

Verändertes Arbeitsumfeld und Einstellung zu neuen Finanzierungsmodellen

Auswirkungen Leistungsorientierung im Gesundheitswesen erkennbar



Schlussbericht

Begleitstudie im Auftrag der FMH

7. Befragung 2017

Projektteam

Lukas Golder Politik- und Medienwissenschaftler

Cloé Jans Politikwissenschaftlerin

Stephan Tschöpe Politikwissenschaftler

Aaron Venetz Politikwissenschaftler

Noah Herzog Sekretariat und Administration

Inhaltsverzeichnis

1	MANAGEMENT SUMMARY	3
	Fazit	5
2	WICHTIGSTES IN KÜRZE	6
	Zielsetzung und Methode	6
	Diskussion einheitliche Finanzierung	6
	Arbeitszeit und Aufwand Tätigkeiten	8
	Zufriedenheit Arbeitsumfeld	11
	Leistungsorientierung Gesundheitswesen	13
	Einfluss Tarifsysteme	14
	Synthese	17
3	EINLEITUNG	19
	3.1 Forschungsinteresse und Mandat	19
	3.2 Methode und Studienverlauf	19
4	BEFUNDE	21
	4.1 Diskussion einheitliche Finanzierung	21
	4.2 Arbeitszeit und Aufwand Tätigkeiten	24
	4.3 Zufriedenheit Arbeitsumfeld	32
	4.4 Leistungsorientierung Gesundheitswesen	42
	4.5 Einfluss Tarifsysteme	50
5	SYNTHESE	54
6	ANHANG	54
	6.1 Grafiken Zeitaufwand Tätigkeiten in Minuten	56
	6.2 gfs.bern-Team	57

1 Management Summary

Im Auftrag der FMH führt gfs.bern seit 2011 eine repräsentative Befragung bei der Spitalärzteschaft und im praxisambulanten Bereich in der Akutsomatik durch. Seit 2013 werden auch Ärzte und Ärztinnen der Rehabilitation und Psychiatrie befragt. Ursprünglich als Begleitforschung zur Einführung der Fallpauschalen in der Akutsomatik konzipiert, ist das Erkenntnisinteresse der vorliegenden Studie heute breiter angelegt. Derzeit sind diverse Veränderungsprozesse im Gang, welche die Schweizer Spitallandschaft und die medizinische Tätigkeit nachhaltig prägen. Nebst der Einführung der neuen Spitalfinanzierung inkl. der Fallpauschalen geht es auch um neue Finanzierungsmodelle, die Konsolidierung der Spitzenmedizin sowie grundsätzliche Massnahmen zur Kostensenkung im Gesundheitswesen. Ziel der Befragung ist es darum, neben den Reformen um die Tarifsysteme (SwissDRG, TARPSY, ST Reha) auch die übergeordneten Rahmenbedingungen für die ärztliche Tätigkeit in der Schweiz systematisch zu erheben.

Befragt wurden insgesamt 1471 Medizinerinnen und Mediziner.

Wir fassen die **empirischen Befunde** zu den Fragestellungen wie folgt zusammen:

Arbeitsbelastung Die Arbeitswoche der Ärztinnen und Ärzte wurde über die letzten sechs Jahre im Durchschnitt bei Vollzeitstellen um 2 Stunden kürzer. Bei der Anzahl Überstunden ist seit 2013 eine Abnahme zu verzeichnen. Konkret werden heute bei Vollzeitstellen durchschnittlich 7.4 Überstunden pro Woche geleistet (minus 1 Stunde im Vergleich zu 2011). Diese Zahl bleibt aber im Vergleich zur restlichen Arbeitnehmerschaft (2015 gemäss BFS ca. 1 Stunde bei Vollzeitarbeitnehmenden) weiterhin deutlich erhöht.¹ Die Belastung von Ärztinnen und Ärzten im Arbeitsalltag ist also weiterhin hoch.

Ausgestaltung von Tätigkeiten und Aufgaben Heute verbringen Ärztinnen und Ärzte rund einen Drittel ihres Tages mit medizinischen, patientennahen Tätigkeiten. Die restliche Zeit wird insbesondere mit Dokumentationsarbeiten, Visiten, Rapporten, der Organisation oder der eigenen Fortbildung zugebracht. Seit 2011 ist in der Akutsomatik eine klare Verschiebung im Anteil der administrativen Tätigkeit zu beobachten: Der Anteil Dokumentationsarbeiten/Patientendossiers nimmt deutlich zu, während dagegen sonstige administrative Tätigkeiten leicht abnehmen. Bis heute sind es die Assistenzärztinnen und -ärzte, die den Löwenanteil dieser Dokumentationsarbeiten leisten. Wie eine Studie am Spital in Baden zeigt, verbringen Assistenzärzte nur rund 90 Minuten effektiv am Bett des Patienten.² Sie sind jedoch als Untergruppe nicht überproportional vom Anstieg der Dokumentationsarbeiten betroffen. Auch Chefärztinnen und -ärzte sind ebenfalls mehr mit Dokumentationsarbeiten beschäftigt.

Zufriedenheit und Leistungsdruck Die Ärzteschaft ist mit ihren Arbeiten und Aufgaben insgesamt sehr zufrieden. In der Tendenz ist aber eine leichte Abnahme der Zufriedenheit seit 2011 zu beobachten. Gerade in der Akutsomatik und der Rehabilitation wird vermehrt auch mit dem Gedanken über Tätigkeiten ausserhalb des Schweizerischen Gesundheitswesens gespielt. In der gesamten Ärzteschaft werden der Leistungs- wie auch der Zeitdruck von klaren Mehrheiten als Belastung genannt.

Zunehmende Leistungsorientierung Im Gesundheitswesen macht sich eine zunehmende Leistungsorientierung bemerkbar. Immer mehr Ärztinnen und Ärzte verfügen über variable und leistungsabhängige Lohnkomponenten. In den höheren Hierarchien des medizinischen Betriebs sind solche Entschädigungssysteme bereits heute Usus. Die Qualität der erbrachten Dienstleistungen am Patienten leidet aus Sicht der Ärzteschaft aber nicht direkt unter dieser Entwicklung. In den letzten Jahren ist in der Akutsomatik insgesamt eher eine Abnahme der Gewinnoptimierung bei Diagnose-

¹ <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/arbeit-erwerb.assetdetail.40680.html>

² <https://www.medinside.ch/de/post/assistenzaerzte-90-minuten-am-patientenbett>

und Behandlungsentscheiden zu beobachten und es wird weniger versucht, chronisch Kranke in anderen Einrichtungen unterzubringen. Das trifft für die Rehabilitation und Psychiatrie aber nicht zu. Dass Operationen durchgeführt werden, die aus medizinischer Sicht nicht notwendig waren, ist nach wie vor selten der Fall. Auf tiefem Niveau hat sich der Anteil solcher Behandlungen aber mehr als verdoppelt (von 0.6 auf 1.5 Fälle innerhalb von 30 Tagen). Je tiefer der oder die Befragte in der Spital-Hierarchie ist, desto eher gibt diese Person auch an, solche Vorgänge zu beobachten. Die Assistenzärzte geben also einen höheren Wert an, als dies die Chefärzte tun. Im Durchschnitt berichten die Befragten von zwei Fällen innert 30 Tagen, bei denen Massnahmen aus Kostengründen nicht angewandt oder durch günstigere und weniger effektive Massnahmen ersetzt wurden.

Arbeitsumfeld und Zusammenarbeit

In allen befragten Ärztgruppen ist die Zufriedenheit mit der Arbeit im Team, mit den Vorgesetzten und auch mit der gelebten Fehlerkultur gegeben. Beim Informationsfluss im Spital, der Zusammenarbeit mit der Verwaltung und auch im verantwortungsbewussten Umgang mit Kosten ist aber Verbesserungspotential vorhanden. Auch die Zusammenarbeit mit weiteren Leistungserbringern wird – da, wo das überhaupt beurteilbar ist – insgesamt als gut bewertet. In den Spitälern selbst wird die Arbeitsorganisation aber leicht schlechter bewertet als in den Vorjahren.

Einführung SwissDRG

Die Einführung der Fallpauschalen SwissDRG liegt mittlerweile fünf Jahre zurück (2012). Vor der Einführung im Jahr 2011 wurden grosse Bedenken über den Einfluss von SwissDRG auf verschiedene Aspekte der ärztlichen Tätigkeit geäussert. In den beiden Folgejahren entspannte sich die Einschätzung merklich. Seit 2013 ist jedoch zu beobachten, dass wieder mehr Ärztinnen und Ärzte den Einfluss von SwissDRG auf die Kooperation mit den Krankenkassen, die Transparenz allgemein wie auch auf die Arbeitsbedingungen als schlechter einschätzen.

TARPSY und ST Reha

Nach der Einführung von SwissDRG im akutsomatischen Bereich steht als nächstes der Systemwechsel zum Tarifsystem TARPSY (2018) und dann ST Reha voraussichtlich (2020) an. In keiner der befragten Ärztgruppen stossen diese Neuerungen auf Begeisterung. Das Beispiel der Akutsomatik zeigt, dass der mit Abstand grösste Teil der Codierungsarbeit von extra eingestelltem Personal ausgeführt wird, was nebst Neuerungen in den Abläufen auch Umstellungen (Ausbau) im Personal notwendig macht. Dabei steigt insbesondere in der Psychiatrie in den letzten Jahren das Gefühl, klaren Sparvorgaben ausgesetzt zu sein.

Finanzierung

Im Rahmen der Diskussion um die Beseitigung bestehender Fehlanreize im Gesundheitswesen wird auch über neue Finanzierungsmodelle wie die einheitliche Finanzierung im stationären und im ambulanten Sektor diskutiert. Immerhin die Hälfte der Befragten nimmt diese Diskussion wahr, wobei dies bei Ärztinnen und Ärzten mit höheren Positionen eher der Fall ist als bei der Assistenzärzteschaft. Mit dem aktuellen System ist man allerdings wenig glücklich. Am ehesten wünscht sich die Ärzteschaft eine finanzielle Beteiligung der Kantone an der stationären wie auch an der ambulanten Versorgung. Eine Finanzierung ausschliesslich über die Krankenkassen wird jedoch als nicht wünschenswert beurteilt. Es wird ersichtlich, dass in allen befragten Ärztgruppen weiterhin Aufklärungsbedarf herrscht und viele kein gerichtetes Urteil über ihre Präferenzen abgeben.

Fazit

Wir fassen unsere vorläufigen Erkenntnisse über die Befindlichkeit der Ärzteschaft nach der Einführung von SwissDRG sowie im Hinblick auf die bevorstehende Einführung von ST Reha und TARPSY wie folgt zusammen:

Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz sind stolz auf ihren Beruf und identifizieren sich stark mit der eigenen Tätigkeit. Eine Mehrheit gibt an, über eine interessante und abwechslungsreiche Tätigkeit zu verfügen und auch mit der Bezahlung zufrieden zu sein. Die Arbeitszufriedenheit über alle befragten Ärztegruppen ist hoch, nimmt aber leicht ab. Passend dazu ist seit 2013 in der Akutsomatik und der Psychiatrie auch eine kleine, aber steigende Anzahl Ärztinnen und Ärzte zu beobachten, die auch über Stellen ausserhalb des schweizerischen Gesundheitswesens nachdenken.

Diese Entwicklung mag auch am beträchtlichen Leistungs- und Zeitdruck liegen, dem sich eine klare Mehrheit der Ärzteschaft ausgesetzt sieht. In einer normalen Woche arbeitet eine Ärztin oder ein Arzt mit einer Vollzeitstelle knapp 56 Stunden pro Woche, was deutlich über dem schweizerischen Durchschnitt von 43 Stunden liegt. Von allen anfallenden Arbeiten, ist lediglich ein Drittel medizinischer und patientennaher Natur. Im Vergleich zu 2011 ist zudem eine leichte Abnahme in diesen Tätigkeiten zu verzeichnen. Stattdessen nimmt der Aufwand für Dokumentationsarbeiten zu.

Die Leistungsorientierung im Gesundheitswesen macht sich im Praxisalltag verschiedentlich bemerkbar. Beispielsweise nimmt der Anteil leistungsabhängiger Lohnkomponenten im Spitalwesen zu. Gerade bei der leitenden Ärzteschaft und den Chefärztinnen und -ärzten sind solche Entschädigungssysteme heute Usus. Obwohl Vorkommnisse wie der Verzicht auf Massnahmen am Patienten aus Kostengründen vereinzelt beobachtet werden, ist eine Mehrheit klar der Meinung, dass die optimale Patientenversorgung nicht gefährdet ist.

Die Diskussion über neue Finanzierungsmodelle im Gesundheitswesen verfolgen die befragten Ärztinnen und Ärzte teilweise. Man ist mit dem aktuellen System unzufrieden, aber so richtig aufgenommen wurde die Diskussion um die neuen Lösungen von einem Grossteil der Ärzteschaft noch nicht. Gewisse Sympathien geniesst die duale-fixe Finanzierung mit einer Beteiligung der Kantone an den ambulanten Kosten. Die grossen Anteile Unentschiedener zeigen, dass ein Effort gemacht werden muss, um die Ärzteschaft mit an Bord bei der Ausgestaltung neuer Lösungen zu holen.

2 Wichtigstes in Kürze

Zielsetzung und Methode

Im Auftrag der FMH führt gfs.bern seit 2011 eine repräsentative Befragung bei Spitalärzten im akutsomatischen Bereich, in der Rehabilitation, in der Psychiatrie und bei praxisambulant tätigen Ärzten durch. Ursprünglich als Begleitforschung zur Einführung der Fallpauschalen in der Akutsomatik (SwissDRG) konzipiert, ist das Erkenntnisinteresse der vorliegenden Studie heute breiter angelegt. Ziel ist es, die Rahmenbedingungen für die ärztliche Tätigkeit in der Schweiz systematisch zu erheben.

Zentrale Themen der Befragung sind die Arbeitszufriedenheit, der Einfluss laufender Reformen, die Entwicklung der Arzt-Patienten-Beziehung oder auch die Leistungsorientierung des Gesundheitswesens.

- Mit den Untersuchungsergebnissen sollen der Politik und den Partnern im Gesundheitswesen Zahlen und Fakten vorgelegt werden, damit Entscheidungen basierend auf einer verbesserten Datengrundlage gefällt werden können.
- Anhand der wissenschaftlich erhobenen Untersuchungsergebnisse sollen Fehlentwicklungen oder Bedürfnisse frühzeitig erkannt werden, damit die entsprechenden Massnahmen rechtzeitig eingeleitet werden können.

Die bisherige Erhebung über sieben Messpunkte erlaubt das Abbilden systematischer Trends über mehrere Jahre.

Aufgrund einer konkreten Liste von sieben zu untersuchenden Fragestellungen wurden die Fragen auf Basis eines Konzepts entwickelt und mit der FMH-Fachkommission SwissDRG sowie den FMH-Begleitgruppen TARPSY und ST Reha finalisiert. Der Fragebogen wurde 2013 für die Ärzteschaft in Psychiatrischen Kliniken und in Rehabilitationskliniken angepasst. 2016 wurde der Fokus der Befragung leicht neu ausgerichtet, dass nebst dem Einfluss der Einführung von Fallpauschalen insbesondere auch die generellen Arbeitsbedingungen im Fokus stehen.

Für die vorliegende siebte Erhebung wurden im Zeitraum von Juni – August 2017 974 akutsomatische Spitalärzte, 127 Ärzte in Psychiatrischen Kliniken und 75 Ärzte in Rehabilitationskliniken befragt. Hinzu kommen 295 ambulant tätige Ärzte. Es haben damit insgesamt 1471 Ärzte an der FMH Begleituntersuchung teilgenommen. Für die Gesamtheit der Auswertungen ergibt dies einen theoretischen Stichprobenfehler von +/-2.6 Prozentpunkten bei einem ausgewiesenen Wert von 50 Prozent. Diese Aussage stimmt in 95 Prozent der Fälle. Ausgewählte Unterschiede nach Fachrichtungen werden im Schlussbericht diskutiert.

Für die Stichprobe stand die FMH-Adressbank zur Verfügung. Sie berücksichtigt sämtliche Ärztinnen und Ärzte, die einen Facharzttitel besitzen oder einen solchen anstreben. Die Ausschöpfung beträgt bei der praxisambulant tätigen Ärzteschaft 30.2 Prozent im Vergleich zu den zur Verfügung stehenden Adressen. Bei der Spitalärzteschaft konnten wir eine Ausschöpfung von 20.6 Prozent erreichen. In der Rehabilitation erzielten wir eine Ausschöpfung von 46.6 Prozent, in der Psychiatrie realisierten wir eine Ausschöpfung von 53.6 Prozent.

Diskussion einheitliche Finanzierung

Das Thema der Kostensteigerung im Gesundheitswesen beschäftigt die Öffentlichkeit, Behörden und Politik aktuell stark. Im Rahmen dieser Diskussionen und

vor dem Hintergrund bekannter Fehlanreize wird über neue Finanzierungsmodelle diskutiert. Heute werden die Kosten der stationären Behandlungen in den Spitälern durch die Kantone und die Krankenkassen gemeinsam bezahlt, die Kosten der ambulanten Behandlungen jedoch ausschliesslich durch die Krankenkassen. Dies führt zu Verzerrungen bei den finanziellen Anreizen, weshalb nun über neue Lösungen wie die einheitliche Finanzierung im stationären und im ambulanten Sektor diskutiert wird. Bei dieser Lösung würden sich die Kantone auch im ambulanten Sektor finanziell beteiligen, und nicht wie heute nur im stationären Sektor

Die Ärzteschaft ist stark von diesen Überlegungen betroffen. Heute hat ungefähr die Hälfte der befragten Ärztinnen und Ärzte aktiv Neuigkeiten rund um diese Diskussion wahrgenommen. In der Psychiatrie waren es 49 Prozent, in der Rehabilitation 43 Prozent und bei der ambulanten Ärzteschaft 45 Prozent. Bei den Ärztinnen und Ärzten der Akutsomatik liegt der Wert mit 37 Prozent am tiefsten. In den Reihen der Ärzteschaft ist das Bedürfnis nach neuen Lösungen durchaus spürbar. In allen befragten Gruppen gibt eine relative Mehrheit an, mit der heutigen Lösung nicht zufrieden zu sein.

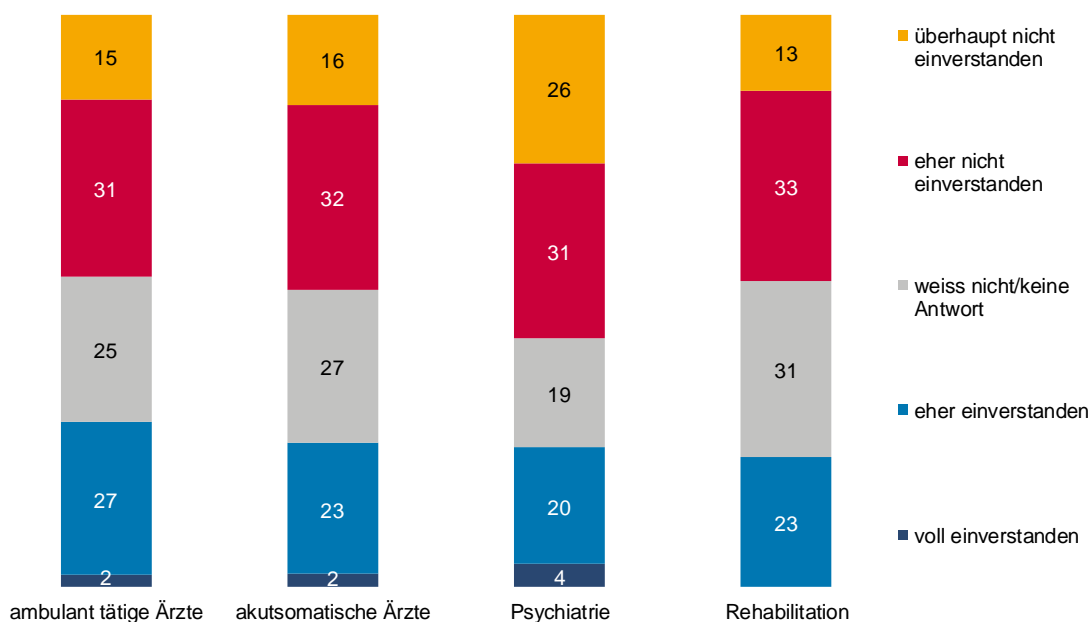
Der Umstand, dass ein relativ grosser Teil (19-31%) auf eine klare Aussage verzichtet, zeigt ausserdem, dass in dieser Frage noch Aufklärungsbedarf herrscht.

Grafik 1

Vergleich Zufriedenheit heutige Finanzierungslösung

"Sind Sie mit der heutigen Finanzierungslösung zwischen ambulant und stationär..."

in % ambulant tätige Ärzte/akutsomatische Ärzte/Psychiatrie/Rehabilitation



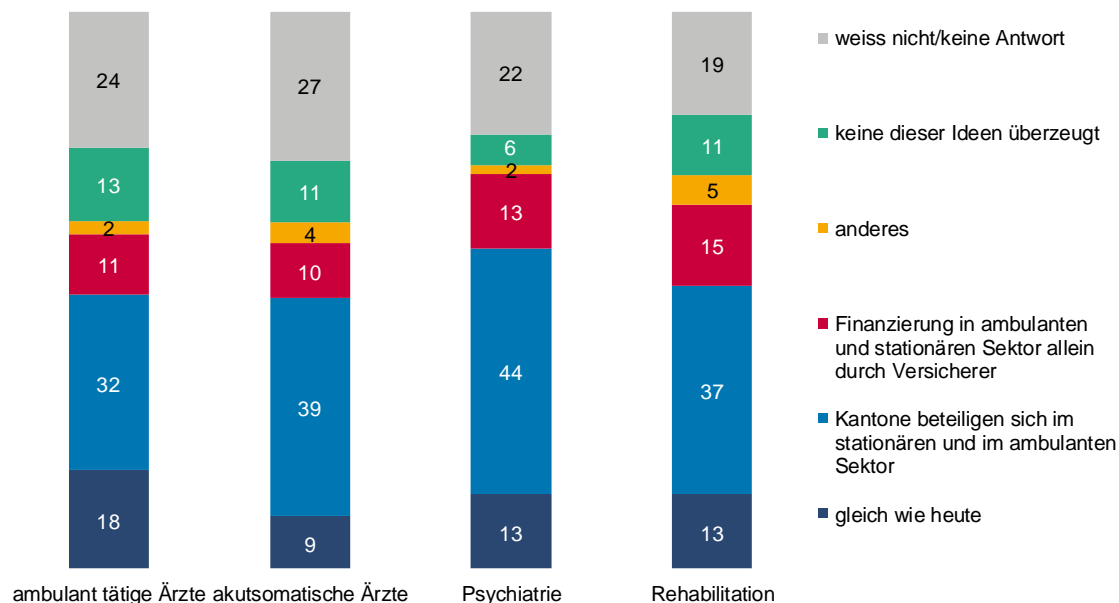
© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2017 (N ambulant tätige Ärzte = 295 / N akutsomatische Ärzte = 974 / N Psychiatrie = 127 / N Rehabilitation = 75), n.sig.

Für die Zukunft wünschen sich die befragten Ärztinnen und Ärzte eine Beteiligung des Kantons sowohl im stationären wie auch im ambulanten Sektor. Unter allen abgefragten Vorschlägen geniesst dieser die grösste Zustimmung (32-44%). Die Anteile, die ein gleiches Vorgehen wie heute oder eine Finanzierung nur durch Versicherer wünscht, sind in etwa gleich gross und belaufen sich auf unter 20 Prozent der jeweiligen Befragtengruppen. Unter 20 Prozent liegt auch der Anteil, der von keiner der vorgeschlagenen Lösungen überzeugt ist oder andere Vorstellungen hat. Auch hier fällt aber auf, dass der Anteil Ärztinnen und Ärzte, die sich nicht genau zu der Frage äussern, mit rund einem Viertel relativ hoch ist.

Vergleich Wunsch Finanzierungssystem

"Welches Finanzierungssystem wünschen Sie sich am meisten für die Zukunft?"

in % ambulant tätige Ärzte/akutsomatische Ärzte/Psychiatrie/Rehabilitation



© gfs.bern, Begleitstudie im Auftrag der FMH, Juni – August 2017 (N ambulant tätige Ärzte = 295 / N akutsomatische Ärzte = 974 / N Psychiatrie = 127 / N Rehabilitation = 75), sig.

Arbeitszeit und Aufwand Tätigkeiten

Die zahlreichen Überstunden und langen Arbeitszeiten der Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz – insbesondere in den Spitälern – sorgen immer wieder für Diskussionen und Schlagzeilen.

In der Akutsomatik wie auch in der Rehabilitation arbeitet die grosse Mehrheit Vollzeit (70% resp. 72%). In der Psychiatrie hingegen sind es gut 50 Prozent (Auswertungen vgl. Schlussbericht). Im Durchschnitt über die gesamte Ärzteschaft werden dabei 49 Stunden pro Arbeitswoche gearbeitet. Betrachtet man nur die Vollzeitstellen, sind es 55.7 Stunden pro Woche. Dieser Wert liegt deutlich über dem schweizerischen Durchschnitt von 43 Stunden wöchentlich³.

Die Entwicklung der Arbeitsstunden über die Zeit ist sehr konsistent, es gibt kaum Ausreisser oder grosse Schwankungen. Stattdessen ist ein leichter, aber stetiger Trend hin zu einer geringeren durchschnittlichen Arbeitszeit über die Befragungsjahre hinweg auszumachen.

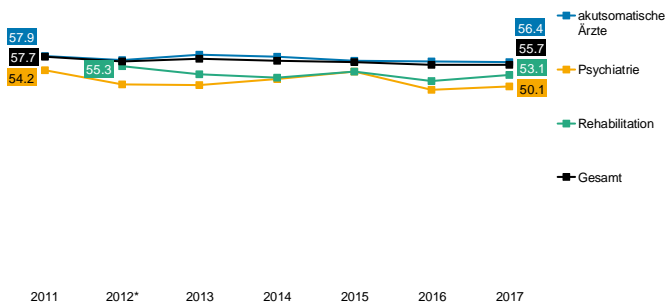
³ Vgl. Zahl der durchschnittlich geleisteten Wochenstunden, Eurostat (2016): <http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&plugin=1&language=de&pcode=tps00071>

Grafik 3

Trend Vergleich tatsächliche Arbeitsstunden vergangene Arbeitswoche – Vollzeitstellen

"Wie viele Stunden arbeiteten Sie in der vergangenen Arbeitswoche tatsächlich (ohne Bereitschaftsdienste (Tag und Nacht), 'Wochenendvisiten' und Rufbereitschaften)?"

in Mittelwerten akutsomatische Ärzte/Psychiatrie/Rehabilitation, die Vollzeit arbeiten

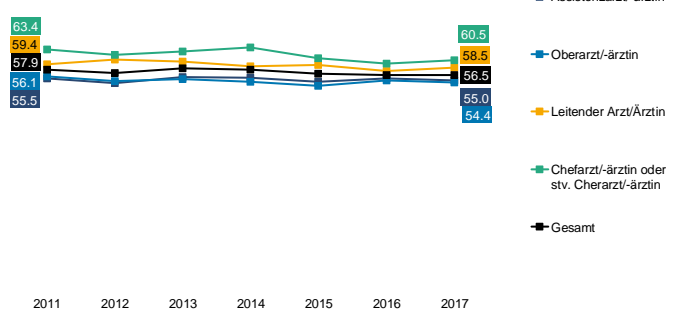


© gfs.bern, Begleitstudie im Auftrag der FMH, Juni – August 2017
(n akutsomatische Ärzte jeweils ca. 690 / N Psychiatrie jeweils ca. 60 / N Rehabilitation jeweils ca. 55), * Rehabilitation 2011 und 2012 zusammen

Trend Vergleich tatsächliche Arbeitsstunden vergangene Arbeitswoche nach Position: akutsomatische Ärzte – Vollzeitstellen

"Wie viele Stunden arbeiteten Sie in der vergangenen Arbeitswoche tatsächlich (ohne Bereitschaftsdienste (Tag und Nacht), 'Wochenendvisiten' und Rufbereitschaften)?"

in Mittelwerten akutsomatische Ärzte, die Vollzeit arbeiten



© gfs.bern, Begleitstudie im Auftrag der FMH, Juni – August 2017
(n akutsomatische Ärzte jeweils ca. 690 / N Psychiatrie jeweils ca. 60 / N Rehabilitation jeweils ca. 55), * Rehabilitation 2011 und 2012 zusammen

Im Durchschnitt leistet die Spitalärzteschaft in der Schweiz pro Arbeitswoche bei einem Vollzeitpensum 7.4 Überstunden, was fast einem ganzen Arbeitstag entspricht. Bei einem Teilzeitpensum liegt der Wert etwas tiefer. Die meisten Überstunden werden in der Akutsomatik sowie in der Rehabilitation geleistet. In der Psychiatrie sind es 2017 nur halb so viele. Im Gegensatz zur Arbeitszeit generell ist die Entwicklung der Überstunden weniger kohärent über Zeit und Befragungsgruppen. In der Akutsomatik und der Psychiatrie haben die Überstunden eher abgenommen, bei der ambulanten Ärzteschaft und in der Rehabilitation seit 2014 dagegen zugenommen.

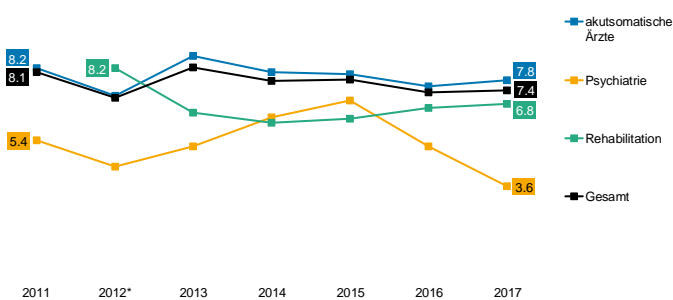
Innerhalb der Akutsomatik bleiben die Chefärzte jene Gruppe mit den meisten Überstunden. Aufgrund der geringen Fallzahlen ist in dieser Trendlinie die meiste Bewegung zu beobachten. In den restlichen Gruppen ist die Entwicklung seit 2013 relativ konsistent und eher abnehmend.

Grafik 4

Trend Vergleich Anzahl Überstunden vergangene Arbeitswoche – Vollzeitstellen

"Wie viele Überstunden haben Sie letzte Woche insgesamt geleistet?"

in Mittelwerten akutsomatische Ärzte/Psychiatrie/Rehabilitation, die Vollzeit arbeiten

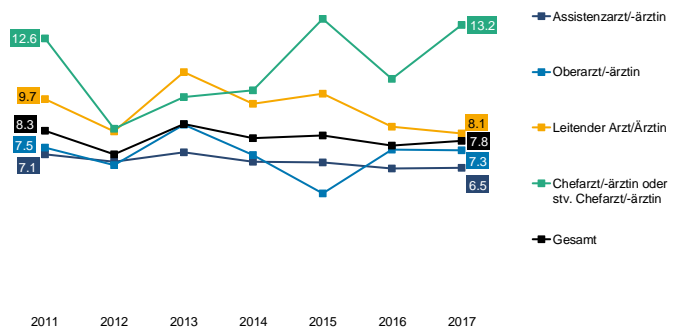


© gfs.bern, Begleitstudie im Auftrag der FMH, Juni – August 2017
(n akutsomatische Ärzte jeweils ca. 690 / N Psychiatrie jeweils ca. 60 / N Rehabilitation jeweils ca. 55), * Rehabilitation 2011 und 2012 zusammen

Trend Anzahl Überstunden vergangene Arbeitswoche nach Position: akutsomatische Ärzte – Vollzeitstellen

"Wie viele Überstunden haben Sie letzte Woche insgesamt geleistet?"

in Mittelwerten akutsomatische Ärzte, die Vollzeit arbeiten



© gfs.bern, Begleitstudie im Auftrag der FMH, Juni – August 2017
(n akutsomatische Ärzte jeweils ca. 690 / N Psychiatrie jeweils ca. 60 / N Rehabilitation jeweils ca. 55), * Rehabilitation 2011 und 2012 zusammen

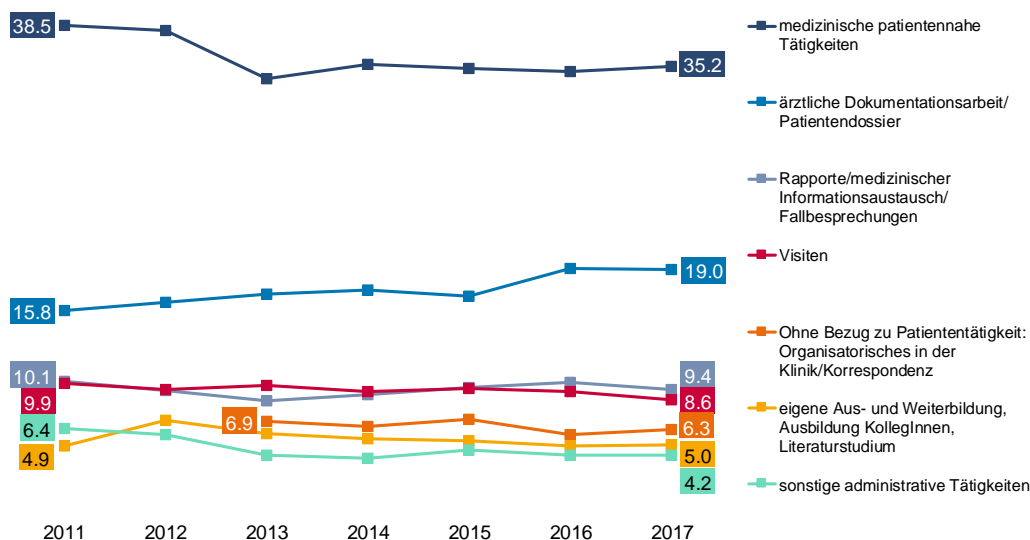
Den grössten Anteil des Tages (35%) verbringen die Ärztinnen und Ärzte der Akutsomatik mit medizinischen, patientennahen Tätigkeiten. Damit ist nicht nur die Arbeit am Patientenbett selbst gemeint, sondern auch Abklärungen, Recherchen oder das Studium von Akten des Patienten. Dieser Anteil hatte ab 2011 erst klar abgenommen, ist aber seit 2013 mehr oder weniger stabil. Zugenommen haben stattdessen eindeutig die ärztliche Dokumentationsarbeit und die Arbeit rund um das Patientendossier. Im Vergleich zu 2011 hat die ärztliche Dokumentationsarbeit und die Arbeit rund um das Patientendossier um 26 Minuten pro Tag zugenommen. Während dies ein klarer Mehraufwand in der Administration bedeutet, nimmt dafür parallel dazu der Anteil sonstiger administrativer Tätigkeiten seit 2011 ab, jedoch lediglich um 9 Minuten pro Tag (vgl. Schlussbericht).

Grafik 5

Trend Zeitaufwand für verschiedene Tätigkeiten: akutsomatische Ärzte (1/2)

"Wenn Sie an den letzten normalen Arbeitstag denken, wie viel Zeit haben Sie dabei auf die folgenden Tätigkeiten angewendet? Bitte geben Sie Ihre Angaben in Minuten an."

in % Mittelwerte einzelner Tätigkeiten an gesamtem Arbeitstag, akutsomatische Ärzte



© gfs.bern, Begleitstudie im Auftrag der FMH, Juni – August 2017
(N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 940)

Die Assistenzärztinnen und –ärzte sind ganz klar am meisten von der Dokumentationsarbeit und dem Verfassen von Patientendossiers betroffen. Heute entfällt rund ein Drittel ihrer Arbeitszeit auf diese Form der (administrativen) Tätigkeit. Der Anstieg in der Dokumentationsarbeit fällt jedoch über alle Positionen in etwa ähnlich aus und betrifft nebst der Assistenzärzteschaft auch die Chefärztinnen und –ärzte.

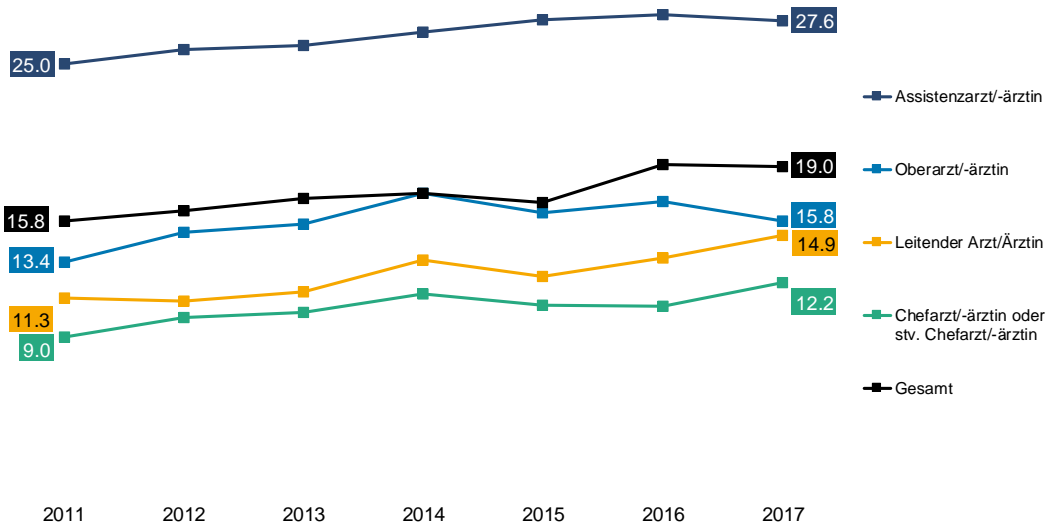
Grafik 6

Trend Zeitaufwand für verschiedene Tätigkeiten: akutsomatische Ärzte nach Position

"Wenn Sie an den letzten normalen Arbeitstag denken, wie viel Zeit haben Sie dabei auf die folgenden Tätigkeiten angewendet? Bitte geben Sie Ihre Angaben in Minuten an."

Ärztliche Dokumentationsarbeit/Patientendossier/Berichte verfassen

in % Mittelwerte einzelner Tätigkeiten an gesamtem Arbeitstag, akutsomatische Ärzte



© gfs.bern, Begleitstudie im Auftrag der FMH, Juni – August 2017
(N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 940)

Zufriedenheit Arbeitsumfeld

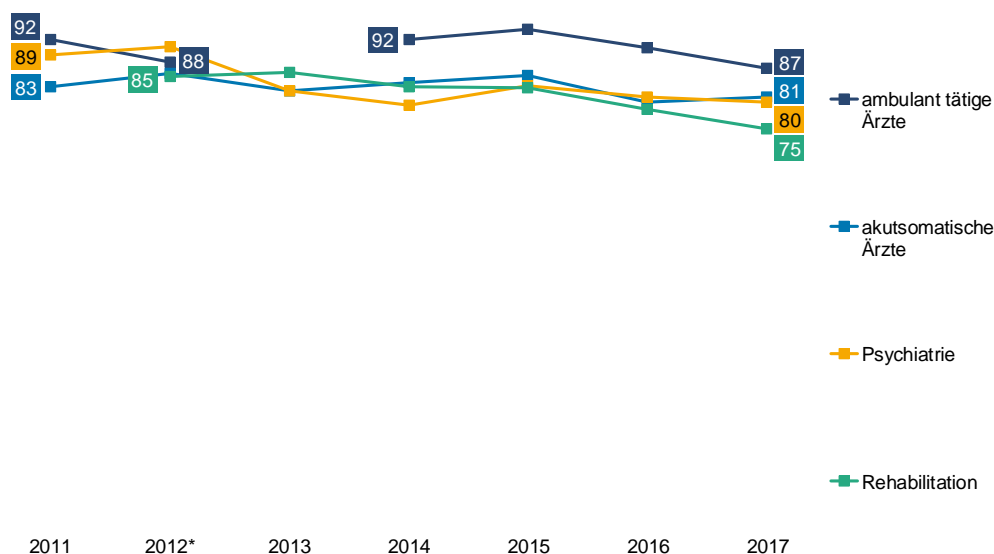
Die Zufriedenheit der Ärzteschaft mit ihrem Arbeitsumfeld bleibt sehr hoch – und zwar über alle vier separat ausgewiesenen Untergruppen. Im Vergleich zum Befragungsbeginn fällt jedoch auch auf, dass der Zufriedenheitswert eher sinkt. Besonders augenfällig ist diese Entwicklung in der Psychiatrie und in der Rehabilitation, wo die Zufriedenheit im Vergleich zu 2011 rund 10 Prozentpunkte gesunken ist.

Grafik 7

Trend Vergleich Arbeitszufriedenheit

"Wie zufrieden sind Sie hinsichtlich Ihrer Aufgaben und Arbeitstätigkeit insgesamt?"

in % ambulant tätige Ärzte/akutsomatische Ärzte/Psychiatrie/Rehabilitation, Anteil "sehr/eher zufrieden"



© gfs.bern, Begleitstudie im Auftrag der FMH, Juni – August 2017
(N ambulant tätige Ärzte jeweils ca. 270 / N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 940 / N Psychiatrie jeweils ca. 130 / N Rehabilitation jeweils ca. 70), * 2011 und 2012 zusammen

In der Akutsomatik wie auch in der Rehabilitation steigt der Anteil Ärztinnen und Ärzte, die über eine Stelle ausserhalb des schweizerischen Gesundheitswesens nachdenken seit 2013 deutlich. Gerade auch im letzten Jahr ist hier ein Sprung zu bemerken. In der Psychiatrie ist diese Entwicklung so nicht zu beobachten. Vergleicht man den Anstieg in dieser Frage mit dem Sinken in der Arbeitszufriedenheit, fällt auf, dass die beiden Entwicklungen nicht zwingend deckungsgleich sind. In der Akutsomatik fällt die Zufriedenheit kaum, aber trotzdem denken mehr über andere Arbeitsmöglichkeiten nach. Zwischen den Geschlechtern bestehen in dieser Frage überdies keine signifikanten Unterschiede.

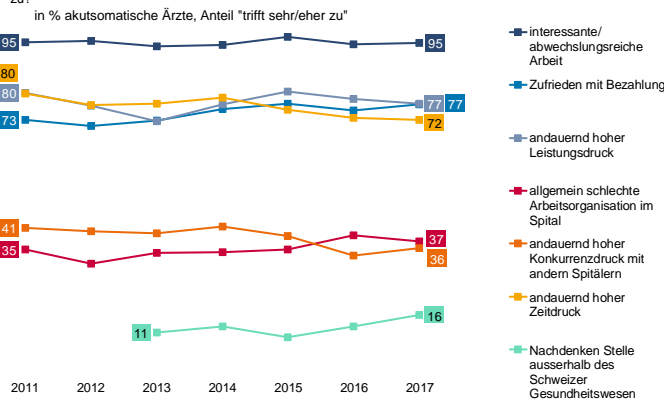
Die Resultate der vorliegenden Befragung gehen dabei in dieselbe Richtung wie eine Studie, die den Ausstieg aus der kurativen Tätigkeit bei Medizinerinnen und Medizinern untersucht.⁴ Diese zeigte, dass zwischen 8 und 13 Prozent der Absolventinnen und Absolventen des Medizinstudiums in der Schweiz ihre kurative Tätigkeit vor Erreichen des Rentenalters aufgeben.

Weit über die Hälfte der Ärzteschaft gibt an, konstant hohem Zeit- und Leistungsdruck ausgesetzt zu sein. Während der Anteil Befragter, der sich unter stetigem Leistungsdruck fühlt, im Vergleich zu 2011 annähernd gleichbleibt, ist im Bereich des gefühlten Zeitdrucks eine leichte Abnahme zu beobachten. Zudem wird seit 2013 eine schlechtere Arbeitsorganisation in den Spitälern beobachtet.

⁴ Vgl. Ausstieg aus der kurativen Tätigkeit (2016). Studie von Büro Vatter und gfs.bern im Auftrag des Verbands der Schweizerischen Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte (VSAO) sowie der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH).

Trend Aussagen über Arbeitsbedingungen: akutsomatische Ärzte

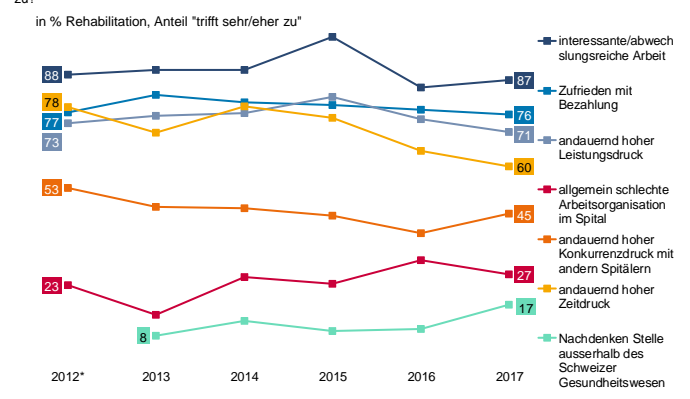
"Wie sehr treffen die folgenden Aussagen über Arbeitsbedingungen und Chancen/Belastungen auf Ihre Tätigkeit zu?"



© gfs.bern, Begleitstudie im Auftrag der FMH, Juni – August 2017 (N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 940)

Trend Aussagen über Arbeitsbedingungen: Rehabilitation

"Wie sehr treffen die folgenden Aussagen über Arbeitsbedingungen und Chancen/Belastungen auf Ihre Tätigkeit zu?"



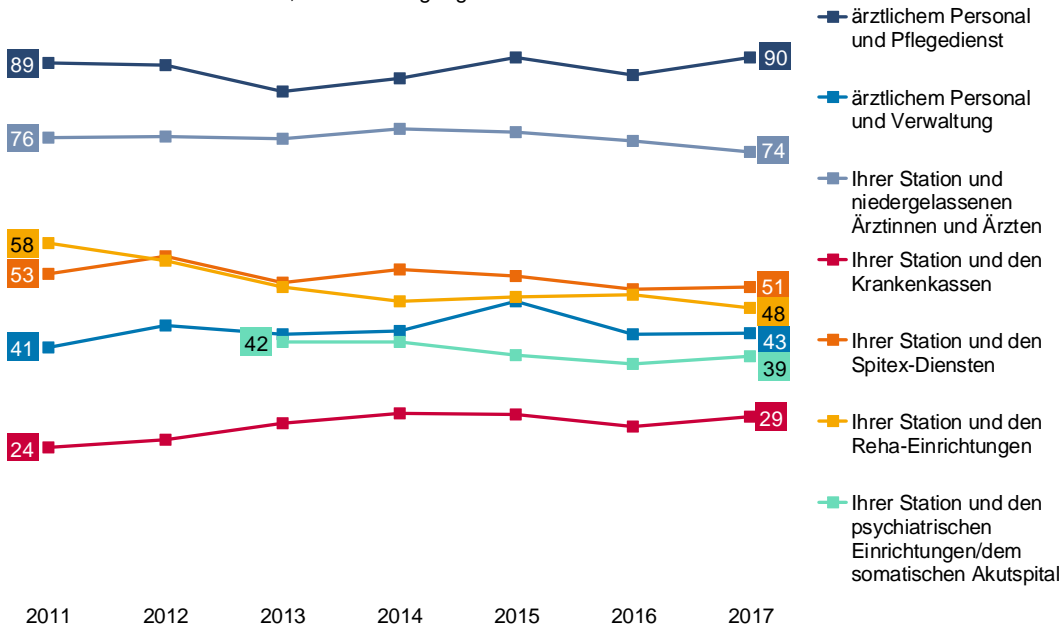
© gfs.bern, Begleitstudie im Auftrag der FMH, Juni – August 2017 (N Rehabilitation jeweils ca. 70), * 2011 und 2012 zusammen

Die Zusammenarbeit zwischen den akutsomatischen Ärztinnen und Ärzten und dem ärztlichen Personal/Pflegedienst und der Verwaltung funktioniert für eine klare Mehrheit gut bis sehr gut. Bei der restlichen Ärzteschaft fällt die Bewertung ambivalenter aus. Insbesondere die Zusammenarbeit mit den Reha-Einrichtungen wird weniger positiv gewertet. Allerdings muss hier gesagt werden, dass der grösste Anteil derjenigen, die nicht gut oder sehr gut angeben, meinen, dies sei aus ihrer aktuellen Arbeitssituation weniger zu beurteilen. Ein klarer Anstieg seit 2011 ist in der Zusammenarbeit mit den Krankenkassen ersichtlich.

Trend Beurteilung Zusammenarbeit akutsomatische Ärzte

"Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit in Ihrem Bereich? Die Zusammenarbeit zwischen/mit ..."

in % akutsomatische Ärzte, Anteil "sehr gut/gut"



© gfs.bern, Begleitstudie im Auftrag der FMH, Juni – August 2017 (N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 940)

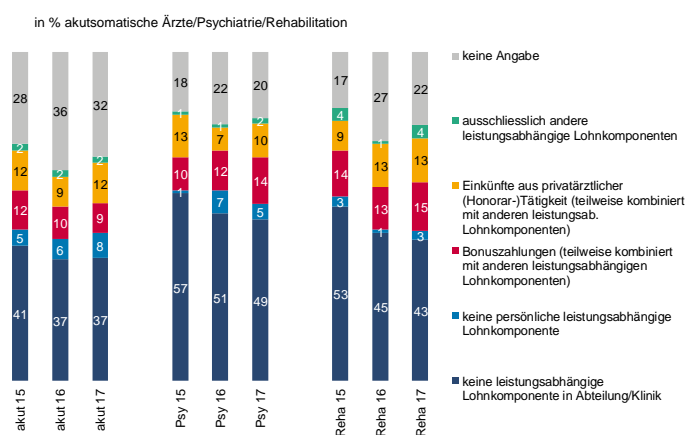
Leistungsorientierung Gesundheitswesen

"Die Ökonomisierung des Gesundheitswesens ist in vollem Gange", schreibt Mascha Madörin von der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.⁵ Teil dieser Ökonomisierung ist auch die Einführung variabler, leistungsabhängiger Lohnkomponenten. Zwar verfügt nach wie vor erst ungefähr ein Drittel aller Befragten über solche Entschädigungssysteme, in den letzten drei Jahren ist die Tendenz jedoch in der Psychiatrie und in der Rehabilitation zunehmend. In der Akutsomatik ist das hingegen so nicht zu beobachten. Gerade die leistungsabhängigen Bonuszahlungen nehmen dort über die letzten drei Jahre sogar ganz leicht ab.

Innerhalb der Akutsomatik unterscheidet sich die Verbreitung leistungsabhängiger Lohnkomponenten zudem nach Hierarchiestufen. Bei Assistenzärztinnen und -ärzten sowie bei der Oberärzteschaft wird diese Praxis zwar angewendet, ist aber noch kaum verbreitet. Bei allen Positionen, die darüber liegen, konkret bei der leitenden Ärzteschaft oder der Chefärzteschaft, ist diese Form der Entschädigung inzwischen Usus. Zu leistungsabhängigen Lohnkomponenten gehören nebst Bonuszahlungen vor allem auch Einkünfte aus privatärztlichen Tätigkeiten. Betrachtet man nur die Bonuszahlungen, so nehmen diese in der Akutsomatik leicht ab.

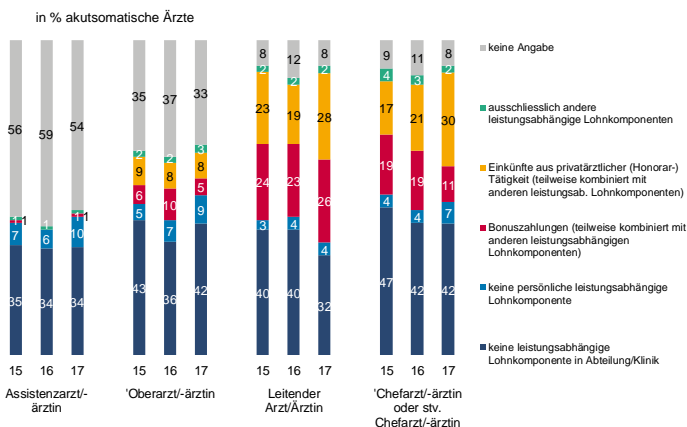
Grafik 10

Trend Vergleich leistungsabhängige Lohnkomponente



© gfs.bern, Begleitstudie im Auftrag der FMH, Juni – August 2017
(N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 940 / N Psychiatrie jeweils ca. 130 / N Rehabilitation jeweils ca. 70)

Trend leistungsabhängige Lohnkomponente: akutsomatische Ärzte nach Position



© gfs.bern, Begleitstudie im Auftrag der FMH, Juni – August 2017
(N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 940)

Der Druck zur Gewinnoptimierung im Gesundheitswesen wird von der Ärzteschaft durchaus gespürt. Heute stimmen 28 Prozent der Aussage zu, dass Diagnose und Behandlung so gefällt werden, dass der wirtschaftliche Gewinn optimiert wird. In der Akutsomatik stimmen zudem 17 Prozent der Befragten sehr oder eher zu, dass die Optimierung des Gewinns soweit geht, dass die optimale medizinische Versorgung der Patienten nicht mehr erbracht werden kann. In der Psychiatrie und der Rehabilitation liegt dieser Wert in der Tendenz höher.

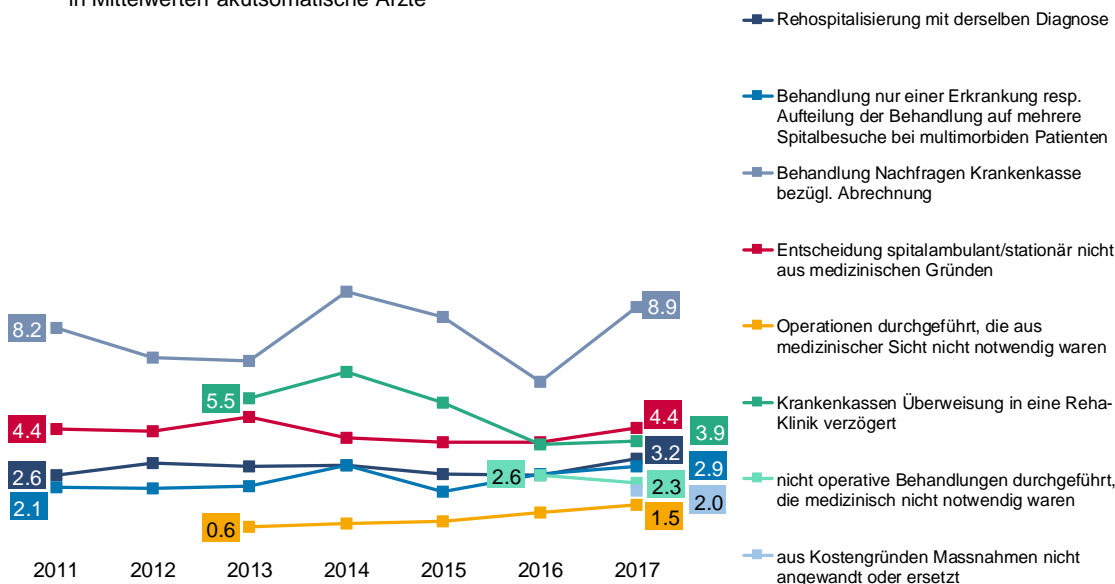
Dennoch lässt sich in der Akutsomatik aufgrund der zunehmenden Leistungsorientierung über die Zeit kein steigender Problemdruck feststellen. Die Durchführung aller notwendigen Verfahren, die Verfügbarkeit von Experten und Material und die Annahme aller Patienten sind weiterhin gewährleistet. Auch gibt die Mehrheit der Befragten an, dass sich an den Lohn geknüpfte Soll-Vorgaben nicht negativ auf die Patientenversorgung auswirken würden. Dass beispielsweise Operationen durchgeführt werden, die aus medizinischer Sicht nicht notwendig waren, kommt vor, ist aber nach wie vor nur selten der Fall (1.5 Mal pro 30 Tage).

⁵ "Ökonomisierung im Gesundheitswesen – Sicht der Pflege" (2014). Online im Internet: <https://www.zhaw.ch/de/gesundheit/institute-zentren/ipf/ueber-uns/zur-sache/oekonomisierung-im-gesundheitswesen-sicht-der-pflege/>.

Trend Spezielle Umstände: akutsomatische Ärzte

"Wie häufig kamen die folgenden Umstände im vergangenen Monat in Ihrem Arbeitsbereich vor? Sie können eine Schätzung, wie oft dies in den letzten 30 Tagen in Ihrem Arbeitsbereich vorgekommen ist, direkt als Zahl eingeben. In den letzten 30 Tagen ..."

in Mittelwerten akutsomatische Ärzte



© gfs.bern, Begleitstudie im Auftrag der FMH, Juni – August 2017
(N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 270)

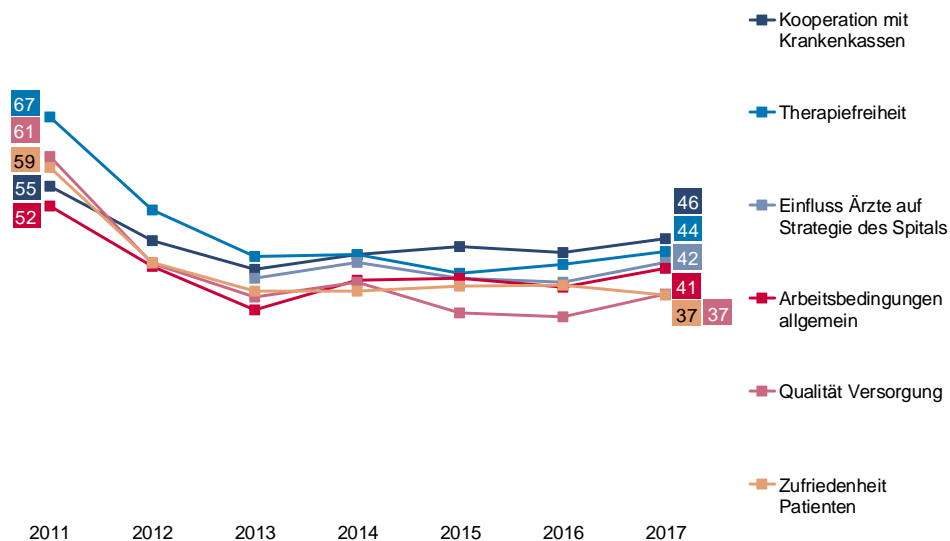
Insbesondere in der Psychiatrie ist aber über die letzten Jahre eine klare Zunahme der Sparvorgaben wie auch der gefühlten Gewinnoptimierung zu beobachten. Diese Veränderung über die Zeit mit einem klaren Anstieg in der aktuellen Befragungswelle dürfte einerseits vor dem Hintergrund der anstehenden Einführung von TARPSY und andererseits im Zusammenhang mit den vom Bundesrat kürzlich beschlossenen Anpassungen der ambulanten Tarife zu sehen sein (Auswertungen vgl. Schlussbericht).

Einfluss Tarifsysteme

Die Einführung der Fallpauschalen SwissDRG liegt mittlerweile fünf Jahre zurück (2012). Vor der Einführung im Jahr 2011 wurden grosse Bedenken über den Einfluss von SwissDRG auf verschiedene Aspekte der ärztlichen Tätigkeit geäussert. In den beiden Folgejahren (2012/2013) entspannte sich die Einschätzung merklich. Insgesamt bleibt das Niveau der geäusserten Bedenken seither ungefähr ähnlich. Der Einfluss von SwissDRG auf die Kooperation mit den Krankenkassen, wie auch auf die Arbeitsbedingungen allgemein, wird aber seit 2013 jährlich als leicht schlechter eingeschätzt.

Trend Einfluss SwissDRG: akutsomatische Ärzte (1/2)

"Wie beurteilen Sie den Einfluss von SwissDRG auf..."
 in % akutsomatische Ärzte, Anteil "eher negativ/wegen Tarifsystem verschlechtert"

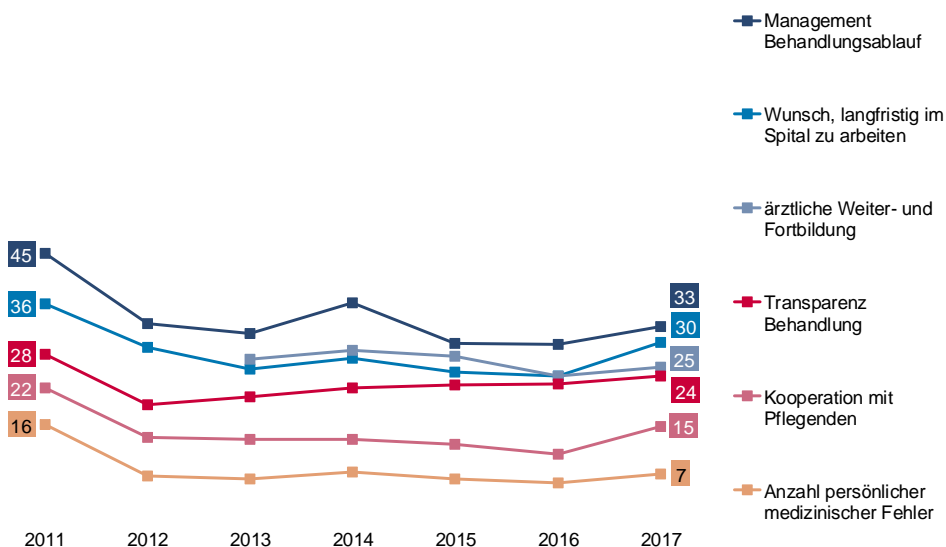


© gfs.bern, Begleitstudie im Auftrag der FMH, Juni – August 2017
 (N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 940)

Dasselbe gilt für die Transparenz in der Behandlung. Seit 2013 wächst der Anteil Akutsomatikerinnen und Akutsomatiker, die den Einfluss von DRG als negativ einschätzen langsam, aber stetig (wieder) an.

Trend Einfluss SwissDRG: akutsomatische Ärzte (2/2)

"Wie beurteilen Sie den Einfluss von SwissDRG auf..."
 in % akutsomatische Ärzte, Anteil "eher negativ/wegen Tarifsystem verschlechtert"



© gfs.bern, Begleitstudie im Auftrag der FMH, Juni – August 2017
 (N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 940)

Nach der Einführung von SwissDRG im akutsomatischen Bereich steht als nächstes der Systemwechsel zum Tarifsystem TARPSY 2018 und dann 2020 zu ST Reha an. In keiner der gefragten Ärztesgruppen stossen diese Neuerungen auf Begeisterung. Lediglich eine kleine Minderheit stimmt den Reformen zu. Die ambulante Ärzteschaft ist eindeutig (und relativ konstant) am kritischsten. Die in der Rehabilitation tätigen Ärztinnen und Ärzte mögen noch am ehesten zustimmen. Lange Jahre lag die Zustimmung in dieser Gruppe deutlich über den restlichen

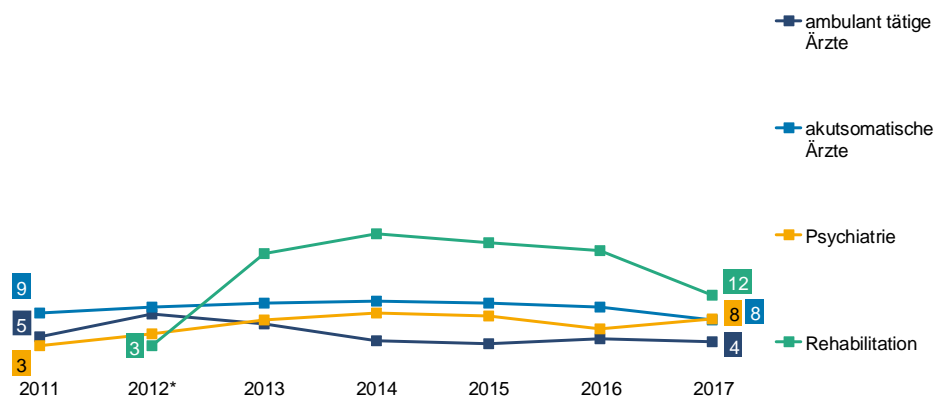
Befragten, 2017 ist aber eine deutliche Abnahme zu beobachten. Es bleibt abzuwarten, ob dies einer generell grösseren Unlust entspricht, je näher die eigentliche Einführung rückt, oder ob es sich hier um einen temporären Knick handelt.

Grafik 14

Trend Vergleich Beurteilung SwissDRG nach Einführung/geplante Einführung TARPSY/ST Reha

"Alles in allem: Wie stehen Sie SwissDRG fünf Jahre nach deren Einführung (Psychiatrie: der geplanten Einführung vom Tarifsystem TARPSY zur Vergütung der stationären Psychiatrie/Rehabilitation: der geplanten Einführung des Tarifsystems ST Reha zur Vergütung der stationären Rehabilitation) gegenüber?"

in % ambulant tätige Ärzte/akutsomatische Ärzte/Psychiatrie, Anteil "klar/eher zustimmend"



© gfs.bern, Begleitstudie im Auftrag der FMH, Juni – August 2017
(N ambulant tätige Ärzte jeweils ca. 270 / N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 940 / N Psychiatrie jeweils ca. 130 / N Rehabilitation jeweils ca. 70), * 2011 und 2012 zusammen

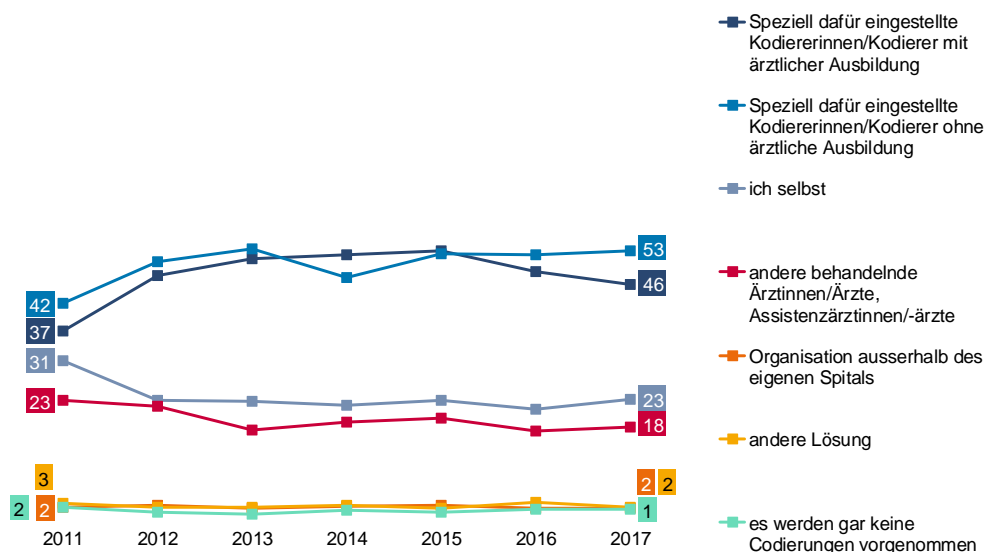
Gerade in den Medien wird die Auswirkung auf die Psychiatrie aufgrund des Aktualitätswerts besonders rege diskutiert. Orientiert man sich am Beispiel der Akutsomatik, wird der mit Abstand grösste Teil der Codierungsarbeit voraussichtlich von extra eingestelltem Personal ausgeführt. Dieser Anstieg ist insbesondere seit 2012 - also dem Jahr der Einführung von SwissDRG - ersichtlich. Seither bleibt die Verteilung relativ konstant.

Grafik 15

Trend Codierung: akutsomatische Ärzte

" Wer alles codiert Diagnosen (z.B. im Rahmen von DRG) in Ihrem Spital?"

in % akutsomatische Ärzte, Mehrfachantworten möglich



© gfs.bern, Begleitstudie im Auftrag der FMH, Juni – August 2017
(N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 270)

Synthese

Aus den vorläufigen Analysen über die Befindlichkeit der Ärzteschaft nach der Einführung von SwissDRG sowie im Hinblick auf die bevorstehende Einführung von ST Reha und TARPSY verfassen wir die folgenden Befunde:

Befund 1

Der Ärzteschaft geht es dank einem spannenden Beruf grundsätzlich gut. Sie nimmt wegen der hohen Identifikation Belastungen in Kauf, die weit über der Norm im Schweizer Arbeitsprozess liegen. In den letzten Jahren nimmt die Belastung langer Arbeitszeiten vergleichsweise eher ab, dafür ist ein erhöhter Leistungsdruck zu erkennen.

Befund 2

Innerhalb der letzten sechs Jahre hat der Dokumentationsaufwand für die Ärzteschaft deutlich zugenommen. Dafür ist ein leichter Rücklauf in sonstigen administrativen Tätigkeiten zu beobachten. Die Mehrheit der Codierungsaufgaben wird von eigens dafür angestellten Fachpersonen erledigt und auch die Assistenzärzteschaft ist stark involviert. Die anfangs grossen Befürchtungen über die negativen Folgen von SwissDRG konnten etwas abgefangen werden.

Befund 3

Die Leistungsorientierung im Gesundheitswesen beeinflusst den medizinischen Alltag. Das betrifft sowohl die Ärzte in ihren Arbeitsbedingungen wie auch die Arbeit am Patienten. In medizinischen Führungspositionen sind leistungsabhängige Löhne heute Usus. Dennoch leidet die Patientenversorgung derzeit aus Sicht der Ärzteschaft kaum unter ökonomisch motivierten Massnahmen.

Befund 4

Die Beseitigung falscher Anreize im Gesundheitswesen beschäftigt heute Politik, Behörden und Leistungserbringer. Die damit zusammenhängende Diskussion über neue Finanzierungsmodelle wird von der Hälfte der Ärztinnen und Ärzte aktiv wahrgenommen. Mit der heutigen Lösung ist man nicht zufrieden. Begrüsst würde primär eine stärkere Involvierung der Kantone, d.h. ihre Beteiligung an der Finanzierung auch im ambulanten Bereich. Eine Finanzierung ausschliesslich über Krankenkassen wird dagegen von den Ärztinnen und Ärzten nicht goutiert.

Die vier folgenden Thesen gehen über die effektiven Befunde hinaus und stellen Überlegungen über künftige oder weitere Entwicklungen und Zusammenhänge an. Die Thesen gehen so jeweils über die rein empirischen Befunde hinaus und sind mit Erfahrungen und Einschätzungen angereichert.

These 1

Neue Formen der Leistungsorientierung im Alltag der Ärzteschaft führen zu neuen Herausforderungen. Die Folgen dieser Entwicklung sind heute für die Ärztinnen und Ärzte zu spüren. Den Patientinnen und Patienten gegenüber übernimmt die Ärzteschaft eine anwaltschaftliche Rolle und federt so allfällige negative Entwicklungen ab.

These 2

Die Zufriedenheit mit der Arbeit und den Aufgaben ist bei den Ärztinnen und Ärzten mehrheitlich gegeben. Über die Jahre ist aber eine leichte Abnahme dieser Zufriedenheit zu entdecken. Immer mehr Ärztinnen und Ärzte überlegen sich, auch eine Stelle ausserhalb des Gesundheitswesens anzunehmen. Die Arbeitsbedingungen der Ärzteschaft sollten sich den sich ändernden Bedürfnissen anpassen und vor allem die administrativen Prozesse im Arbeitsalltag sollten vereinfacht werden.

These 3

Damit die Qualität der ärztlichen Arbeit am Patienten nicht gefährdet ist, müssen die Spitäler weitere Effizienzsteigerungen im administrativen Bereich finden. Die Indikationsqualität kann gefährdet werden durch den Fehlanreiz der Mengenausweitung.

These 4

Die Diskussion über neue Finanzierungsmodelle im Gesundheitswesen verfolgt die Ärzteschaft teilweise. Man ist mit dem aktuellen System unzufrieden, aber so richtig aufgenommen wurde die Diskussion um die neuen Lösungen von einem Grossteil der Ärzteschaft noch nicht. Gewisse Sympathien genießt die dual-fixe Finanzierung mit einer Beteiligung der Kantone an den ambulanten Kosten. Die grossen Anteile Unentschiedener zeigen, dass ein Effort gemacht werden muss, die Ärzteschaft mit an Bord bei der Ausgestaltung neuer Lösungen zu holen.

3 Einleitung

3.1 Forschungsinteresse und Mandat

Im Auftrag der FMH führt gfs.bern seit 2011 eine repräsentative Befragung bei der Spitalärzteschaft im akutsomatischen Bereich, in der Rehabilitation, in der Psychiatrie und bei praxisambulant tätigen Ärzten durch. Ursprünglich als Begleitforschung zur Einführung der Fallpauschalen in der Akutsomatik (SwissDRG) konzipiert, ist das Erkenntnisinteresse der vorliegenden Studie heute breiter angelegt. Ziel ist es, die Rahmenbedingungen für die ärztliche Tätigkeit in der Schweiz systematisch zu erheben.

Zentrale Themen der Befragung sind die Arbeitszufriedenheit, der Einfluss laufender Reformen, die Entwicklung der Arzt-Patienten-Beziehung oder auch die Leistungsorientierung des Gesundheitswesens.

- Mit den Untersuchungsergebnissen sollen der Politik und den Partnern im Gesundheitswesen Zahlen und Fakten vorgelegt werden, damit Entscheidungen basierend auf einer verbesserten Datengrundlage gefällt werden können.
- Anhand der wissenschaftlich erhobenen Untersuchungsergebnisse sollen Fehlentwicklungen oder Bedürfnisse frühzeitig erkannt werden, damit die entsprechenden Massnahmen rechtzeitig eingeleitet werden können.

Die bisherige Erhebung über sieben Messpunkte erlaubt das Abbilden systematischer Trends über mehrere Jahre.

Aufgrund einer konkreten Liste von sieben zu untersuchenden Fragestellungen wurden die Fragen auf Basis eines Konzepts entwickelt und mit der FMH-Fachkommission SwissDRG sowie den FMH-Begleitgruppen TARPSY und ST Reha finalisiert. Der Fragebogen wurde 2013 für die Ärzteschaft in Psychiatrischen Kliniken und in Rehabilitationskliniken angepasst. 2016 wurde der Fokus der Befragung leicht neu ausgerichtet, dass nebst dem Einfluss der Einführung von Fallpauschalen insbesondere auch die generellen Arbeitsbedingungen im Fokus stehen.

3.2 Methode und Studienverlauf

Für die vorliegende siebte Erhebung wurden im Zeitraum von Juni-August 2017 974 akutsomatische Spitalärztinnen und -ärzte, 127 Ärzte in Psychiatrischen Kliniken und 75 Ärzte und Ärztinnen in Rehabilitationskliniken befragt. Hinzu kommen 295 ambulant tätige Ärzte/Ärztinnen. Es haben damit insgesamt 1471 Ärzte/Ärztinnen an der FMH Begleituntersuchung teilgenommen.

Tabelle 1

Ausschöpfung

Adressbasis	Teilnehmende	Adressbasis Total	Ausschöpfung in %
praxisambulante Ärzteschaft	295	976	30.2%
akutsomatische Spitalärzteschaft	974	4295	22.6%
Psychiatrie	127	237	53.6%
Rehabilitation	75	161	46.6%
Total	1471	5669	26.0%

© gfs.bern, Begleitstudie im Auftrag der FMH, Juni – August 2017

Für die Gesamtheit der Auswertungen ergibt dies einen theoretischen Stichprobenfehler von +/-2.6 Prozentpunkten bei einem ausgewiesenen Wert von 50 Prozent. Diese Aussage stimmt in 95 Prozent der Fälle. Ausgewählte Unterschiede nach Fachrichtungen werden im Schlussbericht diskutiert.

Die Ausschöpfung beträgt bei der praxisambulant tätigen Ärzteschaft 30.2 Prozent im Vergleich zu den zur Verfügung stehenden Adressen. Bei der Spitalärzteschaft konnten wir eine Ausschöpfung von 22.6 Prozent erreichen. In der Rehabilitation erzielten wir eine Ausschöpfung von 46.6 Prozent, in der Psychiatrie realisierten wir eine Ausschöpfung von 53.6 Prozent.

Für die Stichprobe stand die FMH-Adressbank zur Verfügung. Sie berücksichtigt sämtliche Ärztinnen und Ärzte, die einen Facharzttitel besitzen oder einen solchen anstreben. Die Befragten wurden in einem ersten Schritt brieflich kontaktiert, danach per Email.

Der vorliegende Schlussbericht bildet die Weiterführung der qualitativen Vorstudie und der Begleitstudien zur Einführung von SwissDRG seit 2011.

In der grafischen Aufbereitung der Resultate wird stets zwischen praxisambulant tätiger Ärzteschaft und akutsomatischen Spitalärztinnen und Ärzte unterschieden. Wo entsprechende Daten vorliegen werden die Resultate der Spitalärzteschaft aus der Psychiatrie und der Rehabilitation separat ausgewertet. Gerade bei der Rehabilitation und etwas vermindert auch bei der Psychiatrie, sind die Fallzahlen jedoch weiterhin gering, weshalb bei der Diskussion der vorliegenden Resultate Vorsicht geboten ist.

Da, wo dem Erkenntnisinteresse dienlich, wurde innerhalb der Akutsomatik zudem nach der Position im Spital ausgewertet. Das ist insbesondere relevant, um zwischen der Assistenzärzteschaft und denjenigen Ärztinnen und Ärzte mit einem Facharzttitel zu unterscheiden.

4 Befunde

Der vorliegende Bericht informiert über die Resultate der siebten Begleituntersuchung der FMH über das Arbeitsumfeld der Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz. Die Resultate 2017 sind in fünf Kapitel unterteilt und reichen von der Wahrnehmung der Diskussion über die einheitliche Finanzierung (Kap. 3.1) über Erhebungen zur Arbeitszeit und -einteilung (Kap. 3.2), die Zufriedenheit mit dem Arbeitsumfeld (Kap. 3.3), Überlegungen zur Leistungsorientierung im Gesundheitswesen (Kap. 3.4) bis hin zum Einfluss neuer Tarifsysteme.

In der Synthese wird die Bilanz über die gesamten Studienergebnisse gezogen und die Erkenntnisse werden in Form von Thesen vor dem Hintergrund aktueller Ereignisse und Entwicklungen eingeordnet.

4.1 Diskussion einheitliche Finanzierung

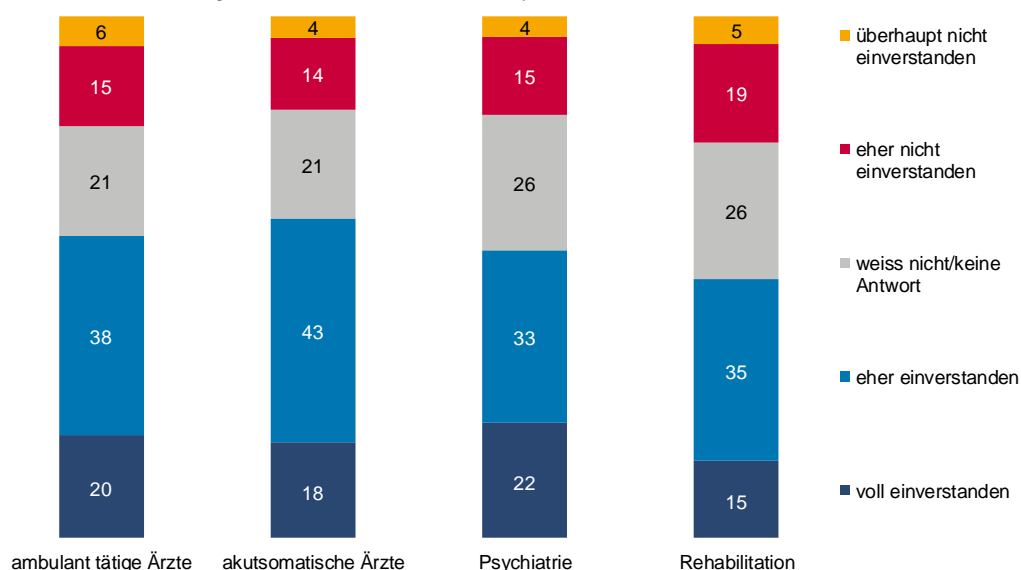
Das Thema der Kostensteigerung im Gesundheitswesen beschäftigt die Öffentlichkeit, Behörden und Politik aktuell stark. Heute werden die Kosten der stationären Behandlungen in den Spitälern durch die Kantone und die Krankenkassen gemeinsam bezahlt, die Kosten der ambulanten Behandlungen jedoch ausschliesslich durch die Krankenkassen. Die Finanzierung im ambulanten Sektor erfolgt somit monistisch durch die Krankenversicherer, während im stationären Bereich ein dual-fixes System zur Anwendung kommt. Diese heutige Regelung gerät zunehmend unter Druck, weil sie zu Fehlanreizen und Verzerrungen führt. Die Ärzteschaft ist mit diesem Argument klar einverstanden. In allen fünf ausgewiesenen Untergruppen ist eine absolute Mehrheit der Befragten mit der Aussage einverstanden, dass das heutige System zu Fehlanreizen zwischen ambulanten und stationären Leistungen führe. Mit über 20 Prozent ist der Anteil Ärztinnen und Ärzte, die sich zum Thema nicht äussern (weiss nicht/keine Antwort) aber relativ gross, was ein Hinweis dafür ist, dass zusätzlicher Aufklärungsbedarf zum Thema herrscht.

Grafik 16

Vergleich heutige Finanzierung führt zu Fehlanreizen

"Ein Argument der Befürworter einer Veränderung in Richtung Monismus ist, dass die heutige Finanzierung zu Fehlanreizen zwischen ambulanten und stationären Leistungen führt. Sind Sie mit diesem Argument..."

in % ambulant tätige Ärzte/akutsomatische Ärzte/Psychiatrie/Rehabilitation



© gfs.bern, Begleitstudie im Auftrag der FMH, Juni – August 2017 (N ambulant tätige Ärzte = 295 / N akutsomatische Ärzte = 974 / N Psychiatrie = 127 / N Rehabilitation = 75), n.sig.

Vor dem Hintergrund dieser breit anerkannten Fehlanreize wird über neue Finanzierungsmodelle diskutiert. Als Konsens bei einer klaren Mehrheit der Gesundheitsfachpersonen und -anbieter wird eine einheitliche Finanzierung im stationären und im ambulanten Sektor (EFAS) gewünscht.⁶ Bei dieser Lösung würden sich die Kantone auch im ambulanten Sektor finanziell beteiligen, und nicht wie heute nur im stationären Sektor.

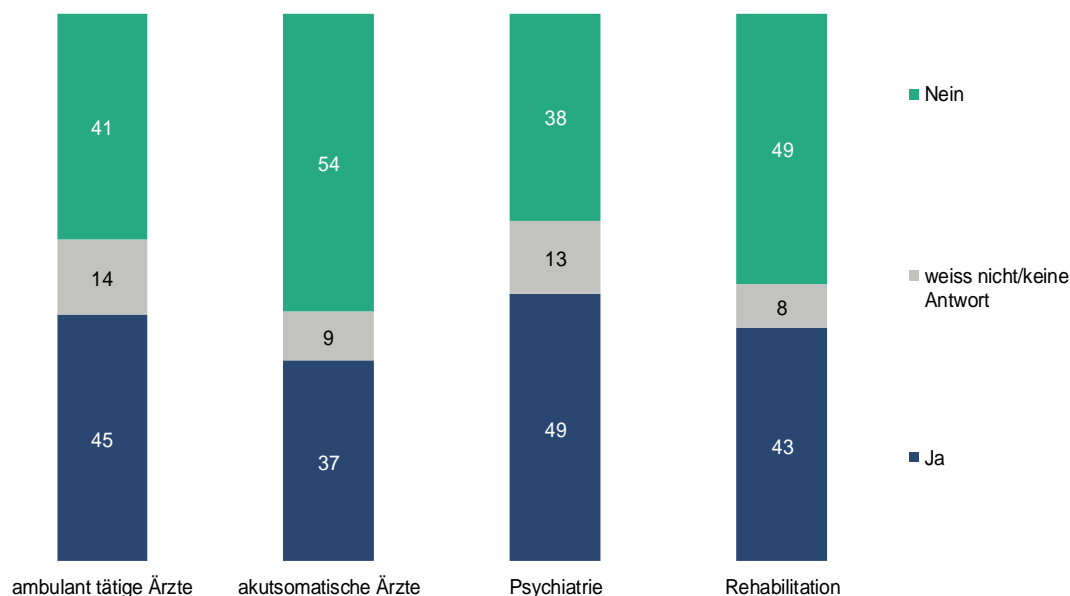
Die Ärzteschaft ist naturgemäss stark von diesen Überlegungen betroffen. Heute hat ungefähr die Hälfte der befragten Ärztinnen und Ärzte aktiv Neuigkeiten rund um diese Diskussion wahrgenommen. In der Psychiatrie waren es 49 Prozent, in der Rehabilitation 43 Prozent und bei der ambulanten Ärzteschaft 45 Prozent. Bei den Ärztinnen und Ärzten der Akutsomatik liegt der Wert mit 37 Prozent am tiefsten.

Grafik 17

Vergleich Wahrnehmung Diskussion Finanzierungsmodell

"Zurzeit wird rund um die Begriffe "duale/einheitliche Finanzierung" respektive "Monismus" eine politische Diskussion geführt. Haben Sie diese bereits vor dieser Befragung wahrgenommen?"

in % ambulant tätige Ärzte/akutsomatische Ärzte/Psychiatrie/Rehabilitation



© gfs.bern, Begleitstudie im Auftrag der FMH, Juni – August 2017 (N ambulant tätige Ärzte = 295 / N akutsomatische Ärzte = 974 / N Psychiatrie = 127 / N Rehabilitation = 75), sig.

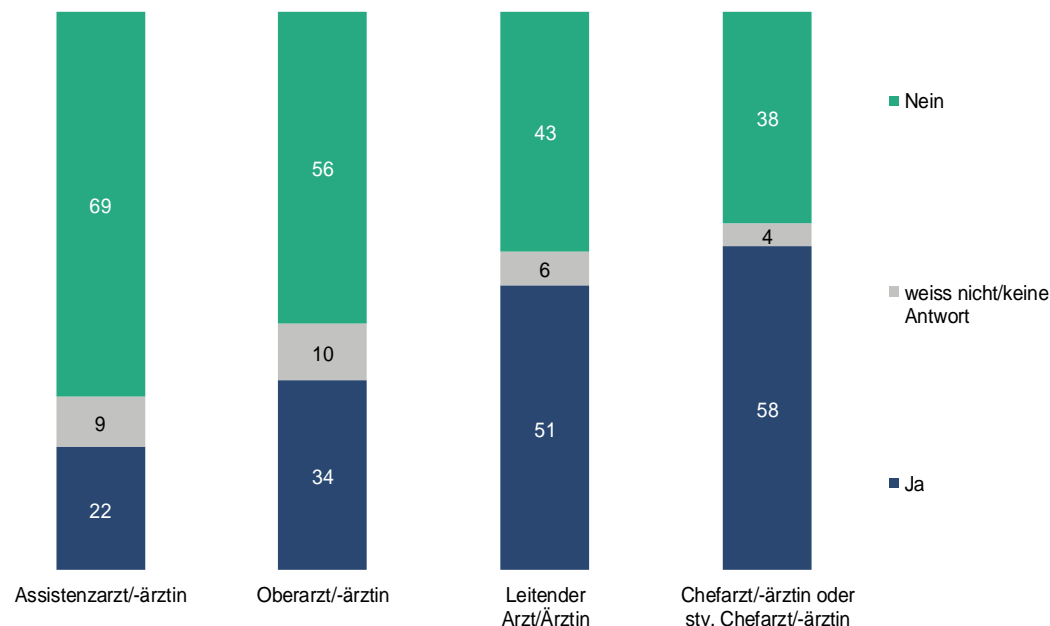
Je nachdem, an welchem Punkt der eigenen Laufbahn man sich befindet, bewegt die Diskussion aber mehr oder weniger. Die nachfolgende Abbildung zeigt sehr klar, dass man sich mehr mit der Frage auseinandersetzt, je höher die eigene Position in der Spitalhierarchie ist. Assistenzärztinnen und -ärzte haben kaum Budgetverantwortung oder sind sonst mit managementnahen Aufgaben betraut – ganz im Gegensatz zur Chefärzteschaft. Dort ist der Anteil Personen, der die Diskussion rund um die einheitliche Finanzierung bereits wahrgenommen hat, denn auch rund dreimal Grösser (22% vs. 58%).

⁶ NZZ vom 23.05.2017: Alle gegen die Kantone. Online im Internet. (<https://www.nzz.ch/schweiz/gesundheitspolitik-alle-gegen-die-kantone-ld.1295908>)

Vergleich Wahrnehmung Diskussion Finanzierungsmodell

"Zurzeit wird rund um die Begriffe "duale/einheitliche Finanzierung" respektive "Monismus" eine politische Diskussion geführt. Haben Sie diese bereits vor dieser Befragung wahrgenommen?"

in % akutsomatische Ärzte



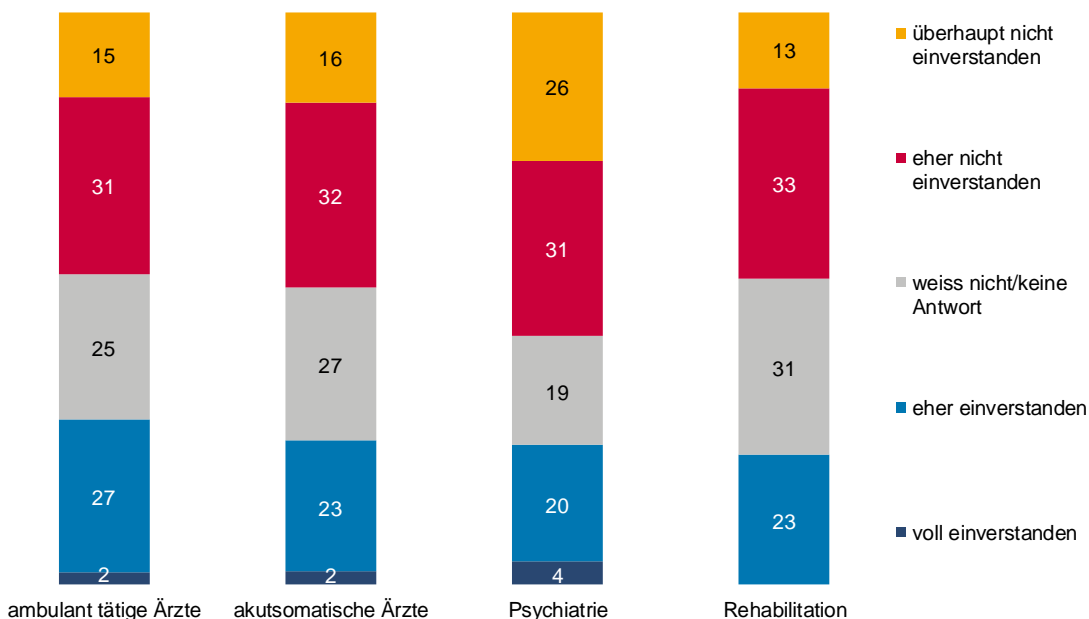
© gfs.bern, Begleitstudie im Auftrag der FMH, Juni – August 2017 (N akutsomatische Ärzte = 974), sig.

In den Reihen der Ärzteschaft ist das Bedürfnis nach neuen Lösungen, die das heutige System ablösen, durchaus spürbar. In allen befragten Gruppen gibt eine relative Mehrheit an, mit der jetzigen Lösung nicht zufrieden zu sein. Der Umstand, dass auch hier wieder ein relativ grosser Teil (19-31%) auf eine klare Aussage verzichtet, zeigt erneut, dass in dieser Frage Aufklärungsbedarf herrscht.

Vergleich Zufriedenheit heutige Finanzierungslösung

"Sind Sie mit der heutigen Finanzierungslösung zwischen ambulant und stationär..."

in % ambulant tätige Ärzte/akutsomatische Ärzte/Psychiatrie/Rehabilitation



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2017 (N ambulant tätige Ärzte = 295 / N akutsomatische Ärzte = 974 / N Psychiatrie = 127 / N Rehabilitation = 75), n.sig.

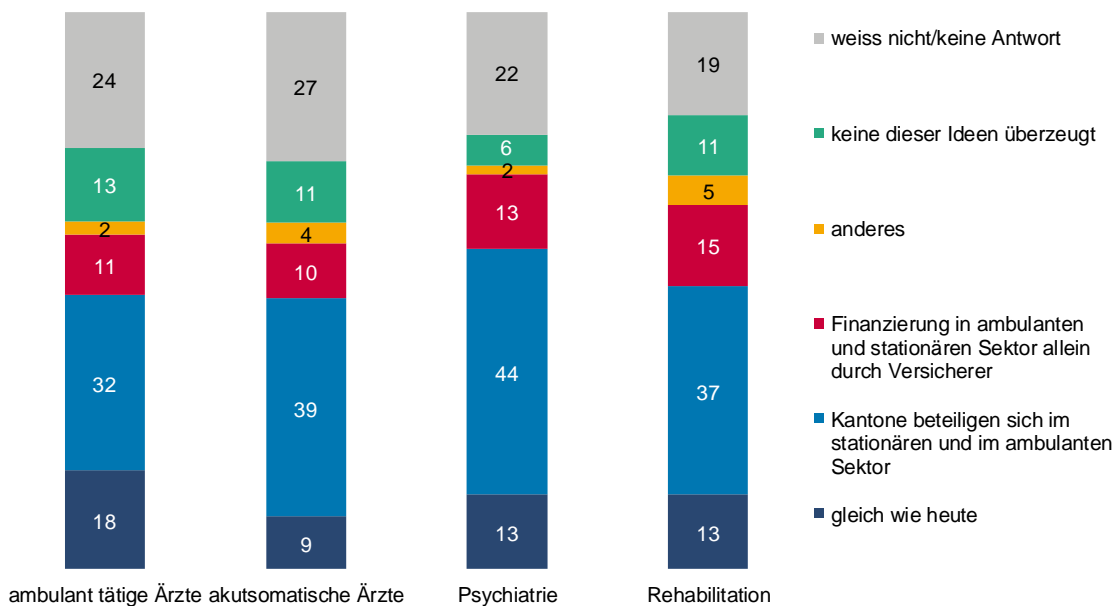
Für die Zukunft wünschen sich die Ärztinnen und Ärzte eine Beteiligung des Kantons sowohl im stationären wie auch im ambulanten Sektor. Unter allen abgefragten Vorschlägen geniesst dieser die grösste Zustimmung (32-44%). Die Anteile, die ein gleiches Vorgehen wie heute oder eine Finanzierung nur durch Versicherer wünscht, sind in etwa gleich gross und belaufen sich auf unter 20 Prozent der jeweiligen Befragtengruppen. Unter 20 Prozent liegt auch der Anteil, der von keiner der vorgeschlagenen Lösungen überzeugt ist oder andere Vorstellungen hat. Auch hier fällt aber auf, dass der Anteil Ärztinnen und Ärzte, die sich nicht genau zu der Frage äussern, mit rund einem Viertel relativ hoch ist.

Grafik 20

Vergleich Wunsch Finanzierungssystem

"Welches Finanzierungssystem wünschen Sie sich am meisten für die Zukunft?"

in % ambulant tätige Ärzte/akutsomatische Ärzte/Psychiatrie/Rehabilitation



© gfs.bern, Begleitstudie im Auftrag der FMH, Juni – August 2017 (N ambulant tätige Ärzte = 295 / N akutsomatische Ärzte = 974 / N Psychiatrie = 127 / N Rehabilitation = 75), sig.

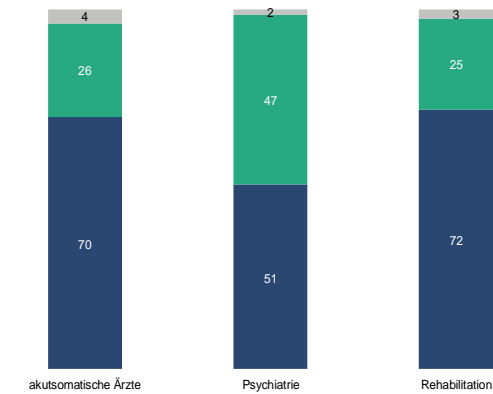
4.2 Arbeitszeit und Aufwand Tätigkeiten

Die zahlreichen Überstunden und langen Arbeitszeiten der Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz – insbesondere in den Spitälern – sorgen immer wieder für Diskussionen und Schlagzeilen. Auch die vorliegende Befragung bestätigt, dass die Ärzteschaft über eine durchschnittliche Wochenarbeitszeit verfügt, die weit über dem schweizerischen Mittelwert liegt.

In der Akutsomatik wie auch in der Rehabilitation arbeitet die grosse Mehrheit Vollzeit (70% resp. 72%). In der Psychiatrie hingegen sind es gut 50 Prozent. Deutliche Unterschiede sind zudem nach Position der Befragten erkennbar. Der Anteil Teilzeittätiger ist ganz zu Beginn der kurativen Tätigkeit (Assistenzärzte) sowie bei den Chefärztinnen und -ärzten am geringsten. Der grösste Anteil Teilzeittätiger findet sich in der Oberärzteschaft.

Vergleich Anstellungsgrad

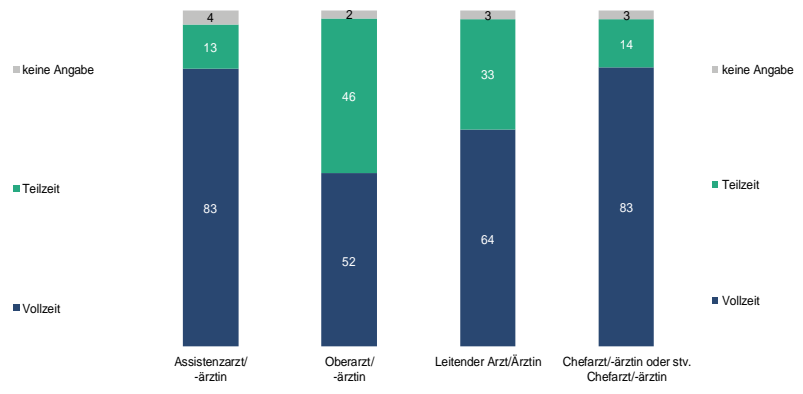
"In welchem Anstellungsgrad sind Sie im Spital beschäftigt?"
in % akutsomatische Ärzte/Psychiatrie/Rehabilitation



© gfs.bern, Begleitstudie im Auftrag der FMH, Juni – August 2017 (N akutsomatische Ärzte = 974 / N Psychiatrie = 127 / N Rehabilitation = 75), sig.

Vergleich Anstellungsgrad nach Position

"In welchem Anstellungsgrad sind Sie im Spital beschäftigt?"
in % akutsomatische Ärzte/Psychiatrie/Rehabilitation



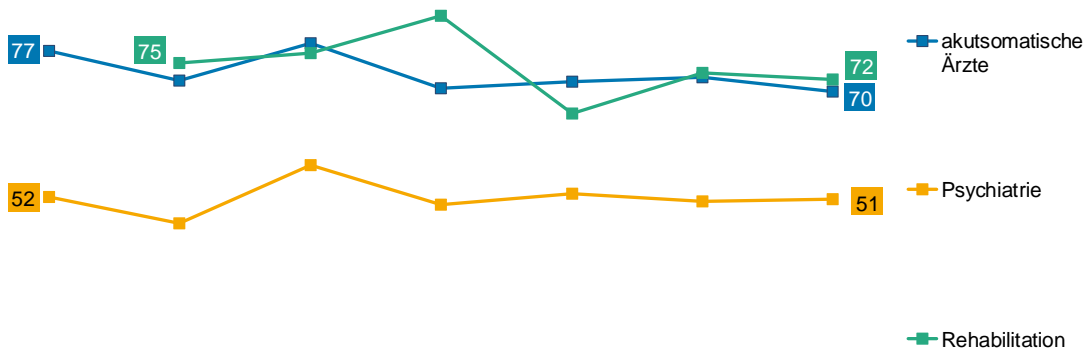
© gfs.bern, Begleitstudie im Auftrag der FMH, Juni – August 2017 (N akutsomatische Ärzte = 974 / N Psychiatrie = 127 / N Rehabilitation = 75), sig.

In den sieben Jahren seit Befragungsbeginn ist im Grossen und Ganzen kein einheitlicher Trend hin zu mehr oder weniger Teilzeitarbeit zu erkennen. Das gilt besonders für die Psychiatrie und die Rehabilitation. In der Akutsomatik liegt der Anteil Personen mit einem Vollzeitpensum heute aber doch deutlich unter dem Anteil 2011 – und das bereits relativ konstant seit rund drei Jahren. Seither ist aber keine (weitere) Abnahme der Vollzeitpensum zu beobachten.

Trend Vergleich Anstellungsgrad – Vollzeit

"Der erste Teil der Befragung dreht sich um die Zeit, welche Sie für Ihre berufliche Tätigkeit aufbringen. Denken Sie bei der Beantwortung der Fragen an Ihren letzten normalen Arbeitstag, an eine durchschnittliche Arbeitswoche oder den vergangenen Monat. In welchem Anstellungsgrad sind Sie im Spital beschäftigt?"

in % akutsomatische Ärzte/Psychiatrie/Rehabilitation



© gfs.bern, Begleitstudie im Auftrag der FMH, Juni – August 2017 (N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 940 / N Psychiatrie jeweils ca. 130 / N Rehabilitation jeweils ca. 70), * Rehabilitation 2011 und 2012 zusammen

Im Durchschnitt über die gesamte Ärzteschaft (Vollzeit und Teilzeit) werden 49 Stunden pro Arbeitswoche gearbeitet. Um möglichst aussagekräftige Analysen über Veränderungen in der Arbeitszeit der Ärzteschaft zu machen, wird im Folgenden aber insbesondere auf die Situation bei Vollzeitarbeitenden Bezug genommen.

Betrachtet man nun nur die Vollzeitstellen, so arbeiteten diese Ärztinnen und Ärzte in der vergangenen Arbeitswoche im Durchschnitt 55.7 Stunden. Dieser

Wert liegt deutlich über dem schweizerischen Durchschnitt von 43 Stunden wöchentlich⁷.

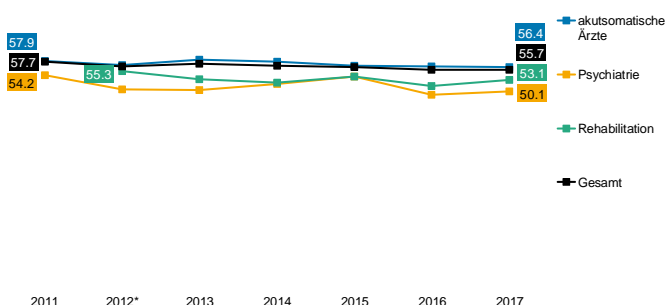
Die Entwicklung der geleisteten Arbeitsstunden über die Zeit ist sehr konsistent, es gibt kaum Ausreisser oder grosse Schwankungen, was für die Validität der Daten spricht. Insgesamt ist ein leichter, aber stetiger Trend hin zu einer geringeren durchschnittlichen Arbeitszeit auszumachen. Leistete die gesamte Ärzteschaft 2011 57.7 Stunden pro Woche, sind es heute genau zwei Stunden weniger (55.7). Über die vier ausgewiesenen Hierarchiestufen innerhalb der Akutso-matik (Grafik unten rechts) bleibt die Reihenfolge der Ärztinnen und Ärzte entsprechend der gearbeiteten Stunden über die Zeit konstant – auch das ein Zeichen der Validität. Die Assistenzärzteschaft und die Oberärzteschaft arbeitet im Durchschnitt um die 55 Stunden pro Woche, bei der Chefärzteschaft sind es rund fünf Stunden mehr.

Grafik 23

Trend Vergleich tatsächliche Arbeitsstunden vergangene Arbeitswoche – Vollzeitstellen

"Wie viele Stunden arbeiteten Sie in der vergangenen Arbeitswoche tatsächlich (ohne Bereitschaftsdienste (Tag und Nacht), 'Wochenendvisiten' und Rufbereitschaften)?"

in Mittelwerten akutsomatische Ärzte/Psychiatrie/Rehabilitation, die Vollzeit arbeiten

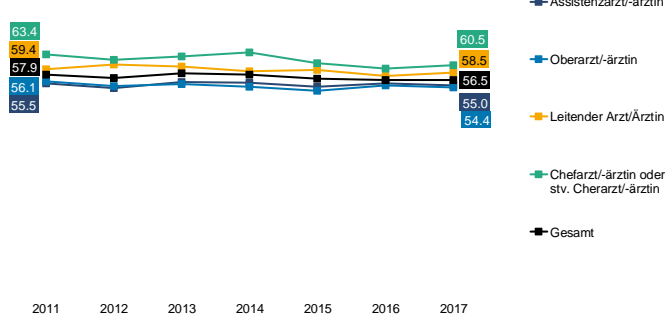


© gfs.bern, Begleitstudie im Auftrag der FMH, Juni – August 2017
(n akutsomatische Ärzte jeweils ca. 690 / N Psychiatrie jeweils ca. 60 / N Rehabilitation jeweils ca. 55), * Rehabilitation 2011 und 2012 zusammen

Trend Vergleich tatsächliche Arbeitsstunden vergangene Arbeitswoche nach Position: akutsomatische Ärzte – Vollzeitstellen

"Wie viele Stunden arbeiteten Sie in der vergangenen Arbeitswoche tatsächlich (ohne Bereitschaftsdienste (Tag und Nacht), 'Wochenendvisiten' und Rufbereitschaften)?"

in Mittelwerten akutsomatische Ärzte, die Vollzeit arbeiten



© gfs.bern, Begleitstudie im Auftrag der FMH, Juni – August 2017
(n akutsomatische Ärzte jeweils ca. 690 / N Psychiatrie jeweils ca. 60 / N Rehabilitation jeweils ca. 55), * Rehabilitation 2011 und 2012 zusammen

Im Durchschnitt leistet die Spitalärzteschaft in der Schweiz pro Arbeitswoche bei einem Vollzeitpensum 7.4 Überstunden, was fast einem ganzen Arbeitstag entspricht. Bei einem Teilzeitpensum liegt der Wert etwas tiefer. Die meisten Überstunden werden in der Akutso-matik sowie in der Rehabilitation geleistet. In der Psychiatrie sind es 2017 nur halb so viele. Im Gegensatz zur Arbeitszeit generell ist die Entwicklung der Überstunden weniger kohärent über Zeit und Befragungsgruppen. In der Akutso-matik und der Psychiatrie haben die Überstunden eher abgenommen, bei der ambulanten Ärzteschaft und in der Rehabilitation seit 2014 dagegen zugenommen.

Innerhalb der Akutso-matik bleibt die Chefärzteschaft jene Gruppe mit den meisten Überstunden. Aufgrund der geringen Fallzahlen ist in dieser Trendlinie die meiste Bewegung zu beobachten. In den restlichen Gruppen ist die Entwicklung seit 2013 relativ konstant und eher abnehmend.

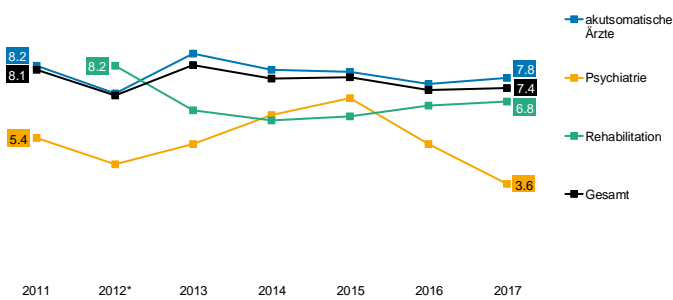
⁷ Vgl. Zahl der durchschnittlich geleisteten Wochenstunden, Eurostat (2016): <http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&plugin=1&language=de&pcode=tps00071>

Grafik 24

Trend Vergleich Anzahl Überstunden vergangene Arbeitswoche – Vollzeitstellen

"Wie viele Überstunden haben Sie letzte Woche insgesamt geleistet?"

in Mittelwerten akutsomatische Ärzte/Psychiatrie/Rehabilitation, die Vollzeit arbeiten

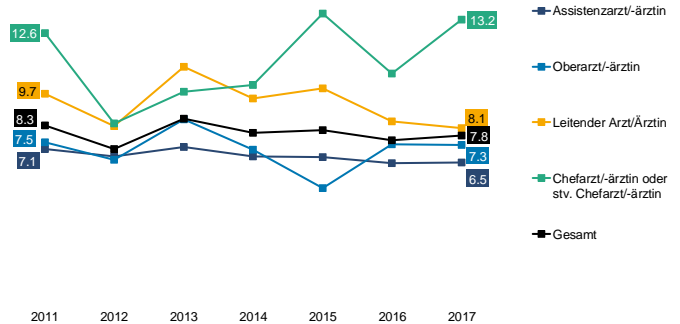


© gfs.bern, Begleitstudie im Auftrag der FMH, Juni – August 2017
(n akutsomatische Ärzte jeweils ca. 690 / N Psychiatrie jeweils ca. 60 / N Rehabilitation jeweils ca. 55), * Rehabilitation 2011 und 2012 zusammen

Trend Anzahl Überstunden vergangene Arbeitswoche nach Position: akutsomatische Ärzte – Vollzeitstellen

"Wie viele Überstunden haben Sie letzte Woche insgesamt geleistet?"

in Mittelwerten akutsomatische Ärzte, die Vollzeit arbeiten



© gfs.bern, Begleitstudie im Auftrag der FMH, Juni – August 2017
(n akutsomatische Ärzte jeweils ca. 690 / N Psychiatrie jeweils ca. 60 / N Rehabilitation jeweils ca. 55), * Rehabilitation 2011 und 2012 zusammen

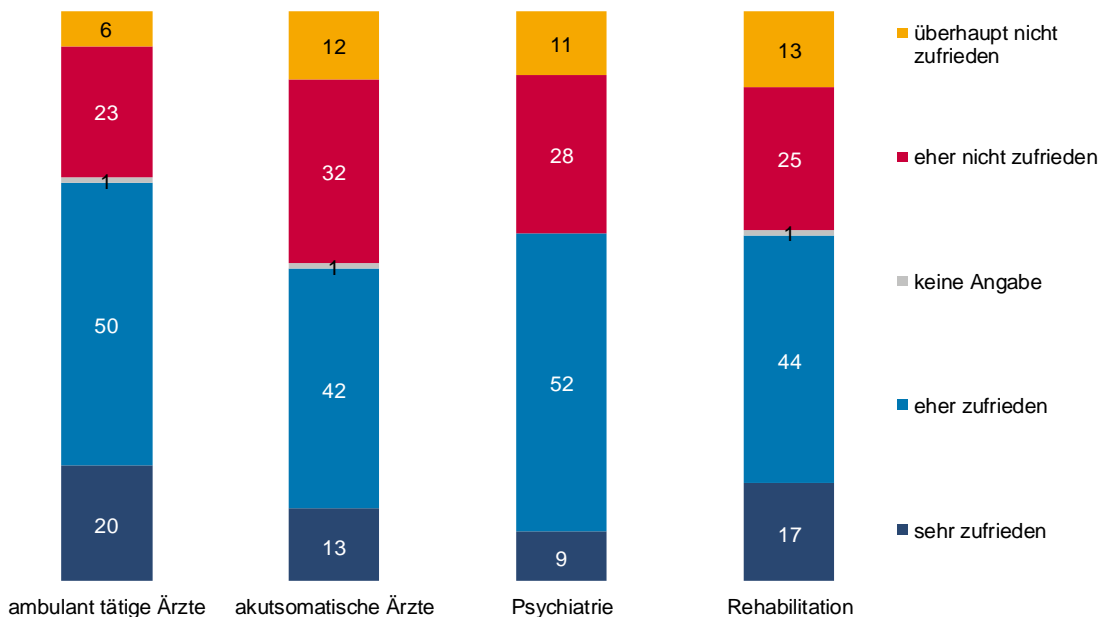
Obwohl die Ärzteschaft weit mehr als der Durchschnitt der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in der Schweiz arbeitet, ist eine Mehrheit mit der eigenen Work-Life-Balance einigermassen zufrieden. Dennoch bleibt weiterhin erhebliches Verbesserungspotenzial bestehen: Lediglich knapp jede fünfte Person ist sehr zufrieden mit der eigenen Work-Life-Balance. In der grössten Gruppe von Befragten, der Akutsomatik, ist der Anteil Unzufriedener besonders gross, 44 Prozent geben an, eher nicht oder überhaupt nicht zufrieden zu sein. Im Gegensatz zu den restlichen Gruppen ist die Situation bei den Assistenzärzten aber eindeutig am problematischsten: 42 Prozent sind nur sehr oder eher zufrieden, 57 Prozent hingegen sind unzufrieden mit der eigenen Work-Life-Balance (Zahlen vgl. Tabellenband).

Grafik 25

Vergleich Zufriedenheit Verhältnis Arbeitszeit/Freizeit

"Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit dem Verhältnis von Arbeitszeit zu Freizeit (Work-Life-Balance)?"

in % ambulant tätige Ärzte/akutsomatische Ärzte/Psychiatrie/Rehabilitation



© gfs.bern, Begleitstudie im Auftrag der FMH, Juni – August 2017 (N ambulant tätige Ärzte = 295 / N akutsomatische Ärzte = 974 / N Psychiatrie = 127 / N Rehabilitation = 75), sig.

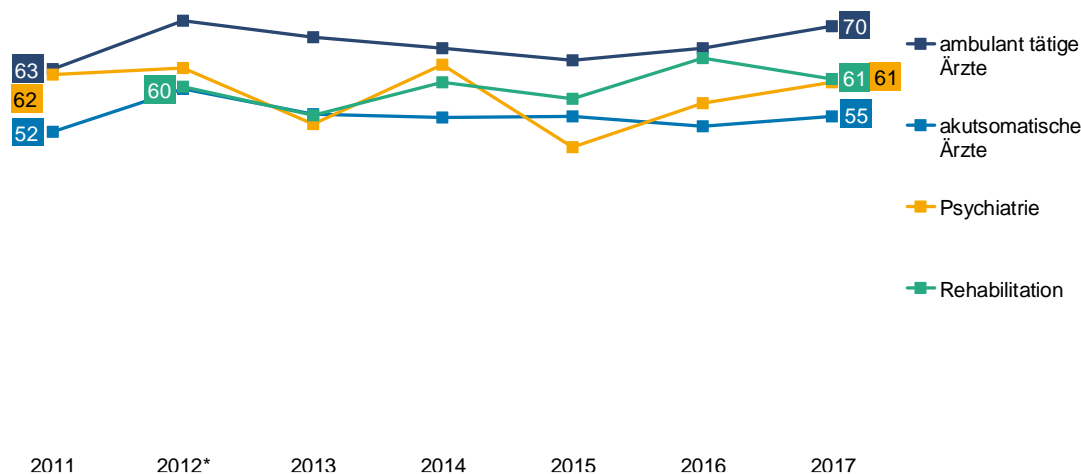
Der Trend über die sieben Befragungsjahre liefert allerdings keinen Hinweis auf eine Zuspitzung der Lage. Im Gegenteil. Der Anteil bleibt relativ konstant oder nimmt sogar leicht zu.

Grafik 26

Trend Vergleich Zufriedenheit Verhältnis Arbeitszeit/Freizeit

"Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit dem Verhältnis von Arbeitszeit zu Freizeit (Work-Life-Balance)?"

in % ambulant tätige Ärzte/akutsomatische Ärzte/Psychiatrie, Anteil "sehr/eher zufrieden"



© gfs.bern, Begleitstudie im Auftrag der FMH, Juni – August 2017

(N ambulant tätige Ärzte jeweils ca. 270 / N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 940 / N Psychiatrie jeweils ca. 130 /

N Rehabilitation jeweils ca. 70), * 2011 und 2012 zusammen

Den grössten Anteil des Tages (35.2%) verbringen die Ärztinnen und Ärzte der Akutsomatik mit medizinischen, patientennahen Tätigkeiten. Diese Zahl unterscheidet sich von einer Studie, die 2017 am Kantonsspital Baden bei Assistenzärztinnen und -ärzten durchgeführt wurde. Die dortige Untersuchung ergab, dass die Ärztinnen und Ärzte nur rund 90 Minuten pro Tag am Patientenbett verbringen. Der deutliche Unterschied zu den 35.2% erhobenen patientennahen Tätigkeiten im Rahmen der vorliegenden Begleituntersuchung im Auftrag der FMH, liegt primär an der unterschiedlichen Operationalisierung: Mit patientennaher Tätigkeit ist nicht nur die Arbeit am Patientenbett selbst gemeint, sondern auch Abklärungen, Recherchen oder das Studium von Akten des Patienten. In Baden hingegen wird nur der direkte Kontakt mit den Patienten am Bett erfasst.⁸

Grafik 12 zeigt, dass der Anteil patientennaher Tätigkeiten in der Akutsomatik ab 2011 erst klar abgenommen hat, seit 2013 aber mehr oder weniger stabil bleibt.

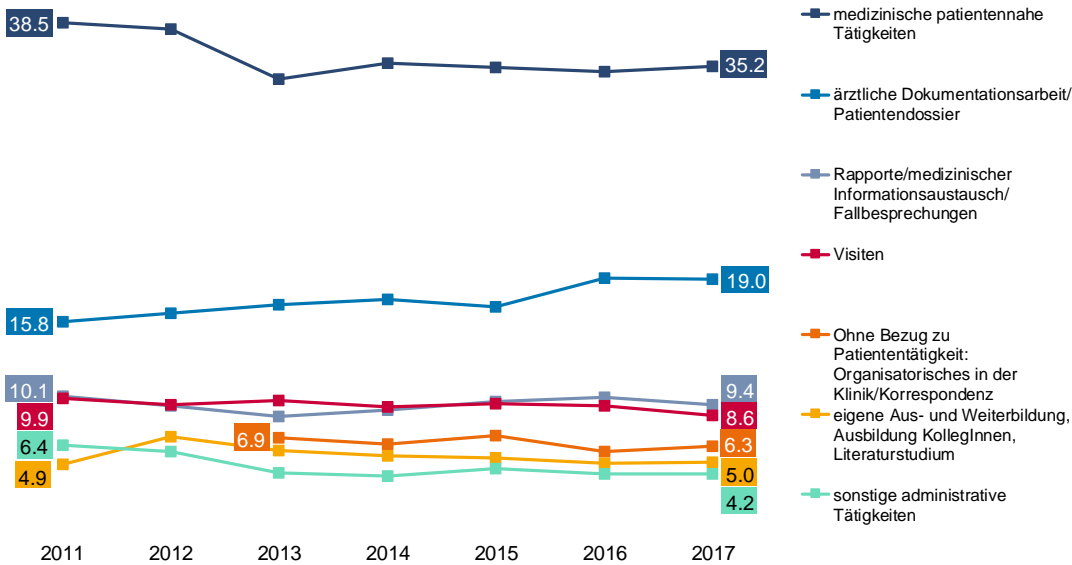
Zugenommen haben stattdessen eindeutig die ärztliche Dokumentationsarbeit und die Arbeit rund um das Patientendossier. Im Vergleich zu 2011 hat die ärztliche Dokumentationsarbeit und die Arbeit rund um das Patientendossier um 26 Min. pro Tag zugenommen. Während dies ein klarer Mehraufwand in der Administration bedeutet, nimmt dafür parallel dazu der Anteil sonstiger administrativer Tätigkeiten seit 2011 ab, jedoch nur um 9 Min. pro Tag (für eine Auswertung der Tätigkeiten nach Minuten vgl. Kapitel 6.2 im Anhang).

⁸ Medinside vom 25. Juli 2017: Assistenzärzte: 90 Minuten am Patientenbett. Online im Internet: (<https://www.medinside.ch/de/post/assistenzaerzte-90-minuten-am-patientenbett>).

Trend Zeitaufwand für verschiedene Tätigkeiten: akutsomatische Ärzte (1/2)

"Wenn Sie an den letzten normalen Arbeitstag denken, wie viel Zeit haben Sie dabei auf die folgenden Tätigkeiten angewendet? Bitte geben Sie Ihre Angaben in Minuten an."

in % Mittelwerte einzelner Tätigkeiten an gesamtem Arbeitstag, akutsomatische Ärzte



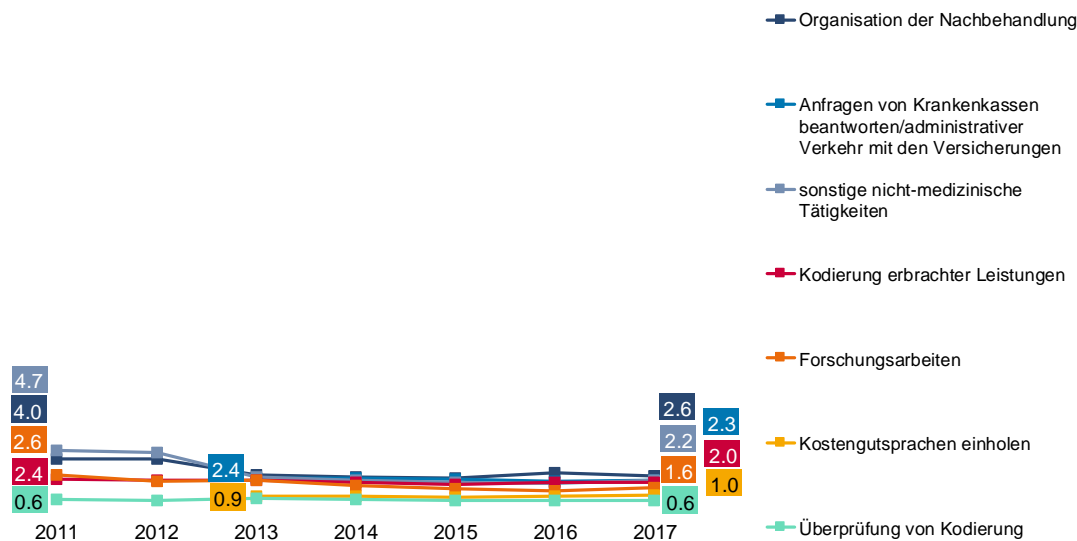
© gfs.bern, Begleitstudie im Auftrag der FMH, Juni – August 2017
(N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 940)

Weitere Aufgaben wie beispielsweise die Organisation der Nachbehandlung, das Beantworten von Anfragen von Krankenkassen oder auch die Kodierung erbrachter Leistungen nehmen hingegen höchstens einen sehr geringen Anteil am Tagespensum von Ärztinnen und Ärzten in der Akutsomatik ein. In der Kombination machen sie höchstens 10 Prozent am gesamten Arbeitsvolumen aus, ein Anteil, der seit 2013 weitgehend stabil bleibt.

Trend Zeitaufwand für verschiedene Tätigkeiten: akutsomatische Ärzte (2/2)

"Wenn Sie an den letzten normalen Arbeitstag denken, wie viel Zeit haben Sie dabei auf die folgenden Tätigkeiten angewendet? Bitte geben Sie Ihre Angaben in Minuten an."

in % Mittelwerte einzelner Tätigkeiten an gesamtem Arbeitstag, akutsomatische Ärzte



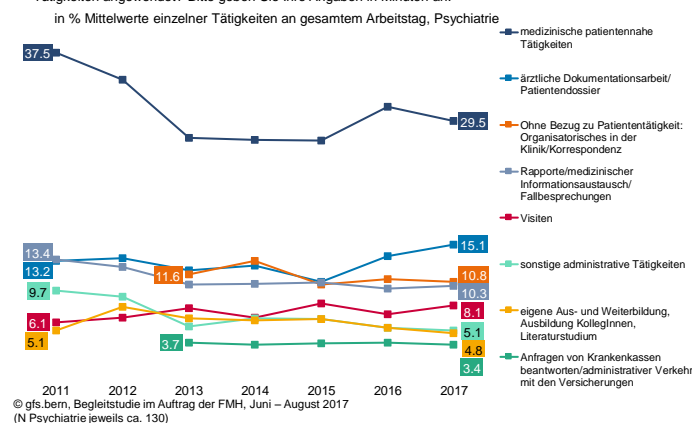
© gfs.bern, Begleitstudie im Auftrag der FMH, Juni – August 2017
(N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 940)

In der Psychiatrie ist die Aufteilung des Tages klar vergleichbar mit der Akutso-
matik. Auch hier verbringt die Ärzteschaft den grössten Teil des Tages mit medi-
zinischen Patientennahen Tätigkeiten. Mit knapp 30 Prozent ist der Anteil hier
allerdings etwas geringer als in der Akutso-
matik. Dafür ist der Anteil an Doku-
mentationsarbeiten im Zusammenhang mit dem Patientendossier geringer. Im
Vergleich zu den Vorjahren ist aber gerade bei dieser Tätigkeit seit 2015 ein An-
stieg zu beobachten, was auch zur Entwicklung bei der Akutso-
matik passt. Eben-
falls wie bei der Akutso-
matik nimmt der Anteil sonstiger administrativer Tätigkeiten seit 2011 leicht ab.

Grafik 29

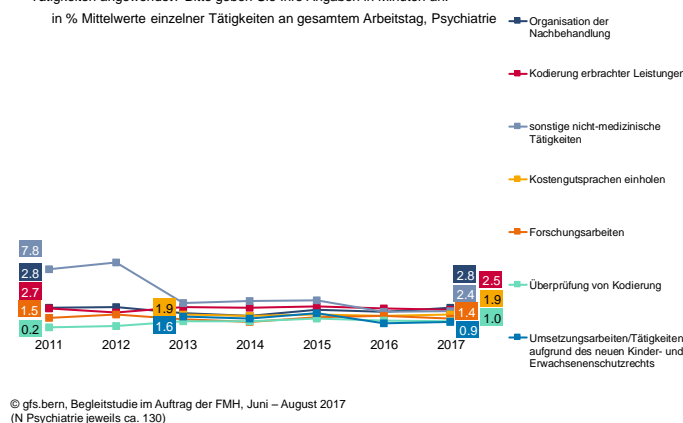
**Trend Zeitaufwand für verschiedene Tätigkeiten:
Psychiatrie (1/2)**

"Wenn Sie an den letzten normalen Arbeitstag denken, wie viel Zeit haben Sie dabei auf die folgenden Tätigkeiten angewendet? Bitte geben Sie Ihre Angaben in Minuten an."



**Trend Zeitaufwand für verschiedene Tätigkeiten:
Psychiatrie (2/2)**

"Wenn Sie an den letzten normalen Arbeitstag denken, wie viel Zeit haben Sie dabei auf die folgenden Tätigkeiten angewendet? Bitte geben Sie Ihre Angaben in Minuten an."

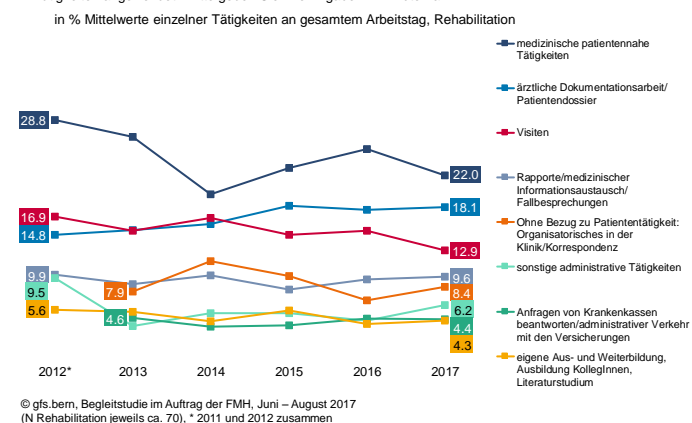


In der Rehabilitation stützt sich die Befragung im Vergleich zur Akutso-
matik und der Psychiatrie auf die geringste Fallzahl (N=70), weshalb die Entwicklung der
Beobachtung über die Jahre volatiler ausfällt. Offensichtlich ist aber in dieser
Gruppe, dass der Anteil medizinischer patientennaher Tätigkeiten am Tagespen-
sum immer unter dem Anteil in den beiden anderen Gruppen liegt. Für das aktu-
elle Befragungsjahr sind es 22 Prozent. Der Anteil Dokumentationsarbeiten hin-
gegen ist höher als in der Psychiatrie und beinahe so hoch wie in der Akutso-
matik. In keiner anderen Gruppe ist eine Konvergenz der beiden Entwicklungen so
augenscheinlich wie in der Rehabilitation. Ins Auge sticht in dieser Gruppe aus-
serdem auch die Abnahme der Visiten an der gesamthaft geleisteten Arbeit pro
Tag. Das ist in dieser Deutlichkeit weder in der Akutso-
matik noch in der Psychi-
atrie zu beobachten.

Grafik 30

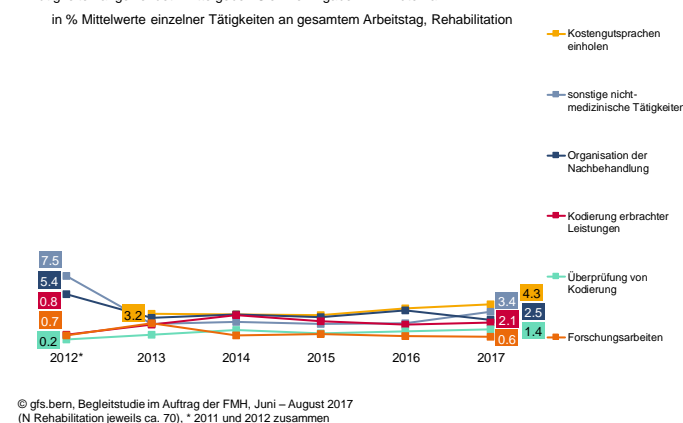
**Trend Zeitaufwand für verschiedene Tätigkeiten:
Rehabilitation (1/2)**

"Wenn Sie an den letzten normalen Arbeitstag denken, wie viel Zeit haben Sie dabei auf die folgenden Tätigkeiten angewendet? Bitte geben Sie Ihre Angaben in Minuten an."



**Trend Zeitaufwand für verschiedene Tätigkeiten:
Rehabilitation (2/2)**

"Wenn Sie an den letzten normalen Arbeitstag denken, wie viel Zeit haben Sie dabei auf die folgenden Tätigkeiten angewendet? Bitte geben Sie Ihre Angaben in Minuten an."



Die Assistenzärztinnen und -ärzte sind ganz klar diejenigen, die am meisten von
der Dokumentationsarbeit und dem Verfassen von Patientendossiers betroffen

sind. Heute entfällt rund ein Drittel ihrer Arbeitszeit auf diese Form der (administrativen) Tätigkeit. Der Anstieg in der Dokumentationsarbeit fällt jedoch über alle Positionen in etwa ähnlich aus und betrifft nebst der Assistenzärzteschaft auch die Chefärztinnen und -ärzte.

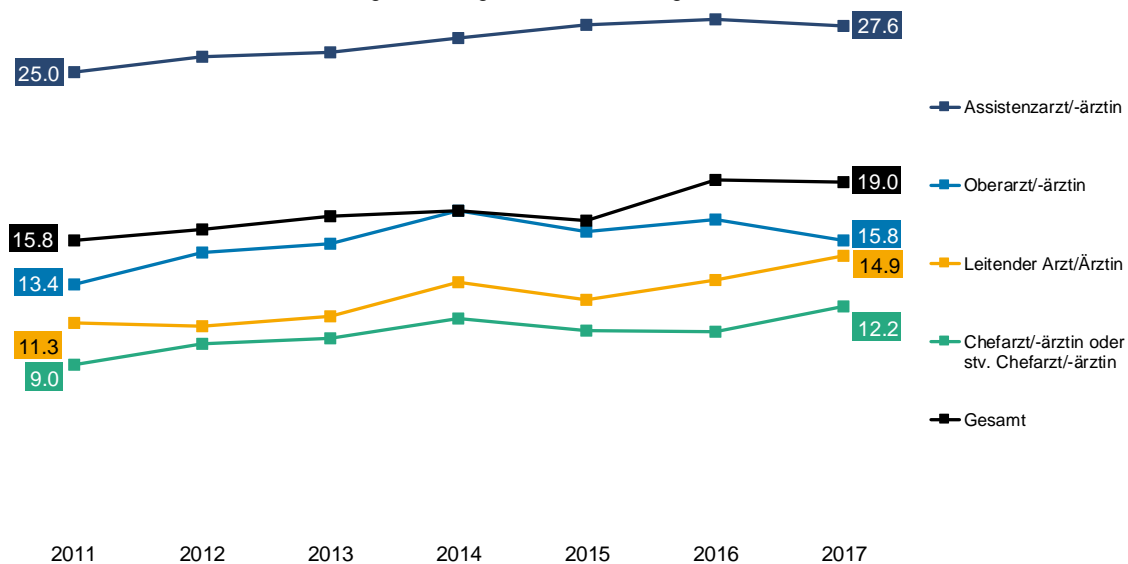
Grafik 31

Trend Zeitaufwand für verschiedene Tätigkeiten: akutsomatische Ärzte nach Position

"Wenn Sie an den letzten normalen Arbeitstag denken, wie viel Zeit haben Sie dabei auf die folgenden Tätigkeiten angewendet? Bitte geben Sie Ihre Angaben in Minuten an."

Ärztliche Dokumentationsarbeit/Patientendossier/Berichte verfassen

in % Mittelwerte einzelner Tätigkeiten an gesamtem Arbeitstag, akutsomatische Ärzte



© gfs.bern, Begleitstudie im Auftrag der FMH, Juni – August 2017
(N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 940)

4.3 Zufriedenheit Arbeitsumfeld

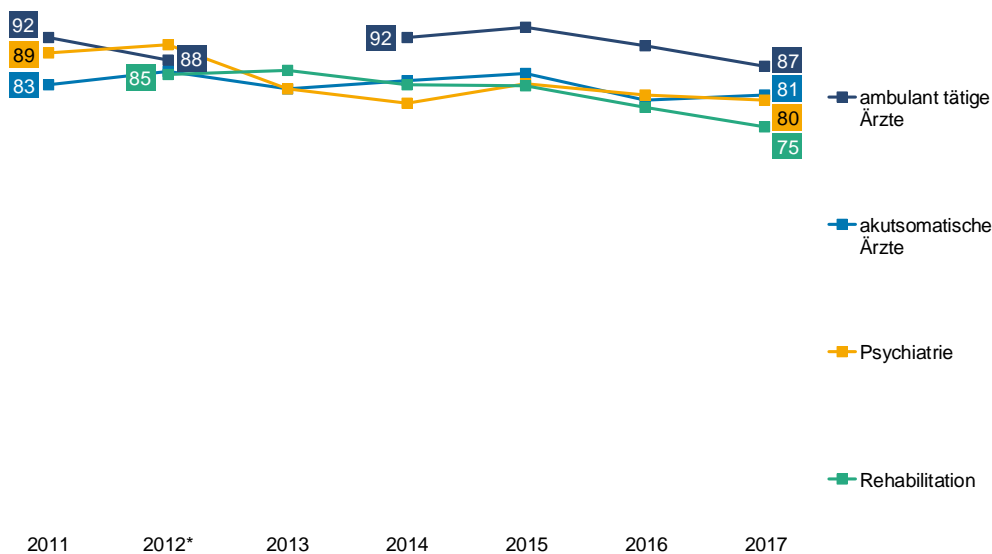
Die Zufriedenheit der Ärzteschaft mit ihrem Arbeitsumfeld bleibt sehr hoch, und zwar über alle vier separat ausgewiesenen Untergruppen. Im Vergleich zum Befragungsbeginn fällt jedoch auch auf, dass der Zufriedenheitswert eher sinkt. Besonders augenfällig ist diese Entwicklung in der Psychiatrie und in der Rehabilitation, wo die Zufriedenheit im Vergleich zu 2011 rund 10 Prozentpunkte gesunken ist.

Grafik 32

Trend Vergleich Arbeitszufriedenheit

"Wie zufrieden sind Sie hinsichtlich Ihrer Aufgaben und Arbeitstätigkeit insgesamt?"

in % ambulant tätige Ärzte/akutsomatische Ärzte/Psychiatrie/Rehabilitation, Anteil "sehr/eher zufrieden"



© gfs.bern, Begleitstudie im Auftrag der FMH, Juni – August 2017 (N ambulant tätige Ärzte jeweils ca. 270 / N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 940 / N Psychiatrie jeweils ca. 130 / N Rehabilitation jeweils ca. 70), * 2011 und 2012 zusammen

Der grösste Teil der Befragten in allen Gruppen gibt an eher zufrieden zu sein (ca. zwei Drittel). Höchstens ein Drittel der Zufriedenen bezeichnet sich dagegen als sehr zufrieden. Die Basis der Arbeitszufriedenheit der Ärztinnen und Ärzte ist also gegeben, aber nicht unerschütterlich.

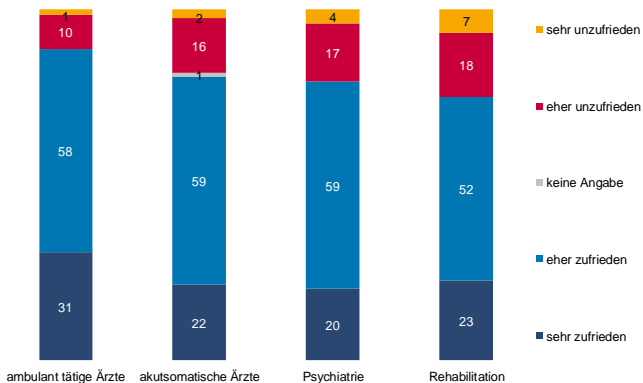
Bei der Ärzteschaft in tieferen Hierarchiestufen, insbesondere bei den Assistenzärztinnen und -ärzten ist die Zufriedenheit zudem deutlich tiefer als bei höheren Positionen.

Grafik 33

Vergleich Zufriedenheit mit Aufgaben und Arbeitstätigkeit

"Wie zufrieden sind Sie hinsichtlich Ihrer Aufgaben und Arbeitstätigkeit insgesamt?"

in % ambulant tätige Ärzte/akutsomatische Ärzte/Psychiatrie/Rehabilitation

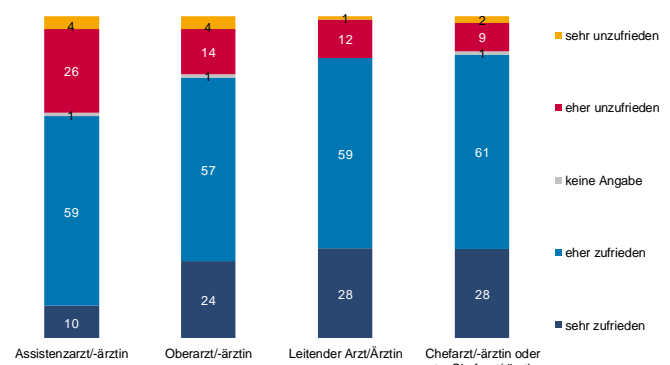


© gfs.bern, Begleitstudie im Auftrag der FMH, Juni – August 2017 (N ambulant tätige Ärzte = 295 / N akutsomatische Ärzte = 974 / N Psychiatrie = 127 / N Rehabilitation = 75), n.sig.

Vergleich Zufriedenheit mit Aufgaben und Arbeitstätigkeit nach Position

"Wie zufrieden sind Sie hinsichtlich Ihrer Aufgaben und Arbeitstätigkeit insgesamt?"

in % ambulant tätige Ärzte/akutsomatische Ärzte/Psychiatrie/Rehabilitation



© gfs.bern, Begleitstudie im Auftrag der FMH, Juni – August 2017 (N akutsomatische Ärzte = 974), sig.

In der Akutsomatik steigt der Anteil Ärztinnen und Ärzte, die über eine Stelle ausserhalb des schweizerischen Gesundheitswesens nachdenken, seit 2013 deutlich an. Gerade auch im letzten Jahr ist hier ein Sprung zu bemerken. Vergleicht man den Anstieg in dieser Frage mit dem Sinken in der Arbeitszufriedenheit, fällt auf, dass die beiden Entwicklungen nicht zwingend deckungsgleich sind. Die Zufriedenheit sinkt kaum, aber trotzdem denken mehr Befragte über andere Arbeitsmöglichkeiten nach. Die Vermutung, dass ein Ausstieg aus dem Gesundheitswesen der Schweiz darum nicht zwingend einer Abkehr von der medizinischen Tätigkeit, sondern primär von der Schweiz sein könnte, liegt darum nahe. Es ist beispielsweise gut möglich, dass zugewanderte Ärztinnen und Ärzte wieder vermehrt in ihr Heimatland zurückkehren.

Zwischen den Geschlechtern bestehen in dieser Frage überdies keine signifikanten Unterschiede. Die Resultate der vorliegenden Befragung gehen dabei in dieselbe Richtung wie eine Studie, die den Ausstieg aus der kurativen Tätigkeit bei Medizinerinnen und Medizinern untersucht.⁹ Diese zeigte, dass zwischen 8 und 13 Prozent der Absolventinnen und Absolventen des Medizinstudiums in der Schweiz ihre kurative Tätigkeit vor Erreichen des Rentenalters aufgeben.

Weit über die Hälfte der Ärzteschaft gibt an, konstant hohem Zeit- und Leistungsdruck ausgesetzt zu sein. Während der Anteil Befragter, der sich unter stetigem Leistungsdruck fühlt, im Vergleich zu 2011 annähernd gleichbleibt, ist im Bereich des gefühlten Zeitdrucks eine leichte Abnahme zu beobachten. Zudem wird seit 2013 eine schlechtere Arbeitsorganisation in den Spitälern beobachtet. Dies bleibt aber weiterhin eine, wenn auch starke, Minderheitsmeinung.

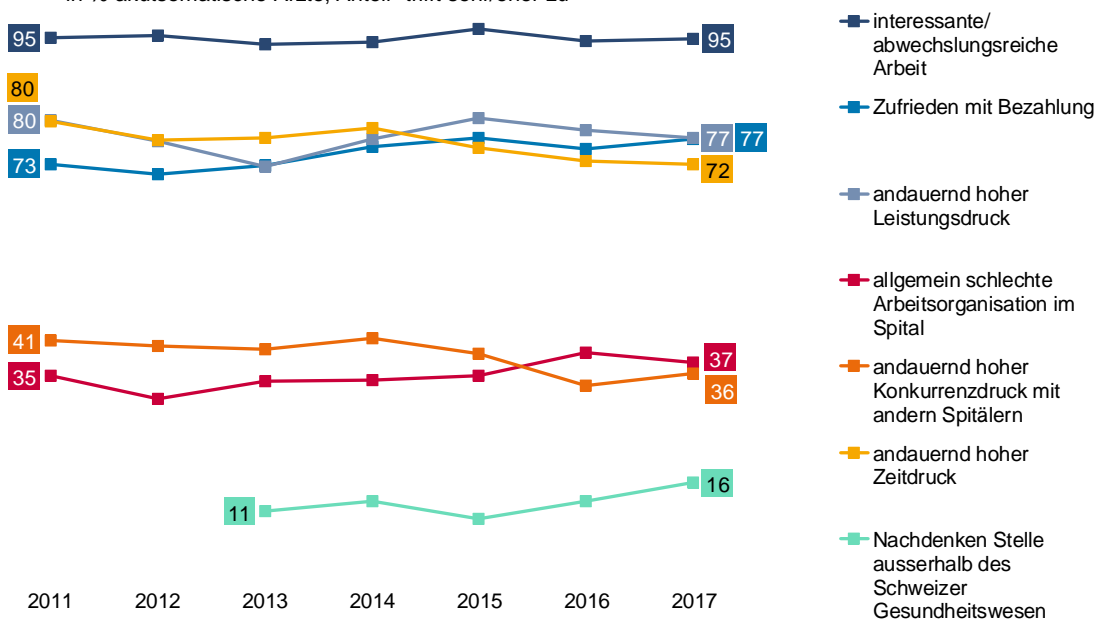
Klar positive Aspekte an den Arbeitsbedingungen der Ärztinnen und Ärzte sind die interessante und abwechslungsreiche Tätigkeit und die doch breite Zufriedenheit mit der Bezahlung. Im Vergleich zum letzten Jahr und auch zum Befragungsbeginn 2011, ist diese Zufriedenheit 2017 zudem leicht erhöht.

Grafik 34

Trend Aussagen über Arbeitsbedingungen: akutsomatische Ärzte

"Wie sehr treffen die folgenden Aussagen über Arbeitsbedingungen und Chancen/Belastungen auf Ihre Tätigkeit zu?"

in % akutsomatische Ärzte, Anteil "trifft sehr/eher zu"



© gfs.bern, Begleitstudie im Auftrag der FMH, Juni – August 2017
(N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 940)

⁹ Vgl. Ausstieg aus der kurativen Tätigkeit (2016). Studie von Büro Vatter und gfs.bern im Auftrag des Verbands der Schweizerischen Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte (VSAO) sowie der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH).

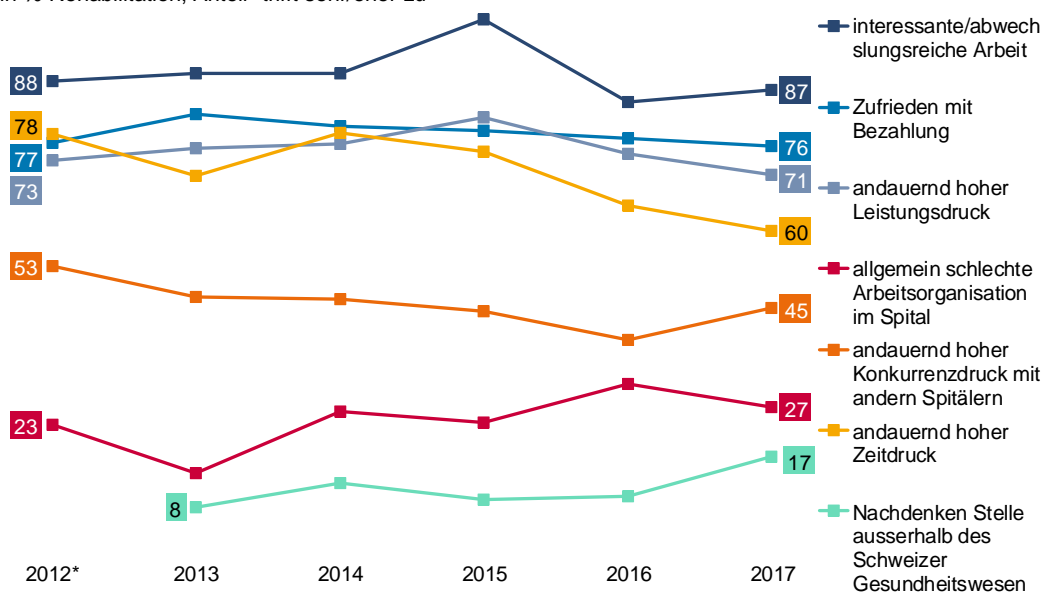
In der Rehabilitation verhält sich die Entwicklung in der Zustimmung zu den Aussagen über die Arbeitsbedingungen sehr ähnlich wie in der Akutsomatik. Auch hier ist man breit der Meinung, die eigene Tätigkeit sei interessant und abwechslungsreich. Ebenfalls spüren Mehrheiten konstant hohen Leistungs- und Zeitdruck, wobei der Druck in beiden Fällen in den letzten zwei Jahren abgenommen hat. Zugenommen hat stattdessen der Anteil Medizinerinnen und Mediziner der Rehabilitation, die über eine Stelle ausserhalb des Schweizer Gesundheitswesens nachdenken. Über die letzten Fünf Jahre hat sich dieser Anteil gut verdoppelt. Im Vergleich zur Ärzteschaft in der Akutsomatik wird der Konkurrenzdruck unter den Spitalern in der Rehabilitation stärker wahrgenommen (45%, 2017).

Grafik 35

Trend Aussagen über Arbeitsbedingungen: Rehabilitation

"Wie sehr treffen die folgenden Aussagen über Arbeitsbedingungen und Chancen/Belastungen auf Ihre Tätigkeit zu?"

in % Rehabilitation, Anteil "trifft sehr/eher zu"



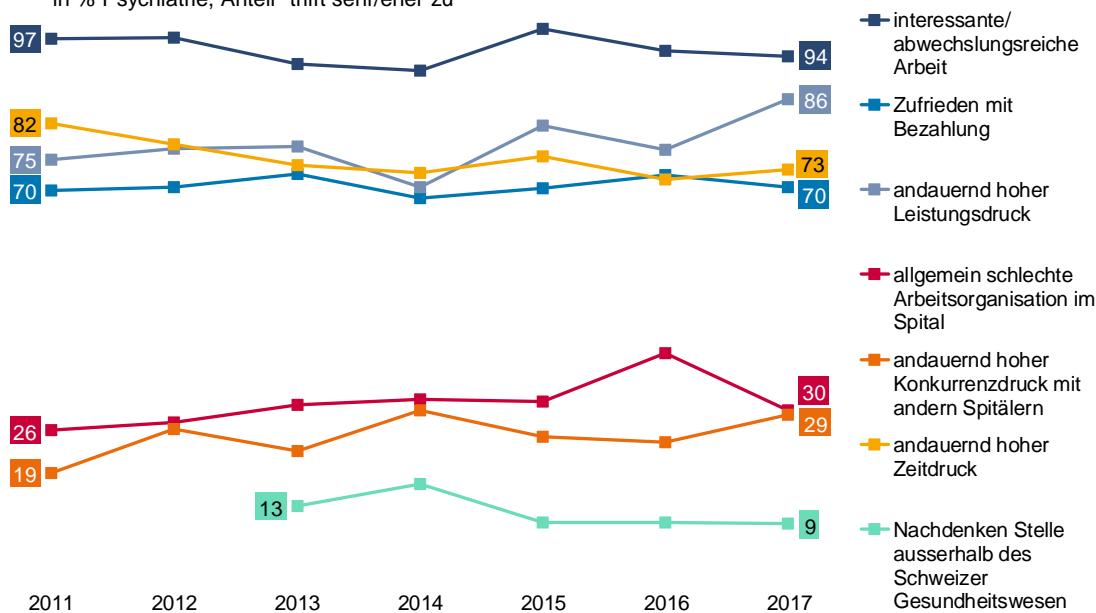
© gfs.bern, Begleitstudie im Auftrag der FMH, Juni – August 2017
(N Rehabilitation jeweils ca. 70), * 2011 und 2012 zusammen

Die Zustimmung zu den Aussagen über die Arbeitsbedingungen in der Psychiatrie ist insgesamt mit der Akutsomatik und der Rehabilitation vergleichbar. Auch in dieser Mediziner-Gruppe wird die eigene Tätigkeit als abwechslungsreich angesehen. Die Zufriedenheit mit der Bezahlung ist ungefähr in ähnlichem Masse vorhanden und die eher schlechte Arbeitsorganisation in den Spitalern wird von rund einem Drittel der Befragten bemängelt. Im Gegensatz zu den anderen beiden ausgewiesenen Berufsgruppen ist der empfundene Leistungsdruck aber in der Psychiatrie deutlich erhöht. Trotzdem überlegen sich weniger Befragte, eine Stelle ausserhalb des Schweizer Gesundheitswesens anzunehmen.

Trend Aussagen über Arbeitsbedingungen: Psychiatrie

"Wie sehr treffen die folgenden Aussagen über Arbeitsbedingungen und Chancen/Belastungen auf Ihre Tätigkeit zu?"

in % Psychiatrie, Anteil "trifft sehr/eher zu"



© gfs.bern, Begleitstudie im Auftrag der FMH, Juni – August 2017
(N Psychiatrie jeweils ca. 130)

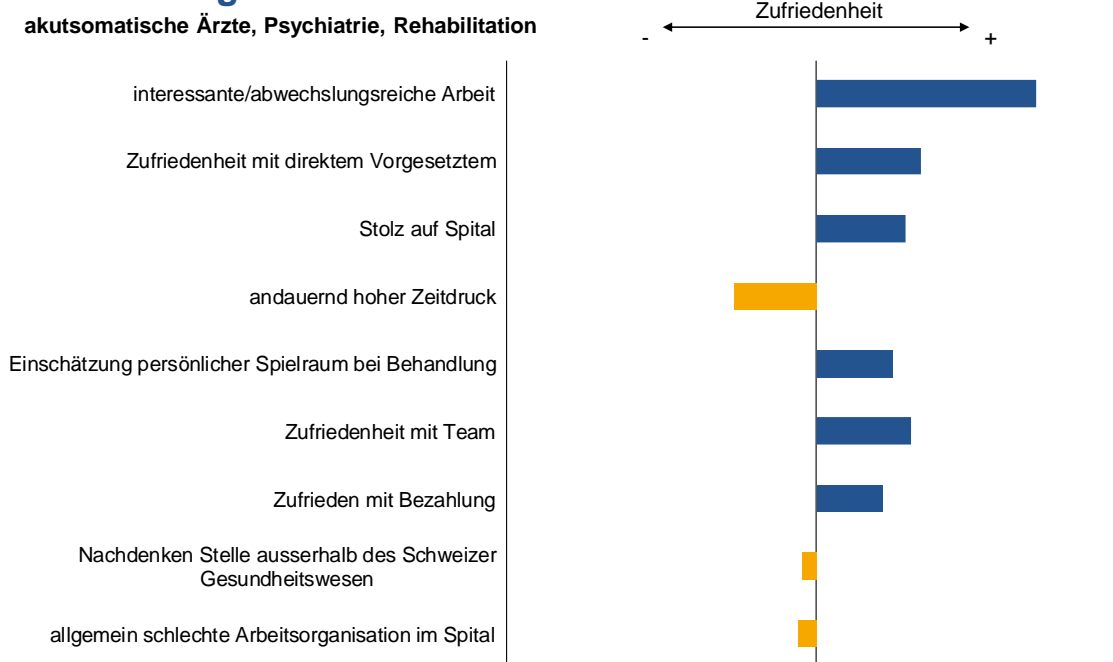
Mit Hilfe eines Regressionsmodells lässt sich untersuchen, welchen Einfluss die einzelnen Aspekte der Arbeitsbedingungen auf die generelle Arbeitszufriedenheit der Ärztinnen und Ärzte hat. Sämtliche Aspekte, die im Modell unten abgebildet sind, haben einen signifikant positiven (blaue Balken) oder signifikant negativen (gelbe Balken) Einfluss. Je länger der Balken dabei ist, desto grösser ist auch der Einfluss. Erscheint ein Aspekt nicht im Modell, ist statistisch gesehen kein Einfluss auf die Zufriedenheit vorhanden. Das errechnete und unten dargestellte Modell erklärt gut 50% der Zufriedenheit der befragten Ärztinnen und Ärzte mit der Arbeit ($R_2 = 0.52$).

Die Ansicht, dass man eine interessante und abwechslungsreiche Arbeit hat, ist offenbar der mit Abstand wichtigste Treiber der Arbeitszufriedenheit. Ebenfalls zentral ist die Zufriedenheit mit dem Vorgesetzten, dass man stolz auf das eigene Spital ist, persönlicher Spielraum in der Behandlung hat sowie mit Team und Bezahlung zufrieden ist.

Negative Treiber gibt es dagegen weniger. Was aber ganz klar ins Gewicht fällt ist der andauernd hohe Zeitdruck. Nichts wirkt sich stärker auf die (Un)Zufriedenheit aus, als diese Form des permanenten Stresses. Eine signifikant negative Auswirkung hat es auch, wenn die Arbeitsorganisation im Spital als schlecht empfunden wird.

Interessant ist nun, dass auch jene Ärztinnen und Ärzte signifikant weniger zufrieden sind mit der eigenen Arbeitstätigkeit, die aktiv über eine Stelle ausserhalb des Gesundheitswesens der Schweiz nachdenken. Dieser Befund suggeriert, dass dementsprechend nicht nur Pull-Faktoren aus dem Ausland (z.B. Rückkehr ins Heimatland), sondern durchaus auch Push-Faktoren im Inland (Unzufriedenheit) eine Rolle spielen im Anstieg der Personen, die über einen Austritt aus dem Gesundheitssystem der Schweiz nachdenken.

Regressionsanalyse Zufriedenheit Aufgaben und Arbeitstätigkeit



Balken repräsentiert Breite und Stärke der Meinungswirkung

© gfs.bern, Begleitstudie im Auftrag der FMH, Juni – August 2017 (n = 1176), $R^2 = .520$

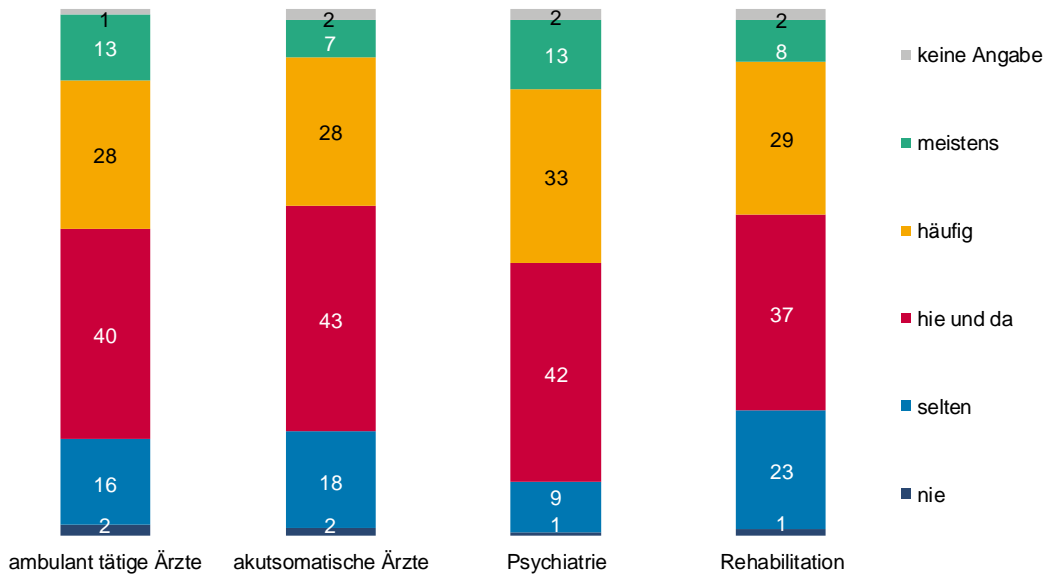
Zwischen der Zufriedenheit und Belastung am Arbeitsplatz und den Leistungen, die eine Person erbringen kann, besteht ein direkter Zusammenhang. Angesichts des erhöhten Leistungs- und Zeitdrucks bei allen befragten Gruppen von Ärztinnen und Ärzten, hat das auch Folgen für die Qualität der Patientenversorgung.

Die nachfolgend aufgeführte Darstellung in Grafik 22 zeigt, dass die Versorgung der Patientinnen und Patienten aufgrund der hohen Belastung bei einer Mehrheit aller Gruppen mindestens hier und da beeinträchtigt ist. Über ein Drittel der Befragten gibt sogar an, dass die Patientenversorgung häufig oder meistens unter dem hohen Druck im Arbeitsalltag der Ärzteschaft leidet.

Vergleich Qualität der Patientenversorgung beeinträchtigt

"Wie häufig haben Sie den Eindruck, dass die Qualität der Patientenversorgung durch die hohe Arbeitsbelastung oder Zeitdruck beeinträchtigt ist?"

in % ambulant tätige Ärzte/akutsomatische Ärzte/Psychiatrie/Rehabilitation



© gfs.bern, Begleitstudie im Auftrag der FMH, Juni – August 2017 (N ambulant tätige Ärzte = 295 / N akutsomatische Ärzte = 974 / N Psychiatrie = 127 / N Rehabilitation = 75), n.sig.

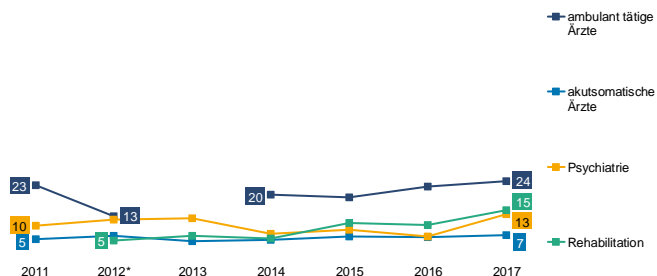
Die Beeinträchtigung der Patientenversorgung ist eine Folge von erhöhter Belastung. Eine andere ist die negative Auswirkung auf die Gesundheit der Ärztinnen und Ärzte. Heute geben zwischen 7 (Akutsomatik) und 24 Prozent (ambulante Ärzteschaft) an, aufgrund der physischen oder psychischen Gesundheit das Arbeitspensum im vergangenen Jahr reduziert zu haben. Noch höher liegen die Werte wenn die Befragten ihr direktes Arbeitsumfeld beurteilen: Zwischen 27 und 37 Prozent haben Kolleginnen oder Kollegen, die innerhalb des letzten Jahres aus gesundheitlichen Gründen aus ihrer Abteilung ausscheiden mussten.

Grafik 39

Trend Vergleich Arbeitspensum reduziert

"Haben Sie aufgrund Ihrer physischen oder psychischen Gesundheit Ihr Arbeitspensum im vergangenen Jahr reduziert?"

in % ambulant tätige Ärzte/akutsomatische Ärzte/Psychiatrie/Rehabilitation, Anteil "ja"

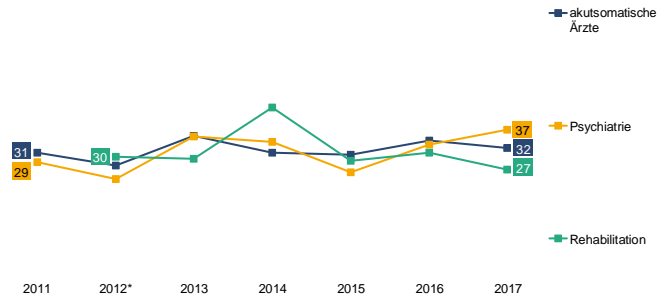


© gfs.bern, Begleitstudie im Auftrag der FMH, Juni – August 2017 (N ambulant tätige Ärzte jeweils ca. 270 / N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 940 / N Psychiatrie jeweils ca. 130 / N Rehabilitation jeweils ca. 70), * 2011 und 2012 zusammen

Trend Vergleich Ausscheiden aus gesundheitlichen Gründen

"Mussten aus Ihrer Abteilung in den letzten 12 Monaten Ärztinnen oder Ärzte aus gesundheitlichen Gründen ausscheiden?"

in % akutsomatische Ärzte/Psychiatrie/Rehabilitation, Anteil "ja"



© gfs.bern, Begleitstudie im Auftrag der FMH, Juni – August 2017 (N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 940 / N Psychiatrie jeweils ca. 130 / N Rehabilitation jeweils ca. 70), * 2011 und 2012 zusammen

Ein gewisses Ausmass an Stress gehört zum Berufsalltag vieler Arbeitstätiger. Das ist auch bei den Medizinerinnen und Medizinern der Fall. Klare Mehrheiten geben an, mindestens ab und zu unter Stress zu leiden. In der Akutsomatik und Psychiatrie ist das sogar für eine Mehrheit häufig der Fall.

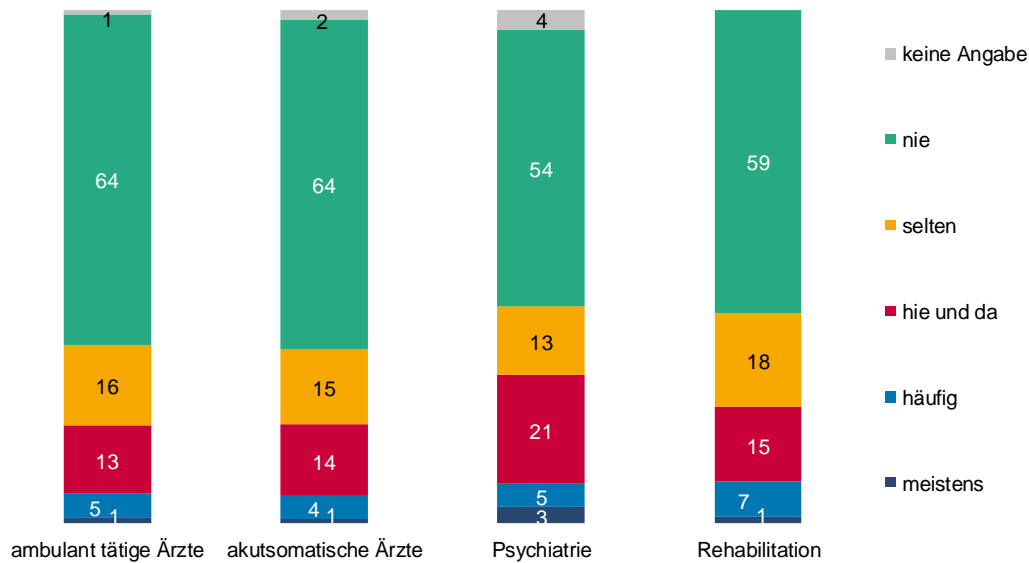
Der Anteil Ärztinnen und Ärzte, die unter einem Burnout leiden, ist hingegen tiefer. Dennoch geben relevante Minderheiten in allen Gruppen an, im vergangenen Jahr unter einem Burnout gelitten zu haben. In der Akutsomatik sind das 34 Prozent, in der Psychiatrie 42 Prozent, in der Rehabilitation 41 Prozent und bei der ambulanten Ärzteschaft 35 Prozent.

Grafik 40

Vergleich Leiden Burnout

"Wie häufig litten Sie unter folgenden Beschwerden/Beeinträchtigungen im vergangenen Jahr? Stress, Burnout, Depression, Beziehungsprobleme, Suchtprobleme, Selbstmordgedanken."
 hier abgebildet: *Burnout*

in % ambulant tätige Ärzte/akutsomatische Ärzte/Psychiatrie/Rehabilitation



© gfs.bern, Begleitstudie im Auftrag der FMH, Juni – August 2017 (N ambulant tätige Ärzte = 295 / N akutsomatische Ärzte = 974 / N Psychiatrie = 127 / N Rehabilitation = 75), n.sig.

Ein ganz zentraler Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit hat weiter auch das Klima am Arbeitsplatz. Dazu gehört insbesondere auch die Zusammenarbeit im Team und mit anderen Fachpersonen.

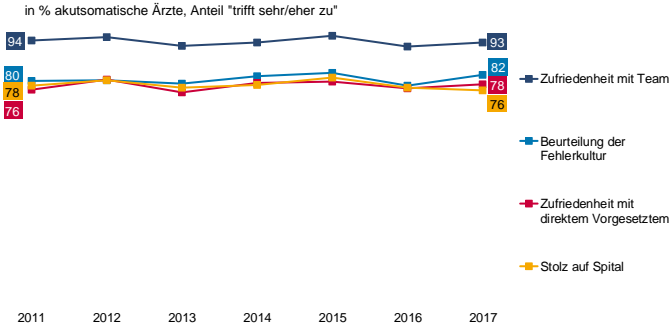
Die Teamarbeit, die Fehlerkultur und auch die Beziehung zum jeweils direkten Vorgesetzten wird von einer klaren Mehrheit der Befragten in der Akutsomatik (und übrigens auch in der Rehabilitation und der Psychiatrie) als mehrheitlich positiv eingeschätzt. Die Bewertung fällt über die sieben Befragungsjahre äusserst konstant aus

Als etwas weniger gut, aber dennoch im Grossen und Ganzen positiv bewertet, wird der Informationsfluss innerhalb des Spitals, der Umgang mit Kosten im Team und die Zusammenarbeit mit der Spitalverwaltung.

Am wenigsten Zustimmung geniesst die Aussage, dass immer mehr Tätigkeiten von Ärztinnen und Ärzten zum Pflegepersonal verschoben werden. Lediglich ein Viertel der Befragten in der Akutsomatik stimmt dem so zu. Dennoch nimmt der Anteil, der genau diese Entwicklung beobachtet, in den letzten Jahren mit auf-fallender Stetigkeit zu.

Trend Aussagen zu Arbeit und Team (1/2): akutsomatische Ärzte

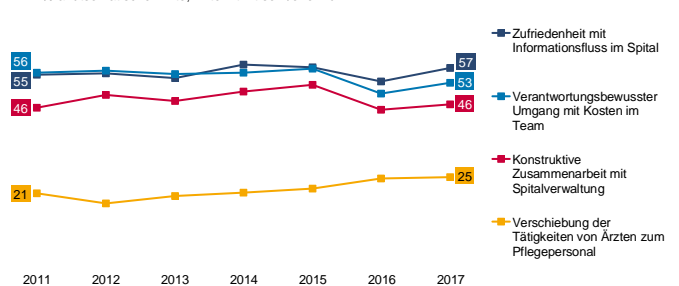
"Wie sehr treffen die folgenden Aussagen auf Ihre Arbeit und Ihr Team zu?"
Zufriedenheit mit Team "Alles in allem bin ich zufrieden mit meinem Team."
Beurteilung der Fehlerkultur "Wir haben eine gute Fehlerkultur."
Zufriedenheit mit direktem Vorgesetztem "Alles in allem bin ich zufrieden mit meinem direkten Vorgesetzten."
Stolz auf Spital "Ich bin stolz darauf, für mein Spital zu arbeiten."



© gfs.bern, Begleitstudie im Auftrag der FMH, Juni – August 2017 (N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 940)

Trend Aussagen zu Arbeit und Team (2/2): akutsomatische Ärzte

"Wie sehr treffen die folgenden Aussagen auf Ihre Arbeit und Ihr Team zu?"
Zufriedenheit mit Informationsfluss im Spital "Alles in allem bin ich zufrieden mit dem Informationsfluss in unserem Spital."
Verantwortungsbewusster Umgang mit Kosten im Team "In meinem Team fühlt sich jeder dafür verantwortlich, Kosten einzusparen."
Konstruktive Zusammenarbeit mit Spitalverwaltung "Die Zusammenarbeit mit der Spitalverwaltung verläuft konstruktiv."
Verschiebung der Tätigkeiten von Ärzten zum Pflegepersonal "Immer mehr Tätigkeiten, die früher von Ärzten durchgeführt wurden, werden heute durch das Pflegepersonal durchgeführt."



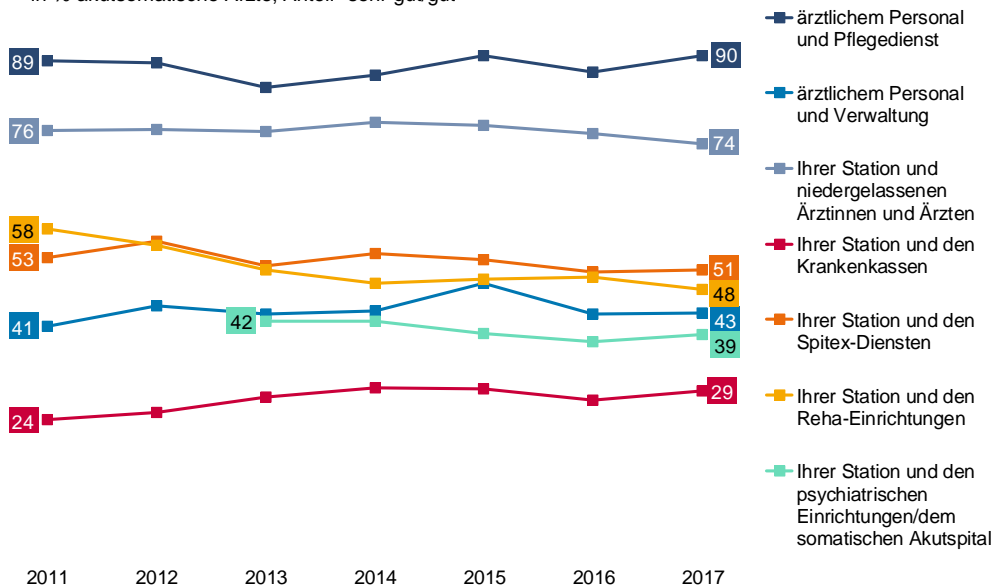
© gfs.bern, Begleitstudie im Auftrag der FMH, Juni – August 2017 (N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 940)

Die Zusammenarbeit zwischen den akutsomatischen Ärztinnen und Ärzten und dem ärztlichen Personal/Pflegedienst und der Verwaltung funktioniert für eine klare Mehrheit gut bis sehr gut. Bei der restlichen Ärzteschaft fällt die Bewertung ambivalenter aus. Insbesondere die Zusammenarbeit mit den Reha-Einrichtungen wird weniger positiv gewertet. Allerdings muss hier gesagt werden, dass der grösste Anteil derjenigen, die nicht gut oder sehr gut angeben, meinen, dies sei aus ihrer aktuellen Arbeitssituation weniger zu beurteilen. Ein klarer Anstieg seit 2011 ist in der Zusammenarbeit mit den Krankenkassen ersichtlich.

Trend Beurteilung Zusammenarbeit akutsomatische Ärzte

"Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit in Ihrem Bereich? Die Zusammenarbeit zwischen/mit ..."

in % akutsomatische Ärzte, Anteil "sehr gut/gut"



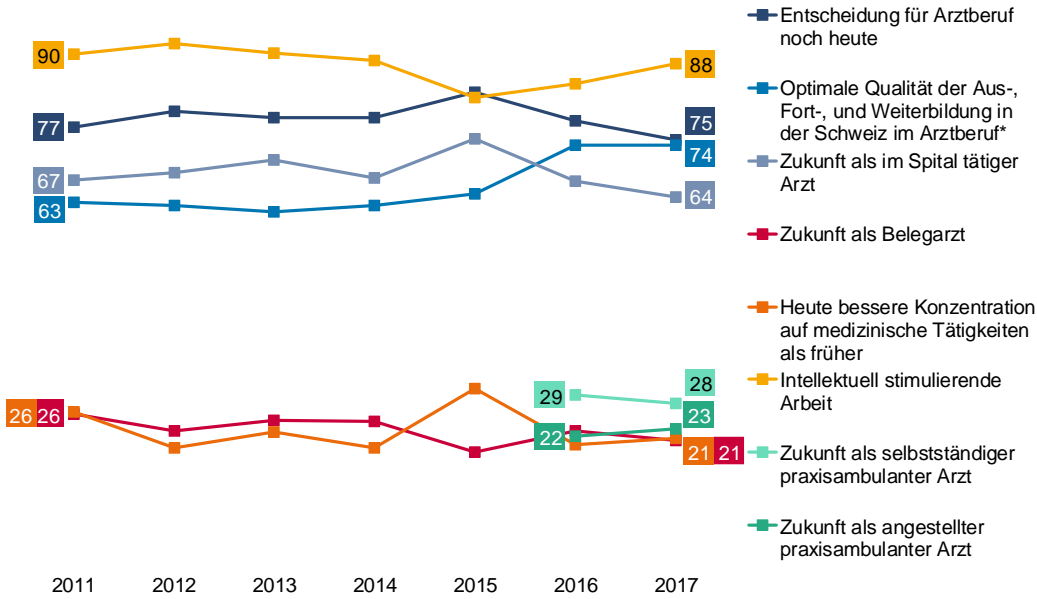
© gfs.bern, Begleitstudie im Auftrag der FMH, Juni – August 2017 (N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 940)

Die Ärzteschaft in der Schweiz ist ihrem Beruf sehr verbunden und identifiziert sich in einem hohen Ausmass mit ihrer Tätigkeit. Man empfindet die eigene Arbeit als interessant, stimulierend und ist mit grosser Mehrheit auch stolz auf das Spital, in dem man praktiziert. Von allen Befragten in der Akutsomatik, würden drei Viertel (75%) heute wieder den Arztberuf wählen, wenn sie vor der Wahl stehen würden. Dieser Anteil ist in der Psychiatrie (77%) ähnlich hoch, liegt in der Rehabilitation aber etwas tiefer (69%).

Trend Aussagen über Arztberuf: akutsomatische Ärzte

"Treffen die folgenden allgemeinen Aussagen über die Veränderungen in der Medizin auf Sie zu?"

in % akutsomatische Ärzte, Anteil "trifft sehr/eher zu"



© gfs.bern, Begleitstudie im Auftrag der FMH, Juni – August 2017
(N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 940),

* bis 2015: "Die Qualität der Aus-, Fort- und Weiterbildung ist alles in allem optimal."

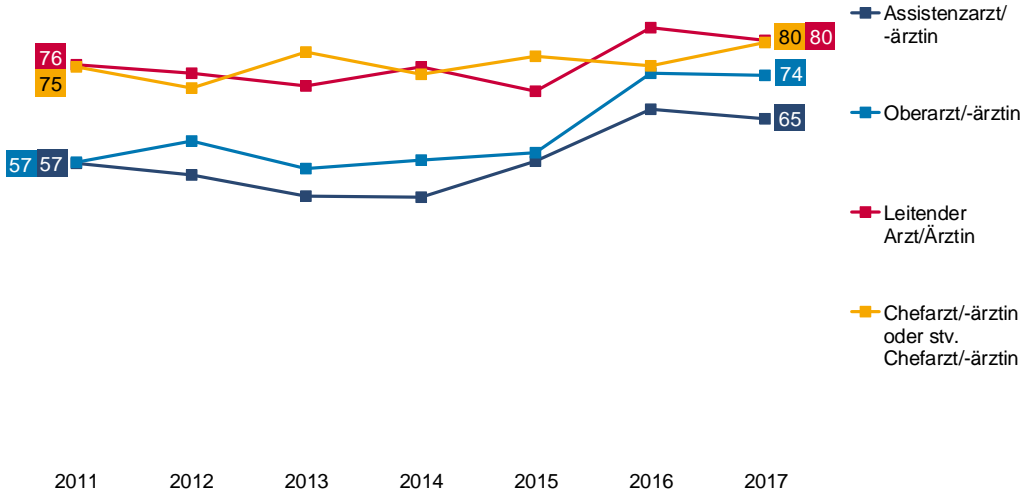
Ärztinnen und Ärzte, die bereits länger in einem Spital tätig sind und dort über eine Leitungsfunktion verfügen, haben in der Regel auch nicht vor in der Zukunft ausserhalb des Spitals tätig zu sein. Die Assistenzärzteschaft hingegen ist sich in dieser Entscheidung noch weniger sicher. Ihr Weg im Gesundheitswesen ist noch offener und nur knapp die Hälfte gibt an, weiterhin stationär tätig sein zu wollen. 2017 sind das 49 Prozent, was einem neuen vorläufigen Tiefstwert entspricht. Gerade die Assistenzärztinnen und -Ärzte gilt es deshalb mit besonderer Umsicht auf ihrem Weg abzuholen. Zentral ist dabei, dass die Qualität der Aus-, Fort- und Weiterbildungen stimmt. Im Vergleich zum Befragungsbeginn ist hier eine Verbesserung festzustellen. Dennoch bleibt die Assistenzärzteschaft jene Gruppe, die noch am wenigsten zufrieden ist. Hier ist weiterer Handlungsbedarf erkennbar.

Trend Aussagen über Arztberuf: akutsomatische Ärzte nach Position – optimale Qualität Ausbildung

"Treffen die folgenden allgemeinen Aussagen über die Veränderungen in der Medizin auf Sie zu?"

Die Qualität der Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Schweiz ist alles in allem optimal.

in % akutsomatische Ärzte, Anteil "trifft sehr/eher zu"



© gfs.bern, Begleitstudie im Auftrag der FMH, Juni – August 2017
(N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 940)

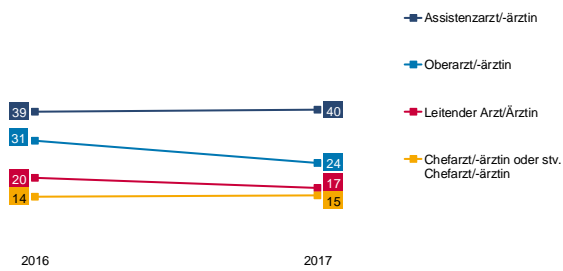
Dieser Befund hängt auch damit zusammen, dass sich mehr Assistenzärztinnen und -ärzte vorstellen können, entweder in Zukunft selbstständig oder angestellt praxisambulant tätig zu sein.

Trend Aussagen über Arztberuf: akutsomatische Ärzte nach Position – Zukunft als selbstständiger praxisambulanter Arzt

"Treffen die folgenden allgemeinen Aussagen über die Veränderungen in der Medizin auf Sie zu?"

Ich sehe meine Zukunft als selbstständiger praxisambulant tätiger Arzt.

in % akutsomatische Ärzte, Anteil "trifft sehr/eher zu"



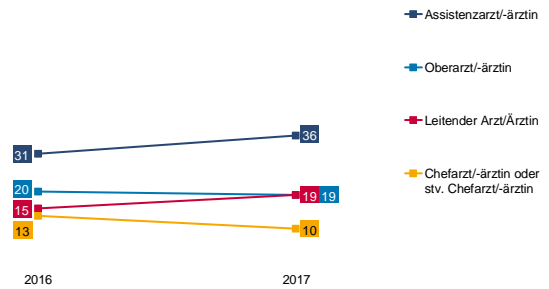
© gfs.bern, Begleitstudie im Auftrag der FMH, Juni – August 2017
(N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 940)

Trend Aussagen über Arztberuf: akutsomatische Ärzte nach Position – angestellter praxisambulanter Arzt

"Treffen die folgenden allgemeinen Aussagen über die Veränderungen in der Medizin auf Sie zu?"

Ich sehe meine Zukunft als angestellter praxisambulant tätiger Arzt.

in % akutsomatische Ärzte, Anteil "trifft sehr/eher zu"



© gfs.bern, Begleitstudie im Auftrag der FMH, Juni – August 2017
(N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 940)

4.4 Leistungsorientierung Gesundheitswesen

"Die Ökonomisierung des Gesundheitswesens ist in vollem Gange", schreibt Mascha Madörin von der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.¹⁰ Teil dieser Ökonomisierung ist auch die Einführung variabler, leistungsabhängiger Lohnkomponenten. Zwar verfügt nach wie vor erst ungefähr ein Drittel aller Befragten über solche Entschädigungssysteme, in den letzten drei Jahren ist die Tendenz jedoch in der Psychiatrie und in der Rehabilitation leicht zunehmend. In der Akutsomatik ist das hingegen so nicht zu beobachten.

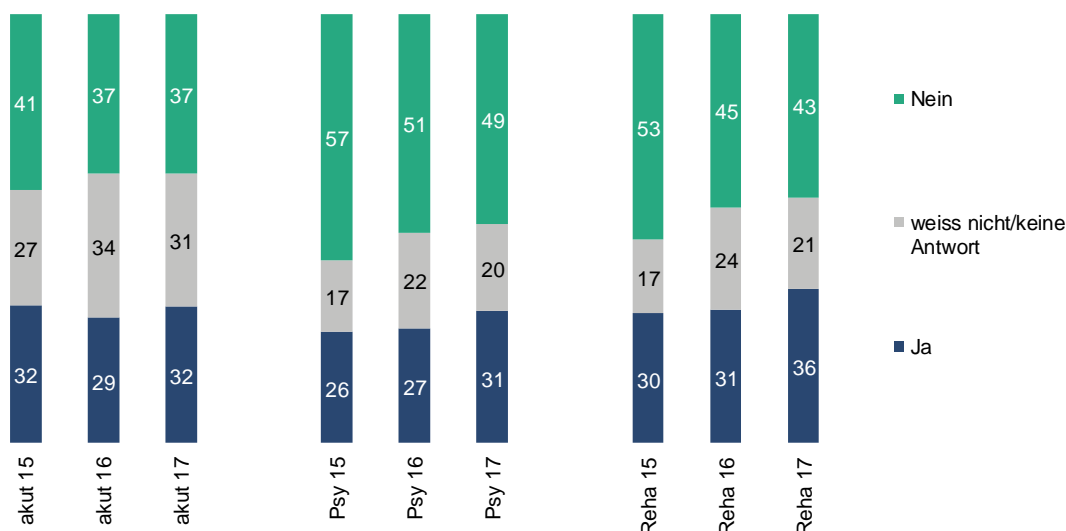
Inwiefern sich diese Praxis weiter verbreitet, ist dabei auch eine politische Frage: Um das gesetzte Legislaturziel eines für alle gut zugänglichen, aber finanziell tragbaren Gesundheitswesens zu erreichen, hat der Bundesrat eine Expertengruppe zur Kostensenkung eingesetzt. Eine der vorgeschlagenen Massnahmen der Expertengruppe ist auch die Aufnahme von Spitälern auf Spitalisten in Abhängigkeit der Entschädigungssysteme (Massnahme M03). Gemäss der Expertengruppe gibt es Hinweise darauf, dass die Zahl der Eingriffe ansteigt, wenn das Einkommen der Ärzte an leistungsabhängige Entschädigungssysteme gekoppelt ist. Aus diesem Grund empfiehlt die Expertengruppe den Ausschluss von Spitälern mit solchen Entschädigungssystemen aus der Spitalliste¹¹.

Grafik 46

Trend Vergleich Variable, leistungsabhängige Lohnkomponente auf Abteilung

"Existieren auf Ihrer Abteilung/in Ihrer Klinik Entschädigungssysteme mit variablen, leistungsabhängigen Lohnkomponenten?"

in % akutsomatische Ärzte/Psychiatrie/Rehabilitation



© gfs.bern, Begleitstudie im Auftrag der FMH, Juni – August 2017

(N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 940 / N Psychiatrie jeweils ca. 130 / N Rehabilitation jeweils ca. 70)

Innerhalb der Akutsomatik unterscheidet sich die Verbreitung leistungsabhängiger Lohnkomponenten klar nach Hierarchiestufen. Bei Assistenzärztinnen und -ärzten sowie bei der Oberärzteschaft kommt diese Praxis zwar zur Anwendung, ist aber noch kaum verbreitet. Bei allen Positionen, die darüber liegen, konkret

¹⁰ "Ökonomisierung im Gesundheitswesen – Sicht der Pflege" (2014). Online im Internet: [<https://www.zhaw.ch/de/gesundheit/institute-zentren/ipf/ueber-uns/zur-sache/oekonomisierung-im-gesundheitswesen-sicht-der-pflege/>].

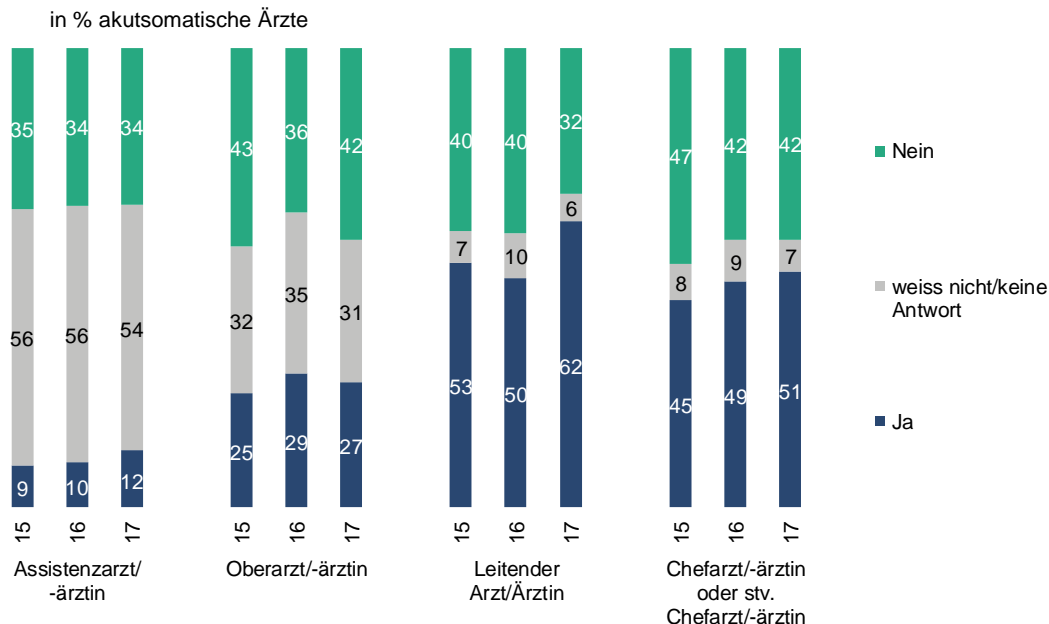
¹¹ Bericht der Expertengruppe zur Dämpfung des Kostenwachstums im Gesundheitswesen. 24. August 2017. Online im Internet: [<https://www.news.admin.ch/news/message/attachments/50084.pdf>].

bei der leitenden Ärzteschaft oder der Chefärzteschaft, ist diese Form der Entschädigung inzwischen jedoch Usus.

Grafik 47

Trend Variable, leistungsabhängige Lohnkomponente auf Abteilung: akutsomatische Ärzte nach Position

"Existieren auf Ihrer Abteilung/in Ihrer Klinik Entschädigungssysteme mit variablen, leistungsabhängigen Lohnkomponenten?"



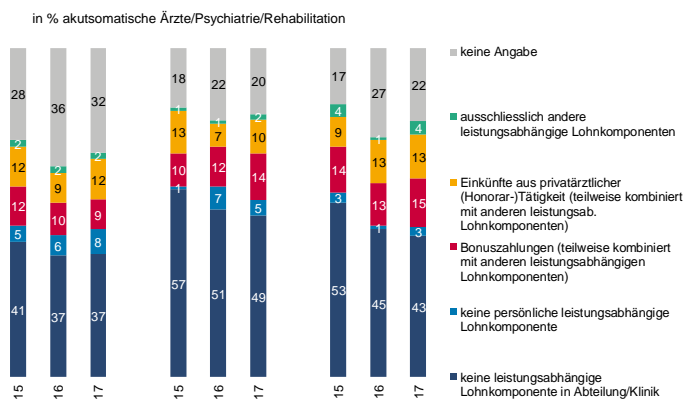
© gfs.bern, Begleitstudie im Auftrag der FMH, Juni – August 2017 (N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 940)

Zu leistungsabhängigen Lohnkomponenten gehören nebst Bonuszahlungen vor allem auch Einkünfte aus privatärztlichen Tätigkeiten. Der Anteil Personen mit leistungsabhängigen Bonuszahlungen und Einkünfte aus privatärztlichen Honorartätigkeiten im Sinne zusätzlicher Lohnkomponenten, halten sich über die Jahre ungefähr die Waage.

Betrachtet man nur die Bonuszahlungen, so nehmen diese über die letzten drei Jahre in der Akutsomatik leicht ab. Bei Einkünften aus privatärztlicher Tätigkeit ist keine systematische Entwicklung zu beobachten. Mit einer Zeitreihe über lediglich drei Jahre ist es aber noch zu früh, um schlüssige Aussagen über eine Entwicklung hin zu Veränderungen in der Entlohnungsstruktur zu machen.

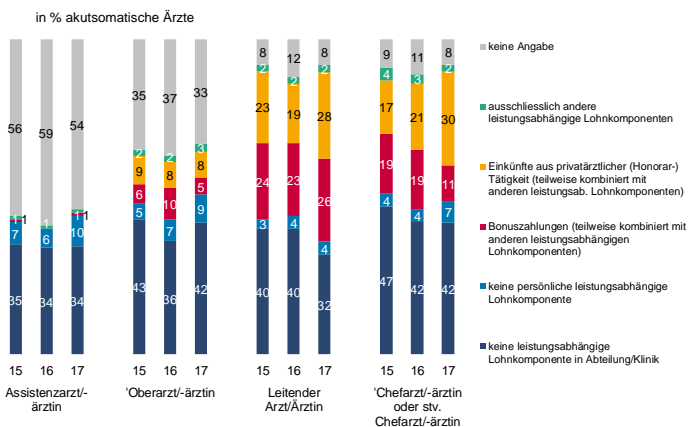
Grafik 48

Trend Vergleich leistungsabhängige Lohnkomponente



© gfs.bern, Begleitstudie im Auftrag der FMH, Juni – August 2017 (N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 940 / N Psychiatrie jeweils ca. 130 / N Rehabilitation jeweils ca. 70)

Trend leistungsabhängige Lohnkomponente: akutsomatische Ärzte nach Position



© gfs.bern, Begleitstudie im Auftrag der FMH, Juni – August 2017 (N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 940)

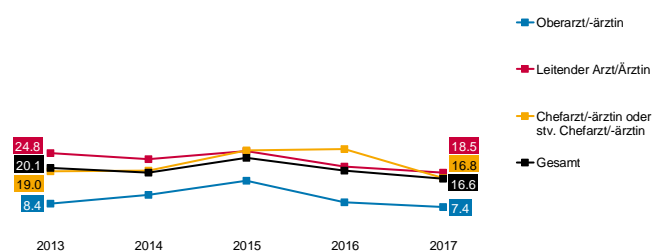
Bei jenen Ärztinnen und Ärzten, die über solche Entlohnungssysteme verfügen, macht der variable, leistungsabhängige Anteil ungefähr zwischen 7 und 18 Prozent am Lohn aus. Die Assistenzärztinnen und -ärzte werden aufgrund der geringen Verbreitung solcher Lohnsysteme nicht separat ausgewiesen. Einen deutlich grösseren Anteil am Lohn haben stattdessen Einkünfte aus privatärztlichen Tätigkeiten. Bei der Chefärzteschaft, wo diese Art Tätigkeit am meisten verbreitet ist, sind das im Durchschnitt 35 Prozent. Interessanterweise liegt der Lohnanteil bei Assistenzärztinnen und -ärzten höher als bei der Oberärzteschaft, obwohl sich die Verbreitung leistungsabhängiger Lohnkomponenten sonst linear zur Hierarchie im Spital verhält.

Grafik 49

Trend Filter Anteil leistungsabhängiger Bonus: akutsomatische Ärzte nach Position

"Welcher Anteil am gesamten Lohn machte der leistungsabhängige Bonus im Jahr 2016 aus? (Angabe in Prozent)"

in Mittelwerten akutsomatische Ärzte, die über Bonuszahlungen verfügen

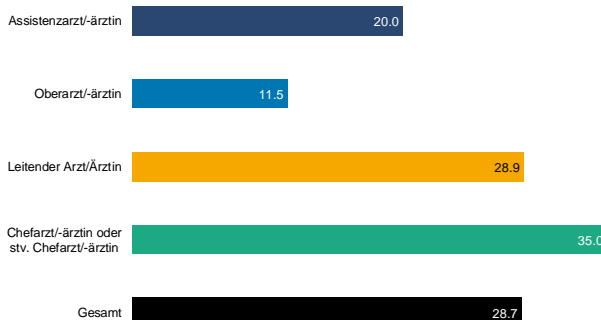


© gfs.bern, Begleitstudie im Auftrag der FMH, Juni – August 2017
(n akutsomatische Ärzte jeweils ca. 90)

Trend Filter Anteil Einkünfte aus privatärztlicher Tätigkeit am gesamten Lohn: akutsomatische Ärzte nach Position

"Welchen Anteil am gesamten Lohn machen die Einkünfte aus privatärztlicher Tätigkeit/Honorartätigkeit im Spital im Jahr 2016 aus? (Angabe in Prozent)"

in % ambulant tätige Ärzte/akutsomatische Ärzte/Psychiatrie/Rehabilitation mit Einkünften aus Privatärztlicher Tätigkeit/Honorartätigkeit im Spital



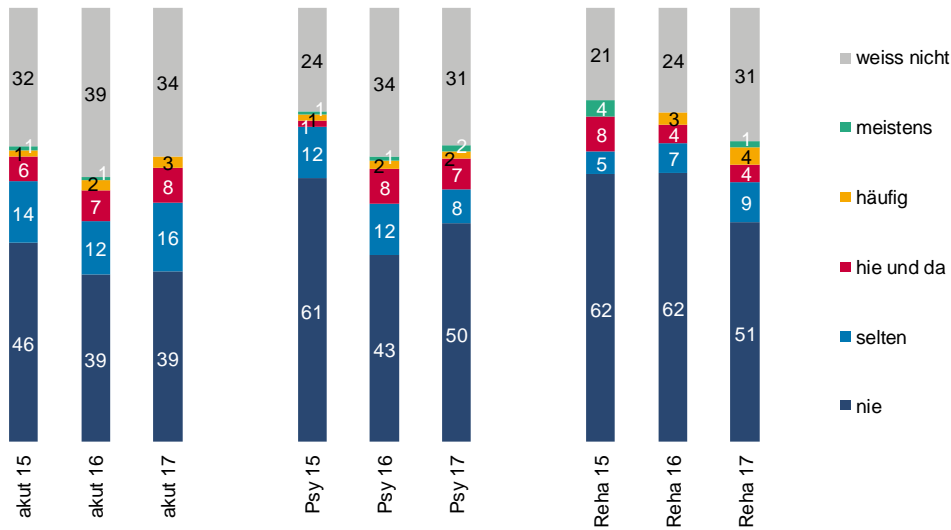
© gfs.bern, Begleitstudie im Auftrag der FMH, Juni – August 2017
(n akutsomatische Ärzte 150)

Die Implikationen einer (neuen) Leistungsorientierung, im Gesundheitswesen allgemein und im Spital ganz konkret, geht dabei über Entschädigungssysteme hinaus. Aus Sicht der befragten Ärztinnen und Ärzte kommt es sowohl in der Akut-somatik als auch in der Rehabilitation und der Psychiatrie teilweise vor, dass die Soll-Vorgaben, die an den Lohn geknüpft sind, die optimale Versorgung von Patienten beeinträchtigen. Der Anteil Befragter, der von solchen Umständen berichtet, bleibt jedoch in der Minderheit.

Trend Vergleich Häufigkeit, dass Soll-Vorgaben optimale medizinische Versorgung beeinträchtigen

"Wie häufig kommt aus Ihrer Sicht folgendes in Ihrem Spital vor: Soll-Vorgaben, die an den Lohn geknüpft sind, führen dazu, dass die optimale medizinische Versorgung der Patienten in einer Klinik nicht mehr erbracht werden kann."

in % akutsomatische Ärzte/Psychiatrie/Rehabilitation



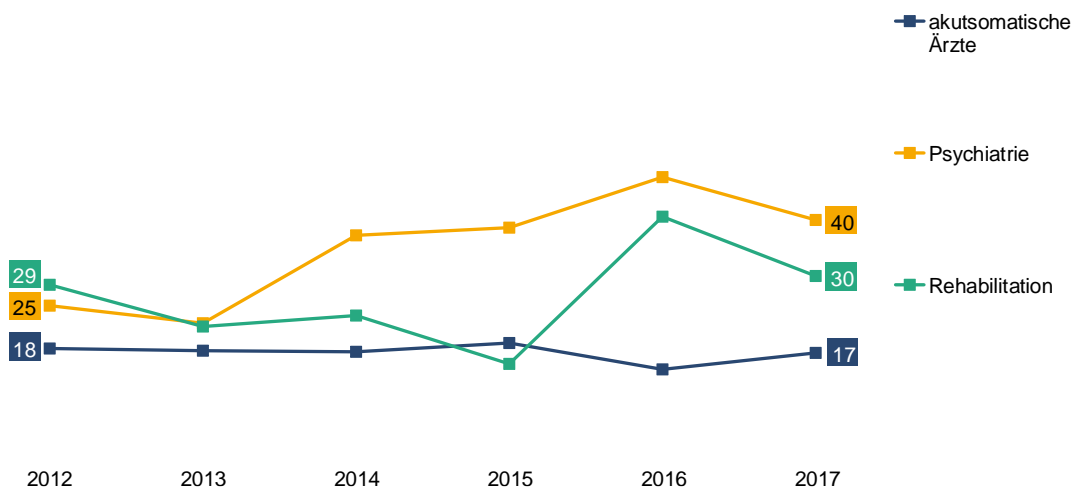
© gfs.bern, Begleitstudie im Auftrag der FMH, Juni – August 2017
 (N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 940 / N Psychiatrie jeweils ca. 130 / N Rehabilitation jeweils ca. 70)

Die Steuerung der Versorgung und Behandlung über den Lohn ist eine Möglichkeit, um mehr Leistungsorientierung im medizinischen Alltag zu verankern. Etwas breiter gefasst, kann auch nach der Optimierung des wirtschaftlichen Gewinns generell gefragt werden. In der Akutsomatik stimmen denn auch 17 Prozent der Befragten sehr oder eher zu, dass die Optimierung des Gewinns so weit geht, dass die optimale medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten nicht mehr erbracht werden kann. In der Psychiatrie und der Rehabilitation liegt dieser Wert in der Tendenz höher, aufgrund der sehr geringen Fallzahlen sollte jedoch nicht zu viel Gewicht auf einen direkten Vergleich konkreter Prozentwerte gelegt werden.

Trend Filter Vergleich Optimierung zu Lasten Patienten

"Sind Sie mit folgender Aussage dazu einverstanden? Die Optimierung des wirtschaftlichen Gewinns geht soweit, dass auf unserer Abteilung/in unserer Klinik keine optimale medizinische Versorgung der Patienten mehr erbracht werden kann."

in % akutsomatische Ärzte/Psychiatrie/Rehabilitation, die der Aussage "Diagnosen und Behandlungen werden so gefällt, dass der wirtschaftliche Gewinn optimiert wird" sehr oder eher zustimmen, Anteil "sehr/eher einverstanden"



© gfs.bern, Begleitstudie im Auftrag der FMH, Juni – August 2017

(n akutsomatische Ärzte jeweils ca. 300 / n Psychiatrie jeweils ca. 30 / n Rehabilitation jeweils ca. 25)

Dennoch lässt sich in der Akutsomatik aufgrund der sich verändernden Leistungsorientierung über die Zeit kein steigender Problemdruck feststellen. Die Durchführung aller notwendigen Verfahren, die Verfügbarkeit von Experten und Material, und die Annahme aller Patienten sind in den Augen der Befragten weiterhin gewährleistet. Zwischen 33 und 37 Prozent der Medizinerinnen und Mediziner sehen sich aber mit klaren Sparvorgaben und einer Auslagerung in die ambulante Behandlung konfrontiert.

Trend tatsächliche Praxis: akutsomatische Ärzte (1/2)

"Inwieweit entspricht die tatsächliche Praxis in Ihrer Abteilung/Klinik folgenden Punkten?"

Durchführung aller notwendigen Verfahren "Es werden alle notwendigen diagnostischen Verfahren durchgeführt, um einen fundierten Entscheid über die Behandlungsmethode zu fällen."

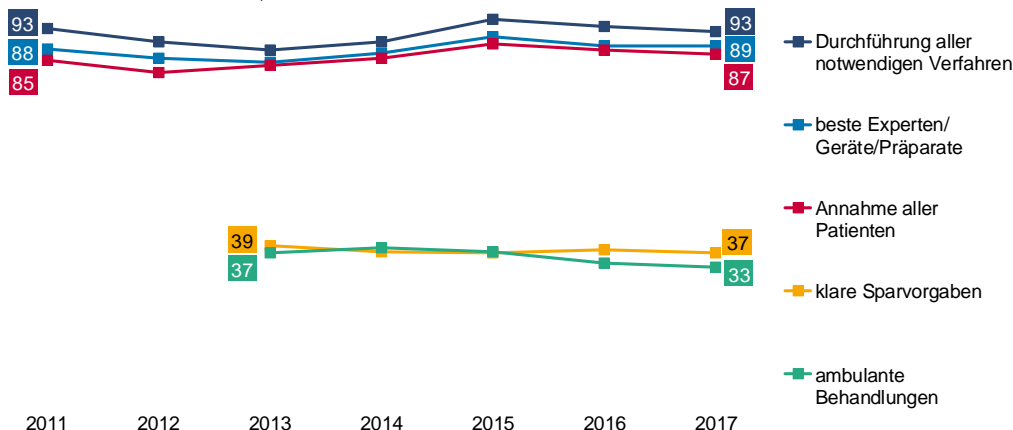
beste Experten / Geräte / Präparate "Patienten stehen die besten Experten, Präparate und Geräte zur Verfügung."

Annahme aller Patienten "Mein Spital nimmt alle Patienten auf, auch wenn sie wahrscheinlich mehr Kosten verursachen werden, als vergütet wird."

klare Sparvorgaben "Die Spitalleitung macht klare Sparvorgaben in der Abteilung/Klinik."

ambulante Behandlungen "Wegen fehlender Zusatzentgelte für teure Medikamente, Implantate und Verfahren werden entsprechende Behandlungen zunehmend ambulant durchgeführt."

in % akutsomatische Ärzte, Anteil "trifft sehr/eher zu"



© gfs.bern, Begleitstudie im Auftrag der FMH, Juni – August 2017

(N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 940)

Obwohl die Patientenbehandlung in den allermeisten Fällen nicht beeinträchtigt ist, bleibt die Gewinnoptimierung bei der Behandlung und Diagnose ein relevanter Faktor. Das geben 28 Prozent der befragten Medizinerinnen und Mediziner an. Im Vergleich zum Befragungsbeginn nimmt dieser Anteil jedoch ab. Genau wie es auch beim Anteil Personen der Fall ist, der die Verschiebung chronisch Kranker in andere Einrichtungen beobachtet (27% 2011 verglichen mit 16% 2017).

Grafik 53

Trend tatsächliche Praxis: akutsomatische Ärzte (2/2)

"Inwieweit entspricht die tatsächliche Praxis in Ihrer Abteilung/Klinik folgenden Punkten?"

Gewinnoptimierung "Diagnosen und Behandlungsentscheide werden so gefällt, dass der wirtschaftliche Gewinn optimiert wird."

Verschiebung chronisch Kranker "Es wird versucht, chronisch kranke und multimorbide Patienten in anderen Einrichtungen unterzubringen."

Soll-Vorgaben für Interventionen "Es werden Soll-Vorgaben für Interventionen gemacht, die mit einem Lohn-Bonus-System verbunden sind."

zu frühe Überweisung in Reha "Patienten werden aus dem Spital zu früh in Reha-Einrichtungen überwiesen."

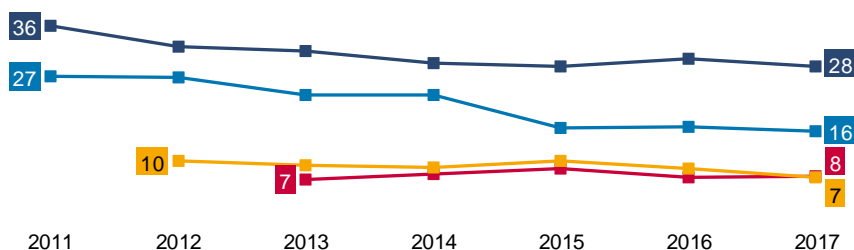
in % akutsomatische Ärzte, Anteil "trifft sehr/eher zu"

■ Gewinnoptimierung

■ Verschiebung chronisch Kranker

■ Soll-Vorgaben für Interventionen

■ zu frühe Überweisung in Reha



© gfs.bern, Begleitstudie im Auftrag der FMH, Juni – August 2017
(N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 940)

Insbesondere in der Psychiatrie ist über die letzten Jahre eine klare Zunahme der Sparvorgaben wie auch der gefühlten Gewinnoptimierung zu beobachten.

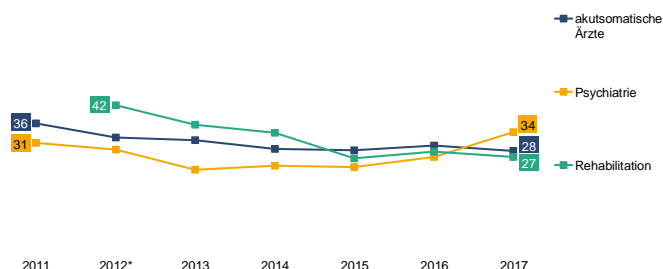
Grafik 54

Trend Vergleich Praxis in Abteilung/Klinik: Gewinnoptimierung

"Inwieweit entspricht die tatsächliche Praxis in Ihrer Abteilung/Klinik folgenden Punkten?"

Diagnosen und Behandlungsentscheide werden so gefällt, dass der wirtschaftliche Gewinn optimiert wird.

in % akutsomatische Ärzte/Psychiatrie/Rehabilitation, Anteil "trifft sehr/eher zu"



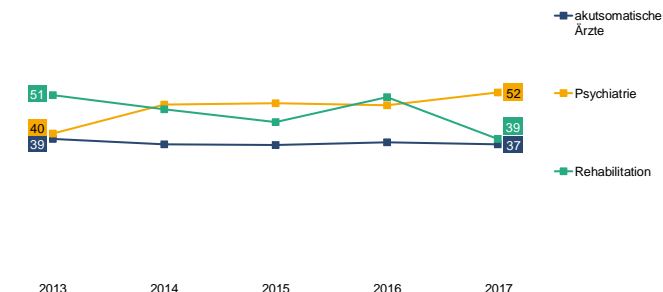
© gfs.bern, Begleitstudie im Auftrag der FMH, Juni – August 2017
(N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 940 / N Psychiatrie jeweils ca. 130 / N Rehabilitation jeweils ca. 70).
* Rehabilitation 2011 und 2012 zusammen

Trend Vergleich Praxis in Abteilung/Klinik: klare Sparvorgaben

"Inwieweit entspricht die tatsächliche Praxis in Ihrer Abteilung/Klinik folgenden Punkten?"

Die Spitalleitung macht klare Sparvorgaben in der Abteilung/Klinik.

in % akutsomatische Ärzte/Psychiatrie/Rehabilitation, Anteil "trifft sehr/eher zu"



© gfs.bern, Begleitstudie im Auftrag der FMH, Juni – August 2017
(N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 940 / N Psychiatrie jeweils ca. 130 / N Rehabilitation jeweils ca. 70).
* Rehabilitation 2011 und 2012 zusammen

Im Vergleich über die drei befragten Gruppen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie fällt auf, dass die Verschiebung chronisch Kranker und die Verfügbarkeit von Experten, Präparaten und Geräten in der Psychiatrie am ehesten als Problem empfunden wird – und zwar in zunehmendem Ausmasse verglichen mit den Vorjahren. Diese Veränderung über die Zeit mit einem klaren Anstieg in der

aktuellen Befragungswelle dürfte einerseits vor dem Hintergrund der anstehenden Einführung von TARPSY und andererseits im Zusammenhang mit den vom Bundesrat kürzlich beschlossenen Anpassungen der ambulanten Tarife zu sehen sein.

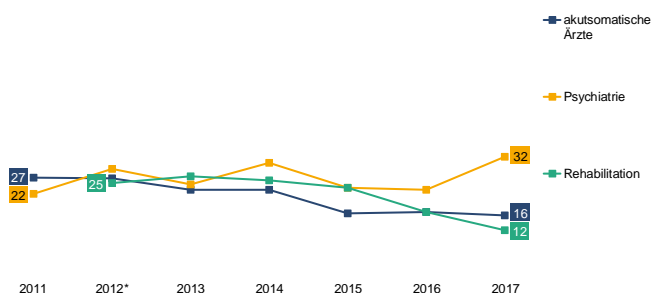
Grafik 55

Trend Vergleich Praxis in Abteilung/Klinik: Verschiebung chronisch Kranker

"Inwieweit entspricht die tatsächliche Praxis in Ihrer Abteilung/Klinik folgenden Punkten?"

Es wird versucht, chronisch kranke und multimorbide Patienten in anderen Einrichtungen unterzubringen.

in % akutsomatische Ärzte/Psychiatrie/Rehabilitation, Anteil "trifft sehr/ehrer zu"



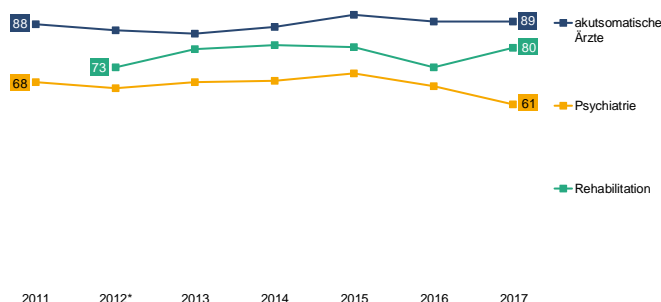
© gfs.bern, Begleitstudie im Auftrag der FMH, Juni – August 2017
(N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 940 / N Psychiatrie jeweils ca. 130 / N Rehabilitation jeweils ca. 70),
* Rehabilitation 2011 und 2012 zusammen

Trend Vergleich Praxis in Abteilung/Klinik: beste Experten/Geräte/Präparate

"Inwieweit entspricht die tatsächliche Praxis in Ihrer Abteilung/Klinik folgenden Punkten?"

Patienten stehen die besten Experten, Präparate und Geräte zur Verfügung.

in % akutsomatische Ärzte/Psychiatrie/Rehabilitation, Anteil "trifft sehr/ehrer zu"



© gfs.bern, Begleitstudie im Auftrag der FMH, Juni – August 2017
(N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 940 / N Psychiatrie jeweils ca. 130 / N Rehabilitation jeweils ca. 70),
* Rehabilitation 2011 und 2012 zusammen

In den Augen einer Mehrheit der befragten Medizinerinnen und Mediziner werden die Patienten in ihrer Obhut in der Regel zum richtigen Zeitpunkt entlassen. Am ehesten noch werden zu frühe Entlassungszeitpunkte in der Psychiatrie (15%) oder in der Rehabilitation (11%) bemängelt (im Vergleich zur Akutsomatik mit 6%). Insgesamt bleiben die Befragten mit dieser Meinung jedoch klar in der Minderheit. Von einem Problem der sogenannten "bloody exits" kann also so nicht die Rede sein.

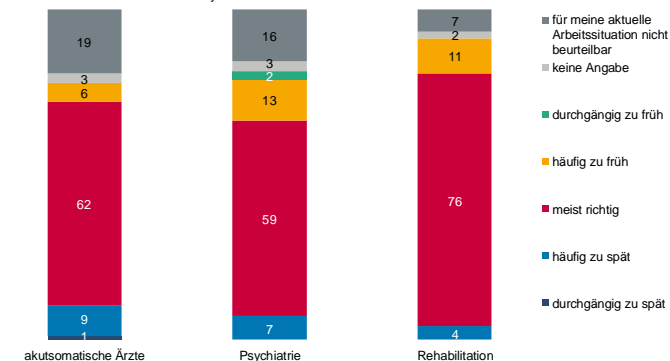
Werden hingegen die Entlassungszeitpunkte der zugewiesenen Patientinnen und Patienten aus den Spitälern beurteilt (Grafik rechts), fällt die Beurteilung kritischer aus. Zwischen 26 und 30 Prozent der praxisambulant tätigen Ärzte respektive der Spitalärzte im Bereich Psychiatrie und Rehabilitation, finden die Entlassung häufig oder durchgängig zu früh.

Grafik 56

Vergleich Beurteilung Entlassungszeitpunkte Spital/Abteilung/Klinik

"Wie beurteilen Sie die Entlassungszeitpunkte der Patientinnen in Ihrer Station/Abteilung/Klinik? Der Entlassungszeitpunkt liegt ..."

in % akutsomatische Ärzte/Psychiatrie/Rehabilitation

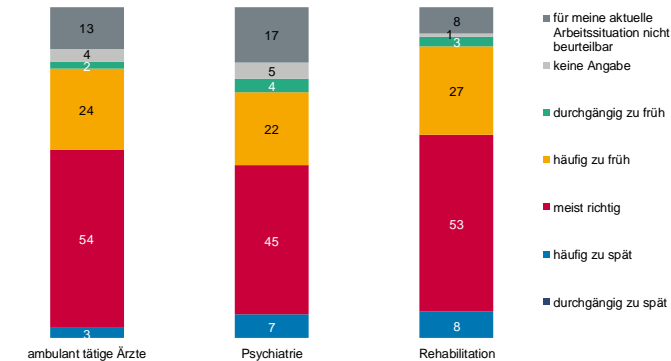


© gfs.bern, Begleitstudie im Auftrag der FMH, Juni – August 2017 (N akutsomatische Ärzte = 974 / N Psychiatrie = 127 / N Rehabilitation = 75), sig.

Vergleich Beurteilung Entlassungszeitpunkte persönliche Patienten

"Wie beurteilen Sie die Entlassungszeitpunkte der Ihnen zugewiesenen Patienten aus den Spitälern? Der Entlassungszeitpunkt liegt ..."

in % praxisambulant tätige Ärzte, in % Spitalärzte Psychiatrie/Rehabilitation



© gfs.bern, Begleitstudie im Auftrag der FMH, Juni – August 2017 (N ambulant tätige Ärzte = 295 / N Psychiatrie = 127 / N Rehabilitation = 75), sig.

Innerhalb der letzten 30 Tage berichten Ärztinnen und Ärzte in der Akutsomatik beispielsweise von durchschnittlich zwei Fällen, bei denen Massnahmen aus Kostengründen nicht angewandt oder ersetzt wurden. Bei etwas mehr als durchschnittlich vier Fällen pro 30 Tage, erfolgt die Entscheidung über eine spitalambulante oder stationäre Behandlung zudem nicht in erster Linie aus medizinischen Gründen.

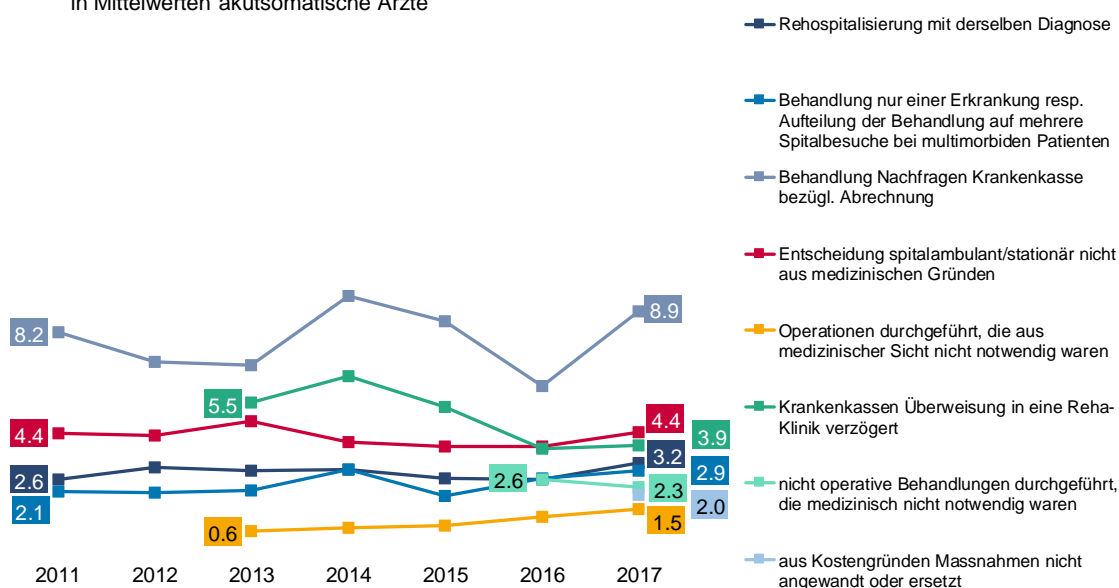
Dass Operationen durchgeführt werden, die aus medizinischer Sicht nicht notwendig sind, kommt ebenfalls vor, ist aber nach wie vor nur selten der Fall (1.5 Mal pro 30 Tage). Allerdings ist dies der Bereich, wo – wenn auch auf sehr tiefem Niveau – am ehesten eine Zunahme über die Jahre zu beobachten ist (im Vergleich zu 2013 mehr als doppelt so viele Fälle). Dies kann als leichter Hinweis dafür verstanden werden, dass Effizienzsteigerungen und Leistungserhöhung eben in den Augen der Ärztinnen und Ärzte nicht über Abstriche in der Behandlung der Patientenschaft, sondern eher über Mengenausweitungen gemacht werden könnten.

Grafik 57

Trend Spezielle Umstände: akutsomatische Ärzte

"Wie häufig kamen die folgenden Umstände im vergangenen Monat in Ihrem Arbeitsbereich vor? Sie können eine Schätzung, wie oft dies in den letzten 30 Tagen in Ihrem Arbeitsbereich vorgekommen ist, direkt als Zahl eingeben. In den letzten 30 Tagen ..."

in Mittelwerten akutsomatische Ärzte



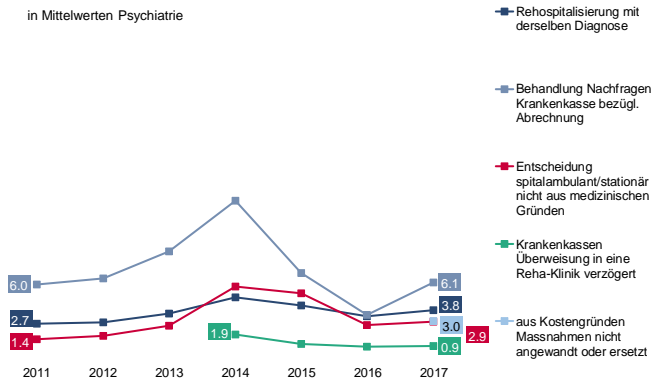
© gfs.bern, Begleitstudie im Auftrag der FMH, Juni – August 2017
(N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 270)

In der Psychiatrie erfolgte die Entscheidung, ob eine Behandlung spitalambulant oder stationär durchgeführt wird in durchschnittlich 3 Fällen in 30 Tagen nicht aus medizinischen Gründen. In der Rehabilitation kam dies dagegen durchschnittlich 4.3 Mal vor. Sowohl in der Rehabilitation als auch in der Psychiatrie wird zudem häufiger als in der Akutsomatik beobachtet, dass Massnahmen aus Kostengründen nicht angesetzt wurden, obwohl eigentlich aus medizinischer Sicht sinnvoll (3 Mal Psychiatrie, 6.4 Mal Rehabilitation).

Trend spezielle Umstände: Psychiatrie

"Wie häufig kamen die folgenden Umstände im vergangenen Monat in Ihrem Arbeitsbereich vor? Sie können eine Schätzung, wie oft dies in den letzten 30 Tagen in Ihrem Arbeitsbereich vorgekommen ist, direkt als Zahl eingeben. In den letzten 30 Tagen ..."

in Mittelwerten Psychiatrie

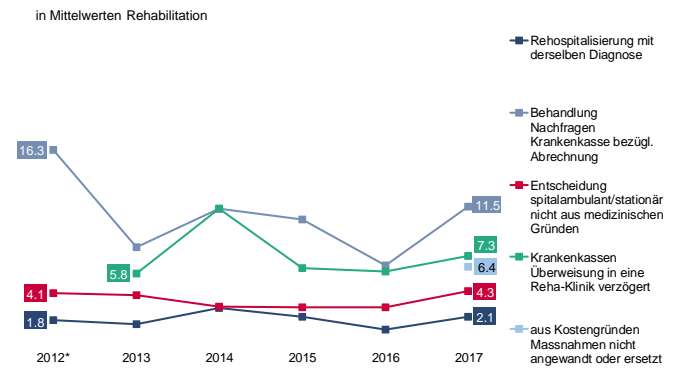


© gfs.bern, Begleitstudie im Auftrag der FMH, Juni – August 2017 (N Psychiatrie jeweils ca. 130)

Trend spezielle Umstände: Rehabilitation

"Wie häufig kamen die folgenden Umstände im vergangenen Monat in Ihrem Arbeitsbereich vor? Sie können eine Schätzung, wie oft dies in den letzten 30 Tagen in Ihrem Arbeitsbereich vorgekommen ist, direkt als Zahl eingeben. In den letzten 30 Tagen ..."

in Mittelwerten Rehabilitation



© gfs.bern, Begleitstudie im Auftrag der FMH, Juni – August 2017 (N Rehabilitation jeweils ca. 70), * 2011 und 2012 zusammen

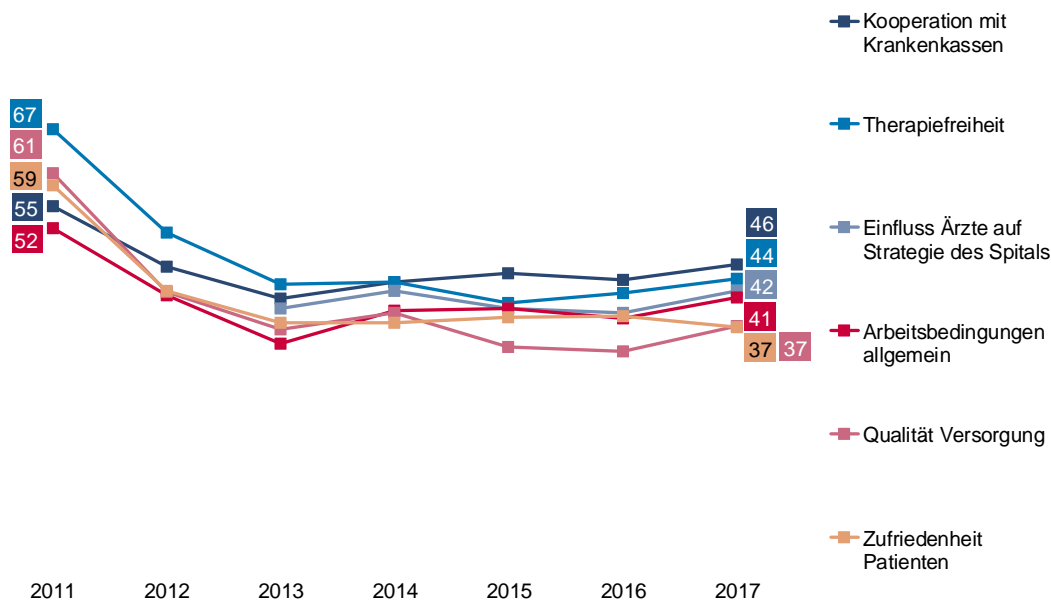
4.5 Einfluss Tarifsysteme

Die Einführung der Fallpauschalen SwissDRG liegt mittlerweile fünf Jahre zurück (2012). Vor der Einführung im Jahr 2011 wurden grosse Bedenken über den Einfluss von SwissDRG auf verschiedene Aspekte der ärztlichen Tätigkeit geäussert. In den beiden Folgejahren (2012/2013) entspannte sich die Einschätzung merklich. Insgesamt bleibt das Niveau der geäusserten Bedenken seither ungefähr ähnlich. Der Einfluss von SwissDRG auf die Kooperation mit den Krankenkassen, wie auch auf die Arbeitsbedingungen allgemein, wird aber seit 2013 jährlich als leicht schlechter eingeschätzt.

Trend Einfluss SwissDRG: akutsomatische Ärzte (1/2)

"Wie beurteilen Sie den Einfluss von SwissDRG auf..."

in % akutsomatische Ärzte, Anteil "eher negativ/wegen Tarifsystem verschlechtert"



© gfs.bern, Begleitstudie im Auftrag der FMH, Juni – August 2017 (N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 940)

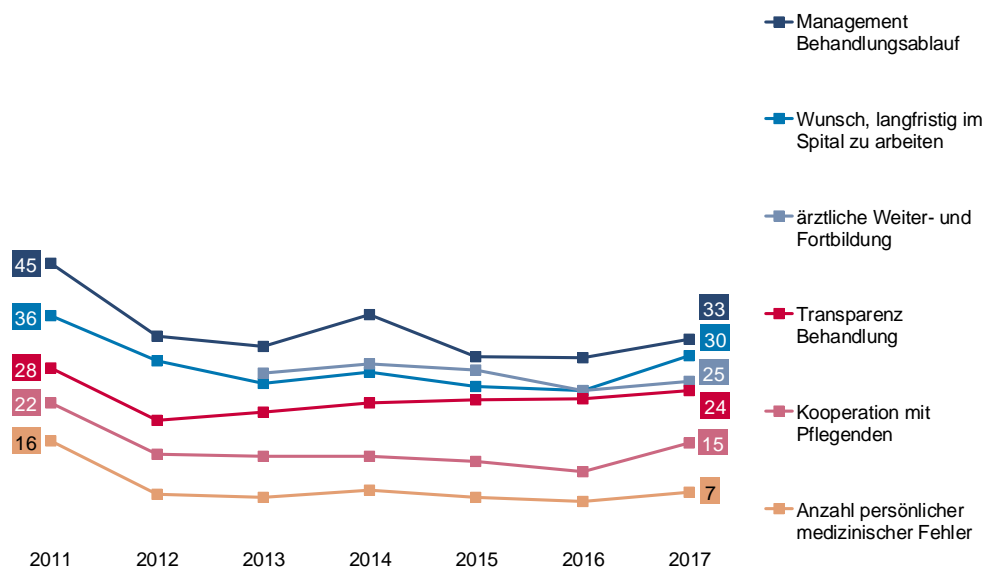
Dasselbe gilt für die Transparenz in der Behandlung. Seit 2013 wächst der Anteil Akutsomatikerinnen und Akutsomatiker, die den Einfluss von DRG als negativ einschätzen langsam, aber stetig (wieder) an.

Grafik 60

Trend Einfluss SwissDRG: akutsomatische Ärzte (2/2)

"Wie beurteilen Sie den Einfluss von SwissDRG auf..."

in % akutsomatische Ärzte, Anteil "eher negativ/wegen Tarifsysteem verschlechtert"



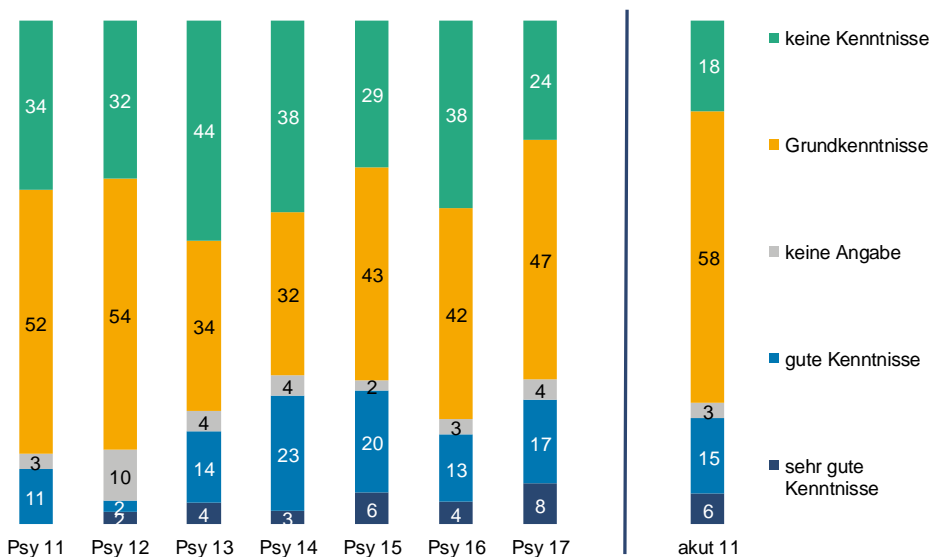
© gfs.bern, Begleitstudie im Auftrag der FMH, Juni – August 2017
(N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 940)

Nach der Einführung von SwissDRG im akutsomatischen Bereich steht als nächstes der Systemwechsel zum Tarifsysteem TARPSY 2018 und dann 2020 zu ST Reha an. Die Kenntnisse der Ärzteschaft in der Psychiatrie über TARPSY waren 2011 und 2012, unmittelbar um die Einführung von SwissDRG, vergleichsweise hoch. 2013 war dann ein unmittelbarer Rückgang in den Kenntnissen zu beobachten. Seither nimmt der Anteil Medizinerinnen und Mediziner mit mindestens Grundkenntnissen wieder zu. Vergleicht man die Kenntnisse über TARPSY in der Psychiatrie mit denjenigen über SwissDRG in der Akutsomatik ein Jahr vor der Einführung der neuen Tarife, sind die Werte ungefähr ähnlich.

Trend Vergleich Kenntnisse Vergütungs-/Tarifsysteme

"2018 soll für die Vergütung der stationären Psychiatrie das Tarifsystem TARPSY eingeführt werden. Über welche Kenntnisse zu TARPSY verfügen Sie?"

in % ambulant tätige Ärzte/Psychiatrie



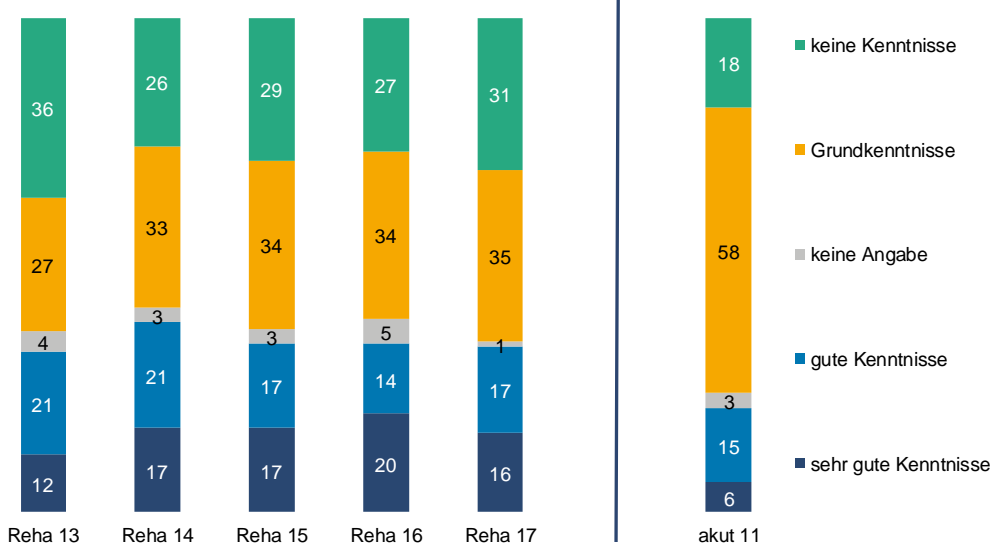
© gfs.bern, Begleitstudie im Auftrag der FMH, Juni – August 2017
(N ambulant tätige Ärzte jeweils ca. 270 / N Psychiatrie jeweils ca. 130)

Im Vergleich zur Akutsomatik 2011 wie auch zur Psychiatrie 2017 in der vorangegangenen Grafik 45, sind die Grundkenntnisse in der Rehabilitation über ST Reha leicht weniger ausgeprägt und nehmen auch nicht zu über die Jahre. Stattdessen fällt auf, dass die dort tätige Ärzteschaft bereits seit mehreren Jahren in relativ hoher Zahl angibt, über sehr gute oder gute Kenntnisse zu Verfügen (über 30%).

Trend Vergleich Kenntnisse Vergütungs-/Tarifsysteme: ST Reha

"2020 soll für die Vergütung der stationären Rehabilitation das Tarifsystem ST Reha eingeführt werden. Über welche Kenntnisse zu ST Reha verfügen Sie?"

in % ambulant tätige Ärzte/Rehabilitation



© gfs.bern, Begleitstudie im Auftrag der FMH, Juni – August 2017
(N ambulant tätige Ärzte jeweils ca. 270 / N Rehabilitation jeweils ca. 70)

In keiner der gefragten Ärztesgruppen stossen diese Neuerungen auf Begeisterung. Lediglich eine kleine Minderheit stimmt den Reformen zu. Die ambulante

Ärzterschaft ist eindeutig (und relativ konstant) am kritischsten. Die in der Rehabilitation tätigen Ärztinnen und Ärzte mögen noch am ehesten zustimmen. Lange Jahre lag die Zustimmung in dieser Gruppe deutlich über den restlichen Befragten, 2017 ist aber eine deutliche Abnahme zu beobachten. Es bleibt abzuwarten, ob dies einer generell grösseren Unlust entspricht, je näher die eigentliche Einführung rückt, oder ob es sich hier um einen temporären Knick handelt.

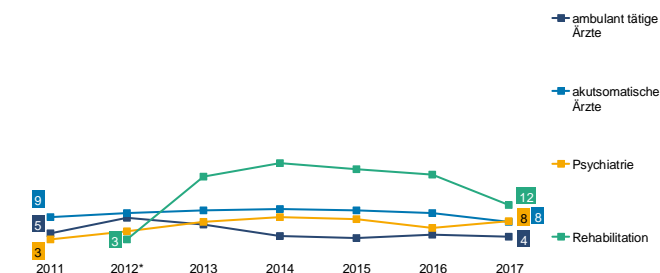
Grafik 63

Trend Vergleich Beurteilung SwissDRG nach Einführung/geplante Einführung TARPSY/ST Reha

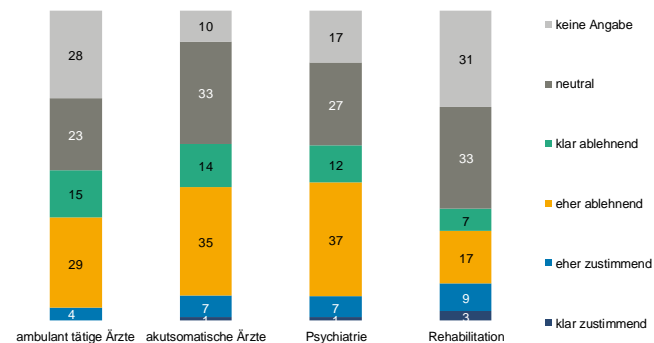
*Alles in allem: Wie stehen Sie SwissDRG fünf Jahre nach deren Einführung (Psychiatrie: der geplanten Einführung vom Tarifsysteem TARPSY zur Vergütung der stationären Psychiatrie/Rehabilitation; der geplanten Einführung des Tarifsystems ST Reha zur Vergütung der stationären Rehabilitation) gegenüber?
in % ambulant tätige Ärzte/akutsomatische Ärzte/Psychiatrie/Rehabilitation, Anteil "klar/eher zustimmend"

Vergleich Beurteilung SwissDRG nach Einführung/geplante Einführung TARPSY/ST Reha

*Alles in allem: Wie stehen Sie SwissDRG fünf Jahre nach deren Einführung (Psychiatrie: der geplanten Einführung vom Tarifsysteem TARPSY zur Vergütung der stationären Psychiatrie/Rehabilitation; der geplanten Einführung des Tarifsystems ST Reha zur Vergütung der stationären Rehabilitation) gegenüber?
in % ambulant tätige Ärzte/akutsomatische Ärzte/Psychiatrie/Rehabilitation, Anteil "klar/eher zustimmend"



© gfs.bern, Begleitstudie im Auftrag der FMH, Juni – August 2017
(N ambulant tätige Ärzte jeweils ca. 270 / N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 940 / N Psychiatrie jeweils ca. 130 / N Rehabilitation jeweils ca. 70), * 2011 und 2012 zusammen



© gfs.bern, Begleitstudie im Auftrag der FMH, Juni – August 2017
(N ambulant tätige Ärzte jeweils ca. 270 / N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 940)

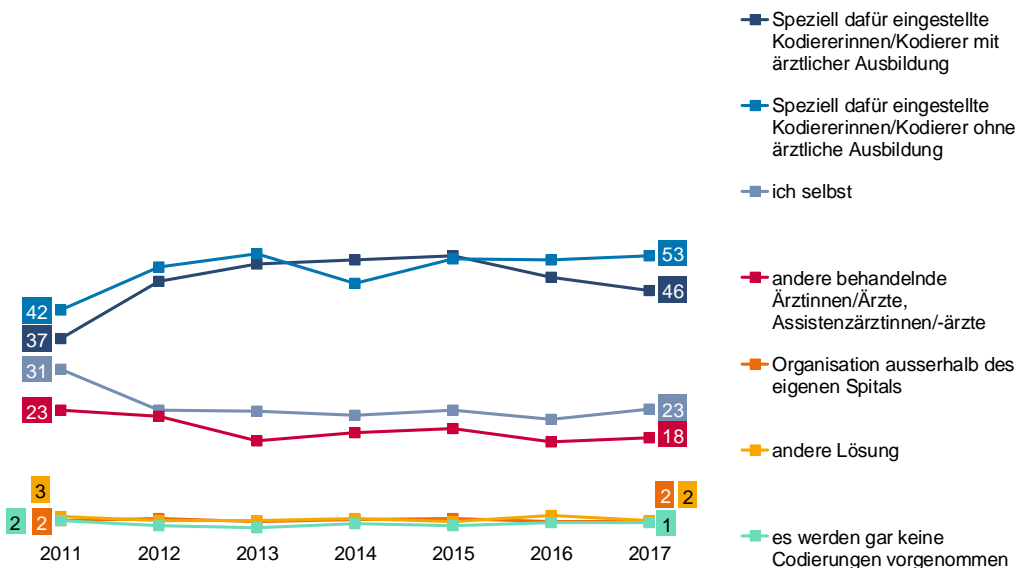
Gerade in den Medien wird die Auswirkung auf die Psychiatrie aufgrund des Aktualitätswerts besonders rege diskutiert. Orientiert man sich am Beispiel der Akutsomatik, wird der mit Abstand grösste Teil der Codierungsarbeit voraussichtlich von extra eingestelltem (nicht ärztlichem) Personal ausgeführt. Dieser Anstieg ist insbesondere seit 2012 - also dem Jahr der Einführung von SwissDRG - ersichtlich. Seither bleibt die Verteilung relativ konstant.

Grafik 64

Trend Codierung: akutsomatische Ärzte

"Wer alles codiert Diagnosen (z.B. im Rahmen von DRG) in Ihrem Spital?"

in % akutsomatische Ärzte, Mehrfachantworten möglich



© gfs.bern, Begleitstudie im Auftrag der FMH, Juni – August 2017
(N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 270)

5 Synthese

Aus den vorläufigen Analysen über die Befindlichkeit der Ärzteschaft nach der Einführung von SwissDRG sowie im Hinblick auf die bevorstehende Einführung von ST Reha und TARPSY verfassen wir die folgenden Befunde:

Befund 1

Der Ärzteschaft geht es dank einem spannenden Beruf grundsätzlich gut. Sie nimmt wegen der hohen Identifikation Belastungen in Kauf, die weit über der Norm im Schweizer Arbeitsprozess liegen. In den letzten Jahren nimmt die Belastung langer Arbeitszeiten vergleichsweise eher ab, dafür ist ein erhöhter Leistungsdruck zu erkennen.

Befund 2

Innerhalb der letzten sechs Jahre hat der Dokumentationsaufwand für die Ärzteschaft deutlich zugenommen. Dafür ist ein leichter Rücklauf in sonstigen administrativen Tätigkeiten zu beobachten. Die Mehrheit der Codierungsaufgaben wird von eigens dafür angestellten Fachpersonen erledigt und auch die Assistenzärzteschaft ist stark involviert. Die anfangs grossen Befürchtungen über die negativen Folgen von SwissDRG konnten etwas abgefangen werden.

Befund 3

Die Leistungsorientierung im Gesundheitswesen beeinflusst den medizinischen Alltag. Das betrifft sowohl die Ärzte in ihren Arbeitsbedingungen wie auch die Arbeit am Patienten. In medizinischen Führungspositionen sind leistungsabhängige Löhne heute Usus. Dennoch leidet die Patientenversorgung derzeit aus Sicht der Ärzteschaft kaum unter ökonomisch motivierten Massnahmen.

Befund 4

Die Beseitigung falscher Anreize im Gesundheitswesen beschäftigt heute Politik, Behörden und Leistungserbringer. Die damit zusammenhängende Diskussion über neue Finanzierungsmodelle wird von der Hälfte der Ärztinnen und Ärzte aktiv wahrgenommen. Mit der heutigen Lösung ist man nicht zufrieden. Begrüsst würde primär eine stärkere Involvierung der Kantone, d.h. ihre Beteiligung an der Finanzierung auch im ambulanten Bereich. Eine Finanzierung ausschliesslich über Krankenkassen wird dagegen von den Ärztinnen und Ärzten nicht goutiert.

Die vier folgenden Thesen gehen über die effektiven Befunde hinaus und stellen Überlegungen über künftige oder weitere Entwicklungen und Zusammenhänge an. Die Thesen gehen so jeweils über die rein empirischen Befunde hinaus und sind mit Erfahrungen und Einschätzungen angereichert.

These 1

Neue Formen der Leistungsorientierung im Alltag der Ärzteschaft führen zu neuen Herausforderungen. Die Folgen dieser Entwicklung sind heute für die Ärztinnen und Ärzte zu spüren. Den Patientinnen und Patienten gegenüber übernimmt die Ärzteschaft eine anwaltschaftliche Rolle und federt so allfällige negative Entwicklungen ab.

These 2

Die Zufriedenheit mit der Arbeit und den Aufgaben ist bei den Ärztinnen und Ärzten mehrheitlich gegeben. Über die Jahre ist aber eine leichte Abnahme dieser Zufriedenheit zu entdecken. Immer mehr Ärztinnen und Ärzte überlegen sich, auch eine Stelle ausserhalb des Gesundheitswesens anzunehmen. Die Arbeitsbedingungen der Ärzteschaft sollten sich den sich ändernden Bedürfnissen anpassen und vor allem die administrativen Prozesse im Arbeitsalltag sollten vereinfacht werden.

These 3

Damit die Qualität der ärztlichen Arbeit am Patienten nicht gefährdet ist, müssen die Spitäler weitere Effizienzsteigerungen im administrativen Bereich finden. Die Indikationsqualität kann gefährdet werden durch den Fehlanreiz der Mengenausweitung.

These 4

Die Diskussion über neue Finanzierungsmodelle im Gesundheitswesen verfolgt die Ärzteschaft teilweise. Man ist mit dem aktuellen System unzufrieden, aber so richtig aufgenommen wurde die Diskussion um die neuen Lösungen von einem Grossteil der Ärzteschaft noch nicht. Gewisse Sympathien genießt die dual-fixe Finanzierung mit einer Beteiligung der Kantone an den ambulanten Kosten. Die grossen Anteile Unentschiedener zeigen, dass ein Effort gemacht werden muss, die Ärzteschaft mit an Bord bei der Ausgestaltung neuer Lösungen zu holen.

6 Anhang

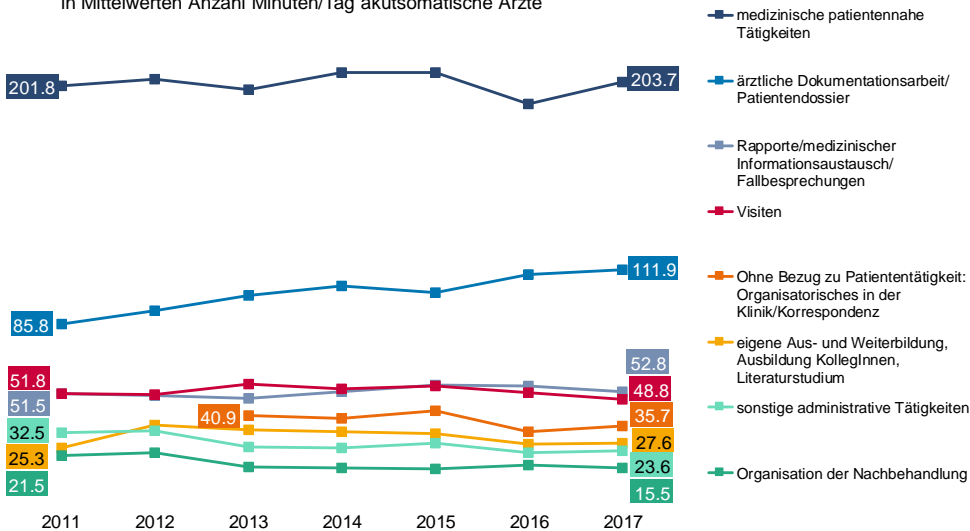
6.1 Grafiken Zeitaufwand Tätigkeiten in Minuten

Grafik 65

Trend Zeitaufwand für verschiedene Tätigkeiten: akutsomatische Ärzte (1/2)

"Wenn Sie an den letzten normalen Arbeitstag denken, wie viel Zeit haben Sie dabei auf die folgenden Tätigkeiten angewendet? Bitte geben Sie Ihre Angaben in Minuten an."

in Mittelwerten Anzahl Minuten/Tag akutsomatische Ärzte



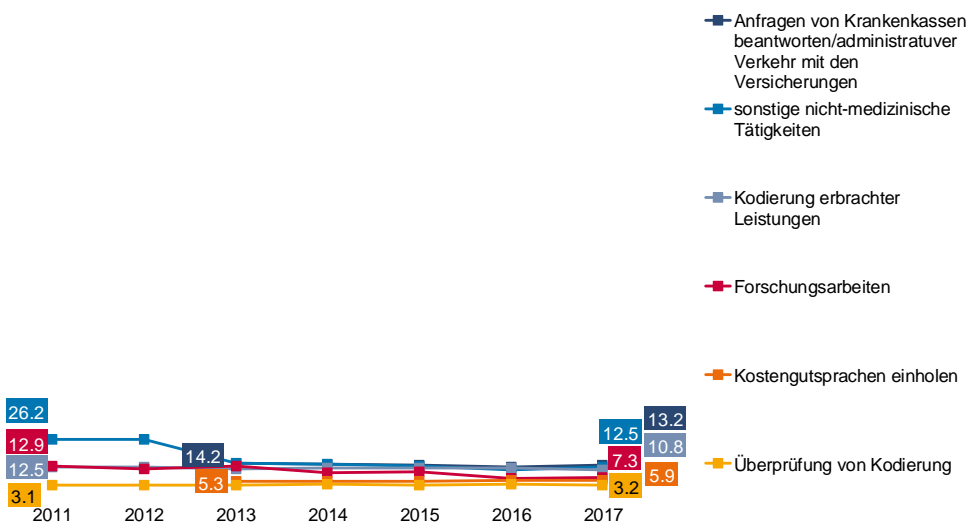
© gfs.bern, Begleitstudie im Auftrag der FMH, Juni – August 2017
(N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 940)

Grafik 66

Trend Zeitaufwand für verschiedene Tätigkeiten: akutsomatische Ärzte (2/2)

"Wenn Sie an den letzten normalen Arbeitstag denken, wie viel Zeit haben Sie dabei auf die folgenden Tätigkeiten angewendet? Bitte geben Sie Ihre Angaben in Minuten an."

in Mittelwerten Anzahl Minuten/Tag akutsomatische Ärzte



© gfs.bern, Begleitstudie im Auftrag der FMH, Juni – August 2017
(N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 940)

6.2 gfs.bern-Team



LUKAS GOLDER

Senior Projektleiter, Mitglied der Geschäftsleitung, Politik- und Medienwissenschaftler, MAS FH in Communication Management

Schwerpunkte:

Integrierte Kommunikations- und Kampagnenanalysen, Image- und Reputationsanalysen, Medienanalysen/Medienwirkungsanalysen, Jugendforschung und gesellschaftlicher Wandel, Abstimmungen, Wahlen, Modernisierung des Staates, Gesundheitspolitische Reformen.

Publikationen in Sammelbänden, Fachmagazinen, Tagespresse und auf dem Internet



CLOÉ JANS

Projektleiterin, Politikwissenschaftlerin

Schwerpunkte:

Image- und Reputationsanalysen, Jugend- und Gesellschaftsforschung, Abstimmungen / Kampagnen / Wahlen, Issue Monitoring / Begleitforschung politische Themen, Medienanalysen, Gesundheitspolitische Reformen und Fragen, Qualitative Methoden



STEPHAN TSCHÖPE

Leiter Analyse und Dienste, Politikwissenschaftler

Schwerpunkte:

Koordination Dienstleistungen, komplexe statistische Datenanalytik, EDV- und Befragungs-Programmierungen, Hochrechnungen, Parteien- und Strukturanalysen mit Aggregatdaten, Integrierte Kommunikationsanalysen, Visualisierung



AARON VENETZ

Datenanalytiker, Politikwissenschaftler

Schwerpunkte:

Datenmodellierungen, Qualitative Methoden, Recherchen, Datenanalyse, Programmierungen, Medienanalysen, Visualisierungen



NOAH HERZOG

Sekretariat und Administration, Kauffmann EFZ

Schwerpunkte:

Desktop-Publishing, Visualisierungen, Projektadministration, Vortragsadministration

gfs.bern ag
Effingerstrasse 14
Postfach
CH – 3001 Bern
Telefon +41 31 311 08 06
Telefax +41 31 311 08 19
info@gfsbern.ch
www.gfsbern.ch

Das Forschungsinstitut gfs.bern ist Mitglied des Verbands Schweizer Markt- und Sozialforschung und garantiert, dass keine Interviews mit offenen oder verdeckten Werbe-, Verkaufs- oder Bestellabsichten durchgeführt werden.

Mehr Infos unter www.schweizermarktforschung.ch

**SCHWEIZER
MARKTFORSCHUNG**
Kein Verkauf - Wissenschaftlich - Anonym

**gfs.bern**
Menschen. Meinungen. Märkte.