

Verändertes Arbeitsumfeld und Einstellung zu neuen Finanzierungsmodellen

Auswirkungen Leistungsorientierung im Gesundheitswesen erkennbar



Begleitstudie im Auftrag der FMH 2017

7. Befragung

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	3
2	WICHTIGSTES IN KÜRZE	5
	Zielsetzung und Methode	6
	Diskussion einheitliche Finanzierung	6
	Arbeitszeit und Aufwand Tätigkeiten	8
	Zufriedenheit Arbeitsumfeld	11
	Leistungsorientierung Gesundheitswesen	13
	Einfluss Tarifsysteme	14
	Synthese	6
3	ANHANG	17
	gfs.bern-Team	19

Bern, 23. November 2017
Copyright by gfs.bern
Publikation: Januar 2018

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.

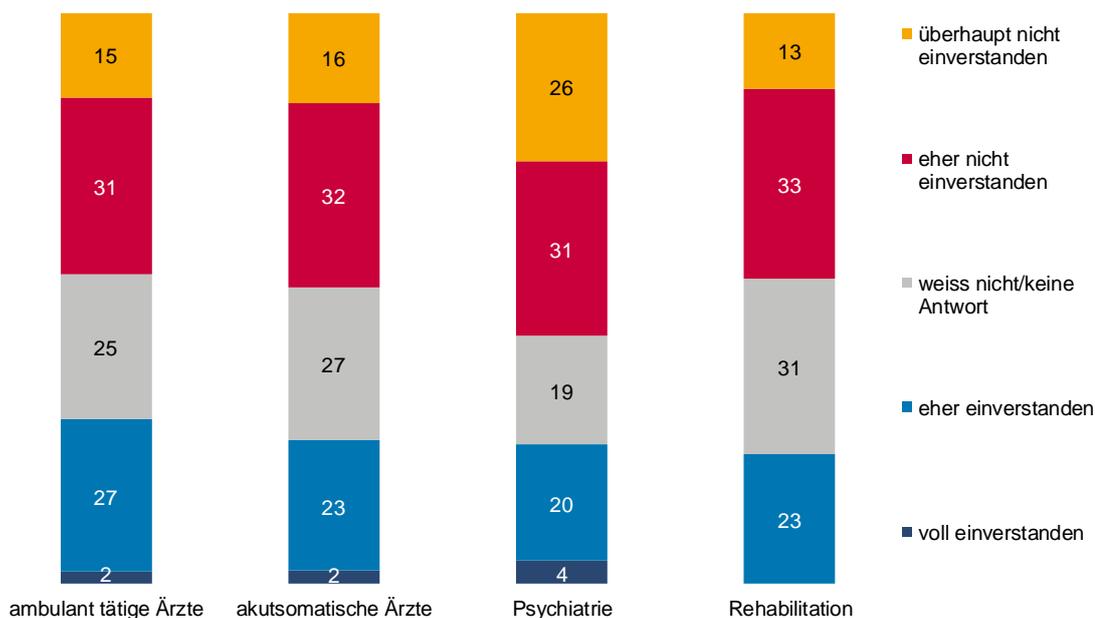
Der Umstand, dass ein relativ grosser Teil (19-31%) auf eine klare Aussage verzichtet, zeigt ausserdem, dass in dieser Frage noch Aufklärungsbedarf herrscht.

Grafik 1

Vergleich Zufriedenheit heutige Finanzierungslösung

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

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



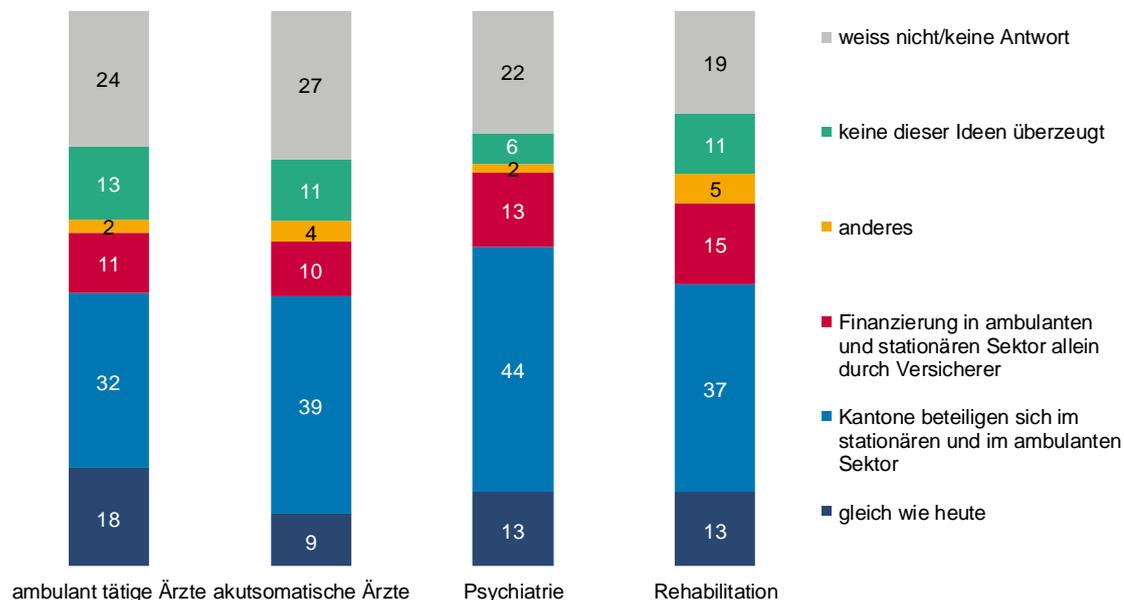
© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2017 (N ambulant tätige Ärzte = 295 / N akutsomatische Ärzte = 974 / N Psychiatrie = 127 / N Rehabilitation = 75), n.sig.

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.

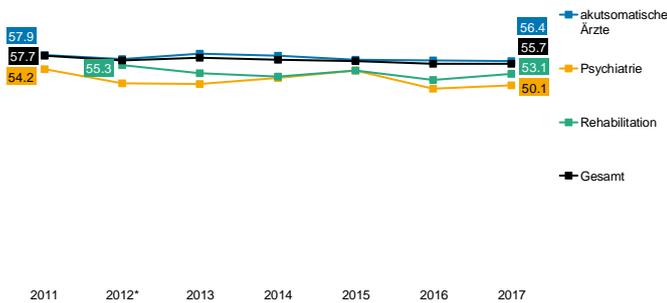
³ Vgl. Zahl der durchschnittlich geleisteten Wochenstunden, Eurostat (2016): <http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&plugin=1&language=de&pcode=tps00071>

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

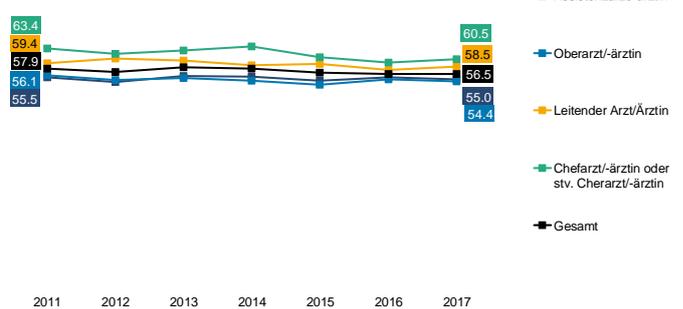


© gfs.bern, Begleitstudie im Auftrag der FMH, Juni – August 2017
(n akutsomatische Ärzte jeweils ca. 690 / N Psychiatrie jeweils ca. 60 / N Rehabilitation jeweils ca. 55), * Rehabilitation 2011 und 2012 zusammen

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.

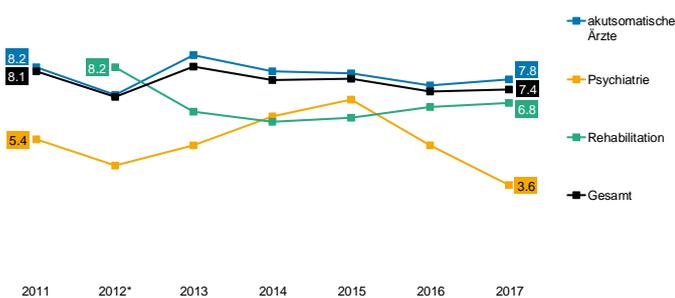
Innerhalb der Akutsomatik bleiben die Chefarzte jene Gruppe mit den meisten Überstunden. Aufgrund der geringen Fallzahlen ist in dieser Trendlinie die meiste Bewegung zu beobachten. In den restlichen Gruppen ist die Entwicklung seit 2013 relativ konsistent und eher abnehmend.

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

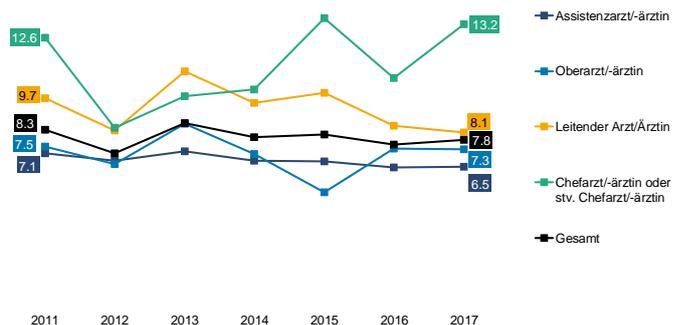


© gfs.bern, Begleitstudie im Auftrag der FMH, Juni – August 2017
(n akutsomatische Ärzte jeweils ca. 690 / N Psychiatrie jeweils ca. 60 / N Rehabilitation jeweils ca. 55), * Rehabilitation 2011 und 2012 zusammen

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

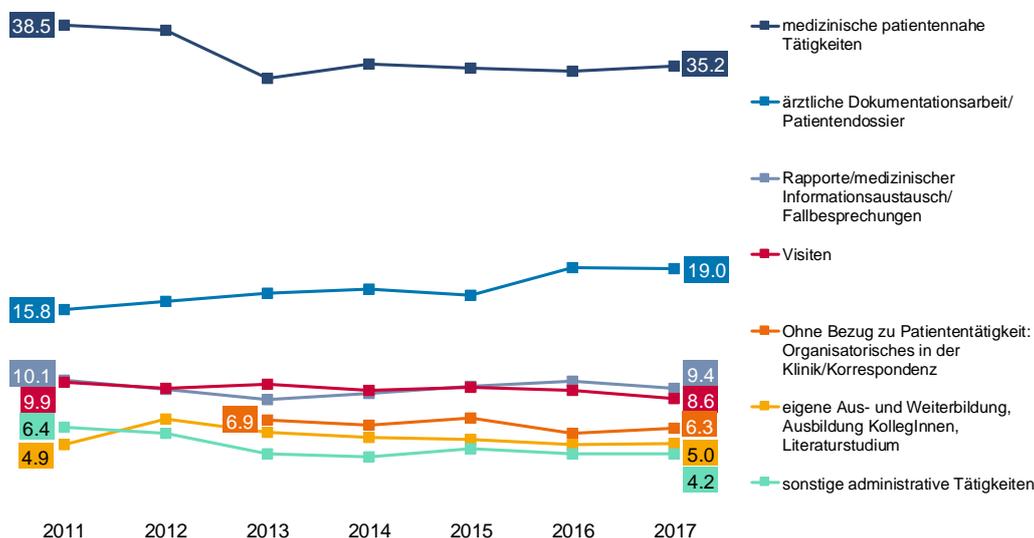
Den grössten Anteil des Tages (35%) verbringen die Ärztinnen und Ärzte der Akutsomatik mit medizinischen, patientennahen Tätigkeiten. Damit ist nicht nur die Arbeit am Patientenbett selbst gemeint, sondern auch Abklärungen, Recherchen oder das Studium von Akten des Patienten. Dieser Anteil hatte ab 2011 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.

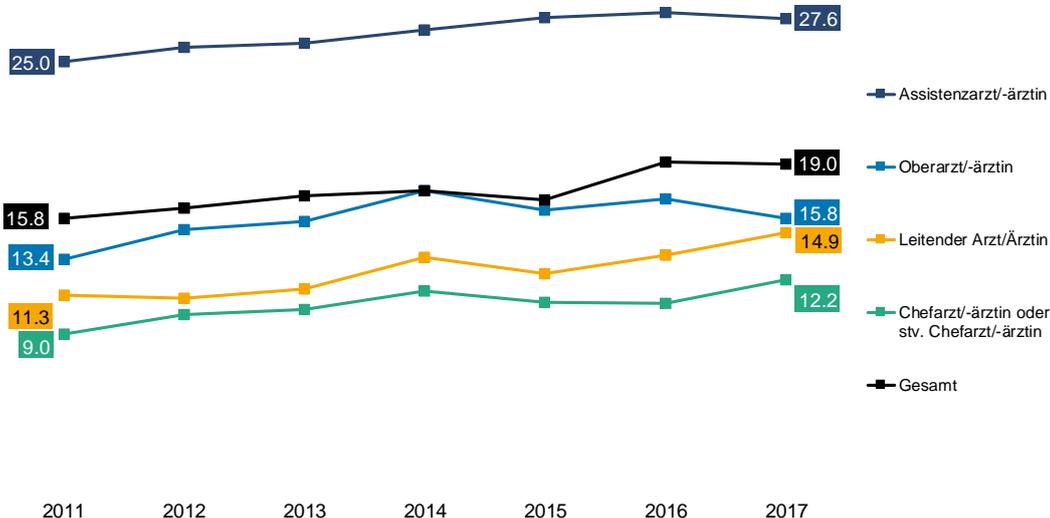
Grafik 6

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

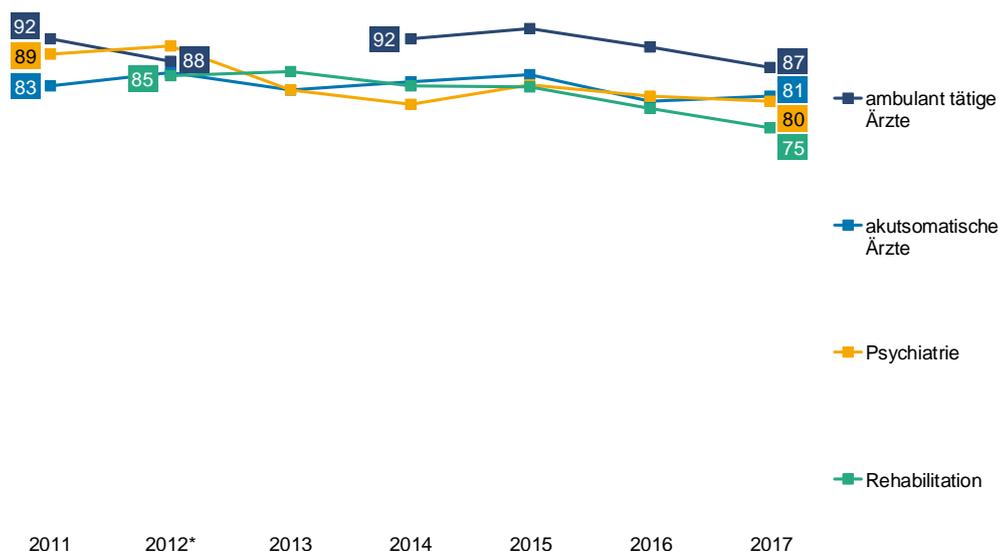
Die Zufriedenheit der Ärzteschaft mit ihrem Arbeitsumfeld bleibt sehr hoch – und zwar über alle vier separat ausgewiesenen Untergruppen. Im Vergleich zum Befragungsbeginn fällt jedoch auch auf, dass der Zufriedenheitswert eher sinkt. Besonders augenfällig ist diese Entwicklung in der Psychiatrie und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

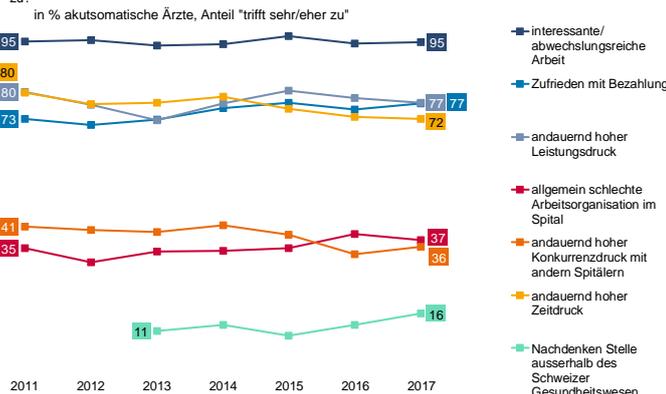
Die Resultate der vorliegenden Befragung gehen dabei in dieselbe Richtung wie eine Studie, die den Ausstieg aus der kurativen Tätigkeit bei Medizinerinnen und Medizinern untersucht.⁴ Diese zeigte, dass zwischen 8 und 13 Prozent der Absolventinnen und Absolventen des Medizinstudiums in der Schweiz ihre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

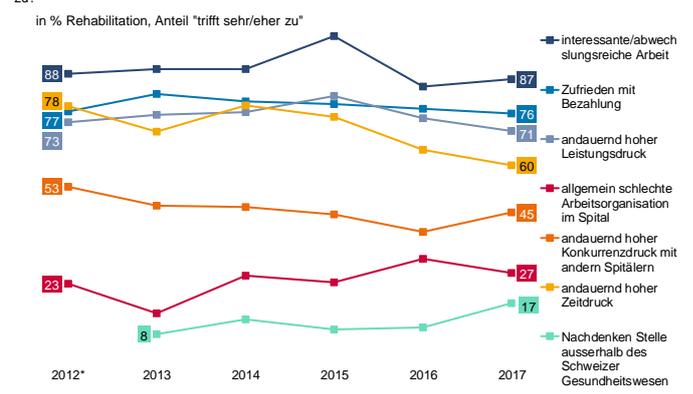
"Wie sehr treffen die folgenden Aussagen über Arbeitsbedingungen und Chancen/Belastungen auf Ihre Tätigkeit zu?"



© 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?"



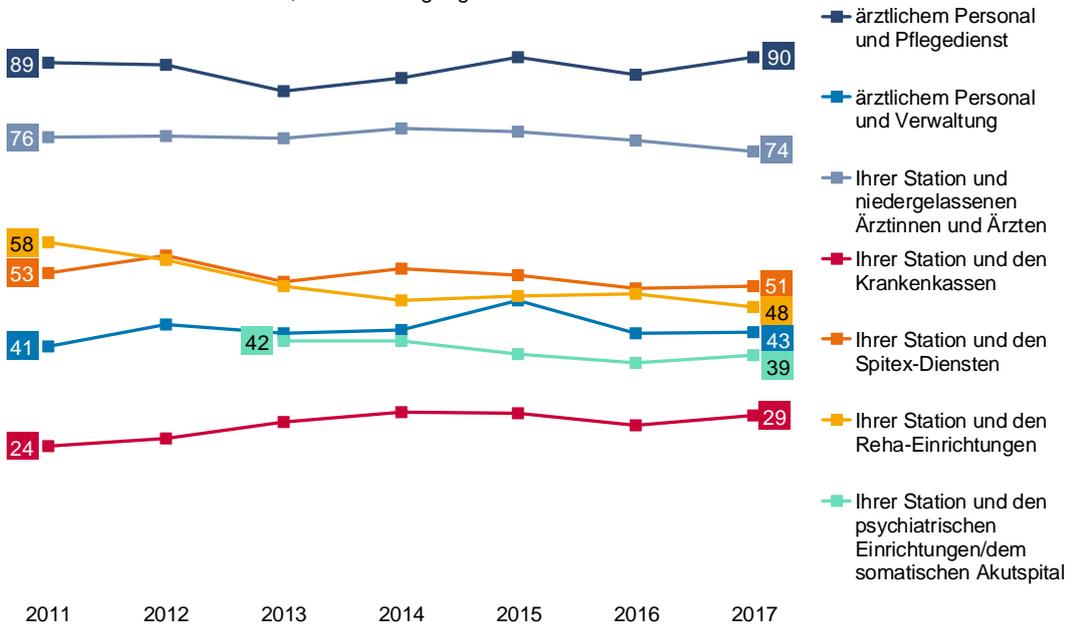
© gfs.bern, Begleitstudie im Auftrag der FMH, Juni – August 2017 (N Rehabilitation jeweils ca. 70), * 2011 und 2012 zusammen

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)

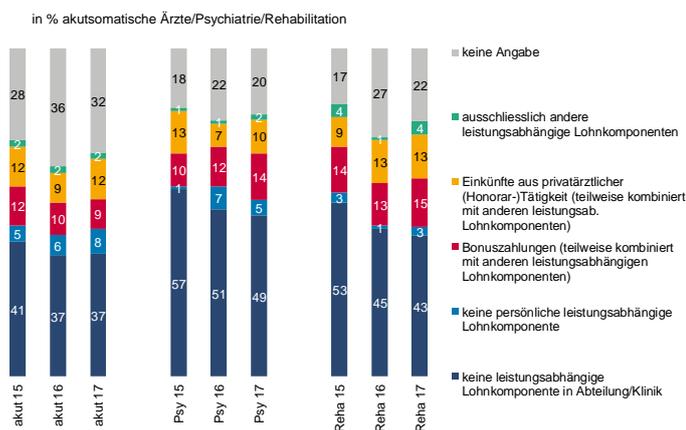
Leistungsorientierung Gesundheitswesen

"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.

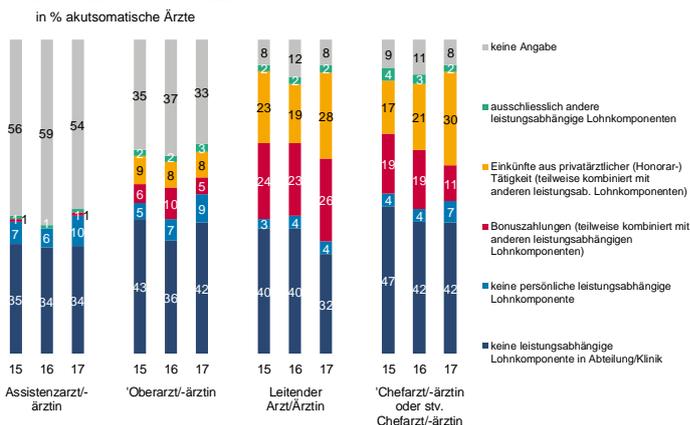
Grafik 10

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.

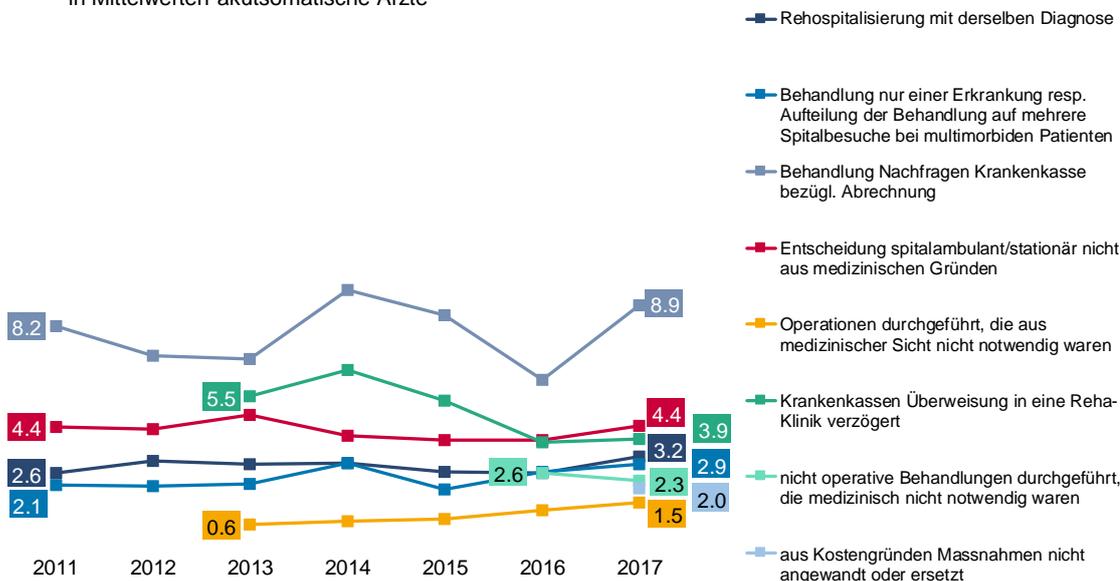
Dennoch lässt sich in der Akutsomatik aufgrund der zunehmenden Leistungsorientierung über die Zeit kein steigender Problemdruck feststellen. Die Durchführung aller notwendigen Verfahren, die Verfügbarkeit von Experten und Material und die Annahme aller Patienten sind weiterhin gewährleistet. Auch gibt 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).

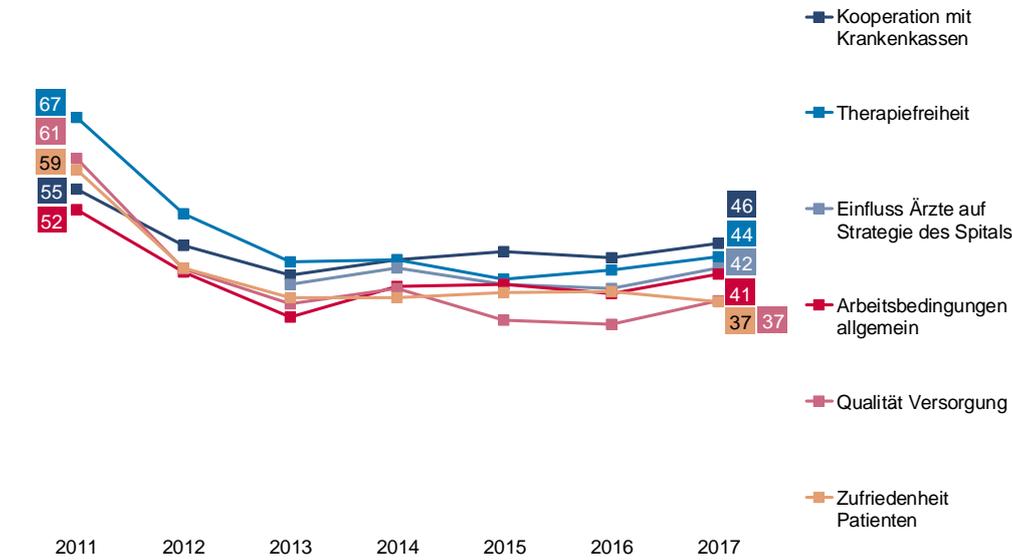
Einfluss Tarifsysteme

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"



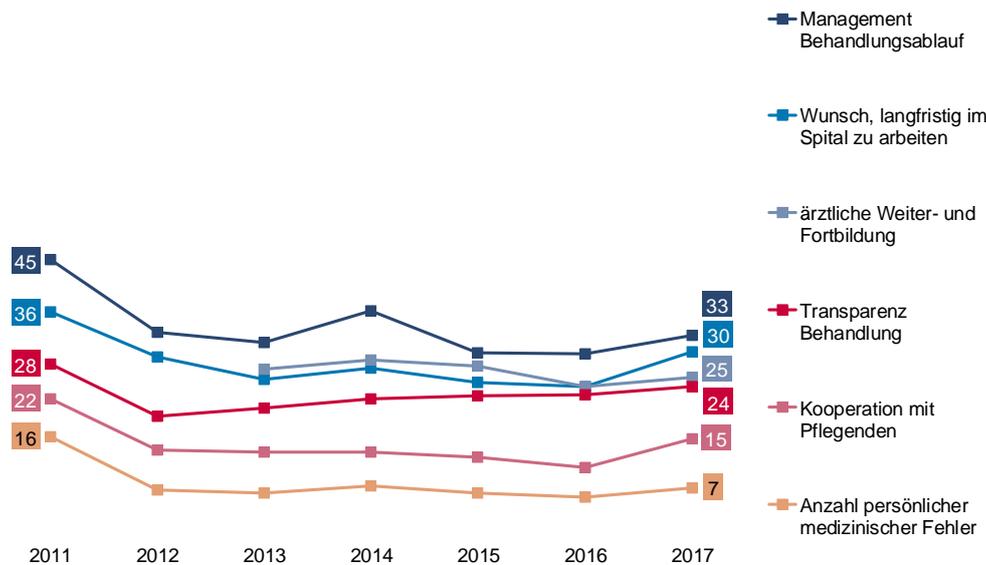
© gfs.bern, Begleitstudie im Auftrag der FMH, Juni – August 2017
(N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 940)

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 Ärztegruppen 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

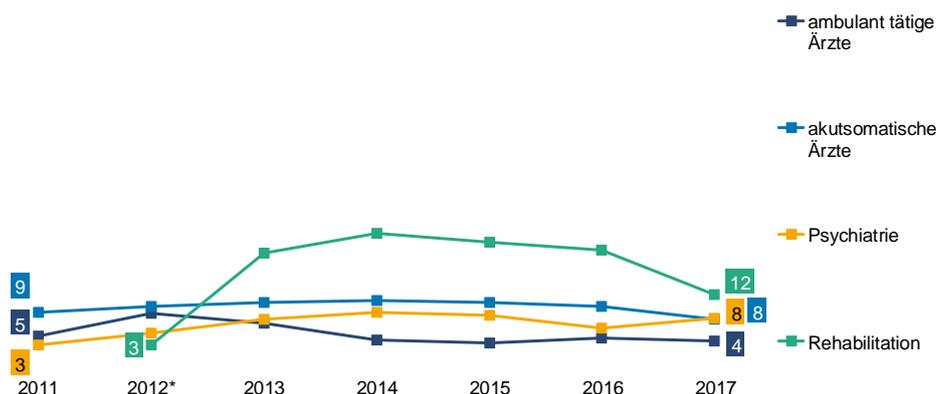
Rehabilitation tätigen Ärztinnen und Ärzte mögen noch am ehesten zustimmen. Lange Jahre lag die Zustimmung in dieser Gruppe deutlich über den restlichen Befragten, 2017 ist aber eine deutliche Abnahme zu beobachten. Es bleibt abzuwarten, ob dies einer generell grösseren Unlust entspricht, je näher die 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 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"



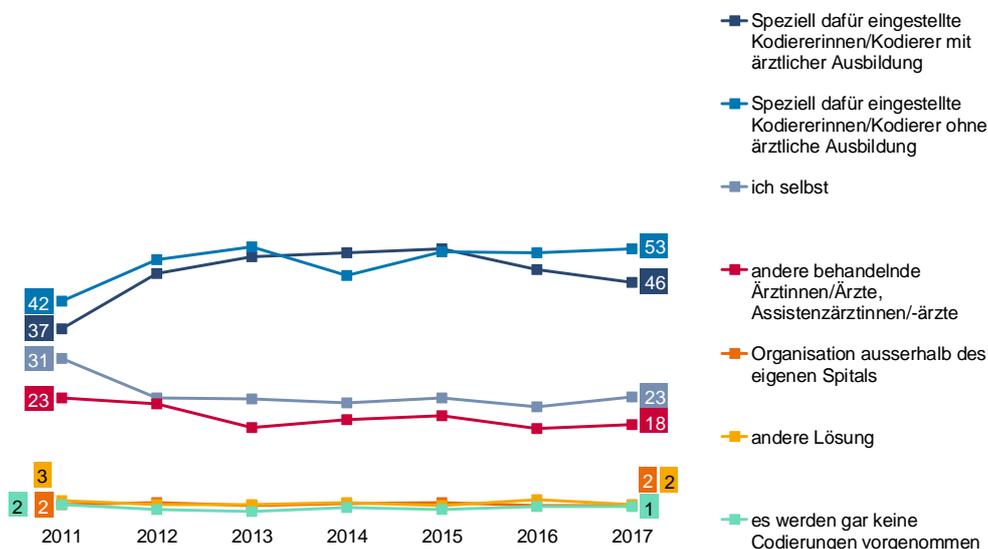
© gfs.bern, Begleitstudie im Auftrag der FMH, Juni – August 2017
 (N ambulant tätige Ärzte jeweils ca. 270 / N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 940 / N Psychiatrie jeweils ca. 130 / N Rehabilitation jeweils ca. 70), * 2011 und 2012 zusammen

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.

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 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



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.