlangt haben, bereits mehr Verantwortung bei der Entscheidungsfindung übernehmen müssen und daher nicht wünschen, noch mehr Verantwortung zu tragen.

Auch die Berufserfahrung hat einen Einfluss auf die Bereitschaft, vermehrt Verantwortung zu übernehmen. Insgesamt nimmt die Bereitschaft, vermehrt Verantwortung bei der Entscheidungsfindung zu übernehmen, mit der Berufserfahrung zu (64% bei bis zu einem Jahr Berufserfahrung, 83,5% bei elf und mehr Jahren Berufserfahrung) (vgl. Tabelle T 12.11 im Anhang). Ähnlich wie bei der Bereitschaft, vermehrt gesundheitsfördernd zu arbeiten, fällt auf, dass die 31- bis 45-Jährigen eine überdurchschnitt-

T 6.1 Bereitschaft zur vermehrten Verantwortung bei der Entscheidungsfindung

	Apotheker/innen	Ärzt/innen	Medizinische Praxisfachpersonen	Mitarbeitende der Pflege	Physiotherapeut/innen
Sehr gering (%)	2 (0,3)	0 (0,0)	3 (0,5)	2 (0,4)	1 (0,1)
Gering (%)	17 (2,7)	1 (5,6)	30 (4,9)	12 (2,1)	23 (2,0)
Weder gering noch hoch (%)	103 (16,2)	9 (50,0)	121 (19,7)	62 (11,0)	171 (14,7)
Hoch (%)	331 (52,2)	6 (33,3)	289 (47,1)	240 (42,6)	529 (45,4)
Sehr hoch (%)	169 (26,7)	2 (11,1)	157 (25,6)	245 (43,4)	432 (37,1)
Keine Angabe (%)	12 (1,9)	0 (0,0)	14 (2,3)	3 (0,5)	8 (0,7)
Total (%)	634 (100)	18 (100)	614 (100)	564 (100)	1 164 (100)

Quelle: Online-Befragung von Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – Januar bis Juli 2022. © Obsan 2023

Die zu bewertende Aussage lautete: Wie hoch ist Ihre Bereitschaft, in Ihrer aktuellen Position mehr fachliche Verantwortung in der Entscheidungsfindung zur Versorgung Ihrer Patientinnen und Patienten zu übernehmen?

Die in der Tabelle T 12.10 (im Anhang) ersichtlichen Unterschiede nach Ausbildungsstufe in der Pflege und der medizinischen Praxisassistenten machen deutlich, dass das Interesse an der Übernahme von Verantwortung mit zunehmendem Ausbildungsniveau steigt. Ein Unterschied lässt sich interessanterweise bei den Ausbildungsniveaus Pflege HF und Pflege FH erkennen: Danach sind Pflegefachpersonen mit FH-Abschluss etwas

lich hohe Bereitschaft zeigen, vermehrt Verantwortung bei der Entscheidungsfindung zu übernehmen (vgl. Tabelle T 12.11 im Anhang). Daraus könnte geschlossen werden, dass sich jüngere Personen nach Abschluss ihrer Ausbildung hinsichtlich der Übernahme von Zusatzaufgaben eher zurückhalten. Dies könnte beispielsweise daran liegen, dass sie das Gelernte zuerst in der

Praxis üben und Sicherheit gewinnen möchten, bevor sie zusätzliche anspruchsvolle Aufgaben übernehmen.

Die Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen wurden auch gefragt, wie sie die Rahmenbedingungen für die Übernahme von Verantwortung während ihrer Ausbildung und ihrer Arbeit beurteilen. Die Antworten helfen einzuordnen, warum die verschiedenen Berufsgruppen mehr oder weniger bereit sind, vermehrt Verantwortung bei der Entscheidungsfindung in der ambulanten Grundversorgung ihrer Patientinnen und Patienten zu übernehmen.

Bei der Frage, ob die Grundausbildung die Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen darauf vorbereitet, die Verantwortung bei der Entscheidungsfindung in der ambulanten Grundversorgung von Patientinnen und Patienten mit anderen Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen zu teilen, zeigt sich ein gemischtes Bild: Die befragten Ärztinnen und Ärzte sind eher nicht der Ansicht, dass ihre Grundausbildung sie auf die Teilung von Verantwortung vorbereitete (nicht vorbereitet: 35,9%, teils/teils vorbereitet: 35,2%, vorbereitet: 28,5%). Auch die befragten Apothekerinnen und Apotheker äussern sich diesbezüglich vergleichsweise zurückhaltend: Von ihnen geben 48% an, durch ihre Grundausbildung wenig darauf vorbereitet worden zu sein, Verantwortung zu teilen. Hingegen geben 58,7% der medizinischen Praxisfachpersonen, 58,7% der Mitarbeitenden der Pflege und 54,6% der Physiotherapeutinnen und -therapeuten an, dass ihre Grundausbildung sie wenig auf die Teilung von Verantwortung vorbereitet habe (vgl. Tabelle T 12.16 im Anhang).

Die Mehrheit der Befragten gibt an, dass es nicht fehlendes Wissen oder fehlende Erfahrung seien, die sie an der Übernahme von mehr Verantwortung hinderten (Ärztinnen und Ärzte: 83,4%, Apothekerinnen und Apotheker: 71,2%, medizinische Praxisfachpersonen: 58,4%, Mitarbeitende der Pflege: 75,8%, Physiotherapeutinnen und -therapeuten: 75,8%) (vgl. Tabelle T 12.17 im Anhang).

Bei den Antworten auf die Frage, inwiefern die eigenen Zeitressourcen die Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen daran hindern, mehr Verantwortung zu übernehmen, zeigt sich ein gemischtes Bild (vgl. Tabelle T 12.18 im Anhang). Für die Mehrheit der Apothekerinnen und Apotheker (trifft nicht zu: 37,1%, teils/teils: 41,5%), der medizinischen Praxisfachpersonen (trifft nicht zu: 35,1%, teils/teils: 37,6%) und der Mitarbeitenden der Pflege (trifft nicht zu: 34,6%, teils/teils: 34,6%) sind die begrenzten Zeitressourcen kein oder nur teilweise ein Hindernis, mehr Verantwortung bei der Entscheidungsfindung zu übernehmen. Bei den Ärztinnen und Ärzten sind besonders heterogene Antworten festzustellen: Auf rund ein Drittel trifft es zu, dass sie zu wenig Zeit haben, um mehr Verantwortung zu übernehmen (31,5%), während dies auf rund ein Drittel nur teilweise (31,1%) und auf wiederum ein Drittel nicht zutrifft (33,6%). 36,9% der befragten Physiotherapeutinnen und -therapeuten geben an, dass sie zu wenig Zeit hätten, um mehr Verantwortung zu übernehmen, während dies auf 33,7% teilweise und auf 28,8% nicht zutrifft.

Auch bei der Frage nach der eigenen gesetzlichen Befugnis, mehr Verantwortung übernehmen zu können, zeigen sich unterschiedliche Einschätzungen der Befragten (vgl. Tabelle T 12.19 im Anhang). Eine deutliche Mehrheit der befragten Ärztinnen und

Ärzte gibt an, dass sie gesetzlich befugt sei, mehr Verantwortung zu übernehmen (83,3%). Demgegenüber geben 46,3% der medizinischen Praxisfachpersonen, 39,3% der Mitarbeitenden der Pflege und 46,3% der Physiotherapeutinnen und -therapeuten an, dass sie per Gesetz nicht befugt seien, mehr Verantwortung zu übernehmen. Die befragten Apothekerinnen und Apotheker antworten diesbezüglich heterogener: Für 29,4% der Befragten trifft es zu, dass sie per Gesetz nicht befugt sind, mehr Verantwortung zu übernehmen, während dies für 33% der Befragten nicht und für 33,2% nur teilweise zutrifft.

Ein eher homogenes Bild zeigt sich dagegen bei der Frage nach der finanziellen Vergütung dafür, mehr Verantwortung zu übernehmen (vgl. Tabelle T 12.20 im Anhang). Für 87,9% der befragten Physiotherapeutinnen und -therapeuten trifft es zu, dass sie keine finanzielle Vergütung erhalten, wenn sie mehr Verantwortung übernehmen. Auch die meisten befragten Apothekerinnen und Apotheker (71,9%), medizinischen Praxisfachpersonen (62,1%) und Mitarbeitenden der Pflege (70,1%) geben an, dass es keine finanzielle Entschädigung dafür gebe, mehr Verantwortung zu übernehmen. Überraschend viele der befragten Ärztinnen und Ärzte bestätigen diese Einschätzung für ihre eigene Berufsgruppe: So gibt fast die Hälfte der Befragten an (48,7%), dass es auch für sie keine finanzielle Vergütung dafür gebe, mehr Verantwortung bei der Entscheidungsfindung in der ambulanten Grundversorgung ihrer Patientinnen und Patienten zu übernehmen.

6.2 Bereitschaft, vermehrt Verantwortung abzugeben

Die befragten Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen unterscheiden sich in ihrer Bereitschaft, vermehrt Verantwortung bei der Entscheidungsfindung in der ambulanten Grundversorgung ihrer Patientinnen und Patienten abzugeben (vgl. Tabelle T 6.2). Die Physiotherapeutinnen und -therapeuten und Apothekerinnen und Apotheker sind wenig bereit, vermehrt Verantwortung abzugeben. Die medizinischen Praxisfachpersonen, Ärztinnen und Ärzte sowie Mitarbeitenden der Pflege haben diesbezüglich eine hohe bis sehr hohe Bereitschaft. Vor dem Hintergrund des hohen Verantwortungsgrads der Ärztinnen und Ärzte ist ihre Einstellung wenig überraschend. Auf ihnen lastet bereits heute besonders hohe Entscheidungsverantwortung, sodass der Wunsch, davon etwas abzugeben, nachvollziehbar ist. Bei den Mitarbeitenden der Pflege liegt die Vermutung nahe, dass höher ausgebildete Pflegekräfte mehr Aufgaben und Verantwortung an andere Pflegekräfte mit einer geringeren Ausbildungsstufe abgeben möchten, wenn diese auch über das benötigte Fachwissen dazu verfügen. Diese Vermutung wird in den Ergebnissen jedoch nur teilweise gestützt (vgl. Tabelle T 12.12 im Anhang). Es zeigt sich beispielsweise, dass auch die befragten Fachfrauen und Fachmänner Gesundheit bereit sind, Verantwortung an andere Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen abzugeben. Hier bleibt unklar, an wen die Verantwortung abgegeben werden soll. Aus der Gruppe der Fachfrauen und Fachmänner Gesundheit stammen allerdings im Vergleich zu den Pflegefachpersonen HF und FH wenige Befragte. Deutlich

scheint jedoch, dass MPK eine höhere Bereitschaft als MPA haben, Verantwortung bei der Entscheidungsfindung abzugeben (vgl. Tabelle T 12.12 im Anhang).

Auffällig ist, dass die Bereitschaft der Befragten, vermehrt Verantwortung bei der Entscheidungsfindung in der ambulanten Grundversorgung ihrer Patientinnen und Patienten abzugeben, unabhängig von deren Alter und Berufserfahrung ist (vgl. Tabelle T 12.13 im Anhang). Dieses Ergebnis ist spannend, wird doch in der berufspolitischen Diskussion gemeinhin davon ausgegangen, dass diesbezüglich Zusammenhänge bestehen.

Bei der Betrachtung von weiteren Unterschieden in der Bereitschaft, vermehrt interprofessionell zusammenzuarbeiten, wird deutlich, dass Pflegefachpersonen HF und FH sowie MPK eine sehr hohe Bereitschaft zur interprofessionellen Zusammenarbeit aufweisen (vgl. Tabelle T 12.14 im Anhang). Die Antworten der MPA sprechen dagegen eher für Zurückhaltung. Dies könnte damit erklärt werden, dass MPA heutzutage vorwiegend mit nur einer Berufsgruppe, den Ärztinnen und Ärzten, als ihre Vorgesetzten zusammenarbeiten und andere Berufsgruppen in ihrem Arbeitsalltag weniger wichtig sind.

T 6.2 Bereitschaft zur vermehrten Abgabe von Verantwortung bei der Entscheidungsfindung

	Apotheker/innen	Ärzt/innen	Medizinische Praxisfachpersonen	Mitarbeitende der Pflege	Physiotherapeut/innen
Sehr gering (%)	14 (2,2)	9 (1,7)	11 (1,8)	16 (2,8)	47 (4,1)
Gering (%)	73 (11,6)	60 (11,0)	46 (7,7)	59 (10,5)	164 (14,2)
Weder gering noch hoch (%)	302 (47,9)	204 (37,4)	215 (35,8)	217 (38,6)	494 (42,6)
Hoch (%)	167 (26,5)	204 (37,4)	239 (39,8)	195 (34,7)	330 (28,5)
Sehr hoch (%)	35 (5,6)	60 (11,0)	59 (9,8)	62 (11,0)	98 (8,5)
Keine Angabe (%)	39 (6,2)	8 (1,5)	31 (5,2)	13 (2,3)	26 (2,2)
Total (%)	630 (100)	545 (100)	601 (100)	562 (100)	1 159 (100)

Quelle: Online-Befragung von Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – Januar bis Juli 2022.

© Obsan 2023

Die zu bewertende Aussage lautete: Wie hoch ist Ihre Bereitschaft, mehr fachliche Verantwortung in der Entscheidungsfindung zur Versorgung Ihrer Patientinnen und Patienten an andere Fachpersonen des Gesundheitswesens abzugeben?

6.3 Bereitschaft, vermehrt interprofessionell zusammenzuarbeiten

Die Bereitschaft der Befragten, vermehrt interprofessionell zusammenzuarbeiten, ist im Allgemeinen gegeben. Zwischen rund 75% (Ärztinnen und Ärzte sowie medizinisches Praxispersonal) und 90,2% (Apothekerinnen und Apotheker) der Befragten beurteilen ihre Bereitschaft diesbezüglich als hoch oder als sehr hoch. Allerdings gibt es deutliche Unterschiede. Besonders offen zeigen sich diesbezüglich die Mitarbeitenden der Pflege, die Physiotherapeutinnen und -therapeuten und die Apothekerinnen und Apotheker (vgl. Tabelle T 6.3). Bei den Ärztinnen und Ärzten sowie medizinischen Praxisfachpersonen ist die Bereitschaft zur interprofessionellen Zusammenarbeit geringer.

Insbesondere die befragten Mitarbeitenden der Pflege und die Physiotherapeutinnen und -therapeuten stellen die Führungsrolle der Ärztinnen und Ärzte in interprofessionellen Teams in Frage. Tabelle T 6.4 zeigt, dass 74,9% beziehungsweise 60,7% der Befragten dieser Berufsgruppen der ärztlichen Führungsrolle nicht oder gar nicht zu stimmen. Bei den Apothekerinnen und Apothekern ist dieser Anteil deutlich tiefer und liegt bei 47,2%.

Auch das Alter und die Berufserfahrung scheinen einen Einfluss auf die Bereitschaft der Befragten zu haben, vermehrt interprofessionell zusammenzuarbeiten. Sowohl die 31- bis 45-Jährigen als auch Personen mit sechs bis zehn Jahren Berufserfahrung zeigen sich überdurchschnittlich offen hinsichtlich der Bereitschaft, vermehrt interprofessionell zusammenzuarbeiten (vgl. Tabelle T 12.15 im Anhang).

T 6.3 Bereitschaft zur vermehrten interprofessionellen Zusammenarbeit

	Apotheker/innen	Ärzt/innen	Medizinische Praxis- fachpersonen	Mitarbeitende der Pflege	Physiotherapeut/innen
Sehr gering (%)	1 (0,2)	5 (0,9)	3 (0,4)	2 (0,3)	12 (1,0)
Gering (%)	5 (0,8)	22 (3,9)	9 (1,3)	9 (1,5)	16 (1,3)
Weder gering noch hoch (%)	50 (7,7)	104 (18,6)	128 (18,7)	46 (7,9)	160 (13,2)
Hoch (%)	235 (36,3)	239 (42,7)	311 (45,3)	179 (30,7)	419 (34,7)
Sehr hoch (%)	349 (53,9)	184 (32,9)	208 (30,3)	341 (58,5)	589 (48,7)
Keine Angabe (%)	8 (1,2)	6 (1,1)	27 (3,9)	6 (1,0)	13 (1,1)
<i>Total (%)</i>	<i>648 (100)</i>	<i>560 (100)</i>	<i>686 (100)</i>	<i>583 (100)</i>	<i>1 209 (100)</i>

Quelle: Online-Befragung von Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – Januar bis Juli 2022.

© Obsan 2023

Die zu bewertende Aussage lautete: Wie hoch ist Ihre Bereitschaft, in Ihrer aktuellen Position vermehrt mit anderen Berufsgruppen interprofessionell zusammenzuarbeiten?

T 6.4 Zustimmung zur ärztlichen Führungsrolle in interprofessionellen Teams

	Apotheker/innen	Ärzt/innen	Medizinische Praxis- fachpersonen	Mitarbeitende der Pflege	Physiotherapeut/innen
Stimme gar nicht zu	83 (12,9)	18 (3,2)	48 (7,1)	183 (31,7)	240 (20,0)
Stimme nicht zu	221 (34,3)	56 (10,1)	191 (28,4)	249 (43,2)	490 (40,7)
Bin neutral	220 (34,1)	200 (35,9)	257 (38,2)	102 (17,7)	336 (27,9)
Stimme zu	90 (14,0)	162 (29,1)	112 (16,7)	28 (4,9)	107 (8,9)
Stimme vollkommen zu	18 (2,8)	109 (19,6)	43 (6,4)	10 (1,7)	23 (1,9)
Weiss ich nicht	13 (2,0)	12 (2,2)	21 (3,1)	5 (0,9)	7 (0,6)
<i>Total</i>	<i>645 (100)</i>	<i>557 (100)</i>	<i>672 (100)</i>	<i>577 (100)</i>	<i>1 203 (100)</i>

Quelle: Online-Befragung von Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – Januar bis Juli 2022.

© Obsan 2023

Die zu bewertende Aussage lautete: Bei interprofessionellen Teams sollte die Führungsrolle ärztlich besetzt sein.

7 Individuelle Innovationsfähigkeit

Die individuelle Innovationsfähigkeit wird mittels eines Messinstruments mit zehn Aussagen zu individuellen Einstellungen und Haltungen erhoben. Die Befragten bewerten die Aussagen auf einer fünfstufigen Likert-Skala von 5 (stimme vollkommen zu) bis 1 (stimme gar nicht zu). Die Summe aller Punktwerte ergibt einen Gesamtscore pro Person, der höchste Gesamtscore beträgt 50. Je höher der Gesamtscore, desto höher die Innovationsfähigkeit und desto höher die Bereitschaft zur Veränderung.

Ausgewählte Ergebnisse zur Innovationsfähigkeit finden sich in Tabelle T 7.1. Es zeigt sich, dass die individuelle Innovationsfähigkeit der Befragten insgesamt als hoch zu beurteilen ist. Dies ergibt ein Vergleich mit den Ergebnissen internationaler Literatur (Polster & Villines, 2017; Sarikose & Turkmen, 2020; Stilgenbauer & Fitzpatrick, 2019). Die Mittelwerte³ zwischen den Berufsgruppen unterscheiden sich auf einer breiten Skala jedoch nur wenig, daher ist von einer geringen Relevanz für die Versorgungspraxis auszugehen. So weisen die Mitarbeitenden der Pflege die höchste und die Ärztinnen und Ärzten die geringste individuelle Innovationsfähigkeit auf. Auch die jungen medizinischen Praxisfachpersonen zeigen sich im Vergleich weniger innovationsfähig (vgl. Tabelle T 12.21 im Anhang).

Interessanterweise nehmen die Mittelwerte der Innovationsfähigkeit bei den Ärztinnen und Ärzten mit zunehmendem Alter ab, während sie bei den anderen Berufsgruppen gleichbleiben oder eher zunehmen (vgl. Tabelle T 12.21 im Anhang). Hierfür sind verschiedene Gründe denkbar: Beispielsweise könnte es sein, dass

der Innovationsdruck auf Ärztinnen und Ärzte generell weniger hoch ist als auf andere Berufsgruppen. Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind keine festzustellen. Hingegen weisen die Daten darauf hin, dass die Innovationsfähigkeit mit der Berufserfahrung zunimmt (vgl. Tabelle T 12.22 im Anhang). Bei den Befragten mit bis zu einem Jahr Berufserfahrung liegt sie bei 37. Danach erhöht sie sich mit der Berufserfahrung stetig bis zu einem Wert von 39,1.

T 7.1 Mittelwerte des Innovationsfähigkeitsscores nach Berufs- und Altersgruppe

	Apotheker/innen	Ärzt/innen	Medizinische Praxisfachpersonen	Mitarbeitende der Pflege	Physiotherapeut/innen
Mittelwert	39,1	37,6	38,4	40,2	39,3
Altersgruppen (Mittelwert)					
30-jährig und jünger	38,6	39,4	36,9	40,1	39,7
31- bis 45-jährig	39,1	37,0	39,6	40,3	39,5
46-jährig und älter	39,1	37,7	39,6	40,2	38,9

Quelle: Online-Befragung von Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – Januar bis Juli 2022. © Obsan 2023

³ Die Daten zur individuellen Innovationsfähigkeit sind nicht normalverteilt. Tests zu Gruppenunterschieden mittels Mann-

Whitney-U-Test ergaben jedoch signifikante Unterschiede mit einem p-Wert von < 0,05.

8 Präferenzen der Befragten für Modelle der ambulanten Grundversorgung

In diesem Abschnitt wird darauf eingegangen, welche Versorgungsmodelle die unterschiedlichen Berufsgruppen für die ambulante Grundversorgung präferieren. Wie in Abschnitt 3.4 bereits ausgeführt, wurden die Befragten in einem DCE darum gebeten, anzugeben, welches von zwei verschiedenen Versorgungsmodellen sie für eine Beispielpatientin bevorzugen. Bei der Beispielpatientin handelt es sich um eine 80-jährige Patientin mit Übergewicht, gut eingestelltem Diabetes Mellitus Typ II, wiederkehrenden Knieschmerzen und Anlaufschwierigkeiten. Sie sucht Unterstützung zur Linderung ihrer Beschwerden. Die Versorgungsmodelle bestehen aus vier Merkmalen mit unterschiedlichen Ausprägungen. Die Befragten mussten also die einzelnen Merkmale gewichten respektive gegeneinander abwägen. Die Merkmale mit ihren Ausprägungen sind in Tabelle T 8.1 beschrieben. Die Beispielpatientin ist gemeinsam mit einem Beispiel für ein Choice-Set, das zwei verschiedene Versorgungsmodelle zeigt, in Grafik G 3.1 dargestellt.

Nachfolgend gehen wir auf die Ergebnisse dieser experimentellen Analyse ein. In Abschnitt 8.1 werden die kombinierten Präferenzen aller Befragten, unabhängig von ihrer Berufsgruppe, beschrieben. Um die Präferenzen der Befragten unabhängig von ihrer Berufsgruppe und unabhängig von der Anzahl Befragungsteilnehmenden pro Berufsgruppe anzugeben, wurden aus der Stichprobe jeweils gleich viele Personen aus jeder Berufsgruppe in die Analyse einbezogen. In den Abschnitten 8.2 bis 8.8 folgen die Beschreibungen der Präferenzen der fünf Berufsgruppen und der Unterschiede bei den Präferenzen innerhalb derselben Berufsgruppen. Die Unterschiede werden nach ausbildungsspezifischen und soziodemografischen Charakteristiken der Befragten analysiert. Zu beachten ist, dass sich die angegebenen Präferenzen auf die im Fallbeispiel erläuterte Beispielpatientin beziehen.

8.1 Kombinierte Präferenzen der Befragten unabhängig von ihrem Beruf

8.1.1 Verantwortung für Erstkontakt

Für Patientinnen und Patienten wie die Beispielpatientin bevorzugen die Befragten als Gesamtgruppe ein Versorgungsmodell, in dem die Verantwortung für den Erstkontakt durch die Hausärztin/den Hausarzt übernommen wird (vgl. Tabelle T 8.1). Als zweite

Präferenz folgt die Übernahme der Verantwortung für den Erstkontakt durch eine Physiotherapeutin/einen Physiotherapeuten (OR: 0,716; $p < 0,01$) oder eine Pflegefachperson (OR: 0,699; $p < 0,01$). Sofern keine Fachperson der drei bisher erwähnten Berufsgruppen verfügbar ist, ziehen die Befragten eine Medizinische Praxisassistentin/einen Medizinischen Praxisassistenten (OR: 0,561; $p < 0,01$) einer Apothekerin/einem Apotheker (OR: 0,389; $p < 0,01$) vor.

8.1.2 Verantwortung für Behandlungsplan

Die Präferenzen der Befragten bezüglich Verantwortung für die Entwicklung und Umsetzung des Behandlungsplans stimmen weitgehend mit denen für den Erstkontakt überein. Für die Beispielpatientin bevorzugen die Befragten als Gesamtgruppe ein Versorgungsmodell, in dem die Hausärztin/der Hausarzt die Verantwortung für den Behandlungsplan übernimmt. Die Übernahme der Verantwortung durch eine Physiotherapeutin/einen Physiotherapeuten (OR: 0,583; $p < 0,01$) oder eine Pflegefachperson (OR: 0,57; $p < 0,01$) gilt als zweite Präferenz. Beide Alternativen sind jedoch statistisch signifikant weniger gewünscht. Als dritte Präferenz folgt die Übernahme der Verantwortung für den Behandlungsplan durch eine Medizinische Praxisassistentin/einen Medizinischen Praxisassistenten (OR: 0,418; $p < 0,01$). Am geringsten ist die Präferenz für Optionen, in denen eine Apothekerin/ein Apotheker die Verantwortung für den Behandlungsplan übernimmt (OR: 0,268; $p < 0,01$). Aus Sicht der Befragten sind alle Optionen, welche die Verantwortung für den Behandlungsplan nicht einer Hausärztin/einem Hausarzt übertragen, weniger beliebt.

8.1.3 Art der Entscheidungsfindung

Die Befragten ziehen das Versorgungsmodell, bei dem die beteiligten Fachpersonen Entscheidungen gemeinsam treffen, dem Modell, bei dem eine Fachperson allein die Entscheidungen trifft, vor (OR: 2,113; $p < 0,01$).

8.1.4 Organisationsform

Hinsichtlich der Form der Organisation eines Versorgungsmodells ziehen die Befragten sowohl ein Gesundheitsnetzwerk (OR: 1,525; $p < 0,01$) als auch ein Gesundheitszentrum (OR: 1,331; $p < 0,01$) einer Einzelpraxis vor. Dabei ist die Zustimmung für ein Gesundheitsnetzwerk höher.

8.1.5 Zusammenfassung der kombinierten Präferenzen der Befragten unabhängig von ihrem Beruf

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Gesamtheit der Befragten unabhängig von ihrem Beruf für Patientinnen und Patienten wie die Beispielpatientin Versorgungsmodelle bevorzugt, in denen sowohl der Erstkontakt als auch die Definition des Behandlungsplans durch eine Hausärztin/einen Hausarzt übernommen wird. Steht eine Hausärztin/ein Hausarzt nicht zur Verfügung, präferieren die Befragten für diese Rollen eine Physiotherapeutin/einen Physiotherapeuten oder eine Pflegefachperson. In jedem Fall präferiert die Gesamtheit der Befragten eine gemeinsame Entscheidungsfindung aller beteiligter Fachpersonen. Zudem ziehen die Befragten Gesundheitsnetzwerke und Gesundheitszentren der Einzelpraxis vor.

T 8.1 Kombinierte Präferenzen der Befragungsteilnehmenden unabhängig von ihrem Beruf

	Gesamt	
	Log Odds	SE
Verantwortung für Erstkontakt (ref. Level: Hausärztin/Hausarzt)		
Apotheker/in	0,398***	0,025
Medizinische/r Praxisassistent/in	0,561***	0,032
Pflegefachperson	0,699***	0,044
Physiotherapeut/in	0,716***	0,046
Verantwortung für Behandlungsplan (ref. Level: Hausärztin/Hausarzt)		
Apotheker/in	0,268***	0,017
Medizinische/r Praxisassistent/in	0,418***	0,025
Pflegefachperson	0,57***	0,033
Physiotherapeut/in	0,583***	0,034
Art der Entscheidungsfindung (ref. Level: Eine beteiligte Fachperson entscheidet allein)		
Die beteiligten Fachpersonen entscheiden gemeinsam	2,113***	0,063
Organisationsform (ref. Level: Einzelpraxis)		
Gesundheitsnetzwerk	1,525***	0,066
Gesundheitszentrum	1,331***	0,057
N	32 388	
R ²	0,041	
Max. Possible R ²	0,337	
Log Likelihood	-5,992,552	
Wald Test	1,168,220*** (df = 11)	
LR Test	1,339,789*** (df = 11)	
Score (Logrank) Test	1,312,515*** (df = 11)	

Quelle: Online-Befragung von Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – Januar bis Juli 2022.

© Obsan 2023

Signifikanzniveaus: * = $p < 0,1$; ** = $p < 0,05$; *** = $p < 0,01$.

8.2 Präferenzen der Apothekerinnen und Apotheker

In diesem Abschnitt gehen wir auf die Präferenzen der befragten Apothekerinnen und Apotheker für die zur Diskussion gestellten Versorgungsmodelle ein.

8.2.1 Verantwortung für Erstkontakt

Für Patientinnen und Patienten wie die Beispielpatientin favorisieren die befragten Apothekerinnen und Apotheker ein Versorgungsmodell, in dem eine Fachperson ihrer eigenen Berufsgruppe die Verantwortung für den Erstkontakt mit Patientinnen und Patienten übernimmt (OR: 1,808; $p < 0,01$) (vgl. Tabelle T 8.2). Als zweite Präferenz folgt die Übernahme der Verantwortung durch eine Hausärztin/einen Hausarzt (Referenzkategorie) respektive durch eine Physiotherapeutin/einen Physiotherapeuten (OR: 0,718; $p < 0,01$). Geringere Präferenzen hegen die Apothekerinnen und Apotheker für ein Versorgungsmodell, bei dem eine Pflegefachperson (OR: 0,531; $p < 0,01$) oder eine Medizinische Praxisassistentin/ein Medizinischer Praxisassistent (OR: 0,412; $p < 0,01$) den Erstkontakt übernimmt. Alle Unterschiede zwischen

den Präferenzen für einzelne Berufsgruppen sind statistisch signifikant.

8.2.2 Verantwortung für Behandlungsplan

Die Präferenzen der befragten Apothekerinnen und Apotheker hinsichtlich Übernahme der Verantwortung für die Entwicklung und Umsetzung des Behandlungsplans sind ähnlich wie jene für den Erstkontakt. Sie ziehen ein Versorgungsmodell, in dem eine Fachperson ihrer eigenen Berufsgruppe die Verantwortung für den Behandlungsplan übernimmt, signifikant einem Modell vor, in dem eine Fachperson einer anderen Berufsgruppe diese Verantwortung übernimmt. Dies gilt sowohl für die Hausärztin/den Hausarzt (zweite Präferenz) als auch für die Physiotherapeutin/den Physiotherapeuten (dritte Präferenz, OR: 0,602; $p < 0,01$). Eine Pflegefachperson (OR: 0,492; $p < 0,01$) oder eine Medizinische Praxisassistentin/ein Medizinischer Praxisassistent (OR: 0,333; $p < 0,01$) werden von den Apothekerinnen und Apothekern am wenigsten präferiert für diese Aufgabe.

8.2.3 Art der Entscheidungsfindung

Die befragten Apothekerinnen und Apotheker ziehen ein Versorgungsmodell, in dem die beteiligten Fachpersonen

T 8.2 Präferenzen der Apothekerinnen und Apotheker

	Gesamt	
	Log Odds	SE
Verantwortung für Erstkontakt (ref. Level: Hausärztin/Hausarzt)		
Apotheker/in	1,808***	0,137
Medizinische/r Praxisassistent/in	0,412***	0,033
Pflegefachperson	0,531***	0,046
Physiotherapeut/in	0,718***	0,071
Verantwortung für Behandlungsplan (ref. Level: Hausärztin/Hausarzt)		
Apotheker/in	1,57***	0,122
Medizinische-r Praxisassistent/in	0,333***	0,027
Pflegefachperson	0,492***	0,038
Physiotherapeut/in	0,602***	0,052
Art der Entscheidungsfindung (ref. Level: Eine beteiligte Fachperson entscheidet allein)		
Die beteiligten Fachpersonen entscheiden gemeinsam	2,072***	0,091
Organisationsform (ref. Level: Einzelpraxis)		
Gesundheitsnetzwerk	1,702***	0,114
Gesundheitszentrum	1,803***	0,107
N	8 000	
R2	0,150	
Max. Possible R2	0,500	
Log Likelihood	-2,122,875	
Wald Test	742,910*** (df = 11)	
LR Test	1,299,428*** (df = 11)	
Score (Logrank) Test	1,119,206*** (df = 11)	

Quelle: Online-Befragung von Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – Januar bis Juli 2022. © Obsan 2023

Signifikanzniveaus: * = $p < 0,1$; ** = $p < 0,05$; *** = $p < 0,01$.

Entscheidungen gemeinsam treffen, einem Versorgungsmodell, bei dem eine Fachperson die Entscheidungen allein fällt, deutlich vor (OR: 2,072; $p < 0,01$).

8.2.4 Organisationsform

Die befragten Apothekerinnen und Apotheker ziehen ein Gesundheitszentrum (OR: 1,803; $p < 0,01$) dem Gesundheitsnetzwerk (OR: 1,702; $p < 0,01$) vor. Beide Organisationsformen werden gegenüber der Einzelpraxis (Referenzkategorie) bevorzugt.

8.2.5 Zusammenfassung der Präferenzen der Apothekerinnen und Apotheker

Apothekerinnen und Apotheker wünschen sich für ihre Berufsgruppe zukünftig eine stärkere Rolle in der ambulanten Grundversorgung. Für die Beispielpatientin ziehen sie Versorgungsmodelle, in denen ihre Berufsgruppe sowohl den Erstkontakt als auch den Behandlungsplan verantwortet, den Versorgungsmodellen vor, die diese Aufgaben der Hausärztin/dem Hausarzt oder einer anderen Fachperson zuweisen. Weiter lässt sich erkennen, dass die befragten Apothekerinnen und Apotheker wünschen, dass sie stark in die Entscheidungsfindung einbezogen werden. Dies lässt

sich daraus schliessen, dass sie Versorgungsmodellen, in denen die beteiligten Fachpersonen gemeinsam entscheiden, ebenso den Vorzug geben wie Gesundheitsnetzwerken und Gesundheitszentren.

8.3 Präferenzen der Ärztinnen und Ärzte

In diesem Abschnitt betrachten wir die Präferenzen der befragten Ärztinnen und Ärzte für die zur Diskussion gestellten Versorgungsmodelle.

8.3.1 Verantwortung für Erstkontakt

Die befragten Ärztinnen und Ärzte favorisieren für Patientinnen und Patienten wie die Beispielpatientin ein Versorgungsmodell, in dem eine Hausärztin/ein Hausarzt die Verantwortung für den Erstkontakt übernimmt (vgl. Tabelle T 8.3). Sofern keine Hausärztin/kein Hausarzt verfügbar ist, präferieren die Ärztinnen und Ärzte eine Pflegefachperson (OR: 0,414; $p < 0,01$) oder eine Medizinische Praxisassistentin/einen Medizinischen Praxisassistenten (OR: 0,388; $p < 0,01$). Interessanterweise erachten sie eine Physiotherapeutin/einen Physiotherapeuten als etwas weniger attraktiv für die Übernahme des Erstkontakts (OR: 0,328; $p < 0,01$). Als am wenigsten attraktiv erachten sie ein Versorgungsmodell, bei dem

T 8.3 Präferenzen der Ärztinnen und Ärzte

	Gesamt	
	Log Odds	SE
Verantwortung für Erstkontakt (ref. Level: Hausärztin/Hausarzt)		
Apotheker/in	0,14***	0,017
Medizinische/r Praxisassistent/in	0,388***	0,039
Pflegefachperson	0,414***	0,043
Physiotherapeut/in	0,328***	0,034
Verantwortung für Behandlungsplan (ref. Level: Hausärztin/Hausarzt)		
Apotheker/in	0,098***	0,011
Medizinische/r Praxisassistent/in	0,291***	0,03
Pflegefachperson	0,319***	0,031
Physiotherapeut/in	0,308***	0,028
Art der Entscheidungsfindung (ref. Level: Eine beteiligte Fachperson entscheidet allein)		
Die beteiligten Fachpersonen entscheiden gemeinsam	1,815***	0,091
Organisationsform (ref. Level: Einzelpraxis)		
Gesundheitsnetzwerk	1,334***	0,096
Gesundheitszentrum	1,043	0,069
N	6 662	
R ²	0,146	
Max. Possible R ²	0,500	
Log Likelihood	-1,783,186	
Wald Test	679,330*** (df = 11)	
LR Test	1,051,375*** (df = 11)	
Score (Logrank) Test	930,930*** (df = 11)	

Quelle: Online-Befragung von Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – Januar bis Juli 2022. © Obsan 2023

Signifikanzniveaus: * = $p < 0,1$; ** = $p < 0,05$; *** = $p < 0,01$.

Apothekerinnen und Apotheker für den Erstkontakt verantwortlich sind (OR: 0,14; $p < 0,01$).

8.3.2 Verantwortung für Behandlungsplan

Bezüglich der Übernahme der Verantwortung für die Entwicklung und Umsetzung eines Behandlungsplans für Patientinnen und Patienten wie die Beispielpatientin hegen die befragten Ärztinnen und Ärzte ähnliche Präferenzen wie hinsichtlich der Übernahme der Verantwortung für den Erstkontakt. Sie bevorzugen es, wenn eine Hausärztin/ein Hausarzt den Behandlungsplan entwickelt und umsetzt (Referenzkategorie). Wenn keine Hausärztin/kein Hausarzt verfügbar ist, präferieren die befragten Ärztinnen und Ärzte ein Versorgungsmodell, in dem eine Pflegefachperson (OR: 0,319; $p < 0,01$) die Verantwortung für den Behandlungsplan übernimmt. Weiter sind für die befragten Ärztinnen und Ärzte eine Physiotherapeutin/ein Physiotherapeut (OR: 0,308; $p < 0,01$) oder eine Medizinische Praxisassistentin/ein Medizinischer Praxisassistent (OR: 0,291; $p < 0,01$) als verantwortliche Fachperson für den Behandlungsplan vorstellbar. Im Gegensatz zu den Gewichtungen beim Erstkontakt werden Physiotherapeutinnen und -therapeuten bei der Verantwortung für den Behandlungsplan als geeigneter bewertet als Medizinische Praxisassistentinnen und Medizinische Praxisassistenten. Allerdings sind die Unterschiede gering. Die tiefste Zustimmung zeigen die befragten Ärztinnen und Ärzte für Versorgungsmodelle, in denen eine Apothekerin/ein Apotheker die Verantwortung für den Behandlungsplan trägt (OR: 0,098; $p < 0,01$).

8.3.3 Art der Entscheidungsfindung

Wie die befragten Apothekerinnen und Apotheker präferieren auch die befragten Ärztinnen und Ärzte ein Versorgungsmodell, in dem die beteiligten Fachpersonen Entscheidungen gemeinsam treffen (OR: 1,815; $p < 0,01$). Die Entscheidungsfindung durch eine beteiligte Fachperson allein ist dagegen weniger beliebt.

8.3.4 Organisationsform

Die Ärztinnen und Ärzte ziehen ein Versorgungsmodell, das als Gesundheitsnetzwerk organisiert ist, der Einzelpraxis (OR: 1,334; $p < 0,01$) und auch dem Gesundheitszentrum vor. Demgegenüber unterscheiden sich die Präferenzen für die Einzelpraxis und für das Gesundheitszentrum nur marginal – es spielt den befragten Ärztinnen und Ärzten somit keine Rolle, ob die ambulante Grundversorgung in einem Gesundheitszentrum oder in einer Einzelpraxis organisiert wird.

8.3.5 Zusammenfassung der Präferenzen der Ärztinnen und Ärzte

Insgesamt präferieren die befragten Ärztinnen und Ärzte für Patientinnen und Patienten wie die Beispielpatientin ihre eigene Berufsgruppe für den Erstkontakt und für die Übernahme der Verantwortung für den Behandlungsplan. Dieses Ergebnis war zu erwarten. Den Erstkontakt würden sie – als zweite Präferenz – am ehesten Pflegefachpersonen übertragen. Anders als die Gesamtheit der Befragten (unabhängig ihrer Berufsgruppe) halten die befragten Ärztinnen und Ärzte Physiotherapeutinnen und -therapeuten für den Erstkontakt als weniger geeignet als Pflegefachpersonen. Es ist interessant festzustellen, dass auch Ärztinnen und Ärzte die gemeinsame Entscheidungsfindung und die Organisationsform des Gesundheitsnetzwerkes präferieren.

8.4 Präferenzen der medizinischen Praxisfachpersonen

In diesem Abschnitt gehen wir auf die Präferenzen der medizinischen Praxisfachpersonen für unterschiedliche Modelle der ambulanten Grundversorgung ein. In Abschnitt 8.4.5 legen wir einen besonderen Schwerpunkt auf allfällige Unterschiede zwischen MPA und MPK.

8.4.1 Verantwortung für Erstkontakt

Bei den befragten medizinischen Praxisfachpersonen gibt es keine relevanten Unterschiede bei der Präferenz für Versorgungsmodelle, welche die Verantwortung für den Erstkontakt einer Hausärztin/einem Hausarzt oder einer Medizinischen Praxisassistentin/einem Medizinischen Praxisassistenten zuweisen (vgl. Tabelle T 8.4). Entsprechend gibt es keine statistisch signifikanten Unterschiede. Sofern keine Fachperson der beiden Berufsgruppen verfügbar ist, ziehen die Befragten eine Pflegefachperson (OR: 0,487; $p < 0,01$) oder eine Physiotherapeutin/einen Physiotherapeuten (OR: 0,412; $p < 0,01$) einer Apothekerin/einem Apotheker (OR: 0,250; $p < 0,01$) bezüglich Verantwortung für den Erstkontakt vor.

8.4.2 Verantwortung für Behandlungsplan

Für Patientinnen und Patienten wie die Beispielpatientin bevorzugen die befragten medizinischen Praxisfachpersonen ein Versorgungsmodell, in dem die Verantwortung für die Entwicklung und Umsetzung des Behandlungsplans durch eine Hausärztin/einen Hausarzt getragen wird. Sofern keine Hausärztin/kein Hausarzt verfügbar ist, favorisieren sie die Übernahme der Verantwortung durch eine Fachperson ihrer eigenen Berufsgruppe (OR: 0,836; $p < 0,05$). Als dritte Präferenz bevorzugen sie Modelle, in denen eine Physiotherapeutin/ein Physiotherapeut die Verantwortung

T 8.4 Präferenzen der medizinischen Praxisfachpersonen

	Gesamt	
	Log Odds	SE
Verantwortung für Erstkontakt (ref. Level: Hausärztin/Hausarzt)		
Apotheker/in	0,25***	0,028
Medizinische/r Praxisassistent/in	1,04	0,096
Pflegefachperson	0,487***	0,048
Physiotherapeut/in	0,412***	0,041
Verantwortung für Behandlungsplan (ref. Level: Hausärztin/Hausarzt)		
Apotheker/in	0,208***	0,021
Medizinische/r Praxisassistent/in	0,836**	0,072
Pflegefachperson	0,403***	0,038
Physiotherapeut/in	0,533***	0,047
Art der Entscheidungsfindung (ref. Level: Eine beteiligte Fachperson entscheidet allein)		
Die beteiligten Fachpersonen entscheiden gemeinsam	2,008***	0,095
Organisationsform (ref. Level: Einzelpraxis)		
Gesundheitsnetzwerk	1,241***	0,077
Gesundheitszentrum	1,187***	0,074
N	7 160	
R2	0,111	
Max. Possible R2	0,500	
Log Likelihood	-2,059,731	
Wald Test	556,360*** (df = 11)	
LR Test	843,472*** (df = 11)	
Score (Logrank) Test	747,522*** (df = 11)	

Quelle: Online-Befragung von Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – Januar bis Juli 2022.

© Obsan 2023

Signifikanzniveaus: * = $p < 0,1$; ** = $p < 0,05$; *** = $p < 0,01$.

für den Behandlungsplan übernimmt (OR: 0,533; $p < 0,01$). Am wenigsten Zustimmung erteilen sie Versorgungsmodellen, bei denen eine Pflegefachperson (OR: 0,403; $p < 0,01$) oder eine Apothekerin/ein Apotheker (OR: 0,208; $p < 0,01$) die Verantwortung für den Behandlungsplan übernimmt.

8.4.3 Art der Entscheidungsfindung

Auch die befragten medizinischen Praxisfachpersonen ziehen das Versorgungsmodell, bei dem Entscheidungen von den beteiligten Fachpersonen gemeinsam getroffen werden, dem Versorgungsmodell, in dem eine beteiligte Fachperson die Entscheidungen allein trifft, vor (OR: 2,008; $p < 0,01$).

8.4.4 Organisationsform

Hinsichtlich der Organisationsform eines zukünftigen Versorgungsmodells favorisieren die befragten medizinischen Praxisfachpersonen ein Gesundheitsnetzwerk (OR: 1,241; $p < 0,01$), an zweiter Stelle steht das Gesundheitszentrum (OR: 1,187; $p < 0,01$). Szenarien mit einer dieser Organisationsformen gefallen den Befragten signifikant besser als Szenarien mit einer Einzelpraxis.

8.4.5 Zusammenfassung der Präferenzen der medizinischen Praxisfachpersonen

Auch die befragten medizinischen Praxisfachpersonen haben eine Präferenz für Modelle, die ihrer eigenen Berufsgruppe eine wichtige Rolle übertragen. So lassen sich beispielsweise in dieser Berufsgruppe keine Unterschiede bei der Präferenz für Versorgungsmodelle feststellen, welche die Verantwortung für den Erstkontakt einer Hausärztin/einem Hausarzt oder einer Medizinischen Praxisassistentin/einem Medizinischen Praxisassistenten übertragen. Steht keine Hausärztin/kein Hausarzt zur Verfügung, favorisieren die medizinischen Praxisfachpersonen Modelle, in denen eine Fachperson ihrer eigenen Berufsgruppe die Verantwortung für den Behandlungsplan und dessen Umsetzung übernimmt. Die Übertragung dieser Aufgabe an eine andere Berufsgruppe beurteilen sie als zum Teil deutlich weniger attraktiv. Hinsichtlich der Merkmale «Art der Entscheidungsfindung» und «Organisationsform» unterscheiden sich die befragten medizinischen Praxisfachpersonen dagegen kaum von den anderen Berufsgruppen.

8.4.6 Unterschiede zwischen MPA und MPK

Der folgende Abschnitt geht der Frage nach, inwiefern sich die Präferenzen von Medizinischen Praxisassistentinnen und Praxisassistenten (MPA) und Medizinischen Praxiskoordinatorinnen und Praxiskoordinatoren (MPK) hinsichtlich der vorgeschlagenen Merkmale von zukünftigen Versorgungsmodellen voneinander unterscheiden. Insgesamt zeigt sich, dass es wenig Unterschiede bei den Präferenzen von MPA und MPK gibt (vgl. Tabelle T 8.5). So zeigen sich bei den befragten MPA und MPK keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Frage, wer die Verantwortung für den Erstkontakt und den Behandlungsplan übernehmen soll. Differenzen lassen sich jedoch hinsichtlich der Art der Entscheidungsfindung und der bevorzugten Organisationsform feststellen. Zwar präferieren beide Gruppen Versorgungsmodelle, bei

denen Entscheidungen von allen beteiligten Fachpersonen gemeinsam getroffen werden. Den MPK ist die gemeinsame Entscheidungsfindung aber signifikant wichtiger als den MPA (OR: 1,545; $p < 0,01$). Zudem bevorzugen MPK die Organisationsform eines Gesundheitsnetzwerks signifikant häufiger als die MPA (OR: 1,266; $p < 0,1$). Diese Unterschiede könnten darauf zurückgeführt werden, dass MPK sich zutrauen, sich selbstbewusst in eine gemeinsame Entscheidungsfindung einbringen zu können und dass sie in einem Gesundheitsnetzwerk eine stärkere Position erwarten als in einem Gesundheitszentrum. Ob diese Vermutung zutrifft, müsste allerdings Gegenstand einer vertieften Analyse sein.

T 8.5 Unterschiede bei Präferenzen von MPA und MPK

	Gesamt	
	Log Odds	SE
Verantwortung für Erstkontakt (ref. Level: Hausärztin/Hausarzt)		
Apotheker/in	0,258***	0,035
Medizinische/r Praxisassistent/in	0,961	0,107
Pflegefachperson	0,468***	0,057
Physiotherapeut/in	0,396***	0,05
Apotheker/in × MPK	0,856	0,223
Medizinische/r Praxisassistent/in × MPK	1,196	0,251
Pflegefachperson × MPK	1,013	0,22
Physiotherapeut/in × MPK	1,04	0,229
Verantwortung für Behandlungsplan (ref. Level: Hausärztin/Hausarzt)		
Apotheker/in	0,211***	0,026
Medizinische/r Praxisassistent/in	0,785**	0,086
Pflegefachperson	0,406***	0,047
Physiotherapeut-in	0,509***	0,057
Apotheker/in × MPK	0,81	0,19
Medizinische/r Praxisassistent/in × MPK	1,099	0,202
Pflegefachperson × MPK	0,809	0,17
Physiotherapeut/in × MPK	1,009	0,195
Art der Entscheidungsfindung (ref. Level: Eine beteiligte Fachperson entscheidet allein)		
Die beteiligten Fachpersonen entscheiden gemeinsam	1,708***	0,099
Die beteiligten Fachpersonen entscheiden gemeinsam × MPK	1,545***	0,163
Organisationsform (ref. Level: Einzelpraxis)		
Gesundheitsnetzwerk	1,131	0,088
Gesundheitszentrum	1,146*	0,09
Gesundheitsnetzwerk × MPK	1,266*	0,17
Gesundheitszentrum × MPK	1,118	0,152
N	7 020	
R ²	0,115	
Max. Possible R ²	0,500	
Log Likelihood	-2,003,587	
Wald Test	558,090*** (df = 22)	
LR Test	858,719*** (df = 22)	
Score (Logrank) Test	757,430*** (df = 22)	

Quelle: Online-Befragung von Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – Januar bis Juli 2022. © Obsan 2023

Signifikanzniveaus: * = $p < 0,1$; ** = $p < 0,05$; *** = $p < 0,01$.

8.5 Präferenzen der Mitarbeitenden der Pflege

In diesem Abschnitt geht es um die Präferenzen der Mitarbeitenden der Pflege für die zur Diskussion gestellten Versorgungsmodelle. Ergänzend suchen wir nach Unterschieden zwischen Pflegefachpersonen HF und FH.

8.5.1 Verantwortung für Erstkontakt

Für Patientinnen und Patienten wie die Beispielpatientin favorisieren die befragten Mitarbeitenden der Pflege Versorgungsmodelle, in der eine Pflegefachperson die Verantwortung für den Erstkontakt übernimmt (OR: 1,534; $p < 0,01$) (vgl. Tabelle T 8.6). An zweiter Stelle stehen für sie Versorgungsmodelle mit einer Hausärztin/einem Hausarzt als Erstkontakt (Referenzkategorie). Diese Modelle erachten sie als attraktiver als Modelle mit einer Physiotherapeutin/einem Physiotherapeuten als Erstkontakt (OR: 0,799; $p < 0,01$). Modelle, bei denen der Erstkontakt durch eine Medizinische Praxisassistentin/einen Medizinischen Praxisassistenten (OR: 0,603; $p < 0,01$) oder durch eine Apothekerin/einen Apotheker (OR: 0,424; $p < 0,01$) verantwortet wird, sind nochmals deutlich weniger beliebt.

8.5.2 Verantwortung für Behandlungsplan

Die Präferenzen der befragten Mitarbeitenden der Pflege hinsichtlich der Übernahme von Verantwortung für die Entwicklung und Umsetzung des Behandlungsplans sind ähnlich wie jene hinsichtlich des Erstkontakts. Sie bevorzugen ein Versorgungsmodell, in dem eine Pflegefachperson die Verantwortung für den Behandlungsplan übernimmt (OR: 1,617; $p < 0,01$). Eine Hausärztin/ein Hausarzt steht für sie in dieser Funktion an zweiter Stelle. An dritter Stelle steht bezüglich Verantwortung für den Behandlungsplan eine Physiotherapeutin/ein Physiotherapeut (OR: 0,799; $p < 0,05$), gefolgt von einer Medizinischen Praxisassistentin/einem Medizinischen Praxisassistenten (OR: 0,514; $p < 0,01$) und einer Apothekerin/einem Apotheker (OR: 0,375; $p < 0,01$).

8.5.3 Art der Entscheidungsfindung

Wie auch die anderen Berufsgruppen präferieren die befragten Mitarbeitenden der Pflege ein Versorgungsmodell, in dem die beteiligten Fachpersonen Entscheidungen gemeinsame treffen (OR: 2,711; $p < 0,01$). Die Entscheidungsfindung durch eine beteiligte Fachperson allein ist dagegen signifikant weniger beliebt.

T 8.6 Präferenzen der Mitarbeitenden der Pflege

	Gesamt	
	Log Odds	SE
Verantwortung für Erstkontakt (ref. Level: Hausärztin/Hausarzt)		
Apotheker/in	0,412***	0,038
Medizinische/r Praxisassistent/in	0,595***	0,052
Pflegefachperson	1,617***	0,148
Physiotherapeut/in	0,799**	0,082
Verantwortung für Behandlungsplan (ref. Level: Hausärztin/Hausarzt)		
Apotheker/in	0,375***	0,038
Medizinische/r Praxisassistent/in	0,514***	0,053
Pflegefachperson	1,753***	0,163
Physiotherapeut/in	0,766***	0,065
Art der Entscheidungsfindung (ref. Level: Eine beteiligte Fachperson entscheidet allein)		
Die beteiligten Fachpersonen entscheiden gemeinsam	2,711***	0,128
Organisationsform (ref. Level: Einzelpraxis)		
Gesundheitsnetzwerk	1,875***	0,135
Gesundheitszentrum	1,567***	0,116
N	7 014	
R ²	0,161	
Max. Possible R ²	0,500	
Log Likelihood	-1,813,367	
Wald Test	813,310*** (df = 11)	
LR Test	1,235,000*** (df = 11)	
Score (Logrank) Test	1,096,809*** (df = 11)	

Quelle: Online-Befragung von Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – Januar bis Juli 2022.

© Obsan 2023

Signifikanzniveaus: * = $p < 0,1$; ** = $p < 0,05$; *** = $p < 0,01$.

8.5.4 Organisationsform

Hinsichtlich der Organisationsform ist ein Gesundheitsnetzwerk (OR: 1,875; $p < 0,01$) unter den befragten Mitarbeitenden der Pflege am beliebtesten. An zweiter Stelle steht das Gesundheitszentrum (OR: 1,567; $p < 0,01$). Beide Organisationsformen werden der Einzelpraxis (Referenzkategorie) vorgezogen.

8.5.5 Zusammenfassung der Präferenzen der Mitarbeitenden der Pflege

Es ist spannend festzustellen, dass die befragten Mitarbeitenden der Pflege Versorgungsmodelle präferieren, in der ein Mitglied ihrer eigenen Berufsgruppe die Verantwortung für den Erstkontakt übernimmt. Wie die Apothekerinnen und Apotheker wünschen sie sich für ihre Berufsgruppe eine prominenter Rolle beim Erstkontakt, aber auch bei der Definition und der Umsetzung des Behandlungsplans. Die Hausärztin/der Hausarzt steht bei beiden Merkmalen in der Präferenzskala an zweiter Stelle. Keine Unterschiede zu den anderen Berufsgruppen gibt es dagegen, was die Merkmale «Art der Entscheidungsfindung» und «Organisationsform» betrifft. Auch die Mitarbeitenden der Pflege bevorzugen die gemeinsame Entscheidungsfindung und das Gesundheitsnetzwerk.

8.5.6 Unterschiede zwischen Pflegefachpersonen HF und FH

Im Folgenden widmen wir uns den Unterschieden bei den Präferenzen von Pflegefachpersonen mit einem Bildungsabschluss der Höheren Fachschule (HF) und Pflegefachpersonen mit einem Bildungsabschluss der Fachhochschule (FH).

Insgesamt sind zwei signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen festzustellen (vgl. Tabelle T 8.7): Einerseits zeigen sich Pflegefachpersonen HF signifikant weniger offen als Pflegefachpersonen FH gegenüber Versorgungsmodellen, in denen Physiotherapeutinnen und -therapeuten für die Entwicklung und Umsetzung eines Behandlungsplans verantwortlich sind (OR: 0,678; $p < 0,05$). Andererseits ist es ihnen weniger wichtiger als ihren Berufskolleginnen und -kollegen mit FH-Abschluss, dass Entscheidungen von allen beteiligten Fachpersonen gemeinsam getroffen werden (OR: 1,195; $p < 0,1$). Es kann die Hypothese aufgestellt werden, dass Pflegefachpersonen FH besser mit dem Qualifikationsniveau von Physiotherapeutinnen und -therapeuten vertraut sind als Pflegefachpersonen HF, da Physiotherapeutinnen und -therapeuten ebenfalls an Fachhochschulen ausgebildet werden. Zudem trauen sie sich – ähnlich wie die MPK –

möglicherweise eher zu, sich in eine gemeinsame Entscheidungsfindung einzubringen.

8.6 Präferenzen der Physiotherapeutinnen und -therapeuten

In diesem Abschnitt gehen wir auf die Präferenzen der befragten Physiotherapeutinnen und -therapeuten für die zur Diskussion gestellten Versorgungsmodelle ein.

T 8.7 Unterschiede zwischen Pflegefachpersonen HF und FH

	Gesamt	
	Log Odds	SE
Verantwortung für Erstkontakt (ref. Level: Hausärztin/Hausarzt)		
Apotheker/in	0,418***	0,049
Medizinische/r Praxisassistent/in	0,629***	0,068
Pflegefachperson	1,589***	0,185
Physiotherapeut/in	0,827	0,11
Apotheker/in × FH	0,901	0,178
Medizinische/r Praxisassistent/in × FH	0,914	0,178
Pflegefachperson × FH	1,018	0,205
Physiotherapeut/in × FH	0,899	0,201
Verantwortung für Behandlungsplan (ref. Level: Hausärztin/Hausarzt)		
Apotheker/in	0,41***	0,052
Medizinische/r Praxisassistent/in	0,562***	0,073
Pflegefachperson	1,787***	0,215
Physiotherapeut/in	0,871	0,096
Apotheker/in × FH	0,725	0,166
Medizinische/r Praxisassistent/in × FH	0,76	0,17
Pflegefachperson × FH	0,903	0,182
Physiotherapeut/in × FH	0,678**	0,122
Art der Entscheidungsfindung (ref. Level: Eine beteiligte Fachperson entscheidet allein)		
Die beteiligten Fachpersonen entscheiden gemeinsam	2,573***	0,154
Die beteiligten Fachpersonen entscheiden gemeinsam × FH	1,195*	0,124
Organisationsform (ref. Level: Einzelpraxis)		
Gesundheitsnetzwerk	1,9***	0,172
Gesundheitszentrum	1,556***	0,146
Gesundheitsnetzwerk in × FH	1,059	0,168
Gesundheitszentrum in × FH	1,1	0,178
N	6 744	
R ²	0,164	
Max. Possible R ²	0,500	
Log Likelihood	-1,731,864	
Wald Test	788,420*** (df = 22)	
LR Test	1,210,857*** (df = 22)	
Score (Logrank) Test	1,073,033*** (df = 22)	

Quelle: Online-Befragung von Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – Januar bis Juli 2022. © Obsan 2023

Signifikanzniveaus: * = $p < 0,1$; ** = $p < 0,05$; *** = $p < 0,01$.

8.6.1 Verantwortung für Erstkontakt

Auch die befragten Physiotherapeutinnen und -therapeuten wünschen sich für Patientinnen und Patienten wie die Beispielpatientin ein Versorgungsmodell, in dem eine Fachperson aus ihrer eigenen Berufsgruppe die Verantwortung für den Erstkontakt trägt (OR: 3,051; $p < 0,01$) (vgl. Tabelle T 8.8). Sofern keine Physiotherapeutin/kein Physiotherapeut verfügbar ist, geht die Präferenz dahin, dass eine Hausärztin/ein Hausarzt diese Funktion übernimmt (Referenzkategorie). An dritter Stelle stehen Modelle, welche die Aufgabe des Erstkontakts einer Pflegefachperson übertragen (OR: 0,703; $p < 0,01$). Es folgen eine Medizinische Praxisassistentin/ein Medizinischer Praxisassistent (OR: 0,494; $p < 0,01$) vor einer Apothekerin/einem Apotheker (OR: 0,361; $p < 0,01$). Modelle, bei denen eine Fachperson aus einer anderen Berufsgruppe für den Erstkontakt verantwortlich ist, sind statistisch signifikant weniger beliebt als das Modell, das eine Physiotherapeutin/einen Physiotherapeuten als Erstkontakt vorsieht.

und -therapeuten am liebsten in den Händen einer Fachperson ihrer eigenen Berufsgruppe wissen (OR: 2,971; $p < 0,01$). Als zweite Präferenz folgt ein Modell mit der Übernahme der Verantwortung durch eine Hausärztin/einen Hausarzt (Referenzkategorie). Die Pflegefachperson als Verantwortliche für den Behandlungsplan wird als dritte Präferenz (OR: 0,58; $p < 0,01$) – vor der Medizinischen Praxisassistentin/dem Medizinischen Praxisassistenten (OR: 0,466; $p < 0,01$) und der Apothekerin/dem Apotheker (OR: 0,259; $p < 0,01$) – angegeben.

8.6.3 Art der Entscheidungsfindung

Ein Versorgungsmodell, in dem die beteiligten Fachpersonen Entscheidungen gemeinsam treffen, wird auch von den befragten Physiotherapeutinnen und -therapeuten deutlich präferiert (OR: 2,542; $p < 0,01$).

T 8.8 Präferenzen der Physiotherapeutinnen und -therapeuten

	Gesamt	
	Log Odds	SE
Verantwortung für Erstkontakt (ref. Level: Hausärztin/Hausarzt)		
Apotheker/in	0,361***	0,025
Medizinische/r Praxisassistent/in	0,494***	0,032
Pflegefachperson	0,703***	0,047
Physiotherapeut/in	3,051***	0,215
Verantwortung für Behandlungsplan (ref. Level: Hausärztin/Hausarzt)		
Apotheker/in	0,259***	0,018
Medizinische/r Praxisassistent/in	0,466***	0,032
Pflegefachperson	0,58***	0,042
Physiotherapeut/in	2,971***	0,207
Art der Entscheidungsfindung (ref. Level: Eine beteiligte Fachperson entscheidet allein)		
Die beteiligten Fachpersonen entscheiden gemeinsam	2,542***	0,088
Organisationsform (ref. Level: Einzelpraxis)		
Gesundheitsnetzwerk	1,746***	0,088
Gesundheitszentrum	1,403***	0,074
N	14 510	
R ²	0,193	
Max. Possible R ²	0,500	
Log Likelihood	-3,474,630	
Wald Test	2,013,470*** (df = 11)	
LR Test	3,108,305*** (df = 11)	
Score (Logrank) Test	2,736,593*** (df = 11)	

Quelle: Online-Befragung von Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – Januar bis Juli 2022.

© Obsan 2023

Signifikanzniveaus: * = $p < 0,1$; ** = $p < 0,05$; *** = $p < 0,01$.

8.6.2 Verantwortung für Behandlungsplan

Auch die Verantwortung für die Entwicklung und die Umsetzung eines Behandlungsplans für Patientinnen und Patienten wie die Beispielpatientin möchten die befragten Physiotherapeutinnen

8.6.4 Organisationsform

Hinsichtlich der Organisationsform eines zukünftigen Versorgungsmodells favorisieren die befragten Physiotherapeutinnen und -therapeuten ein Gesundheitsnetzwerk (OR: 1,746; $p < 0,01$).

An zweiter Stelle steht ein Gesundheitszentrum (OR: 1,403; $p < 0,01$), die Einzelpraxis steht an dritter Stelle.

8.6.5 Zusammenfassung der Präferenzen der Physiotherapeutinnen und -therapeuten

Wiederum ist festzustellen, dass der eigenen Berufsgruppe zugeordnet wird, wichtige Funktionen in der ambulanten Grundversorgung zu übernehmen. Auch die befragten Physiotherapeutinnen und -therapeuten wünschen sich ein Versorgungsmodell, in dem für Patientinnen und Patienten wie die Beispielpatientin eine Fachperson aus ihrer eigenen Berufsgruppe die Verantwortung für den Erstkontakt und auch für den Behandlungsplan trägt. An zweiter Stelle steht die Hausärztin/der Hausarzt, an letzter Stelle steht eine Apothekerin/ein Apotheker. Keine Unterschiede zu den anderen Berufsgruppen gibt es, was die Art der Entscheidungsfindung und die Organisationsform betrifft.

8.7 Unterschiede zwischen Altersgruppen in allen Berufsgruppen

Um Unterschiede bei den Präferenzen von verschiedenen Altersgruppen zu untersuchen, vergleichen wir die Antworten der befragten Fachpersonen, die 45 Jahre alt oder älter sind, mit denen ihrer jüngeren Berufskolleginnen und -kollegen.

Zuerst betrachten wir die Berufsgruppe der Apothekerinnen und Apotheker. Die Präferenzen der beiden Altersgruppen hinsichtlich der vorgeschlagenen Merkmale von zukünftigen Versorgungsmodellen unterscheiden sich wenig (vgl. Tabelle T 12.23 im Anhang). Der einzige Unterschied ist, dass die älteren Apothekerinnen und Apotheker einem Modell, in dem die Verantwortung für den Erstkontakt durch eine Medizinische Praxisassistentin/einen Medizinischen Praxisassistenten übernommen wird, noch skeptischer gegenüberstehen als ihre jüngerem Berufskolleginnen und -kollegen (OR: 0,594; $p < 0,01$).

Auch bei den befragten Ärztinnen und Ärzte gibt wenige Unterschiede bei den Präferenzen zwischen den zwei Altersgruppen (vgl. Tabelle T 8.9). Auffällig sind jedoch die unterschiedlichen Präferenzen betreffend die für den Erstkontakt verantwortlichen Fachpersonen. Die befragten älteren Ärztinnen und Ärzte sind im Vergleich zu den jüngeren Ärztinnen und Ärzte signifikant weniger offen für Versorgungsmodelle, in denen eine Physiotherapeutin/ein Physiotherapeut (OR: 0,485; $p < 0,01$) oder eine Pflegefachperson (OR: 0,673; $p < 0,1$) die Verantwortung für den Erstkontakt übernimmt. Besonders skeptisch sind die älteren Ärztinnen und Ärzte im Vergleich zu ihren jüngeren Berufskolleginnen und -kollegen gegenüber einer Physiotherapeutin/einem Physiotherapeuten als verantwortliche Fachperson für den Erstkontakt.

T 8.9 Unterschiede zwischen Altersgruppen bei den befragten Ärztinnen und Ärzten

	Gesamt	
	Log Odds	SE
Verantwortung für Erstkontakt (ref. Level: Hausärztin/Hausarzt)		
Apotheker/in	0,186***	0,045
Medizinische/r Praxisassistent/in	0,394***	0,078
Pflegefachperson	0,555***	0,115
Physiotherapeut/in	0,567***	0,114
Apotheker/in × 45-jährig und älter	0,673	0,189
Medizinische/r Praxisassistent/in × 45-jährig und älter	0,984	0,226
Pflegefachperson × 45-jährig und älter	0,673*	0,161
Physiotherapeut/in × 45-jährig und älter	0,485***	0,114
Verantwortung für Behandlungsplan (ref. Level: Hausärztin/Hausarzt)		
Apotheker/in	0,102***	0,024
Medizinische/r Praxisassistent/in	0,237***	0,055
Pflegefachperson	0,309***	0,063
Physiotherapeut/in	0,383***	0,07
Apotheker/in × 45-jährig und älter	0,927	0,25
Medizinische/r Praxisassistent/in × 45-jährig und älter	1,282	0,333
Pflegefachperson × 45-jährig und älter	1,039	0,241
Physiotherapeut/in × 45-jährig und älter	0,744	0,157
Art der Entscheidungsfindung (ref. Level: Eine beteiligte Fachperson entscheidet allein)		
Die beteiligten Fachpersonen entscheiden gemeinsam	2,042***	0,214
Die beteiligten Fachpersonen entscheiden gemeinsam × 45-jährig und älter	0,864	0,103
Organisationsform (ref. Level: Einzelpraxis)		
Gesundheitsnetzwerk	1,17	0,178
Gesundheitszentrum	0,961	0,137
Gesundheitsnetzwerk in × 45-jährig und älter	1,199	0,208
Gesundheitszentrum in × 45-jährig und älter	1,115	0,181
N	6 640	
R ²	0,150	
Max. Possible R ²	0,500	
Log Likelihood	-1,762.006	
Wald Test	687,420*** (df = 22)	
LR Test	1,078,486*** (df = 22)	
Score (Logrank) Test	952,008*** (df = 22)	

Quelle: Online-Befragung von Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – Januar bis Juli 2022. © Obsan 2023

Signifikanzniveaus: * = $p < 0,1$; ** = $p < 0,05$; *** = $p < 0,01$.

Bei den beiden Altersgruppen der medizinischen Praxisfachpersonen lässt sich ein Unterschied bei der Frage beobachten, welche Rolle Apothekerinnen und Apotheker beim Erstkontakt übernehmen können. Ältere medizinische Praxisfachpersonen sind besonders skeptisch gegenüber einer Apothekerin/einem Apotheker als verantwortliche Person für den Erstkontakt (OR: 0,476; $p < 0,05$).

Bei den befragten Mitarbeitenden der Pflege lassen sich keine Unterschiede bei den Präferenzen der beiden Altersgruppen feststellen. Dagegen zeigen sich Unterschiede zwischen den beiden Altersgruppen der befragten Physiotherapeutinnen und -therapeuten (vgl. Tabelle T 8.10). So zeigen sich die älteren Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten im Vergleich zu ihren jüngere Berufskolleginnen und -kollegen weniger offen bezüglich der Fachpersonen, welche die Verantwortung für den Erstkontakt und den Behandlungsplan übernehmen können. Insbesondere

Versorgungsmodelle, in denen eine Medizinische Praxisassistentin/ein Medizinischer Praxisassistent (OR: 0,676; $p < 0,01$) oder eine Pflegefachperson den Erstkontakt gewährleistet (OR: 0,794; $p < 0,1$), stossen bei den über 45-jährigen Physiotherapeutinnen und -therapeuten auf grössere Skepsis als bei ihren jüngeren Berufskolleginnen und -kollegen. Interessanterweise sind die älteren Physiotherapeutinnen und -therapeuten auch hinsichtlich ihrer eigenen Berufsgruppe etwas zurückhaltender als ihre jüngeren Berufskolleginnen und -kollegen (OR: 0,741; $p < 0,05$). Für das Modell mit einer Pflegefachperson als verantwortliche Fachperson für die Entwicklung und Umsetzung des Behandlungsplans zeigen sich Physiotherapeutinnen und -therapeuten im Alter von 45 Jahren und älter ebenfalls weniger offen als ihre jüngeren Berufskolleginnen und -kollegen (OR: 0,718; $p < 0,05$).

Grundsätzlich zeigt der Vergleich zwischen den zwei Altersgruppen jedoch ein weitgehend erwartetes Ergebnis: Die jüngeren

T 8.10 Unterschiede zwischen Altersgruppen bei den befragten Physiotherapeutinnen und -therapeuten

	Gesamt	
	Log Odds	SE
Verantwortung für Erstkontakt (ref. Level: Hausärztin/Hausarzt)		
Apotheker/in	0,385***	0,036
Medizinische/r Praxisassistent/in	0,592***	0,052
Pflegefachperson	0,784***	0,071
Physiotherapeut/in	3,562***	0,353
Apotheker/in × 45-jährig und älter	0,864	0,121
Medizinische/r Praxisassistent/-in × 45-jährig und älter	0,676***	0,088
Pflegefachperson × 45-jährig und älter	0,794*	0,107
Physiotherapeut/in × 45-jährig und älter	0,741**	0,106
Verantwortung für Behandlungsplan (ref. Level: Hausärztin/Hausarzt)		
Apotheker/in	0,259***	0,025
Medizinische/r Praxisassistent/in	0,5***	0,045
Pflegefachperson	0,678***	0,067
Physiotherapeut/in	3,146***	0,303
Apotheker/in × 45-jährig und älter	0,991	0,139
Medizinische/r Praxisassistent/-in × 45-jährig und älter	0,849	0,116
Pflegefachperson × 45-jährig und älter	0,718**	0,104
Physiotherapeut/in × 45-jährig und älter	0,901	0,127
Art der Entscheidungsfindung (ref. Level: Eine beteiligte Fachperson entscheidet allein)		
Die beteiligten Fachpersonen entscheiden gemeinsam	2,667***	0,127
Die beteiligten Fachpersonen entscheiden gemeinsam × 45-jährig und älter	0,916	0,064
Organisationsform (ref. Level: Einzelpraxis)		
Gesundheitsnetzwerk	1,859***	0,128
Gesundheitszentrum	1,522***	0,113
Gesundheitsnetzwerk in × 45-jährig und älter	0,89	0,091
Gesundheitszentrum in × 45-jährig und älter	0,857	0,091
N	14 494	
R ²	0,194	
Max. Possible R ²	0,500	
Log Likelihood	-3,461,655	
Wald Test	2,002,590*** (df = 22)	
LR Test	3,123,165*** (df = 22)	
Score (Logrank) Test	2,742,531*** (df = 22)	

Quelle: Online-Befragung von Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – Januar bis Juli 2022. © Obsan 2023

Signifikanzniveaus: * = $p < 0,1$; ** = $p < 0,05$; *** = $p < 0,01$.

Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen zeigen sich gegenüber neuen Versorgungsmodellen offener als die älteren. Allerdings – und dies ist doch überraschend – sind die Unterschiede im Allgemeinen eher klein. Sowohl jüngere wie auch ältere Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen können sich für ihre eigene Berufsgruppe in der Regel eine zentralere Rolle in der zukünftigen ambulanten Grundversorgung vorstellen als dies heute der Fall ist. Allen voran gilt dies für die Physiotherapeutinnen und -therapeuten.

8.8 Unterschiede zwischen Sprachregionen in allen Berufsgruppen

Aus gesundheitspolitischer Sicht besonders wichtig ist auch die Frage nach den Unterschieden zwischen den Sprachregionen. In

den folgenden Ausführungen gehen wir dieser Thematik nach, indem wir nach Unterschieden zwischen denjenigen suchen, welche die Online-Befragung auf Deutsch oder auf Französisch beantwortet haben.

Betrachten wir dazu zuerst die Berufsgruppe der Apothekerinnen und Apotheker (vgl. Tabelle T 8.11). Bei den Präferenzen hinsichtlich der Übernahme der Verantwortung für den Erstkontakt und der Entwicklung und Umsetzung des Behandlungsplans lassen sich keine Unterschiede zwischen den Apothekerinnen und Apotheker der beiden Sprachregionen feststellen. Signifikante Unterschiede zeigen sich jedoch bei den Präferenzen für die Art der Entscheidungsfindung und die Organisationsform: Den französischsprachigen Apothekerinnen und Apothekern sind die Art der Entscheidungsfindung (OR: 0,859; $p < 0,1$) und die Organisationsformen signifikant weniger wichtig als ihren deutschsprachigen

T 8.11 Unterschiede zwischen Sprachregionen bei den befragten Apothekerinnen und Apothekern

	Gesamt	
	Log Odds	SE
Verantwortung für Erstkontakt (ref. Level: Hausärztin/Hausarzt)		
Apotheker/in	1,959***	0,196
Medizinische/r Praxisassistent/in	0,417***	0,045
Pflegefachperson	0,55***	0,063
Physiotherapeut/in	0,718**	0,098
Apotheker/in × französischsprachig	0,827	0,127
Medizinische/r Praxisassistent/in × französischsprachig	0,951	0,153
Pflegefachperson × französischsprachig	0,911	0,159
Physiotherapeut/in × französischsprachig	0,97	0,193
Verantwortung für Behandlungsplan (ref. Level: Hausärztin/Hausarzt)		
Apotheker/in	1,711***	0,181
Medizinische/r Praxisassistent/in	0,337***	0,038
Pflegefachperson	0,481***	0,051
Physiotherapeut/-in	0,631***	0,073
Apotheker/in × französischsprachig	0,836	0,132
Medizinische/r Praxisassistent/-in × französischsprachig	0,943	0,157
Pflegefachperson × französischsprachig	1,06	0,167
Physiotherapeut/-in × französischsprachig	0,903	0,156
Art der Entscheidungsfindung (ref. Level: Eine beteiligte Fachperson entscheidet allein)		
Die beteiligten Fachpersonen entscheiden gemeinsam	2,226***	0,137
Die beteiligten Fachpersonen entscheiden gemeinsam × französischsprachig	0,859*	0,076
Organisationsform (ref. Level: Einzelpraxis)		
Gesundheitsnetzwerk	1,941***	0,185
Gesundheitszentrum	2,039***	0,167
Gesundheitsnetzwerk in × französischsprachig	0,754**	0,102
Gesundheitszentrum in × französischsprachig	0,759**	0,091
N	8 000	
R ²	0,151	
Max. Possible R ²	0,500	
Log Likelihood	-2,117,071	
Wald Test	740,710*** (df = 22)	
LR Test	1,311,036*** (df = 22)	
Score (Logrank) Test	1,127,043*** (df = 22)	

Quelle: Online-Befragung von Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – Januar bis Juli 2022. © Obsan 2023

Signifikanzniveaus: * = $p < 0,1$; ** = $p < 0,05$; *** = $p < 0,01$.

Berufskolleginnen und -kollegen (Gesundheitsnetzwerk OR: 0,754; $p < 0,05$ und Gesundheitszentrum OR: 0,759; $p < 0,05$).

Auch die Präferenzen der deutsch- und der französischsprachigen Ärztinnen und Ärzte unterscheiden sich (vgl. Tabelle T 8.12). So sind die französischsprachigen Ärztinnen und Ärzte offener gegenüber einigen der im Experiment vorgeschlagenen Merkmale des Versorgungsmodells als ihre deutschsprachigen Berufskolleginnen und -kollegen. Zwar bevorzugen beide Personengruppen Versorgungsmodelle, bei denen eine Hausärztin/ein Hausarzt die Verantwortung für den Erstkontakt und den Behandlungsplan bei Patientinnen und Patienten wie die Beispielpatientin übernehmen. Die französischsprachigen Ärztinnen und Ärzte zeigen sich jedoch etwas offener für Modelle, in denen anderen Berufsgruppen als ihre eigene die Verantwortung für den Erstkontakt und den Behandlungsplan übertragen wird. Beispielsweise

können sie sich eine Pflegefachperson in dieser Rolle eher vorstellen als ihre deutschsprachigen Berufskolleginnen und -kollegen (Erstkontakt OR: 2,979; $p < 0,01$; Behandlungsplan OR: 2,496; $p < 0,01$). Dasselbe gilt bezüglich Übernahme der Verantwortung durch eine Physiotherapeutin/einen Physiotherapeuten (Erstkontakt OR: 2,325; $p < 0,01$; Behandlungsplan OR: 1,598; $p < 0,01$), eine Medizinische Praxisassistentin/einen Medizinischen Praxisassistenten (Erstkontakt OR: 2,305; $p < 0,01$; Behandlungsplan OR: 2,412; $p < 0,01$) oder eine Apothekerin/einen Apotheker (Erstkontakt OR: 3,986 $p < 0,01$; Behandlungsplan OR: 2,412; $p < 0,01$). Auch gefällt den französischsprachigen Ärztinnen und Ärzten die Option der ambulanten Grundversorgung mit Gesundheitsnetzwerken signifikant besser als den deutschsprachigen Ärztinnen und Ärzten (OR: 1,474; $p < 0,05$). Das zuletzt genannte Ergebnis lässt sich möglicherweise damit begründen, dass

T 8.12 Unterschiede zwischen Sprachregionen bei den befragten Ärztinnen und Ärzten

	Gesamt	
	Log Odds	SE
Verantwortung für Erstkontakt (ref. Level: Hausärztin/Hausarzt)		
Apotheker/in	0,081***	0,015
Medizinische/r Praxisassistent/in	0,279***	0,037
Pflegefachperson	0,277***	0,038
Physiotherapeut/in	0,232***	0,032
Apotheker/in × französischsprachig	3,986***	1,018
Medizinische/r Praxisassistent/-in × französischsprachig	2,305***	0,497
Pflegefachperson × französischsprachig	2,979***	0,653
Physiotherapeut/in × französischsprachig	2,325***	0,511
Verantwortung für Behandlungsplan (ref. Level: Hausärztin/Hausarzt)		
Apotheker/in	0,07***	0,01
Medizinische/r Praxisassistent/in	0,246***	0,033
Pflegefachperson	0,227***	0,031
Physiotherapeut/in	0,262***	0,032
Apotheker/in × französischsprachig	2,412***	0,575
Medizinische/r Praxisassistent/-in × französischsprachig	1,544**	0,333
Pflegefachperson × französischsprachig	2,496***	0,52
Physiotherapeut/in × französischsprachig	1,598**	0,31
Art der Entscheidungsfindung (ref. Level: Eine beteiligte Fachperson entscheidet allein)		
Die beteiligten Fachpersonen entscheiden gemeinsam	1,877***	0,129
Die beteiligten Fachpersonen entscheiden gemeinsam × französischsprachig	0,983	0,105
Organisationsform (ref. Level: Einzelpraxis)		
Gesundheitsnetzwerk	1,176*	0,109
Gesundheitszentrum	1,013	0,086
Gesundheitsnetzwerk in × französischsprachig	1,474**	0,228
Gesundheitszentrum in × französischsprachig	1,053	0,153
N	6 662	
R ²	0,155	
Max. Possible R ²	0,500	
Log Likelihood	-1,746,515	
Wald Test	679,180*** (df = 22)	
LR Test	1,124,716*** (df = 22)	
Score (Logrank) Test	983,067*** (df = 22)	

Quelle: Online-Befragung von Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – Januar bis Juli 2022. © Obsan 2023

Signifikanzniveaus: * = $p < 0,1$; ** = $p < 0,05$; *** = $p < 0,01$.

Gesundheitsnetzwerke in der französischsprachigen Schweiz mehr verbreitet sind als in der deutschsprachigen Schweiz, so dass die Ärztinnen und Ärzte der französischsprachigen Schweiz damit bereits Erfahrungen sammeln konnten.

Während sich bei den medizinischen Praxisfachpersonen und bei den Mitarbeitenden der Pflege keine signifikanten Unterschiede bei den Präferenzen der deutsch- und der französischsprachigen Befragten zeigen, sind die Unterschiede der Präferenzen der deutsch- und französischsprachigen Physiotherapeutinnen und -therapeuten signifikant (vgl. Tabelle T 8.13). Im Vergleich mit ihren deutschsprachigen Berufskolleginnen und -kollegen gefallen den französischsprachigen Physiotherapeutinnen und -therapeuten die Versorgungsmodelle etwas weniger, in denen die Verantwortung für den Erstkontakt durch eine Fachperson ihrer eigenen Berufsgruppe (OR: 0,588; $p < 0,01$) oder durch eine Medizinische Praxisassistentin/einen Medizinischen

Praxisassistenten (OR: 0,56; $p < 0,01$) getragen wird. Ähnliches gilt für Versorgungsmodelle, in denen eine Physiotherapeutin/ein Physiotherapeut für die Entwicklung und Umsetzung des Behandlungsplans verantwortlich ist (OR: 0,525; $p < 0,01$). Auch die Präferenzen für eine gemeinsame Entscheidungsfindung aller beteiligten Fachpersonen ist bei den französischsprachigen Physiotherapeutinnen und -therapeuten etwas geringer (OR: 0,794; $p < 0,05$) als bei ihren deutschsprachigen Berufskolleginnen und -kollegen. Während die deutschsprachigen Physiotherapeutinnen und -therapeuten ein Gesundheitsnetzwerk oder ein Gesundheitszentrum einer Einzelpraxis vorziehen, ziehen die französischsprachigen Physiotherapeutinnen und -therapeuten die Einzelpraxis einem Gesundheitszentrum vor (OR: 0,664; $p < 0,05$). Dieses Ergebnis ist insofern überraschend, als dass in allen anderen Berufsgruppen die Einzelpraxis tendenziell abgelehnt wurde.

T 8.13 Unterschiede zwischen Sprachregionen bei den befragten Physiotherapeutinnen und -therapeuten

	Gesamt	
	Log Odds	SE
Verantwortung für Erstkontakt (ref. Level: Hausärztin/Hausarzt)		
Apotheker/in	0,372***	0,027
Medizinische/r Praxisassistent/in	0,529***	0,037
Pflegefachperson	0,71***	0,05
Physiotherapeut/in	3,264***	0,247
Apotheker/in × französischsprachig	0,717	0,174
Medizinische/r Praxisassistent/-in × französischsprachig	0,56***	0,115
Pflegefachperson × französischsprachig	0,908	0,2
Physiotherapeut/in × französischsprachig	0,588**	0,13
Verantwortung für Behandlungsplan (ref. Level: Hausärztin/Hausarzt)		
Apotheker/in	0,258***	0,019
Medizinische/r Praxisassistent/in	0,473***	0,034
Pflegefachperson	0,596***	0,046
Physiotherapeut/in	3,217***	0,242
Apotheker/in × französischsprachig	0,946	0,208
Medizinische/r Praxisassistent/in × französischsprachig	0,845	0,2
Pflegefachperson × französischsprachig	0,822	0,185
Physiotherapeut/in × französischsprachig	0,525***	0,111
Art der Entscheidungsfindung (ref. Level: Eine beteiligte Fachperson entscheidet allein)		
Die beteiligten Fachpersonen entscheiden gemeinsam	2,629***	0,097
Die beteiligten Fachpersonen entscheiden gemeinsam × französischsprachig	0,794**	0,087
Organisationsform (ref. Level: Einzelpraxis)		
Gesundheitsnetzwerk	1,812***	0,097
Gesundheitszentrum	1,479***	0,084
Gesundheitsnetzwerk in × französischsprachig	0,755*	0,127
Gesundheitszentrum in × französischsprachig	0,664**	0,107
N	14 510	
R ²	0,194	
Max. Possible R ²	0,500	
Log Likelihood	-3,460.772	
Wald Test	2,001,990*** (df = 22)	
LR Test	3,136,021*** (df = 22)	
Score (Logrank) Test	2,751,748*** (df = 22)	

Quelle: Online-Befragung von Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – Januar bis Juli 2022.

© Obsan 2023

Signifikanzniveaus: * = $p < 0,1$; ** = $p < 0,05$; *** = $p < 0,01$.

9 Synthese und Erkenntnisse

Die vorliegende Studie hat die Einstellungen und Präferenzen von Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen im Hinblick auf die Charakteristiken möglicher zukünftiger ambulanter Versorgungsmodelle untersucht. Im Zentrum stand einerseits die Beurteilung der Einstellung zu ausgewählten Aspekten, wie der Gesundheitsförderung und Prävention, der interprofessionellen Zusammenarbeit sowie der Fähigkeit, sich auf Neuerungen einzulassen. Andererseits wurden die Präferenzen der Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen im Hinblick auf die Ausgestaltung zukünftiger Versorgungsmodelle eruiert. Nachfolgend fassen wir die zentralen Ergebnisse zusammen und ordnen sie ein. In Zusammenarbeit mit der Begleitgruppe erarbeiteten wir Erkenntnisse für die Ausgestaltung der ambulanten Grundversorgung und die Ausbildung der Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen, die wir anschliessend erörtern.

9.1 Einordnung zentraler Erkenntnisse

9.1.1 Einstellungen zu einzelnen Aspekten künftiger Versorgungsmodelle

Studienfrage 1: Inwiefern sind Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen bereit, sich in ihrer täglichen Praxis stärker auf Gesundheitsförderung und Prävention zu fokussieren?

Die Befragten zeigen eine hohe bis sehr hohe Bereitschaft, vermehrt gesundheitsfördernd und präventiv zu arbeiten. Dies gilt für alle Berufsgruppen. *Sehr hoch* ist diese Bereitschaft bei den befragten Mitarbeitenden der Pflege und den Physiotherapeutinnen und -therapeuten. *Hoch* ist die Bereitschaft bei den Ärztinnen und Ärzten. Mit Blick auf die zentrale und koordinierende Rolle der Ärztinnen und Ärzte in der ambulanten Grundversorgung, beispielsweise als *Gatekeeper*, äussern sich die Ärztinnen und Ärzte vergleichsweise zurückhaltend zu ihrem Engagement in der Gesundheitsförderung und Prävention. Es lässt sich vermuten, dass dies mit dem kurativen Ausbildungs- und Berufsverständnis in der Medizin sowie mit den Finanzierungssystemen zur ärztlichen Leistungsvergütung zusammenhängt (vgl. dazu Rubio-Valera et al., 2014). Die Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten fokussierte in der Vergangenheit fast ausschliesslich auf die Diagnose und Behandlung von Erkrankungen, und sie tut dies zu einem grossen Teil auch heute noch.

Eine weitere Erkenntnis ist, dass die Bereitschaft, sich für Gesundheitsförderung und Prävention zu engagieren, vor allem bei den 31- bis 34-jährigen Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen hoch ist. Mit zunehmender Berufserfahrung steigt die Bereitschaft für Gesundheitsförderung und Prävention. Diese Bereitschaft nimmt in einer späteren Berufsphase wieder etwas ab. Allerdings ist unklar, ob diese Einstellung bei einer Befragung zu einem späteren Zeitpunkt stabil wäre oder sich die Einstellungen mit dem Alter werden verändern.

Studienfrage 2: Inwiefern sind die Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen bereit, Verantwortung bei der Entscheidungsfindung zu übernehmen oder abzugeben und interprofessionell zusammenzuarbeiten?

Die befragten Apothekerinnen und Apotheker sind im Vergleich mit den anderen Berufsgruppen weniger bereit, mehr Verantwortung bei der Entscheidungsfindung in der ambulanten Grundversorgung ihrer Patientinnen und Patienten zu übernehmen und auch weniger bereit, Verantwortung abzugeben. Als hauptsächliche Argumente für die Zurückhaltung bezüglich grösserer Verantwortung werden fehlende gesetzliche Befugnisse und ungenügende finanzielle Entschädigungen vorgebracht. Dagegen sind begrenzte Zeitressourcen kein oder nur teilweise ein Hindernis für sie, mehr Verantwortung zu übernehmen. Auffällig ist zudem, dass die befragten Apothekerinnen und Apotheker in hohem Masse bereit sind, vermehrt interprofessionell zusammenzuarbeiten.

Die befragten Ärztinnen und Ärzte zeigen eine hohe Bereitschaft, vermehrt Verantwortung bei der Entscheidungsfindung in der ambulanten Grundversorgung von Patientinnen und Patienten abzugeben. Dies ist erstaunlich, da sie gleichzeitig angeben, in ihrer Grundausbildung wenig darauf vorbereitet worden zu sein, Verantwortung mit anderen Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen zu teilen. Fehlende Zeitressourcen und fehlende finanzielle Entschädigungen nennen viele der befragten Ärztinnen und Ärzte als Aspekte, die sie daran hindern, mehr Verantwortung zu übernehmen.

Hinsichtlich ihrer Bereitschaft, vermehrt interprofessionell zusammenzuarbeiten, äussern sich Ärztinnen und Ärzte eher zurückhaltend. Aus der internationalen Literatur ist jedoch bekannt, dass Unterschiede im Verständnis von interprofessioneller Zusammenarbeit die Ursache dafür sein könnten (Whitehead, 2007). So ergab eine Analyse des Diskurses rund um interprofessionelle

Zusammenarbeit, dass nicht-ärztliches Gesundheitspersonal interprofessionelle Zusammenarbeit tendenziell als (emanzipatorische) Massnahme zur Stärkung ihrer Professionen betrachtet, während Medizinalfachpersonen darin eher ein (utilitaristisches) zusätzliches Werkzeug sehen, um die Versorgung von Patientinnen und Patienten zu verbessern (Haddara & Lingard, 2013).

Die befragten medizinischen Praxisfachpersonen zeigen im Vergleich mit den anderen Berufsgruppen wenig Bereitschaft, mehr Verantwortung zu übernehmen und interprofessionell zusammenzuarbeiten. Dagegen sind sie offen, Verantwortung abzugeben. Im Vergleich der Berufsgruppen ist der Anteil der medizinischen Praxisfachpersonen, die ihr Wissen und ihre Erfahrung als ungenügend für eine vermehrte Übernahme von Verantwortung erachten, am grössten. Hingegen sind für sie begrenzte Zeitressourcen kein oder nur teilweise ein Hindernis bei der Übernahme von mehr Verantwortung bei der Entscheidungsfindung.

Bei den befragten Mitarbeitenden der Pflege zeigt sich eine hohe Bereitschaft, mehr Verantwortung zu übernehmen und mehr Verantwortung abzugeben. Ebenso sind die Befragten in hohem Masse bereit, interprofessionell zusammenzuarbeiten. Fehlende gesetzliche Befugnisse und fehlende finanzielle Entschädigungen hindern die Mitarbeitenden der Pflege daran, mehr Verantwortung bei der Entscheidungsfindung zu übernehmen. Fehlende Zeitressourcen werden weniger oft als Hindernis betrachtet.

Ähnlich wie die Mitarbeitenden der Pflege sind auch Physiotherapeutinnen und -therapeuten in hohem Masse bereit, mehr Verantwortung zu übernehmen und interprofessionell zusammenzuarbeiten. Auffällig ist jedoch, dass sie seltener bereit sind, mehr Verantwortung an andere Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen abzugeben. Weiter geben sie an, dass ihnen die Zeit, die gesetzlichen Befugnisse und finanzielle Entschädigungen fehlen, um mehr Verantwortung zu übernehmen.

In der Literatur werden die Hemmnisse, die gemeinsamen Entscheidungsprozessen im Gesundheitswesen entgegenstehen, regelmässig thematisiert. Oft genannt werden die fehlende individuelle Fähigkeit zum Austausch – also Soft Skills wie Offenheit, Kritikfähigkeit und Kommunikationsfähigkeit. Gleichzeitig werden aber auch fachliche Kompetenzen und organisationale Faktoren – wie räumliche Nähe zu den Teammitgliedern, regelmässige Austauschgefässe, nicht zu grosse Teams und die Vision beziehungsweise eine vorgelebte interprofessionelle Zusammenarbeit – als relevante Faktoren genannt, die eine gemeinsame Entscheidungsfindung fördern (Gurtner & Wettstein, 2019). Eine Studie im Auftrag der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), in der mit Vertretenden unterschiedlicher Berufsgruppen Interviews geführt wurden, kommt zum Schluss, dass die klassische Form der medizinischen Entscheidungsfindung schwierig zu durchbrechen sei. Als Hindernis wird insbesondere auf rechtliche Regelungen hingewiesen, welche die Verantwortung der Entscheidung weiterhin der Ärztin/dem Arzt zuweise. Als weitere Einflussfaktoren werden in der Studie der Zeitaufwand für Kommunikationsprozesse für eine gemeinsame Entscheidungsfindung sowie fehlende ökonomische oder strukturelle Anreize hervorgehoben (SAMW, 2017). Die hohe Arbeitsbelastung der Ärztinnen und Ärzte durch administrative Tätigkeiten

einerseits und fehlende finanzielle Anreize für interprofessionelle Zusammenarbeit und Koordination andererseits könnten dazu führen, dass keine oder nur eine ungenügende Koordination stattfindet.

Studienfrage 3: Als wie innovationsfähig erachten sich Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen?

Die individuelle Innovationsfähigkeit der befragten Medizinal- und Fachpersonen ist insgesamt als hoch zu beurteilen. Im Vergleich mit den anderen Berufsgruppen weisen die Mitarbeitenden der Pflege die höchste individuelle Innovationsfähigkeit auf. Speziell zu Pflegefachpersonen ergaben Forschungsergebnisse aus dem Ausland positive Zusammenhänge zwischen höherem Bildungsniveau, beruflicher Position, Führungsqualitäten, Management Erfahrungen und der individuellen Innovationsfähigkeit (Sarikose & Turkmen, 2020). Anhand der eher geringen Scores von jungen medizinischen Praxisfachpersonen in der vorliegenden Studie könnte vermutet werden, dass der Ausbildungshintergrund einen Einfluss auf die individuelle Innovationsfähigkeit hat. So könnte es sein, dass die Ausbildung der medizinischen Praxisfachpersonen auf dem Niveau der Sekundarstufe II die Innovationsfähigkeit der Lernenden tendenziell wenig fördert. Die Mittelwerte zwischen den Berufsgruppen unterscheiden sich auf einer breiten Skala jedoch nur wenig, daher gehen wir von einer geringen Relevanz für die Versorgungspraxis aus.

Interessanterweise nehmen die Mittelwerte der Innovationsfähigkeit bei den Ärztinnen und Ärzten mit zunehmendem Alter ab, während sie bei den anderen Berufsgruppen gleichbleiben oder eher zunehmen. Es ist denkbar, dass die junge Generation der Ärztinnen und Ärzten überdurchschnittlich innovativ ist im Vergleich zur jungen Generation der anderen Berufsgruppen.

9.1.2 Präferenzen zu einzelnen Aspekten künftiger Versorgungsmodelle

Studienfrage 4: Welche Präferenzen haben die Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen hinsichtlich der Ausgestaltung der Verantwortlichkeiten, der Art der Entscheidungsfindung und der Organisationsform in der ambulanten Grundversorgung?

Verantwortung für Erstkontakt und Behandlungsplan

Für Patientinnen und Patienten wie die Beispielpatientin favorisieren die Befragten aller Berufsgruppen ein Versorgungsmodell, in dem eine Fachperson der jeweils eigenen Berufsgruppe die Verantwortung für den Erstkontakt und für den Behandlungsplan übernimmt. Einzig die befragten medizinischen Praxisfachpersonen präferieren ihre eigene Berufsgruppe oder eine Hausärztin/einen Hausarzt als Erstkontaktpersonen. Mit Ausnahme der Apothekerinnen und Apothekern selbst stehen die Befragten der Übernahme von Verantwortung für den Erstkontakt und die

Entwicklung und Umsetzung des Behandlungsplans durch eine Apothekerin/einen Apotheker zurückhaltend gegenüber. Bei den befragten Apothekerinnen und Apothekern wiederum sind diejenigen Versorgungsmodelle am wenigsten beliebt, in denen eine Medizinische Praxisassistentin/ein Medizinischer Praxisassistent die Verantwortung für den Erstkontakt und den Behandlungsplan trägt.

Die befragten Ärztinnen und Ärzte bevorzugen Modelle, welche die Verantwortung für den Erstkontakt und die Entwicklung und Umsetzung des Behandlungsplans einer Hausärztin/einem Hausarzt überlassen. Damit präferieren sie, wie die medizinischen Praxisfachpersonen, den Status Quo, bei dem die Beispielpatientin in einem ersten Schritt höchstwahrscheinlich von ihrer Hausärztin/ihrem Hausarzt untersucht und behandelt würde. Diese Präferenzen können auch darauf zurückzuführen sein, dass sich Ärztinnen und Ärzte und medizinische Praxisfachpersonen durch ihre stete Zusammenarbeit am besten kennen – in der Praxis bilden sie oft ein eingespieltes Team. Interessanterweise ziehen die befragten Ärztinnen und Ärzte es vor, wenn die Verantwortung für den Erstkontakt durch eine Pflegefachperson oder eine Medizinische Praxisassistentin/einen Medizinischen Praxisassistenten übernommen wird und nicht durch eine Physiotherapeutin/einen Physiotherapeuten. Dies ist bemerkenswert, da die Beispielpatientin nach Unterstützung zur Linderung ihrer auf den ersten Blick muskuloskelettalen Beschwerden sucht. Möglicherweise kennen Ärztinnen und Ärzte auch die Tätigkeiten und Aufgabenbereiche von Pflegefachpersonen besser als diejenigen von Physiotherapeutinnen und -therapeuten und bevorzugen daher Modelle mit höherer Verantwortung auf Seiten der Pflegefachpersonen.

Demgegenüber zeigen die befragten Physiotherapeutinnen und -therapeuten eine deutliche Präferenz für ein Versorgungsmodell, in dem eine Fachperson aus ihrer eigenen Berufsgruppe die Verantwortung für den Erstkontakt trägt.

Insgesamt zeigt sich, dass alle Berufsgruppen die Übernahme von Verantwortung durch Fachpersonen ihrer eigenen Berufsgruppe bevorzugen. Sie sehen diejenige Berufsgruppe in der Verantwortung, die sie am besten kennen. Ein von allen Berufsgruppen anerkanntes Rollenverständnis, das in der Literatur für gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit als grundlegend erachtet wird (Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2010; Josi et al., 2020), lässt sich aus diesen Ergebnissen nicht ableiten. Vielmehr scheinen alle befragten Berufsgruppen für Patientinnen und Patienten wie die Beispielpatientin den Erstkontakt und die Verantwortung für den Behandlungsplan übernehmen zu können. Die Funktion des Gatekeepers einer einzelnen Berufsgruppe zuzusprechen, wie es in der heutigen eher Hausarztzentrierten Grundversorgung praktiziert wird, entspricht nicht den Präferenzen aller befragten Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen. Insbesondere Apothekerinnen und Apotheker, Mitarbeitende der Pflege und Physiotherapeutinnen und -therapeuten wünschen sich ein Versorgungsmodell, das vom Status Quo abweicht. Sie präferieren Versorgungsmodelle, in denen ihre eigene Berufsgruppe mehr Verantwortung im Bereich Erstkontakt und Behandlungsplanung übernehmen kann.

Art der Entscheidungsfindung

Die Befragten aller Berufsgruppen bevorzugen ein Versorgungsmodell, in dem Entscheidungen gemeinsam von allen beteiligten Fachpersonen gefällt werden. Dies ist insofern bemerkenswert, als dass die heutige Struktur und Organisation der ambulanten Grundversorgung wenig Gelegenheiten für eine gemeinsame Entscheidungsfindung mit allen beteiligten Fachpersonen des Gesundheitswesens zulassen.

Organisationsform

Den Befragten aller Berufsgruppen erscheint die Einzelpraxis als das am wenigsten interessante Modell. Die befragten Apothekerinnen und Apotheker ziehen interessanterweise als einzige Berufsgruppe ein Gesundheitszentrum einem Gesundheitsnetzwerk vor. Dies könnte damit zusammenhängen, dass für Apotheken der Standort eine grosse Rolle spielt – er sollte zentral sein und für Kundinnen und Kunden einfach zu erreichen sein. Demzufolge bietet ein Gesundheitszentrum mehr Vorteile als nur der administrative oder organisatorische Anschluss an ein Gesundheitsnetzwerk. Im Gegensatz dazu bevorzugen die anderen Befragten das Gesundheitsnetzwerk, das ihnen mehr Freiheit in der Gestaltung ihrer Arbeit bietet.

9.2 Erkenntnisse für Politik, Bildung und Praxis

Die Ergebnisse der Befragung liefern Erkenntnisse, die für die Ausgestaltung der künftigen ambulanten Grundversorgung und für die Berufsbildung im Gesundheitswesen genutzt werden können.

Erkenntnis 1: Für nicht-ärztliches Gesundheitspersonal ist die Übernahme der Verantwortung für den Erstkontakt eine vielversprechende Möglichkeit, die Attraktivität ihrer Arbeit in der ambulanten Grundversorgung zu stärken.

Ärztinnen und Ärzte, Apothekerinnen und Apotheker, Mitarbeitende der Pflege und auch Physiotherapeutinnen und -therapeuten favorisieren ein Versorgungsmodell, in dem eine Fachperson ihrer Berufsgruppe die Verantwortung für den Erstkontakt übernimmt. Dies ist ein zentrales Ergebnis der Befragung. Setzt sich die Politik das Ziel, die Attraktivität der Arbeit in der ambulanten Grundversorgung zu stärken, um das Potenzial der Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen zu nutzen, sollte die Übernahme der Verantwortung für den Erstkontakt auch für das nicht-ärztliche Gesundheitspersonal erleichtert und gefördert werden. Denkbar wäre es, Pilotprojekte zu ermöglichen, die dazu dienen, die Ausgestaltung des Erstkontakts unter Einbezug von nicht-ärztlichem Gesundheitspersonal zu erproben und Möglichkeiten und Grenzen der Optionen zu präzisieren. So könnten beispielsweise Versicherungsmodelle getestet werden, die es Patientinnen und Patienten erlauben, sich bei Bedarf an die Fachperson ihrer Wahl zu wenden. Diese müsste als erste Kontaktperson die Fähigkeit besitzen, sicher und richtig zu triagieren. Eine vergleichbare Rolle übernehmen heute oftmals Medizinische Praxisassistentinnen und Medizinische Praxisassistenten. Die Funktion könnte auf das weitere

nicht-ärztliche Gesundheitspersonal ausgedehnt werden. Die Umsetzung solcher Modelle würde bedingen, dass in der Ausbildung dieser Berufsgruppen Gewicht auf die Fähigkeit gelegt würde, die Potenziale und auch die Grenzen der Kompetenzen unterschiedlicher Berufsgruppen zu kennen. Zudem wären auch rechtliche Fragen betreffend die Verantwortung für die Folgen nicht angemessener Triage zu klären und die finanziellen Auswirkungen im Auge zu behalten.

Erkenntnis 2: Auch nicht-ärztliches Gesundheitspersonal ist bereit, die Verantwortung für Behandlungspläne zu übernehmen

Apothekerinnen und Apotheker, Mitarbeitende der Pflege und auch Physiotherapeutinnen und -therapeuten erachten die Arbeit in Versorgungsmodellen als besonders attraktiv, in denen eine Fachperson ihrer Berufsgruppe die Verantwortung für den Behandlungsplan übernimmt. Dies lässt sich so interpretieren, dass sich auch das nicht-ärztliche Gesundheitspersonal aufgrund seiner Ausbildung und Erfahrung zutraut, Verantwortung für die Behandlung gewisser Gruppen von Patientinnen und Patienten zu übernehmen. Es kann angenommen werden, dass die Befragten dabei von ihrem fachlichen Kompetenzbereich ausgehen und einschätzen können, wo sie aufgrund ihrer Ausbildung Verantwortung übernehmen können und wo nicht.

Auch die Möglichkeiten und die Grenzen dieser Option sollten in Pilotprojekten definiert und erprobt werden. Diese könnten sich unter anderem am Konzept der Sozialraumorientierung ausrichten, wie es zum Beispiel von der Föderation der Dienstleister für Menschen mit Unterstützungsbedarf ARITSET propagiert wird (CURAVIVA Schweiz, 2018). Orientiert am individuellen Bedarf wird in diesem Konzept den Patientinnen und Patienten komplementäres Fachwissen durch interdisziplinäre Zusammenarbeit ganzheitlich zur Verfügung gestellt. Rund um einzelne Situationen werden professionelle und nicht-professionelle Arbeiten koordiniert. Der einzelne Mensch soll von den vorhandenen Ressourcen in seiner sozialen Umgebung profitieren. Dadurch ergeben sich Chancen, sich abzeichnende Versorgungsengpässe in der ambulanten Grundversorgung anzugehen. Die Tatsache, dass eine deutliche Mehrheit der befragten Berufsgruppen bereit ist, mehr Verantwortung in der ambulanten Grundversorgung zu übernehmen, unterstreicht die Chancen derartiger Konzepte.

Erkenntnis 3: Die Möglichkeit zur interprofessionellen Zusammenarbeit wird als Chance gesehen, um die Attraktivität der Arbeit in der ambulanten Grundversorgung zu erhöhen.

Ein wichtiges Ergebnis der Untersuchung ist die Tatsache, dass die befragten Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen mehrheitlich eine hohe Bereitschaft haben, vermehrt interprofessionell zusammenzuarbeiten. Die dafür wichtige Voraussetzung, mehr Verantwortung bei der Entscheidungsfindung zur ambulanten Grundversorgung von Patientinnen und Patienten übernehmen und abgeben zu wollen, wird ebenfalls erfüllt. Zur Steigerung der Attraktivität der Berufe und der Tätigkeit in der ambulanten Grundversorgung sollte daher die interprofessionelle Zusammenarbeit weiter gefördert werden. Besonders die befragten Apothekerinnen und Apotheker, die Mitarbeitenden der Pflege und

Physiotherapeutinnen und -therapeuten sind der Ansicht, dass sie über das notwendige Wissen und die notwendige Erfahrung verfügen, um mehr Verantwortung übernehmen zu können.

Um die Hindernisse, die vermehrter Übernahme und Abgabe von Verantwortung entgegenstehen, abzubauen, sind einerseits Massnahmen notwendig, die allen Medizinal- und Gesundheitsberufen zugutekommen. An erster Stelle steht die angemessene finanzielle Vergütung interprofessioneller Zusammenarbeit. Darauf hat unter anderem bereits das Förderprogramm «Interprofessionalität im Gesundheitswesen 2017–2021» hingewiesen (BAG, 2021d, 2021a). Im Policy Brief zur interprofessionellen Zusammenarbeit in der ambulanten Grundversorgung wird vorgeschlagen, Optimierungsmöglichkeiten in den Tarif- und Vergütungssystemen zu identifizieren und Lösungsvorschläge umzusetzen (BAG, 2021a). Das aktuell vorgeschlagene Tarifmodell Tardoc stellt einen Schritt in diese Richtung dar (FMH, 2023). Zudem weist der erwähnte Policy Brief auf die Notwendigkeit hin, die Kompatibilität der elektronischen Hilfsmittel der verschiedenen Berufsgruppen zu verbessern, damit die Zusammenarbeit erleichtert wird. Der Bund sollte dazu die Möglichkeit prüfen, die Kompatibilität der entsprechenden Hilfsmittel mit Qualitätsstandards, ähnlich wie bei den Medizinalprodukten, sicherzustellen.

Die Befragung zeigt zum anderen auch, dass nicht nur allgemeine, sondern auch berufsspezifische Massnahmen notwendig sind, um die interprofessionelle Zusammenarbeit zu fördern. So weisen die Befragten aller Berufsgruppen oft darauf hin, dass sie in der Grundausbildung nicht ausreichend darauf vorbereitet werden, Verantwortung zu teilen. Zur Frage, wie die Vorbereitung für interprofessionelle Zusammenarbeit in der Grundausbildung am besten geschehen könnte, hat das Förderprogramm «Interprofessionalität im Gesundheitswesen 2017–2021» in einem Policy Brief die aktuellen Forderungen zusammengestellt. Im Zentrum steht das Anliegen, dass interprofessionelle Bildungsformate verbindlich in Curricula integriert und gemeinsam von Akteuren aus Bildung und Berufspraxis angeboten werden sollten (BAG, 2021c, 2021b). Zudem muss Interprofessionalität institutionell verankert werden, damit Bildungsinhalte nicht nur gelernt, sondern im Berufsalltag auch umgesetzt werden. Führungskräfte müssen Interprofessionalität vorleben und Abgeltungsmöglichkeiten für den interprofessionellen Austausch müssen gefunden werden.

Erkenntnis 4: Gesundheitsnetzwerke und Gesundheitszentren als Organisationsformen der ambulanten Grundversorgung werden von Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen als besonders attraktiv beurteilt.

In der Untersuchung wurde die Attraktivität der Arbeit in Einzelpraxen gegenüber jener in Gesundheitsnetzwerken und Gesundheitszentren ermittelt. Es zeigt sich, dass die Einzelpraxis als Organisationsform von allen befragten Berufsgruppen als am wenigsten attraktiv wahrgenommen wird. Während Apothekerinnen und Apotheker vor allem Gesundheitszentren favorisieren, gefallen den weiteren Berufsgruppen die Gesundheitsnetzwerke besser. Es kann vermutet werden, dass Apothekerinnen und Apotheker von der Arbeit in Gesundheitszentren mehr gelebte Interprofessionalität erwarten als von der Arbeit in einem

Gesundheitsnetzwerk. Aktuell sind Einzelpraxen gegenüber Gesundheitsnetzwerken und Gesundheitszentren jedoch deutlich in der Überzahl. Es liegt daher nahe, gesundheits- und berufspolitische Initiativen auf die Förderung von Gesundheitszentren und Gesundheitsnetzwerken auszurichten.

Der Aufbau von Gesundheitszentren ist allerdings kapitalintensiv. Dies hat zur Folge, dass entweder das Engagement profitorientierter Organisationen, wie beispielsweise von Sanacare oder Medbase, notwendig ist. Dies bietet Chancen im Hinblick auf die Kooperation der involvierten Leistungserbringer. So integriert Medbase zum Beispiel medizinische, therapeutische, pharmazeutische und zahnmedizinische Angebote. Die Profitorientierung sollte dabei nicht im Vordergrund stehen. Alternativ ist das Engagement von Kantonen und Gemeinden möglich, die beispielsweise die ambulante Grundversorgung in peripheren Regionen sicherstellen wollen. Das Schweizer Forum für Integrierte Versorgung (fmc) hat 2018 angeregt, dass Gemeinden regionale Informations-, Beratungs- und Triage-Stellen für Menschen mit pflegerischem, sozialem und finanziellem Unterstützungsbedarf einrichten. Die eingebundenen Organisationen und Einrichtungen sollen verpflichtet werden, zusammenzuarbeiten und ihre Angebote aufeinander abzustimmen (fmc, 2018). Gemeinden können Gesundheitszentren aber auch fördern, indem sie diesen einen erleichterten Zugang zu kommunaler Infrastruktur zur Verfügung stellen.

Während Gesundheitszentren gesundheitsbezogene Dienstleistungen an einem Standort zusammenfassen, formalisieren Gesundheitsnetzwerke die Kooperation von Organisationen des Gesundheitswesens in Regionen. In der Regel bleiben die Anbieter dabei unabhängig, aufbauend auf einer gemeinsamen Vision vereinbaren sie jedoch eine enge Zusammenarbeit in ausgewählten Bereichen. Damit der Aufbau von Gesundheitsnetzwerken gelingt, braucht es meist ausreichend Zeit und Energie, um die Vorteile der Zusammenarbeit für alle Beteiligten, das heisst für die Leistungserbringer, die Region und die Bevölkerung herauszuarbeiten. Darauf macht unter anderem ein Leitfaden aufmerksam, der 2019 vom Schweizerischen Gemeindeverband 2019 herausgegeben wurde (Kündig et al., 2019).

Erkenntnis 5: Die Bereitschaft von Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen, sich vermehrt zugunsten von Gesundheitsförderung und Prävention zu engagieren, ist hoch.

Die Bereitschaft, sich in der täglichen Praxis vermehrt auf Gesundheitsförderung und Prävention zu fokussieren, ist bei den Befragten aller Berufsgruppen gegeben. Dies hat die Online-Befragung deutlich gemacht. Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen sehen Gesundheitsförderung und Prävention mehrheitlich als eine ihrer Aufgaben an. Vergleichsweise zurückhaltend haben sich einzig die Ärztinnen und Ärzte geäussert. Möglicherweise hängt dies mit deren mehrheitlich kurativ-ausgerichteten Ausbildung zusammen.

Die Offenheit der Mehrheit der Befragten gegenüber den Anliegen von Gesundheitsförderung und Prävention sollte mit gezielten Massnahmen genutzt und gestärkt werden. Eine zentrale Herausforderung stellt allerdings die Finanzierung dieser Aufgabe dar. Heute ist es nur sehr beschränkt möglich, Leistungen

zugunsten von Gesundheitsförderung und Prävention abzurechnen. Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung regelt in erster Linie die Finanzierung von Krankheitsbehandlungen und nicht jene der Prävention. Ein Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung, das eine bessere Koordination und Effizienz von Massnahmen der Präventions- und der Gesundheitsförderung vorsah, wurde 2012 vom Parlament abgelehnt. Aktuell hat sich die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz diesem Anliegen angenommen. Sie fördert Modelle zur Etablierung von Präventionsaktivitäten entlang der Versorgungskette für erkrankte Menschen oder für Menschen, die ein erhöhtes Erkrankungsrisiko aufweisen. Dabei sollen auch Wege zur Finanzierung dieser Leistungen aufgezeigt werden (Kaufmann, Brandt, et al., 2021). Auch die SAMW evaluiert aktuell die Idee zur Schaffung eines eidgenössischen Gesundheitsgesetzes, das die Versorgung vermehrt auf Prävention und Gesundheitsförderung ausrichten würde (SAMW, 2019).

Es ist jedoch nicht nur die Finanzierung, die einem verstärkten Engagement in der Gesundheitsförderung und Prävention entgegensteht. Die meisten ambulanten Versorger haben wegen des Fachkräftemangels bereits heute Probleme, der grossen Nachfrage nach Diagnostik und Therapie zu entsprechen. Auch Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen, die einer Erweiterung des Aufgabenspektrums gegenüber offen eingestellt sind, haben dafür oft schlicht keine Zeit. Möglicherweise könnte eine stärkere Übertragung der Anliegen von Gesundheitsförderung und der Prävention an nicht-ärztliches Gesundheitspersonal eine Dynamik auslösen. Diese nehmen sich in dieser Thematik als besonders offen und kompetent wahr und es ist zu erwarten, dass sie dafür bei ausreichender Entschädigung zeitliche Ressourcen freimachen könnten.

Erkenntnis 6: Die Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen verfügen über eine ausgeprägte Innovationsfähigkeit.

In einer international vergleichend angelegten Studie zeigte das Obsan 2020 für die ambulante Grundversorgung für die Schweiz ein erhebliches Digitalisierungsdefizit auf. Die Schweizer Hausärztinnen und -ärzte belegten im internationalen Vergleich mit deutlichem Abstand den letzten Rang bezüglich elektronischer Dokumentation der Krankheitsgeschichte (Pahud, 2020). Vor diesem Hintergrund überrascht es, dass sich die in der vorliegenden Studie befragten Ärztinnen und Ärzte im Durchschnitt als sehr innovationsfähig zeigten. Auch die anderen befragten Berufsgruppen, also Apothekerinnen und Apotheker, Mitarbeitende der Pflege, Physiotherapeutinnen und -therapeuten und medizinische Praxisfachpersonen zeigen eine hohe Innovationsfähigkeit. Dies gilt – soweit Vergleiche möglich sind – auch im Verhältnis zu ihren Berufskolleginnen und -kollegen im Ausland (Polster & Villines, 2017; Sarikose & Turkmen, 2020; Stilgenbauer & Fitzpatrick, 2019; Yigit & Aksay, 2015). Die gemessene Innovationsfähigkeit ist dabei weitgehend unabhängig von Beruf, Ausbildung, Alter und Berufserfahrung. Dies macht deutlich, dass alle Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen als wichtige Ressource genutzt werden können, um innovative Versorgungsmodelle für die Praxis zu entwickeln und zu verfolgen. Explizit sollten auch junge Fachkräfte

sowie Fachkräfte, die über keinen universitären Abschluss verfügen, zum Beispiel in Form der Mitwirkung an Round Tables und Projektleitungen von Pilotprojekten, einbezogen werden. Das Innovationspotenzial der jungen Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen sollte für die Weiterentwicklung der ambulanten Grundversorgung in Zukunft noch stärker genutzt werden.

Erkenntnis 7: Apothekerinnen und Apotheker sehen für sich eine aktivere Rolle in der künftigen ambulanten Grundversorgung als ihnen die Befragten der anderen Berufsgruppen zutrauen.

Die Erhebung macht deutlich, dass sich die befragten Apothekerinnen und Apotheker in der künftigen ambulanten Grundversorgung eine aktive Rolle zutrauen. Insbesondere sind sie der Ansicht, dass sie die Verantwortung für den Erstkontakt und den Behandlungsplan bei bestimmten Patientengruppen übernehmen können. Auffällig ist jedoch, dass diese Einschätzung von den Befragten der anderen Berufsgruppen nicht geteilt wird. Diese trauen den Apothekerinnen und Apothekern diese Aufgaben weniger zu als allen anderen Berufsgruppen.

Die Ursachen für diesen Sachverhalt sind sicher vielfältig. Es ist wahrscheinlich relevant, dass Apothekerinnen und Apotheker lange Zeit nur eine minimale klinische Ausbildung durchliefen. Dies bedeutet, dass sie zwar über grosses pharmazeutisches Wissen, aber über wenig Erfahrung in der Praxis mit Patientinnen und Patienten verfügten. Dies hat sich aber mit der Revision der Artikel zu den Ausbildungszielen im Medizinalberufegesetz im Jahr 2016 geändert. Nach wie vor findet jedoch die Ausbildung der anderen Berufsgruppen – ohne Einbezug der Apothekerinnen und Apotheker – zu einem weit grösseren Teil gemeinsam entweder im stationären Setting oder im ambulanten Kontext statt.

Um das Potenzial der Apothekerinnen und Apotheker als Teil der ambulanten Grundversorgung zu nutzen, sind somit verstärkte Bemühungen dahingehend notwendig, das Vertrauen in die Kompetenzen von Apothekerinnen und Apothekern im Berufsumfeld zu stärken. Verschiedene vielversprechende Initiativen in diese Richtung sind im Gang. Dazu gehören zum Beispiel rund 80 Qualitätszirkel, an denen Hausärztinnen und -ärzte in der ganzen Schweiz gemeinsam mit Apothekerinnen und Apothekern beteiligt sind. Dort werden Kompetenzen und Erfahrungen ausgetauscht, was zu einer besseren Anerkennung der Kompetenzen von Apothekerinnen und Apothekern bei den beteiligten Hausärztinnen und -ärzten beiträgt. Eine andere Initiative stellt die Integration einer Apothekerin/eines Apothekers in ein ambulantes medizinisches Zentrum dar. Beispiele dafür sind das «Medizinische Zentrum gleis d» in Chur (2023), das «MedZentrum Pfungen» (2023) oder «Clinique et Permanence» in Onex (2023). Weiter kann auf die Initiative Opti-Q Multimorbidität verwiesen werden. Das Ziel dieses Projekts ist es, die Zusammenarbeit von Gesundheitspraxen, Apotheken und anderen Grundversorgungseinrichtungen bei der Versorgung von multimorbiden Patientinnen und Patienten zu verbessern. Als Instrumente dafür werden ein gemeinsames

strukturiertes Patienten-Assessment, ein Versorgungspass, der die Dienstleistungen aller beteiligten Fachpersonen festhält, und eine Medikationscheckliste eingesetzt (QualiCCare, 2023).

Damit Apothekerinnen und Apotheker ihre Rolle in der künftigen ambulanten Grundversorgung wahrnehmen können, wird es jedoch nicht ausreichen, das Vertrauen in deren Kompetenzen im Berufsumfeld zu stärken. Ergänzend wird es notwendig sein, ihren Freiraum bezüglich eigenständiger Abgabe von Medikamenten zu erhöhen⁴ und Versicherungsmodelle zu erproben, die eine direkte Verrechnung dieser Leistungen zulassen.

Apothekerinnen und Apotheker müssen basierend auf ihren fundierten pharmazeutischen Kompetenzen gemeinsam mit Ärztinnen und Ärzten, Mitarbeitenden der Pflege, Physiotherapeutinnen und -therapeuten sowie medizinischen Praxisfachpersonen und anderen Fachpersonen des Gesundheitswesens ihre Rolle in der zukünftigen ambulanten Grundversorgung finden. Dieses Rollenverständnis ist dann in der Aus- und Weiterbildung zu kommunizieren und zu üben. Zudem muss es als Grundlage gesundheitspolitischer Entscheidungen dienen.

⁴ Seit dem Inkrafttreten des revidierten Heilmittelgesetzes 2019 dürfen Apothekerinnen und Apotheker unter bestimmten Voraussetzungen verschreibungspflichtige Arzneimittel direkt abgeben.

10 Stärken und Limitationen der Studie sowie Ausblick

Die vorliegende Studie hat sich zum Ziel gesetzt, vertiefte Kenntnisse über die Präferenzen von Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen aus fünf ausgewählten Berufsgruppen mit Blick auf die zukünftige ambulante Grundversorgung bereitzustellen. Auf dieser Basis wurden Anregungen formuliert, um die ambulante Grundversorgung so weiterzuentwickeln, dass die anstehenden Herausforderungen im Gesundheitswesen bestmöglich bewältigt werden können. Nachfolgend gehen wir zuerst auf die Stärken und die Limitationen der Untersuchung ein. Danach skizzieren wir im Ausblick mögliche nächste Schritte, um auf der Grundlage der verfügbaren Informationen zukunftsfähige Modelle der ambulanten Grundversorgung entwickeln zu können.

10.1 Stärken der Studie

Für die vorliegende Studie wurden erstmals Apothekerinnen und Apotheker, Ärztinnen und Ärzte, medizinische Praxisfachpersonen, Mitarbeitende der Pflege und Physiotherapeutinnen und -therapeuten aus der ganzen Schweiz zu ihren Perspektiven und Präferenzen hinsichtlich der zukünftigen Ausgestaltung der ambulanten Grundversorgung befragt. Die Tatsache, dass sich über 4000 Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen an dieser Befragung beteiligt haben, lässt breit abgestützte Erkenntnisse zu. Eine besondere Stärke der Studie liegt auch darin, dass weitgehend dieselben Fragen an Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen aus den fünf grössten Berufsgruppen der ambulanten Grundversorgung gerichtet wurden. Diese Methode lässt Vergleiche zwischen den Berufsgruppen zu. Mit Blick auf die unterschiedlichen Ausbildungen und Praxistätigkeiten führen die Vergleiche zu wertvollen Einblicken auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede, zum Beispiel hinsichtlich der Bereitschaft zu interprofessioneller Zusammenarbeit, des Engagements für Gesundheitsförderung und Prävention oder der individuellen Innovationsfähigkeit. Ebenso sind auch Vergleiche innerhalb der Berufsgruppen, beispielsweise mit Blick auf unterschiedliche Ausbildungsstufen oder regionale Unterschiede in der deutsch- und der französischsprachigen Schweiz, möglich.

Auf einer breiten Datengrundlage zeigt die Studie eindrücklich, wie sich die Berufsgruppen gegenseitig wahrnehmen und welche Rollen in der ambulanten Grundversorgung sie sich selbst und gegenseitig zutrauen. Das als Grundlage für das DCE beschriebene Fallbeispiel einer Patientin eignet sich für die Befragung der

Präferenzen für verschiedenen Merkmale von Versorgungsmodellen insbesondere deshalb, weil sich die Befragten aller Berufsgruppen von der Beispielpatientin in ihren Kompetenzen angesprochen fühlten. Die dadurch gewonnenen Erkenntnisse eröffnen das Potenzial zur Diskussion neuer Rollenverteilungen in der ambulanten Grundversorgung.

Zudem ermöglicht die Arbeit Rückschlüsse auf Stärken, Schwächen, Chancen und Risiken in der Zusammenarbeit der Berufsgruppen, in der Ausbildung und im Engagement der Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen. Das besondere Gewicht, dass den Präferenzen hinsichtlich der zukünftigen Ausgestaltung der ambulanten Grundversorgung beigemessen wird, führt zu Erkenntnissen, die für die Überwindung wichtiger Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung, zum Beispiel dem Fachkräftemangel oder den steigenden Qualitätsanforderungen, genutzt werden können. Die konsequente Ausrichtung der Studie auf die Perspektiven der Befragten wird als zentral beurteilt, denn zukünftige Versorgungsmodelle müssen nicht nur die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten ernst nehmen, sondern auch für aktuelle und künftige Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen attraktiv sein.

10.2 Limitationen der Studie

Den verschiedenen Stärken der Arbeit stehen auch Limitationen gegenüber. Als erstes gilt es zu erwähnen, dass die Resultate nicht im statistischen Sinne repräsentativ sind. Da es keine nationale Datenbank aller Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen gibt, musste ein Bottom-up-Approach gewählt werden: das heisst, Mitglieder von Berufs- und Fachverbänden sowie von anderen Organisationen des Gesundheitswesens mussten angesprochen und zur Mitwirkung motiviert werden. Dies hat dazu geführt, dass zu gewissen Profilen, zum Beispiel zu den Fachfrauen und Fachmännern Betreuung oder den Assistentinnen und Assistenten Gesundheit und Soziales, die im ambulanten Gesundheitswesen tätig sind, keine Auswertungen gemacht werden konnten, weil die Zahl der Befragten zu gering war. Ein weiteres Problem stellt der grosse Umfang des Fragebogens dar. Zur Mitwirkung an der Befragung war viel Zeit nötig (im Median 17,4 Minuten). Dies hatte zur Folge, dass rund ein Fünftel der Befragten nicht alle Fragen beantwortet hat.

Trotz des beschriebenen Potenzials zur Diskussion neuer Rollenverteilungen muss darauf hingewiesen werden, dass die

Präferenzen der Befragten hinsichtlich zukünftiger Versorgungsmodelle anhand eines einzigen Fallbeispiels einer Patientin erhoben und analysiert wurden. Zwar wurde dieses Beispiel in Zusammenarbeit mit der Begleitgruppe sehr sorgfältig und realitätsnah ausgewählt. Es ist dennoch nicht abwegig zu vermuten, dass ein anderes Fallbeispiel möglicherweise zu anderen Ergebnissen geführt hätte. Das Beispiel wurde bewusst so konzipiert, dass sich die Befragten aller fünf Berufsgruppen aus ihrer fachlichen Perspektive äussern konnten. Anhand der Resultate lässt sich ausserdem vermuten, dass Fachpersonen ihre Kompetenzen im konkreten Fall gut einschätzen konnten, da sie die Rolle der eigenen Berufsrolle als wichtig einschätzten. Daraus folgt, dass bei vergleichbaren Fallbeispielen vermutlich ähnliche Resultate zu erwarten wären. Hingegen wären den verschiedenen Berufsgruppen bei Fallbeispielen mit Krankheitsbildern, deren Behandlung eindeutig einer Profession zugeschrieben werden (z.B. Notfall-Behandlungen oder Medikamentenberatungen), deutlich andere Rollen zugeschrieben worden.

Schliesslich ist es grundsätzlich schwierig, Menschen zu Präferenzen hinsichtlich Situationen in der Zukunft zu befragen. Die Vorstellungen über die zukünftige ambulante Grundversorgung sind stark vom gegenwärtigen System geprägt. Dieses Problem ist bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen. Das Problem besteht bei allen Prognose-Studien; immer gibt es eine Unsicherheit, ob sich die getroffenen Annahmen in Zukunft bewahrheiten werden (Bachleitner et al., 2016). Es ist zum Beispiel anzunehmen, dass der Status Quo die Antworten beeinflusst hat. Da aber viele Zusammenarbeitsformen noch nicht breit verankert sind, ist der Einfluss des Status Quo auf die Antworten der Befragten vermutlich gering.

10.3 Ausblick

Die vorliegende Studie ist Teil des Forschungsprojekts «Health2040» der Universität Luzern, das im Rahmen des Swiss Learning Health Systems (SLHS) durchgeführt wird. Das SLHS fördert den Dialog zwischen den verschiedenen Akteuren des Schweizer Gesundheitssystems als nationale Plattform im Bereich der Gesundheitssystem- und Versorgungsforschung. Am SLHS wirkt eine Vielzahl von Universitäten und Hochschulen aus der ganzen Schweiz mit. Durch die Plattform soll der Informationsfluss auf der Ebene von Politik, Forschung und Praxis erleichtert werden, um letztlich das Gesundheitssystem zu stärken und die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern.

Das Forschungsprojekt «Health2040» umfasst neben der vorliegenden Betrachtung der Präferenzen von Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen im Hinblick auf die zukünftige ambulante Grundversorgung auch eine Studie, welche die Präferenzen der Bevölkerung untersucht hat (Kaufmann, Föhn, et al., 2021). In einem nächsten Schritt sollen die Ergebnisse der beiden Studien verglichen und Schlüsse für die Weiterentwicklung der ambulanten Grundversorgung gezogen werden. Das Ziel wird es sein, Charakteristiken von Versorgungsmodellen zu identifizieren, die sowohl den Präferenzen der Bevölkerung als auch jenen der

Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen bestmöglich entsprechen. Um dem aktuell hohen Fachkräftemangel im Gesundheitswesen zu begegnen, ist es unabdingbar, die ambulante Grundversorgung so auszugestalten, dass sie qualitativ hochwertig ist, den Bedürfnissen der Bevölkerung entspricht und den Beschäftigten eine attraktive Arbeit bietet.

Danksagung

Die Studie wurde durch eine Begleitgruppe unterstützt, die aus Vertreterinnen und Vertretern folgender Institutionen besteht: Bundesamt für Gesundheit (BAG), Competence Network for Health Workforce (CNHW), Curafutura, Berufsverband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH), Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan), Nationale Dachorganisation der Arbeitswelt Gesundheit (OdaSanté), Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK-ASI), Spitex Schweiz, Schweizerischer Apothekerverband (pharmaSuisse), Pharmaceutical Care Research Group der Universität Basel, Swiss Young Pharmacists Group und Zentrum für Hausarztmedizin & Community Care der Universität Luzern. Wir danken an dieser Stelle den Mitgliedern für die wertvolle Unterstützung.

Zudem sind wir den Institutionen und Organisationen, die uns bei der Verbreitung der Online-Befragung unterstützt haben, zu Dank verpflichtet. Neben den genannten Institutionen aus der Begleitgruppe bedanken wir uns insbesondere bei den folgenden Akteuren: Schweizerischer Verein der Amts- und Spitalapotheker (GSASA), Vereinigung der jungen Hausärztinnen und -ärzte (JHAS), Vereinigung der Haus- und Kinderärztinnen und -ärzte Schweiz (mfe), Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM), Universitäre Hausarztinstitute in der Deutsch- und Westschweiz, Schweizerischer Verband Medizinischer Praxisfachpersonen (SVA), l'Association Romande des Assistantes Médicales (ARAM), Organisation der Arbeitswelt Berufsbildung Medizinische Praxisassistentin (Odamed), Interessengruppe Swiss Advanced Nursing Practice (IG swissANP), Verband der privaten Spitex-Organisationen (ASPS), Schweizer Physiotherapie Verband (Physioswiss), l'Association Suisse des Physiothérapeutes Indépendants ASPI, Direktion des Instituts für Physiotherapie der Insel Gruppe AG, Plattform Interprofessionalität, mediX schweiz, Medbase, Sanacare, Galenica Gruppe, Berner Fachhochschule und diverse Berufsfachschulen für medizinische Assistenzberufe.

Wir danken allen, die an der Online-Befragung teilgenommen haben, für die wertvolle Unterstützung dieser Studie.

11 Literaturverzeichnis

- Ali, I. (2019). Personality traits, individual innovativeness and satisfaction with life. *Journal of Innovation & Knowledge*, 4(1), 38–46. <https://doi.org/10.1016/j.jik.2017.11.002>
- Ansorg, A.-K., Jungo, K. T., Hilfiker, E., Felber, R., Trageser, J., Arnet, B. P., Schenk, M., & Streit, S. (2022). Quality of chronic care for patients with type 2 diabetes in practices with and without a Clinical Specialized Medical Assistant (CSMA) – a cross-sectional study from Switzerland. *Swiss Medical Weekly*, 25. <https://doi.org/10.4414/smw.2022.w30180>
- Auspurg, K., & Hinz, T. (2014). *Factorial Survey Experiments*. SAGE Publications.
- Bachleitner, R., Weichbold, M., & Pausch, M. (Hrsg.). (2016). *Empirische Prognoseverfahren in den Sozialwissenschaften*. Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-11932-4>
- BAG. (2011). *Erläuternder Bericht zum Gegenentwurf des Bundesrates zur Volksinitiative „Ja zur Hausarztmedizin“*. https://www.google.com/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=0CAMQw7AJahcKEWjwsdm4rY39A-hUAAAAAHQAAAAQAw&url=https%3A%2F%2Ffedlex.data.admin.ch%2Ffilestore%2Ffedlex.data.admin.ch%2Feli%2Fdl%2Fproj%2F6010%2F129%2Fcons_1%2Fdoc_2%2Fde%2Fpdf-a%2Ffedlex-data-admin-ch-eli-dl-proj-6010-129-cons_1-doc_2-de-pdf-a.pdf&psig=AOvVaw20qkH6gh3FmxOu9mZ2jB4&ust=1676200995018780 (Zugriff am 10.2.2023)
- BAG. (2013). *Bericht der Themengruppe «Interprofessionalität»*. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/forschungsberichte/forschungsberichte-interprofessionalitaet-im-gesundheitswesen.html> (Zugriff am 10.2.2023)
- BAG. (2016). *Faktenblatt Koordinierte Versorgung*. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/koordinierte-versorgung.html> (Zugriff am 10.2.2023)
- BAG. (2017a). *Förderprogramm Interprofessionalität im Gesundheitswesen 2017 – 2020*. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/foerderprogramme-der-fachkraefteinitiative-plus/foerderprogramme-interprofessionalitaet.html> (Zugriff am 10.2.2023)
- BAG. (2017b). *Policy Dialogue vom 7. November 2017, Förderung von interprofessionellen und patientenzentrierten Versorgungseinheiten*. https://www.gesundes-freiamt.ch/media/policy_dialogue_gesundheitsregionen.pdf (Zugriff am 10.2.2023)
- BAG. (2021a). *Policy Brief—Interprofessionalität im Gesundheitswesen—Ambulante Versorgung*. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/foerderprogramme-der-fachkraefteinitiative-plus/foerderprogramme-interprofessionalitaet/policy-briefs-interprof.html> (Zugriff am 10.2.2023)
- BAG. (2021b). *Policy Brief—Interprofessionalität im Gesundheitswesen—Bildung*. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/foerderprogramme-der-fachkraefteinitiative-plus/foerderprogramme-interprofessionalitaet.html> (Zugriff am 10.2.2023)
- BAG. (2021c). *Policy Brief—Interprofessionalität in der Bildung fördern*. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/foerderprogramme-der-fachkraefteinitiative-plus/foerderprogramme-interprofessionalitaet.html> (Zugriff am 10.2.2023)
- BAG. (2021d). *Policy Brief—Interprofessionelle Zusammenarbeit in der ambulanten Versorgung stärken*. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/foerderprogramme-der-fachkraefteinitiative-plus/foerderprogramme-interprofessionalitaet.html> (Zugriff am 10.2.2023)
- BAG. (2022a). *Ärztinnen und Ärzte 2021*. https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/berufe-gesundheitswesen/medizinalberufe/statistiken/med/aerztinnen-aerzte-2021.pdf.download.pdf/Aerztinnen_und_Aerzte_2021_DE.pdf (Zugriff am 10.2.2023)
- BAG. (2022b). *Nationale Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD)*. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-nicht-uebertragbare-krankheiten.html> (Zugriff am 10.2.2023)
- BAG. (2022c). *Apothekerinnen und Apotheker 2021*. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/statistiken-berufe-im-gesundheitswesen/statistiken->

- medizinalberufe1/statistiken-apothekerinnen-apotheker.html (Zugriff am 10.2.2023)
- Baker, L., Egan-Lee, E., Martimianakis, M. A., & Reeves, S. (2011). Relationships of power: Implications for interprofessional education. *J Interprof Care*, 25(2), 98–104. <https://doi.org/10.3109/13561820.2010.505350>
- Balas, E. A., & Chapman, W. W. (2018). Road map for diffusion of innovation in health care. *Health Affairs*, 37(2), 198–204.
- Balthasar, A., Hanimann, A., & Strotz, C. (2017). *Ambulante medizinische Grundversorgung 2040: Einstellungen und Präferenzen von Patienten/-innen und Health Professionals, Literaturanalyse*. Interface Politikstudien Forschung Beratung.
- Berggren, A. (1996). Swedish midwives' awareness of, attitudes to and use of selected research findings. *Journal of Advanced Nursing*, 23(3), 462–470.
- BFS. (2019). *Gesundheitsstatistik 2019*. <https://www.bfs.admin.ch/asset/de/10227275> (Zugriff am 10.2.2023)
- BFS. (2020). *Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz und der Kantone 2020-2050* (Statistik der Schweiz). Bundesamt für Statistik. <https://www.bfs.admin.ch/asset/de/14963221> (Zugriff am 10.2.2023)
- BFS. (2022a). *Bestand und Dichte der Ärzt/innen, Zahnarztpraxen und Apotheken nach Kanton*. <https://www.bfs.admin.ch/asset/de/23546474> (Zugriff am 10.2.2023)
- BFS. (2022b). *Medienmitteilung, Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens im Jahr 2020: Provisorische Ergebnisse* [Medienmitteilung]. Bundesamt für Statistik. <https://www.bfs.admin.ch/asset/de/22324775> (Zugriff am 10.2.2023)
- Bode, S. F. N., Giesler, M., Heinzmann, A., Krüger, M., & Straub, C. (2016). Self-perceived attitudes toward interprofessional collaboration and interprofessional education among different health care professionals in pediatrics. *GMS journal for medical education*, 33(2).
- Bodenmann, P., Kasztura, M., Graells, M., Schmutz, E., Chastonay, O., Canepa-Allen, M., Moullin, J., von Allmen, M., Lemoine, M., Hugli, O., Daepfen, J.-B., & Grazioli, V. S. (2021). Healthcare Providers' Perceptions of Challenges with Frequent Users of Emergency Department Care in Switzerland: A Qualitative Study. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 58. <https://doi.org/10.1177/00469580211028173>
- Boes, S., Kaufmann, C., & Marti, J. (2016). *Sozioökonomische und kulturelle Ungleichheiten im Gesundheitsverhalten der Schweizer Bevölkerung* (Obsan Dossier 51). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Bolliger, C., Golder, L., & Jans, C. (2016). *Der Ausstieg aus der kurativen ärztlichen Tätigkeit: Schlussbericht*. gfs. bern und Büro Vatter.
- https://www.fmh.ch/files/pdf18/FMH_VSAO_2016_Schlussbericht_mit_FB.pdf (Zugriff am 10.2.2023)
- Brown, B. B., Patel, C., McInnes, E., Mays, N., Young, J., & Haines, M. (2016). The effectiveness of clinical networks in improving quality of care and patient outcomes: A systematic review of quantitative and qualitative studies. *BMC Health Services Research*, 16, 360. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1615-z>
- Bundesrat. (2019). Die Gesundheitspolitische Strategie des Bundesrats 2020–2030. *Bundesamt für Gesundheit (BAG)*. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/gesundheits-2030/gesundheitspolitische-strategie-2030.html> (Zugriff am 10.2.2023)
- Burgat, S., & Guillod, O. (2015). Die ärztliche Haftung im Rahmen der interprofessionellen Zusammenarbeit, Rechtsgutachten. *Institut für Gesundheitsrecht im Auftrag der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften*.
- Burla, L., Widmer, M., & Zeltner, C. (2022). *Zukünftiger Bestand und Bedarf an Fachärztinnen und -ärzten in der Schweiz. Teil 1: Total der Fachgebiete, Hausarztmedizin, Pädiatrie, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Orthopädie. Schlussbericht des Obsan und des Gremiums «Koordination der ärztlichen Weiterbildung» im Auftrag des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik* (Obsan Bericht 04/2022). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Canadian Interprofessional Health Collaborative. (2010). *A National Interprofessional Competency Framework*. Canadian Interprofessional Health Collaborative. <https://phabc.org/wp-content/uploads/2015/07/CIHC-National-Interprofessional-Competency-Framework.pdf> (Zugriff am 10.2.2023)
- Clausen, F., & Kraft, E. (2021). Die Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Arztpraxen. *Schweizerische Ärztezeitung*. <https://doi.org/10.4414/saez.2021.19988>
- Clinique et Permanence d'Onex. (2023). *Clinique et Permanence d'Onex*. <https://cpo.ch/> (Zugriff am 10.2.2023)
- CURAVIVA Schweiz. (2018). *Sozialraumorientierung im Verständnis von CURAVIVA Schweiz*. https://www.artiset.ch/files/XQPQTK9/sozialraumorientierung_arbeitsinstrument_curaviva_schweiz_2018.pdf (Zugriff am 10.2.2023)
- D'Amour, D., Goulet, L., Labadie, J. F., Martin-Rodriguez, L. S., & Pineault, R. (2008). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Serv Res*, 8, 188. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-188>
- De Brún, A., Flynn, D., Ternent, L., Price, C. I., Rodgers, H., Ford, G. A., Rudd, M., Lancsar, E., Simpson, S., Teah, J., & Thomson, R. G. (2018). A novel design process for selection of attributes for inclusion in discrete choice experiments: Case study exploring variation in clinical decision-making about thrombolysis in the treatment of acute ischaemic stroke. *BMC Health*

- Services Research*, 18(1), 483.
<https://doi.org/10.1186/s12913-018-3305-5>
- DeShazo, J. R., & Fermo, G. (2002). Designing Choice Sets for Stated Preference Methods: The Effects of Complexity on Choice Consistency. *Journal of Environmental Economics and Management*, 44(1), 123–143.
<https://doi.org/10.1006/jeem.2001.1199>
- Diserens, L., Egli, L., Fustinoni, S., Santos-Eggimann, B., Staeger, P., & Hugli, O. (2015). Emergency department visits for non-life-threatening conditions: Evolution over 13 years in a Swiss urban teaching hospital. *Swiss Medical Weekly*.
<https://doi.org/10.4414/smw.2015.14123>
- Djalali, S., & Rosemann, T. (2015). *Neue Versorgungsmodelle für chronisch Kranke. Hintergründe und Schlüsselemente* (Obsan Dossier 45). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Duchscher, J. E. B. (2009). Transition shock: The initial stage of role adaptation for newly graduated Registered Nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 65(5), 1103–1113.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04898.x>
- Estabrooks, C. A. (1999). Modeling the individual determinants of research utilization. *Western journal of nursing research*, 21(6), 758–772.
- fmc. (2014). *Trendszenarien Integrierte Versorgung Schweiz* (Denkstoff N°1). Schweizer Forum für Integrierte Versorgung fmc. https://www.fmc.ch/_Resources/Persis-tent/90dc9247713202cb0c3ad1d174e972ca4dac56bd/Denkstoff_de_No1.pdf (Zugriff am 10.2.2023)
- fmc. (2017). *Qualität statt Mengen belohnen – (wie) geht das? Performance-orientierte Vergütungsmodelle 2025* (Denkstoff N°3). Schweizer Forum für Integrierte Versorgung fmc. https://www.fmc.ch/_Resources/Persis-tent/d4766482a0ce66ca071fe7bc8950d4e171404ff6/Denkstoff_No3_de.pdf (Zugriff am 10.2.2023)
- fmc. (2018). *Denkstoff Bund, Kantone und Gemeinden in der Integrierten Versorgung: Rollenszenarien 2026* (Denkstoff N°4). Schweizer Forum für Integrierte Versorgung fmc. https://www.fmc.ch/_Resources/Persis-tent/dabf631f8290ad62febff8764b988a129812a737/Denkstoff_No4_de.pdf (Zugriff am 10.2.2023)
- fmc. (2020). *Vernetzte Grundversorgung: Trendszenarien 2028* (Denkstoff N°5). Schweizer Forum für Integrierte Versorgung fmc. https://www.fmc.ch/_Resources/Persis-tent/70853fb1920c05908ad2d57389674e97006bf879/Denkstoff%20Nr5.pdf (Zugriff am 10.2.2023)
- FMH. (2023). *TARDOC*. FMH - Berufsverband. <https://www.fmh.ch/themen/ambulante-tarife/tardoc.cfm> (Zugriff am 10.2.2023)
- Funk, K. A., Pestka, D. L., Roth McClurg, M. T., Carroll, J. K., & Sorensen, T. D. (2019). Primary Care Providers Believe That Comprehensive Medication Management Improves Their Work-Life. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 32(4), 462–473.
<https://doi.org/10.3122/jabfm.2019.04.180376>
- Funk, K. A., Sorge, L. A., Bazemore, A. W., Sorensen, T. D., McClurg, M. T. R., & Carroll, J. K. (2021). How Comprehensive Medication Management Contributes to Foundational Elements of Primary Care. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 34(2), 420–423.
<https://doi.org/10.3122/jabfm.2021.02.190318>
- GDK & BAG. (2012). *Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung. Bericht der Arbeitsgruppe „Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung“ von GDK und BAG*. Bern.
- Giger, M., & De Geest, S. (2008). Neue Versorgungsmodelle und Kompetenzen sind gefragt. *Schweizerische Ärztezeitung*, 89(43), 1839–1843.
- Gilgen, I., & Felber, R. (2011). Zwischen professioneller Autonomie und Qualitätsmanagement. *Ärztegesellschaft des Kantons Bern*, 5/2011, 9–11.
- Goodwin, R., Moffatt, F., Hendrick, P., Stynes, S., Bishop, A., & Logan, P. (2021). Evaluation of the First Contact Physiotherapy (FCP) model of primary care: A qualitative insight. *Physiotherapy*, 113, 209–216.
<https://doi.org/10.1016/j.physio.2021.08.003>
- Goodwin, RW., & Hendrick, PA. (2016). Physiotherapy as a first point of contact in general practice: A solution to a growing problem? *Primary health care research & development*, 17(5), 489–502.
- Graff, M. (2022). *Vor allem ärmere Haushalte von steigenden Gesundheitskosten betroffen* [KOF Bulletin der Konjunkturforschungsstelle]. <https://kof.ethz.ch/news-und-veranstaltungen/kof-bulletin/kof-bulletin/2022/04/vor-allem-aermere-haushalte-von-steigenden-gesundheitskosten-betroffen.html> (Zugriff am 10.2.2023)
- Greenhalgh, T., Robert, G., Bate, S., Kyriakidou, O., & Macfarlane, F. (2004). *How to spread good ideas: A systematic review of the literature on diffusion, spread and sustainability of innovations in health service delivery and organisation*. <https://www.cs.kent.ac.uk/people/staff/saf/share/great-missenden/reference-papers/Overviews/NHS-lit-review.pdf> (Zugriff am 10.2.2023)
- Gurtner, S., & Wettstein, M. (2019). *Interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen—Anreize und Hindernisse in der Berufsausübung*. Bern: Berner Fachhochschule. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/forschungsberichte/forschungsberichte-interprofessionalitaet-im-gesundheitswesen/forschungsberichte-interprofessionalitaet-M5-anreize.html> (Zugriff am 10.2.2023)

- Haddara, W., & Lingard, L. (2013). Are We All on the Same Page? A Discourse Analysis of Interprofessional Collaboration: *Academic Medicine*, 88(10), 1509–1515. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3182a31893>
- Hahn, S., Richter, D., Beck, M., & Thilo, F. (2013). *Panorama Gesundheitsberufe 2030*. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/forschungsberichte/forschungsberichte-gesundheitsberufe.html> (Zugriff am 10.2.2023)
- Hainmueller, J., Hopkins, D. J., & Yamamoto, T. (2014). Causal Inference in Conjoint Analysis: Understanding Multidimensional Choices via Stated Preference Experiments. *Political Analysis*, 22(1), 1–30. <https://doi.org/10.1093/pan/mpt024>
- Halter, U., Tschudi, P., Bally, K., & Isler, R. (2005). Berufsziel von Medizinstudierenden. Erste Resultate einer Studie des IHAM Basel. *Primary Care*, 20, 468–472.
- Hauber, A. B., González, J. M., Groothuis-Oudshoorn, C. G. M., Prior, T., Marshall, D. A., Cunningham, C., IJzerman, M. J., & Bridges, J. F. P. (2016). Statistical Methods for the Analysis of Discrete Choice Experiments: A Report of the ISPOR Conjoint Analysis Good Research Practices Task Force. *Value in Health: The Journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 19(4), 300–315. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2016.04.004>
- Holm, S. (2011). Final responsibility for treatment choice: The proper role of medical doctors? *Health Expectations*, 14(2), 201–209.
- Hostettler, S., & Kraft, E. (2020). FMH-Ärztteststatistik 2019 – hohe Abhängigkeit vom Ausland. *Schweizerische Ärztezeitung*, 101(13), Art. 13. <https://doi.org/10.4414/saez.2020.18725>
- Hurt, H. T., Joseph, K., & Cook, C. D. (1977). Scales for the measurement of innovativeness. *Human Communication Research*, 4(1), 58–65.
- Jaccard Ruedin, H., & Weaver, F. (2009). *Ageing workforce in an ageing society* (Careum Working Paper 1). Careum Foundation & Obsan.
- Johansson, H., Stenlund, H., Lundström, L., & Weinehall, L. (2010). Reorientation to more health promotion in health services—A study of barriers and possibilities from the perspective of health professionals. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 3, 213–224. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S14900>
- Joseph, M. L. (2015). Organizational culture and climate for promoting innovativeness. *The Journal of Nursing Administration/JONA*, 45(3), 172–178.
- Josi, R., Bianchi, M., & Brandt, S. K. (2020). Advanced practice nurses in primary care in Switzerland: An analysis of interprofessional collaboration. *BMC Nursing*, 19(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0393-4>
- Kamphuis, C. B., de Bekker-Grob, E. W., & van Lenthe, F. J. (2015). Factors affecting food choices of older adults from high and low socioeconomic groups: A discrete choice experiment. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 101(4), 768–774. <https://doi.org/10.3945/ajcn.114.096776>
- Katz, D. (1964). The motivational basis of organizational behavior. *Behavioral science*, 9(2), 131–146.
- Katz, D., & Kahn, R. L. (1978). *The social psychology of organizations* (Bd. 2). Wiley New York.
- Kaufmann, C., Brandt, S. K., Gut, V., Nicolet, A., Marti, J., & Senn, N. (2021). *Analyse der (hybriden) Finanzierungslage präventiver Angebote im Gesundheitssystem (PGV)* (Bericht zuhanden des BAG). Interface Politikstudien Forschung Beratung.
- Kaufmann, C., Föhn, Z., & Balthasar, A. (2021). *Zukünftige ambulante Grundversorgung: Einstellungen und Präferenzen der Bevölkerung* (Obsan Bericht 04/2021). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Kessel, M., Hannemann-Weber, H., & Kratzer, J. (2012). Innovative work behavior in healthcare: The benefit of operational guidelines in the treatment of rare diseases. *Health Policy*, 105(2–3), 146–153. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.02.010>
- King, N., & Ross, A. (2004). Professional identities and interprofessional relations: Evaluation of collaborative community schemes. *Social Work in Health Care*, 38(2), 51–72.
- Kraft, E., Loretan, L., & van der Heiden, N. (2016). Jeder zehnte Arzt steigt aus. *Schweizerische Ärztezeitung*, 97(34). <https://doi.org/10.4414/saez.2016.04953>
- Kronenberg, R., & Streit, S. (2019). Das mentale Wohlbefinden der nächsten Generation Hausärztinnen*. *Primary and Hospital Care*, 19(12), 365–367. <https://doi.org/10.4414/phcd.2019.10168>
- Kündig, J., Hametner, H., Höchli, D., Kirschner, M., Luchsinger, P., Wiesli, R., Pfister, M., Imhof, P., Vaucher, F., Mesnil, M., & Beerli, M. (2019). *Erfolgsfaktoren für den Aufbau integrierter Versorgungsmodelle*. Schweizerischer Gemeindeverband. <https://www.chgemeinden.ch/de/service/publikationen/> (Zugriff am 10.2.2023)
- Laurant, M., van der Biezen, M., Wijers, N., Watananirun, K., Kontopantelis, E., & van Vught, A. J. (2018). Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7. Art. No.: CD001271.
- Leemrijse, C. J., Swinkels, I. C., & Veenhof, C. (2008). Direct access to physical therapy in the Netherlands: Results from the first year in community-based physical therapy. *Physical Therapy*, 88(8), 936–946.
- Légaré, F., Ratté, S., Gravel, K., & Graham, I. D. (2008). Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: Update of a systematic review of health

- professionals' perceptions. *Patient Education and Counseling*, 73(3), 526–535. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.07.018>
- Légaré, F., & Witteman, H. O. (2013). Shared Decision Making: Examining Key Elements And Barriers To Adoption Into Routine Clinical Practice. *Health Affairs*, 32(2), 276–284. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.1078>
- Lobsiger, M., & Kägi, W. (2016). *Analyse der Strukturhebung und Berechnung von Knappheitsindikatoren zum Gesundheitspersonal* (Obsan Dossier 53). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Lobsiger, M., & Liechti, D. (2021). *Berufsaustritte und Bestand von Gesundheitspersonal in der Schweiz—Eine Analyse auf Basis der Strukturhebungen 2016-2018* (Obsan Bericht 01/2021). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- McFadden, D. (1974). The measurement of urban travel demand. *Journal of Public Economics*, 3(4), 303–328. [https://doi.org/10.1016/0047-2727\(74\)90003-6](https://doi.org/10.1016/0047-2727(74)90003-6)
- Medizinisches Zentrum gleis d. (2023). *Ärztzentrum und Apotheke in Chur*. <https://gleisd.ch/> (Zugriff am 10.2.2023)
- MedZentrum Pfungen. (2023). *Apotheke und Praxis unter einem Dach*. <https://medzentrum.ch/> (Zugriff am 10.2.2023)
- Merçay, C., Grünig, A., & Dolder, P. (2021). *Gesundheitspersonal in der Schweiz – Nationaler Versorgungsbericht 2021. Bestand, Bedarf, Angebot und Massnahmen zur Personalsicherung* (Obsan Bericht 3/2021). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Moore, J. H., Goss, D. L., Baxter, R. E., DeBerardino, T. M., Mansfield, L. T., Fellows, D. W., & Taylor, D. C. (2005). Clinical diagnostic accuracy and magnetic resonance imaging of patients referred by physical therapists, orthopaedic surgeons, and nonorthopaedic providers. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 35(2), 67–71.
- OECD/EU. (2018). *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*. OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en
- Ojha, H. A., Snyder, R. S., & Davenport, T. E. (2014). Direct access compared with referred physical therapy episodes of care: A systematic review. *Physical therapy*, 94(1), 14–30.
- Pahud, O. (2020). *EHealth in der ambulanten Grundversorgung* (Obsan Bulletin 3/20). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Pallister, J. G., & Foxall, G. R. (1998). Psychometric properties of the Hurt–Joseph–Cook scales for the measurement of innovativeness. *Technovation*, 18(11), 663–675. [https://doi.org/10.1016/S0166-4972\(98\)00070-4](https://doi.org/10.1016/S0166-4972(98)00070-4)
- Pearcey, P., & Draper, P. (1996). Using the diffusion of innovation model to influence practice: A case study. *Journal of Advanced Nursing*, 23(4), 714–721.
- Persoskie, A., & Ferrer, R. A. (2017). A Most Odd Ratio: *American Journal of Preventive Medicine*, 52(2), 224–228. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2016.07.030>
- pharmaSuisse. (2020). *Fakten und Zahlen Schweizer Apotheken 2020*. <https://www.pharmasuisse.org/data/docs/de/19076/Fakten-und-Zahlen-2020.pdf> (Zugriff am 10.2.2023)
- Polster, D., & Villines, D. (2017). An Exploratory Descriptive Study of Registered Nurse Innovation: Implications for Levels of Adoption. *Clinical Nurse Specialist*, 31(1), E1–E9. <https://doi.org/10.1097/NUR.0000000000000264>
- QualiCCare. (2023). *Opti-Q Multimorbidität Optimierung der Behandlungsqualität von multimorbiden Patient:innen*. QualiCCare. <https://qualiccare.ch/projekt/aktuelle-projekte/multimorbiditaet> (Zugriff am 10.2.2023)
- Reeves, S., Lewin, S., Espin, S., & Zwarenstein, M. (2011). *Interprofessional teamwork for health and social care* (Bd. 8). John Wiley & Sons.
- Reyhan, F., Kabakci, E. N., Celik, N., & Sayiner, F. D. (2018). Opinions of midwifery and nursing students about the level of individual innovativeness and innovation in education. *International Journal of Caring Sciences*, 11(2), 977–984.
- Rogers, E. M. (1995). *Diffusion of Innovations* (4. Aufl.). The Free Press.
- Rogers, E. M., & Shoemaker, F. F. (1971). *Communication of Innovations; A Cross-Cultural Approach*.
- Rubio-Valera, M., Pons-Vigués, M., Martínez-Andrés, M., Moreno-Peral, P., Berenguera, A., & Fernández, A. (2014). Barriers and facilitators for the implementation of primary prevention and health promotion activities in primary care: A synthesis through meta-ethnography. *PLOS one*, 9(2), e89554.
- Ryan, M., Watson, V., & Entwistle, V. (2009). Rationalising the 'irrational': A think aloud study of discrete choice experiment responses. *Health Economics*, 18(3), 321–336. <https://doi.org/10.1002/hec.1369>
- Saam, M. (2021). *Gesundheit fördern und Krankheiten voreugen. Argumentarium. Arbeitspapier 53. (Nr. 53). Gesundheitsförderung Schweiz*. <https://gesundheitsfoerderung.ch/grundlagen/argumentarium-gesundheitsfoerderung-und-praevention.html>
- Sahli, R., & Jungi, M. (2017). Chronic Care Management in der Hausarztpraxis. *PRIMARY AND HOSPITAL CARE – ALLGEMEINE INNERE MEDIZIN*, 17(3), 46–50.
- SAMW. (2017). *Die Praxis gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit* (12(2); Swiss Academies Reports). <https://www.samw.ch/de/Publikationen/Empfehlungen.html> (Zugriff am 10.2.2023)
- SAMW. (2019). *Nachhaltige Entwicklung des Gesundheitssystems. Swiss Academies communications* (Swiss Academies

- Communications 14 (2)). Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. <https://www.samw.ch/de/Projekte/Uebersicht-der-Projekte/Nachhaltiges-Gesundheitssystem.html> (Zugriff am 10.2.2023)
- SAMW. (2020). *Charta 2.0 Interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen*. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. <https://www.samw.ch/de/Projekte/Uebersicht-der-Projekte/Interprofessionalitaet/Publikationen-Interprofessionalitaet.html> (Zugriff am 10.2.2023)
- Sarikose, S., & Turkmen, E. (2020). The relationship between demographic and occupational variables, transformational leadership perceptions and individual innovativeness in nurses. *J Nurs Manag*, 28(5), 1126–1133. <https://doi.org/10.1111/jonm.13060>
- SBFI. (2017). *Herausforderungen der Digitalisierung für Bildung und Forschung in der Schweiz*. <https://www.sbfli.admin.ch/sbfli/de/home/dienstleistungen/publikationen/publikationsdatenbank/bericht-digitalisierung.html> (Zugriff am 10.2.2023)
- Schäfer, M., Scherrer, A., & Burla, L. (2013). *Bildungsabschlüsse im Bereich Pflege und Betreuung: Systematische Übersichtsarbeit* (Obsan Dossier 24). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Schultz, C., Graw, J., Salomo, S., & Kock, A. (2019). How Project Management and Top Management Involvement Affect the Innovativeness of Professional Service Organizations—An Empirical Study on Hospitals. *Project Management Journal*, 50(4), 460–475. <https://doi.org/10.1177/8756972819857893>
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Hrsg.). (2015). *Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015*. Bern: Hogrefe Verlag.
- Settumba, S. N., Shanahan, M., Butler, T., Schofield, P., Lafferty, L., Simpson, P., & Chambers, G. M. (2019). Developing Attributes and Attribute-Levels for a Discrete-Choice Experiment: An Example for Interventions of Impulsive Violent Offenders. *Applied Health Economics and Health Policy*, 17(5), 683–705. <https://doi.org/10.1007/s40258-019-00484-5>
- Siroka, J. (2022). Wie lebt es sich als Arzt und als Ärztin im Beruf? *Schweizerische Ärztezeitung*, 103(42), 28–29. <https://doi.org/10.4414/saez.2022.21145>
- Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *The milbank quarterly*, 83(3), 457–502.
- Stierli, R. A., Rozsnyai, Z., Felber, R., Jörg, R., Kraft, E., Exadaktylos, A., & Streit, S. (2021). Primary Care Physician Workforce 2020 to 2025—a cross-sectional study for the Canton of Bern. *Swiss medical weekly*, 151, w30024.
- Stilgenbauer, D. J., & Fitzpatrick, J. J. (2019). Levels of Innovativeness Among Nurse Leaders in Acute Care Hospitals. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 49(3), 150–155. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000729>
- Sturny, I., & Widmer, M. (2020). *Unterschiede in der Entwicklung des Angebots und der Inanspruchnahme in der Stadt und auf dem Land. Bericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) im Rahmen des Forums Medizinische Grundversorgung 2020* (Obsan Bericht 13/2020). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Tandjung, R., Hanhart, A., Bärtschi, F., Keller, R., Steinhauer, A., Rosemann, T., & Senn, O. (2015). Referral rates in Swiss primary care with a special emphasis on reasons for encounter. *Swiss medical weekly*, 145, w14244.
- Trageser, J., & Gschwend, E. (2019). *Ansprüche an die ärztliche Versorgung—Befragung der Bevölkerung und der ÄrztInnen*. INFRAS. https://www.infras.ch/media/filer_public/d6/f3/d6f3fd66-cff8-4e88-9a0a-f4ab8f5db676/studienbericht_infras_agz_def.pdf (Zugriff am 10.2.2023)
- Trageser, J., Gschwend, E., Stokar, T., Hegedüs, A., & Otto, U. (2017). *Evaluation integriertes Altersversorgungs-Netzwerk (CareNet+)*. INFRAS. https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/integrierte_versorgung/praxisbeispiele/kapitel_7/05_ZH_Integrierte_Altersversorgung_carenet_.pdf (Zugriff am 10.2.2023)
- Viney, R., Lancsar, E., & Louviere, J. (2002). Discrete choice experiments to measure consumer preferences for health and healthcare. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 2(4), 319–326. <https://doi.org/10.1586/14737167.2.4.319>
- Whitehead, C. (2007). The doctor dilemma in interprofessional education and care: How and why will physicians collaborate? *Med Educ*, 41(10), 1010–1016. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2007.02893.x>
- WHO. (1978). *Deklaration der Internationalen Konferenz zur Primären Gesundheitsversorgung. Alma Ata*.
- WHO. (2008). Primary Health Care. Now more than ever. *World Health Report 2008*.
- Wieser, S., Riguzzi, M., Pletscher, M., Huber, C. A., Telser, H., & Schwenkglenks, M. (2018). How much does the treatment of each major disease cost? A decomposition of Swiss National Health Accounts. *The European Journal of Health Economics*, 19(8), Art. 8. <https://doi.org/10.1007/s10198-018-0963-5>
- Wittwer, B., Berger Wermuth, G., & Küng, K. (2016). Optimum versus Maximum – Eine große Herausforderung für die Pflege. *Gefässchirurgie*, 21(5), 285–290. <https://doi.org/10.1007/s00772-016-0161-7>
- Woollard, M. (2006). The role of the paramedic practitioner in the UK. *Australasian Journal of Paramedicine*, 4(1).

- Yi, M. Y., Fiedler, K. D., & Park, J. S. (2006). Understanding the role of individual innovativeness in the acceptance of IT-based innovations: Comparative analyses of models and measures. *Decision Sciences*, 37(3), 393–426.
- Yigit, S., & Aksay, K. (2015). A comparison between generation X and generation Y in terms of individual innovativeness behavior: The case of Turkish health professionals. *International Journal of Business Administration*, 6(2), 106–117.
- Zeller, A., & Giezendanner, S. (2020). Resultate der 4. Workforce Studie. *Primary and Hospital Care*, 11, Art. 11.
<https://doi.org/10.4414/phc-d.2020.10311>

12 Anhang

12.1 Professionsspezifische Merkmale der Stichprobe

T 12.1 Berufs-/Funktionsbezeichnungen und Weiterbildungstitel

Bezeichnung/Titel	Anzahl der Befragten
Apothekerinnen und Apotheker nach Berufsbezeichnung	
Apotheker/in Offizinpharmazie	348
Fachapotheker/in Offizinpharmazie	227
Apotheker/in Spitalpharmazie	58
Fachapotheker/in Spitalpharmazie	52
Apotheker/in ausserhalb der Offizin- oder Spitalpharmazie	27
<i>Total</i>	712
Ärztinnen und Ärzte nach Funktionen/Titel (inkl. Mehrfachnennungen)	
Assistenzarzt/ärztin	26
Praktischer Arzt/Praktische Ärztin	91
Facharzt/ärztin	458
Oberarzt/ärztin	15
Chefarzt/ärztin	24
Ärztl. Direktor/in	12
<i>Total</i>	600
Fachärztliche Titel (inkl. Mehrfachnennungen)	
Allgemeine Innere Medizin	425
Chirurgie	7
Gynäkologie und Geburtshilfe	8
Kinder- und Jugendmedizin	26
Orthopädische Chirurgie	5
Physikalische Medizin und Rehabilitation	4
Prävention und Gesundheitswesen	5
Psychiatrie und Psychotherapie	10
Rheumatologie	2
Anderer Titel	65
<i>Total</i>	557
Hausärztliche Tätigkeit	
Hauptsächlich	502
Teilweise	47
<i>Total</i>	549
Medizinische Praxisfachpersonen nach Ausbildungsstufe	
Medizinische Praxisassistent/in EFZ	524
Medizinische Praxiskoordinator/in	264

Bezeichnung/Titel	Anzahl der Befragten
<i>Total</i>	788
Mitarbeitende der Pflege nach Ausbildungsstufe	
Fachfrau/mann Gesundheit EFZ	39
Pflegefachperson HF	378
Pflegefachperson FH	226
<i>Total</i>	643
Physiotherapeutinnen und -therapeuten nach Ausbildungsstufe	
Physiotherapeut/in HF	266
Physiotherapeut/in FH	1 000
<i>Total</i>	1 266
Mit Weiterbildung für Tätigkeiten als Experte/-in mit erweiterten Rollen und Kompetenzen (z.B. Advanced Practitioner oder Clinical Specialist)	
Pflegefachperson HF	110
Pflegefachperson FH	108
Physiotherapeut/in HF	72
Physiotherapeut/in FH	316
<i>Total</i>	606

Quelle: Online-Befragung von Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – Januar bis Juli 2022.
© Obsan 2023

T 12.2 Verteilung nach Arbeitssettings

Arbeitssetting/Institution	Zum Befragungszeitpunkt	Früher
Ambulante Arbeitssettings		
Ambulante Praxis mit mehreren Berufsgruppen, z.B. Ärzte/Ärztinnen und MPAs)	1 131	571
Ambulante Praxis mit einer Berufsgruppe z.B. Physiotherapeutinnen und -therapeuten)	640	509
Mobile ärztliche oder physiotherapeutische Praxis (vorwiegend Heimbehandlung)	156	162
Einrichtung der häuslichen Pflege, z.B. Spitex	235	203
Spital, ambulant	417	908
Notfallpraxis/-station, Permanence	179	268
Psychiatrische Einrichtung, ambulant	57	103
Rehabilitationsklinik, ambulant	80	260
Pflegeheim, Altersresidenz, ambulant	146	163
Tagesklinik	90	147
Offizinapotheke	422	335
Nicht-ambulante Arbeitssettings		
Spital, stationär	558	1 156
Psychiatrische Einrichtung, stationär	61	207
Rehabilitationsklinik, stationär	135	564
Pflegeheim, Altersresidenz, stationär	239	419
Spitalapotheke	114	122
Andere	263	193

Quelle: Online-Befragung von Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – Januar bis Juli 2022.
© Obsan 2023

T 12.3 Berufserfahrung in der ambulanten Grundversorgung

	Apotheker/innen	Ärzt/innen	Medizinische Praxis- fachpersonen	Mitarbeitende der Pflege	Physiotherapeut/innen
Ja (%)	480 (66,7)	473 (78,1)	446 (55,5)	338 (52,6)	979 (75,8)
Nein (%)	240 (33,3)	133 (21,9)	357 (44,5)	305 (47,4)	312 (24,2)
Total (%)	720 (100)	606 (100)	803 (100)	643 (100)	1 291 (100)

Quelle: Online-Befragung von Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – Januar bis Juli 2022.
© Obsan 2023

T 12.4 Tätigkeit in der ambulanten Grundversorgung (auch) zukünftig vorstellbar

	Apotheker/innen	Ärzt/innen	Medizinische Praxis- fachpersonen	Mitarbeitende der Pflege	Physiotherapeut/innen
Ja (%)	445 (79,6)	440 (91,1)	410 (86,3)	381 (79,4)	880 (85,8)
Nein (%)	43 (7,7)	17 (3,5)	16 (3,4)	30 (6,2)	61 (5,9)
Weiss ich nicht (%)	71 (12,7)	26 (5,4)	49 (10,3)	69 (14,4)	85 (8,3)
Total (%)	559 (100)	483 (100)	475 (100)	480 (100)	1 026 (100)

Quelle: Online-Befragung von Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – Januar bis Juli 2022.
© Obsan 2023

T 12.5 Kanton beziehungsweise Land, in dem die Befragten arbeitstätig sind

Kanton	Apotheker/innen	Ärzt/innen	Medizinische Praxis- fachpersonen	Mitarbeitende der Pflege	Physiotherapeut/innen
AG (%)	24 (4,3)	27 (5,6)	23 (4,8)	32 (6,6)	46 (4,5)
AI (%)	1 (0,2)	5 (1,0)	7 (1,5)	0 (0,0)	1 (0,1)
AR (%)	0 (0,0)	7 (1,4)	5 (1,0)	2 (0,4)	2 (0,2)
BE (%)	55 (9,8)	66 (13,6)	52 (10,8)	100 (20,7)	205 (19,9)
BL (%)	25 (4,5)	24 (4,9)	22 (4,6)	16 (3,3)	15 (1,5)
BS (%)	37 (6,6)	18 (3,7)	9 (1,9)	13 (2,7)	30 (2,9)
FR (%)	29 (5,2)	12 (2,5)	1 (0,2)	19 (3,9)	49 (4,8)
GE (%)	48 (8,6)	57 (11,7)	9 (1,9)	11 (2,3)	8 (0,8)
GL (%)	1 (0,2)	1 (0,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	8 (0,8)
GR (%)	11 (2,0)	6 (1,2)	8 (1,7)	13 (2,7)	9 (0,9)
JU (%)	9 (1,6)	5 (1,0)	0 (0,0)	5 (1,0)	0 (0,0)
LU (%)	8 (1,4)	62 (12,8)	55 (11,5)	49 (10,2)	79 (7,7)
NE (%)	10 (1,8)	7 (1,4)	4 (0,8)	11 (2,3)	23 (2,2)
NW (%)	1 (0,2)	0 (0,0)	2 (0,4)	3 (0,6)	10 (1,0)
OW (%)	1 (0,2)	2 (0,4)	2 (0,4)	2 (0,4)	8 (0,8)
SG (%)	28 (5,0)	29 (6,0)	138 (28,7)	30 (6,2)	43 (4,2)
SH (%)	5 (0,9)	2 (0,4)	2 (0,4)	0 (0,0)	1 (0,1)
SO (%)	13 (2,3)	6 (1,2)	4 (0,8)	9 (1,9)	29 (2,8)
SZ (%)	2 (0,4)	1 (0,2)	9 (1,9)	4 (0,8)	24 (2,3)
TG (%)	8 (1,4)	9 (1,9)	15 (3,1)	15 (3,1)	11 (1,1)
TI (%)	11 (2,0)	4 (0,8)	3 (0,6)	3 (0,6)	5 (0,5)
UR (%)	1 (0,2)	0 (0,0)	19 (4,0)	1 (0,2)	4 (0,4)
VD (%)	31 (5,5)	3 (0,6)	1 (0,2)	10 (2,1)	6 (0,6)
VS (%)	104 (18,6)	54 (11,1)	13 (2,7)	39 (8,1)	21 (2,0)
ZG (%)	15 (2,7)	6 (1,2)	12 (2,5)	5 (1,0)	23 (2,2)
ZH (%)	79 (14,1)	72 (14,8)	65 (13,5)	90 (18,7)	365 (35,5)

Kanton	Apotheker/innen	Ärzt/innen	Medizinische Praxisfachpersonen	Mitarbeitende der Pflege	Physiotherapeut/innen
Im Ausland (%)	2 (0,4)	1 (0,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (0,3)
Total (%)	559 (100)	486 (100)	480 (100)	515 (100)	1 028 (100)

Quelle: Online-Befragung von Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – Januar bis Juli 2022.
© Obsan 2023

12.2 Ausbildungsspezifische Merkmale der Stichprobe

T 12.6 Höchste abgeschlossene Ausbildung nach Berufsgruppe

Ausbildungsabschluss	Medizinische Praxisfachpersonen	Mitarbeitende der Pflege	Physiotherapeut/innen
Berufslehre (%)	236 (52,3)	13 (2,7)	–
Allgemeinbildender Schulabschluss (%)	30 (6,7)	1 (0,2)	–
Höherer Berufsbildungsabschluss (%)	180 (39,9)	275 (57,4)	215 (21,3)
Fachhochschulabschluss (%)	3 (0,7)	156 (32,6)	693 (68,8)
Universitätsabschluss (%)	1 (0,2)	33 (6,9)	96 (9,5)
Sonstiges (%)	1 (0,2)	1 (0,2)	4 (0,4)
Total (%)	451 (100)	479 (100)	1 008 (100)

Quelle: Online-Befragung von Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – Januar bis Juli 2022.
© Obsan 2023

T 12.7 Ausbildungsland der Befragten (wenn Ausbildung im Ausland)

Land	Apotheker/innen	Ärzt/innen	Medizinische Praxisfachpersonen	Mitarbeitende der Pflege	Physiotherapeut/innen
Belgien (%)	1 (1,1)	0 (0,0)	–	1 (2,0)	11 (5,0)
Deutschland (%)	36 (39,6)	36 (70,6)	4 (100)	27 (54,0)	117 (53,7)
Frankreich (%)	32 (35,2)	6 (11,8)	–	9 (18,0)	4 (1,8)
Grossbritannien (%)	0 (0,0)	1 (2,0)	–	2 (4,0)	3 (1,4)
Italien (%)	4 (4,4)	1 (2,0)	–	0 (0,0)	1 (0,5)
Kanada (%)	0 (0,0)	0 (0,0)	–	5 (10,0)	1 (0,5)
Niederlande (%)	1 (1,1)	2 (3,9)	–	2 (4,0)	40 (18,3)
Nord-/oder Mittelamerika (%)	0 (0,0)	0 (0,0)	–	1 (2,0)	5 (2,3)
Österreich (%)	4 (4,4)	2 (3,9)	–	0 (0,0)	10 (4,6)
Südamerika (%)	0 (0,0)	2 (3,9)	–	0 (0,0)	4 (1,8)
Sonstiges (%)	13 (14,3)	1 (2,0)	–	3 (6,0)	22 (10,1)
Total (%)	91 (100)	51 (100)	4 (100)	53 (100)	218 (100)

Quelle: Online-Befragung von Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – Januar bis Juli 2022.
© Obsan 2023

12.3 Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention

T 12.8 Bereitschaft, vermehrt gesundheitsfördernd und präventiv zu arbeiten nach Ausbildungsstufe in der Pflege und der medizinischen Praxisassistentenz

	Fachfrau/mann Gesundheit EFZ	Pflegefachperson HF	Pflegefachperson FH	MPA	MPK
Sehr gering (%)	0 (0,0)	1 (0,3)	1 (0,5)	0 (0,0)	1 (0,5)
Gering (%)	0 (0,0)	6 (2,1)	5 (2,7)	13 (4,3)	1 (0,5)
Weder gering noch hoch (%)	2 (12,5)	23 (7,9)	7 (3,8)	60 (19,9)	6 (3,2)
Hoch (%)	4 (25,0)	117 (40,3)	56 (30,4)	145 (48,2)	68 (35,8)
Sehr hoch (%)	10 (62,5)	142 (49,0)	115 (62,5)	78 (25,9)	114 (60,0)
Keine Angabe (%)	0 (0,0)	1 (0,3)	0 (0,0)	5 (1,7)	0 (0,0)
Total (%)	16 (100)	290 (100)	184 (100)	301 (100)	190 (100)

Quelle: Online-Befragung von Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – Januar bis Juli 2022.
© Obsan 2023

T 12.9 Bereitschaft, vermehrt gesundheitsfördernd und präventiv zu arbeiten nach Alter und Berufserfahrung

	Alter				Berufserfahrung		
	30-jährig und jünger	31- bis 45-jährig	46-jährig und älter	Bis zu 1 Jahr	2 bis 5 Jahre	6 bis 10 Jahre	11 Jahre und mehr
Sehr gering (%)	0 (0,0)	3 (0,3)	8 (0,5)	0 (0,0)	1 (0,3)	0 (0,0)	10 (0,5)
Gering (%)	8 (1,5)	20 (1,9)	33 (2,2)	2 (2,6)	4 (1,2)	4 (0,9)	48 (2,2)
Weder gering noch hoch (%)	45 (8,6)	77 (7,1)	177 (11,9)	8 (10,5)	33 (9,6)	29 (6,7)	221 (10,1)
Hoch (%)	214 (40,8)	364 (33,8)	619 (41,6)	32 (42,1)	135 (39,2)	150 (34,6)	853 (39,1)
Sehr hoch (%)	252 (48,1)	612 (56,8)	644 (43,3)	31 (40,8)	170 (49,4)	249 (57,5)	1 040 (47,7)
Keine Angabe (%)	5 (1,0)	2 (0,2)	7 (0,5)	3 (3,9)	1 (0,3)	1 (0,2)	7 (0,3)
Total (%)	524 (100)	1 078 (100)	1 488 (100)	76 (100)	344 (100)	433 (100)	2 179 (100)

Quelle: Online-Befragung von Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – Januar bis Juli 2022.
© Obsan 2023

12.4 Verantwortung bei der Entscheidungsfindung

T 12.10 Bereitschaft, vermehrt Verantwortung bei der Entscheidungsfindung zu übernehmen nach Ausbildungsstufe in der Pflege und der medizinischen Praxisassistentenz

	Fachfrau/mann Gesundheit EFZ	Pflegefachperson HF	Pflegefachperson FH	MPA	MPK
Sehr gering (%)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (1,0)	1 (0,3)	2 (0,9)
Gering (%)	3 (10,7)	3 (0,9)	6 (3,0)	26 (6,8)	4 (1,8)
Weder gering noch hoch (%)	5 (17,9)	32 (9,5)	25 (12,5)	100 (26,3)	20 (9,0)
Hoch (%)	15 (53,6)	160 (47,6)	65 (32,5)	166 (43,7)	114 (51,1)
Sehr hoch (%)	5 (17,9)	140 (41,7)	100 (50,0)	78 (20,5)	79 (35,4)
Keine Angabe (%)	0 (0,0)	1 (0,3)	2 (1,0)	9 (2,4)	4 (1,8)
Total (%)	28 (100)	336 (100)	200 (100)	380 (100)	223 (100)

Quelle: Online-Befragung von Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – Januar bis Juli 2022.
© Obsan 2023

T 12.11 Bereitschaft, vermehrt Verantwortung bei der Entscheidungsfindung zu übernehmen nach Alter und Berufserfahrung

	Alter				Berufserfahrung		
	30-jährig und jünger	31- bis 45-jährig	46-jährig und älter	Bis zu 1 Jahr	2 bis 5 Jahre	6 bis 10 Jahre	11 Jahre und mehr
Sehr gering (%)	1 (0,2)	3 (0,3)	4 (0,3)	0 (0,0)	1 (0,3)	0 (0,0)	7 (0,4)
Gering (%)	25 (4,0)	27 (2,5)	31 (2,4)	2 (2,7)	13 (3,8)	11 (2,8)	38 (2,2)
Weder gering noch hoch (%)	119 (19,1)	140 (13,1)	207 (16,0)	22 (29,3)	62 (18,3)	63 (15,8)	222 (12,7)
Hoch (%)	321 (51,4)	465 (43,4)	606 (46,8)	39 (52,0)	177 (52,2)	195 (48,8)	797 (45,5)
Sehr hoch (%)	149 (23,9)	427 (39,9)	429 (33,1)	9 (12,0)	85 (25,1)	129 (32,2)	665 (38,0)
Keine Angabe (%)	9 (1,4)	9 (0,8)	19 (1,5)	3 (4,0)	1 (0,3)	2 (0,5)	21 (1,2)
Total (%)	624 (100)	1 071 (100)	1 296 (100)	75 (100)	339 (100)	400 (100)	1 750 (100)

Quelle: Online-Befragung von Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – Januar bis Juli 2022.
© Obsan 2023

T 12.12 Bereitschaft, vermehrt Verantwortung bei der Entscheidungsfindung abzugeben nach Ausbildungsstufe in der Pflege und der medizinischen Praxisassistenten

	Fachfrau/mann Gesundheit EFZ	Pflegefachperson HF	Pflegefachperson FH	MPA	MPK
Sehr gering (%)	0 (0,0)	14 (4,2)	2 (1,0)	9 (2,4)	2 (0,9)
Gering (%)	3 (11,1)	36 (10,7)	20 (10,1)	28 (7,5)	17 (7,8)
Weder gering noch hoch (%)	8 (29,6)	131 (39,0)	78 (39,2)	141 (38,0)	70 (32,0)
Hoch (%)	13 (48,1)	115 (34,2)	67 (33,7)	138 (37,2)	96 (43,8)
Sehr hoch (%)	1 (3,7)	34 (10,1)	27 (13,6)	30 (8,1)	28 (12,8)
Keine Angabe (%)	2 (7,4)	6 (1,8)	5 (2,5)	25 (6,7)	6 (2,7)
Total (%)	27 (100)	336 (100)	199 (100)	371 (100)	219 (100)

Quelle: Online-Befragung von Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – Januar bis Juli 2022.
© Obsan 2023

T 12.13 Bereitschaft, vermehrt Verantwortung bei der Entscheidungsfindung abzugeben nach Alter und Berufserfahrung

	Alter*				Berufserfahrung*		
	30-jährig und jünger	31- bis 45-jährig	46-jährig und älter	Bis zu 1 Jahr	2 bis 5 Jahre	6 bis 10 Jahre	11 Jahre und mehr
Sehr gering (%)	13 (2,1)	33 (2,8)	51 (3,0)	1 (1,3)	7 (2,0)	13 (3,0)	65 (3,0)
Gering (%)	78 (12,6)	144 (12,2)	179 (10,5)	10 (13,2)	46 (13,4)	52 (12,0)	239 (11,0)
Weder gering noch hoch (%)	256 (41,5)	473 (40,2)	702 (41,4)	30 (39,5)	142 (41,3)	183 (42,4)	901 (41,3)
Hoch (%)	202 (32,7)	383 (32,5)	547 (32,2)	25 (32,9)	117 (34,0)	138 (31,9)	698 (32,0)
Sehr hoch (%)	42 (6,8)	112 (9,5)	160 (9,4)	5 (6,6)	19 (5,5)	32 (7,4)	219 (10,1)
Keine Angabe (%)	26 (4,2)	33 (2,8)	58 (3,4)	5 (6,6)	13 (3,8)	14 (3,2)	57 (2,6)
Total (%)	617 (100)	1 178 (100)	1 697 (100)	76 (100)	344 (100)	432 (100)	2 179 (100)

Quelle: Online-Befragung von Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – Januar bis Juli 2022.
© Obsan 2023

* = Unterschiede zwischen Gruppen sind statistisch nicht signifikant.

12.5 Interprofessionelle Zusammenarbeit

T 12.14 Bereitschaft, vermehrt interprofessionell zusammenzuarbeiten nach Ausbildungsstufe in der Pflege und der medizinischen Praxisassistenten

	Fachfrau/mann Gesundheit EFZ	Pflegefachperson HF	Pflegefachperson FH	MPA	MPK
Sehr gering (%)	1 (3,0)	0 (0,0)	1 (0,5)	3 (0,7)	0 (0,0)
Gering (%)	2 (6,1)	6 (1,7)	1 (0,5)	6 (1,4)	3 (1,3)
Weder gering noch hoch (%)	5 (15,2)	22 (6,4)	19 (9,3)	107 (24,5)	20 (8,4)
Hoch (%)	13 (39,4)	114 (32,9)	52 (25,5)	199 (45,6)	108 (45,2)
Sehr hoch (%)	11 (33,3)	201 (58,1)	129 (63,2)	98 (22,5)	104 (43,5)
Keine Angabe (%)	1 (3,0)	3 (0,9)	2 (1,0)	23 (5,3)	4 (1,7)
Total (%)	33 (100)	346 (100)	204 (100)	436 (100)	239 (100)

Quelle: Online-Befragung von Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – Januar bis Juli 2022.
© Obsan 2023

T 12.15 Bereitschaft, vermehrt interprofessionell zusammenzuarbeiten nach Alter und Berufserfahrung

	Alter				Berufserfahrung		
	30-jährig und jünger	31- bis 45-jährig	46-jährig und älter	Bis zu 1 Jahr	2 bis 5 Jahre	6 bis 10 Jahre	11 Jahre und mehr
Sehr gering (%)	5 (0,7)	11 (0,9)	7 (0,4)	0 (0,0)	1 (0,3)	4 (0,9)	13 (0,6)
Gering (%)	7 (1,0)	15 (1,2)	38 (2,2)	0 (0,0)	2 (0,6)	4 (0,9)	43 (2,0)
Weder gering noch hoch (%)	91 (13,2)	112 (9,0)	284 (16,2)	18 (23,7)	38 (11,0)	30 (6,9)	283 (13,0)
Hoch (%)	291 (42,4)	435 (35,1)	656 (37,4)	29 (38,2)	136 (39,5)	167 (38,6)	786 (36,1)
Sehr hoch (%)	271 (39,4)	653 (52,7)	745 (42,5)	26 (34,2)	159 (46,2)	224 (51,7)	1 033 (47,4)
Keine Angabe (%)	22 (3,2)	13 (1,0)	25 (1,4)	3 (3,9)	8 (2,3)	4 (0,9)	21 (1,0)
Total (%)	687 (100)	1 239 (100)	1 755 (100)	76 (100)	344 (100)	433 (100)	2 179 (100)

Quelle: Online-Befragung von Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – Januar bis Juli 2022.
© Obsan 2023

12.6 Rahmenbedingungen Verantwortungsübernahme

T 12.16 Vorbereitung der Grundausbildung darauf, Verantwortung bei der Entscheidungsfindung zu teilen

	Apotheker/innen	Ärzt/innen	Medizinische Praxisfachpersonen	Mitarbeitende der Pflege	Physiotherapeut/innen
Trifft gar nicht zu (%)	28 (4,5)	29 (5,4)	9 (1,5)	26 (4,7)	25 (2,2)
Trifft nicht zu (%)	91 (14,5)	125 (23,1)	64 (10,8)	60 (10,8)	140 (12,2)
Teils/teils (%)	199 (31,7)	190 (35,2)	154 (26,1)	134 (24,2)	345 (29,9)
Trifft zu (%)	194 (30,9)	135 (25,0)	243 (41,2)	191 (34,5)	434 (37,7)
Trifft vollkommen zu (%)	107 (17,1)	59 (10,9)	103 (17,5)	134 (24,2)	195 (16,9)
Weiss ich nicht (%)	8 (1,3)	2 (0,4)	17 (2,9)	8 (1,4)	13 (1,1)
Total (%)	627 (100)	540 (100)	590 (100)	553 (100)	1 152 (100)

Quelle: Online-Befragung von Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – Januar bis Juli 2022.
© Obsan 2023

Die zu bewertende Aussage lautete: Meine Ausbildung hat mich wenig darauf vorbereitet, Verantwortung bei der Entscheidungsfindung in der ambulanten Grundversorgung meiner Patientinnen und Patienten mit anderen Fachpersonen zu teilen.

T 12.17 Verantwortung bei der Entscheidungsfindung: Wissen und Erfahrung

	Apotheker/innen	Ärzt/innen	Medizinische Praxis- fachpersonen	Mitarbeitende der Pflege	Physiotherapeut/innen
Trifft gar nicht zu (%)	146 (23,4)	214 (40,2)	95 (16,3)	173 (32,0)	335 (29,7)
Trifft nicht zu (%)	298 (47,8)	230 (43,2)	246 (42,1)	237 (43,8)	520 (46,1)
Teils/teils (%)	138 (22,1)	54 (10,1)	167 (28,6)	94 (17,4)	193 (17,1)
Trifft zu (%)	31 (5,0)	15 (2,8)	54 (9,2)	21 (3,9)	56 (5,0)
Trifft vollkommen zu (%)	7 (1,1)	8 (1,5)	13 (2,2)	12 (2,2)	17 (1,5)
Weiss ich nicht (%)	4 (0,6)	12 (2,3)	9 (1,5)	4 (0,7)	6 (0,5)
Total (%)	624 (100)	533 (100)	584 (100)	541 (100)	1 127 (100)

Quelle: Online-Befragung von Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – Januar bis Juli 2022.

© Obsan 2023

Die zu bewertende Aussage lautete: Ich verfüge über zu wenig Wissen und Erfahrung, um mehr Verantwortung zu übernehmen.

T 12.18 Verantwortung bei der Entscheidungsfindung: Zeitressourcen

	Apotheker/innen	Ärzt/innen	Medizinische Praxis- fachpersonen	Mitarbeitende der Pflege	Physiotherapeut/innen
Trifft gar nicht zu (%)	45 (7,3)	72 (13,6)	32 (5,5)	54 (10,0)	75 (6,6)
Trifft nicht zu (%)	184 (29,8)	122 (23,0)	171 (29,6)	133 (24,6)	252 (22,2)
Teils/teils (%)	256 (41,5)	165 (31,1)	217 (37,6)	187 (34,6)	383 (33,7)
Trifft zu (%)	91 (14,7)	113 (21,3)	99 (17,2)	106 (19,6)	283 (24,9)
Trifft vollkommen zu (%)	35 (5,7)	54 (10,2)	50 (8,7)	55 (10,2)	136 (12,0)
Weiss ich nicht (%)	6 (1,0)	5 (0,9)	8 (1,4)	5 (0,9)	7 (0,6)
Total (%)	617 (100)	531 (100)	577 (100)	540 (100)	1 136 (100)

Quelle: Online-Befragung von Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – Januar bis Juli 2022.

© Obsan 2023

Die zu bewertende Aussage lautete: Ich habe zu wenig Zeit, um mehr Verantwortung zu übernehmen.

T 12.19 Verantwortung bei der Entscheidungsfindung: fehlende gesetzliche Befugnis

	Apotheker/innen	Ärzt/innen	Medizinische Praxis- fachpersonen	Mitarbeitende der Pflege	Physiotherapeut/innen
Trifft gar nicht zu (%)	53 (8,5)	269 (50,8)	22 (3,8)	51 (9,4)	54 (4,7)
Trifft nicht zu (%)	152 (24,5)	172 (32,5)	105 (18,1)	115 (21,2)	184 (16,2)
Teils/teils (%)	206 (33,2)	30 (5,7)	159 (27,4)	146 (26,9)	284 (24,9)
Trifft zu (%)	127 (20,5)	15 (2,8)	158 (27,2)	118 (21,8)	299 (26,3)
Trifft vollkommen zu (%)	55 (8,9)	6 (1,1)	111 (19,1)	95 (17,5)	228 (20,0)
Weiss ich nicht (%)	27 (4,4)	38 (7,2)	25 (4,3)	17 (3,1)	90 (7,9)
Total (%)	620 (100)	530 (100)	580 (100)	542 (100)	1 139 (100)

Quelle: Online-Befragung von Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – Januar bis Juli 2022.

© Obsan 2023

Die zu bewertende Aussage lautete: Ich bin per Gesetz nicht befugt, mehr Verantwortung zu übernehmen.

T 12.20 Verantwortung bei der Entscheidungsfindung: fehlende finanzielle Vergütung

	Apotheker/innen	Ärzt/innen	Medizinische Praxis-fachpersonen	Mitarbeitende der Pflege	Physiotherapeut/innen
Trifft gar nicht zu (%)	9 (1,5)	51 (9,6)	14 (2,4)	11 (2,0)	11 (1,0)
Trifft nicht zu (%)	34 (5,5)	68 (12,8)	62 (10,7)	30 (5,5)	20 (1,8)
Teils/teils (%)	103 (16,6)	106 (20,0)	103 (17,7)	101 (18,5)	72 (6,3)
Trifft zu (%)	187 (30,2)	152 (28,7)	144 (24,8)	169 (31,0)	266 (23,3)
Trifft vollkommen zu (%)	258 (41,7)	106 (20,0)	217 (37,3)	213 (39,1)	737 (64,6)
Weiss ich nicht (%)	28 (4,5)	47 (8,9)	41 (7,1)	21 (3,9)	34 (3,0)
Total (%)	619 (100)	530 (100)	581 (100)	545 (100)	1 140 (100)

Quelle: Online-Befragung von Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – Januar bis Juli 2022.

© Obsan 2023

Die zu bewertende Aussage lautete: Es gibt keine finanzielle Vergütung dafür, mehr Verantwortung zu übernehmen.

12.7 Individuelle Innovationsfähigkeit**T 12.21 Mittelwerte des Innovationsfähigkeitsscores nach Berufs- und Altersgruppen**

	Apotheker/innen	Ärzt/innen	Medizinische Praxis-fachpersonen	Mitarbeitende der Pflege	Physiotherapeut/innen
25- jährig und jünger	39,4	41	36,5	39,7	38,5
26- bis 35- jährig	38,7	39,9	38,9	40,4	39,9
36- bis 45- jährig	39,4	36,7	39,3	40,3	39,3
46- bis 55- jährig	39,1	37,6	39,7	40,0	39,0
56- bis 65- jährig	39,0	37,7	39,2	40,5	39,1
66- jährig und älter	39,4	37,9	-	41,1	36,6

Quelle: Online-Befragung von Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – Januar bis Juli 2022.

© Obsan 2023

T 12.22 Mittelwerte des Innovationsfähigkeitsscores nach Geschlecht, Alter und Berufserfahrung

Merkmale	Mittelwerte des Innovationsscores
Geschlecht	
Weiblich	39,1
Männlich	38,6
Divers	36
Altersgruppen (in 3 Kategorien)	
30-jährig und jünger	38,5
31- bis 45-jährig	39,3
46-jährig und älter	38,9
Berufserfahrung	
Bis zu 1 Jahr	37,0
2 bis 5 Jahre	38,6
6 bis 10 Jahre	39,0
11 Jahre und mehr	39,1

Quelle: Online-Befragung von Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – Januar bis Juli 2022.

© Obsan 2023

12.8 Unterschiede bei den Präferenzen

T 12.23 Unterschiede bei den Präferenzen zwischen Altersgruppen bei den befragten Apothekerinnen und Apothekern

	Gesamt	
	Log odds	SE
Verantwortung für Erstkontakt (ref. Level: Hausärztin/Hausarzt)		
Apotheker/in	1,804***	0,198
Medizinische/r Praxisassistent/in	0,537***	0,06
Pflegefachperson	0,546***	0,068
Physiotherapeut/in	0,766*	0,109
Apotheker/in × 45-jährig und älter	1,018	0,155
Medizinische/r Praxisassistent/in × 45-jährig und älter	0,594***	0,095
Pflegefachperson × 45-jährig und älter	0,95	0,164
Physiotherapeut/in × 45-jährig und älter	0,895	0,176
Verantwortung für Behandlungsplan (ref. Level: Hausärztin/Hausarzt)		
Apotheker/in	1,574***	0,179
Medizinische/r Praxisassistent/in	0,332***	0,039
Pflegefachperson	0,533***	0,059
Physiotherapeut/in	0,609***	0,074
Apotheker/in × 45-jährig und älter	0,99	0,155
Medizinische/r Praxisassistent/in × 45-jährig und älter	0,998	0,164
Pflegefachperson × 45-jährig und älter	0,842	0,132
Physiotherapeut/in × 45-jährig und älter	0,98	0,169
Art der Entscheidungsfindung (ref. Level: Eine beteiligte Fachperson entscheidet allein)		
Die beteiligten Fachpersonen entscheiden gemeinsam	2,097***	0,131
Die beteiligten Fachpersonen entscheiden gemeinsam × 45-jährig und älter	0,985	0,087
Organisationsform (ref. Level: Einzelpraxis)		
Gesundheitsnetzwerk	1,776***	0,171
Gesundheitszentrum	1,808***	0,151
Gesundheitsnetzwerk in × 45-jährig und älter	0,923	0,124
Gesundheitszentrum in × 45-jährig und älter	1,005	0,12
N	8 000	
R ²	0,152	
Max. Possible R ²	0,500	
Log Likelihood	-2,113.668	
Wald Test	748,910*** (df = 22)	
LR Test	1,317,842*** (df = 22)	
Score (Logrank) Test	1,134,094*** (df = 22)	

Quelle: Online-Befragung von Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen Health2040 der Universität Luzern und Interface Luzern – Januar bis Juli 2022.
© Obsan 2023

Signifikanzniveaus: * = $p < 0,1$; ** = $p < 0,05$; *** = $p < 0,01$.