

Work-Force-Studie 2015 prognostiziert dramatischen Hausarztmangel

«Ich sehe eine Zukunft für die Hausarztmedizin»

Prof. Dr. med. Andreas Zeller, Leiter des universitären Zentrums für Hausarztmedizin beider Basel und Studienleiter der Work-Force-Studie 2015, über die Studienergebnisse, die Attraktivität und Zukunftsperspektiven der hausärztlichen Tätigkeit, das universitäre Auswahlverfahren (NC-Test) und seine Vorstellung vom idealen Hausarzt.



Andreas Zeller

Im April 2015 lud der Berufsverband mfe – Haus- und Kinderärzte Schweiz zu einer Medienkonferenz, in der die aktuellen Daten der neuen Work-Force-Studie 2015 des universitären Zentrums für Hausarztmedizin beider Basel vorgestellt wurden. Die Ergebnisse zeigen, dass die Schweiz auf einen massiven Hausärztemangel zusteuert. Dies, obwohl 2014 ein eindeutig positives Abstimmungsvotum zugunsten der medizinischen Grundversorgung zustande kam und inzwischen bereits erste Massnahmen erfolgten. Ein Gespräch über den Status quo, die vielfältigen Möglichkeiten und Zukunftsaussichten des Hausarztberufs.

doXmedical: Herr Professor Zeller, was war der Anlass, die Work-Force-Studie 2015 durchzuführen?

Prof. Andreas Zeller (AZ): Lassen Sie mich hier etwas ausholen. Die Hausarztmedizin hat eine gewisse Entwicklung durchgemacht. Mein Vorgänger, Prof. Peter Tschudi, der erste Leiter eines universitären Instituts für Hausarztmedizin in der Schweiz, interessierte sich bereits 2005, wie es um die Hausarztmedizin bestellt ist, denn dazu waren damals nur wenige Daten vorhanden. Bereits in dieser ersten Erhebung hat sich ergeben, dass in der Schweiz ein Hausarztmangel droht. 2010 wiederholte er diese Untersuchung, wobei er wieder die gleichen Ärzte befragte, und erhielt ein etwa identisches Resultat. Jetzt, nach der Abstimmung vom Mai 2014 zur medizinischen Grundversorgung und der Umsetzung des Masterplans, wollte man 2015 seitens des Berufsverbands mfe – Haus- und Kinderärzte Schweiz wissen, wie die Lage aussieht. Wir sind damals angefragt worden, ob wir diese Erhebung durchführen. Ursprünglich war nicht geplant, dass man den Hausärzten alle fünf Jahre «den Puls misst» – das hat sich so ergeben. Im Mai 2015 haben wir also mit der Studie begonnen. Eine erste Hürde war, die Adressen der bisher befragten Haus-

ärzte zu bekommen – wir wollten eine repräsentative Stichprobe – das hat vier Monate gedauert. Der achtseitige Fragebogen, der bis auf wenige Anpassungen mit jenem der Voruntersuchungen vergleichbar ist, ging an 3500 Hausärzte. Der Rücklauf lag schliesslich bei 36 Prozent – also hat sich letztlich jeder Dritte an der Befragung beteiligt. Wir haben eine Stichprobe aus rund 9000 Hausärzten aus allen drei Sprachregionen – Spital- und Kinderärzte wurden nicht berücksichtigt –, die Studie ist also repräsentativ. Ende Januar 2016 haben wir die Erhebung abgeschlossen, auswertbar waren 1299 Fragebogen.

Bei der Auswertung hat sich herausgestellt, dass der bereits bekannte Hausarztmangel in den nächsten 15 Jahren nochmals massiv zunehmen wird. Worin sehen Sie die Gründe für diese wachsende Versorgungslücke?

AZ: Ein Grund ist sicher, dass viele der an der Studie beteiligten Hausärzte kurz vor dem Pensionierungsalter standen. Das Durchschnittsalter der Schweizer Hausärzteschaft, das 2005 noch bei 51 Jahren lag, liegt 2015 bei 55 Jahren, wobei die Männer etwas älter sind als die Frauen; der Altersbereich der Antwortenden bewegt sich zwischen 35 und > 80 Jahren. Der eigentliche Hauptpunkt aber ist, dass die jungen Ärzte, die nachkommen, die Lücke der aus Altersgründen ausschei-



Foto: © creativ collection

denden Hausärzte nicht ausfüllen können. Das bedeutet für viele ältere Hausärzte, dass sie nur schwer geeignete Nachfolger für ihre Praxen finden, mit der Folge, dass viele über das Rentenalter hinaus arbeiten. Allein 50 Prozent der Hausärzte – wir haben gefragt: Wollen Sie über das 65. Lebensjahr hinaus arbeiten? – wollen weit über das Pensionierungsalter hinaus arbeiten. Auch das hat seit 2005 zugenommen. Berechnet man die Workforce dieser Hausärzteschaft, dann machen die über 65-Jährigen allein 15 Prozent aus. 60 Prozent derjenigen, die heute praktizieren, werden jedoch in 10 Jahren nicht mehr tätig sein, und diese müssen wir ersetzen, im Idealfall durch angehende junge Hausärzte. Nach den bisherigen Erfahrungen wird uns das allerdings nicht gelingen, so dass der Hausarztmangel weiter zunehmen wird.

Woran liegt es, dass die hausärztliche Tätigkeit für die jungen Mediziner so wenig attraktiv ist?

AZ: Seit der Abstimmung scheint sich hier ein Wandel abzuzeichnen. Gespräche mit jungen Kollegen zeigen, dass die hausärztliche Tätigkeit nicht mehr als so unattraktiv gilt. Natürlich ist die Attraktivität eine andere als zum Beispiel bei einem Herzchirurgen, dessen Tätigkeit mit viel Prestige, aber auch mit viel Präsenzzeit verbunden ist. Und doch hat sich hier etwas verändert. Das Berner Institut für Hausarztmedizin hat kürzlich 250 junge Schweizer Hausärzte (unter ihnen 75% Frauen) nach ihren Wünschen befragt, und seither wissen wir, dass die jungen Mediziner Teilzeit arbeiten wollen, die Frauen etwa 70, die Männer 80 Prozent, und dass sie nicht mehr 365 Tage rund um die Uhr bei Wind und Wetter verfügbar sein wollen, sondern eine Work-Life-Balance, also ein ausgewogenes Arbeits- und Familien- beziehungsweise Privatleben, anstreben. Der Frauenanteil unter den Hausärzten wird mit 75 Prozent hoch sein, das wissen wir heute schon. Es gibt also Nachwuchs bei den Hausärzten, aber es sind bis jetzt zu wenige.

Wie viele Hausärzte fehlen der Schweiz?

AZ: Zur medizinischen Versorgung gibt es OECD-Daten, die zeigen, dass ein Hausarzt/eine Hausärztin pro 1000 Einwohner sowohl für den Patienten und das Portemonnaie als auch hinsichtlich Sterblichkeit und Krankheitsentwicklung die beste und günstigste Lösung ist. Davon sind wir in der Schweiz momentan deutlich entfernt – um das zu erreichen, fehlen uns heute schon 2000 Vollstellen. Selbst wenn wir dies auf einen Hausarzt pro 2000 Einwohner reduzieren würden, wären es immer noch 1000 Stellen zu wenig. Wir haben den Bedarf dann extrapoliert unter Berücksichtigung, dass die jungen Ärzte nur 70 bis 80 Prozent arbeiten wollen, dass positiv geschätzte 20 Prozent der Staatsexamensabgänger

nach der Weiterbildung in die Hausarztmedizin gehen und dass die demografische Entwicklung zu einer Zunahme der älteren Bevölkerung führt, und ermittelt, dass wir unter diesen Bedingungen bis 2020 noch zusätzliche 2000 Stellen, insgesamt also 4000 Vollzeitstellen, benötigen. Im Moment brauchen wir aber allein 2000 Stellen, um nur den Bedarf des Status quo zu erhalten! Der Bundesrat will bis 2020/2023 etwa 1300 Studienabgänger finanzieren – das ist ein Tropfen auf den heißen Stein! Wir brauchen doppelt so viele junge Hausärzte, um den Bedarf zu decken, und zwar immer unter der Prämisse, dass ein Hausarzt pro 1000 Einwohner verfügbar sein sollte. Wie wichtig eine ausreichende medizinische Versorgung ist, zeigen auch Daten, die belegen, dass sich die Sterblichkeit um 3 bis 10 Prozent reduziert, wenn pro 10 000 Einwohner ein zusätzlicher Hausarzt disponibel ist. Das sind zwar englische Daten, aber das gibt einen guten Eindruck, was ein Hausarzt leisten kann und wie wichtig eine ausreichende Versorgung ist.

Aus Ihrer jüngsten Erhebung geht auch hervor, dass die Arbeitszufriedenheit unter den Hausärzten in den letzten Jahren von 55 auf 75 Prozent angestiegen ist. Das klingt ja positiv. Allerdings aber haben Sie 2015 im «Journal Family Practice» eine Studie publiziert, in der Sie zeigen, dass viele Hausärzte offenbar durch zu viel Arbeit und zu wenig Wertschätzung seitens ihrer Patienten in ein Burn-out getrieben werden. Das passt doch nicht ganz zusammen, oder?

AZ: Die Daten für diese von Ihnen angesprochene Work-Life-Balance-Studie wurden bereits 2012 erhoben. Unterdessen sind 4 Jahre vergangen. In dieser Zeit gab es diese Volksinitiative «Ja zur Hausarztmedizin» vom Mai 2014, die wirklich als Meilenstein bezeichnet werden kann. Durch diese Initiative wurde sehr viel bewirkt. Eine Konsequenz daraus war zum Beispiel, dass wir im Herbst 2014 eine zusätzliche Position beim Abrechnungswesen bekommen haben, die sich finanziell positiv auswirkt.

Also eine tarifliche Besserstellung der hausärztlichen Tätigkeit?

AZ: Genau. Ausserdem hat die Schweizerische Universitätskonferenz (SUK) Geld gesprochen – und zwar nicht wenig – für die fünf universitären Institute für Hausarztmedizin der Schweiz zum Ausbau der hausärztlichen Forschungstätigkeit. Daraus resultierte zum Beispiel eine gemeinsame Zusammenarbeit im Bereich «multimorbide Patienten» – ein typisch hausärztliches Gebiet. Hierzu konnten wir Forschungsarbeiten aufgleisen, für die uns die Hausärzte die Daten geliefert haben. Das Ganze wird in Kürze publiziert

werden. Zudem erhält die Hausarztmedizin mehr mediale Aufmerksamkeit. Ausserdem haben wir unterdessen fünf Professoren in der Schweiz, die diese universitären hausarztmedizinischen Institute leiten und für Lehre und Forschung verantwortlich sind. In der Lehre sind wir zudem in allen sechs Jahreskursen präsent und können die Hausarztmedizin bei den Studenten bewerben und vorstellen.

Was sind hier Ihre wichtigsten Argumente?

AZ: Das beste Bewerbungsinstrument hier in Basel ist das sogenannte Einzeltutoriat. Dabei verbringt ein Student 20 Nachmittage während eines Semesters im 4. Jahreskurs in einer Hausarztpraxis. In Bern sind es etwas weniger, aber über alle Jahreskurse verteilt. Genf, Lausanne und Zürich haben wieder andere Systeme. Der auszubildende Hausarzt wird für dieses Teaching auch bezahlt. Mit einem solchen Praktikum beim Hausarzt lernt man den hausärztlichen Alltag am besten kennen, das lässt sich nicht auf der Notfallstation lernen.

Lassen Sie uns nochmals zum Burn-out zurückkommen – weiss man, ob Hausärzte häufiger unter Erschöpfungssyndromen leiden als Spezialisten oder Spitalärzte?

AZ: Schweizer Daten kenne ich nicht, aber es gibt eine interessante amerikanische Studie, die 2012 erschienen ist (3). Hier wurden mehr als 80 000 Ärzte aller Disziplinen befragt – der Rücklauf war mit 10 Prozent allerdings nicht überragend – und eine Hitliste gemacht, wer mit seiner Work-Life-Balance am zufriedensten ist und wer am meisten unter Burn-out leidet. Es stellte sich heraus, dass jene, die an der «front line» kämpfen, am meisten unter Erschöpfungssyndromen leiden, also Notfallmediziner und Internisten, aber auch Hausärzte. Wer dagegen auf eine gute Work-Life-Balance Wert legt, sollte Präventivmediziner oder Dermatologe werden – die stehen ganz unten auf der Liste.

Was die Hausärzte betrifft, bestätigen Sie diese Daten ja mit Ihrer Studie von 2015 auch für die Schweiz! Wir haben jetzt darüber gesprochen, wie schwierig es ist, genügend junge Mediziner für die Hausarztstätigkeit zu gewinnen beziehungsweise für die Hausarztpraxen geeignete Nachfolger zu finden, und haben auch die Massnahmen erwähnt, die jungen Ärzten die Hausarztmedizin näherbringen sollen. Zu dem Massnahmenpaket gehört auch, langfristig deutlich mehr Ärzte und Ärztinnen auszubilden...

AZ: ... ja, aber die richtigen! Es nutzt ja nichts, wenn sich die Studentenzahlen verdoppeln, und wir haben dann doppelt so viele Spezialisten!



Foto: © MEY

Darauf wollte ich zu sprechen kommen. Mir liegen Numerus-Clausus-Fragen des Eignungstests (EMS) vor, deren korrekte Beantwortung Voraussetzung für die Zulassung zum Medizinstudium sind. Das Niveau ist sehr anspruchsvoll, die Ausfallquote entsprechend hoch, selbst unter Absolventen mit guten Maturnoten. Viele, wenn nicht die meisten, Interessenten absolvieren spezielle Kurse, um diese Tests zu bestehen – halten Sie das, zumal unter den gegebenen Voraussetzungen, für sinnvoll?

AZ: Ehrlich gesagt wäre ich bei einem solchen Test vermutlich nicht durchgekommen. In der Romandie gibt es diesen Test im Übrigen nicht – es sind nur die drei Deutschschweizer Unis, die ihn durchführen. Aber es gibt verschiedene Aspekte. Betrachtet man das unter dem Aspekt der Hausarztmedizin, kann man sich fragen, ob man mit solchen Tests wirklich herausfiltern kann, wer gern Geschichten hört, gern mit Menschen spricht, empathisch und polyvalent ist – das weiss ich nicht.

Gibt es eigentlich Untersuchungen dazu, in welchem Bereich jene Studenten später tätig sind, die den NC ohne Zusatzkurs auf Anhieb schaffen?

AZ: Das ist mir leider nicht bekannt. Untersuchungen dieser Art sind ja langwierig, man muss die Leute mindestens

6 Jahre während des Studiums und nochmals 5 bis 6 Jahre während der Weiterbildung begleiten, um zu erfassen, wo sie später einmal arbeiten werden. Aber wo landet die obere Quartile der besten NC-Absolventen? Vermutlich nicht in der Hausarztpraxis. Ich denke, die Testfragen sind nicht geeignet, um herauszufinden, wer ein guter Hausarzt werden wird beziehungsweise wer dafür geeignet ist. Andererseits gibt es natürlich auch Leute, die Medizin studieren und später in die Industrie, die Forschung und Entwicklung gehen wollen – hier sind die Testfragen vielleicht eher sinnvoll.

Sollten in einem solchen Testverfahren nicht auch die menschlichen Fähigkeiten und Eignungen ermittelt werden, die ein guter Arzt mitbringen müsste?

AZ: Es gibt entsprechende Diskussionen, ob die soziale Intelligenz abgefragt werden sollte. Es scheint, dass sich 6000 Leute für den nächsten Jahreskurs in der Schweiz angemeldet haben – für 900 verfügbare Studienplätze. Unterdessen ist das Ganze ein Markt geworden. Die Leute gehen in einen Kurs, um sich auf den Eignungstest vorzubereiten, und zahlen dafür, das heisst, die Eltern müssen dafür aufkommen, andernfalls können sie nicht Medizin studieren. Die Prüfung von sozialen und kommunikativen Fähigkeiten bei Bewerbern für das Medizinstudium wäre sehr aufwendig und kostspielig.

Wunsch beziehungsweise Notwendigkeit und Realität erscheinen mir hier nicht ganz kongruent zu sein. Fakt ist doch offenbar, dass mindestens 2000 Ärzte mehr für die Hausarztpraxis benötigt werden und ausgebildet werden sollten. Ist dieses Ziel mit einer solchen Hürde erreichbar?

AZ: Das ist vermutlich schwierig. Allerdings sollte man nicht vergessen, dass man während des Studiums zwar die Leute motivieren und beeinflussen kann, aber ob sie schliesslich wirklich in die Hausarztpraxis gehen, bleibt unsicher – hier spielen noch sehr viele Einflüsse eine Rolle; die heutigen Staatsabgänger haben die Qual der Wahl. Sie können sich die Stellen aussuchen – es gibt ja nicht nur einen Hausarztmangel, sondern auch einen Ärztemangel auf den allgemein-internistischen Spitalabteilungen. Allein in Basel sind ein Drittel der Assistentenschaft nicht Schweizer. Dass die Bedingungen für Ärzte in Deutschland inzwischen besser geworden sind, merken wir bereits – aber den Einkauf ausländischer Ärzte finde ich ohnehin ethisch nicht ganz korrekt.

Wie stehen Sie zu dem Vorschlag, dass jeder junge Arzt nach dem Staatsexamen erst eine gewisse Zeit in der Hausarztpraxis arbeiten sollte – also eine Verpflichtung zu einem Hausarztjahr?

AZ: Ich glaube nicht, dass Zwang hier der richtige Weg ist, das machen die Jungen nicht mit. Aber nach meiner Erfahrung nutzen junge Ärzte und Ärztinnen, die den Facharzttitel Allgemeine innere Medizin anstreben, im Rahmen der 3-jährigen Weiterbildung in Innerer Medizin gern die Möglichkeit, die 6 Monate, in denen sie sich mit der Behandlung ambulanter Patienten vertraut machen müssen, in einer Hausarztpraxis zu arbeiten. Als Praxisassistent stehen sie an der Front und sehen, was dort gefordert wird. Manche denken dann vielleicht, das mache ich sicher nicht in meinem weiteren Berufsleben, andere sind begeistert. Und wie in der föderalistischen Schweiz üblich, sind die Bedingungen unterschiedlich: Die Kantone Basel-Stadt und Baselland finanzieren beispielsweise 75 Prozent des Lohnes von fünf solchen Praxisassistenten pro Jahr – das ist jedoch nicht obligatorisch.

Was umfasst die Ausbildung zum Facharzt Allgemeine innere Medizin noch ausser Innerer Medizin?

AZ: Für die hausärztliche Facharztanerkennung erfordert die Weiterbildung in den verbleibenden 2 Jahren wahlweise noch Chirurgie, HNO, Dermatologie, Radiologie, Gynäkologie oder Psychiatrie. Für die hausärztliche Tätigkeit sind die sogenannten kleinen Fächer wie HNO, Radiologie und Dermatologie wichtig. Das Curriculum muss sich der angehende Facharzt selbst zusammenstellen. Meine Aufgabe beziehungsweise die Aufgabe unseres Institutes sehe ich unter anderem darin, dass die Weiterbildung ohne grosse Unterbrüche geplant werden kann, das heisst, für die jungen Ärzte müssen in den Spitälern entsprechende Stellen gefunden beziehungsweise geschaffen werden.

Welche Eigenschaften sollte ein idealer Hausarzt aus Ihrer Sicht mitbringen?

AZ: Er sollte zuhören können und gern Geschichten hören, ein möglichst breites analytisches Wissen haben, den Mut, Verantwortung zu übernehmen, aushalten, wenn man etwas nicht gleich erkennt, und den Verlauf abwarten können. Grundsätzlich sollte der Arzt am Menschen interessiert sein und nicht nur an den rein «technischen» Aspekten. Ich habe Hausarztmedizin gewählt, weil ich finde: «Varietas delectat» – ich könnte mir nicht vorstellen, mich ein Leben lang nur um ein Organ zu kümmern. Die Hausarztmedizin erfordert dagegen ein sehr breites Wissen, gepaart mit Menschlichkeit; die Beschwerden sind hier ebenso variabel wie das Patientengut – hier in unserem Quartier in Basel kann zum Beispiel ein pensionierter Geschäftsinhaber neben dem Asylsuchenden im Wartezimmer sitzen. Die Buntheit und die Verschiedenheit, die die Hausarztmedizin bietet, sind enorm. Ich bin neben der Lehre zu 50 Prozent klinisch tätig, das

heisst, ich behandle tagtäglich Patienten in meiner Praxis, ich gehe ins Altersheim, mache Stadtnotfalldienst, ich mache Hausbesuche, und ich begleite Sterbende zu Hause oder im Altersheim. Das geht aber nur, weil ich mich hier in der Praxis mit meinen fünf Kollegen gut organisieren kann – allein ginge das nicht.

Ist die Gruppenpraxis hier die Lösung für die Zukunft?

AZ: Eindeutig ja. Das muss die Zukunft sein. Sie können sich austauschen, Sie können die finanzielle Last der angebotenen Dienstleistungen wie beispielsweise Labor und Röntgen auf mehrere Schultern verteilen, Sie können Dienste abgeben oder tauschen. Im Vergleich zu 2005 gibt es dreimal mehr Gruppenpraxen, die Zahl der Einzelpraxen wird weiter zurückgehen. Da ist der Einzelne für alles allein verantwortlich. Eine Einzelpraxis zu übergeben wird immer schwieriger. Unsere Untersuchungen haben klar gezeigt, dass die Mehrheit der jungen Leute nicht mehr in einer Einzelpraxis arbeiten will.

Was sind Ihre Zukunftsvisionen im Zusammenhang mit der hausärztlichen Tätigkeit?

AZ: Eine Zukunftsvision scheint mir die Interprofessionalität, das heisst, dass es pragmatisch und evidenzbasiert möglich sein wird, dass der Patient nicht nur vom Hausarzt, sondern auch durch eine speziell ausgebildete Pflegeperson behandelt werden kann. So könnte zum Beispiel ein Diabetiker von einer speziell engagierten Praxisassistentin oder einer «advanced nurse practitioner» verantwortlich betreut werden. Sie müsste aber auch entsprechend tariflich honoriert werden. Oder in einem Altersheim könnte eine speziell ausgebildete Pflegefachfrau vor Ort das «erste Feuer löschen», damit der Hausarzt entlastet werden kann. Dahingehend liesse sich auch die bereits gute Zusammenarbeit zwischen Spitex und Hausarzt optimieren, wenn die Spitex mehr Kompetenzen bekäme. Diese Interprofessionalität ist meines Erachtens zukunftssträchtig und notwendig, denn der Hausarzt kann das in Zukunft allein aufgrund des zunehmenden Versorgungsmangels gar nicht mehr leisten. Ob der Patient das akzeptiert, ist eine andere Frage – das benötigt vermutlich einen Generationen- und Paradigmenwechsel. In England funktioniert das allerdings gut. Und die Patienten schätzen es, weil die Pflegefachperson möglicherweise auch mehr Zeit hat als der Arzt. Ich habe jetzt zum Beispiel eine MPA in einen Demenzkurs geschickt, damit sie einen MMS erheben und erste Befragungen machen kann. Dann liegen mir schon die Unterlagen vor, wenn ich den Patienten sehe, und mir bleibt mehr Zeit für das Gespräch. Allerdings muss es auch konsequent das Ziel sein, dass diese Leistungen entsprechend vergütet werden.

Wie ist das denn mit der behördlichen Anerkennung?

AZ: Das ist derzeit politisch in Diskussion. Es gibt inzwischen eine Website für Interprofessionalität (www.interprofessionalitaet.ch). Ihre Förderung ist ein Standbein der mfe – Haus- und Kinderärzte Schweiz. Die interprofessionelle medizinische Versorgung muss in Zukunft möglich werden – der Worst Case wäre sonst, dass die Patienten die Notfallstationen überfluten. Was sollen sie sonst machen, wenn kein Hausarzt verfügbar ist? Und das ist viel teurer! Ich sehe eine wichtige Zukunft für die Hausarztmedizin – auch inklusive Forschungstätigkeit. Das Interesse der jungen Leute ist da, wie mir die zahlreichen Kontakte und Anfragen der letzten Zeit bestätigen.

Besten Dank für das Gespräch, Herr Professor Zeller.

Das Interview führte Claudia Reinke.

Literatur:

1. Medienmitteilung der mfe – Haus- und Kinderärzte Schweiz: Medizinische Grundversorgung: Neue Studie prognostiziert rasant steigenden Hausarztmangel mit hohen Kostenfolgen. 31. März 2016.
2. Meier LL, Tschudi P, Meier CA, Dvorak C, Zeller A: When general practitioners don't feel appreciated by their patients: prospective effects on well-being and work-family conflict in a Swiss longitudinal study. *Fam Pract* 2015; 32 (2): 181–186. Epub 2014 Nov 21.
3. Shanafelt TD, Boone S, Tan L, Dyrbye LN et al.: Burnout and Satisfaction with Work-Life Balance Among US Physicians Relative to the General US Population. *Arch Intern Med* 2012; 172 (18): 1377–1385.



Doxli meint:

Manche Leute sind nicht wirklich dumm, sie haben lediglich Pech beim Nachdenken.