

Trotz steigendem Dossieraufwand bleibt die Spitalärzteschaft motiviert



Wichtigstes in Kürze

Begleitstudie anlässlich der Einführung von SwissDRG sowie der geplanten stationären Tarife in der Rehabilitation und Psychiatrie im Auftrag der FMH, 5. Befragung 2015

Projektteam

Lukas Golder Politik- und Medienwissenschaftler

Claude Longchamp Politikwissenschaftler,
Lehrbeauftragter der Universitäten Bern, Zürich und St. Gallen

Cloé Jans Politikwissenschaftlerin

Stephan Tschöpe Politikwissenschaftler

Aaron Venetz Politikwissenschaftler

Marcel Hagemann Sozialwissenschaftler

Johanna Schwab Sekretariat und Administration

Inhaltsverzeichnis

1	MANAGEMENT SUMMARY	3
	Fazit und Thesen	5
2	WICHTIGSTES IN KÜRZE	7
	Zielsetzung und Methode	7
	Gesundheitszustand und Arbeitszufriedenheit	8
	Administrativ vs. medizinisch.....	10
	Behandlungsfreiheit und – qualität.....	11
	Entwicklung des ärztlichen Personalbestands	14
	Fallpauschalen: Begleiteffekte und Haltungen.....	14
	Synthese	16
3	ANHANG	19
	gfs.bern-Team	19

Bern, 24. September 2015
Copyright by gfs.bern
Publikation: Januar 2016

1 Management Summary

Am 1. Januar 2012 wurde SwissDRG eingeführt. gfs.bern hat im Auftrag der FMH bereits 2011 eine erste Messung vorgenommen, um die Situation und die Einstellung der Spitalärzteschaft vor der effektiven Einführung bezogen auf verschiedene Fragestellungen detailliert zu beschreiben und hat diese Befragung nun nach der Einführung von SwissDRG viermal wiederholt. Seit der Befragungsreihe 2013 wird zudem auch der Einführung der Tarifsysteme ST Reha und TARPSY vertieft Rechnung getragen, indem der betroffenen Ärzteschaft der Psychiatrie und der Rehabilitationskliniken entsprechende Fragen gestellt worden sind. Die hiesige Ärzteschaft ist mit SwissDRG breit vertraut. Es gilt sich jedoch vor Augen zu führen, dass derzeit diverse, die Schweizer Spitallandschaft prägende, Veränderungsprozesse im Gang sind. Nebst der Einführung der Fallpauschalen nach SwissDRG haben auch andere Aspekte der neuen Spitalfinanzierung und weitere Veränderungen wie die Konsolidierung der Spitzenmedizin einen Einfluss auf die Arbeit der Medizinerinnen und Mediziner. Die vorliegenden Messungen 2015 sind dementsprechend als Zwischenbilanz zu verstehen. Befragt wurden insgesamt 1296 Medizinerinnen und Mediziner.

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

Gesundheitszustand Eine Mehrheit der in der Schweiz tätigen Ärzteschaft ist bei guter bis sehr guter physischer und psychischer Gesundheit. Allerdings wächst der Anteil der Befragten, der angibt, meistens oder häufig Stress ausgesetzt zu sein. Seit Befragungsbeginn steigen diese Aussagen in der Tendenz an und liegen nun an der 50-Prozent Marke. Beziehungsprobleme belasten doch zwischen 20 und 30 Prozent aller Befragten mindestens hie und da.

Berufliche Perspektiven und Arbeitszufriedenheit Die Arbeitszufriedenheit der Ärzteschaft ist konstant so hoch, dass von einer ausserordentlich hohen Berufsidentifikation ausgegangen werden kann. Faktoren, die zu dieser grundlegenden Zufriedenheit beitragen dürften, sind das breit geteilte Empfinden eine intellektuell stimulierende, abwechslungsreiche und gut bezahlte Tätigkeit zu haben. Mehrheiten der Ärzteschaft in der Akutsomatik sind auch mit den Aus- und Fortbildungsmöglichkeiten zufrieden, allerdings liegen die Werte für die AssistenzärztInnen und OberärztInnen lediglich bei 57 beziehungsweise 59 Prozent. Der absolut grösste Teil der in Spitälern und Kliniken tätigen Ärzte und Ärztinnen möchte auch in Zukunft weiterhin dort arbeiten und würde den Arztberuf auch ein zweites Mal wählen.

Allerdings fühlen sich auch klare Mehrheiten in allen Untergruppen andauernd hohem Zeitdruck ausgesetzt. Die auch mit vielen Überstunden zusammenhängende hohe Arbeitsbelastung ist und bleibt in den Augen der Befragten insofern ein Problem, als dass dadurch auch rund 80 Prozent der Ärztinnen und Ärzte bei der Qualität der Patientenversorgung mindestens hie und da Einbusen beobachten.

Beziehungen & Zusammenarbeit: Das ärztliche Umfeld Dass die Zufriedenheit in der Ärzteschaft grundsätzlich trotz der grossen Arbeitsbelastung sehr gross ist, dürfte nicht zuletzt auch mit der guten Arbeit im Team zusammenhängen. Man arbeitet gerne zusammen, empfindet die Fehlerkultur als gesund und ist mit den direkten Vorgesetzten zufrieden. Die Zusammenarbeit funktioniert über das ärztliche Kernteam hinaus gut: Sowohl mit der Belegschaft anderer Abteilungen als auch mit dem ärztlichen Personal und dem Pflegedienst. Eine verbesserte Zusammenarbeit ist ebenfalls mit der Spitalverwaltung zu verzeichnen und im Vergleich zu 2011 in leichter Form in der Zusammenarbeit mit den Krankenkassen zu beobachten.

Zeitaufwand administrativ vs. medizinisch Der Anteil an patientennahen, medizinischen Tätigkeiten jeden Tag hat seit 2011 in sämtlichen Untergruppen klar abgenommen. Die akutsomatisch tätigen Ärzte verbringen noch rund ein Drittel, die Psychiater und die in der Rehabilitation tätigen Ärzte sogar nur noch rund ein Viertel des Tages mit patienten-

nahen Tätigkeiten. In der Akutsomatik und der Rehabilitation sind sich die Befragten überdies auch einig, dass dafür der Dokumentationsaufwand (im Verhältnis zu den restlichen Tätigkeiten) Jahr für Jahr eher ansteigt. In absoluten Werten verbringt die Ärzteschaft der Akutsomatik heute rund 15 Minuten mehr mit Dokumentationsarbeiten als noch 2011. In der Psychiatrie wird relativ gesehen die wenigste Zeit mit der ärztlichen Dokumentationsarbeit und dem Führen von Patientendossiers verbracht. Die AssistenzärztInnen der Akutsomatik dagegen verrichten diese Aufgabe am häufigsten. Dafür ist man in der Psychiatrie zunehmend mit der Umsetzung des neuen Kinder- und Erwachsenenschutzrechts beschäftigt. Sonstige administrative Tätigkeiten nehmen über alle Untergruppen hinweg eher ab.

Behandlungsfreiheit und -qualität

Eine hohe Behandlungsqualität ist laut den befragten Ärztinnen und Ärzten im Schweizer Spitalwesen klar gegeben. Der Versorgungsstand ist gut und wird eher besser. Es besteht grosser Spielraum in der Behandlung, in der Regel können sämtliche notwendigen diagnostischen Verfahren durchgeführt werden, um eine fundierte Entscheidung über die Behandlungsmethode zu fällen. Die besten Experten, Präparate und Geräte stehen zur Verfügung. Diese Einschätzungen gelten im besonderen Masse für die Akutsomatik, werden aber auch in der Psychiatrie und in der Rehabilitation mehrheitlich so geteilt.

In der Akutsomatik und der Rehabilitation entscheidet nach wie vor (und in zunehmendem Ausmass) der Patient zusammen mit dem vorgesetzten Arzt über die optimale Behandlung. In der Psychiatrie indes kommt diesbezüglich insbesondere Psychologinnen und Psychologen eine wachsende Rolle zu und die Ärzte sind erst zweitrangig involviert. Akteure aus der Verwaltung oder die Krankenkassen hingegen üben in der Wahrnehmung der Befragten in der Akutsomatik einen eher geringen Einfluss aus. In der Psychiatrie und Rehabilitation ist der Einfluss der Krankenkassen und Verwaltung nach wie vor höher als in der Akutsomatik; er nahm jedoch im Vergleich zu den Vorjahren eher wieder ab.

Einfluss ökonomischer Prinzipien

Sparvorgaben und Gewinnoptimierung sind zwar noch immer Realitäten, die den Spitalalltag prägen, allerdings eher im geringeren Ausmass als auch schon. Das gilt insbesondere für die Reha und die Akutsomatik, weniger aber für die Psychiatrie. Nichtsdestotrotz haben gewisse, an ökonomischen Prinzipien orientierte, Praktiken Einzug gehalten und hinterlassen in allen Kliniken und Spitälern Spuren: Etwa sind leistungsabhängige Lohnsysteme in gewissen Spitälern durchaus vorhanden. In der Akutsomatik verfügt im Durchschnitt 12 Prozent der befragten Ärzteschaft über Bonuszahlungen (und sagt dies auch offen). Verbreitet sind diese insbesondere in den Chefetagen; bei den leitenden Ärztinnen und Ärzten verfügen 24 Prozent über entsprechende Lohnkomponenten, bei der Chefärzteschaft sind es 19 Prozent. Mit solchen Lohnsystemen einhergehend besteht die Gefahr einer Häufung von, durch Sollvorgaben verursachten, unnötigen Operationen. Diese sind zwar nach wie vor selten, werden in der Tendenz aber dennoch immer häufiger beobachtet.

Entwicklung des ärztlichen Personalbestands

Der Bedarf an ärztlichen Leistungen steigt und viele Spitäler sind weiter auf Expansionskurs. Das nehmen Mehrheiten der befragten Ärztinnen und Ärzten sowohl in der Akutsomatik, in der Psychiatrie als auch in der Rehabilitation wahr. Der wachsende Personalbestand deckt aber offensichtlich das durch die expandierenden Spitäler wachsende Bedürfnis nach mehr Ärztinnen und Ärzten kaum ab und vielerorts verfügt man nicht über das nötige Personal. Der Ärztemangel ist, das wird deutlich, offensichtlich nach wie vor ein breit wahrgenommenes Thema eines sich in den letzten Jahren verstärkenden Problemdrucks.

Fallpauschalen: Begleiteffekte und Haltungen

Die Schweizerische Spitallandschaft sah sich in den letzten Jahren mit beträchtlichen Änderungen konfrontiert. Eine isolierte Beurteilung des Einflusses von SwissDRG auf die alltägliche Praxis im Spital kann deshalb nur schwer beurteilt werden. Allerdings ist die neue Spitalfinanzierung noch nicht wie vorgesehen umgesetzt. So leistet ein Teil der Kantone nach wie vor zusätzliche Subventionen, wodurch zwischen den Spitälern ungleiche Spiesse geschaffen werden.

Bei gewissen, sich in den letzten Jahren abzeichnenden Veränderungen liegt ein Zusammenhang mit der Einführung von SwissDRG jedoch auf der Hand. So etwa wurden häufiger Nachfragen von Krankenkassen oder aber verzögerte Kostengutsprachen beobachtet. Diese Problematik hat sich jedoch im Vergleich zum letzten Jahr nicht weiter verstärkt. Nichtsdestotrotz bleibt der Austausch zwischen Krankenkassen und Spitälern intensiv, wobei Chefärzte hier einen besonders hohen Anteil der Last zu tragen haben.

Konkret gefragt ist heute eine Mehrheit der Ärzteschaft der Meinung, SwissDRG beeinflusse die eigene Arbeit mit den PatientInnen nicht oder nur schwach. In der Psychiatrie und der Rehabilitation gehen zwar noch mehr Personen von einer starken Beeinflussung durch die Tarifsyste me aus, diese Werte sind jedoch im Abnehmen begriffen. Die anfänglich dezidiert kritischen Haltungen vieler Ärzte und Ärztinnen gegenüber der Einführung von SwissDRG fussten offenbar auch auf Befürchtungen, die sich schlussendlich in der täglichen Praxis nicht so stark wie gedacht auswirkten. Anfänglich identifizierte Brennpunkte haben sich nicht weiter verstärkt.

Fazit und Thesen

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:

Die Ärzteschaft empfindet den eigenen Beruf als spannend und identifiziert sich stark damit. Dies trotz überdurchschnittlich viel Stress und Arbeitsbelastung. Einen ausschliesslichen und direkten Einfluss der Einführung von SwissDRG lässt sich aufgrund der aktuell zahlreichen parallel laufenden Umbrüche innerhalb der Schweizer Spitallandschaft nur schwer messen. Indes, SwissDRG wurde insbesondere unter dem Aspekt einer Effizienzsteigerung des Spitalwesens angedacht. Spitäler expandieren heute weiterhin und um ihren Arbeitsplatz fürchten nur die allerwenigsten der hiesigen Ärztinnen und Ärzte. Im Gegenteil: Der Ärztemangel bleibt weiterhin Realität. Ausserdem ist eine deutliche Mehrheit der Befragten heute mit ihrer Bezahlung zufrieden. Die Qualität der Versorgung bleibt ausserdem aus Sicht der Ärzteschaft hoch, die Orientierung an reinen (ökonomischen) Effizienzkriterien nimmt nicht zu, die Behandlungsfreiheit ist gewährleistet und die Zusammenarbeit im Gesundheitswesen funktioniert in der Regel gut.

Die von den Befragten wahrgenommenen, mit der Einführung von SwissDRG einhergehenden Problembereiche sind insbesondere unter dem Aspekt der Bürokratisierung kritisch zu hinterfragen.

Die Zeit, die Ärztinnen und Ärzte mit patientennahen medizinischen Tätigkeiten verbringen, nimmt relativ gesehen ab. Gestiegen ist dabei klar der Arbeitsaufwand für Dokumentationsarbeiten und das Patientendossier – insbesondere bei den Assistenzärzten. Immerhin wird dafür für andere administrative und nicht-medizinische Tätigkeiten weniger Zeit aufgewendet. Auf der Ebene der Chefärzte dagegen ist man stärker als früher in den direkten Kontakt mit den Krankenkassen involviert, etwa wenn es um Nachfragen oder Überweisungen an die Reha geht.

Die Umsetzung der Fallpauschalen nach SwissDRG erfolgte je nach Kanton und Spitalstruktur sehr unterschiedlich. Teilweise wurden in Erwartung von SwissDRG bereits vorab Strukturbereinigungen vorgenommen, teilweise werden aber auch noch heute mit verschiedenen Instrumenten Strukturen subventioniert, die unter verschärften Wettbewerbsbedingungen nicht mehr finanziert werden könnten. Bei den erhofften Verbesserungen hinsichtlich Transparenz sind erst wenige Veränderungen erkennbar. Unter dem Strich wird der Systemwechsel zu SwissDRG weiterhin kritisch beurteilt, aber deutlich weniger als vor der Einführung. Der Anteil Personen, der eine neutrale Meinung hat und keinen schlechten Einfluss wahrnimmt, nimmt zu.

2 Wichtigstes in Kürze

Zielsetzung und Methode

Der FMH geht es darum, die Entwicklung der Rahmenbedingungen für die Spitalärzte und die Arzt-Patienten-Beziehung mit einer repräsentativen Befragung bei Spitalärzten im akutsomatischen Bereich, in der Rehabilitation, in der Psychiatrie und bei praxisambulant tätigen Ärzten im Rahmen laufender Reformen im Spitalwesen (Tarifierungen, Spitalfinanzierung) zu untersuchen. Zum dritten Mal in Folge werden auch systematisch die Bereiche Psychiatrie und der Rehabilitation analysiert, wo die veränderte Abrechnung erst noch bevorsteht.

- Die FMH möchte jene Themen aus dem FMH-Konzept¹ untersuchen lassen, welche aus Sicht der Ärzteschaft wichtig sind, aber durch keinen anderen Partner im Gesundheitswesen untersucht werden.
- Anhand der wissenschaftlich erhobenen Untersuchungsergebnisse sollen Fehlentwicklungen frühzeitig erkannt werden, damit Gegenmassnahmen rechtzeitig eingeleitet werden können.
- 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.

Mit der Studie 2015 wird es möglich, die 2013 erstmals identifizierten Trends vertieft zu diskutieren.

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 insbesondere für die Ärzteschaft in Psychiatrischen Kliniken und in Rehabilitationskliniken angepasst. Für die vorliegende fünfte Erhebung wurden im Zeitraum von Juni – August 2015 804 akutsomatische Spitalärzte, 143 Ärzte in Psychiatrischen Kliniken und 76 Ärzte in Rehabilitationskliniken befragt. Hinzu kommen 273 ambulant tätige Ärzte. Es haben damit insgesamt 1296 Ärzte an der FMH Begleituntersuchung teilgenommen. Für die Gesamtheit der Auswertungen ergibt dies einen theoretischen Stichprobenfehler von +/-2.8 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 Prozent im Vergleich zu den zur Verfügung stehenden Adressen. Bei der Spitalärzteschaft konnten wir eine Ausschöpfung von 20 Prozent erreichen. In der Rehabilitation erzielten wir mit spezifischen Erinnerungsschreiben über E-Mail eine Ausschöpfung von 46.6 Prozent, in der Psychiatrie realisierten wir eine Ausschöpfung von 52.4 Prozent.

Für die praxisambulant tätigen Ärzte beträgt der Stichprobenfehler +/-5,9 Prozentpunkte, bei in der Psychiatrie tätigen Ärzten +/-8.3 Prozentpunkte, bei den in Rehabilitationskliniken tätigen Ärzten +/-11.5 Prozentpunkte und bei der akutsomatischen Spitalärzteschaft +/-3.5 Prozentpunkte.

¹ Vgl. Bovier P., Burnand B., Guillaud H., Paccaud F., Vader J.P., Locher H., Meyer B. (2009): Konzept für die Begleitforschung aus Anlass der Einführung von SwissDRG, URL: http://www.fmh.ch/stationaere_tarife/begleitforschung.html

Gesundheitszustand und Arbeitszufriedenheit

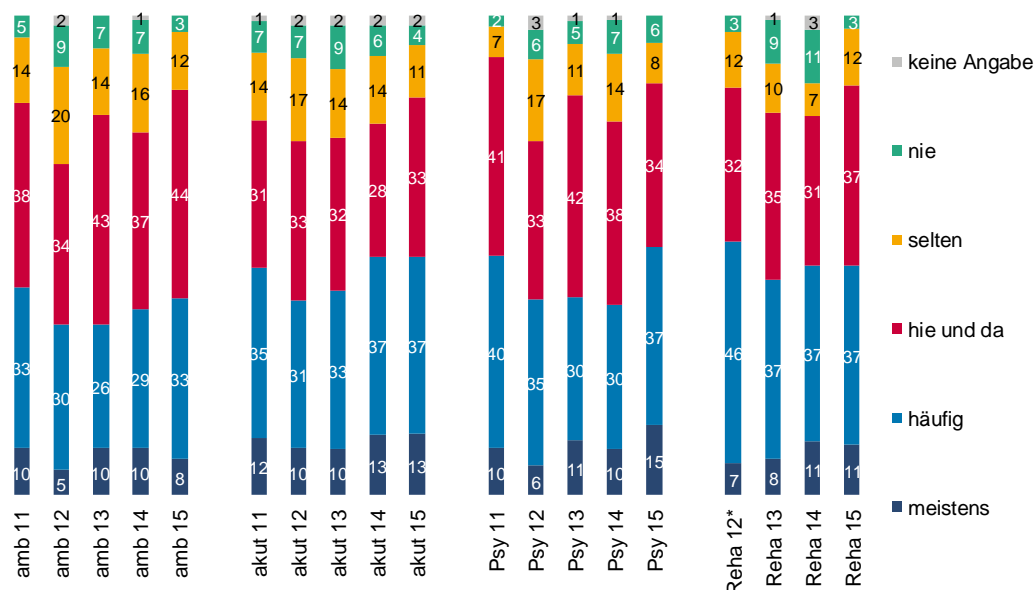
Eine Mehrheit der in der Schweiz tätigen Ärzteschaft ist bei guter bis sehr guter physischer und psychischer Gesundheit. Das ist insofern ein wichtiger Befund, als dass ebenso grosse Mehrheiten der Befragten der Meinung sind, eine schlechte eigene gesundheitliche Verfassung würde sich auf die Qualität ihrer medizinischen Betreuung der Patientinnen und Patienten auswirken. Allerdings bleibt Stress die mit Abstand grösste Belastung für Ärztinnen und Ärzte. Seit 2013 hat der Prozentsatz an der Ärzteschaft, die häufig Stress ausgesetzt ist, zudem zugenommen – und zwar in allen Ärztegruppen.

Grafik 1

Trend Vergleich Beschwerden/Beeinträchtigungen: Stress

"Wie häufig litten Sie unter folgenden Beschwerden/Beeinträchtigungen im vergangenen Jahr?"

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



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG, ST Reha, TARPSY im Auftrag der FMH, Juni – August 2015
 (N ambulant tätige Ärzte jeweils ca. 250 / N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 1000 / N Psychiatrie jeweils ca. 120 /
 N Rehabilitation jeweils ca. 70), * 2011 und 2012 zusammen

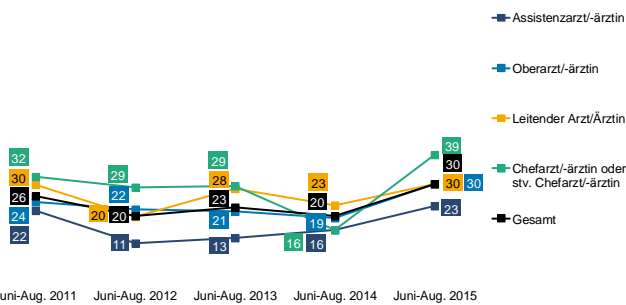
Nichtsdestotrotz: Gerade innerhalb der Akutsomatik, wo der Stress mintunter besonders gross ist, würden sich klare Mehrheiten der Befragten auch in Zukunft für den Arztberuf entscheiden, wenn sie denn erneut vor die Wahl gestellt würden. Passend dazu sieht eine Mehrheit dieser Personen ihre Zukunft auch weiterhin im Spital und nur Minderheiten tendieren inskünftig zu einer Beschäftigung als Belegarzt. Erfreulich ist bei der akutsomatisch tätigen Ärzteschaft zudem auch der Befund, dass durch alle Hierarchiestufen hindurch die Meinung geteilt wird, im Vergleich zu 2013 könnten sie sich dank effizienteren Prozessen besser als früher auf die medizinische Tätigkeit konzentrieren. Dieser Befund steht allerdings unter Umständen etwas im Widerspruch zur Entwicklung, dass seit 2013 in der Tendenz weniger akutsomatische Ärztinnen und Ärzte angeben, ihre Arbeit sei intellektuell stimulierend.

Grafik 2

Trend Aussagen über Arztberuf nach Position: akutsomatische Ärzte

"Treffen die folgenden allgemeinen Aussagen über die Veränderungen in der Medizin auf Sie zu?"
 Dank effizienter Prozesse kann ich mich heute besser als früher auf die medizinische Tätigkeit konzentrieren.

in % akutsomatische Ärzte, Anteil "trifft sehr zu" und "trifft eher zu" addiert

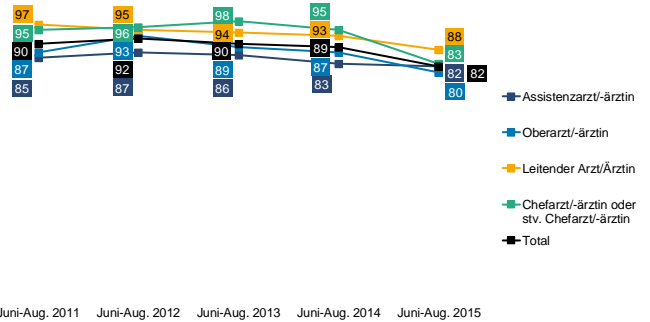


© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG, ST Reha, TARPSY im Auftrag der FMH, Juni – August 2015 (N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 1000)

Trend Aussagen über Arztberuf nach Position: akutsomatische Ärzte

"Treffen die folgenden allgemeinen Aussagen über die Veränderungen in der Medizin auf Sie zu?"
 Meine Arbeit ist intellektuell stimulierend.

in % akutsomatische Ärzte, Anteil "trifft sehr zu" und "trifft eher zu" addiert



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG, ST Reha, TARPSY im Auftrag der FMH, Juni – August 2015 (N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 1000)

Die Arbeitszufriedenheit der Ärzteschaft ist konstant so hoch, dass von einer ausserordentlich hohen Berufsidentifikation ausgegangen werden kann. Insbesondere bei den ambulant tätigen Ärzten und Ärztinnen ist die Zufriedenheit zudem in der Tendenz steigend. Faktoren, die zu dieser grundlegenden Zufriedenheit beitragen dürften, sind ein breit geteiltes Empfinden, eine interessante und abwechslungsreiche Tätigkeit zu haben und auch mit der Bezahlung weitestgehend zufrieden zu sein. Nichtsdestotrotz bleibt in der Akutsomatik rund ein Viertel der Befragten unzufrieden mit der Bezahlung. Bei Ärztinnen und Ärzten, die in der Reha, der Psychiatrie oder ambulant tätig sind, finden sich sogar eher noch mehr Unzufriedene.

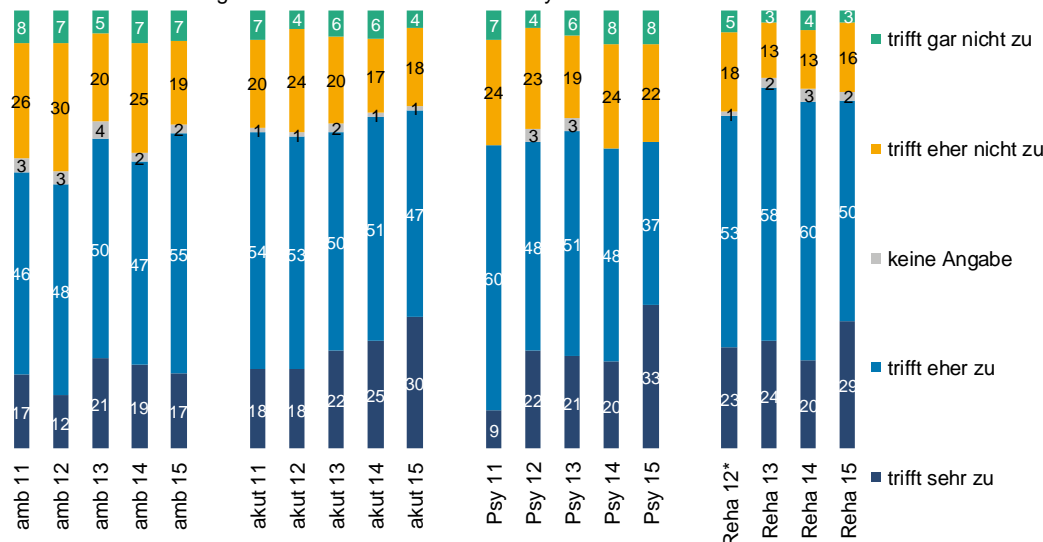
Grafik 3

Trend Vergleich Arbeitsbedingungen: zufrieden mit Bezahlung

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

Alles in allem bin ich zufrieden mit meiner Bezahlung.

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



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG, ST Reha, TARPSY im Auftrag der FMH, Juni – August 2015 (N ambulant tätige Ärzte jeweils ca. 250 / N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 1000 / N Psychiatrie jeweils ca. 120 / N Rehabilitation jeweils ca. 70), * 2011 und 2012 zusammen

Ein hoher Konkurrenzdruck zu anderen Spitälern wird überdies insbesondere in der Akutsomatik und in der Rehabilitation, etwas weniger dagegen in der Psychiatrie wahrgenommen. Klare Mehrheiten in allen Untergruppen fühlen sich zudem andauernd hohem Zeitdruck ausgesetzt. Das gilt überdies im besonderen Ausmass für die AssistenzärztInnen in der Akutsomatik. Trotz gesamthafter

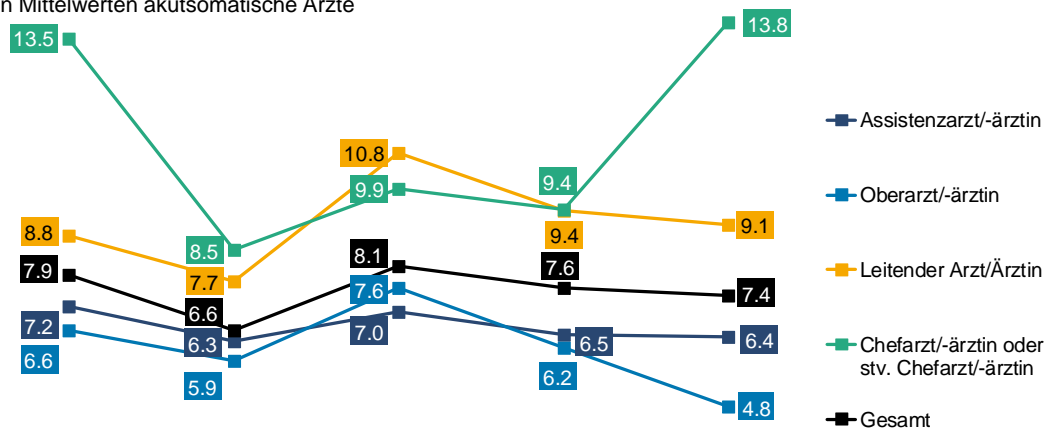
Arbeitszufriedenheit ist dieser Befund doch ernst zu nehmen und zu betonen. Die, auch mit vielen Überstunden zusammenhängende hohe Arbeitsbelastung ist und bleibt in den Augen der Befragten insofern ein Problem, als dass mangelndes physisches und psychisches Wohlbefinden durchaus auch mit Einbußen bei der Qualität der Patientenversorgung einhergehen kann.

Grafik 4

Trend Vergleich Anzahl Überstunden vergangene Arbeitswoche nach Position: akutsomatische Ärzte

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

in Mittelwerten akutsomatische Ärzte



Juni-Aug. 2011 Juni-Aug. 2012 Juni-Aug. 2013 Juni-Aug. 2014 Juni-Aug. 2015

© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG, ST Reha, TARPSY im Auftrag der FMH, Juni – August 2015
(N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 1000)

Dass die Zufriedenheit in der Ärzteschaft grundsätzlich sehr gross ist – trotz der grossen Arbeitsbelastung – dürfte nicht zuletzt auch mit der guten Arbeit im Team in allen Untergruppen zusammenhängen. Man arbeitet gerne zusammen, empfindet die Fehlerkultur als gesund und ist auch mit den direkten Vorgesetzten zufrieden. Die Zusammenarbeit funktioniert überdies auch über das ärztliche Kernteam hinaus gut: Sowohl mit der Belegschaft anderer Abteilungen als auch mit dem ärztlichen Personal und Pflegedienst kooperiert man gut und gerne. Eine verbesserte Zusammenarbeit ist zudem auch mit der Spitalverwaltung zu verzeichnen und im Vergleich zu 2011 ist eine leichte Verbesserung (auf tiefem Niveau) in der Zusammenarbeit mit den Krankenkassen zu beobachten.

Administrativ vs. medizinisch

Die akutsomatisch tätigen Ärzte verbringen noch rund einen Drittel, die in der Psychiatrie und in der Rehabilitation tätigen Ärzte sogar nur noch rund ein Viertel des Tages mit patientennahen, medizinischen Tätigkeiten. Dieser Tätigkeitsanteil pro Tag hat in sämtlichen Untergruppen (Rehabilitation, Psychiatrie und in der Akutsomatik) seit 2011 klar abgenommen. Insgesamt verbringen die Akutsomatiker die meiste Zeit mit medizinischen Tätigkeiten, die Ärzteschaft der Rehabilitation die wenigste. Letztere befinden sich dafür im Verhältnis klar häufiger auf Visite als ihre Kolleginnen und Kollegen aus anderen Fachbereichen.

In der Psychiatrie wird relativ gesehen die wenigste Zeit mit der ärztlichen Dokumentationsarbeit und dem Führen von Patientendossiers verbracht. Die As-

sistenzärztInnen der Akutsomatik hingegen verrichten diese Aufgabe am häufigsten von allen Untergruppen. In der Akutsomatik und der Rehabilitation sind sich die Befragten überdies auch einig, dass der Dokumentationsaufwand (im Verhältnis zu den restlichen Tätigkeiten) Jahr für Jahr ansteigt, sonstige administrative Tätigkeiten jedoch dafür eher abnehmen. Seit 2011 ist in der Akutsomatik wie auch in der Rehabilitation zu beobachten, dass die, dem Patientendossier gewidmete, Arbeitszeit graduell andere administrative Tätigkeiten zu substituieren scheint. In der Psychiatrie nimmt beides weniger Zeit ein als auch schon. Dafür ist man dort zunehmend mit der Umsetzung des neuen Kinder- und Erwachsenenschutzrechts beschäftigt

Tabelle 1

Vergleich Zeitaufwand für verschiedene Tätigkeiten

"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 einzelner Tätigkeiten an gesamtem Arbeitstag

	akutsomatische Ärzte/-Ärztinnen	akutsomatische Assistenzärzte / -ärztinnen	Psychiatrie	Rehabilitation
medizinische patientennahe Tätigkeiten	35.1	29.1	27.2	22.9
Visiten	9.5	10.2	8.2	14.8
Rapporte/medizinischer Informationsaus- tausch/Fallbesprechungen	9.6	10.2	10.7	8.1
ärztliche Dokumentationsarbeit/Patientendossier	16.9	27.3	10.8	18.3
Kodierung erbrachter Leistungen	1.9	1.8	2.9	2.3
Überprüfung von Kodierung	0.6	0.3	1.3	0.9
Anfragen von Krankenkassen beantwor- ten/administrativer Verkehr mit den Versicherungen	2.3	2.3	3.6	3.7
Kostengutsprachen einholen	0.9	1.3	1.9	3.0
Organisation der Nachbehandlung	2.4	3.3	2.5	2.8
ohne Bezug zu Patiententätigkeit: Organisatorisches in der Klinik/Korrespondenz	7.1	3.9	10.4	9.7
sonstige administrative Tätigkeiten	4.6	3.5	6.5	5.2
Aus- und Weiterbildung, Ausbildung KollegInnen, Literaturstudium	5.4	4.3	6.5	5.5
Forschungsarbeiten	1.5	1.1	1.6	0.9
sonstige nicht-medizinische Tätigkeiten	2.1	1.4	3.8	2.0
Umsetzungsarbeiten/Tätigkeiten aufgrund des neu- en Kinder- und Erwachsenenschutzrechts	-	-	2.1	-

© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG, ST Reha, TARPSY im Auftrag der FMH, Juni – August 2015

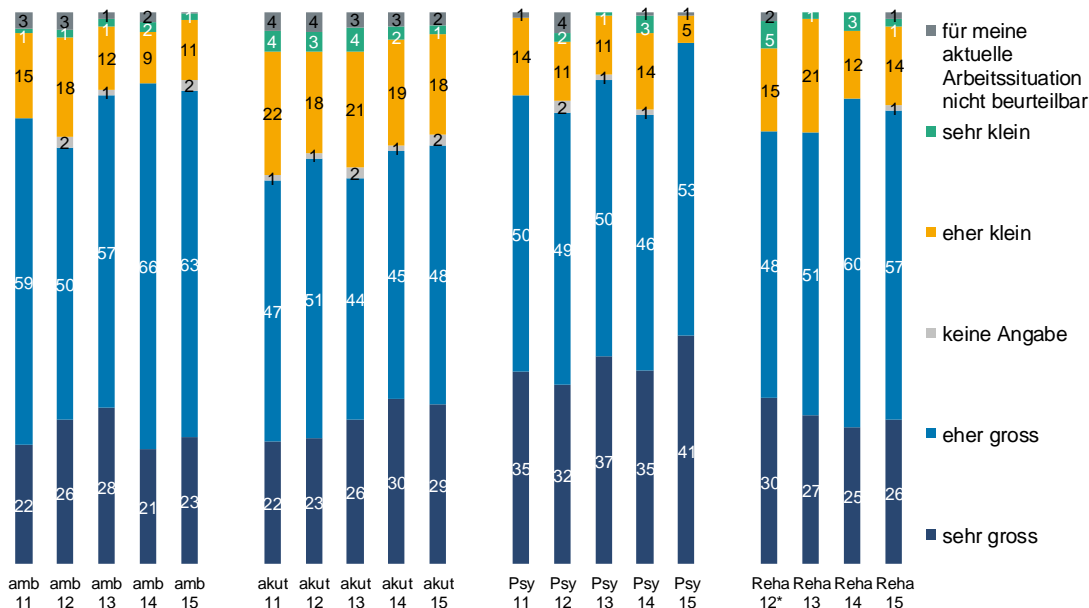
Behandlungsfreiheit und – qualität

Eine hohe Behandlungsqualität ist laut den befragten Ärztinnen und Ärzten im Schweizer Spitalwesen klar gegeben. Der Versorgungsstand ist gut, es besteht grosser Spielraum in der Behandlung, in der Regel können sämtliche notwendigen diagnostischen Verfahren durchgeführt werden, um einen fundierten Entscheid über die Behandlungsmethode zu fällen. Die besten Experten, Präparate und Geräte stehen zur Verfügung. Letzteres gilt im besonderen Masse für die Akutsomatik, wird aber auch in der Psychiatrie und in der Rehabilitation mehrheitlich so wahrgenommen. Eine Entwicklung in die gegenteilige Richtung, hin zu einer sich verschlechternden Behandlungsqualität zeichnet sich nicht ab – im Gegenteil; die Werte haben sich seit 2011 respektive 2013 in der Tendenz eher leicht verbessert.

Trend Vergleich Spielraum der Behandlung

"Wie gross schätzen Sie Ihren persönlichen Spielraum hinsichtlich der Art und Weise der Behandlung ein?"

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



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG, ST Reha, TARPSY im Auftrag der FMH, Juni – August 2015
 (N ambulant tätige Ärzte jeweils ca. 250 / N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 1000 / N Psychiatrie jeweils ca. 120 /
 N Rehabilitation jeweils ca. 70), * 2011 und 2012 zusammen

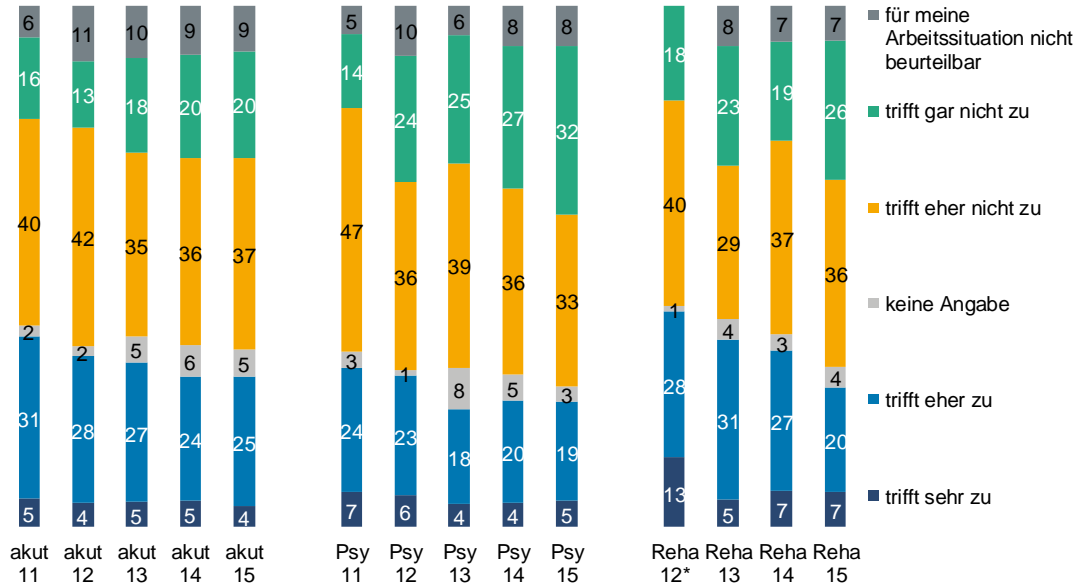
Über die optimale Behandlung entscheidet nach wie vor (und in zunehmendem Ausmasse) der Patient zusammen mit dem behandelnden Arzt. In der Psychiatrie indes kommt diesbezüglich Psychologinnen und Psychologen wie auch der Pflegedienstleitung eine wachsende Rolle zu. Akteure aus der Verwaltung oder die Krankenkassen hingegen üben in der Wahrnehmung der Befragten einen eher geringeren Einfluss aus als auch schon. In der Psychiatrie und Rehabilitation ist der Einfluss der Krankenkassen und Verwaltung nach wie vor höher als in der Akutsomatik; er nahm jedoch im Vergleich zu den Vorjahren eher wieder ab.

Sparvorgaben und Gewinnoptimierung sind noch immer Realitäten, die den Spitalalltag prägen, allerdings verglichen mit 2011 eher im geringeren Ausmass. Nichtsdestotrotz haben gewisse, an ökonomischen Prinzipien orientierte Praktiken Einzug gehalten und hinterlassen in den Kliniken und Spitälern auch Spuren – etwa in Form leistungsabhängiger Lohnsysteme. Immerhin – im Trend ist seit 2011 keine weitere Verbreitung derartiger Vorgehen zu beobachten.

Trend Vergleich Praxis in Abteilung/Klinik: entsprechend 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

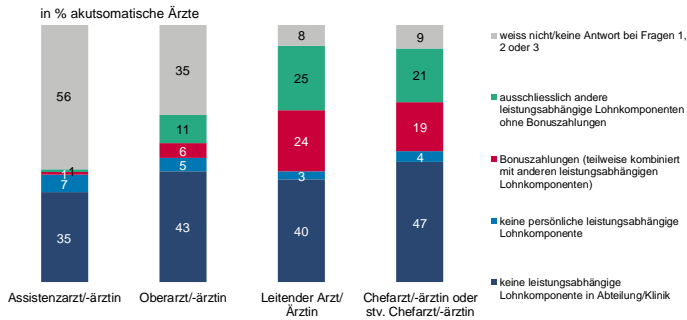


© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG, ST Reha, TARPSY im Auftrag der FMH, Juni – August 2015 (N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 1000 / N Psychiatrie jeweils ca. 120 / N Rehabilitation jeweils ca. 70), * 2011 und 2012 zusammen

Sollvorgaben für Interventionen, die an Lohn-Bonussysteme gebunden sind, sind weiterhin kaum vorhanden. Leistungsabhängige Lohnsysteme an und für sich jedoch sind durchaus in gewissen Spitälern Realität. Heute verfügt zwischen 10 (Psychiatrie) und 14 Prozent (Reha) der befragten Ärzteschaft über eine Lohnkomponente mit Bonussystem (und sagt dies auch offen). Der Anteil der Boni bei akutsomatischen Ärztinnen und Ärzten liegt bei durchschnittlich 12 Prozent. Üblich sind Boni dort insbesondere in den Chefetagen; bei den Chef- und leitenden Ärztinnen und Ärzten (19 respektive 24 Prozent). Bei leitenden Ärztinnen und Ärzten sind Boni etwas weiter verbreitet als auch schon. Verglichen mit 2013 machen diese zudem – sofern im persönlichen Lohnsystem vorgesehen – einen leicht wachsenden Anteil am Gesamtlohn aus.

Filter Leistungsabhängige Lohnkomponente nach Position: akutsomatische Ärzte

Frage 1 "Existieren auf Ihrer Abteilung/in Ihrer Klinik Entschädigungssysteme mit variablen, leistungsabhängigen Lohnkomponenten?"
Frage 2 "Enthält Ihr persönliches Entschädigungssystem eine variable, leistungsabhängige Lohnkomponente?"
Frage 3 (falls variable, leistungsabhängige Lohnkomponente) "Handelt es sich bei der variablen, leistungsabhängigen Lohnkomponente um:"

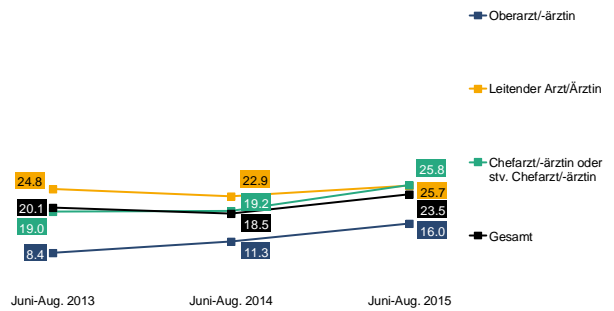


© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG, ST Reha, TARPSY im Auftrag der FMH, Juni – August 2015 (N akutsomatische Ärzte = 804)

Trend Vergleich Filter Anteil leistungsabhängiger Bonus nach Position: akutsomatische Ärzte

"Welcher Anteil am gesamten Lohn machte der leistungsabhängige Bonus im Jahr 2014 aus? (Angabe in Prozent)"

in Mittelwerten akutsomatische Ärzte, die über Bonuszahlungen verfügen



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG, ST Reha, TARPSY im Auftrag der FMH, Juni – August 2015 (n akutsomatische Ärzte jeweils ca. 90)

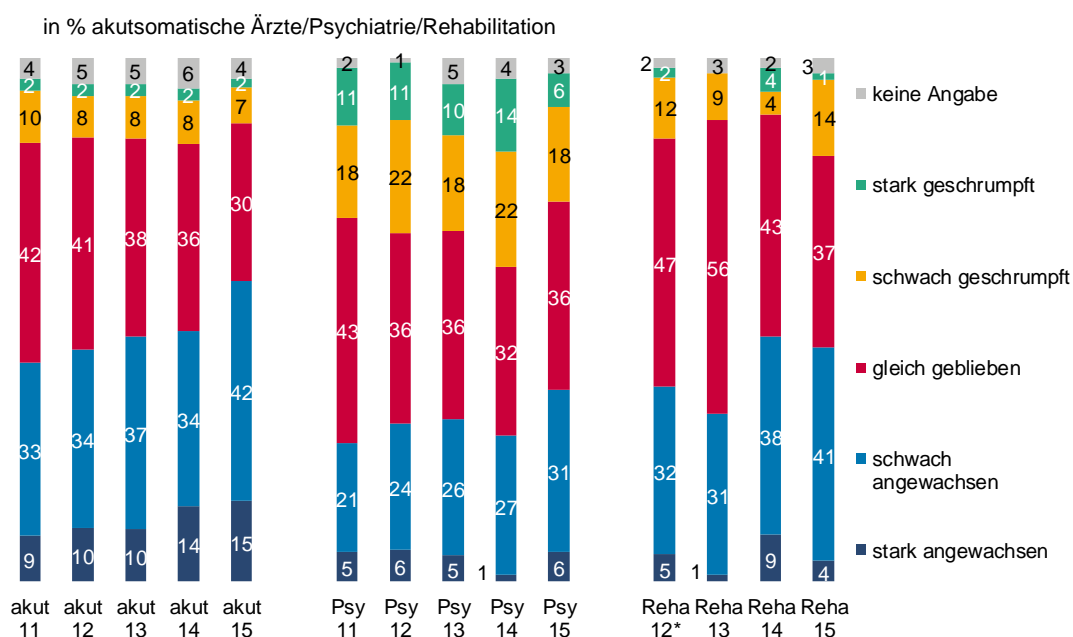
Entwicklung des ärztlichen Personalbestands

Der Bedarf an ärztlichen Leistungen steigt und viele Spitäler sind weiter auf Expansionskurs. Das nehmen Mehrheiten der befragten Ärztinnen und Ärzte sowohl in der Akutsomatik, in der Psychiatrie als auch in der Rehabilitation wahr. Passend zu dieser Expansion wächst auch der ärztliche Personalbestand weiter an oder bleibt zumindest gleich. In der Psychiatrie sind die Prozentanteile an Personen, die einen gewissen Rückgang der Ärzteschaft bemerken, konstant höher als in den anderen Gebieten. Dies ist aber nicht zwingend auf Sparübungen zurückzuführen, sondern kann sicher teilweise mit dem Umstand erklärt werden, dass Psychiater und Psychiaterinnen stets mehr durch Psychologinnen und Psychologen substituiert werden.

Grafik 8

Trend Vergleich Beurteilung Veränderung Personalbestand

"Wie hat sich der ärztliche Personalbestand Ihrer Abteilung im vergangenen Jahr verändert?"



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG, ST Reha, TARPSY im Auftrag der FMH, Juni – August 2015
(N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 1000 / N Psychiatrie jeweils ca. 120 / N Rehabilitation jeweils ca. 70), * 2011 und 2012 zusammen

Der wachsende Personalbestand deckt aber offensichtlich das durch die expandierenden Spitäler ebenso wachsende Bedürfnis nach mehr Ärztinnen und Ärzten kaum ab. Insbesondere in der Rehabilitation und in der Psychiatrie ist man mehrheitlich der Meinung, das eigene Spital verfüge aktuell nicht über genügend ärztliches Personal, um eine optimale Behandlung aller Patienten zu garantieren. In der Akutsomatik teilen noch immer beträchtliche Anteile der Befragten Ärztinnen und Ärzte diese Meinung, sie stellen aber keine Mehrheit wie in den anderen beiden Gebieten. Der Ärztemangel ist, das wird deutlich, offensichtlich nach wie vor ein breit wahrgenommenes Thema eines sich in den letzten Jahren sogar verstärkenden Problemdrucks.

Fallpauschalen: Begleiteffekte und Haltungen

Die Schweizerische Spitallandschaft sah sich in den letzten Jahren mit beträchtlichen Änderungen konfrontiert. Die Einführung der Fallpauschalen nach SwissDRG war – und ist bis heute – eine der besonders prägenden Umwälzungen. Was genau der konkrete Einfluss von SwissDRG auf die alltägliche Praxis im Spital bedeutet, ist zuweilen relativ schwierig auszumachen. Zum einen wirken auch andere Prozesse wie die neue Spitalfinanzierung auf die Spitalar-

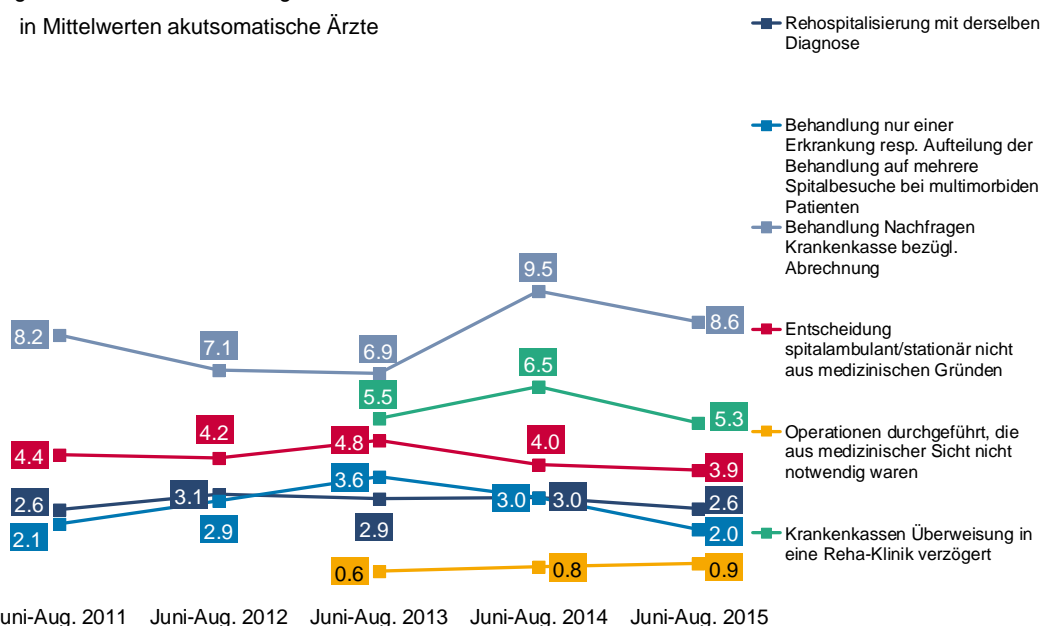
beit. Diese ist allerdings noch nicht wie vorgesehen umgesetzt. So leisten ein teil der Kantone nach wie vor zusätzliche Subventionen, wodurch zwischen den Spitälern ungleiche Spiesse geschaffen werden. Bei gewissen, sich in den letzten Jahren abzeichnenden Veränderungen liegt ein Zusammenhang mit der Einführung von SwissDRG jedoch auf der Hand. So etwa wurden häufiger Nachfragen von Krankenkassen oder aber verzögerte Kostengutsprachen beobachtet. Diese Problematik hat sich jedoch im Vergleich zum letzten Jahr nicht weiter verstärkt. Nichtsdestotrotz bleibt der Austausch zwischen Krankenkassen und Spitälern intensiv und insbesondere Chefärzte haben hier einen besonders hohen Anteil der Last zu tragen.

Grafik 9

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



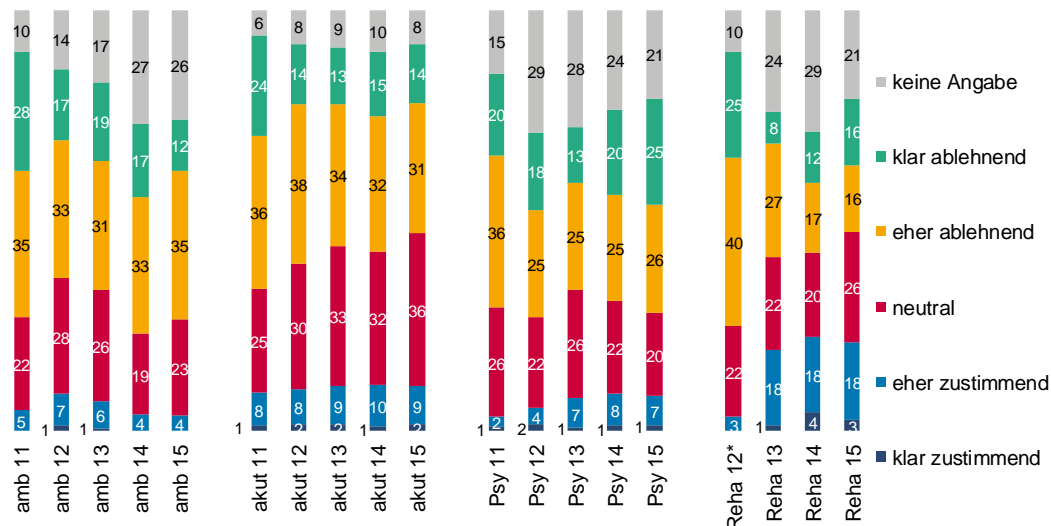
© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG, ST Reha, TARPSY im Auftrag der FMH, Juni – August 2015 (N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 1000)

Konkret gefragt, ist heute eine Mehrheit der Ärzteschaft der Meinung, SwissDRG beeinflusse die eigene Arbeit mit den PatientInnen nicht oder nur schwach. In der Psychiatrie und der Rehabilitation gehen zwar noch mehr Personen von einer stärkeren Beeinflussung durch die jeweiligen Tarifsysteme aus als in der Akutsomatik oder bei ambulant tätigen Ärzten und Ärztinnen, diese Werte sind jedoch im Abnehmen begriffen. Die anfänglich dezidiert kritischen Haltungen vieler Ärzte und Ärztinnen zu SwissDRG fussten offenbar auch auf Befürchtungen, die sich schlussendlich in der täglichen Praxis nicht so stark wie gedacht auswirkten. Anfänglich identifizierte Brennpunkte haben sich nicht weiter verstärkt.

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

"Alles in allem: Wie stehen Sie SwissDRG 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/Rehabilitation



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG, ST Reha, TARPSY im Auftrag der FMH, Juni – August 2015
 (N ambulant tätige Ärzte jeweils ca. 250 / N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 1000 / N Psychiatrie jeweils ca. 120 /
 N Rehabilitation jeweils ca. 70), * 2011 und 2012 zusammen

Synthese

Zur Einordnung der Befunde dieser Studienreihe wurde im Jahr 2010 ein Analyseschema entwickelt. Dieses geht von einem wesentlichen Fundament an Veränderungen durch eine Ökonomisierung aus.

Das Analyseschema sah die Ökonomisierung als wesentliche Grundlage diverser kürzlich erfolgter oder angedachter Veränderungen im Schweizerischen Gesundheitssystem. Verbesserungen der Effizienz- und Effektivitätsorientierung, Transparenz und Kostenwahrheit waren Ziel von Bestrebungen wie Managed Care, der Konzentration der Spitzenmedizin oder auch der Einführung von Fallpauschalen nach SwissDRG. Die Umsetzung dieser Vorhaben erfolgte jedoch gar nicht oder je nach Kanton und Spitalstruktur unterschiedlich. Eine grössere Verbreitung des angezielten Wettbewerbsgedanken ist jedoch bis heute nur beschränkt spürbar. Wenn dementsprechend die strategischen Ziele der Reformen kaum erkennbar sind, muss auch die Strategie selbst kritisch hinterfragt werden. Die wahrgenommenen und beschreibbaren Problembereiche sind aufgrund der Befragungsergebnisse bisher effektiv eher unter dem Aspekt der Bürokratisierung kritisch zu hinterfragen.

Die Bürokratisierung wird dabei bei weitem nicht nur aufgrund von Vorgaben durch die Einführung von Fallpauschalen vorangetrieben, sondern auch durch weitere Gesetzesreformen und Vorgaben, beispielsweise im Bereich der Qualitätsprozesse bei der Erfassung von Leistungen oder des Erwachsenenschutzrechts, unterstützt.

Ähnlich wie bei anderen politischen Reformen sollten zwei Leitlinien bei den nächsten Schritten und Anpassungen bei SwissDRG besser berücksichtigt werden:

- Der Akzent bei den laufenden Reformen sollte auf die Konsolidierung gesetzt werden.

- Die Bedürfnisse der Ärztinnen und Ärzte aus der Praxis müssen bei weiteren Schritten berücksichtigt werden. Neben weniger Fehlanreizen in Richtung Mengenausweitung, sollten sie den beruflichen Alltag vereinfachen und die Prozesse auf Qualität ausrichten.

Der Einbezug der Ärzteschaft wäre insofern einfach, weil es sich weiterhin um eine ausserordentlich motivierte Berufsgruppe handelt. An dieser Feststellung hat sich über die fünf Jahre wenig verändert.

Unsere Befunde für die Befragung 2015 fassen wir wie untenstehend zusammen und leiten daraus entsprechende Thesen ab:

Befund 1 (erweitert)

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. Um den Arbeitsplatz fürchten nur die Wenigsten, da in vielen Spitälern der ärztliche Personalbestand aufgestockt wird und Spitäler expandieren. Die deutliche Mehrheit ist mit der Bezahlung zufrieden. So ist die ärztliche Leistung heute noch mehr gefragt und diese Arbeit wird auch geschätzt.

Befund 2 (neu)

Die ärztliche Tätigkeit ist heute nach festeren Gesichtspunkten organisiert. Die Dossierarbeit, die darüber Rechenschaft ablegt, ist aufwändiger und macht heute einen leicht grösseren Anteil am durchschnittlichen Arbeitstag in der Akutsomatik aus als früher. Verglichen mit 2011 investieren Akutsomatikerinnen und Akutsomatiker heute jeden Tag rund 15 Minuten mehr in die Dossier- und Dokumentationsarbeiten. Mit dieser Erfassung ist aber auch ein Kernprozess der Rechnungsstellung verbunden, da so eine bessere Kodierung und Vergütung von Leistungen möglich wird. So wird dementsprechend auch zusätzlicher ökonomischer Wert geschaffen. Die Administration und die medizinische Leitung unterstützen deshalb diese Kerntätigkeiten heute systematisch, was die Wahrnehmung erhöht, dass sich die Ärzteschaft besser auf ihre medizinische Kerntätigkeit konzentrieren kann. Dies stützt die Identifikation mit dem Beruf und der Arbeitszufriedenheit, obwohl SwissDRG weiterhin kritisch beurteilt wird.

Befund 3 (neu)

Mögliche kritische Begleiterscheinungen nehmen unter SwissDRG nicht weiter zu, sollten aber weiterhin genau beobachtet werden: Zu frühe Entlassungen werden von der ambulanten Ärzteschaft etwas häufiger beobachtet und in der Tendenz nehmen unnötige Operationen auf tiefem Niveau leicht zu, was anhand breit eingesetzter Boni auf Fehlanreize zurückzuführen sein könnte. Die Qualität der Versorgung bleibt jedoch aus Sicht der Ärzteschaft hoch, die Orientierung an reinen Effizienzkriterien nimmt nicht zu, die Behandlungsfreiheit ist gewährleistet und die Zusammenarbeit im Gesundheitswesen funktioniert in der Regel gut.

Befund 4

SwissDRG ist bei der Ärzteschaft nicht beliebt. Selbst erhoffte Verbesserungen wie bei der Transparenz der Behandlung oder der Koordination beim Behandlungsablauf haben sich offenbar nicht eingestellt. Verstärkt wird aber konstatiert, dass SwissDRG keinen Einfluss auf die Versorgung hat. Sehr wohl wird der zunehmende administrative Aufwand seit Jahren kritisch bewertet, eine zunehmende ökonomische Ausrichtung bei Diagnose und Behandlung wird aber nicht beobachtet.

Befund 5

In der Psychiatrie wie auch in der Rehabilitation beschäftigte das Thema der Abrechnungsverfahren die befragten Ärztinnen und Ärzte nach 2011 spürbar weniger als in der Akutsomatik. In den letzten Jahren gewinnt die Frage im Lichte der bevorstehenden Einführung von TARPSY und ST Reha an Bedeutung. Die zu beobachtenden Haltungen sind jedoch in der Rehabilitation weniger kritisch als ursprünglich in der Akutsomatik, was auch mit Herausforderungen mit aktuellen Tarifsystemen zu tun hat. Ausserdem ist man in der Rehabilitation, wie auch in der Psychiatrie im grösseren Ausmass der Meinung, man sei strategisch gut für eine (künftige) Positionierung im Wettbewerb aufgestellt.

These 1 (neu) Schweizer Reform bisher selten als Sparübung

Die, gerade in der Ärzteschaft, umstrittenen Reformen mit SwissDRG und neuer Spitalfinanzierung führten auch aufgrund kantonaler Subventionen oder Defizitgarantien bisher nicht zu drastischen Sparübungen, womit der Kern der ärztlichen Tätigkeit häufig nicht betroffen ist. Es stellt sich damit aber auch die Frage nach Sinn und Zweck dieser Reform.

These 2 (neu) Administration reagiert – Ärzteschaft leidet aber weiter unter Bürokratie

Die Spitaladministration reagiert einerseits auf die ökonomische Bedeutung der ärztlichen Tätigkeit und deren Dokumentation für Abrechnungszwecke und andererseits auf die steigende Nachfrage nach ärztlicher Tätigkeit mit dem zunehmenden Risiko eines Ärztemangels. Die Ärzteschaft profitiert dank administrativer Entlastung und besseren Rahmenbedingungen davon, wenn es um die Abrechnung geht. Sie leidet aber grundsätzlich weiterhin aufgrund zunehmender bürokratischer Anforderungen von Versicherern und Behörden.

These 3 (neu) Eigenes Umfeld stärkt Motivation

Die Inhalte der Arbeit, die Zusammenarbeit im Team und mit der Pflege sind wesentliche Pfeiler der Gesamtzufriedenheit der Ärzteschaft. Dank einer guten Infrastruktur können sie so gegenüber den Patientinnen und Patienten auch in einem anspruchsvollen Change-Prozess motiviert ihre Arbeit erbringen.

These 4 (neu) Konsolidierung nach Reformen angezeigt

Die letzten Jahre mit mehreren laufenden oder gescheiterten Reformen im Gesundheitsbereich brachten gemeinsam mit einer starken Digitalisierung neue bürokratische Anforderungen und zahlreiche weitere Veränderungen, deren Wirkungen bisher nur schematisch, regional oder interimistisch eingeschätzt werden können. Eine Konsolidierung ist angezeigt.

3 Anhang

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



CLAUDE LONGCHAMP

Verwaltungsratspräsident und Vorsitzender der Geschäftsleitung gfs.bern, Verwaltungsrat gfs-bd, Politikwissenschaftler und Historiker, Lehrbeauftragter der Universitäten Bern, Zürich und St. Gallen, Dozent an der Zürcher Hochschule Winterthur, am MAZ Luzern und am VMI der Universität Fribourg und am KPM der Universität Bern.

Schwerpunkte:

Abstimmungen, Wahlen, Parteien, politische Kultur, politische Kommunikation, Lobbying, öffentliche Meinung, Rassismus, Gesundheits- und Finanzpolitik

Zahlreiche Publikationen in Buchform, in Sammelbänden, wissenschaftlichen Zeitschriften



CLOÉ JANS

Junior Projektleiterin, Politikwissenschaftlerin

Schwerpunkte:

Abstimmungen und Wahlen, Gesellschaftsforschung, Kampagnen, Analyse politischer Themen und Issues, Medieninhaltsanalysen, Lehre



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



MARCEL HAGEMANN

Datenanalytiker, Sozialwissenschaftler

Schwerpunkte:

Datenanalyse und Datenbanken, Programmierungen, Integrierte Kommunikationsanalysen, Medienanalysen, Recherchen, Visualisierungen, Hochrechnungen



JOHANNA LEA SCHWAB

Sekretariat und Administration, Kauffrau EFZ

Schwerpunkte:

Desktop-Publishing, Visualisierungen, Projektadministration, Vortragsadministration

gfs.bern ag
Hirschengraben 5
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.