

# DRG: Befürchtungen einer zunehmenden Bürokratisierung der Medizin

Schlussbericht



Hohe Berufsidentifikation der Spitalärzteschaft durch Einführung von SwissDRG gefährdet

Begleitstudie anlässlich der Einführung von SwissDRG im Auftrag der FMH, 2011  
Publikationsversion

## Projektteam

**Lukas Golder** Politik- und Medienwissenschaftler

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

**Martina Imfeld** Politikwissenschaftlerin

**Jonas Ph. Kocher** Politikwissenschaftler

**Stephan Tschöpe** Politikwissenschaftler

**Andreas Stettler** Web-Solutions

**Silvia Ratelband-Pally** Administratorin

**Daniela Schempp** Praktikantin

# Inhaltsverzeichnis

<b>MANAGEMENT SUMMARY .....</b>	<b>3</b>
FAZIT UND THESEN	4
<b>1. WICHTIGSTES IN KÜRZE .....</b>	<b>7</b>
1.1. ZIELSETZUNG UND METHODE	7
1.2. GESUNDHEITZUSTAND DER ÄRZTESCHAFT, PERSPEKTIVEN UND INTELLEKTUELLE ANREGUNG	8
1.3. ARBEITZUFRIEDENHEIT UND BEZIEHUNGEN IM ÄRZTLICHEN UMFELD	8
1.4. BEHANDLUNGSFREIHEIT UND -QUALITÄT	9
1.5. ENTWICKLUNG DES ÄRZTLICHEN PERSONALBESTANDS	10
1.6. ZEITAUFWAND ADMINISTRATIV VS. MEDIZINISCH	10
1.7. FALLPAUSCHALEN: BEGLEITEFFEKTE UND HALTUNGEN	12
1.8. ZUSAMMENZUG DER ERKENNTNISSE	14
1.9. FAZIT UND THESEN	15
<b>2. EINLEITUNG.....</b>	<b>19</b>
2.1. DAS FORSCHUNGSINTERESSE UND DER AUFTRAG	19
2.2. FRAGESTELLUNGEN UND ZIELSETZUNGEN	19
2.3. DER STUDIENVERLAUF IM DETAIL	20
<b>3. BEFUNDE .....</b>	<b>23</b>
3.1. ZEITAUFWAND	23
3.2. AUSWIRKUNGEN FALLPAUSCHALEN	30
3.3. BEZIEHUNGEN – PATIENTINNEN/PATIENTEN – BEHANDLUNGSFREIHEIT	42
3.3.1. Der Berufsalltag und die Behandlung	42
3.3.2. Die Zusammenarbeit mit anderen Akteuren	47
3.4. ARBEITZUFRIEDENHEIT – PERSPEKTIVEN	49
3.4.1. Entwicklung des ärztlichen Personalbestandes	49
3.4.2. Arbeitszufriedenheit der Schweizer Ärzteschaft	54
3.5. GESUNDHEITZUSTAND	59
3.6. ZUSAMMENZUG AUSGEWÄHLTER INDIKATOREN	62
<b>4. SYNTHESE .....</b>	<b>69</b>
<b>5. ANHANG .....</b>	<b>73</b>
5.1. ZUSAMMENSETZUNG DER INDIZES	73
5.2. SAMMLUNG INDEX-GRAFIKEN	75
5.2.1. Index-Grafiken praxisambulant tätige Ärzteschaft	75
5.2.2. Index-Grafiken Spitalärzteschaft	77
5.3. GFS.BERN-TEAM	99

Bern, den 21. Dezember 2011

Copyright by gfs.bern

# Management Summary

Am 1. Januar 2012 soll SwissDRG flächendeckend eingeführt werden. gfs.bern hat im Auftrag der FMH eine erste Messung vorgenommen, um die Situation und die Einstellung der Spitalärzteschaft vor der effektiven Einführung bezogen auf verschiedene Fragestellungen detailliert zu beschreiben. Diese Fragestellungen sollen in Zukunft regelmässig erhoben werden, um allfällige direkte oder indirekte kritische Auswirkungen von SwissDRG zu erkennen. Für die vorliegende erste Erhebung wurden im Zeitraum April/Mai 2011 (Pretest) sowie Juni-August 2011 insgesamt 1193 Spitalärztinnen und Spitalärzte online oder auf Wunsch telefonisch befragt. Gleichzeitig wurden für ausgewählte Fragestellungen der Studie 266 ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte auf diesem Weg mit einem reduzierten Fragebogen befragt. Da in einigen Kantonen und Spitälern statt Tagesspauschalen bereits Fall-, Abteilungs- oder Prozesspauschalen (AP-DRG) im Einsatz sind, können bisherige Auswirkungen verschiedener Abrechnungssysteme bereits diskutiert werden.

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

**Gesundheitszustand** Der Gesundheitszustand der aktuell tätigen Spitalärzteschaft ist in der Eigenbeurteilung so gut wie derjenige der ambulant tätigen Ärzteschaft. Es bestehen aber offenbar weniger Möglichkeiten, die hohen Belastungen dank einer Reduktion des Pensums zu verringern wie bei der ambulant tätigen Ärzteschaft. Viele scheiden wegen der hohen Belastungen aus gesundheitlichen Gründen aus der Tätigkeit im Spital aus.

**Berufliche Perspektiven** Die ärztliche Tätigkeit eröffnet Perspektiven. Für die meisten ist die Arbeit stimulierend und sie würden sich wieder für den Arztberuf entscheiden. Eine klare Mehrheit der Spitalärzteschaft sieht die eigene Zukunft im Spital.

**Arbeitszufriedenheit und Beziehungen im ärztlichen Umfeld** Die Identifikation der Ärzteschaft mit ihrem Beruf ist hoch und damit auch die Arbeitszufriedenheit. Allerdings sind ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte im Schnitt sogar noch etwas zufriedener als die Spitalärzteschaft. Am wenigsten Probleme gibt es im Team und auch die Vorgesetzten geben wenig Anlass zu Kritik. Auch die Beziehung zu den PatientInnen gestaltet sich weitgehend problemlos. Gewisse Unzufriedenheiten ergeben sich in der Zusammenarbeit mit der Spitalverwaltung oder den Krankenkassen und beim Informationsfluss respektive bei der allgemein schlechten Arbeitsorganisation im Spital. Die Belastungen sind zwar allgemein gross, sie beeinflussen die Arbeitszufriedenheit aber kaum.

**Behandlungsfreiheit und -qualität** Die Behandlungsfreiheit und deren Qualität sind weitgehend intakt. Die PatientInnen erhalten offenbar die bestmögliche Behandlung. Wenn Einfluss auf die Ärzteschaft ausgeübt wird, dann sind dies in erster Linie die PatientInnen oder allenfalls die medizinisch Vorgesetzten. Weit verbreitet sind aber heute bereits ökonomische Überlegungen zur Gewinnoptimierung. Diese kommen noch etwas eher vor, wenn mit Fallpauschalen abgerechnet wird. Relativ oft wird versucht, chronisch Kranke und multimorbide PatientInnen in alternativen Einrichtungen zu versorgen, wobei das Abrechnungssystem darauf keinen Einfluss hat.

**Entwicklung des ärztlichen Personalbestands** Im Moment muss sich die Ärzteschaft kaum Sorgen um den Arbeitsplatz machen, weil relative Mehrheiten der Abteilungen sogar wachsen. Veränderungen im Personalbestand erfolgen kaum aufgrund von Fallpauschalen. Allerdings genügt der heutige ärztliche Personalbestand in den Abteilungen und Spitälern für relevante Minderheiten bereits heute nicht, um eine optimale Behandlung zu gewährleisten und für die Zukunft zeichnen sich Probleme beim Nachwuchs an Ärztinnen und Ärzten ab.

## Fallpauschalen: Begleiteffekte und Haltungen

Eine Mehrheit der Spitalärzteschaft steht der Einführung von SwissDRG ablehnend gegenüber. Das gilt selbst knapp für die etwas weniger kritische Ärzteschaft, die bereits mit Fallpauschalen arbeitet. Allerdings lassen die Vergleiche verschiedener möglicher negativer Begleiteffekte wie blutige Entlassungen nach der Art der Abrechnungen bisher keine spezifisch negativen Effekte von Fallpauschalen erkennen. Eine Mehrheit der Spitalärzteschaft verfügt aber erst über Grundkenntnisse bezogen auf DRG.

## Zeitaufwand administrativ vs. medizinisch

Die Kodierungsarbeit macht nur einen sehr geringen Anteil an der gesamten Arbeitszeit der Spitalärzteschaft aus. Deutlich mehr Zeit wird direkt für ärztliche Dokumentationsarbeit respektive für Patientendossiers verwendet. Sogar 'andere administrative Tätigkeiten' oder 'sonstige nicht-medizinische Tätigkeiten' brauchen deutlich mehr Zeit als die Kodierung. Am meisten Zeit verbringen die im Spital tätigen Ärztinnen und Ärzte weiterhin mit PatientInnen und deutlich weniger mit administrativen Tätigkeiten. Assistenzärztinnen und -ärzte sind mehr von administrativen Aufgaben belastet. Für die Kodierung selbst sind oft SpezialistInnen im Einsatz und Software-Systeme unterstützen die Kodierungsarbeit.

Diese administrative Arbeit belastet unabhängig vom Abrechnungssystem etwa gleich. Ebenfalls fast unabhängig vom Abrechnungssystem beklagen klare Mehrheiten der Spitalärztinnen und -ärzte eine Erhöhung der Dokumentationsarbeit zu Abrechnungszwecken.

## Fazit und Thesen

Wir fassen die Erkenntnisse zur Befindlichkeit der Ärzteschaft vor der schweizweiten Einführung von SwissDRG in Thesenform wie folgt zusammen.

### Fazit

Die Bestandesaufnahme der Befindlichkeit und Einstellungen der Schweizer Ärzteschaft im Jahr vor der Einführung von SwissDRG bescheinigt eine hohe Arbeitszufriedenheit und starke Identifikation mit dem Arztberuf trotz der hohen Belastungen. Positive Aspekte der ärztlichen Tätigkeit sowie eine gewisse Sicherheit, im Arbeitsmarkt einen festen Platz zu haben, wiegen negative Aspekte, wie Stress oder Überstunden auf. Getrübt wird das Bild höchstens von Kontextfaktoren, die den medizinischen Alltag mitbestimmen. Die gefühlte Einschränkung der Behandlungs- und Therapiefreiheit ist ein besonders sensibler Punkt, der die Ärzteschaft eint. Die Grundhaltung ist dabei klar; medizinische Faktoren sollen im Umgang mit Patienten oberste Priorität haben. Nicht-medizinische Faktoren, wie etwa ein ökonomischer Umgang mit Ressourcen, werden zwar als Rahmenbedingungen durchaus anerkannt und berücksichtigt, sollen aber im Konfliktfall nicht über den Behandlungsentscheid oder das Patientenwohl gestellt werden.

Nun wird gerade die Einführung von SwissDRG als Eingriff in die ärztliche Entscheidbarkeit bei der Behandlung empfunden, was Befürchtungen schürt und die negative Grundhaltung der Ärzteschaft nährt. Nicht das Spitalmanagement oder die Krankenkassen sollen über Behandlungen entscheiden, sondern der Arzt/die Ärztin und die Patientenschaft. Fundierte Kenntnisse über Abrechnungssysteme ganz allgemein sind dabei die Ausnahme und auch der Wissensstand betreffend SwissDRG ist tief. Dieses Unwissen schürt im Zusammenspiel mit möglichen negativen Begleiteffekten wie 'Bloody Exits' oder Bürokratisierung die Skepsis der Schweizer Ärzteschaft und hilft, die mehrheitlich ablehnende Haltung der Einführung von SwissDRG gegenüber zu erklären. Die Skepsis sinkt zwar mit steigendem Wissen, ist aber selbst bei gut informierten Ärztinnen und Ärzten mehrheitlich vorhanden. Allfällige positive Effekte von SwissDRG werden kaum anerkannt, negative hingegen klar befürchtet, obwohl

sie sich in der Praxis mit den heute benutzten Fallpauschalen kaum bewahrheiten. Die Befürchtungen rund um Fallpauschalen sind somit grösser als die heute beobachtbaren negativen Effekte und bringen die hohe Berufsidentifikation unter Druck. Fremdbestimmung im medizinischen Alltag und die gefühlte fortschreitende Bürokratisierung werden mit der Einführung von SwissDRG assoziiert, und lassen die Ärzteschaft laut über ihr eigenes Berufsverständnis und das Berufsethos nachdenken. SwissDRG unterliegt dem Risiko in der Wahrnehmung der Ärzteschaft zum schwarzen Peter der Veränderungen im Gesundheitswesen stilisiert zu werden und damit zum Symbol für gefühlte Missstände im ärztlichen Alltag.

Daraus leiten wir folgende Thesen ab:

#### **These 1**

Der Ärzteschaft geht es dank einem spannenden Beruf gut. Sie nehmen 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.

#### **These 2**

Fallpauschalen werden auf Basis der heute vorhandenen Grundkenntnisse mehrheitlich abgelehnt. Positive Effekte werden kaum anerkannt und negative sehr verbreitet befürchtet. DRG sind für viele Ärztinnen und Ärzte ein Symbol für eine zunehmende Rationierung und Sachzwänge im Schweizer Gesundheitswesen: Die Wirtschaftlichkeit wird hoch gewichtet, was die Befürchtung stärkt, die Wirksamkeit und Zweckmässigkeit könnte vernachlässigt werden. Die bisher eingeführten Fallpauschalen dürften diesen Prozess eher beschleunigt haben.

#### **These 3**

Die bisher in Kraft gesetzten Fallpauschalen haben wenig messbare Auswirkungen auf den Arbeitsalltag im Spital oder auf Faktoren, die indirekt mit Fallpauschalen in Verbindung stehen. Trotzdem verringerten die eigenen Erfahrungen die Vorbehalte gegen DRGs nur schwach. Der Change-Prozess mit SwissDRG muss den subjektiv vorhandenen Vorbehalten aktiv begegnen, weil sonst der Übergangsprozess zu langwierig wird.

#### **These 4**

Der Aufwand für die Dokumentations- und administrative Arbeit nimmt subjektiv zu, wobei die Kodierung hierfür kaum verantwortlich ist. Eher noch sind Nachfragen von Krankenkassen und Spitalprozesse, die als Leerlauf empfunden werden, heute dafür verantwortlich. Solange SwissDRG nicht zu einem massiven Anstieg der Kodierungs- oder der ärztlichen Dokumentationsarbeit führt, sind wenig direkte negative Auswirkungen von DRG auf generelle Faktoren der Arbeitszufriedenheit zu erwarten.

#### **These 5**

Die Ökonomisierung ist Teil des Alltags der Spitalärzteschaft. Diese belastet und zunehmend befürchten Ärztinnen und Ärzte, dass aus nicht-medizinischen Gründen Einfluss auf die Behandlung genommen wird. Beispielsweise könnte künftig die Behandlung multimorbider Patientinnen und Patienten eher auf mehrere Spitalbesuche aufgeteilt werden. Der Zusatzaufwand für die Dokumentation dürfte vor allem die Assistenzärzteschaft belasten.

### **These 6**

Die als negativ empfundene Bürokratisierung ist Teil des Alltags der Spitalärzteschaft. DRGs verstärken den Eindruck, dass zunehmend nicht-medizinische Faktoren die Behandlung diktieren. Bei Entscheidungen im Spitalalltag werden heute bereits unabhängig vom verwendeten Abrechnungssystem Kosten/Nutzen-Überlegungen angestellt und im Einzelfall die medizinische Behandlung so ausgeführt, dass der Ertrag optimiert wird. Mit der uneingeschränkten Behandlungsfreiheit wird auch das Berufsethos in Frage gestellt. Die hohe Berufsidentifikation und gleichzeitig die überdurchschnittliche Leistungsbereitschaft der Spitalärzteschaft sind gefährdet.

# 1. Wichtigstes in Kürze

## 1.1. Zielsetzung und Methode

Der FMH geht es darum, die Entwicklung der Rahmenbedingungen für die Spitalärzte und der Arzt-Patienten-Beziehung mit einer repräsentativen Befragung bei Spitalärzten sowie für einen Teil der Fragestellungen frei praktizierende praxisambulant tätige Ärzte vor Einführung von SwissDRG zu untersuchen. Dabei wurden den praxisambulanten Ärzten und Ärztinnen nur Fragen gestellt, die auch für sie von Bedeutung sind. Die Studie soll sich eignen, um zu einem späteren Zeitpunkt wiederholt zu werden und sozialwissenschaftlich messbare Effekte von SwissDRG zu quantifizieren.

Aufgrund einer konkreten Liste von sieben zu untersuchenden Fragestellungen, wurden die Fragen auf Basis eines Konzepts entwickelt und mit der FMH-Arbeitsgruppe SwissDRG finalisiert. Die Erfahrungen in einem Pretest mit 99 Befragten ergaben kaum Probleme und nur minimalen Anpassungsbedarf. Aus diesem Grund wurden auch diese Befragten für die Auswertungen berücksichtigt.

### Die Stichprobe:

**1193 Spitalärzte & Spitalärztinnen**  
**266 praxisambulant tätige Ärzte & Ärztinnen**

Für die vorliegende erste Erhebung wurden im Zeitraum April/Mai 2011 (Pretest) sowie Juni-August 2011 insgesamt 1193 Spitalärztinnen und Spitalärzte online oder auf Wunsch telefonisch befragt. Für die Gesamtheit der Auswertungen ergibt dies einen theoretischen Stichprobenfehler von  $\pm 2.9$  Prozentpunkten bei einem ausgewiesenen Wert von 50%. Diese Aussage stimmt in 95% der Fälle. Im Schlussbericht werden ausgewählte Unterschiede nach Fachrichtungen diskutiert.

Gleichzeitig wurden für ausgewählte Fragestellungen der Studie 266 praxisambulant tätige Ärztinnen und Ärzte befragt. Hier beträgt der entsprechende Wert für den Stichprobenfehler  $\pm 6.1$  Prozentpunkte.

Für die Stichprobe stand die FMH-Adressdatenbank zur Verfügung. Sie berücksichtigt sämtliche Ärztinnen und Ärzte, die einen Facharztstitel besitzen oder einen solchen anstreben. Die Ausschöpfung gültiger Interviews beträgt bei der Spitalärzteschaft im Vergleich zu den zur Verfügung stehenden Adressen 26%. Bei der Spitalärzteschaft ergab sich aber das Problem im Adressdatensatz, dass viele kontaktierte Personen mitmachten aber angaben, nicht im Spital tätig zu sein. Berücksichtigt man diesen stichprobenbedingten Ausfall, ergibt sich eine Rücklaufquote von 30%. Bei der praxisambulant tätigen Ärzteschaft beträgt die Ausschöpfung 31%.

Sämtliche im Konzept formulierten Hypothesen beziehen sich auf die möglichen Effekte von SwissDRG. Diese können erst beziffert werden, wenn mindestens eine Studie mit genügend Spitalärztinnen und -ärzten durchgeführt werden kann, die bereits mit SwissDRG arbeiten. Erst im Kanton Luzern wird versuchsweise mit SwissDRG gearbeitet. Die geringe Zahl befragter Ärztinnen und Ärzte aus diesen Spitälern lässt noch keine Aussagen zu SwissDRG zu. Die heute vorhandenen Unterschiede nach Abrechnungssystemen diskutieren wir deshalb auf Basis der Angaben zum Abrechnungssystem der Befragten selbst. Diese sind sehr heterogen. 317 befragte Spitalärztinnen und -ärzte arbeiten bereits mit Fallpauschalen, 140 mit Abteilungs- oder Prozesspauschalen und 313 noch mit Tagespauschalen.

## 1.2. Gesundheitszustand der Ärzteschaft, Perspektiven und intellektuelle Anregung

**Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes der Schweizer Ärzteschaft mehrheitlich positiv trotz Stress**

Die Spitalärzteschaft beurteilt die eigene physische und psychische Gesundheit mehrheitlich als ausgezeichnet oder sehr gut und damit praktisch gleich gut wie die praxisambulant tätigen Ärzte. 14% der Spitalärzteschaft und 15% der praxisambulant tätigen Ärzte beurteilen die eigene physische Gesundheit als ausreichend oder schlecht. Schwerere Beeinträchtigungen der Gesundheit sind relativ selten. Über Depressionen klagen 4% der Spitalärzteschaft häufig oder meistens und 13% hie und da. Unter Drogenmissbrauch und Selbstmordgedanken leiden gemäss eigener Beurteilung je 3% meistens oder häufig. Beziehungsprobleme kommen noch recht verbreitet bei 29% mindestens hie und da vor. Die überwiegende Mehrheit von 79% erlebt mindestens hie und da im vergangenen Jahr Stress, fast die Hälfte sogar häufig oder meistens. Alle Werte für die einzelnen Beeinträchtigungen gleichen stark jenen der praxisambulant tätigen Ärzteschaft. Stress als verbreitete gesundheitliche Beeinträchtigung lässt sich teilweise bereits aus den Arbeitsstunden ableiten: 59% der Spitalärzteschaft (27% der praxisambulant tätigen Ärzteschaft) geben an, in der vergangenen Woche mehr als 50 Stunden gearbeitet zu haben. 22% der Spitalärzteschaft sogar mehr als 60 Stunden (praxisambulant: 9%). 23% der praxisambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten haben allerdings bereits wegen der Gesundheit ihr Arbeitspensum reduziert. Dies ist unter der Spitalärzteschaft mit 6% deutlich weniger verbreitet. Beide Gruppen leisten vergleichbar viele Überstunden, wenn man den Anstellungsgrad berücksichtigt.

31% der Spitalärztinnen und -ärzte geben an, in den vergangenen zwölf Monaten seien aus gesundheitlichen Gründen Kolleginnen und Kollegen aus der Spitaltätigkeit ausgeschieden. Es kommt unter der Spitalärzteschaft auch markant mehr zu Abwesenheiten: 70% der praxisambulant tätigen und nur 56% der im Spital tätigen Ärztinnen und Ärzten fehlten krankheitsbedingt im 2010 keinen einzigen Tag.

Die meisten Spitalärztinnen und -ärzte (89%) bezeichnen ihre Arbeit als sehr oder eher intellektuell stimulierend und würden sich zu 77% mindestens tendenziell wieder für den Arztberuf entscheiden. Zwei Drittel sehen ihre Zukunft als Spitalarzt oder -ärztin und 26% als Belegarzt. Nur 9% stimmen der Aussage voll und ganz zu, dass die Qualität der Aus-, Fort- und Weiterbildung alles in allem optimal ist. Es kommen aber 56% hinzu, welche dieser Aussage eher zustimmen können. Nur ein Viertel stimmt hingegen der Aussage zu, dass dank effizienter Prozesse heute die Konzentration auf die medizinische Tätigkeit besser möglich ist.

## 1.3. Arbeitszufriedenheit und Beziehungen im ärztlichen Umfeld

Die hohe Arbeitszufriedenheit kann als Vorteil der ärztlichen Tätigkeit gesehen werden. Beide Gruppen sind zu ihrer überwiegenden Mehrheit zufrieden. Die Spitalärzteschaft ist zu 84% sehr oder eher zufrieden und damit insgesamt leicht unzufriedener als die praxisambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte (92% sehr oder eher zufrieden). Die Zufriedenheit der Spitalärzteschaft nährt sich aus einer äusserst hohen Zufriedenheit mit dem Team (94% sehr oder eher zufrieden) und einer guten Fehlerkultur (80%). 79% sind sehr oder eher stolz, für ihr Spital zu arbeiten und 77% sind zufrieden mit dem direkten Vorgesetzten. Etwas mehr Unzufriedenheit gibt es beim Informationsfluss und bei der konstruktiven Zusammenarbeit mit der Spitalverwaltung.

**Work-Life-Balance nicht immer im Gleichgewicht aber dennoch hohe Arbeitszufriedenheit**

Mehr Unzufriedenheit ergibt sich auch beim Verhältnis Arbeitszeit-Freizeit. Nur noch eine knappe Mehrheit der Spitalärzteschaft ist damit sehr oder eher zufrieden, 46% sind sehr oder eher unzufrieden. Trotzdem gibt eine klare Mehrheit von 76% der Spitalärzteschaft an, das tägliche Arbeitspensum immer oder meistens gemäss den medizinischen Anforderungen des Berufs zu schaffen (praxisambulante Ärzteschaft: 82%).

Die für die Meisten interessante und abwechslungsreiche Arbeit kommt regelmässig zusammen mit einem hohen Zeit- und Leistungsdruck. Die Bezahlung stimmt trotz Belastungen noch für eine klare Mehrheit. Unter hohem Konkurrenzdruck oder einer schlechten Arbeitsorganisation leiden relevante Minderheiten.

**Grafik 1:**

**Spitalärzteschaft  
Aussagen über Arbeitsbedingungen**

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

in % Spitalärzte



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193)

Die Beziehungen zu den Patientinnen und Patienten beurteilen sowohl Spitalärztinnen und -ärzte (92%) als auch praxisambulant tätige Ärzte (87%) als überwiegend sehr gut oder gut. Keine Befragten beurteilen sie als schlecht oder sehr schlecht. Eher mehr Probleme scheint es zwischen ärztlichem Personal und der Verwaltung (18% der Spitalärzte beurteilen die Zusammenarbeit als sehr oder eher schlecht) sowie der Station und den Krankenkassen (13% sehr oder eher schlecht) zu geben. Die Zusammenarbeit mit praxisambulant tätigen Ärzten und Ärztinnen beurteilen 76% der Spitalärzteschaft als sehr oder eher gut – umgekehrt sind es 75%.

**1.4. Behandlungsfreiheit und -qualität**

Der Versorgungsstandard im eigenen Arbeitsbereich wird von einer klaren Mehrheit von 87% der Spitalärzteschaft als sehr oder eher gut bezeichnet. 70% beurteilen den persönlichen Spielraum in der Art und Weise der Behandlung als sehr oder eher gross. Einfluss auf die Art und Weise der Behandlung nehmen wenn schon am ehesten die Patientinnen und Patienten selbst sehr oder eher stark (77%) oder die ärztlich vorgesetzte Person (73%). Nur minderheitlich ist es das Pflegepersonal oder die Krankenkassen (16%) respektive die Verwaltung/Geschäftsführung (10%).

Offenbar werden heute überwiegend alle notwendigen diagnostischen Verfahren durchgeführt, um eine fundierte Behandlungsentscheidung zu erhalten (92% trifft sehr oder eher zu). 86% sind mehr oder weniger überzeugt, dass den Patientinnen und Patienten das Beste zur Verfügung steht. Und 83% stimmen der Aussage mehr oder weniger zu, dass alle Patientinnen und Patienten aufgenommen werden, selbst wenn sie wahrscheinlich mehr Kosten verursachen werden als vergütet wird. Allerdings ist die Ökonomisierung bereits heute teilweise Realität: Für 37% werden Behandlungsentscheidungen unter anderem so gefällt, dass der wirtschaftliche Gewinn optimiert wird. Dies scheint sogar etwas stärker der Fall zu sein, wenn bereits heute mit Fallpauschalen abgerechnet wird (41%). 26% stimmen der Aussage zu, dass versucht wird, chronisch Kranke und multimorbide Patientinnen und Patienten in anderen Einrichtungen unterzubringen. Hier besteht allerdings kaum ein Unterschied zwischen den Abrechnungssystemen.

## **1.5. Entwicklung des ärztlichen Personalbestands**

**Eigene Stelle wird kaum als gefährdet wahrgenommen, die Ausbildung des medizinischen Nachwuchses hingegen eher**

Nur sehr geringe Anteile der Ärzteschaft haben Angst, den Arbeitsplatz zu verlieren – unter der Spitalärzteschaft sind es 7%. Dies hat auch mit der Veränderung des Personalbestands zu tun. In vielen Abteilungen wurde der ärztliche Personalbestand stark oder schwach ausgebaut (40%). Deutlich weniger Abteilungen schrumpfen stark oder schwach (14%). Es fürchten allerdings, vielleicht gerade wegen des steigenden Bedarfs, 80% der Spitalärztinnen und -ärzte, dass es in Zukunft schwieriger wird, genügend Nachwuchs auszubilden. Einen Mangel für die optimale Behandlung in der Abteilung (36%) oder dem Spital (39%) sehen heute schon relevante Minderheiten.

Die Veränderungen im Personalbestand werden kaum mit DRG in Verbindung gebracht. Nur 3%, die eine Veränderung angaben, führen dies direkt auf die Fallpauschalen zurück. 14% sehen möglicherweise einen Zusammenhang zu den Fallpauschalen. Anpassungen wegen Pauschalen erfolgen sogar eher dort, wo mit Abteilungs- oder Prozesspauschalen gearbeitet wird, als in Spitälern, die mit APDRG oder SwissDRG abrechnen.

## **1.6. Zeitaufwand administrativ vs. medizinisch**

Die Beurteilung des Aufwands für verschiedene Tätigkeiten fällt vielen Befragten schwer und die Heterogenität in der Verteilung der Arbeiten und den Arbeitszeiten ist nach Fachgebiet und Position hoch. Wir haben zunächst die detaillierten Minutenangaben der einzelnen Befragten summiert und als 100% definiert. Daraus haben wir die Mittelwerte gezogen, die sich wie Prozente eines Arbeitstages lesen lassen. Damit lassen sich relativ präzise Aussagen machen, die sich bei einer Studienwiederholung auch vergleichen lassen. Auf Visiten und medizinische Tätigkeiten entfällt knapp die Hälfte der Arbeitszeit. Rapporte machen rund 10% aus, ärztliche Dokumentationsarbeit 16%, die Organisation der Nachbehandlung knapp 4%.

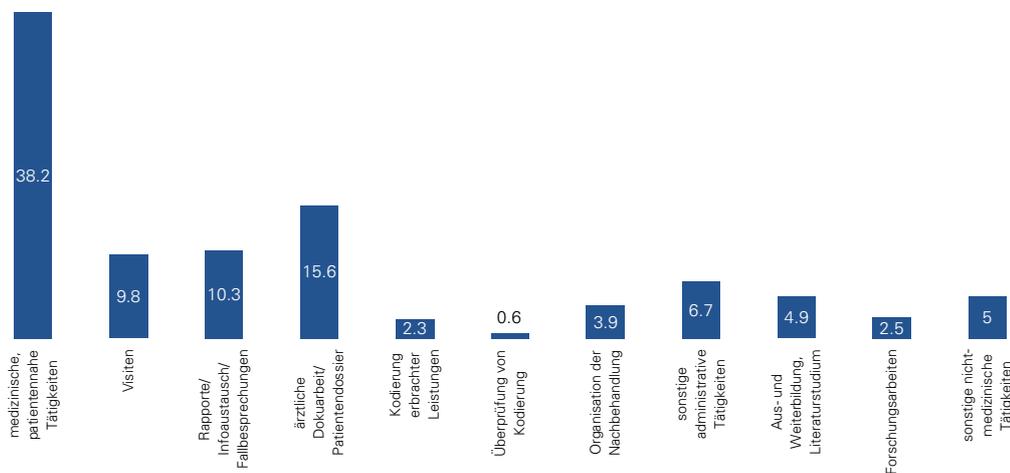
Auf Aus- und Weiterbildung oder Literaturstudium entfallen knapp 5%. Die grössten administrativen Arbeiten sind 'sonstiger' Natur oder 'sonstige nicht-medizinische Tätigkeiten' – sie machen zusammen mehr als 10% aus. Auf die eigentliche Kodierungsarbeit entfallen zurzeit weniger als 3%. Zwischen den verschiedenen heute angewandten Abrechnungssystemen ergibt sich bei diesem Aufwand kein messbarer Unterschied! Damit die DRG-Kodierung eine eigentliche Zusatzbelastung in der Arbeit darstellen würde, müsste der Aufwand dafür drastisch steigen.

Grafik 2:

## Spitalärzteschaft Zeitaufwand für verschiedene Tätigkeiten Mittelwerte

"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."

Mittelwerte, prozentualer Anteil der Minutenangaben der Befragten



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193)

### Kodieraufwand wird unabhängig vom Abrechnungssystem als erhöht wahrgenommen

Der Kodieraufwand hat bezogen auf sämtliche administrativen Tätigkeiten auch eine geringere Bedeutung einerseits wegen der Automatisierung und andererseits wegen der Delegation der Kodierungsarbeit. Für die Kodierungen sind gemäss 49% der befragten Spitalärztinnen und -ärzten Software-Lösungen im Einsatz und bei 40% speziell dafür eingestellte Kodierinnen und Kodierer ohne ärztliche Ausbildung respektive bei 34% solche mit ärztlicher Ausbildung. Die sehr verbreitete negative Einschätzung, dass sich der Aufwand der Dokumentationsarbeit zu Abrechnungszwecken erhöht hat, läuft unabhängig vom tatsächlich angewandten System. Problematisch ist das Verhältnis der Tätigkeiten allerdings bereits heute bei Assistenzärztinnen und -ärzten. Patientennahe Tätigkeiten machen 30.8% aus, Dokumentationsarbeit/Patientendossiers 24.7%. Steigt dieser Anteil noch etwas an, verbringen sie bald gleichviel Zeit mit der Dokumentation wie mit den Patientinnen und Patienten.

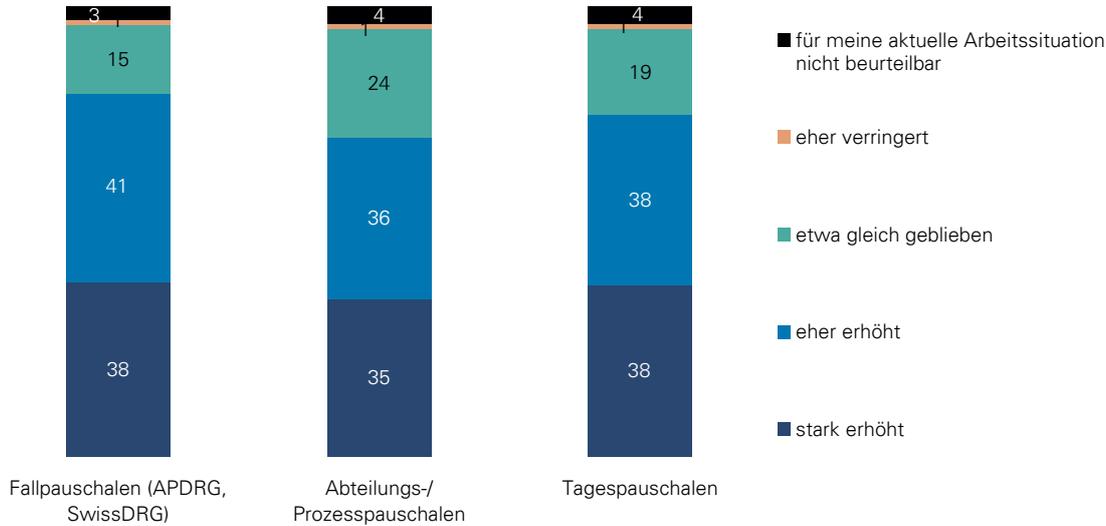
In der Tendenz sind etwas mehr Spitalärztinnen und -ärzte, die mit Fallpauschalen arbeiten, der Ansicht, der Aufwand für die Dokumentationsarbeit habe sich stark oder eher erhöht. Allerdings zeigen sich keine relevanten tatsächlichen Unterschiede bei der ärztlichen Dokumentationsarbeit oder bei anderen administrativen Tätigkeiten.

Grafik 3:

## Spitalärzteschaft nach Abrechnungssystem Beurteilung Aufwand Dokumentationsarbeit

"Hat sich aus Ihrer Sicht innerhalb des letzten Jahres der Aufwand für die Dokumentationsarbeit zu Abrechnungszwecken...?"

in % Spitalärzte



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193) (n = 317/140/313)

### 1.7. Fallpauschalen: Begleiteffekte und Haltungen

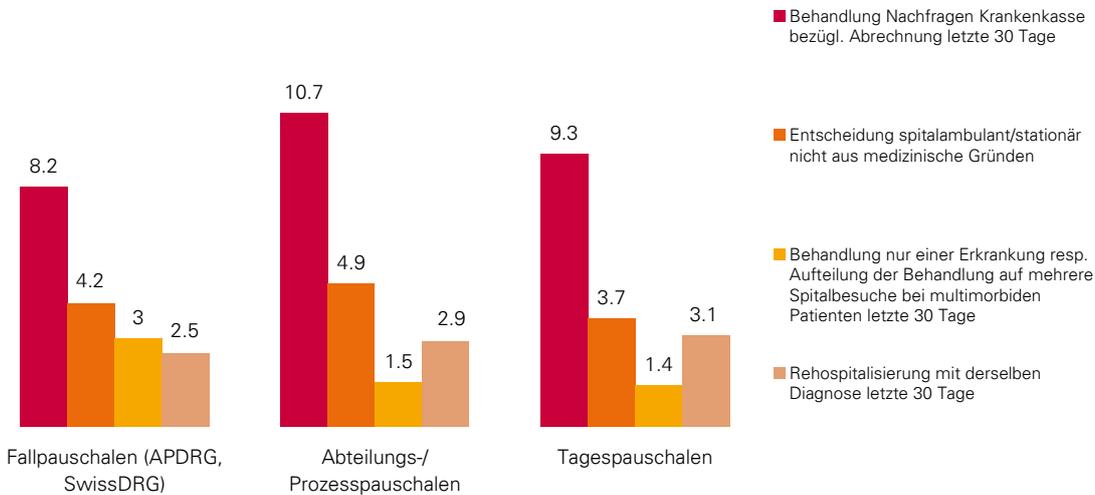
Es gibt verschiedene kritische Hypothesen zu negativen Begleiterecheinungen von Fallpauschalen. Grundsätzlich kann für die aktuelle Situation in der Schweiz Entwarnung gegeben werden. Nur Nachfragen der Krankenkassen zur Abrechnung müssen relativ oft bearbeitet werden und dies ist sogar bei Abteilungs- und Prozesspauschalen noch eher verbreitet als bei Fallpauschalen. Ab und zu werden Entscheidungen bezüglich praxisambulant oder stationär nicht aus medizinischen Gründen gefällt, wobei dies erneut bei Fallpauschalen nicht häufiger der Fall ist. Kaum werden Spitalbesuche bei multimorbiden Patientinnen und Patienten auf mehrere Spitalbesuche aufgeteilt, wobei das Abrechnungssystem keinen Einfluss darauf hat. Rehospitalisierungen (allenfalls wegen der so genannten 'blutigen Entlassungen') kommen insgesamt selten und tendenziell sogar weniger vor, wenn mit Fallpauschalen gearbeitet wird. Bei allen Abrechnungssystemen kommt es selten zur Behandlung nur einer Erkrankung respektive der Aufteilung der Behandlung auf mehrere Spitalbesuche bei multimorbiden Patientinnen und Patienten. Allerdings ist dies bei Fallpauschalen tatsächlich häufiger.

**Grafik 4:**

## Spitalärzteschaft nach Abrechnungssystem Spezielle Umstände

"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...."

Mittelwerte



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193) (n = 317/140/313)

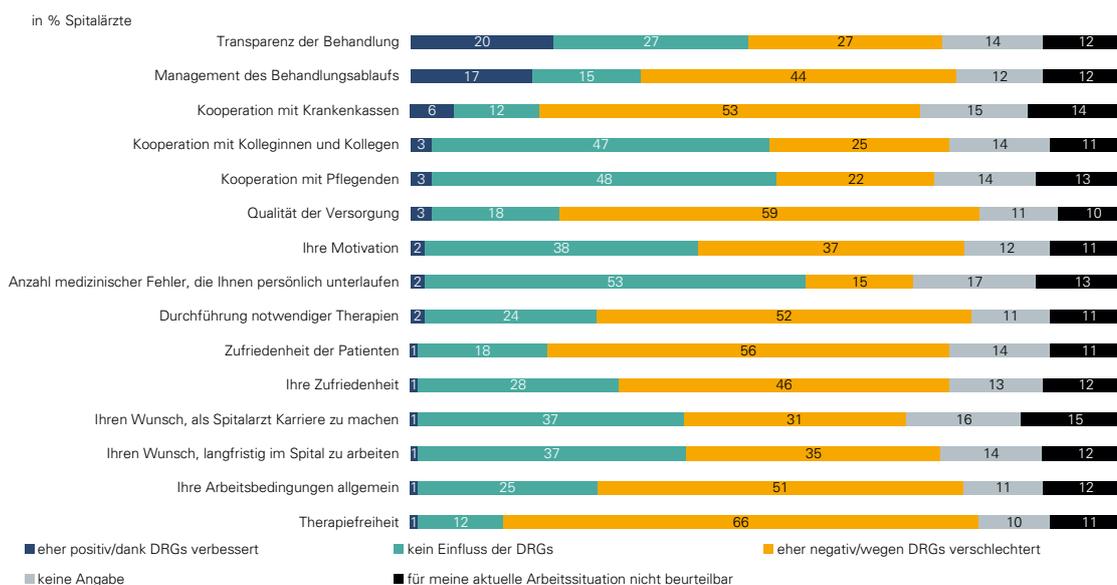
### Schweizer Ärzteschaft schaut der Einführung von SwissDRG skeptisch entgegen

Verglichen zu den harten Fakten, die kaum für die heute in Anwendung stehenden Fallpauschal-Systeme sprechen, sind die Einstellungen der Ärzteschaft zu DRG sehr kritisch. Keine Änderung wird mehrheitlich als positiv beurteilt. Teilweise wird noch ein positiver Einfluss auf die Transparenz der Behandlung und das Management des Behandlungsablaufs gesehen. Andere möglicherweise positiven Effekte werden praktisch negiert, während beispielsweise massiv eine Einschränkung der Therapiefreiheit befürchtet wird.

**Grafik 5:**

## Spitalärzteschaft Einfluss DRG

"Wie beurteilen Sie den Einfluss der DRGs auf...?"



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193)

Die Spitalärzteschaft steht der Einführung von SwissDRG mehrheitlich ablehnend gegenüber. Addiert man die Anteile, die sich neutral dazu stellen, ist die

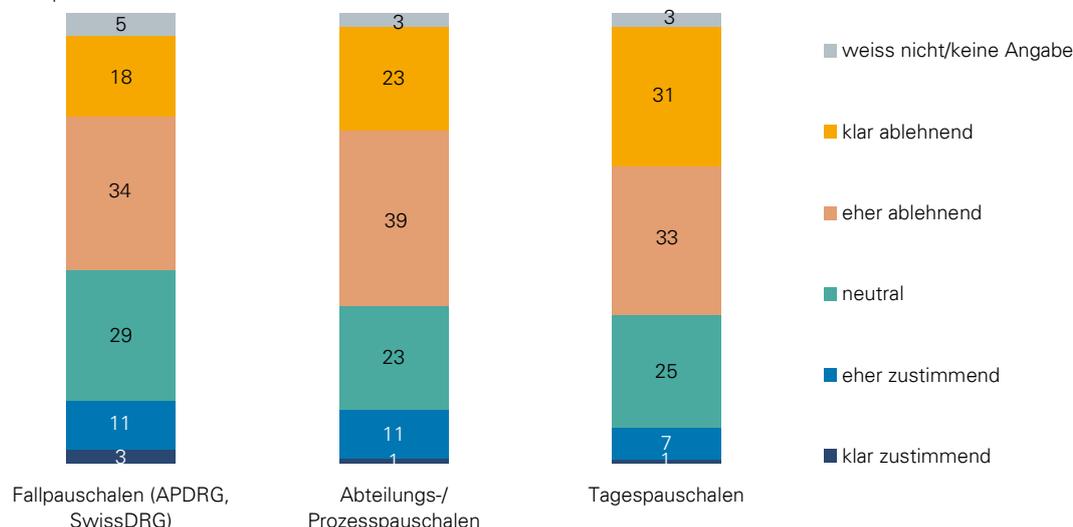
Unterstützung seitens Personen, die heute schon mit Fallpauschalen arbeiten etwas erhöht, aber auch dort knapp mehrheitlich ablehnend.

**Grafik 6:**

## Spitalärzteschaft nach Abrechnungssystem Beurteilung Einführung SwissDRG

\*Alles in allem: Wie stehen Sie der Einführung von SwissDRG gegenüber?\*

in % Spitalärzte



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193) (n = 317/140/313)

Diese Einschätzungen erfolgen auf Basis eines vergleichsweise geringen Wissenstandes. Über sehr oder eher gute Kenntnisse verfügen lediglich 21% der Spitalärztinnen und -ärzte. 58% haben Grundkenntnisse, 20% sogar keine Kenntnisse. 63% geben an, dass das eigene Spital über eine DRG-Strategie verfügt, wobei diese eher positiv bewertet werden. 9% der Spitalärzteschaft sieht keine solche Strategie des Spitals. In diesen Fällen wird der Umgang des Spitals mit DRG auch eher bemängelt.

## 1.8. Zusammenzug der Erkenntnisse

Auf einer Vielzahl einzelner Fragestellungen haben wir mit Hilfe von Faktoranalysen Ähnlichkeiten und Muster bei einzelnen Frageblöcken zu Indikatoren verdichtet. Die Indikatoren wurden soweit normiert, dass sie alle +2 für maximal positive sowie -2 für maximal negative Antworten ergeben<sup>1</sup>. Damit entsteht ein Profil der Befindlichkeit der Spitalärzteschaft. Im Schlussbericht werden die Indikatoren detailliert erläutert. Der 'hypokratische Alltag' im Sinne der Behandlungsqualität und -freiheit funktioniert ähnlich wie die Patientenbeziehung weit herum sehr gut. Gesundheitsbeschwerden der Spitalärztinnen und -ärzte sind wenig verbreitet und der Gesundheitszustand gut. Das Teamwork und die Zusammenarbeit mit Dritten sowie der Arztberuf an sich ergeben wenig Anlass zur Klage. Der Druck ist zwar da, aber bisher erträglich. Die Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen ist weiterhin da. Auch der Personalbestand wird indiziert noch ausreichend bewertet. Leicht kritisch beurteilt wird bereits die Freiheit bei medizinischen Entscheidungen (Index aus Einfluss auf Behandlungsentscheidung von 'Vorgesetzter Arzt' / 'Stationsleitung' / 'Zuständige Pflege' / 'Pflegedienstleitung'). Ebenfalls negativ werden indiziert sogar teilweise positiv beurteilte Effekte von DRG beurteilt ('Transparenz Behandlung' / 'Manage-

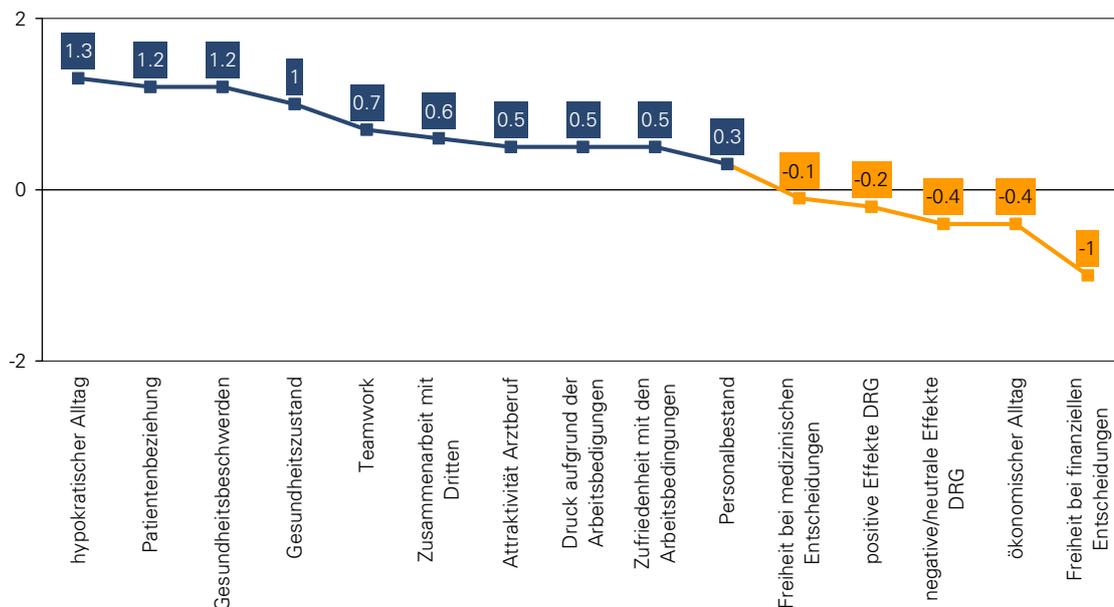
<sup>1</sup> Davon ausgenommen sind die Indizes zum Gesundheitszustand (-2 bis 3) und zum Einfluss von SwissDRG (-1 bis 1), die auf Basis der zugrunde liegenden Fragen anders normiert sind.

ment Behandlungsablauf'). Noch kritischer sieht es bei allen übrigen erfragten neutralen oder negativen Effekten von DRG aus. Sehr kritisch beurteilt wird auch die Ökonomie, die zunehmend im Alltag einfließt ('Optimierung wirtschaftlicher Gewinn bei Diagnosen' / 'Verschiebung Chronisch kranker/morbider Patienten'). Am meisten Ärger verursacht die Freiheit bei finanziellen Entscheidungen (Einfluss auf Behandlungsentscheidungen durch 'Verwaltung/Geschäftsführung' / 'Krankenkassen').

**Grafik 7:**

## Zusammenzug Indizes Spitalärzte:

Indizes Spitalärzte Mittelwerte normiert mit Maximum +2 & Minimum -2



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193)

## 1.9. Fazit und Thesen

### Fazit

Die Bestandesaufnahme der Befindlichkeit und Einstellungen der Schweizer Ärzteschaft im Jahr vor der Einführung von SwissDRG bescheinigt eine hohe Arbeitszufriedenheit und starke Identifikation mit dem Arztberuf trotz der hohen Belastungen. Positive Aspekte der ärztlichen Tätigkeit sowie eine gewisse Sicherheit, im Arbeitsmarkt einen festen Platz zu haben, wiegen negative Aspekte, wie Stress oder Überstunden auf. Getrübt wird das Bild höchstens von Kontextfaktoren, die den medizinischen Alltag mitbestimmen. Die gefühlte Einschränkung der Behandlungs- und Therapiefreiheit ist ein besonders sensibler Punkt, der die Ärzteschaft eint. Die Grundhaltung ist dabei klar; medizinische Faktoren sollen im Umgang mit Patienten oberste Priorität haben. Nicht-medizinische Faktoren, wie etwa ein ökonomischer Umgang mit Ressourcen, werden zwar als Rahmenbedingungen durchaus anerkannt und berücksichtigt, sollen aber im Konfliktfall nicht über den Behandlungsentscheid oder das Patientenwohl gestellt werden.

Nun wird gerade die Einführung von SwissDRG als Eingriff in die ärztliche Entscheidbarkeit bei der Behandlung empfunden, was Befürchtungen schürt und die negative Grundhaltung der Ärzteschaft nährt. Nicht das Spitalmanagement oder die Krankenkassen sollen über Behandlungen entscheiden, sondern der Arzt/die Ärztin und die Patientenschaft. Fundierte Kenntnisse über Abrechnungssysteme ganz allgemein sind dabei die Ausnahme und auch der Wis-

senssstand betreffend SwissDRG ist tief. Dieses Unwissen schürt im Zusammenspiel mit möglichen negativen Begleiteffekten wie 'Bloody Exits' oder Bürokratisierung die Skepsis der Schweizer Ärzteschaft und hilft, die mehrheitlich ablehnende Haltung der Einführung von SwissDRG gegenüber zu erklären. Die Skepsis sinkt zwar mit steigendem Wissen, ist aber selbst bei gut informierten Ärztinnen und Ärzten mehrheitlich vorhanden. Allfällige positive Effekte von SwissDRG werden kaum anerkannt, negative hingegen klar befürchtet, obwohl sie sich in der Praxis mit den heute benutzten Fallpauschalen kaum bewahrheiten. Die Befürchtungen rund um Fallpauschalen sind somit grösser als die heute beobachtbaren negativen Effekte und bringen die hohe Berufsidentifikation unter Druck. Fremdbestimmung im medizinischen Alltag und die gefühlte fortschreitende Bürokratisierung werden mit der Einführung von SwissDRG assoziiert, und lassen die Ärzteschaft laut über ihr eigenes Berufsverständnis und das Berufsethos nachdenken. SwissDRG unterliegt dem Risiko in der Wahrnehmung der Ärzteschaft zum schwarzen Peter der Veränderungen im Gesundheitswesen stilisiert zu werden und damit zum Symbol für gefühlte Missstände im ärztlichen Alltag.

Abschliessend sollen einige synthetisierende Gedanken die aufgestellten Thesen zur Studie anhand konkreter empirischer Ergebnisse einbetten.

Über 80 Prozent der Schweizer Ärzteschaft ist mit dem Berufsalltag zufrieden und 95 Prozent befinden ihren Beruf auch für spannend. Die Belastungen sind dabei hoch, was sich nicht zuletzt in den geleisteten Arbeitsstunden äussert, die mehrheitlich bei über 40 Stunden pro Woche liegen (Kapitel 3.1). Die hohe Berufsidentifikation der Ärzteschaft und ihre Zufriedenheit mit der eigenen Arbeit sind wichtige Pfeiler der ärztlichen Leistungserbringung, denn die Fähigkeit zur Empathie mit Patienten hängt indirekt davon ab und ist ein wichtiger Faktor der Leistungserbringung im Gesundheitswesen.

#### **These 1**

Der Ärzteschaft geht es dank einem spannenden Beruf gut. Sie nehmen 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.

Der Wissensstand zu Fallpauschalen ist noch wenig ausgeprägt, und nur Minderheiten verfügen über fundierte Kenntnisse. Zwar wächst die Kenntnis mit steigendem Alter und der beruflichen Position, mehrheitlich fundiert ist sie aber auch in den Chefetagen nicht (Kapitel 3.2). Diese Wissenslücke regt Spekulationen an und schürt Gerüchte, was sich in der mehrheitlich ablehnenden Haltung der Ärzteschaft gegenüber der Einführung von SwissDRG äussert. Der krasse Gegensatz, ökonomische Grössen bei der Behandlung von Menschen nicht zu vernachlässigen, stösst in der Ärzteschaft auf wenig Gegenliebe und man fürchtet um die hohe Versorgungsqualität, spezifischer um die Therapiefreiheit und das Patientenwohl (Kapitel 3.2). Es wäre wichtig, der Ärzteschaft die Vorteile von SwissDRG näher zu bringen und aufzuzeigen, dass die Berufsausübung nach wie vor primär von humanistischen Grundsätzen geleitet wird, ökonomische Grössen dabei aber nicht zu vernachlässigen sind.

### These 2

Fallpauschalen werden auf Basis der heute vorhandenen Grundkenntnisse mehrheitlich abgelehnt. Positive Effekte werden kaum anerkannt und negative sehr verbreitet befürchtet. DRG sind für viele Ärztinnen und Ärzte ein Symbol für eine zunehmende Rationierung und Sachzwänge im Schweizer Gesundheitswesen: Die Wirtschaftlichkeit wird hoch gewichtet, was die Befürchtung stärkt, die Wirksamkeit und Zweckmässigkeit könnte vernachlässigt werden. Die bisher eingeführten Fallpauschalen dürften diesen Prozess eher beschleunigt haben.

Das Kapitel 3.1 beschreibt den Zeitaufwand der Ärzteschaft für verschiedene Tätigkeiten im Berufsalltag. Die separate Analyse der gemachten Angaben nach Abrechnungssystem legt dar, dass aktuell nur geringfügige Unterschiede auszumachen sind. Spitalärztinnen, die bereits heute mit Fallpauschalen abrechnen, verwenden am wenigsten Zeit für Codierarbeiten und verbringen am meisten Zeit mit medizinischen, patientennahen Tätigkeiten. Die Unterschiede fallen eher entgegen den Befürchtungen aus und das Kapitel 3.2 legt dar, dass auch negative Effekte wie 'bloody exits' oder der Drehtüren-Effekt zumindest im Moment bei Abrechnung mit Fallpauschalen nicht häufiger aufzutreten scheinen als sonst. Einzig die Aufteilung der Behandlung Multimorbider scheint bei der Anwendung von DRGs leicht häufiger vorzukommen als wenn Prozess- oder Tagespauschalen abgerechnet werden.

### These 3

Die bisher in Kraft gesetzten Fallpauschalen haben wenig messbare Auswirkungen auf den Arbeitsalltag im Spital oder auf Faktoren, die indirekt mit Fallpauschalen in Verbindung stehen. Trotzdem verringerten die eigenen Erfahrungen die Vorbehalte gegen DRGs nur schwach. Der Change-Prozess mit SwissDRG muss den subjektiv vorhandenen Vorbehalten aktiv begegnen, weil sonst der Übergangsprozess zu langwierig wird.

Einschätzungen der Ärzteschaft zum Zeitaufwand für verschiedene Tätigkeiten im Berufsalltag zeigen, dass medizinische und patientennahe Tätigkeiten zwar den grössten Posten ausmachen, administrative Tätigkeiten verschiedener Art aber aufsummiert ähnlich viel Zeit beanspruchen (Kapitel 3.1). Der Aufwand für Kodierungen ist im Vergleich zu diesen beiden Grössen verschwindend klein und kann für die gefühlte Bürokratisierung des Arztberufes kaum verantwortlich gemacht werden. Sehr wohl spürbar sind aber gewisse Spannungen, wenn es um die Zusammenarbeit mit Krankenkassen oder der Verwaltung geht (Kapitel 3.3.2). Die Zusammenarbeit mit anderen Ärzten und Ärztinnen oder anderen medizinischen Einrichtungen scheint dagegen unbelastet zu sein.

### These 4

Der Aufwand für die Dokumentations- und administrative Arbeit nimmt subjektiv zu, wobei die Kodierung hierfür kaum verantwortlich ist. Eher noch sind Nachfragen von Krankenkassen und Spitalprozesse, die als Leerlauf empfunden werden, heute dafür verantwortlich. Solange SwissDRG nicht zu einem massiven Anstieg der Kodierungs- oder der ärztlichen Dokumentationsarbeit führt, sind wenig direkte negative Auswirkungen von DRG auf generelle Faktoren der Arbeitszufriedenheit zu erwarten.

Ökonomische Grössen bestimmen den ärztlichen Alltag bereits heute mit und sind ein wichtiges Thema in der gesellschaftlichen und politischen Diskussion rund um das Gesundheitswesen. Diese Ökonomisierung, im Sinne eines Umgangs mit knappen Mitteln wird von der Ärzteschaft zwar als Realität akzeptiert, die Einflussnahme auf den Behandlungsprozess ohne medizinischen Hin-

tergrund hat aber einen schweren Stand. Im Zusammenhang mit DRG werden insbesondere Folgewirkungen für die Behandlung spezieller Krankheiten und Patienten befürchtet. Die Zahlen lassen den Verdacht aufkommen, dass beispielsweise die Behandlung multimorbider Patienten und Patientinnen tatsächlich durch das Abrechnungssystem beeinflusst wird. Spitäler, die bereits heute mit Fallpauschalen abrechnen, geben doppelt so oft an, multimorbide Patienten nicht ganzheitlich zu behandeln, sondern die Behandlung auf mehrere Spitalbesuche zu legen (Kapitel 3.2).

#### **These 5**

Die Ökonomisierung ist Teil des Alltags der Spitalärzteschaft. Diese belastet und zunehmend befürchten Ärztinnen und Ärzte, dass aus nicht-medizinischen Gründen Einfluss auf die Behandlung genommen wird. Beispielsweise könnte künftig die Behandlung multimorbider Patientinnen und Patienten eher auf mehrere Spitalbesuche aufgeteilt werden. Der Zusatzaufwand für die Dokumentation dürfte vor allem die Assistenzärzteschaft belasten.

Der Kenntnisstand der Schweizer Ärzteschaft in Sachen DRG ist noch wenig ausgeprägt, Wissenslücken könnten durch pro-aktive Kommunikation geschlossen werden, was eine Chance der Akzeptanzsteigerung und Sensibilisierung für SwissDRG bedeuten könnte. Einschnitte in die Behandlungsfreiheit und eine generelle Verschlechterung der Arbeitsbedingung werden im Zusammenhang mit der Einführung von DRGs von der Ärzteschaft erwartet (Kapitel 3.2). Obwohl eine relative Mehrheit der Ärzteschaft angibt, dass die Einführung von SwissDRG keinen Einfluss auf ihre Motivation haben werde, ist auf die hohe Berufsidentifikation der Ärzteschaft zu achten. Noch mehr Bedeutung kommt dieser Aussage zu, wenn man den schleichenden Statusverlust des Arztberufes in Betracht zieht, der durch die Einführung der DRGs zusätzlich unter Druck gerät. DRGs werden von der Ärzteschaft als Bevormundung im Behandlungsprozess empfunden, was deren Akzeptanz abträglich ist. Es wäre wichtig, die medizinische Leistungserbringung ins Zentrum der Diskussion zu stellen und die durch den wirtschaftlichen Druck entstehende Rückverantwortung der Ärzteschaft als Chance zu nutzen. Die Leistungserbringung wird nämlich auch künftig durch die Ärzteschaft und nicht das Management erfolgen, also sollte die eigene Position selbstbewusst vertreten und eingebracht werden.

#### **These 6**

Die als negativ empfundene Bürokratisierung ist Teil des Alltags der Spitalärzteschaft. DRGs verstärken den Eindruck, dass zunehmend nicht-medizinische Faktoren die Behandlung diktieren. Bei Entscheidungen im Spitalalltag werden heute bereits unabhängig vom verwendeten Abrechnungssystem Kosten/Nutzen-Überlegungen angestellt und im Einzelfall die medizinische Behandlung so ausgeführt, dass der Ertrag optimiert wird. Mit der uneingeschränkten Behandlungsfreiheit wird auch das Berufsethos in Frage gestellt. Die hohe Berufsidentifikation und gleichzeitig die überdurchschnittliche Leistungsbereitschaft der Spitalärzteschaft sind gefährdet.

# 2. Einleitung

## 2.1. Das Forschungsinteresse und der Auftrag

Am 25. August 2010 hat die FMH, vertreten durch Beatrix Meyer, Leiterin Tarifiedienst FMH und Bereich SwissDRG, eine begleitende Untersuchung aus Anlass der Einführung des Fallpauschalensystems SwissDRG auf den 1. Januar 2012 ausgeschrieben. Da die Weichen im Gesundheitswesen in den nächsten Jahren generell neu gestellt werden, war es der FMH ein Anliegen, sozialwissenschaftliche Daten bereits vor der Einführung von SwissDRG zu haben. Die FMH strebte eine fokussierte sozialwissenschaftliche Studie bei Spitalärzten und praxisambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten der Schweiz an, die sich für ein Monitoring eignen soll, um Veränderungen über die Zeit effektiv messbar zu machen.

## 2.2. Fragestellungen und Zielsetzungen

Der FMH ging es darum, die Entwicklung der Rahmenbedingungen für die Spitalärzteschaft und der Arzt-Patienten-Beziehung mit einer repräsentativen Befragung bei Spitalärzten und Spitalärztinnen (ggf. frei praktizierende praxisambulant tätige Ärzte und Ärztinnen) vor Einführung von SwissDRG zu untersuchen. Die Studie eignet sich, um zu einem späteren Zeitpunkt wiederholt zu werden und sozialwissenschaftlich messbare Effekte von SwissDRG zu quantifizieren.

- Die FMH möchte jene Themen aus dem FMH-Konzept untersuchen lassen, welche aus Sicht der Ärzteschaft wichtig sind.
- 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.

Im Rahmen von ausgiebigen Diskussionen mit den Fachgesellschaften und Dachverbänden der FMH wurden im Vorfeld der Studie folgende Themen festgelegt, welche zu untersuchen sind:

1. Zeitaufwand für administrative Tätigkeiten und Dokumentationsarbeiten vs. Zeit für Patienten, Zeit für Weiter- und Fortbildung
2. Arzt-Patienten-Beziehung, Beziehung zu anderen Gesundheitsfachleuten
3. Behandlungsfreiheit
4. Perspektiven/Intellektuelle Anregung
5. Entwicklung des ärztlichen Personalbestands im Spital
6. Arbeitszufriedenheit
7. Gesundheitszustand der Ärzte

Für konkrete Ausführungen zur Generierung der Hypothesen und exakten Fragestellungen verweisen wir an dieser Stelle auf das Konzept zur Begleitstudie zur Einführung von SwissDRG, welches im Vorfeld auf Basis einer Literaturstudie und qualitativen Tiefeninterviews ausgearbeitet wurde und der Auftraggeberin vorliegt.

## 2.3. Der Studienverlauf im Detail

Die Projektarbeit der Begleitstudie zur Einführung von SwissDRG gliederte sich in drei Teile. Die qualitative Vorstufe des Projekts begann Ende 2010 mit qualitativen Interviews mit 29 Expertinnen und Experten des Schweizer Gesundheitswesens. Für diese erste Phase berücksichtigt wurden Personen aus der Spitalärzteschaft, aus Verbänden, der Verwaltung, dem Spitalmanagement sowie weiteren involvierten Personen. Parallel erstellte gfs.bern eine Übersicht zum Forschungsstand in Zusammenhang mit Fallpauschalensystemen und weiteren interessierenden Grössen. Diese beiden inhaltlich wichtigen Grundpfeiler der Studie wurden per Ende Februar im Rahmen eines Zwischenberichts verdichtet und abgeschlossen. Auf Basis der gewonnenen Erkenntnisse formulierte gfs.bern einen ersten Fragebogenentwurf, der durch intensiven Austausch mit der FMH-Arbeitsgruppe SwissDRG perfektioniert wurde. Darauf folgte ein Pretest des erstellten Fragebogens anhand von 99 Interviews mit Spitalärzten und Spitalärztinnen. Zwischen dem 6. Juni und dem 8. August 2011 fand schliesslich die Befragung der Schweizer Ärzteschaft statt, wobei zwischen einer Online-Teilnahme respektive einem Telefoninterview gewählt werden konnte.

Die Befragten wurden in einem ersten Schritt brieflich kontaktiert, danach per Email. Untenstehende Tabelle 1 dokumentiert die erreichte Ausschöpfung getrennt nach im Spital tätiger und praxisambulant tätiger Ärzteschaft. Durch mehrfaches Reminding, zusätzlichen telefonischen Kontaktierungen der Befragten sowie regem Austausch per Email konnten gute Ausschöpfungsquoten erreicht werden. Bei der praxisambulant tätigen Ärzteschaft lag die Ausschöpfung bei 31.4 Prozent, bei der Spitalärzteschaft bei 25.7 Prozent. Bei der Spitalärzteschaft gingen einige Befragte verloren, da sie ihren primären Arbeitsplatz bei der FMH als 'Spital' definierten, auf die Frage jedoch, ob Sie hauptsächlich im Spital arbeiten würden, mit Nein antworteten, was zu einem Abbruch des Interviews führte. Rechnet man diese im strengen Sinne 'Teilnehmenden' mit ein in die Ausschöpfungsquote der Spitalärzteschaft, konnte mit 29.7 Prozent auch in diesem Umfeld eine ausserordentliche Ausschöpfung erzielt werden. Beide Werte stellen für Umfragen im medizinischen Umfeld sehr gute Quoten dar, insbesondere wenn man bedenkt, dass auf eine Incentivierung der Befragten bewusst verzichtet wurde.

### Ausschöpfung

	<b>Praxisambulante Ärzteschaft</b>	<b>Spitalärzteschaft</b>
Adress-Basis Hauptstudie	846	4346
Adress-Basis Pretest	-	301
Adressbasis Total	846	4647
Teilnehmende Total	267	1378
<b>Ausschöpfung Total</b>	<b>31.6%</b>	<b>29.7%</b>
Teilnehmende Gültige Total	266	1193
<b>Ausschöpfung Gültige Total</b>	<b>31.4%</b>	<b>25.7%</b>

© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni-August 2011

Trotz grundsätzlich sehr guter Ausschöpfungsquoten sind in einzelnen Fachrichtungen Abstriche zu machen. Im Verlauf der Befragung wurde immer klarer, dass sich gewisse Fachbereiche in Ihrem Berufsalltag von SwissDRG schlichtweg nicht betroffen fühlen und daher ihre eigenen Einschätzungen als irreführend beurteilten. Dies war beispielsweise eine häufige Reaktion von Personen aus Prävention und Gesundheitswesen. Solchen Entwicklungen wurde durch fachgruppenspezifische Kommunikation mit den Befragten weitestgehend entgegenzuwirken versucht (auf Fachgruppen ausgerichtete Remindings per Mail mit je eigenem Wording und Telefongespräche). In einigen Fachgruppen fruchtete dieses Vorgehen (beispielsweise Urologie), in anderen fehlt der Alltagsbezug offensichtlich zu stark, um den Sinn einer Teilnahme an der Studie plausibel

zu machen (tiefste Ausschöpfung bei Psychiatrie und Prävention sowie Gesundheitswesen).

**Tabelle 1:**

### **Ausschöpfung nach Fachgebieten Spitalärzteschaft**

	<b>Adressbasis</b>	<b>Realisierte Interviews</b>	<b>Ausschöpfung</b>
Anästhesiologie	282	78	27.7%
Allgemeinmedizin	462	110	23.8%
Psychiatrie	305	55	18.0%
Assistenzärzte und Assistenzärztinnen / Ärzte und Ärztinnen ohne Facharzttitle	1247	460	36.9%
Chirurgie	666	164	24.6%
Urologie	96	38	39.6%
Radio- und Onkologie	62	25	40.3%
Prävention und Gesundheitsw.	36	5	13.9%
ORL	84	34	40.5%
Dermatologie und Venerologie	68	17	25.0%
Weitere 'interventionell tätige' Fachbereiche	456	102	22.4%
Weitere 'konservativ tätige' Fachbereiche	582	105	18.0%

© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni-August 2011

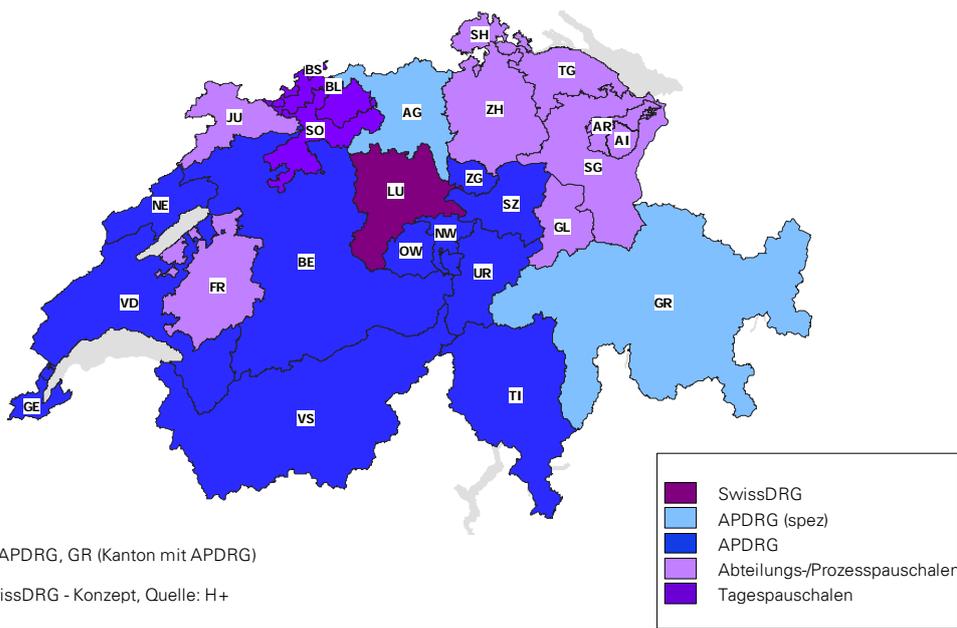
Der vorliegende Schlussbericht bildet zusammen mit den bereits gehaltenen und noch offenen Präsentationen die Endphase der Begleitstudie zur Einführung von SwissDRG.

In der grafischen Aufbereitung der Resultate wurde stets zwischen praxisambulant tätiger und spitalambulanter Ärzteschaft unterschieden. Grafiken beinhalten entweder nur eine dieser beiden Ärztegruppen oder beide im Vergleich. Für die Spitalärzteschaft wurden weiter Grafiken nach Fachrichtungen, wie sie oben aufgelistet sind, erstellt. Weiter wurden für diverse interessierende Untergruppen (beispielsweise Geschlecht, Alter Position im Spital etc.) Auswertungen vorgenommen, die sich entweder grafisch aufbereitet im Bericht finden oder aber für jede Variable im vollständigen Tabellenband zur Studie ausgewiesen sind.

Auswertungen nach real angewendetem Abrechnungssystem konnten aus strukturellen Gründen nicht verlässlich vorgenommen werden. SwissDRG an und für sich orientiert sich am deutschen System von Fallpauschalen (German DRG), in mehreren Kantonen wurde jedoch zu unterschiedlichen Zeitpunkten APDRG eingeführt. Untenstehende Grafik liefert hierzu eine Übersicht. Die Situation ist aktuell uneinheitlich geregelt und zwar nicht nur der Kantons Grenzen entlang, sondern auch innerhalb einzelner Kantone. Dies führt offensichtlich zu Verwirrung, die bei immerhin 20 Prozent der Spitalärzte und -ärztinnen und 23 Prozent der praxisambulant tätigen Ärzteschaft zum Ausdruck kommt, wenn diese angeben, gar keine Kenntnisse von Fallpauschalen zu haben.

Grafik 8:

## APDRG in den Schweizer Kantonen



Diese strukturell uneinheitliche Situation in Kombination mit der Distanz der Ärzte zum eigentlichen Abrechnungsverfahren führt zu einer gewissen Unsicherheit darüber, wie genau abgerechnet wird. Die Angaben der Befragten variierten gar innerhalb ein und desselben Spitals. Da die Angaben zu den Abrechnungssystemen mit derart grossen Unsicherheiten behaftet sind, wurde auf eine Auswertung dieser verzichtet.

# 3. Befunde

Vorliegender Schlussbericht der Begleitstudie zur Einführung von SwissDRG stellt die Resultate der 2011 erstmals durchgeführten Befragung in sechs Kapiteln dar. Den Anfang macht das Kapitel 3.1, das den Zeitaufwand näher beschreibt. In Kapitel 3.2 werden Auswirkungen von Fallpauschalen auf verschiedene Grössen thematisiert, Kapitel 3.3 beschreibt die Arzt-Patientenbeziehung und den Behandlungsfreiraum. Perspektiven und die Arbeitszufriedenheit sind Inhalt des Kapitels 3.4, Kapitel 3.5 thematisiert den Gesundheitszustand der Schweizer Ärzteschaft. Das letzte Kapitel, die Synthese (3.6), bildet einen Zusammenschluss ausgewählter Indikatoren und reflektiert die eingangs aufgestellten Forschungsfragen in verdichtender Form.

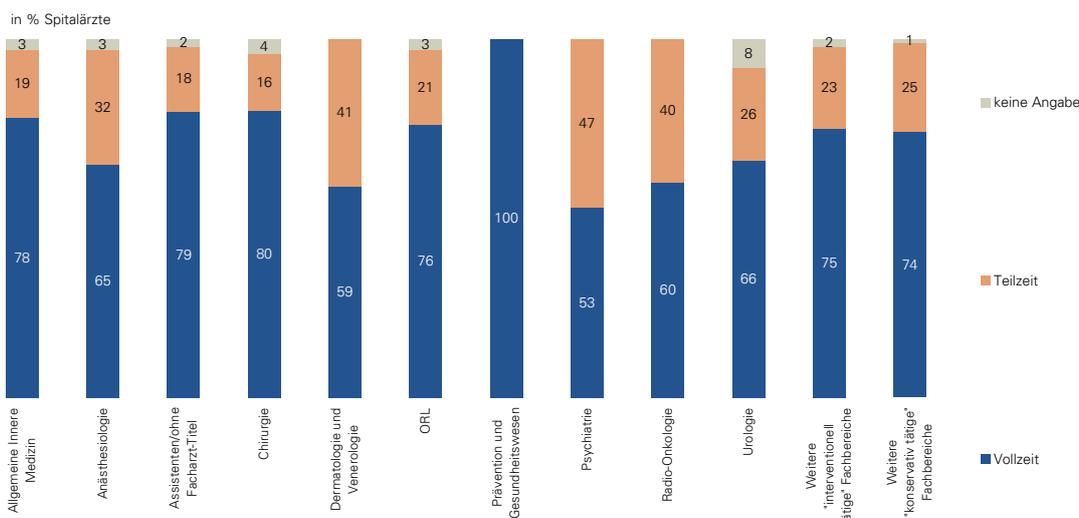
## 3.1. Zeitaufwand

Ein durchschnittlicher Arbeitstag im Spital oder in der ärztlichen Tätigkeit ganz allgemein umfasst verschiedene Tätigkeiten und wird mitunter durch das Fachgebiet oder die Position einer befragten Person determiniert. DEN durchschnittlichen Arbeitstag gibt es dabei kaum, was die Heterogenität in der Verteilung der Angaben zum Zeitaufwand einerseits, zur Arbeitszeit andererseits zeigt. Trotz der vielen Spezifika im ärztlichen Alltag gibt es auch Gemeinsamkeiten, beispielsweise was den Anstellungsgrad betrifft: Eine überwiegende Drei-Viertel-Mehrheit der Schweizer Spitalärzteschaft übt ihren Beruf im Vollpensum aus, nur gerade vier Prozent von ihnen arbeitet weniger als 2 Tage die Woche, 16 Prozent arbeiten weniger als 80 Prozent. Die meisten Teilzeitbeschäftigten finden sich in der Spitalärzteschaft in den Fachgebieten Psychiatrie (41%), Dermatologie und Venerologie (41%), Radio-Onkologie (40%) und Anästhesiologie (32%). Die wenigsten Teilzeitangestellten finden sich in den Gebieten Chirurgie (16%), Assistenten bzw. Assistentinnen (18%), allgemeine und innere Medizin (19%) und ORL (21%).

**Grafik 9:**

### Fachrichtungen Spitalärzteschaft Anstellungsgrad (1)

"In welchem Anstellungsgrad sind Sie im Spital beschäftigt?"



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193)

(Allgemeine Innere Medizin n = 110/Anästhesiologie n = 78/Assistenten/ohne Facharzt-Titel n = 460/Chirurgie n = 164/ Dermatologie und Gesundheitswesen n = 5/ Psychiatrie n = 55/ Radio-Onkologie n = 25/ Urologie n = 38 / Weitere "interventionell tätige" Fachbereiche n = 102/ Weitere "konservativ tätige" Fachbereiche n = 105)

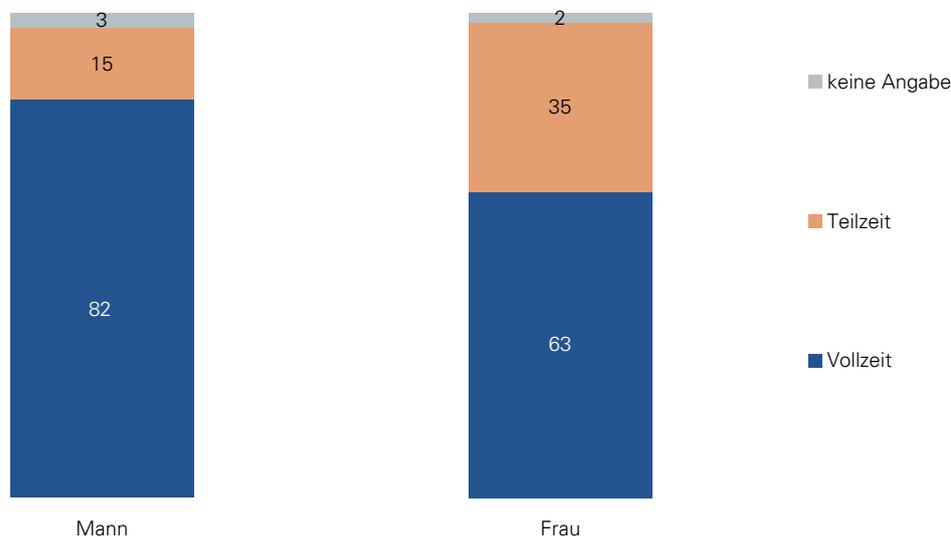
Teilzeitarbeit ist dabei unter weiblichen Spitalärztinnen häufiger der Fall als unter ihren männlichen Berufskollegen, ein Phänomen das bekannterweise auch in anderen Branchen auftritt.

**Grafik 10:**

## Spitalärzteschaft Anstellungsgrad nach Geschlecht

"In welchem Anstellungsgrad sind Sie im Spital beschäftigt?"

in % Spitalärzte



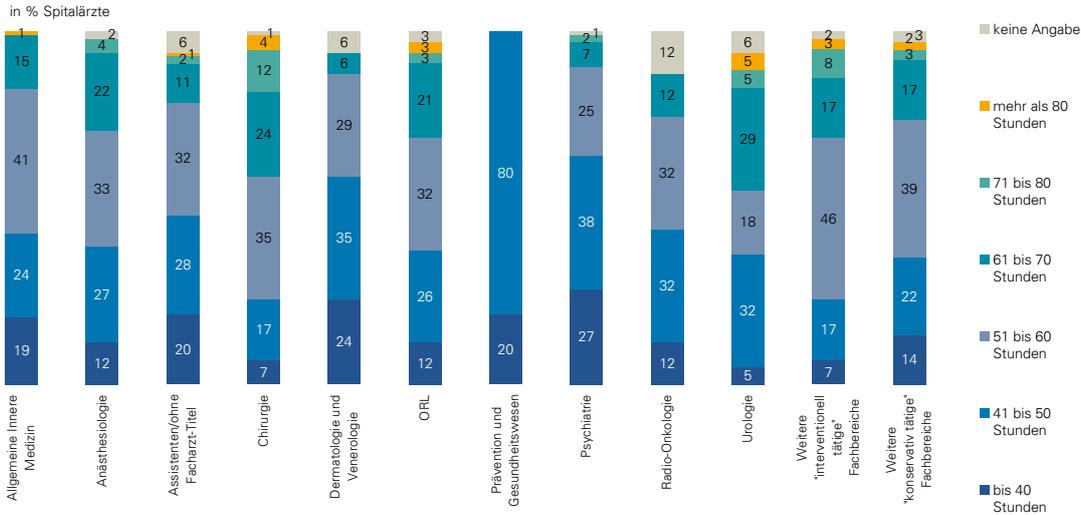
© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193)

Die Angaben der Schweizer Spitalärzteschaft zu den tatsächlich geleisteten Arbeitsstunden der vergangenen Wochen legen dar, dass diese viel und in der Regel auch über ihrem Pensum arbeitet. Im Durchschnitt arbeitet ein Schweizer Spitalarzt getreu den Angaben der Befragten 52.3 Stunden (Standardabweichung von 15h). Immerhin sechs Prozent der Befragten geben an, in der vergangenen Woche 71 Stunden und mehr gearbeitet zu haben. Die Arbeitsstunden divergieren dabei auch nach Fachrichtung.

**Grafik 11:**

## Fachrichtungen Spitalärzteschaft Anzahl Arbeitsstunden vergangene Arbeitswoche

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



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193)

(Allgemeine Innere Medizin n = 110/Anästhesiologie n = 78/Assistenten/ohne Facharzt-Titel n = 460/Chirurgie n = 164/ Dermatologie und Venerologie n = 17/ORL n = 34/ Prävention und Gesundheitswesen n = 5/ Psychiatrie n = 55/ Radio-Onkologie n = 25/ Urologie n = 38 / Weitere "interventionell tätige" Fachbereiche n = 102/ Weitere "konservativ tätige" Fachbereiche n = 105)

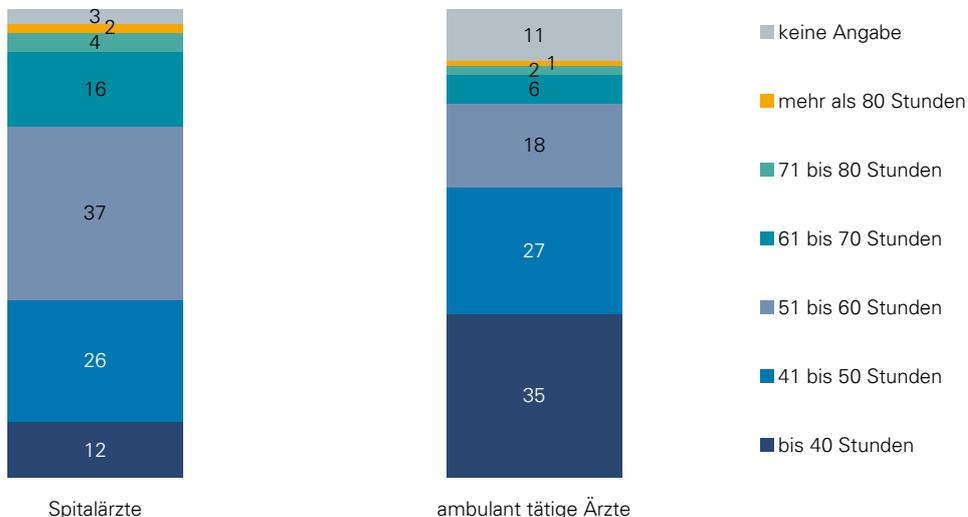
Der Vergleich zwischen der praxisambulant tätigen und der spitalärztlichen Ärzteschaft zeigt, dass Überstunden eher im spitalärztlichen Umfeld die Regel sind. Mit 62 Prozent der praxisambulant tätigen Ärzteschaft gibt eine Mehrheit an, weniger als 50 Stunden pro Woche zu arbeiten. Bei der Spitalärzteschaft beläuft sich dieser Anteil auf 38 Prozent der Befragten. Eine relative Mehrheit der Spitalärzte und -ärztinnen gibt an, 51 bis 60 Stunden zu arbeiten (praxisambulant tätige Ärzteschaft 18%). 22 Prozent der Spitalärzteschaft arbeitet mehr als 60 Stunden die Woche, unter praxisambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten ist dieser Anteil mit 9 Prozent klar geringer.

**Grafik 12:**

## Vergleich Anzahl Arbeitsstunden vergangene Arbeitswoche

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

in % Spitalärzte/ ambulant tätiger Ärzte



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011

(N Spitalärzte = 1193 / N ambulant tätige Ärzte = 266)

Bei der Beurteilung des Zeitaufwandes für verschiedene Tätigkeiten haben wir versucht, diese doch beträchtlichen Differenzen der geleisteten Arbeitsstunden über ein Normierungsverfahren zu eliminieren. Dabei ist nicht ausschlaggebend, wie viel jemand effektiv arbeitet, sondern welchen Anteil seiner Arbeitszeit die Person für welche Tätigkeit einsetzt. Erst dieses Verfahren erlaubte es, die gemachten Angaben in vergleichbare Grössen umzuwandeln. Im Schnitt verwendet die Schweizer Spitalärzteschaft so 38.2 Prozent ihrer Zeit für medizinische, patientennahe Tätigkeiten. Dies bildet mit Abstand den grössten Zeitposten, gefolgt von ärztlicher Dokumentationsarbeit (15.6%), Rapporten sowie Informationsaustausch (10.3%) und schliesslich Visiten (9.8%). Sonstige administrative Tätigkeiten nehmen 6.7 Prozent der Arbeitszeit in Anspruch, andere nicht-medizinische Tätigkeiten 5 Prozent, die Aus- und Weiterbildung 4.9 Prozent. Die Organisation der Nachbehandlung beansprucht in der Regel 3.9 Prozent der Zeit, Forschungsarbeiten 2.5 Prozent. Der Codieraufwand fällt für die Spitalärzteschaft insgesamt sehr gering aus: 2.3 Prozent der Arbeitszeit wird für das Codieren erbrachter Leistungen benötigt, 0.6 Prozent für die Kontrolle derselben.

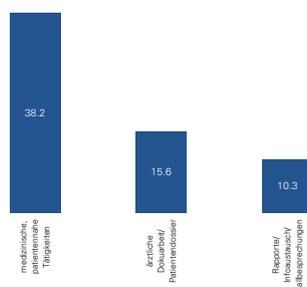
### Grafik 13:

#### Spitalärzteschaft

##### Zeitaufwand für verschiedene Tätigkeiten Mittelwerte (1)

"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."

Mittelwerte, prozentualer Anteil der Minutenangaben der Befragten



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193)

#### Spitalärzteschaft

##### Zeitaufwand für verschiedene Tätigkeiten Mittelwerte (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."

Mittelwerte, prozentualer Anteil der Minutenangaben der Befragten

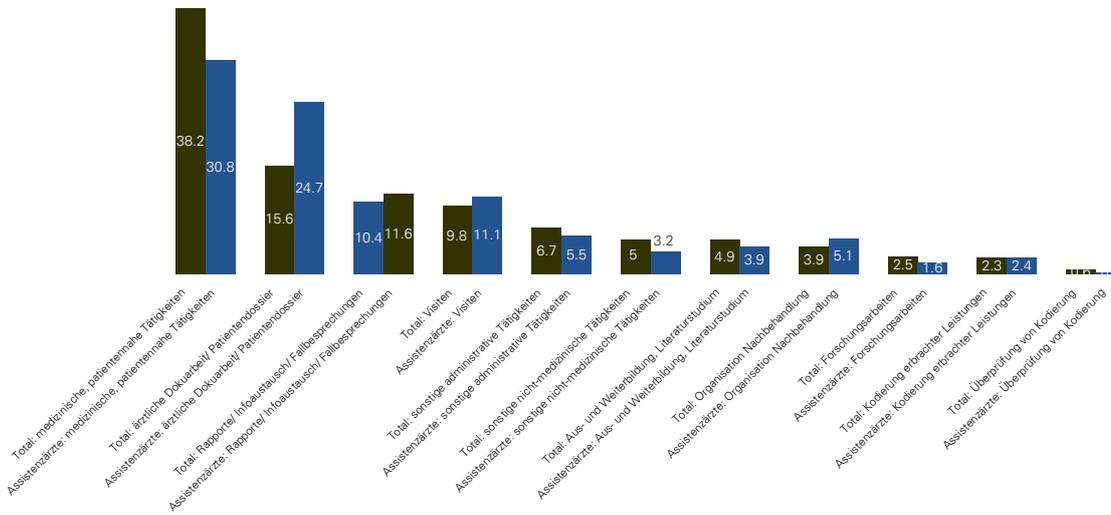
Wie sich ein Arbeitstag im Spital konkret gestaltet, ist allerdings stark vom Ausbildungsstand respektive der Position im Spital abhängig und legt unterschiedliche Realitäten an den Tag. Assistenzärzte und -ärztinnen etwa verbringen im Vergleich zum Durchschnitt der Spitalärzteschaft weniger Zeit mit medizinischen, patientennahen oder administrativen Tätigkeiten, dafür mehr mit ärztlicher Dokumentationsarbeit, Visiten und Organisation der Nachbehandlung. Erwähnenswert ist, dass bereits 2011 ein Defizit der Assistenzärzte und -ärztinnen in Bezug auf Aus- und Weiterbildung und Forschung festzustellen ist.

**Grafik 14:**

## Fachrichtungen Spitalärzteschaft: Assistenzarzt/-ärztin Zeitaufwand für verschiedene Tätigkeiten Mittelwerte

"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."

Mittelwerte, prozentualer Anteil der Minutenangaben der Befragten



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193/n = 366)

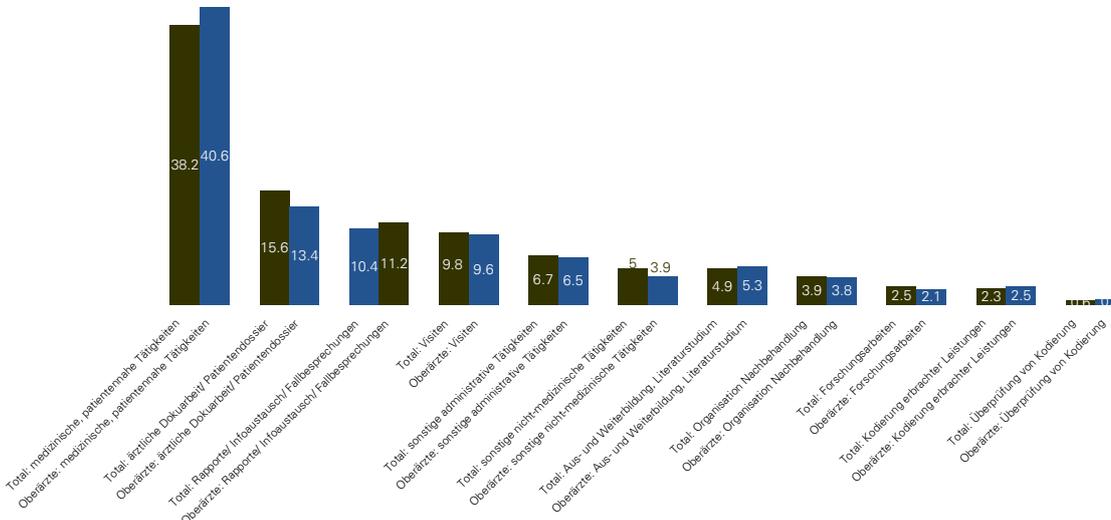
Der Alltag eines Oberarztes sieht im Vergleich dazu anders aus: Oberärzte und Oberärztinnen verwenden mehr Zeit für patientennahe Tätigkeiten (40.6%) und nicht nur mehr als der Durchschnitt der Spitalärzteschaft (38.2%), sondern vor allem deutlich mehr als Assistenzärzte (30.8%). Dokumentationsarbeit scheint hingegen im Alltag eines Oberarztes/einer Oberärztin (13.4%) weniger Gewicht zu haben als für den Durchschnitt (15.6%) oder für Assistenzärzte und -ärztinnen (24.7%). Je weiter man die Hierarchiestufen hochgeht, desto mehr akzentuieren sich diese Unterschiede. Dokumentationsarbeit beansprucht mit aufsteigender Position immer weniger Arbeitszeit, es steigen aber die verwendeten Pensen für administrative und nicht-medizinische Tätigkeiten.

**Grafik 15:**

## Fachrichtungen Spitalärzteschaft: Oberarzt/-ärztin Zeitaufwand für verschiedene Tätigkeiten Mittelwerte

"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."

Mittelwerte, prozentualer Anteil der Minutenangaben der Befragten



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193/n = 319)

Hingegen scheint die Realität des jeweiligen Abrechnungssystems keinen grossen Einfluss auf die gemachten Angaben zu haben: Spitalärzte und Spitalärztinnen, die bereits mit Fallpauschalen arbeiten, geben an, leicht mehr Zeit mit patientennahen Tätigkeiten zu verbringen (39.7%), und zwar ähnlich viel, wie jene Spitalärzteschaft, die mit Abteilungs- oder Prozesspauschalen arbeitet (39.2%). Solche, die mit Tagespauschalen arbeiten, verwenden darauf im Vergleich leicht weniger Zeit (36.5%). Auch der Aufwand für ärztliche Dokumentationsarbeit differiert nur wenig zwischen den Abrechnungssystemen. Die meiste Zeit dafür verwendet jene Spitalärzteschaft, die in Spitälern mit Abteilungs- oder Prozesspauschalen arbeitet (16%), gefolgt von solchen mit Tagespauschalen (14.3%) und zuletzt folgen Spitalärzte und -ärztinnen, die mit DRGs arbeiten (13.3%).

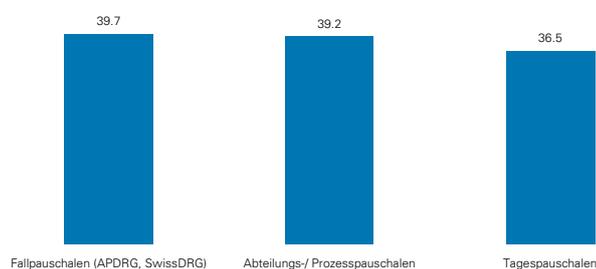
**Grafik 16:**

**Fachrichtungen Spitalärzteschaft nach Abrechnungssystem  
Zeitaufwand für verschiedene Tätigkeiten Mittelwerte**

"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."

**"medizinische, patientennahe Tätigkeiten"**

Mittelwerte, prozentualer Anteil der Minutenangaben der Befragten



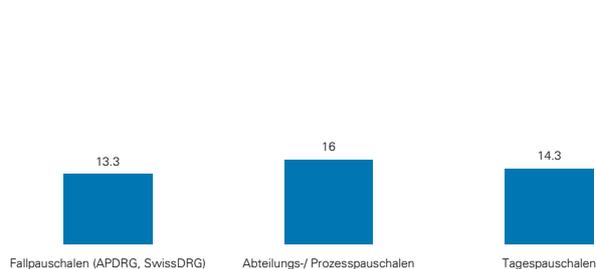
© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193) (n = 314/134/306)

**Fachrichtungen Spitalärzteschaft nach Abrechnungssystem  
Zeitaufwand für verschiedene Tätigkeiten Mittelwerte**

"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"**

Mittelwerte, prozentualer Anteil der Minutenangaben der Befragten



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193) (n = 314/134/306)

Auch der Codieraufwand respektive der Aufwand zur Überprüfung von Kodierungen sind in den drei unterschiedenen Kategorien von Abrechnungssystemen ähnlich tief ausgeprägt. Befürchtungen, dass DRGs diesen erhöhen würden, werden vom Datenmaterial also vorerst nicht gestützt – im Gegenteil: Grafik 25 spricht, wenn auch nur geringfügig, gegen die verbreiteten Vorurteile gegenüber DRGs. Spitalärzte und -ärztinnen, die bereits heute mit DRGs arbeiten, verwenden im Schnitt bei gleich hohem Codieraufwand leicht mehr Zeit für patientennahe Tätigkeiten.

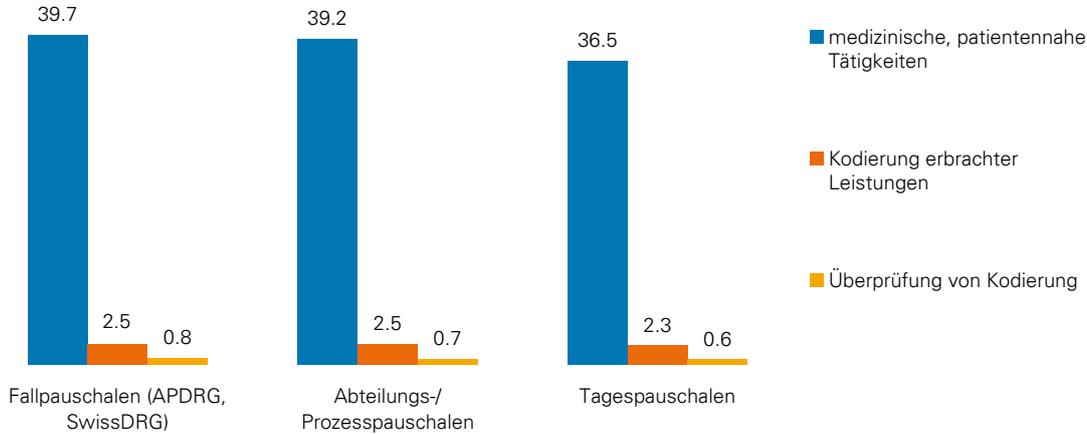
**Grafik 17:**

## Fachrichtungen Spitalärzteschaft nach Abrechnungssystem Zeitaufwand für verschiedene Tätigkeiten Mittelwerte

"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."

**"medizinische, patientennahe Tätigkeiten/Kodierung erbrachter Leistungen/Überprüfung von Kodierung"**

Mittelwerte, prozentualer Anteil der Minutenangaben der Befragten



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193) (n = 314/134/306)

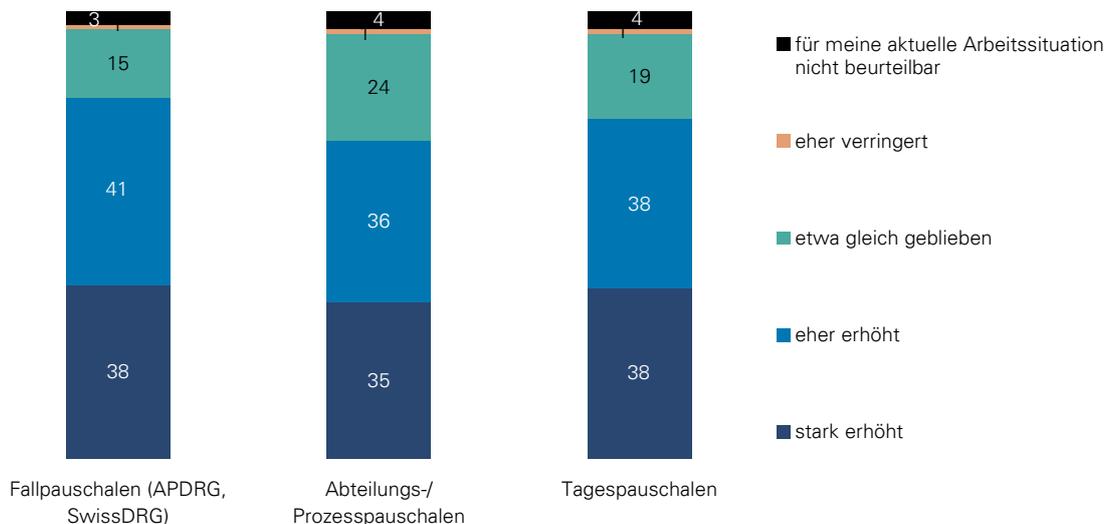
Administrative Tätigkeiten, wie eben der Dokumentationsaufwand, haben im medizinischen Alltag über die Zeit zugenommen. Auf die konkrete Frage, ob der Dokumentationsaufwand zu Abrechnungszwecken innerhalb des letzten Jahres zugenommen habe, antwortet die Spitalärzteschaft der Schweiz mehrheitlich mit Ja. Sie tut dies allerdings unabhängig vom Abrechnungssystem, das im jeweiligen Spital angewendet wird. Eine Verringerung des Dokumentationsaufwandes wird in allen drei Abrechnungssystemen nur vereinzelt wahrgenommen (1%). In Spitälern, die mit Abteilungs- oder Prozesspauschalen arbeiten, geben am meisten Befragte an, der Dokumentationsaufwand sei unverändert (24%, Fallpauschalen 15%, Tagespauschalen 19%). Spitalärzte und -ärztinnen, die mit solchen Abteilungs- oder Prozesspauschalen abrechnen, geben mehrheitlich an, der Dokumentationsaufwand habe sich erhöht (71% eher und stark erhöht). Stärker noch scheint dies bei Spitalärzten und -ärztinnen, die mit Tagespauschalen arbeiten (76% eher und stark erhöht), der Fall zu sein. Am deutlichsten geben aber solche, die bereits heute DRGs anwenden, an, der Dokumentationsaufwand habe sich erhöht (79% eher und stark erhöht). Die Unterschiede mögen geringfügig sein, aber der gefühlte Aufwand der Dokumentationsarbeit für Abrechnungszwecke hat unter der Spitalärzteschaft, die mit DRGs arbeitet, am stärksten zugenommen. Relativierend wirkt dabei aber nicht nur die Knappheit des Vorsprungs, sondern auch die Tatsache, dass der Dokumentationsaufwand, unabhängig vom jeweiligen Abrechnungssystem, als höher erachtet wird.

Grafik 18:

## Spitalärzteschaft nach Abrechnungssystem Beurteilung Aufwand Dokumentationsarbeit

"Hat sich aus Ihrer Sicht innerhalb des letzten Jahres der Aufwand für die Dokumentationsarbeit zu Abrechnungszwecken...?"

in % Spitalärzte



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193) (n = 317/140/313)

### 3.2. Auswirkungen Fallpauschalen

Aussagen zu effektiven Auswirkungen der Einführung von Fallpauschalen lassen sich erst nach der Einführung von SwissDRG machen. Im Folgenden werden dennoch vier kritische Grössen in diesem Zusammenhang diskutiert: Rehospitalisierungen, Behandlung multimorbider Patientinnen und Patienten, Rückfragen von Krankenkassen und Entscheide aus nicht-medizinischen Gründen. Viele Befürchtungen rund um die Einführung von SwissDRG beziehen sich mehr oder weniger direkt auf eine dieser vier Grössen und stellen DRG unter Verdacht, diese negativ zu beeinflussen.

Nach Fachrichtungen getrennt betrachtet zeigt sich, dass die meisten Rehospitalisierungen bei Allgemeinmedizinern und -medizinerinnen (25% 3 Mal oder mehr im vergangenen Monat), Assistenten und Assistentinnen (23% 3 Mal oder mehr im vergangenen Monat) und Urologen bzw. Urologinnen (37% 3 Mal oder mehr im vergangenen Monat) vorkommen.

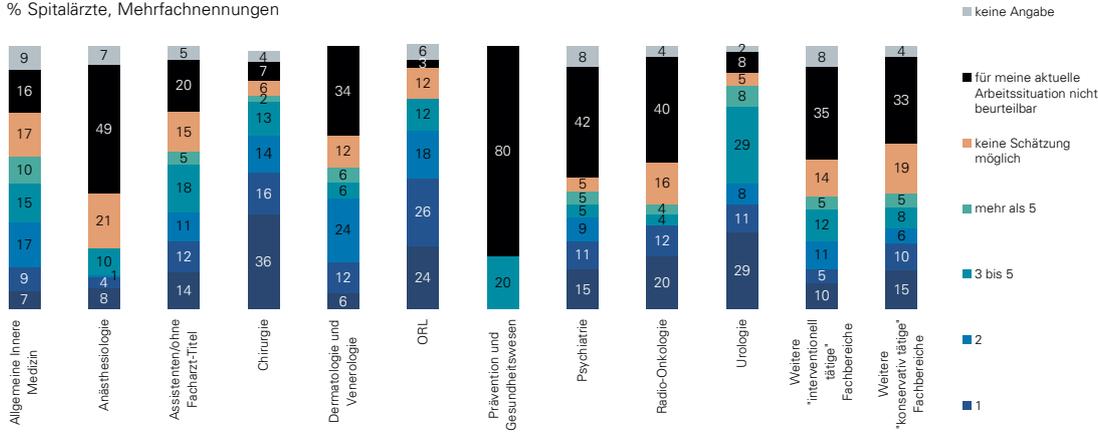
**Grafik 19:**

## Fachrichtungen Spitalärzteschaft Spezielle Umstände

"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..."

wurden Patienten ... mal ungeplant mit derselben Diagnose rehospitalisiert."

in % Spitalärzte, Mehrfachnennungen



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193)

(Allgemeine Innere Medizin n = 110/Anästhesiologie n = 78/Assistenten/ohne Facharzt-Titel n = 460/Chirurgie n = 164/ Dermatologie und Venerologie n = 17/ORL n = 34/ Prävention und Gesundheitswesen n = 5/Psychiatrie n = 55/Radio-Onkologie n = 25/Urologie n = 38 /Weitere "interventionell tätige" Fachbereiche n = 102/Weitere "konservativ tätige" Fachbereiche n = 105)

Die aufgeteilte Behandlung multimorbider Patientinnen und Patienten ist nicht die Regel, kommt aber über alle Fachrichtungen hinweg mindestens monatlich vor.

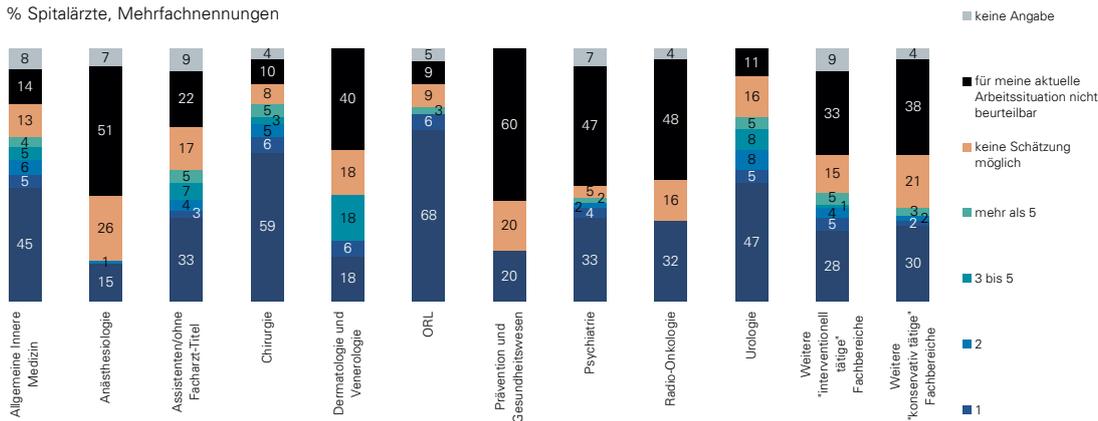
**Grafik 20:**

## Fachrichtungen Spitalärzteschaft Spezielle Umstände

"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...."

wurde bei multimorbiden Patienten ... mal bewusst nur eine Erkrankung behandelt, resp. die Behandlungen auf mehrere Spitalbesuche aufgeteilt."

in % Spitalärzte, Mehrfachnennungen



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193)

(Allgemeine Innere Medizin n = 110/Anästhesiologie n = 78/Assistenten/ohne Facharzt-Titel n = 460/Chirurgie n = 164/ Dermatologie und Venerologie n = 17/ORL n = 34/ Prävention und Gesundheitswesen n = 5/Psychiatrie n = 55/Radio-Onkologie n = 25/Urologie n = 38 /Weitere "interventionell tätige" Fachbereiche n = 102/Weitere "konservativ tätige" Fachbereiche n = 105)

Die Behandlung von Nachfragen der Krankenkassen hingegen ist gang und gäbe. Am seltensten sind Vertreterinnen und Vertreter der Anästhesiologie davon betroffen, am häufigsten treten sie in den Bereichen Chirurgie, Dermatologie und Venerologie, ORL sowie Urologie auf.

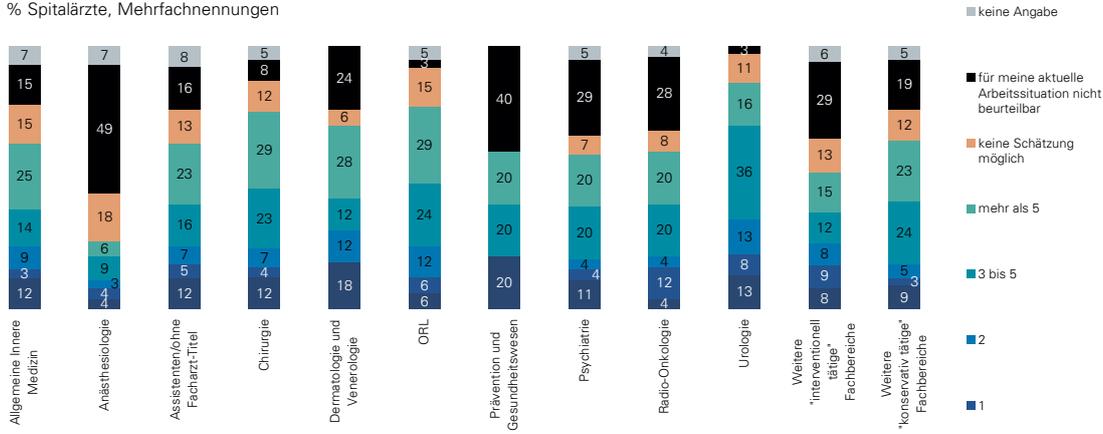
**Grafik 21:**

## Fachrichtungen Spitalärzteschaft Spezielle Umstände

"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...."

mussten ... mal Nachfragen der Krankenkassen zur Abrechnung behandelt werden."

in % Spitalärzte, Mehrfachnennungen



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193)

(Allgemeine Innere Medizin n = 110/Anästhesiologie n = 78/Assistenten/ohne Facharzt-Titel n = 460/Chirurgie n = 164/ Dermatologie und Venerologie n = 17/ORL n = 34/ Prävention und Gesundheitswesen n = 5/Psychiatrie n = 55/Radio-Onkologie n = 25/Urologie n = 38 /Weitere "interventionell tätige" Fachbereiche n = 102/Weitere "konservativ tätige" Fachbereiche n = 105)

Die Entscheidung, Patientinnen und Patienten spitalambulant oder stationär zu behandeln, erfolgt bereits heute manchmal aus nicht-medizinischen Gründen. Dieses Vorgehen ist zwar nicht die Regel, kam aber über alle Fachrichtungen hinweg mindestens einmal im vorangehenden Monat vor.

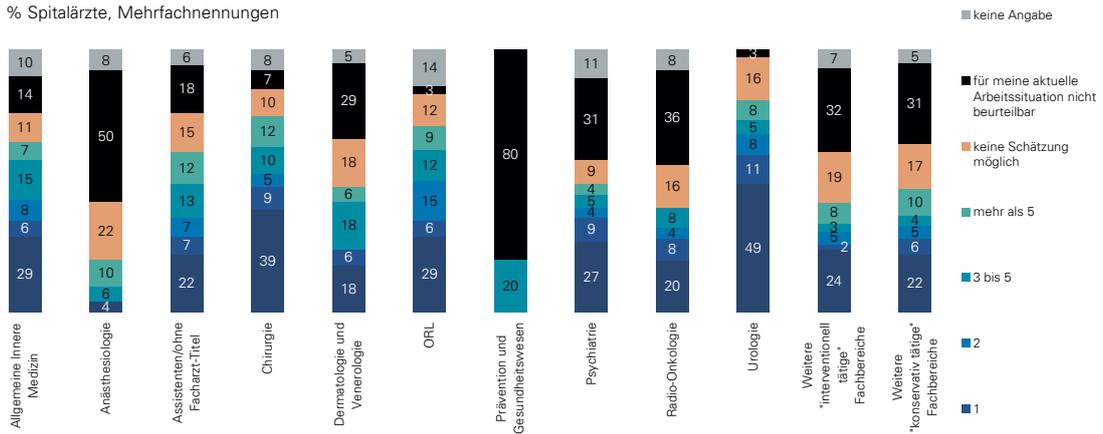
**Grafik 22:**

## Fachrichtungen Spitalärzteschaft Spezielle Umstände

"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...."

erfolgte die Entscheidung spitalambulant oder stationär ... mal nicht aus medizinischen Gründen."

in % Spitalärzte, Mehrfachnennungen



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193)

(Allgemeine Innere Medizin n = 110/Anästhesiologie n = 78/Assistenten/ohne Facharzt-Titel n = 460/Chirurgie n = 164/ Dermatologie und Venerologie n = 17/ORL n = 34/ Prävention und Gesundheitswesen n = 5/Psychiatrie n = 55/Radio-Onkologie n = 25/Urologie n = 38 /Weitere "interventionell tätige" Fachbereiche n = 102/Weitere "konservativ tätige" Fachbereiche n = 105)

Vorbehalte gegenüber DRGs stehen viele im Raum, in der Praxis scheinen sie sich jedoch vorerst für die Schweiz nicht zwingend zu bewahrheiten. Zusätzlicher Aufwand und Doppelspurigkeiten im medizinischen Alltag gehören zu diesen Vorbehalten, äussern sich aber im Berufsalltag offensichtlich nur selten. Am ehesten noch wird zusätzlicher Aufwand für die Behandlung von Nachfra-

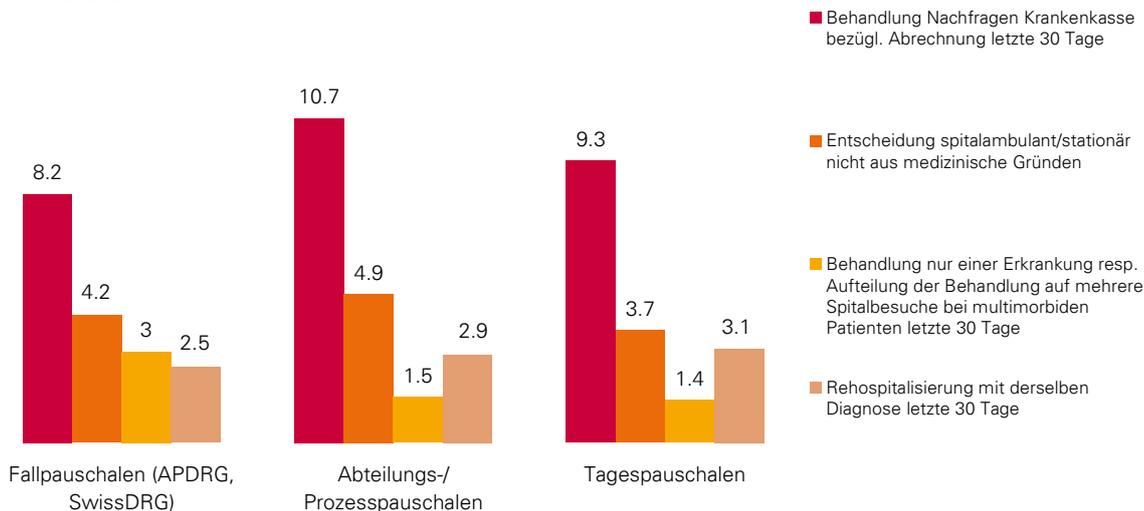
gen der Krankenkassen zu Abrechnungen angegeben. Dies ist bei Fallpauschalen-Abrechnungssystemen allerdings seltener der Fall gewesen (8.2 Mal im vergangenen Monat) als bei Prozess- oder Tagespauschalen (10.7 Mal, 9.3 Mal). Die Entscheidfällung über eine Behandlung respektive den Status eines Patienten aus nicht-medizinischen Gründen erfolgt am ehesten, wenn Prozesspauschalen die Abrechnung determinieren (4.9 Mal im vergangenen Monat), gefolgt von DRGs (4.2 Mal) und ist bei Tagespauschalen am seltensten (3.7 Mal). Die Aufteilung der Behandlung multimorbider Patientinnen und Patienten auf mehrere Spitalbesuche geschieht am ehesten in Spitälern, die mit DRGs arbeiten (3 Mal im vergangenen Monat), während Abteilungs- oder Tagespauschalen hier keinen grossen Unterschied zu machen scheinen (1.5 Mal, 1.4 Mal). Rehospitalisierungen schliesslich sind unabhängig vom Abrechnungssystem eher selten und kommen am häufigsten bei Abrechnung mit Tagespauschalen vor, am seltensten bei DRGs. Dies spricht gegen die These der 'Bloody Exits', wie sie durch DRGs provoziert würden.

**Grafik 23:**

**Spitalärzteschaft nach Abrechnungssystem  
Spezielle Umstände**

"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..."

Mittelwerte



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193) (n = 317/140/313)

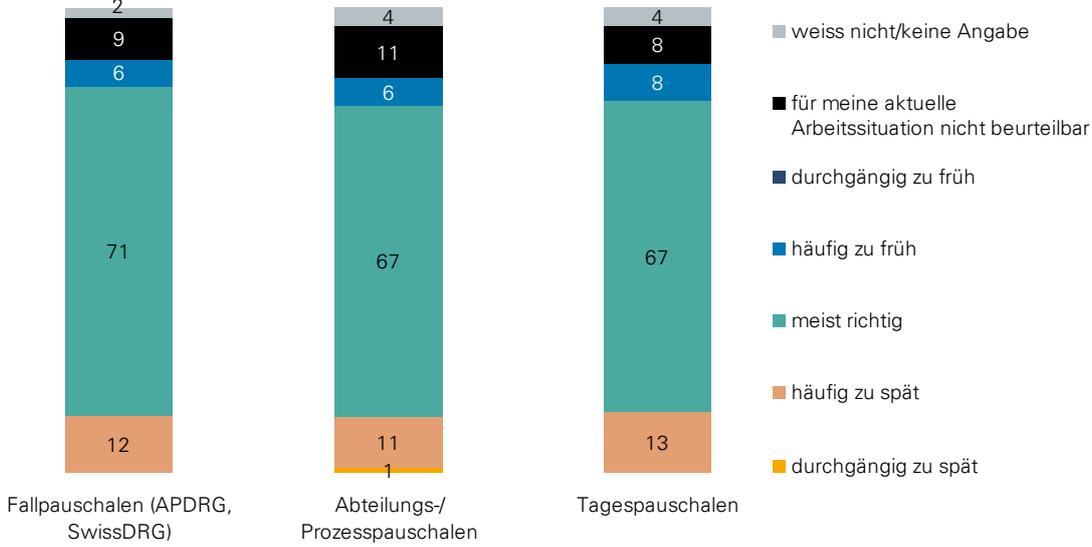
Dieses Bild bestätigt sich auch, wenn man nach einer konkreten Einschätzung zu den Entlassungszeitpunkten bittet: Unabhängig vom verwendeten Abrechnungssystem gibt eine Mehrheit der Spitalärzteschaft an, diese lägen meist richtig (Fallpauschalen 71%, Abteilungspauschalen 67%, Tagespauschalen 67%). Zu frühe Entlassungen sind klar die Ausnahme, am ehesten jedoch bei Tagespauschalen der Fall (8%; Fallpauschalen und Abteilungspauschalen je 6%). Eher noch als zu früh werden Patientinnen und Patienten zu spät entlassen. Das Problem der 'Bloody Exits' jedenfalls ist für den Augenblick klar nebensächlich.

Grafik 24:

## Spitalärzteschaft nach Abrechnungssystem Vergleich Beurteilung Entlassungszeitpunkte

"Wie bewerten Sie die Entlassungszeitpunkte Ihrer Station/Abteilung/Klinik? Der Entlassungszeitpunkt liegt..."

in % Spitalärzte



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193) (n = 317/140/313)

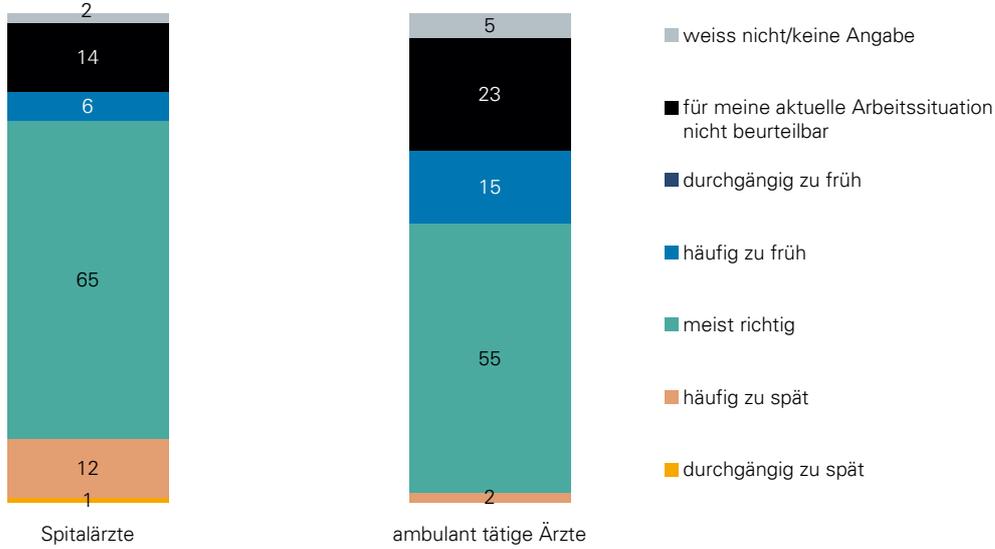
Der Vergleich zwischen den Angaben der Spitalärzteschaft und jenen der freiberuflich tätigen Ärzteschaft der Schweiz bezüglich des Entlassungszeitpunktes ihrer Patientinnen und Patienten zeigt eine interessante Divergenz. Zwar stufen auch praxisambulant tätige Ärzte und Ärztinnen den Entlassungszeitpunkt der ihnen zugewiesenen Patientinnen und Patienten mehrheitlich als meist richtig ein (55%), eine gewisse Skepsis ist aber dennoch erkennbar. Nicht nur ist diese Mehrheit weit weniger deutlich, als die Einschätzungen der Spitalärzteschaft dies erwarten liessen, sondern sie ist auch durch zwei Umstände etwas getrübt. Erstens geben praxisambulant tätige Ärzte und Ärztinnen häufiger an, Entlassungen fänden systematisch zu früh statt (Spitalärzteschaft 6%, praxisambulante Ärzte/Ärztinnen 15%), und zweitens ist der Anteil der Einschätzungen, sie fänden zu spät statt, klar geringer (Spitalärzteschaft 13%, praxisambulante Ärzte/Ärztinnen 2%). Diese Entwicklung gilt es auf jeden Fall im Auge zu behalten, da eigentlich erst die Kombination der gemachten Angaben ein reales Bild darstellt.

**Grafik 25:**

## Vergleich Beurteilung Entlassungszeitpunkte

"Wie bewerten Sie die Entlassungszeitpunkte der Ihnen zugewiesenen Patienten aus den Spitälern? / Wie bewerten Sie die Entlassungszeitpunkte Ihrer Station/Abteilung/Klinik? Der Entlassungszeitpunkt liegt..."

in % Spitalärzte/ ambulant tätiger Ärzte



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011  
(N Spitalärzte = 1193 / N ambulant tätige Ärzte = 266)

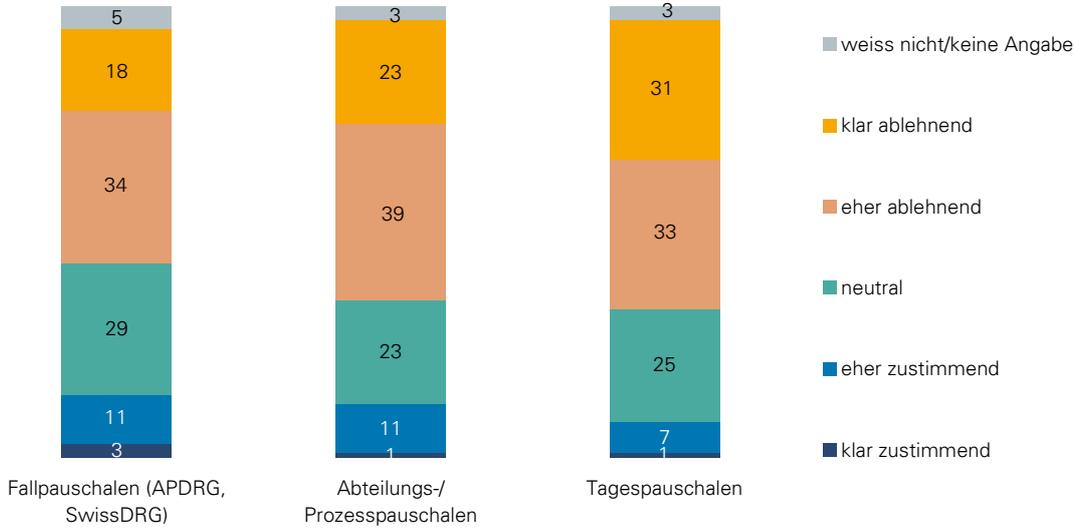
Allen gemachten Ausführungen zum Trotz, die darlegten, dass im Berufsalltag kaum Unterschiede nach Abrechnungssystemen zu finden sind, ist die Schweizer Ärzteschaft der Einführung von SwissDRG gegenüber skeptisch gestimmt. Unabhängig vom momentan angewandten Abrechnungssystem steht eine Mehrheit der Einführung von SwissDRG kritisch gegenüber (Fallpauschalen 51%, Prozesspauschalen 62%, Tagespauschalen 64% klar und eher ablehnend). Die Akzeptanz von Fallpauschalen scheint aber mit ihrer tatsächlichen Anwendung leicht anzusteigen. Spitalärztinnen und -ärzte, die bereits heute mit Fallpauschalen abrechnen, stehen der Einführung von SwissDRG leicht weniger skeptisch gegenüber, als solche, die mit anderen Abrechnungssystemen arbeiten. Die kritischsten Einschätzungen macht jene Spitalärzteschaft, die aktuell mit Tagespauschalen abrechnet.

**Grafik 26:**

## Spitalärzteschaft nach Abrechnungssystem Beurteilung Einführung SwissDRG

"Alles in allem: Wie stehen Sie der Einführung von SwissDRG gegenüber?"

in % Spitalärzte



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193) (n = 317/140/313)

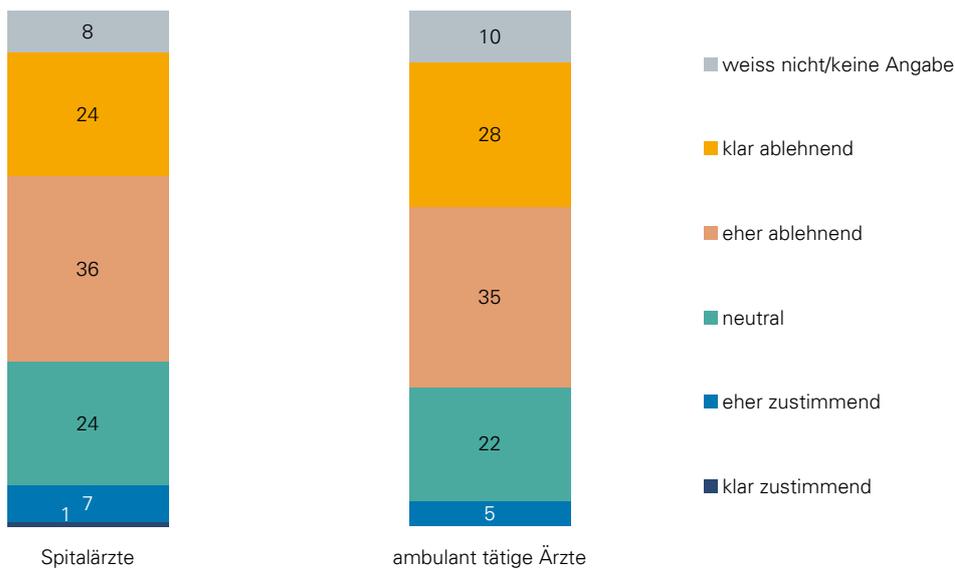
Auch in dieser Frage sind die Einschätzungen der freiberuflich tätigen Ärzteschaft noch kritischer als jene der Spitalärzteschaft: 63 Prozent der freiberuflichen Ärzteschaft haben eine mehr oder weniger stark ausgeprägte negative Haltung den DRGs gegenüber, in der Spitalärzteschaft sind es mit 60 Prozent leicht weniger. Der Mainstream ist folglich in beiden Gruppen eindeutig kritisch.

**Grafik 27:**

## Vergleich Beurteilung Einführung SwissDRG

"Alles in allem: Wie stehen Sie der Einführung von SwissDRG gegenüber?"

in % Spitalärzte/ ambulant tätiger Ärzte



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011  
(N Spitalärzte = 1193 / N ambulant tätige Ärzte = 266)

Innerhalb der Spitalärzteschaft treten dabei interessante Unterschiede zutage. Etwa sind Spitalärztinnen und Spitalärzte mit guten bis sehr guten Kenntnissen gegenüber der Einführung von SwissDRG leicht weniger kritisch gesinnt, aber immer noch mehrheitlich kritisch (sehr gute Kenntnisse: 54% klar und eher

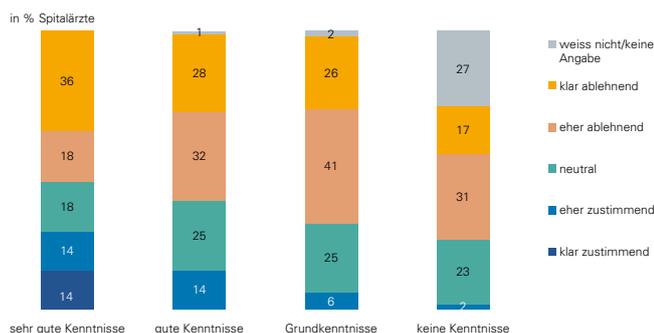
ablehnend). Bei Personen, die lediglich über Grundkenntnisse verfügen, ist die Ablehnung noch grösser und die Zustimmung verschwindend gering (6% eher zustimmend). Die Akzeptanz der Einführung von SwissDRG steigt weiter mit der Hierarchiestufe im Beruf. Nichtsdestotrotz sind selbst Chefärzte und -ärztinnen mit 57 Prozent Ablehnung mehrheitlich kritisch, doch der Anteil zustimmender Voten steigt mit der beruflichen Position. Am meisten Ablehnung gegenüber SwissDRG findet sich unter Belegärzten und -ärztinnen (58% klar und eher ablehnend) sowie Assistenzärzten und -ärztinnen (61% klar und eher ablehnend). Skepsis oder zumindest Vorbehalte sind aber in der gesamten Spitalärzteschaft mehrheitlich vorhanden.

**Grafik 28:**

**Spitalärzteschaft**

**Beurteilung Einführung SwissDRG nach Kenntnis Fallpauschalen**

\*Alles in allem: Wie stehen Sie der Einführung von SwissDRG gegenüber?\*

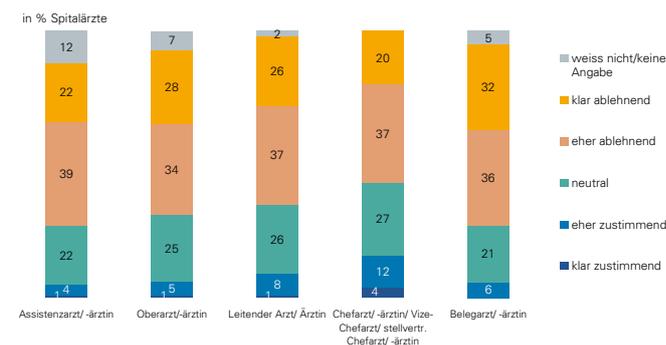


© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193)

**Spitalärzteschaft**

**Beurteilung Einführung SwissDRG nach gegenwärtiger Position**

\*Alles in allem: Wie stehen Sie der Einführung von SwissDRG gegenüber?\*



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193)

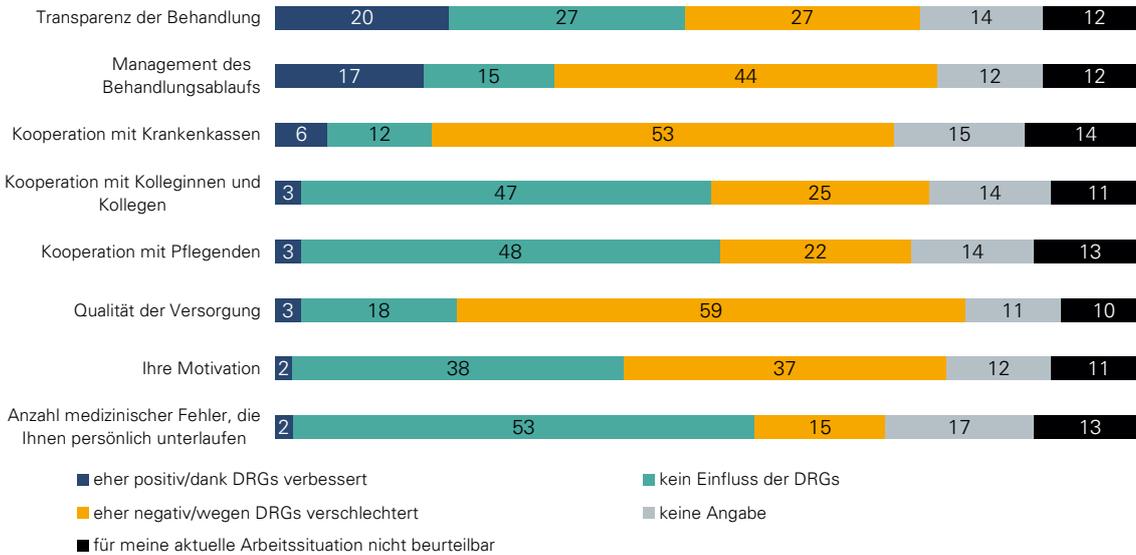
Woraus sich diese Skepsis nährt, wird im Folgenden für die Spitalärzteschaft versucht, aufzuschlüsseln. Bereits ein oberflächlicher Blick auf die beiden untenstehenden Grafiken offenbart, dass die Schweizer Spitalärzteschaft nicht viel Gutes an DRG lässt. Vorteile werden am ehesten noch im Behandlungsablauf gesehen, der in Augen einiger aufgrund von DRG besser gemanaged werden könne (17% eher positiv) respektive transparenter werde (20% eher positiv). Dies sind die einzigen positiven Seiten der DRGs, welche die Spitalärzteschaft minderheitlich einräumt. Bereits die Betrachtung der Negativvoten in diesen beiden Punkten zeigt aber, dass diese Vorteile nur am Rande akzeptiert sind (Transparenz 27% eher negativ, Management 44% eher negativ). Negative oder bestenfalls neutrale Einschätzungen dominieren das Bild klar. Mehrheitlich negativ eingeschätzt wird der Einfluss der DRGs auf die Kooperation mit den Krankenkassen (53%), die Qualität der Versorgung (59%), die Durchführung notwendiger Therapien (52%), die Patientenzufriedenheit (56%), die Arbeitsbedingungen ganz allgemein (51%) sowie besonders stark auf die Therapiefreiheit (66%).

**Grafik 29:**

## Spitalärzteschaft Einfluss DRG (1)

"Wie beurteilen Sie den Einfluss der DRGs auf...?"

in % Spitalärzte



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193)

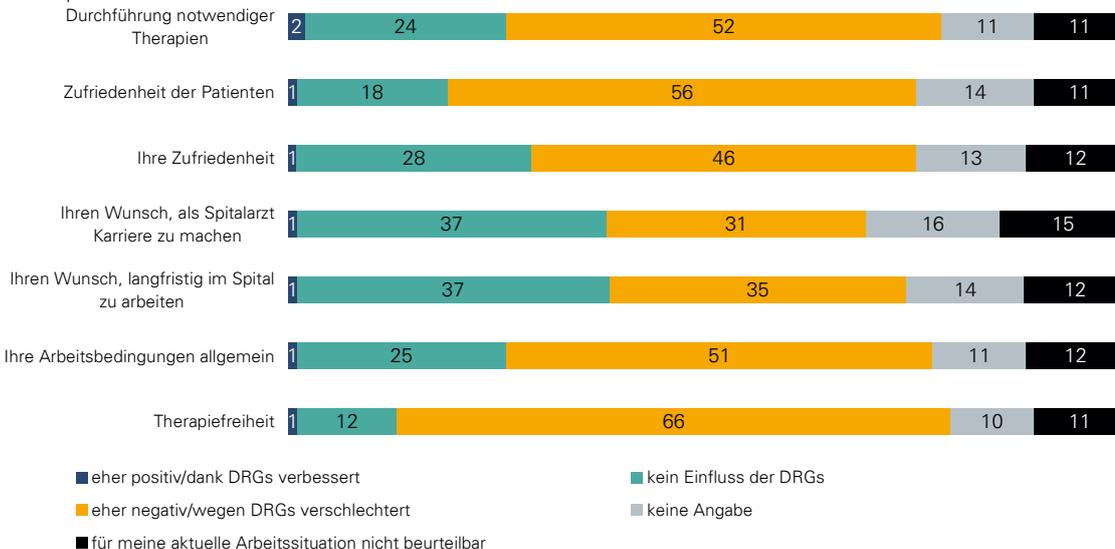
In relativer Mehrheit negativ eingestuft wird weiter der Einfluss von DRG auf die Transparenz der Behandlung (27%), das Management des Behandlungsablaufs (44%) und die eigene Zufriedenheit (46%). Mehrheitlich neutral wird hingegen der Einfluss der DRGs auf die Anzahl medizinischer Fehler (53%) eingestuft, in relativer Mehrheit neutral auf die Kooperation mit Kollegen (47%) oder Pflegenden (46%), auf die eigene Motivation (38%) sowie den Wunsch, als Spitalarzt bzw. -ärztin Karriere zu machen oder einfach längerfristig im Spital zu arbeiten (je 37%).

**Grafik 30:**

## Spitalärzteschaft Einfluss DRG (2)

"Wie beurteilen Sie den Einfluss der DRGs auf...?"

in % Spitalärzte



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193)

Zusammenfassend ist die Spitalärzteschaft folglich besonders skeptisch, wenn es um Therapien, die Versorgungsqualität, das Patientenwohl und die Kooperation mit externen Akteuren geht, weniger dagegen wenn es um den Beruf selbst oder die interne Kooperation geht.

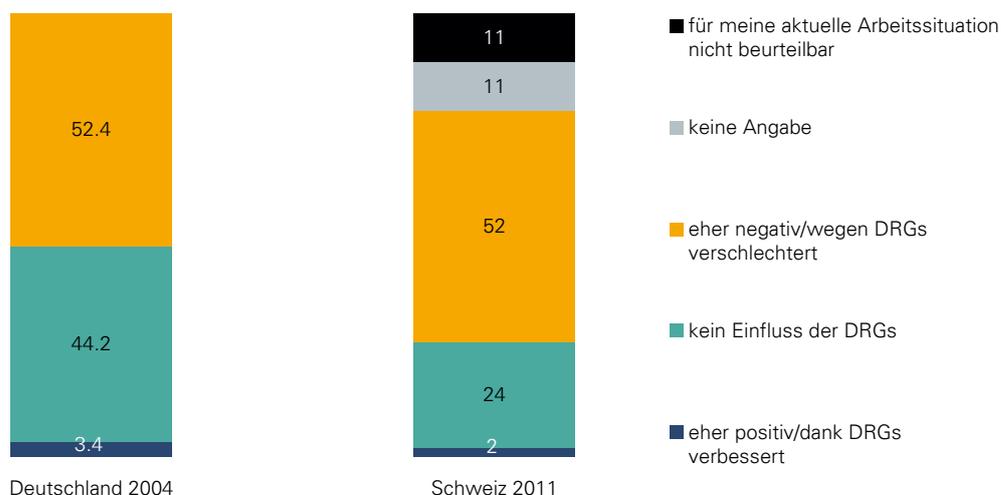
Vorzüge der DRGs sieht die Schweizer Spitalärzteschaft vorwiegend im Bereich des Management und der Transparenz, Nachteile scheinen sich ihrer Meinung nach eher beim Patienten und der Behandlung selbst zu manifestieren, beispielsweise in der Durchführung notwendiger Therapien. Dieser Pessimismus der Schweizer Spitalärztinnen und -ärzte wird zwar von ihren deutschen Kolleginnen und Kollegen geteilt, wie die Daten von Braun et al. 2010<sup>2</sup> zeigen. Auch deutsche Spitalärzte befinden den Einfluss der DRGs in dieser Frage mehrheitlich negativ, der Anteil neutraler Nennungen liegt allerdings bedeutend höher (CH: 24%, D: 44.2%). Viele Schweizer Ärztinnen und Ärzte in den Spitälern des Landes können allerdings (noch) keine Angabe dazu machen, was sich aber bis zum nächsten Jahr ändern kann. Die Vorbehalte scheinen im Moment jedenfalls in Deutschland genauso existent wie in der Schweiz zu sein, obwohl ein direkter Vergleich der Daten nur mit Vorsicht anzustellen ist und die Unterschiede eher qualitativ interpretiert werden sollten. Methode und Fragestellung der deutschen Studie sind unterschiedlich, was auf die Resultate Einfluss haben kann.

**Grafik 31:**

## Vergleich Einfluss DRG: Deutschland 2004 / Schweiz 2011 Durchführung notwendiger Therapien

"Wie beurteilen Sie den Einfluss der DRGs auf...?"

in % Spitalärzte



Bemerkung zu 2004: Braun/Buhr/Klinke/Müller/Rosenbrock "Pauschalpatienten, Kurzlieger und Draufzähler", Verlag Huber 2010, S. 234

© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011, (N Spitalärzte = 1193)

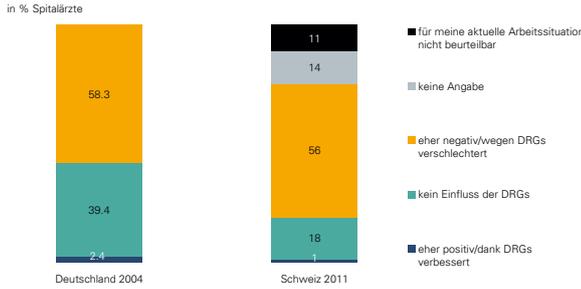
Die Versorgungsqualität und die Patientenzufriedenheit sind ebenfalls Grössen, die Schweizer Spitalärztinnen und Spitalärzte im Zusammenhang mit der Einführung der DRGs tendenziell gefährdet sehen. Ihre deutschen Kolleginnen und Kollegen hatten in der Frage der Versorgungsqualität noch grössere Vorbehalte, während die Situation bei der Patientenzufriedenheit ähnlich wie bei der Therapiefreiheit aussieht.

<sup>2</sup> Braun, Bernard, Petra Buhr, Sebastian Klinke, Rolf Müller und Rolf Rosenbrock. 2010. Pauschalpatienten, Kurzlieger und Draufzähler – Auswirkungen der DRGs auf Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen. Bern: Huber.

**Grafik 32:**

**Vergleich Einfluss DRG Deutschland 2004 / Schweiz 2011  
Zufriedenheit der Patienten**

"Wie beurteilen Sie den Einfluss der DRGs auf...?"

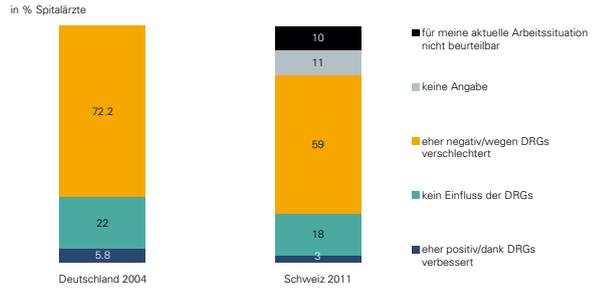


Bemerkung zu 2004: Braun/Buhr/Klinke/Müller/Rosenbrock "Pauschalpatienten, Kurzlieger und Draufzähler", Verlag Huber 2010, S. 234

© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011, (N Spitalärzte = 1193)

**Vergleich Einfluss DRG: Deutschland 2004 / Schweiz 2011  
Qualität der Versorgung**

"Wie beurteilen Sie den Einfluss der DRGs auf...?"



Bemerkung zu 2004: Braun/Buhr/Klinke/Müller/Rosenbrock "Pauschalpatienten, Kurzlieger und Draufzähler", Verlag Huber 2010, S. 234

© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011, (N Spitalärzte = 1193)

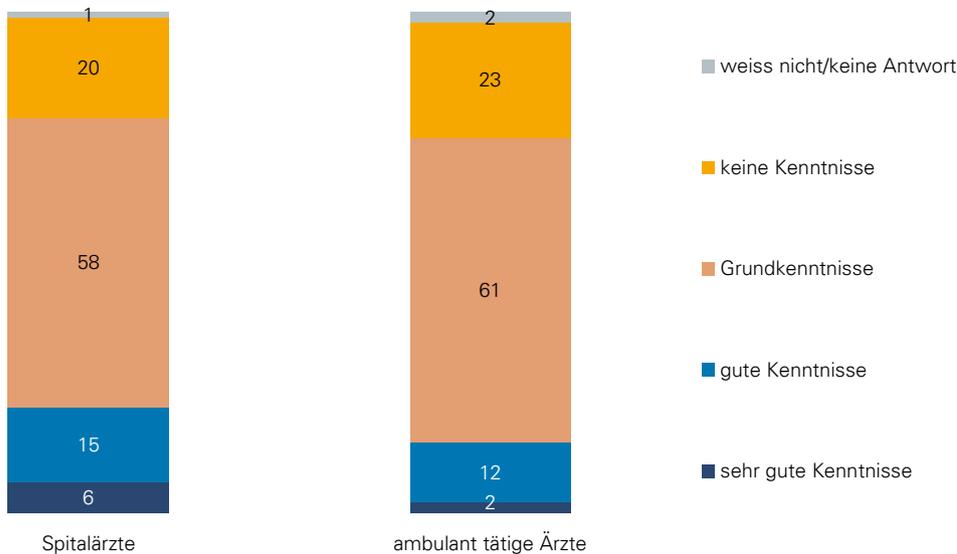
Die Schweizer Ärzteschaft steht der Einführung der DRGs also insgesamt skeptisch gegenüber und fürchtet um die Qualität des Gesundheitswesens stärker, als sie sich über die betrieblichen Vorteile freut. Der Wissensstand in Bezug auf die DRGs ist bei gemachten Einschätzungen zu verschiedenen Fragen eine diskriminierende Grösse. Mehr Wissen führt zu mehr Akzeptanz der DRGs, ein Umstand, der unmittelbar vor der Einführung zentral sein dürfte. Gerade dieser zentrale Faktor – das Wissen – scheint jedoch nur bei Minderheiten der Schweizer Ärzteschaft vorhanden zu sein, was auch die Skepsis gegenüber der Einführung von SwissDRG miterklären könnte. Die Mehrheit der Spital- und der praxisambulanten Ärzteschaft gibt an, über Grundkenntnisse zu verfügen (Spitalärzteschaft 58%, praxisambulant tätige Ärzteschaft 61%). Fundierte Kenntnisse sind dann in beiden Gruppen schon eher rar gestreut, und eher noch unter der Spitalärzteschaft zu finden (Spitalärzteschaft 21%, praxisambulant tätige Ärzteschaft 14% eher oder sehr gute Kenntnisse).

**Grafik 33:**

**Vergleich Kenntnisse Fallpauschalen-Vergütungssystem**

"Über welche Kenntnisse zu Fallpauschalen-Vergütungssysteme (APDRG, SwissDRG, G-DRG) verfügen Sie?"

in % Spitalärzte/ ambulant tätiger Ärzte



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011

(N Spitalärzte = 1193 / N ambulant tätige Ärzte = 266)

Am meisten Wissen zu Fallpauschalen-Vergütungssystemen ist in der Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen vorhanden, am wenigsten bei den 30- bis 39-Jährigen. Ganz junge Spitalärzte und -ärztinnen verfügen zu 84 Prozent über Grundkenntnisse, fundierte Kenntnisse haben nur vier Prozent von ihnen. Der Wissensstand nimmt mit steigendem Alter zu, gipfelt in der Gruppe der 50- bis 59-Jährigen und geht danach wieder leicht zurück. Der Zusammenhang zwi-

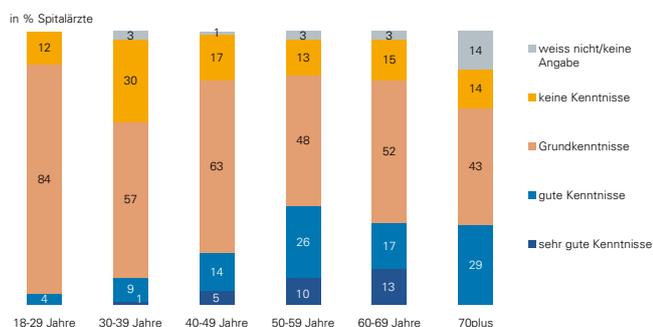
schen Kenntnissen über Fallpauschalen und der Position, in welcher man angestellt ist, verläuft quasi linear. Der Wissensstand wächst mit der hierarchischen Position im Spital, die Belegärzteschaft befindet sich ziemlich genau im Mittelfeld. Das meiste Wissen ist bei den Chefärzten und Chefärztinnen vorhanden, das wenigste bei Assistenzärztinnen und -ärzten. Informationsbedarf besteht also über alle Gruppen hinweg, eine besonders wichtige Zielgruppe für Informationen sind aber junge Assistenzärzte und -ärztinnen.

### Grafik 34:

#### Spitalärzteschaft

#### Kenntnisse Fallpauschalen-Vergütungssystem nach Alter

\*Über welche Kenntnisse zu Fallpauschalen-Vergütungssysteme (APDRG, SwissDRG, G-DRG) verfügen Sie?\*

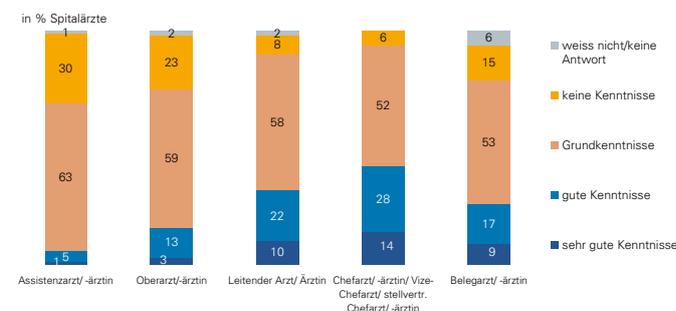


© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193), sig.

#### Spitalärzteschaft

#### Kenntnisse Fallpauschalen-Vergütungssystem nach gegenwärtiger Position

\*Über welche Kenntnisse zu Fallpauschalen-Vergütungssysteme (APDRG, SwissDRG, G-DRG) verfügen Sie?\*



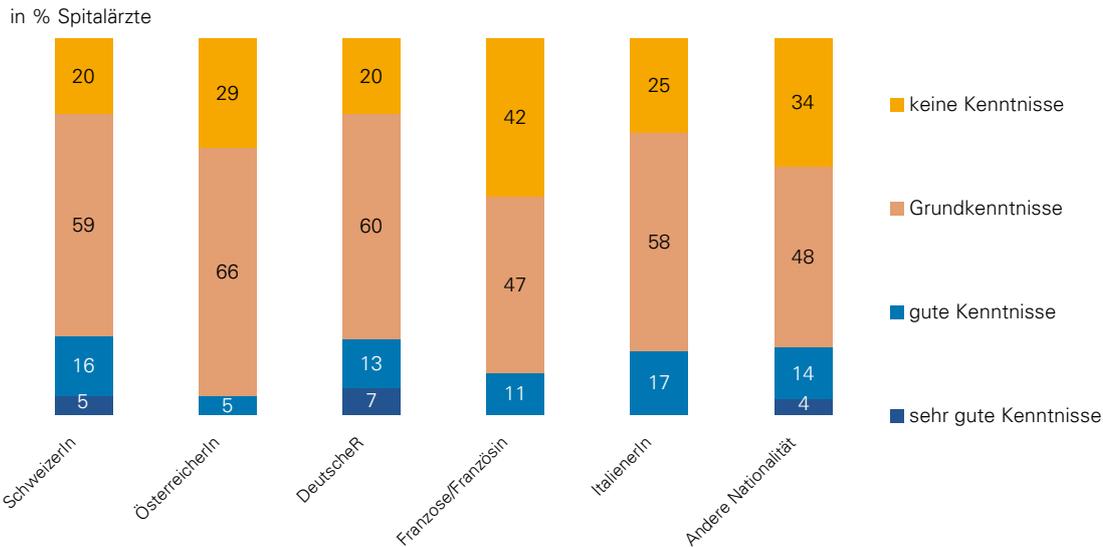
© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193), sig.

Der Kenntnisstand zu Fallpauschalen-Vergütungssystemen nach Nationalitäten zeigt weit weniger Unterschiede. Am besten informiert sind SpitalärztInnen deutscher oder schweizerischer Nationalität. Der Unterschied zwischen diesen beiden Nationalitäten ist dabei geringfügig. Den geringsten Informationsstand finden wir unter Spitalärzten und -ärztinnen österreichischer Nationalität, gefolgt von solchen mit französischer Staatsbürgerschaft. Franzosen und Französinnen geben dabei am häufigsten an, über gar keine Kenntnisse zu verfügen, haben aber einen höheren Anteil mit guten Kenntnissen als ÖsterreicherInnen. Spitalärzte mit italienischer Nationalität haben zu einem Viertel gar keine Kenntnisse, zu 58 Prozent verfügen sie über Grundwissen und 17 Prozent von ihnen haben gute Kenntnisse. Ähnlich hohe Kenntnisse wie Deutsche oder Schweizer Spitalärztinnen in der Schweiz äussern einzig noch Personen anderer als der fünf diskutierten Nationalitäten, wobei in dieser Gruppe der Anteil 'keine Kenntnisse' mit 34 Prozent höher ist als unter ihren Deutschen oder Schweizer KollegInnen.

Grafik 35:

## Spitalärzteschaft Kenntnisse Fallpauschalen-Vergütungssystem nach Nationalität

"Über welche Kenntnisse zu Fallpauschalen-Vergütungssysteme (APDRG, SwissDRG, G-DRG) verfügen Sie?"



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193)

### 3.3. Beziehungen – Patientinnen/Patienten – Behandlungsfreiheit

Die folgenden Abschnitte thematisieren die interne und externe Zusammenarbeit der Spitalärzteschaft mit anderen Akteuren des Gesundheitswesens, die Arzt-Patienten-Beziehung und die Behandlungen selbst.

#### 3.3.1. Der Berufsalltag und die Behandlung

Die Einschätzungen zur tatsächlichen Praxis im Berufsalltag zeigen, dass die Spitalärzteschaft geschlossen hinter dem Funktionieren des Gesundheitssystems steht und das Wohl der Patienten aktuell garantiert sieht. Nicht nur wird von 92 Prozent der Spitalärzteschaft zumindest eher unterstützt, dass alle notwendigen diagnostischen Verfahren für die Auswahl einer Behandlungsmethode durchgeführt werden, es wird auch klarmehrheitlich unterstützt, dass den Patienten nur das Beste zur Verfügung steht (86%) und sie in jedem Falle im Spital aufgenommen würden, unabhängig von ökonomischen Erwägungen (83%).

**Grafik 36:**

## Spitalärzteschaft Tatsächliche Praxis (1)

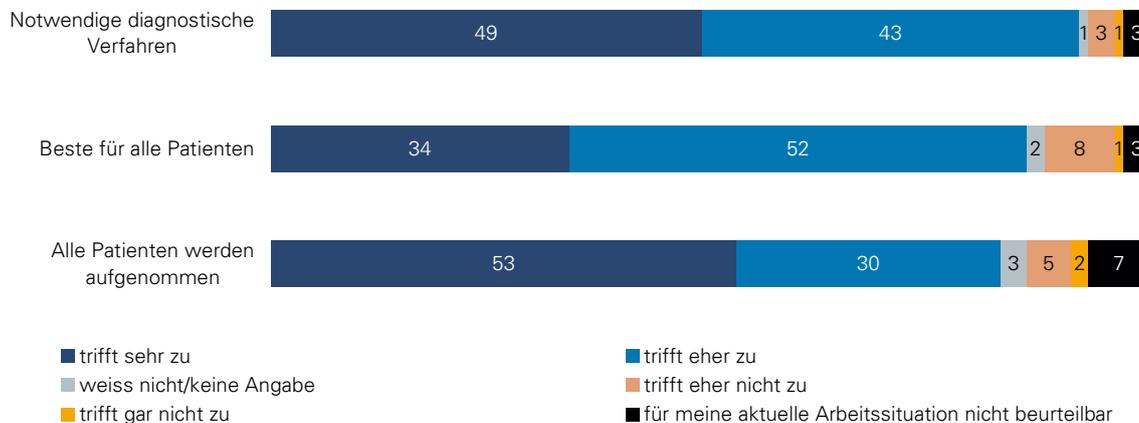
"Inwieweit entspricht die tatsächliche Praxis in Ihrer Abteilung/Klinik folgenden Punkten?"

**Notwendigen diagnostische Verfahren** "Es werden alle notwendigen diagnostischen Verfahren durchgeführt, um einen fundierten Entscheid über die Behandlungsmethode zu fällen."

**Beste für alle Patienten** "Jedem Patienten stehen die besten Experten, Präparate und Geräte zur Verfügung."

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

in % Spitalärzte



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193)

Weiter geben 55 Prozent mehr oder weniger dezidiert an, dass Behandlungsentscheide nicht primär nach ökonomischen Kriterien gefällt werden, und 57 Prozent bestreiten die Aussage, dass chronisch Kranke in andere Einrichtungen abgeschoben werden.

**Grafik 37:**

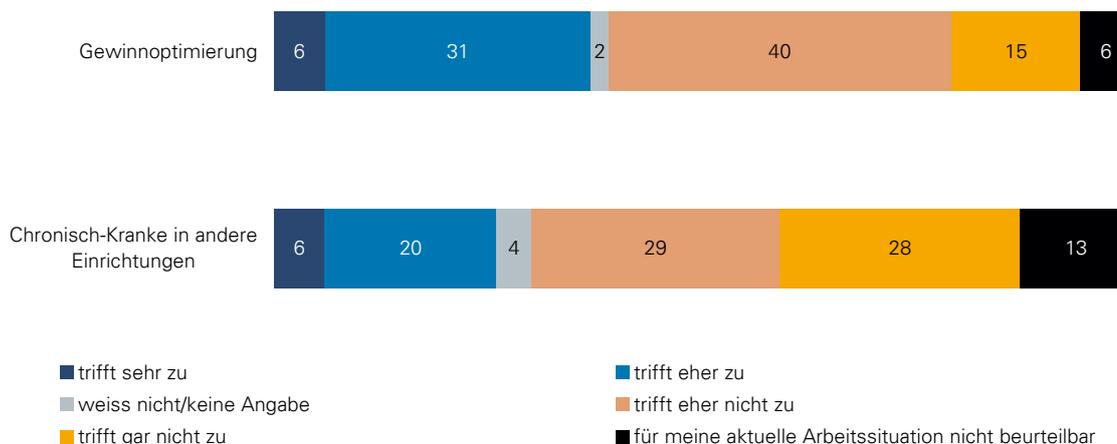
## Spitalärzteschaft Tatsächliche Praxis (2)

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

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

**Chronisch-Kranke in andere Einrichtungen** "Es wird versucht, chronisch kranke und multimorbide Patienten in anderen Einrichtungen unterzubringen."

in % Spitalärzte



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193)

Hinsichtlich der Wahl der Behandlung sieht sich die Schweizer Ärzteschaft wenig eingeschränkt, eher noch im Spital tätige als frei praktizierende Ärztinnen und Ärzte, was bereits aufgrund der unterschiedlichen beruflichen Position respektive Einbettung natürlich Sinn macht. Ein Viertel der Spitalärzteschaft schätzt ihren Behandlungsspielraum als sehr oder klein ein, unter den praxis-

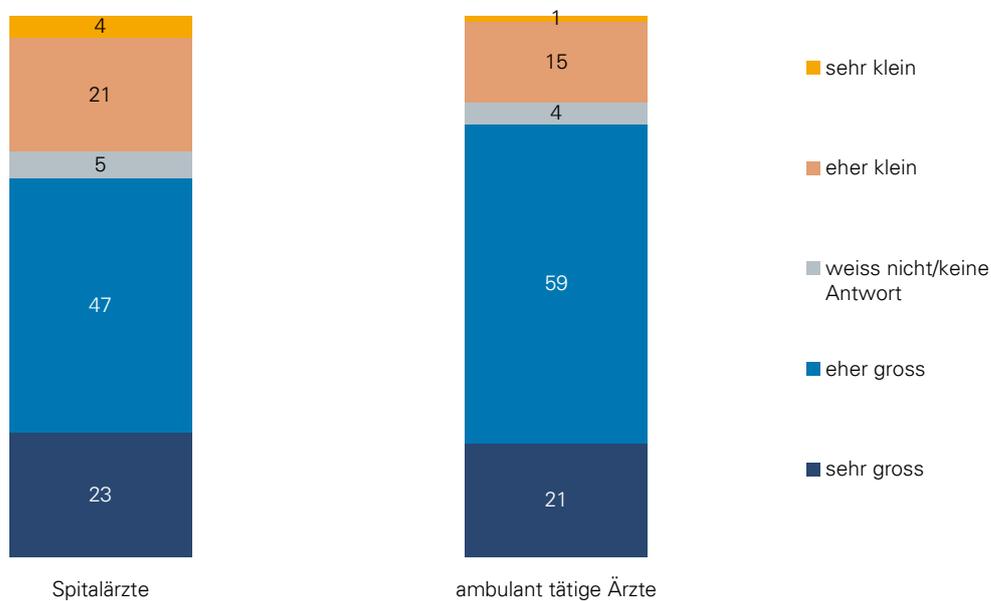
ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten geben nur 16 Prozent Gleiches an. In beiden Gruppen schätzt folglich die Mehrheit ihren Behandlungsspielraum als mindestens eher gross ein (Spitalärzteschaft 70%, praxisambulant tätige Ärzteschaft 80%).

**Grafik 38:**

## Vergleich Spielraum der Behandlung

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

in % Spitalärzte/ ambulant tätiger Ärzte



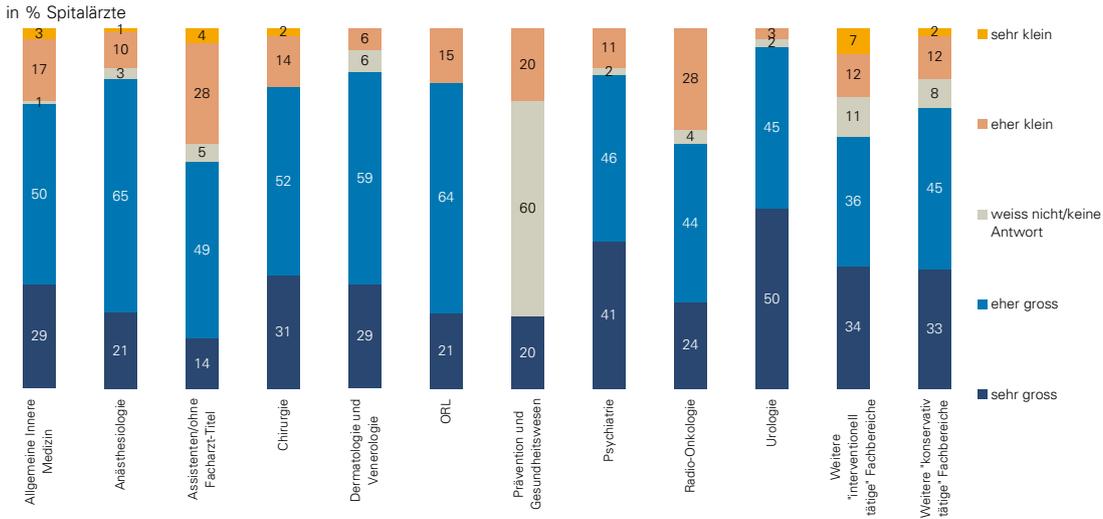
© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011  
(N Spitalärzte = 1193 / N ambulant tätige Ärzte = 266)

Diese Einschätzung wird, wenn auch nicht immer in gleichem Ausmass, innerhalb der Spitalärzteschaft über alle Fachrichtungen hinweg geteilt. Am ehesten in ihrer Behandlungsfreiheit eingeschränkt sehen sich Assistenzärztinnen und -ärzte, Radio-Onkologen und -Onkologinnen sowie Spitalärztinnen und Spitalärzte aus weiteren interventionell tätigen Fachgebieten.

**Grafik 39:**

## Fachrichtungen Spitalärzteschaft Spielraum der Behandlung

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



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193), sig.

(Allgemeine Innere Medizin n = 110/Anästhesiologie n = 78/Assistenten/ohne Facharzt-Titel n = 460/Chirurgie n = 164/ Dermatologie und Venerologie n = 17/ORL n = 34/ Prävention und Gesundheitswesen n = 5/Psychiatrie n = 55/Radio-Onkologie n = 25/Urologie n = 38 /Weitere "interventionell tätige" Fachbereiche n = 102/Weitere "konservativ tätige" Fachbereiche n = 105)

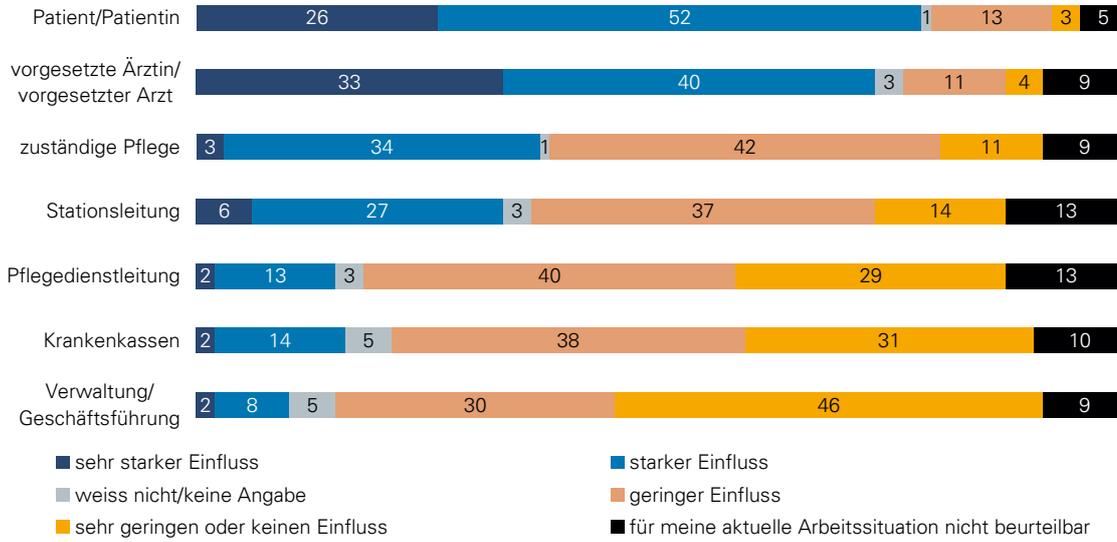
Eine deutliche Sprache sprechen auch die gemachten Angaben zur Entscheidungshierarchie in der Art und Weise der Behandlung. Zuoberst steht der Patient oder die Patientin. 78 Prozent der Schweizer Spitalärzteschaft attestieren ihm oder ihr einen mindestens starken Einfluss. Annähernd gleich viel Einfluss hat der behandelnde Arzt bzw. die behandelnde Ärztin (73%), wobei der Anteil dezidiert unterstützter dieses Einflusses höher ist als bei den Patientinnen und Patienten. Das Mittelfeld der Einflussnahme auf die Behandlung wird durch die zuständige Pflege (37%) und die Stationsleitung (33%) bestimmt. Schlusslichter der Entscheidungshierarchie für eine Behandlungsentscheidung bilden die Pflegedienstleitung (15%), die Krankenkassen (16%) und die Verwaltung (10%).

**Grafik 40:**

## Spitalärzteschaft Einflussnahme auf Entscheidungen

"Wie verteilt sich in Ihrer Abteilung/Klinik der Einfluss auf Entscheidungen über die Art und Weise der Behandlung?"

in % Spitalärzte



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193)

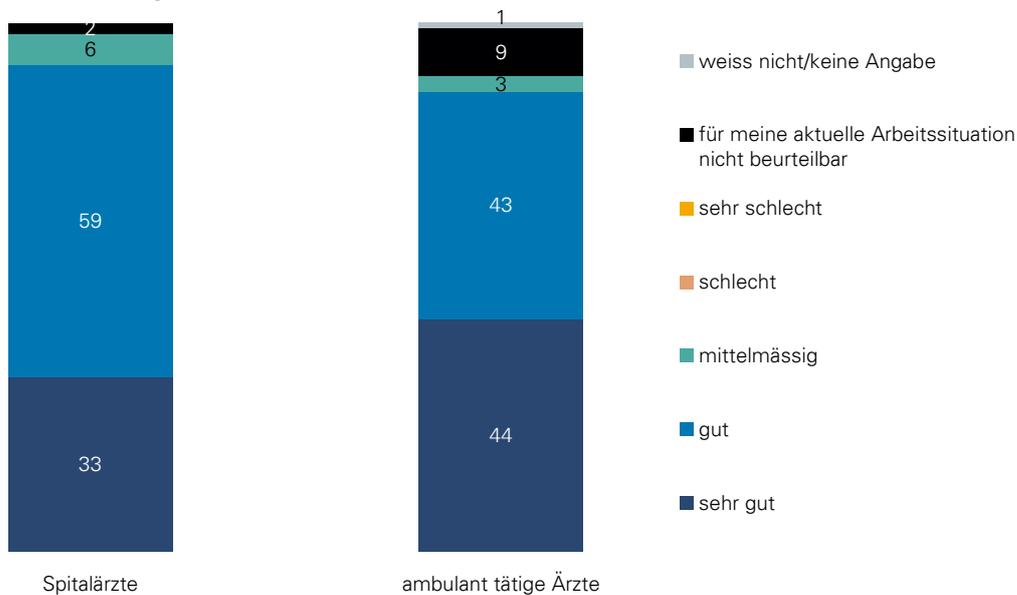
Die Aussagen der Ärzteschaft in Bezug auf die Arzt-Patienten-Beziehung fallen sowohl bei der Spitalärzteschaft, deutlicher noch aber bei der praxisambulant tätigen Ärzteschaft, gut bis sehr gut aus. Die beiden Hauptträger einer Entscheidung über eine Behandlung scheinen diesen Freiraum im Sinne des Patienten/der Patientin zu nutzen. Zu betonen ist, dass kein einziges Votum für schlechte Arzt-Patienten-Beziehungen abgegeben wurde, was tatsächlich so sein kann. Denkbar ist aber auch eine Antwortverzerrung aufgrund sozialer Erwünschtheit, die hier reinspielt.

**Grafik 41:**

## Vergleich Beurteilung Beziehung zu Patienten

"Wie bewerten Sie die Beziehung, welche zwischen Ihrem Team im Spital und Ihren Patientinnen und Patienten herrscht?"

in % Spitalärzte/ ambulant tätiger Ärzte



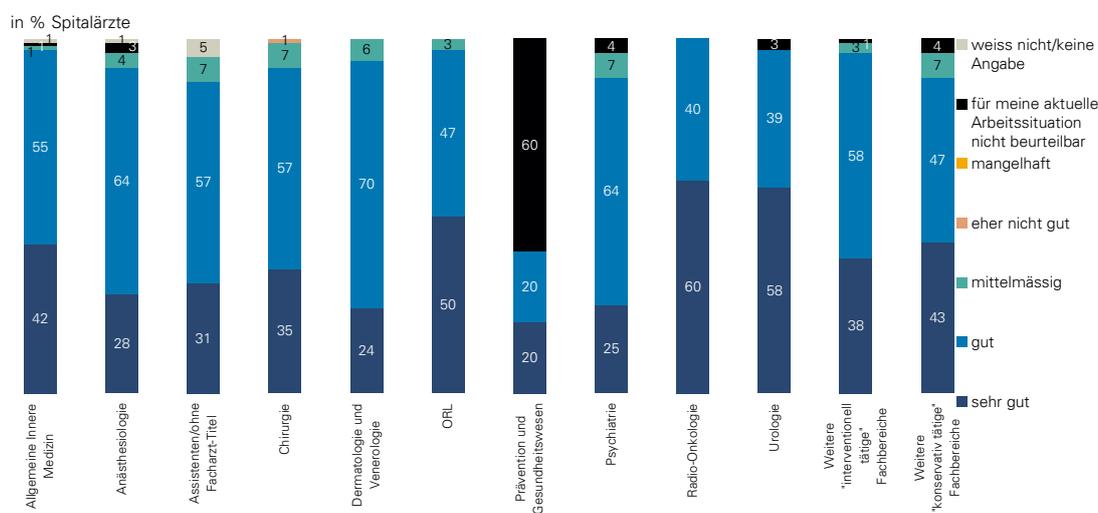
© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011  
(N Spitalärzte = 1193 / N ambulant tätige Ärzte = 266)

Auch aufgeschlüsselt nach Fachgebieten der Spitalärzteschaft finden sich keine Hinweise auf problematische Patientenbeziehungen, es zeigen sich aber feine Unterschiede im Ausmass der Beurteilungen. Deziert als gut (über 40% sehr gut) beschreiben Vertreter und Vertreterinnen der Fachrichtungen allgemeine/innere Medizin, ORL, Radio-Onkologie, Urologie und weiterer konventionell tätiger Fachgebiete die Beziehungen zu ihren Patienten. Etwas schwächer (unter 30% sehr gut), aber nach wie vor mehrheitlich und unbestritten als gut, bezeichnen Vertreterinnen und Vertreter der Fachrichtungen Anästhesiologie, Dermatologie und Venerologie, Prävention und Gesundheitswesen sowie der Psychiatrie die Beziehungen zu ihren Patienten. Das einzig negative Votum ist unter Chirurgen zu finden, die zu einem Prozent angeben, die Beziehung zu den Patientinnen und Patienten sei eher nicht gut.

Grafik 42:

## Fachrichtungen Spitalärzteschaft Beurteilung Beziehung zu Patienten

"Wie bewerten Sie die Beziehung, welche zwischen Ihrem Team im Spital und Ihren Patientinnen und Patienten herrscht?"



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193), sig.

(Allgemeine Innere Medizin n = 110/Anästhesiologie n = 78/Assistenten/ohne Facharzt-Titel n = 460/Chirurgie n = 164/ Dermatologie und Venerologie n = 17/ORL n = 34/ Prävention und Gesundheitswesen n = 5/Psychiatrie n = 55/Radio-Onkologie n = 25/Urologie n = 38 /Weitere "interventionell tätige" Fachbereiche n = 102/Weitere "konservativ tätige" Fachbereiche n = 105)

### 3.3.2. Die Zusammenarbeit mit anderen Akteuren

Zusammenarbeit ist ein wichtiger Träger des Schweizer Gesundheitswesens und sowohl spitalintern auch als gegen aussen unverzichtbar. Ganz pauschal kann diese als weitestgehend gut beschrieben werden, und zwar umso besser, je näher sie stattfindet und je mehr sie von medizinischen Grundsätzen geleitet wird.

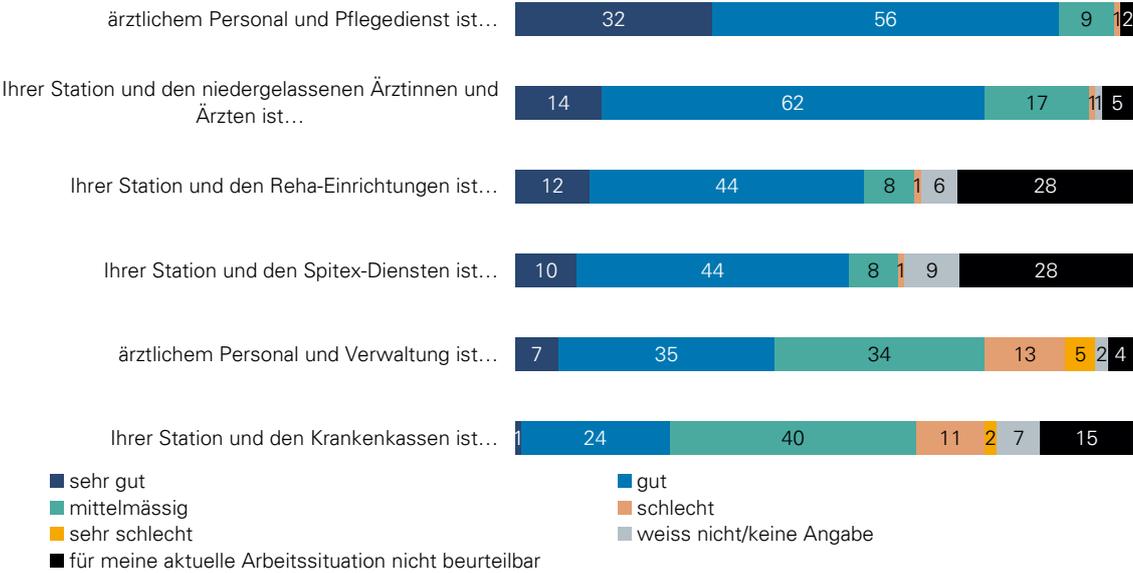
Klar am besten wird die Zusammenarbeit der Spitalärzteschaft mit dem Pflegedienst beschrieben (88% sehr oder eher gut), gefolgt von jener mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten (76%). Andere externe Akteure wie beispielsweise Reha-Einrichtungen (56%) oder die Spitex (54%) schneiden auch noch mehrheitlich gut ab. Das Blatt wendet sich, wenn es um die Verwaltung (42%) und die Krankenkassen geht (25%). Die Zusammenarbeit mit diesen beiden letztgenannten Akteuren scheint vorbelastet, wobei jene mit der Verwaltung zwar noch in relativer Mehrheit positiv beurteilt wird, gleichzeitig jedoch die meisten negativen Voten hinter sich scharft (18% sehr oder eher schlecht). Die Zusammenarbeit mit den Krankenkassen wird in relativer Mehrheit als mittelmässig beschrieben (40%), wobei auch hier negative Untertöne vorhanden sind (13% sehr oder eher schlecht).

**Grafik 43:**

## Spitalärzteschaft Zusammenarbeit

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

in % Spitalärzte



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193)

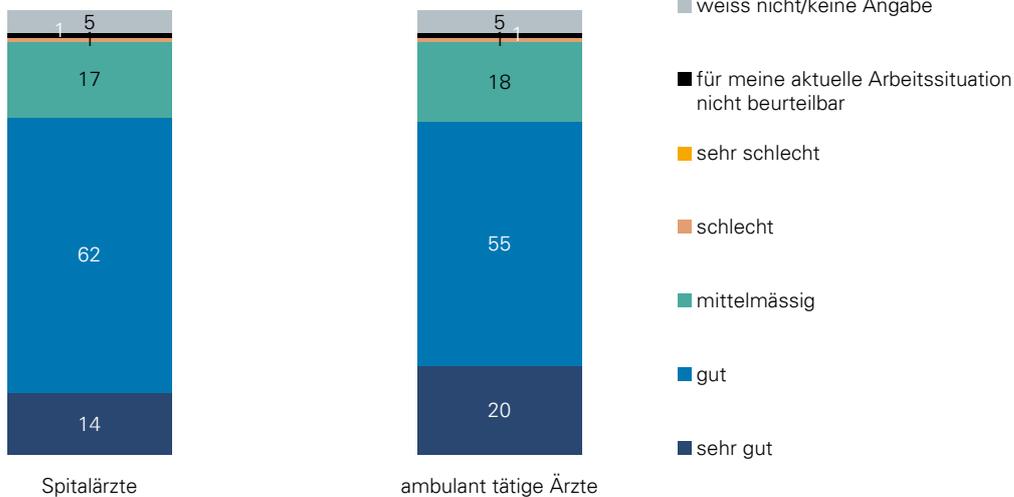
Die Zusammenarbeit der Spitalärzteschaft mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten wird beid- und gegenseitig gut beurteilt. Auch die praxisambulante Ärzteschaft erteilt den Berufskollegen und Berufskolleginnen im Spital gute Noten: Drei Viertel von ihnen beschreiben die Zusammenarbeit mit der Spitalärzteschaft als mindestens gut. 18 Prozent befinden sie für mittelmässig, nur gerade 1 Prozent gibt an, sie wäre schlecht.

**Grafik 44:**

## Vergleich Zusammenarbeit: zwischen Ihrer Station und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten (Spitalärzte)/Spitalärzte (ambulante Ärzte)

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

in % Spitalärzte/ ambulant tätige Ärzte



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011

(N Spitalärzte = 1193 / N ambulant tätige Ärzte = 266)

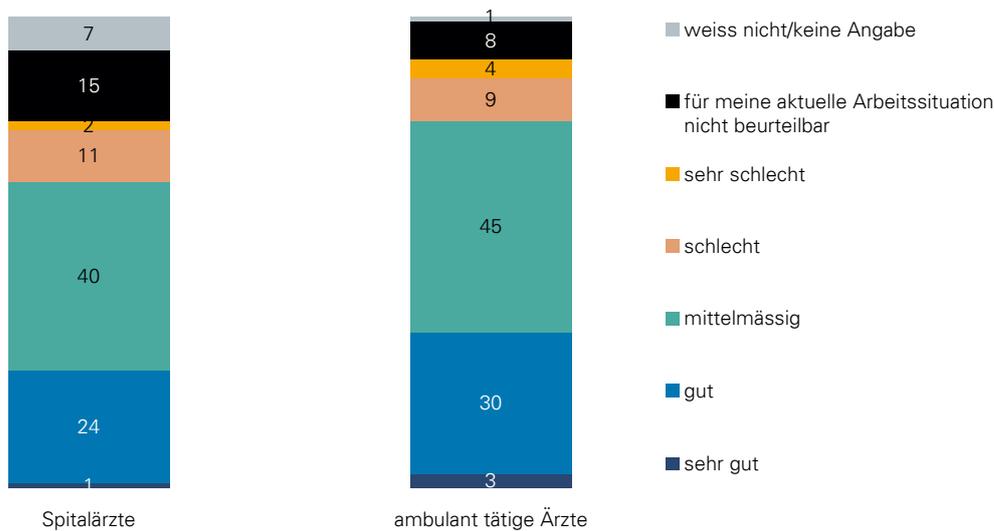
Überhaupt sind die Einschätzungen beider Gruppen sehr ähnlich, einzig mit den Krankenkassen geht die praxisambulante Ärzteschaft weniger hart ins Gericht. Ein Drittel der praxisambulant tätigen Ärzteschaft befindet die Kooperation mit den Krankenkassen als mindestens gut (Spitalärzteschaft 25%), 45 Prozent finden sie mittelmässig (Spitalärzteschaft 40%) und je 13 Prozent finden sie in beiden Gruppen schlecht.

**Grafik 45:**

## Vergleich Zusammenarbeit: Zwischen Ihrer Station/Ihnen und den Krankenkassen

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

in % Spitalärzte/ ambulant tätiger Ärzte



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011

(N Spitalärzte = 1193 / N ambulant tätige Ärzte = 266), sig.

## 3.4. Arbeitszufriedenheit – Perspektiven

Arbeitszufriedenheit ist ein mehrschichtiges Konstrukt, welches in den nächsten beiden Unterkapiteln anhand verschiedener Indikatoren besprochen werden soll.

### 3.4.1. Entwicklung des ärztlichen Personalbestandes

Ein erster Eindruck zum Personalbestand vermittelt die Beurteilung des Ist-Zustandes. So wurden die befragten Spitalärzte gebeten, verschiedene Einschätzungen zum Personalbestand zu machen. Die Mehrheit der Schweizer Spitalärzte und -ärztinnen stimmen der Aussage zu, dass es in Zukunft schwieriger werde, genügend Ärztinnen und Ärzte auszubilden (80% sehr und eher einverstanden). Aktuell sieht man die Situation aber noch als gut an, unterstützen doch 62 Prozent die Aussage, dass aktuell genügend Ärzte und Ärztinnen in der eigenen Abteilung vorhanden seien, um eine optimale Behandlung zu gewährleisten. Auch für das Spital als Ganzes wird diese Aussage mehrheitlich gestützt (59%). Nicht zu vernachlässigen sind allerdings die Anteile gegenteiliger Voten, die doch beträchtlich sind (Abteilung 36% trifft (eher) nicht zu, Spital 39% trifft (eher) nicht zu).

**Grafik 46:**

## Spitalärzteschaft Aussagen zum ärztlichen Personalbestand

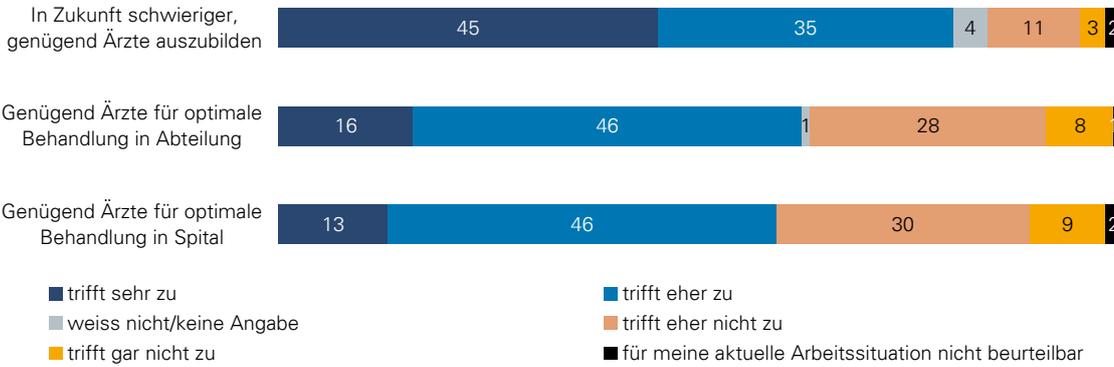
"Treffen die folgenden Aussagen zum ärztlichen Personalbestand in Ihren Augen auf Ihre Abteilung, Ihre Klinik respektive das Schweizer Gesundheitswesen zu?"

**In Zukunft schwieriger, genügend Ärzte auszubilden** "Es wird in Zukunft schwieriger, genügend Ärzte für das Schweizer Gesundheitswesen auszubilden oder im Ausland zu finden."

**Genügend Ärzte für optimale Behandlung in Abteilung** "Wir haben genügend Ärzte, um in unserer Abteilung eine optimale Behandlung zu gewährleisten."

**Genügend Ärzte für optimale Behandlung im Spital** "Wir haben genügend Ärzte, um in unserem Spital eine optimale Behandlung zu gewährleisten."

in % Spitalärzte



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193)

Das in einem Spital angewendete Abrechnungssystem scheint keine wichtige Rolle zu spielen, die Antworten unterscheiden sich kaum nach Abrechnungssystem. Die Befürchtung, DRG würde zu Unterbesetzung führen, zeichnet sich in den Daten nicht ab.

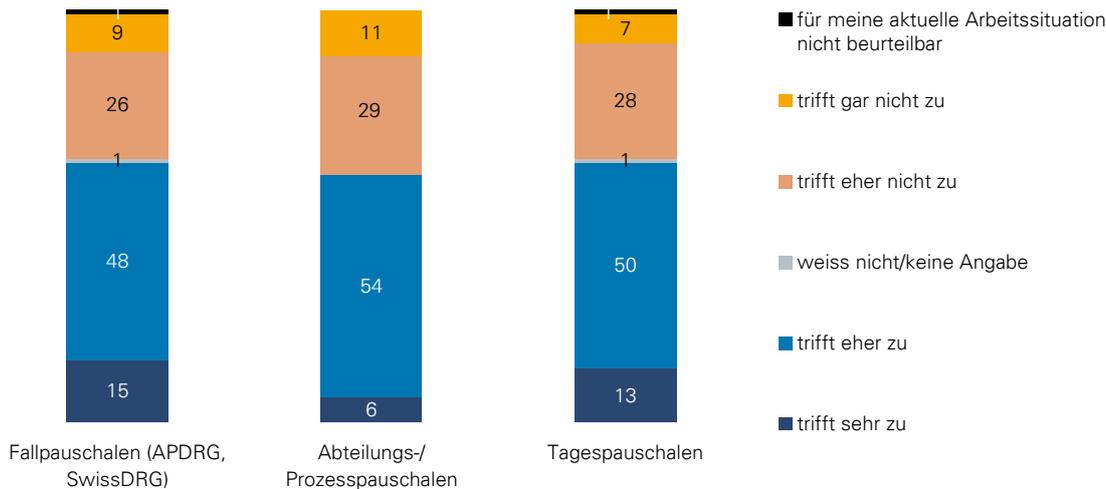
**Grafik 47:**

## Spitalärzteschaft nach Abrechnungssystem Aussagen zum ärztlichen Personalbestand

"Treffen die folgenden Aussagen zum ärztlichen Personalbestand in Ihren Augen auf Ihre Abteilung, Ihre Klinik respektive das Schweizer Gesundheitswesen zu?"

**Genügend Ärzte für optimale Behandlung im Spital** "Wir haben genügend Ärzte, um in unserem Spital eine optimale Behandlung zu gewährleisten."

in % Spitalärzte



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193) (n = 317/140/313)

Auch der Berufsstand ist sekundär, sind sich doch niedergelassene und Spitalärzte und -ärztinnen in ihrer Einschätzung einig, dass es schwieriger wird, auch in Zukunft genügend Ärztinnen und Ärzte für das Schweizer Gesundheitswesen auszubilden.

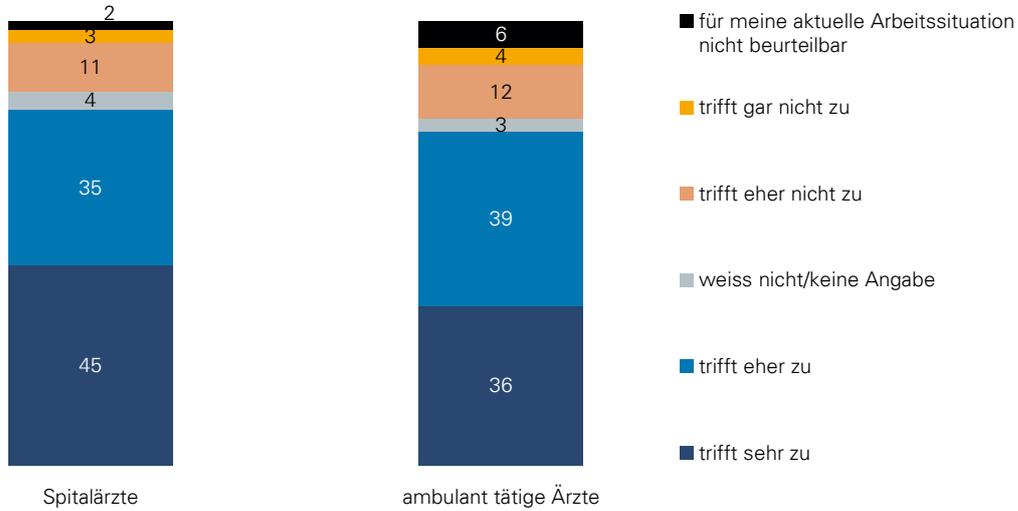
Grafik 48:

## Vergleich Aussagen zum ärztlichen Personalbestand

"Treffen die folgenden Aussagen zum ärztlichen Personalbestand in Ihren Augen auf Ihre Abteilung, Ihre Klinik respektive das Schweizer Gesundheitswesen zu?"

**In Zukunft schwieriger, genügend Ärzte auszubilden** "Es wird in Zukunft schwieriger, genügend Ärzte für das Schweizer Gesundheitswesen auszubilden oder im Ausland zu finden."

in % Spitalärzte/ ambulant tätiger Ärzte



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011  
(n Spitalärzte = 1193 / n ambulant tätige Ärzte = 266)

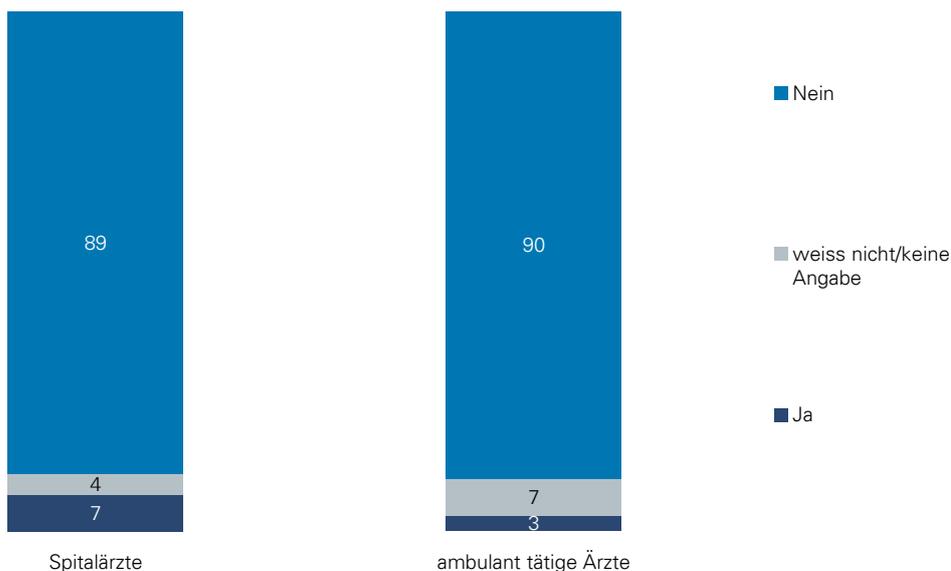
Die Ärztinnen und Ärzte scheinen sich also Sorgen um zukünftige Entwicklungen zu machen, ihren eigenen Arbeitsplatz sehen die meisten aber als sicher an. Die Spitalärzteschaft äussert sich leicht skeptischer in dieser Frage mit 7 Prozent von ihnen, die ihren eigenen Arbeitsplatz als gefährdet ansehen (praxisambulant tätige Ärzteschaft 3%), doch auch hier dominieren optimistische Einschätzungen eindeutig.

Grafik 49:

## Vergleich Angst um Arbeitsplatz

"Haben Sie momentan Angst, Ihren Arbeitsplatz zu verlieren?"

in % Spitalärzte/ ambulant tätiger Ärzte



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011  
(N Spitalärzte = 1193 / n ambulant tätige Ärzte = 266)

Dies erstaunt wenig, berücksichtigt man die Angaben zur Entwicklung des Personalbestandes in den Spitälern der befragten Ärzte und Ärztinnen: 40 Prozent

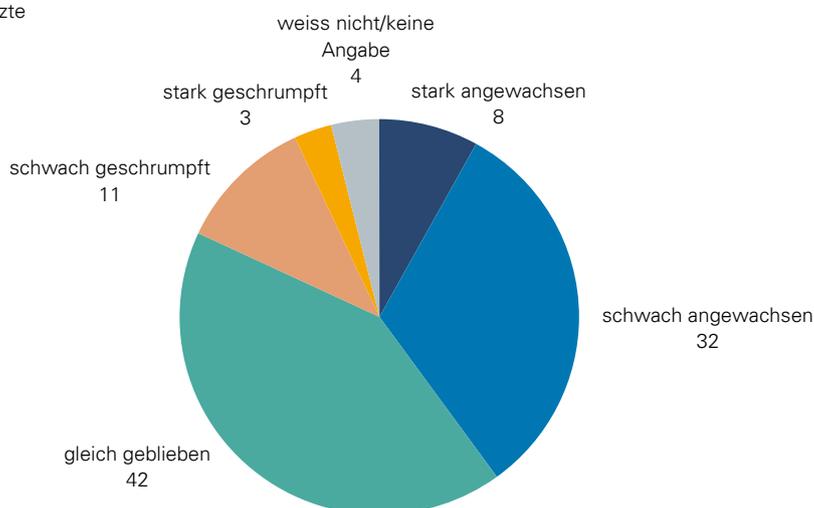
der Schweizer Spitalärzteschaft gibt an, der Personalbestand der eigenen Abteilung sei im letzten Jahr zumindest schwach angewachsen, 42 Prozent geben an, er sei unverändert und nur eine Minderheit von 14 Prozent war mit Stellenabbau konfrontiert.

**Grafik 50:**

## Spitalärzteschaft Beurteilung Veränderung Personalbestand

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

in % Spitalärzte



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193)

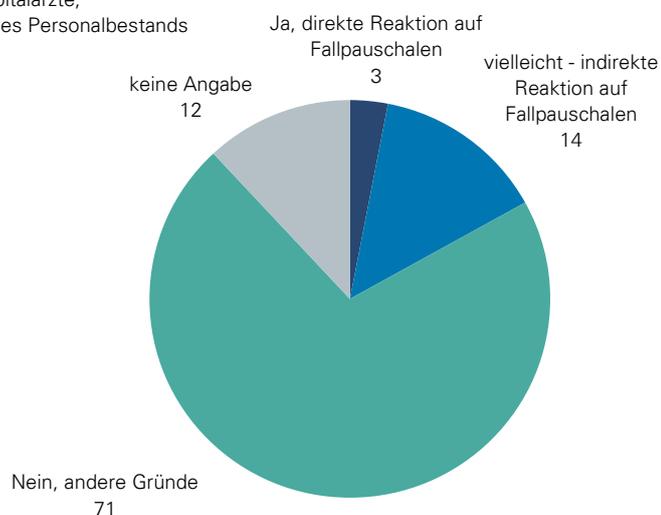
Die Mehrheit der Spitalärzteschaft (71%), die überhaupt eine Veränderung des Personalbestandes erlebt hat, führt diese nicht auf die Einführung von Fallpauschalen zurück. Drei Prozent geben an, diese Veränderungen wären eine direkte Reaktion auf Fallpauschalen gewesen, 14 Prozent sehen sie zumindest vielleicht als indirekte Reaktion, höchstwahrscheinlich antizipativer Art.

**Grafik 51:**

## Spitalärzteschaft Filter: Veränderung beim Personal

"War diese Veränderung beim ärztlichen Personal eine Reaktion auf die Einführung der Fallpauschalen?"

in % Spitalärzte,  
falls Veränderung des Personalbestands



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (n = 653)

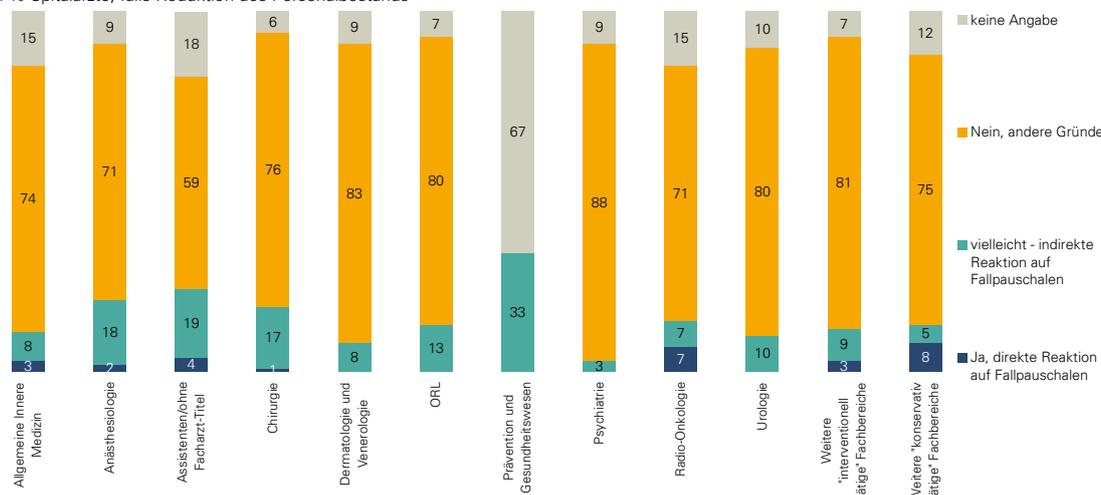
Die Aufschlüsselung nach Fachrichtungen mag Hinweise liefern, wo die Fallpauschalen am härtesten treffen. Aussagen sind aber nur mit grösster Vorsicht zu machen, da die Fallzahlen in gewissen Fällen doch sehr gering sind.

**Grafik 52:**

## Fachrichtungen Spitalärzteschaft Filter: Veränderung beim Personal

"War diese Veränderung beim ärztlichen Personal eine Reaktion auf die Einführung der Fallpauschalen?"

in % Spitalärzte, falls Reduktion des Personalbestands



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (n = 653), sig.

(Allgemeine Innere Medizin n = 61/Anästhesiologie n = 51/Assistenten/ohne Facharzt-Titel n = 215/Chirurgie n = 104/Dermatologie und Venerologie n = 12/ORL n = 15/Prävention und Gesundheitswesen n = 3/Psychiatrie n = 32/Radio-Onkologie n = 14/Urologie n = 20/Weitere "interventionell tätige" Fachbereiche n = 67/Weitere "konservativ tätige" Fachbereiche n = 59)

Abschliessend soll hier ein verdichtendes Bild zu den Einschätzungen der Schweizer Spitalärzteschaft in Bezug auf den Personalbestand gegeben werden. Die Zusammenfassung einzelner Fragestellungen zum Index<sup>3</sup> 'Personalbestand' zeigt, dass mit 53 Prozent eine Mehrheit der Befragten eher bis sehr positive Einschätzungen zum Personalbestand abgibt, 16 Prozent sich im neutralen Spektrum bewegen und 31 Prozent sich dazu kritisch äussern. Diese Unzufriedenheit nährt sich aus der Ansicht, dass nicht genügend Ärztinnen und Ärzte für eine optimale Behandlung der Patienten vorhanden sind.

<sup>3</sup> Details zur Zusammensetzung und Skalierung der einzelnen Indizes sowie Grafiken sämtlicher nicht im Bericht erwähnten Indizes befinden sich im Anhang (Kapitel 5.2).

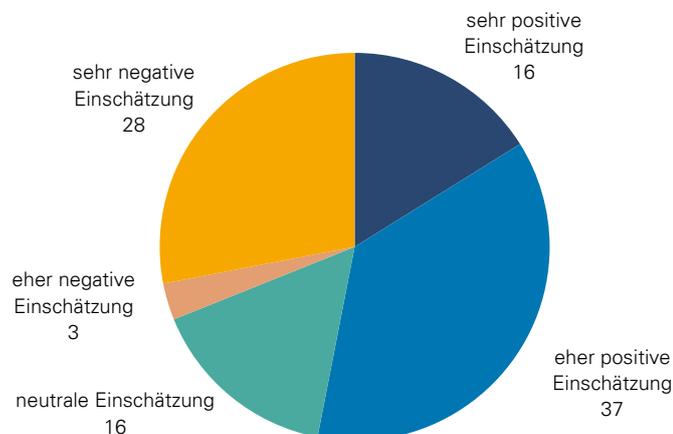
**Grafik 53:**

## Index Personalbestand

"Treffen die folgenden Aussagen zum ärztlichen Personalbestand in Ihren Augen auf Ihre Abteilung, Ihre Klinik respektive das Schweizer Gesundheitswesen zu?"

"Genügend Ärzte für optimale Behandlung im Spital" / "Genügend Ärzte für optimale Behandlung in Abteilung"

in % Spitalärzte



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193)

### 3.4.2. Arbeitszufriedenheit der Schweizer Ärzteschaft

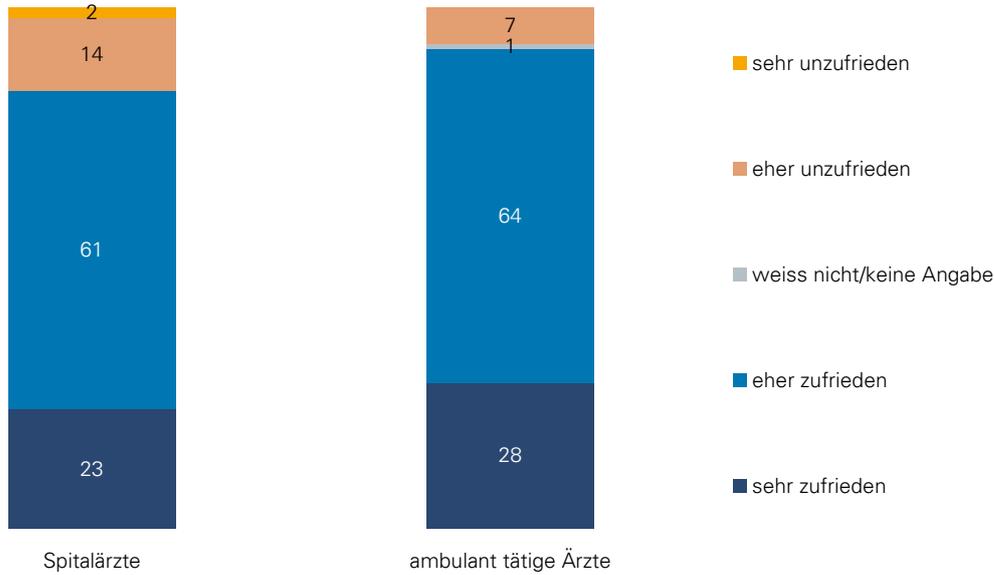
Die Ärzteschaft der Schweiz ist zufrieden mit ihren Aufgaben und Arbeitstätigkeiten, und zwar auf hohem Niveau. 84 Prozent der Spitalärzteschaft geben an, mindestens eher zufrieden zu sein, und mit 92-prozentiger Zustimmung scheint dies für die praxisambulante Ärzteschaft gar noch stärker der Fall zu sein. Der Unterschied ist statistisch gesprochen signifikant, was bedeutet, dass praxisambulant tätige Ärzte und Ärztinnen real zufriedener sind mit ihren Aufgaben und Arbeitstätigkeiten, der Unterschied ist und bleibt dabei aber gradueller Natur.

Grafik 54:

## Vergleich Arbeitszufriedenheit

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

in % Spitalärzte/ ambulant tätiger Ärzte



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N Spitalärzte = 1193 / N ambulant tätige Ärzte = 266)

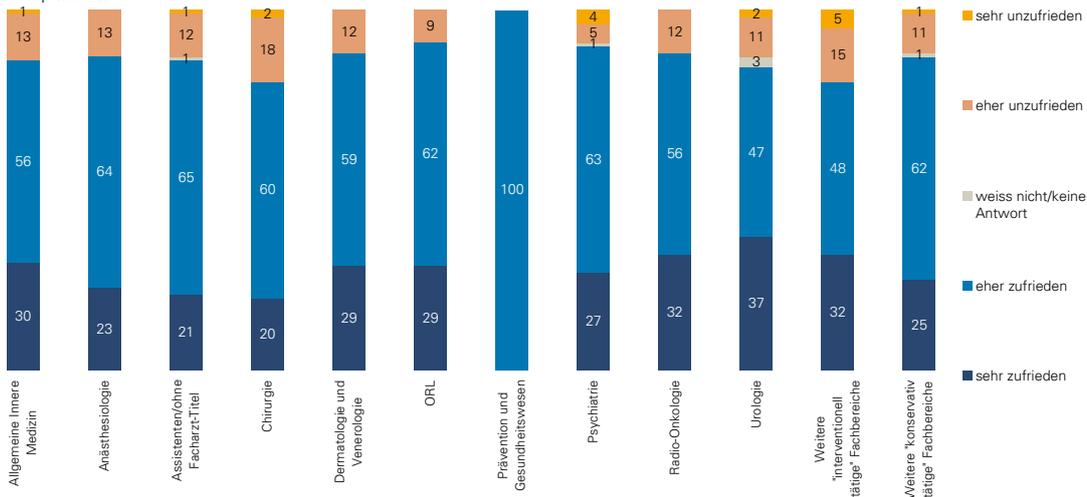
Die Zufriedenheit ist dabei innerhalb aller Fachrichtungen der Spitalärzteschaft klar mehrheitlich gegeben. Kritische Untertöne kommen am ehesten aus dem Umfeld der Chirurgie und der Überkategorie 'weitere interventionell tätige Bereiche'.

Grafik 55:

## Fachrichtungen Spitalärzteschaft Arbeitszufriedenheit

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

in % Spitalärzte



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193), n. sig.

(Allgemeine Innere Medizin n = 110/Anästhesiologie n = 78/Assistenten/ohne Facharzt-Titel n = 460/Chirurgie n = 164/Dermatologie und Venerologie n = 17/ORL n = 34/Prävention und Gesundheitswesen n = 5/Psychiatrie n = 55/Radio-Onkologie n = 25/Urologie n = 38/Weitere "interventionell tätige" Fachbereiche n = 102/Weitere "konservativ tätige" Fachbereiche n = 105)

Woraus nährt sich diese Zufriedenheit? Annähernd flächendeckende 95 Prozent der Schweizer Spitalärzteschaft empfinden ihre Arbeit als interessant und abwechslungsreich. Der Berufsinhalt selbst ist somit zentrales Element der Identifikation mit dem Beruf, denn bereits an zweiter und dritter Stelle folgen mit

dem andauernd hohen Zeit- und Leistungsdruck negative Elemente, die mit 80 Prozent Zustimmung ebenfalls sehr breit getragen werden. Annähernd drei Viertel der befragten Spitalärzte und -ärztinnen sind mit ihrer Bezahlung zufrieden, knapp mehr als ein Viertel ist es nicht. Der Konkurrenzdruck anderer Spitäler wird nicht als gravierend wahrgenommen, nur eine Minderheit von 40 Prozent verspürt diesen. Ebenso scheint schlechte Arbeitsorganisation in den Spitälern kein flächendeckendes Problem zu sein (34% sehr und eher einverstanden).

**Grafik 56:**

## Spitalärzteschaft Aussagen über Arbeitsbedingungen

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

in % Spitalärzte



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193)

Es ist also primär der Inhalt des Berufes und erst sekundär die Bezahlung, die Zufriedenheit mit der eigenen Tätigkeit stiften, was auch für die praxisambulante tätige Ärzteschaft gilt. Allerdings geben mit 35 Prozent mehr freiberufliche Ärztinnen und Ärzte an, mit ihrer Bezahlung nicht zufrieden zu sein. Überhaupt sind die Mehrheitsverhältnisse und die Hierarchie der Unterstützung der getesteten Aussagen in beiden Ärztegruppen identisch, einzig die Akzentuierung ist unterschiedlich und unter praxisambulante tätigen Ärztinnen und Ärzten mit einem leicht kritischeren Unterton versetzt.

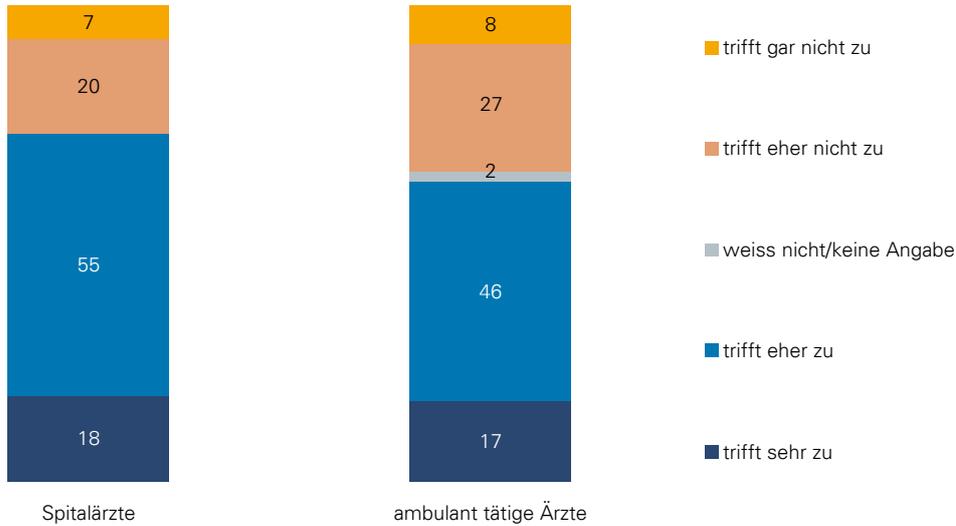
**Grafik 57:**

## Vergleich Aussagen über Arbeitsbedingungen

"Treffen die folgenden Aussagen über Arbeitsbedingungen und Chancen/Belastungen auf Ihre Tätigkeit zu?"

**"Alles in allem bin ich zufrieden mit meiner Bezahlung."**

in % Spitalärzte/ ambulant tätiger Ärzte



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011  
(N Spitalärzte = 1193 / N ambulant tätige Ärzte = 266)

So ist beispielsweise die Unterstützung der Aussage, der Zeit- und Leistungsdruck sei andauernd hoch, in beiden Gruppen annähernd gleich (Spitalärzteschaft je 80%, praxisambulant tätige Ärzteschaft je 79%), der Anteil dezidiert unterstützter Aussagen ist in der praxisambulant tätigen Ärzteschaft aber in beiden Fällen höher, was den Problemen in dieser Gruppe leicht mehr Gewicht verleiht.

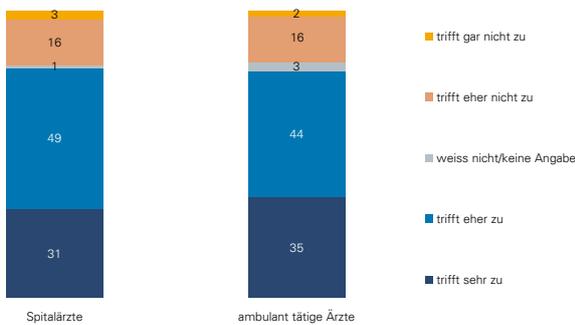
**Grafik 58:**

## Vergleich Aussagen über Arbeitsbedingungen

"Treffen die folgenden Aussagen über Arbeitsbedingungen und Chancen/Belastungen auf Ihre Tätigkeit zu?"

**"Andauernd hoher Leistungsdruck."**

in % Spitalärzte/ ambulant tätiger Ärzte



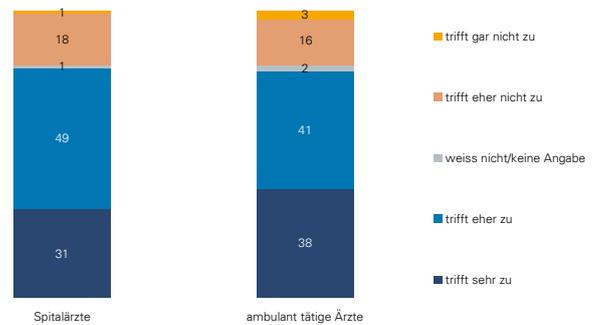
© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011  
(N Spitalärzte = 1193 / N ambulant tätige Ärzte = 266)

## Vergleich Aussagen über Arbeitsbedingungen

"Treffen die folgenden Aussagen über Arbeitsbedingungen und Chancen/Belastungen auf Ihre Tätigkeit zu?"

**"Andauernd hoher Zeitdruck."**

in % Spitalärzte/ ambulant tätiger Ärzte



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011  
(N Spitalärzte = 1193 / N ambulant tätige Ärzte = 266)

In einem Fall ist allerdings der Unterton der praxisambulant tätigen Ärzteschaft auch positiver: Mit 65 Prozent Zustimmung ist der Anteil praxisambulanter Ärzte und Ärztinnen, die ihre Arbeit sehr interessant finden, klar höher als derselbe Anteil in der Spitalärzteschaft (48%). Werden aber die positiven Voten summiert (trifft sehr und eher zu), gleicht sich dieser Unterschied wieder aus.

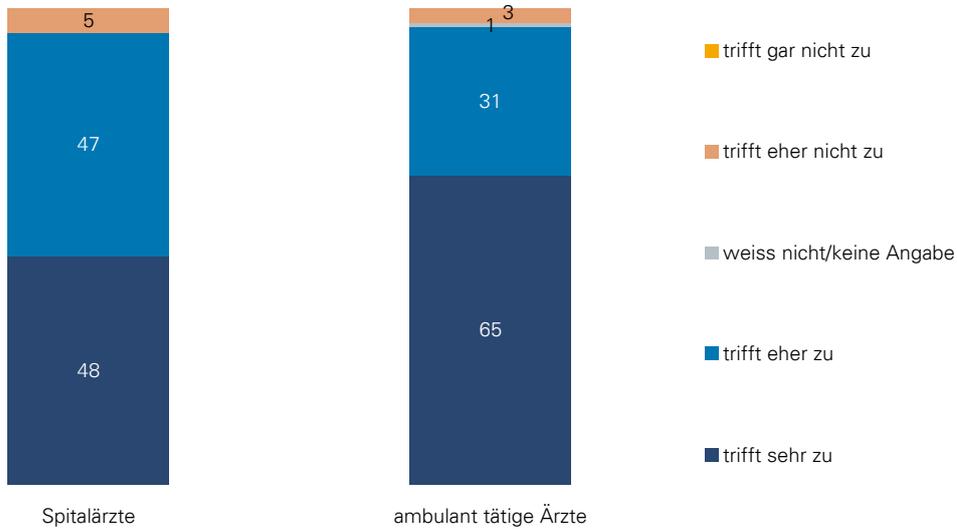
**Grafik 59:**

**Vergleich Aussagen über Arbeitsbedingungen**

"Treffen die folgenden Aussagen über Arbeitsbedingungen und Chancen/Belastungen auf Ihre Tätigkeit zu?"

**"Meine Arbeit ist interessant und abwechslungsreich."**

in % Spitalärzte/ ambulant tätiger Ärzte



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011  
(N Spitalärzte = 1193 / N ambulant tätige Ärzte = 266)

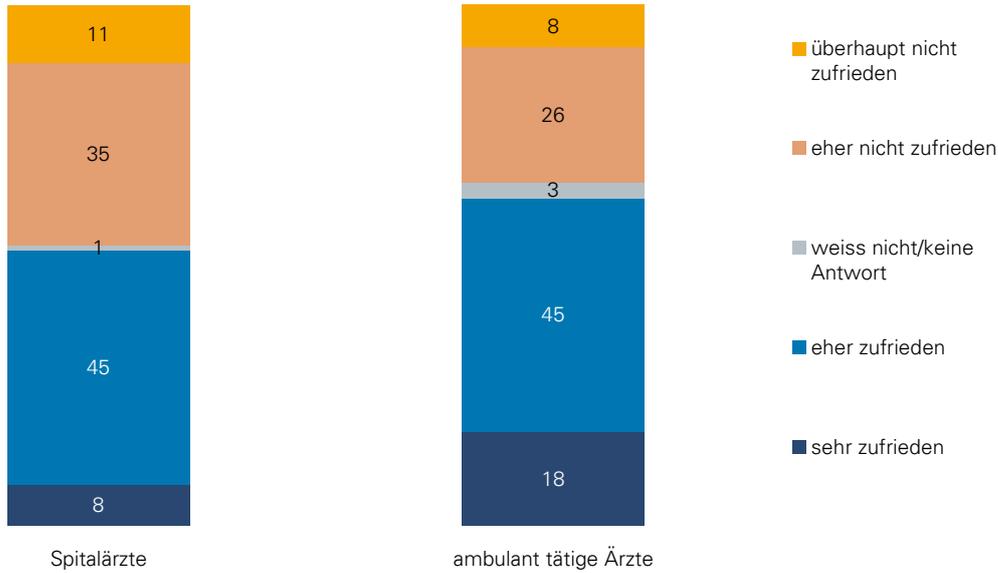
Obwohl die praxisambulant tätige Ärzteschaft also den Leistungs- und Zeitdruck dezidierter zum Ausdruck bringt als die Spitalärzteschaft und mit der Bezahlung etwas weniger zufrieden ist, schätzt sie das Verhältnis zwischen Arbeitszeit und Freizeit besser ein. 63 Prozent der praxisambulant tätigen Ärzte und Ärztinnen sind mit ihrer Work-Life-Balance zufrieden, wobei insbesondere der Anteil sehr zufrieden (18%) grösser ist als in der Spitalärzteschaft (8%). Insgesamt ist aber auch eine Mehrheit der Spitalärzte und -ärztinnen mindestens eher zufrieden damit (53%). Die Anteile von Personen, die mit dem Verhältnis von Arbeits- und Freizeit nicht zufrieden sind, seien aber an dieser Stelle auch noch genannt: Immerhin 46 Prozent der Spitalärzte und -ärztinnen sind in diesem Punkt nämlich unzufrieden, unter der praxisambulant tätigen Ärzteschaft ist es knapp mehr als ein Drittel. Unterschiede nach Fachrichtungen oder Position sind zu gering, um sie speziell zu diskutieren.

**Grafik 60:**

## Vergleich Zufriedenheit Arbeitszeit - Freizeit

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

in % Spitalärzte/ ambulant tätiger Ärzte



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011  
(N Spitalärzte = 1193 / N ambulant tätige Ärzte = 266)

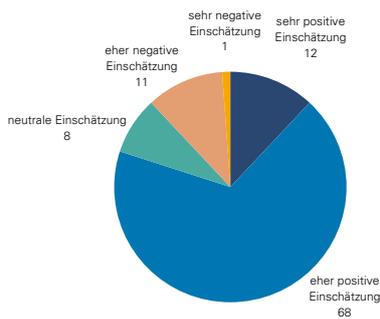
In der Zusammenfassung kann der ärztliche Berufsenthusiasmus nur noch einmal unterstrichen werden. Zwar gehört Druck in verschiedensten Formen zum Alltag eines Spitalarztes bzw. einer Spitalärztin (72% Zustimmung), auf der anderen Seite wiegen aber Faktoren wie die Bezahlung und der Arbeitsinhalt offenbar dermassen schwer (80% Zustimmung), dass sie unter dem Strich die Waage zum kippen bringen und die zu Beginn des Kapitels beschriebene genuine Arbeitszufriedenheit determinieren.

**Grafik 61:**

### Index Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen

"Wie sehr treffen die folgenden Aussagen über Arbeitsbedingungen und Chancen/Belastungen auf Ihre Tätigkeit zu?"  
"Interessante/abwechslungsreiche Arbeit" / "Zufrieden mit Bezahlung" / "allgemein schlechte Arbeitsorganisation im Spital"

in % Spitalärzte

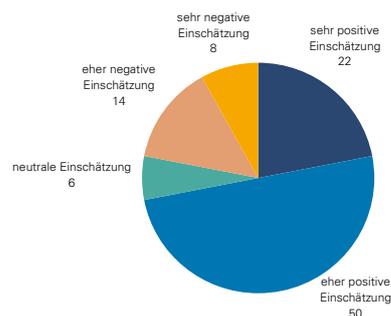


© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193)

### Index Druck aufgrund der Arbeitsbedingungen

"Wie sehr treffen die folgenden Aussagen über Arbeitsbedingungen und Chancen/Belastungen auf Ihre Tätigkeit zu?"  
"Andauernd hoher Leistungsdruck" / "andauernd hoher Konkurrenzdruck mit andern Spitalern" / "andauernd hoher Zeitdruck"

in % Spitalärzte



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193)

## 3.5. Gesundheitszustand

Die Befragung zur Begleitstudie SwissDRG wurde um einen Teil zum Gesundheitszustand der Schweizer Ärzteschaft ergänzt, dessen Resultate Inhalt der nächsten Abschnitte sein sollen. Von verschiedenen abgefragten Beeinträchtigungen geben Ärzte und Ärztinnen der Schweiz einzig Stress mehrheitlich als vorkommendes Phänomen an. Damit sind sie nicht alleine, denn auch in der Gesamtbevölkerung ist Stress ein weit verbreiteter Faktor. Gemäss einer SECO Stresstudie aus dem Jahr 2010 geben 34 Prozent der erwerbstätigen Schwei-

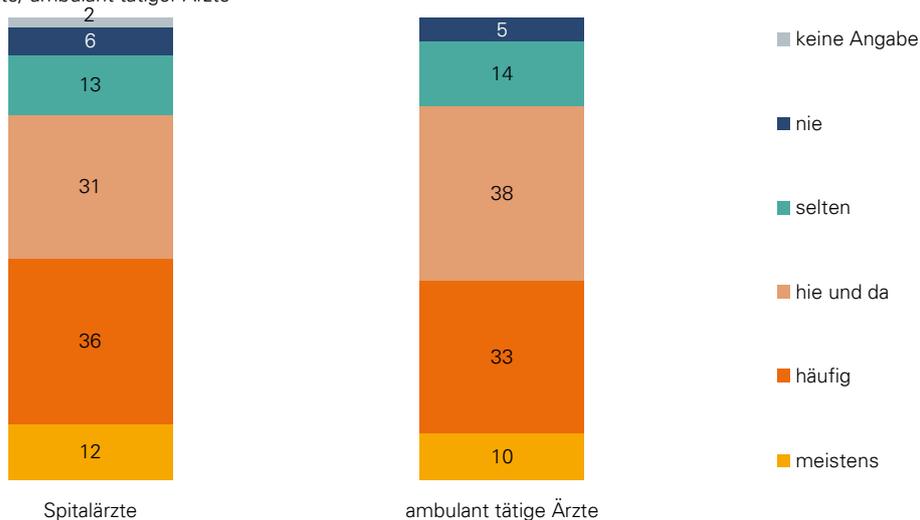
zer Einwohnerinnen und Einwohner an, mindestens häufig unter Stress zu leiden<sup>4</sup>. Innerhalb der Schweizer Ärzteschaft ist das Stresslevel nochmals höher: 48 Prozent der Spitalärzteschaft gibt an, mindestens häufig unter Stress zu leiden, 43 Prozent der praxisambulant tätigen Ärzteschaft tut es ihnen gleich. In beiden Gruppen geben nur ganz geringe Anteile an, nie unter Stress zu leiden (Spitalärzteschaft 6%, praxisambulant tätige Ärzteschaft 5%). Stress ist im ärztlichen Alltag also für die grosse Mehrheit präsent.

**Grafik 62:**

## Vergleich Beschwerden/Beeinträchtigungen: Stress

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

in % Spitalärzte/ ambulant tätiger Ärzte



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011  
(N Spitalärzte = 1193 / N ambulant tätige Ärzte = 266)

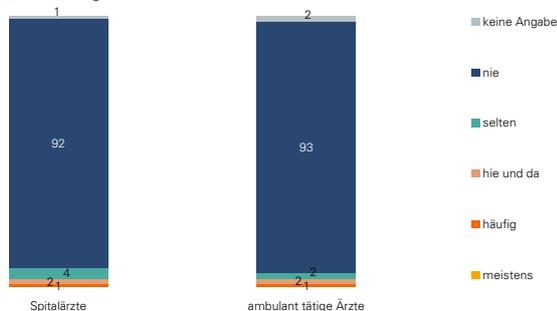
Andere abgefragte Beeinträchtigungen scheinen weniger oder nur am Rande Probleme zu bereiten, wobei bei gewissen Phänomenen, wie etwa Drogenkonsum oder Selbstmord, von einer gewissen Dunkelziffer auszugehen ist. Drogenmissbrauch ist in beiden Ärztegruppen die am seltensten genannte Beeinträchtigung vor Selbstmordgedanken.

**Grafik 63:**

## Vergleich Beschwerden/Beeinträchtigungen: Drogenmissbrauch

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

in % Spitalärzte/ ambulant tätiger Ärzte

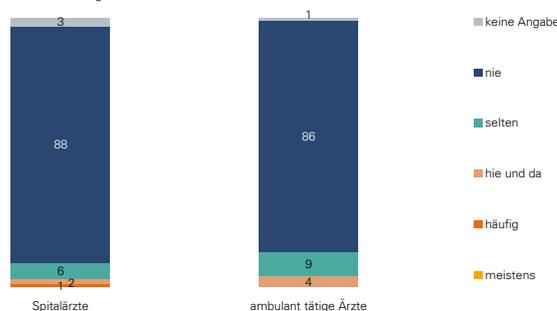


© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011  
(N Spitalärzte = 1193 / N ambulant tätige Ärzte = 266)

## Vergleich Beschwerden/Beeinträchtigungen: Selbstmordgedanken

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

in % Spitalärzte/ ambulant tätiger Ärzte



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011  
(N Spitalärzte = 1193 / N ambulant tätige Ärzte = 266)

Neben Stress wird ebenfalls in beiden Gruppen am zweit- und dritthäufigsten angegeben, mindestens hie und da unter Beziehungsproblemen (Spitalärzteschaft 29%, praxisambulant tätige Ärzteschaft 28%) oder Burnout (Spitalärzte-

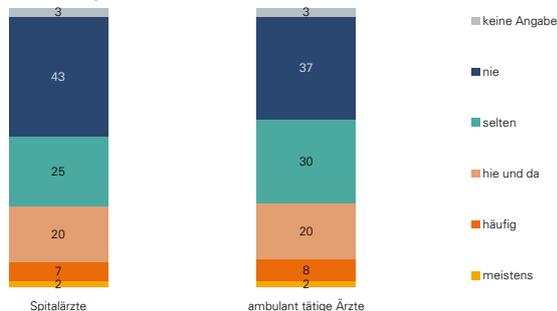
<sup>4</sup> www.seco.admin.ch

schaft 22%, praxisambulant tätige Ärzteschaft 25%) zu leiden. Mehrheiten in beiden Gruppen geben aber an, nie ein Burnout erlitten zu haben (Spitalärzteschaft 59%, praxisambulant tätige Ärzteschaft 58%).

**Grafik 64:**

**Vergleich Beschwerden/Beeinträchtigungen: Beziehungprobleme**

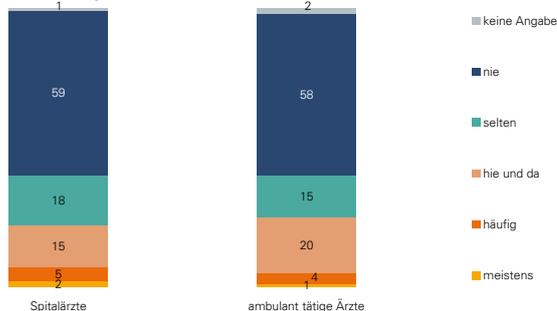
"Wie häufig litten Sie unter folgenden Beschwerden/Beeinträchtigungen im vergangenen Jahr?"  
in % Spitalärzte/ ambulant tätiger Ärzte



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011  
(N Spitalärzte = 1193 / N ambulant tätige Ärzte = 266)

**Vergleich Beschwerden/Beeinträchtigungen: Burnout**

"Wie häufig litten Sie unter folgenden Beschwerden/Beeinträchtigungen im vergangenen Jahr?"  
in % Spitalärzte/ ambulant tätiger Ärzte



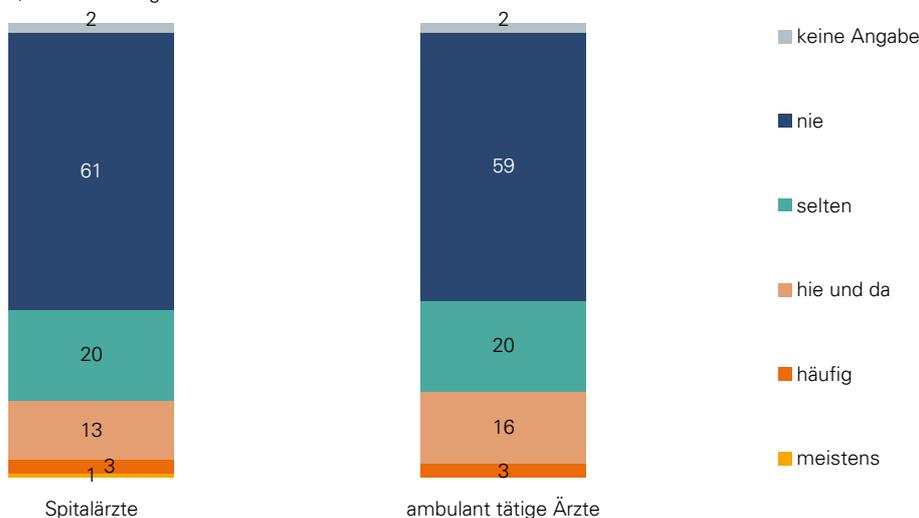
© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011  
(N Spitalärzte = 1193 / N ambulant tätige Ärzte = 266)

Auch Depressionen sind für eine Mehrheit beider Ärztgruppen nie ein Problem (Spitalärzteschaft 61%, praxisambulant tätige Ärzteschaft 59%). Je 20 Prozent der praxisambulanten und der Spitalärzteschaft gibt an, selten unter Depressionen zu leiden. Hie und da oder häufiger leiden 17 Prozent der Spitalärzte an Depressionen, 19 Prozent der praxisambulanten Ärzteschaft geht es ebenso.

**Grafik 65:**

**Vergleich Beschwerden/Beeinträchtigungen: Depression**

"Wie häufig litten Sie unter folgenden Beschwerden/Beeinträchtigungen im vergangenen Jahr?"  
in % Spitalärzte/ ambulant tätiger Ärzte



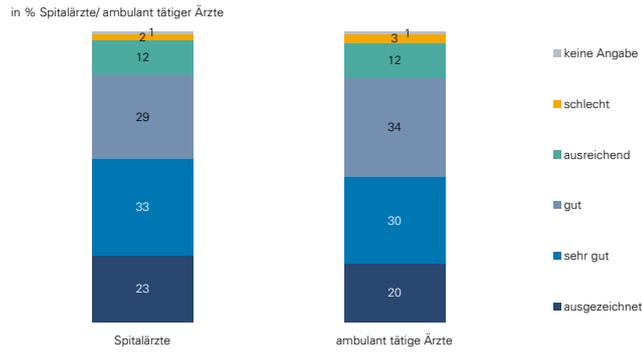
© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011  
(N Spitalärzte = 1193 / N ambulant tätige Ärzte = 266)

Beziehungsprobleme und vor allem Stress sind somit die beiden stärksten Beeinträchtigungen im ärztlichen Alltag, oder die einzigen beiden, die mehrheitlich auftreten. Dass dies keine berufsspezifischen Probleme sind, erübrigt sich fast zu erwähnen, erklärt aber mit, warum sich die Ärzteschaft trotz der genannten Beeinträchtigungen mehrheitlich gesund fühlt. Von einigen wenigen Ausnahmen abgesehen geben sowohl Spitalärzte und -ärztinnen als auch praxisambulant tätige Ärzte und Ärztinnen an, ihre physische und psychische Gesundheit sei mindestens ausreichend. Dieser Umstand gilt übrigens auch, wenn man nach Fachrichtungen oder Position unterscheidet.

**Grafik 66:**

**Vergleich Physische Gesundheit**

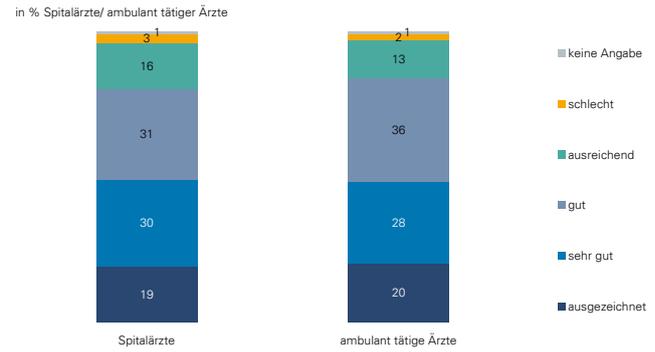
"Würden Sie über den Zeitraum der letzten 30 Tage sagen,....?"  
 "Ihre physische Gesundheit war ..."



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011  
 (N Spitalärzte = 1193 / N ambulant tätige Ärzte = 266)

**Vergleich Psychische Gesundheit**

"Würden Sie über den Zeitraum der letzten 30 Tage sagen,....?"  
 "Ihre psychische Gesundheit war ..."



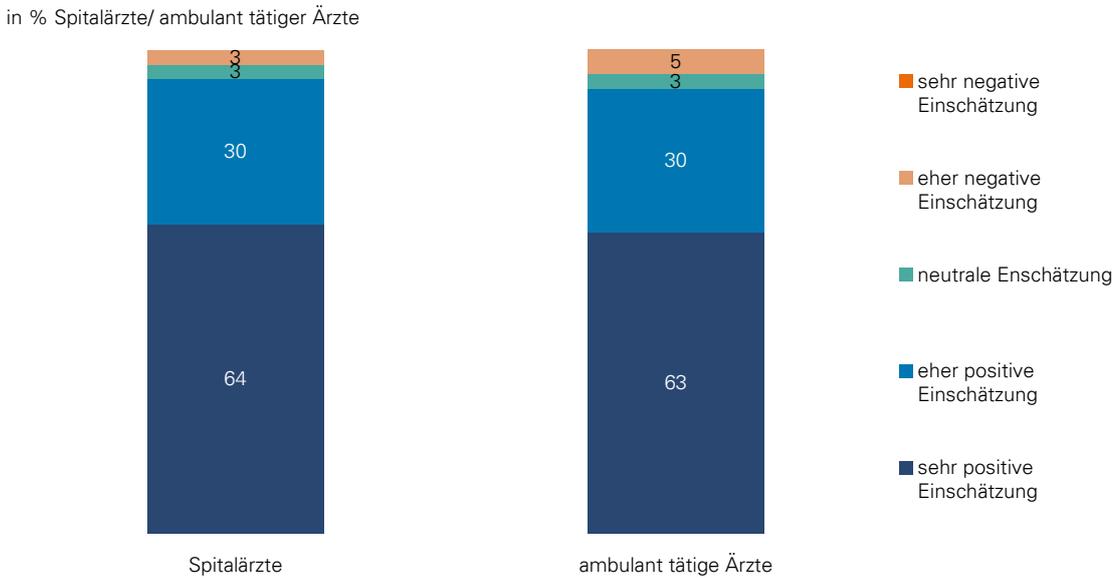
© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011  
 (N Spitalärzte = 1193 / N ambulant tätige Ärzte = 266)

Die Indexierung der Fragen nach den Gesundheitsbeschwerden zeigt dann auch nur, was eigentlich schon auf der Hand liegt: Beide Ärztgruppen sind mit ihrem eigenen Gesundheitszustand zufrieden, die praxisambulante Ärzteschaft ist dabei leicht kritischer. Obwohl also die Ärzteschaft der Schweiz unter Stress leidet, und zwar überdurchschnittlich, fühlt sie sich übers Ganze betrachtet gesund.

**Grafik 67:**

**Vergleich Index Gesundheitsbeschwerden**

"Wie häufig litten Sie unter folgenden Beschwerden/Beeinträchtigungen im vergangenen Jahr?"  
 "Stress" / "Burnout" / "Depression" / "Beziehungsprobleme" / "Drogenmissbrauch" / "Selbstmordgedanken"



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011  
 (N Spitalärzte = 1193 / N ambulant tätige Ärzte = 266)

**3.6. Zusammenzug ausgewählter Indikatoren**

In einem letzten Schritt liefern wir eine verdichtende Betrachtung der verschiedenen thematischen Blöcke der Befragung. Die Indexierung inhaltlich verwandter Fragen stellt eine solche mögliche Form der Verdichtung dar. Diese inhaltliche Verwandtschaft wurde qualitativ und aufgrund von Faktoranalysen identifiziert. Die Indikatoren wurden soweit normiert, dass sie alle +2 für maximal positive sowie -2 für maximal negative Antworten ergeben<sup>5</sup>. Damit entsteht ein

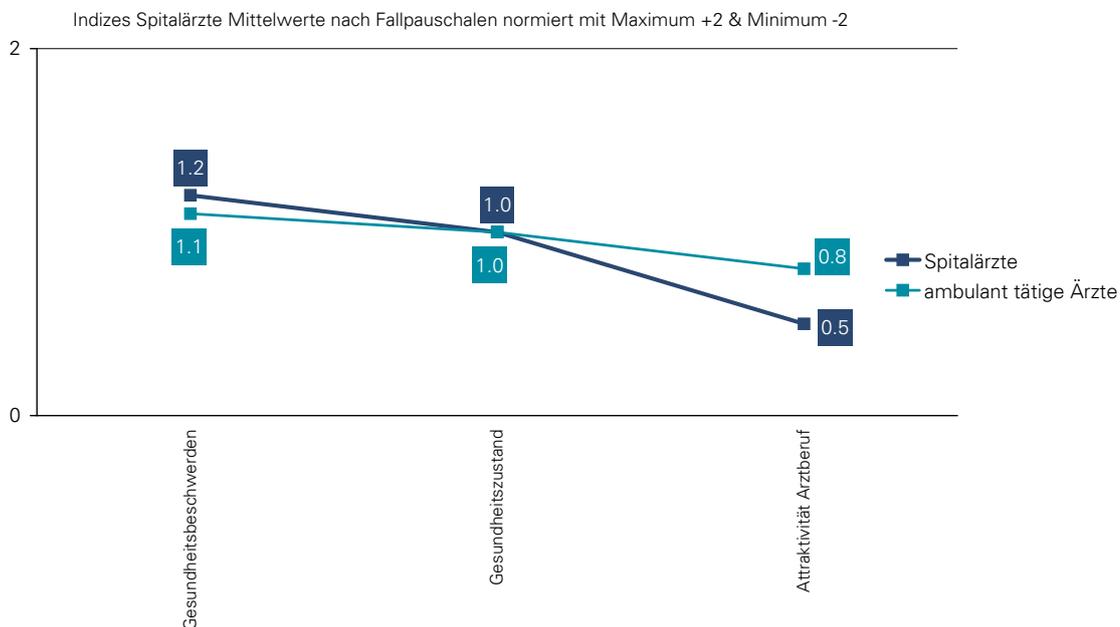
<sup>5</sup> Davon ausgenommen sind die Indizes zum Gesundheitszustand (-2 bis +3) und zum Einfluss von SwissDRG (-1 bis +1), die auf Basis der zugrunde liegenden Fragen anders normiert sind.

Profil der Befindlichkeit der (Spital-)Ärzterschaft. Einzelne Indizes wurden bereits in vorangehenden Teilen dieses Berichts angesprochen, weitere werden nun abschliessend diskutiert, um ein übersichtliches Gesamtbild zu schaffen. Details zur Konstruktion der einzelnen Indizes sowie hier im Bericht nicht verwendete Index-Grafiken befinden sich im Anhang (Kapitel 5.2).

Die vergleichende Perspektive auf die beiden untersuchten Ärztgruppen ist nur für drei solche Indizes möglich, da die praxisambulante Ärzteschaft nur einen Teil der Fragen gestellt erhielt. Der Index-Vergleich führt verdichtend vor Augen, was Einzelindikatoren bereits zuvor erahnen liessen: Der Gesundheitszustand der praxisambulant tätigen und der Spitalärzteschaft wird von der jeweiligen Ärzteschaft als gut beschrieben und zwar im exakt gleichen Ausmass. Dies, obwohl die praxisambulant tätige Ärzteschaft nach spezifischen Gesundheitsbeschwerden gefragt, häufiger angab, solche erlitten zu haben. Insgesamt ist es aber dennoch die praxisambulant tätige Ärzteschaft, die dem Arztberuf eine höhere Attraktivität beimisst.

**Grafik 68:**

## Vergleich Zusammenzug Indizes



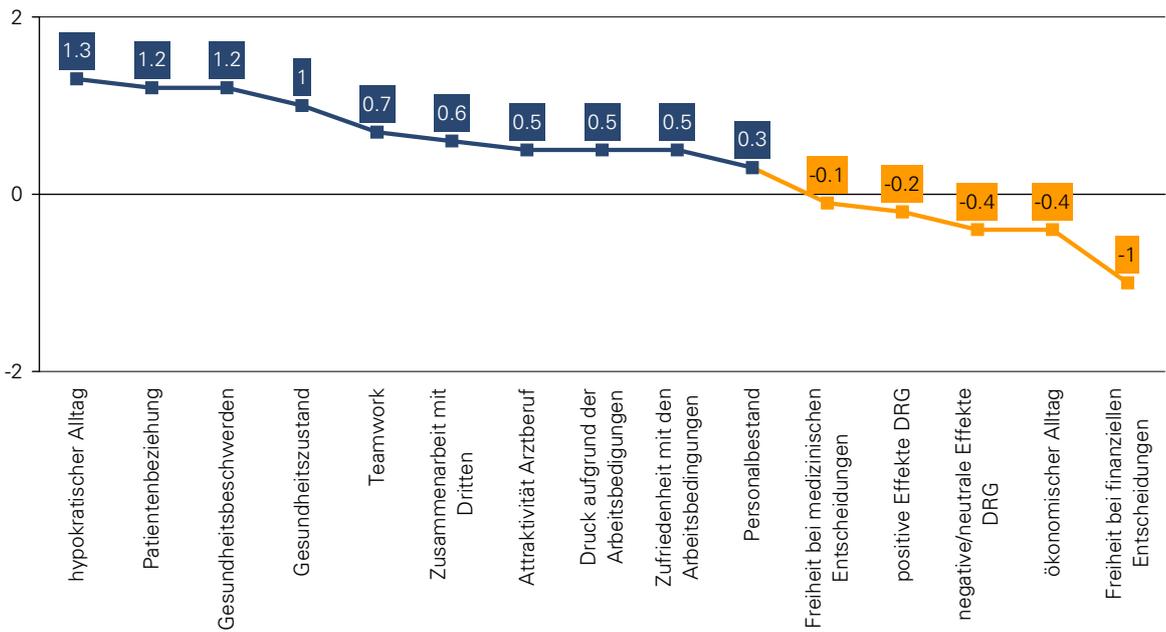
© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N Spitalärzte = 1193/ N ambulant tätige Ärzte = 266)

Für Spitalärzte und -ärztinnen wurde eine ganze Reihe weiterer Indikatoren berechnet. Untenstehende Grafik bildet eine Übersicht dieser anhand der Mittelwerte der Spitalärzteschaft ab. Der blaue Bereich der abgebildeten Linie steht für positive Werte, der gelbe für negative. Bei genauer Betrachtung des gelben Bereichs sticht die Dominanz ökonomisch relevanter Faktoren ins Auge. Plakativ formuliert zeigt diese Grafik, dass die Spitalärzteschaft positive Einstellungen zum Beruf selbst, den Belastungen und der eigenen Gesundheit innehat, ökonomische Faktoren des Arbeitsalltags und Aussagen im Zusammenhang mit DRG aber negativ beurteilt. Den grössten Ärger verursacht dabei die Freiheit bei finanziellen Entscheidungen respektive das Fehlen dieser. Die Ökonomisierung der ärztlichen Tätigkeit stösst innerhalb der Ärzteschaft auf wenig Begeisterung, was im Zusammenhang mit DRG natürlich zentral ist. Die Indexwerte zeigen aber, dass diese Skepsis eigentlich nicht DRG-spezifisch, sondern eher genereller Natur ist.

Grafik 69:

## Zusammenzug Indizes Spitalärzte:

Indizes Spitalärzte Mittelwerte normiert mit Maximum +2 & Minimum -2



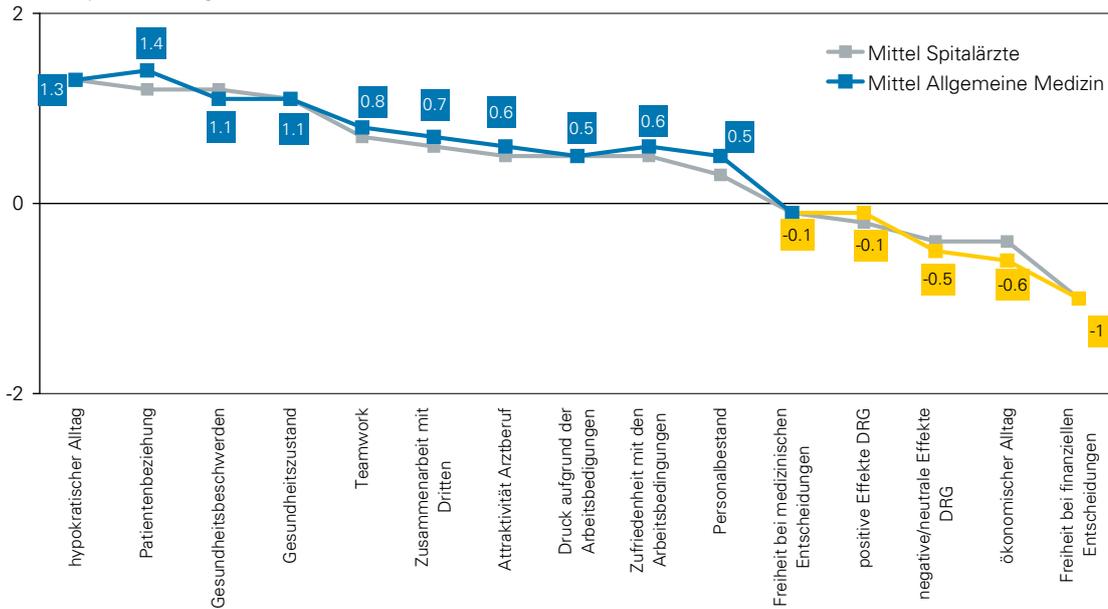
© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193)

Neben dieser gesamthaften Betrachtungsform wurden Index-Grafiken für sämtliche Fachrichtungen erstellt, um Abweichungen vom Mittel der Spitalärzteschaft herauszukristallisieren. Diese Fachrichtungs-Grafiken sind alle nach demselben Schema aufgebaut: Eine graue Linie steht für das Mittel aller Spitalärzte und entspricht der in Grafik 63 abgebildeten Linie. Die farbige Linie steht für die jeweilige Fachrichtung. Die Fachrichtungen Chirurgie und allgemeine/innere Medizin sollen als Lesebeispiele kurz eingeführt werden, die Grafiken für alle weiteren Fachrichtungen finden sich im Anhang (Kapitel 5.2). Vertreterinnen und Vertreter der allgemeinen Medizin unterscheiden sich nicht grundsätzlich von der Gesamtheit ihrer Berufskolleginnen und -kollegen im Spital, in einigen Punkten sind aber unterschiedliche Einschätzungen durchaus vorhanden. So beurteilen Vertreterinnen und Vertreter der allgemeinen Medizin etwa die Beziehungen mit ihren Patientinnen bzw. Patienten, das Teamwork, die Zusammenarbeit mit Dritten, die Berufsattraktivität und den Personalbestand positiver als die Gesamtheit der Spitalärzteschaft. In Bezug auf DRG gestehen sie die Stärken etwas mehr ein, sind dafür umso kritischer, wenn es um die negativen Effekte davon geht, und sind überhaupt kritischer, wenn es um den ökonomischen Alltag geht. Positive Aspekte werden also innerhalb dieser Gruppe stärker betont, aber auch negative.

Grafik 70:

## Zusammenzug Indizes Spitalärzte: Allgemeine Medizin

Indizes Spitalärzte "Allgemeine Medizin" / Mittelwerte normiert mit Maximum +2 & Minimum -2



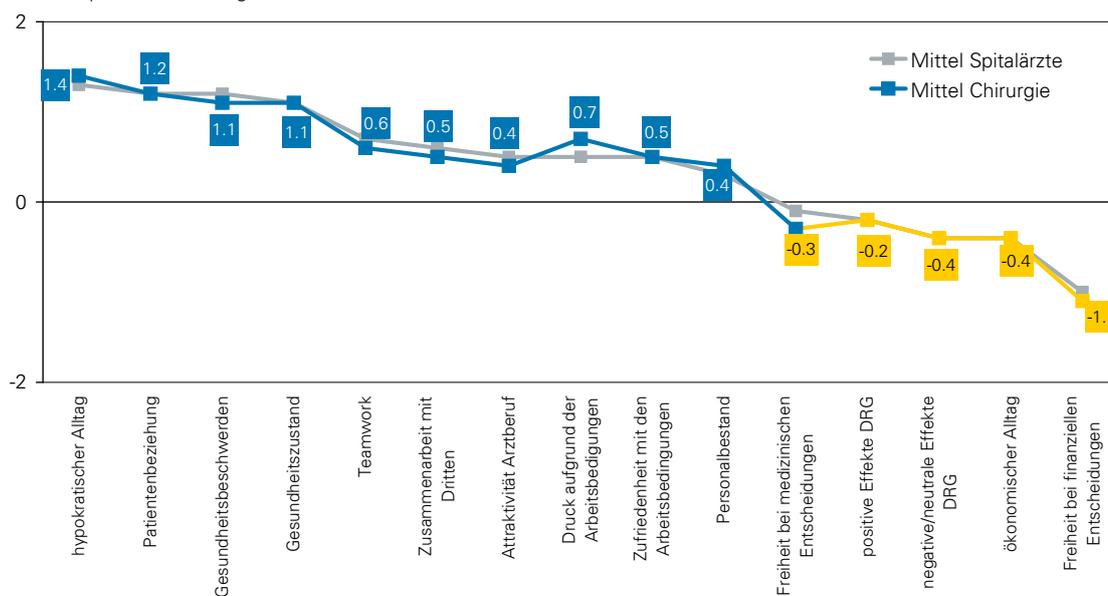
© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193)

Chirurgen und Chirurginnen sind in Bezug auf Entscheidungsfreiheiten kritischer als das Mittel der Spitalärzteschaft, bei den übrigen negativ beurteilten Grössen stimmen sie aber exakt mit dieser überein. Auf der positiven Seite stufen sie Gesundheitsbeschwerden, Teamwork, die Zusammenarbeit mit Dritten und die Attraktivität des Arztberufs leicht kritischer ein im Vergleich zum Rest der Spitalärzteschaft. In Bezug auf den hypokratischen Alltag, den Druck und den Personalbestand sind sie hingegen zufriedener.

Grafik 71:

## Zusammenzug Indizes Spitalärzte: Chirurgie

Indizes Spitalärzte "Chirurgie" / Mittelwerte normiert mit Maximum +2 & Minimum -2



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193)

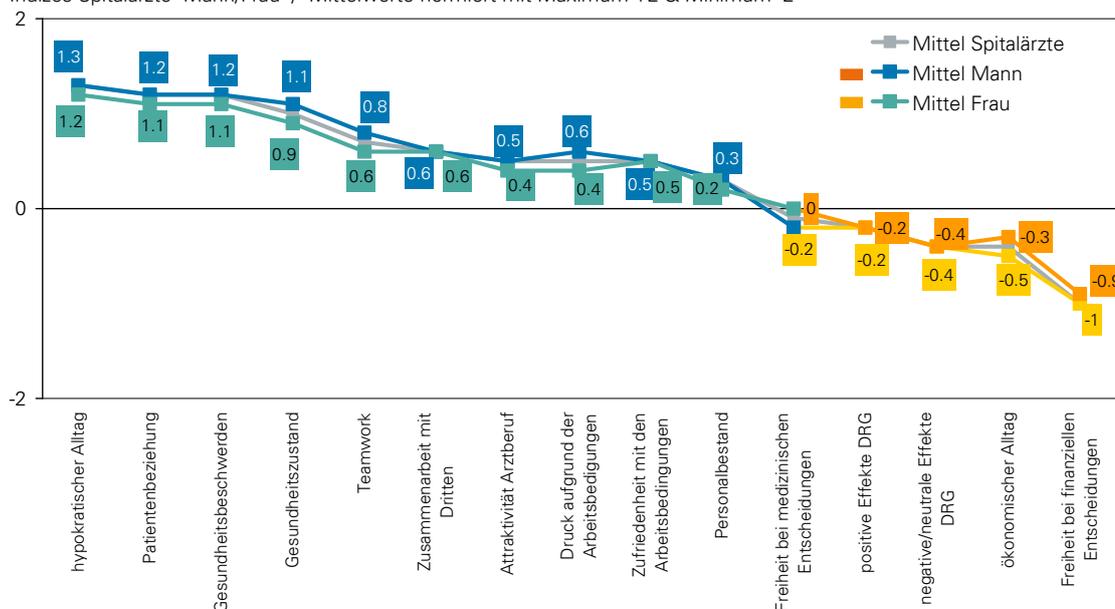
Neben Eigenheiten der jeweiligen Fachrichtungen wurde weiter nach geschlechts- und positionsspezifischen Unterschieden gesucht. Die geschlechter-spezifischen Unterschiede sind in den meisten Punkten gering, es ergeben sich

aber durchaus interessante Unterschiede. So schätzen Spitalärztinnen beispielsweise ihren Gesundheitszustand, das Teamwork und den Druck im Arbeitsalltag als schlechter oder schwerwiegender ein, als dies ihre männlichen Berufskollegen oder die Gesamtheit der Spitalärzteschaft tun. Weniger kritisch sind Frauen hingegen, wenn es um den ökonomischen Alltag oder die Entscheidungsfreiheit geht. Die männlichen Spitalärzte sind in genau diesen Punkten nicht nur positiver eingestellt als die Frauen, sondern auch im Vergleich zur Spitalärzteschaft als Ganzes.

**Grafik 72:**

## Zusammenzug Indizes Spitalärzte: Mann / Frau

Indizes Spitalärzte "Mann/Frau" / Mittelwerte normiert mit Maximum +2 & Minimum -2



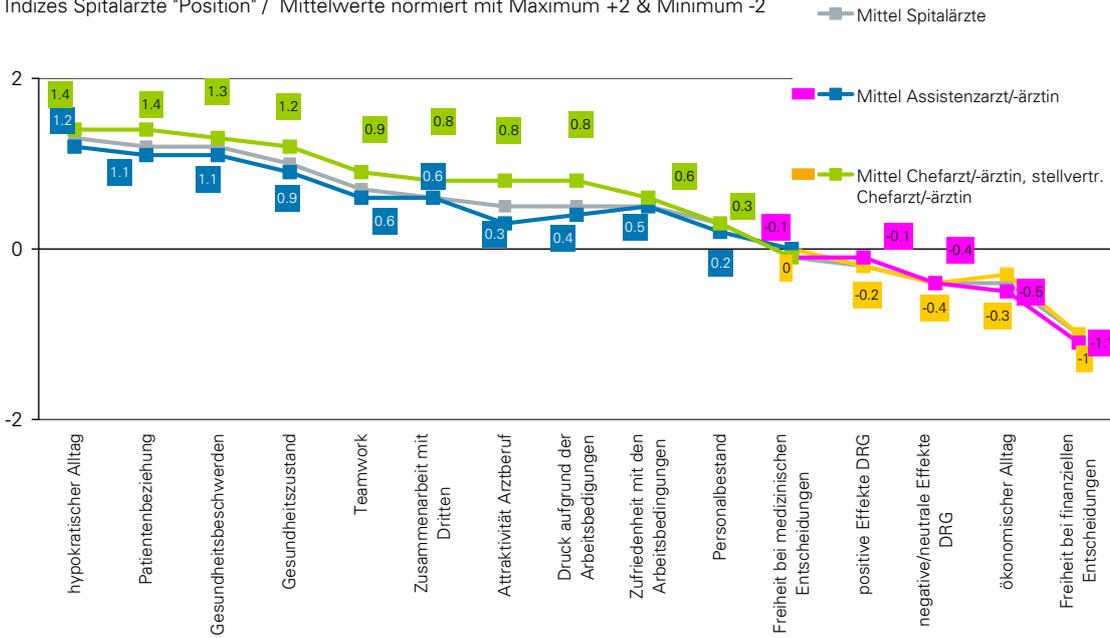
© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193)

Bezüglich hierarchischer Position der Befragten seien hier exemplarisch die Assistenzärzte und -ärztinnen mit den Chefärzten und -ärztinnen verglichen. Auf der positiven Seite des Spektrums sind Assistenzärzte und -ärztinnen (blau/gelb) durchs Band kritischer in ihren Angaben als Chefärzte und -ärztinnen. Einzig der ökonomische Alltag scheint der jüngeren Garde weniger auszu machen als ihren Vorgesetzten, wohl nicht zuletzt, weil dieser kaum in ihrer Verantwortung liegt. Sind die Voten in einigen Punkten sehr ähnlich, so klaffen sie in anderen doch beträchtlich auseinander. Die grössten Divergenzen zwischen diesen beiden Gruppen wurden für die Berufsattraktivität und den Druck aufgrund der Arbeitsbedingungen gemessen, wobei Assistenzärzte und -ärztinnen hier negativere Voten abgeben. Die Attraktivität des Berufes ist aber gerade für Assistenzärzte und -ärztinnen, die erst am Anfang ihrer Laufbahn stehen, eine wichtige Grösse, auf die geachtet werden sollte. Eine gewisse Ökonomisierung des Berufsalltags stösst in dieser Gruppe dafür auf weniger Zweifel und ist eventuell bereits Bestandteil des Handelns und Denkens dieser jüngeren Ärztesgeneration.

Grafik 73:

## Zusammenzug Indizes Spitalärzte: Position

Indizes Spitalärzte "Position" / Mittelwerte normiert mit Maximum +2 & Minimum -2



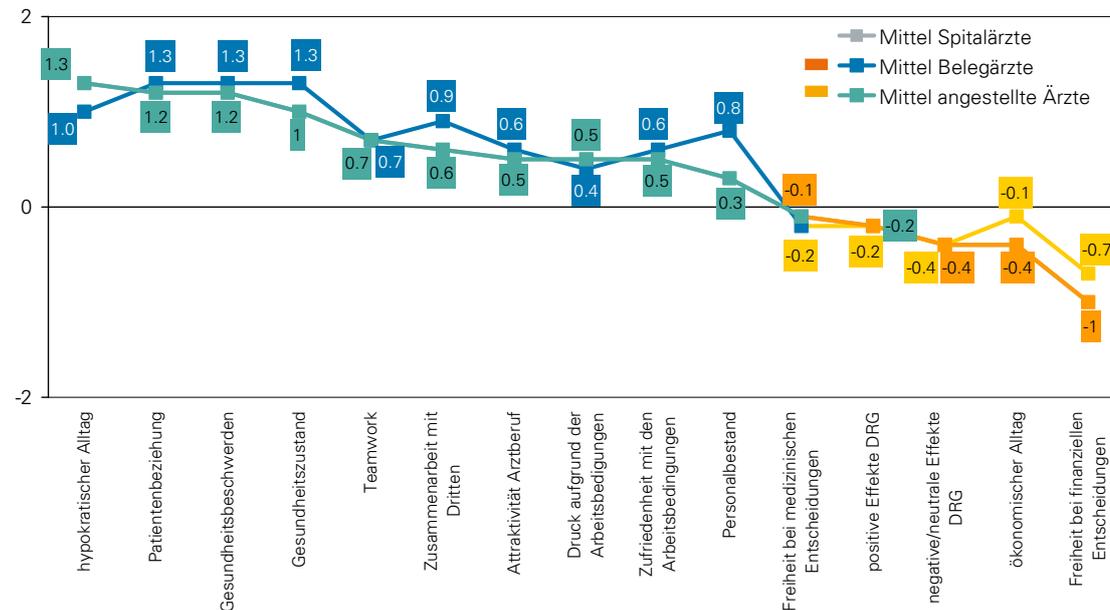
© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193)

Extremer sind die Unterschiede nach Beschäftigungsverhältnis. Mit wenigen Ausnahmen sind Belegärzte und -ärztinnen klar positiver in ihren Einschätzungen als angestellte Spitalärzte und -ärztinnen. Belegärzte und -ärztinnen sind einzig in Bezug auf den hypokratischen Alltag, den Druck im Alltag und die Freiheit bei medizinischen Entscheiden kritischer als ihre fest angestellten Kollegen und Kolleginnen. Klar zufriedener sind Belegärzte und -ärztinnen, wenn es um ihren Gesundheitszustand, die Zusammenarbeit mit Dritten und den Personalbestand geht. Klar weniger, wenn es um die Ökonomisierung des Alltags und Freiheiten in ökonomischen Entscheidungen geht, da diese ja in ihrer eigenen Verantwortung liegen.

Grafik 74:

## Zusammenzug Indizes Spitalärzte: Belegärzte – angestellte Ärzte

Indizes Spitalärzte "Belegärzte" / Mittelwerte normiert mit Maximum +2 & Minimum -2



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193)

Weitere untersuchte Grössen wie etwa der Kenntnisstand zu Fallpauschalen oder die Art des Spitals finden sich grafisch aufbereitet im Anhang, beinhalten aber zu wenig Unterschiede, um sie hier zu diskutieren. Die Indexgrafiken sollten in ihrer kompakten Art und Weise gezeigt haben, dass die Ärzteschaft keine homogene Gruppe ist, und zwar nicht nur aufgrund unterschiedlicher medizinischer Spezialisierungen, sondern auch nicht in ihrem Handeln, Denken und Fühlen im Berufsalltag. In gewissen Punkten mag weitgehende Einigkeit bestehen, etwa bezüglich Patientenbeziehungen oder Teamwork. In anderen aber ist die Spitalärzteschaft gespalten. Der Druck im Arbeitsalltag etwa entlädt sich nicht gleichmässig auf alle Hierarchiestufen und Fachrichtungen. Höchstwahrscheinlich damit verbunden variiert beispielsweise auch die Berufsattraktivität oder der Gesundheitszustand. Es wäre auch in Zukunft wichtig, ein Augenmerk auf solche diskriminierende Faktoren zu haben.

## 4. Synthese

### Fazit

Die Bestandesaufnahme der Befindlichkeit und Einstellungen der Schweizer Ärzteschaft im Jahr vor der Einführung von SwissDRG bescheinigt eine hohe Arbeitszufriedenheit und starke Identifikation mit dem Arztberuf trotz der hohen Belastungen. Positive Aspekte der ärztlichen Tätigkeit sowie eine gewisse Sicherheit, im Arbeitsmarkt einen festen Platz zu haben, wiegen negative Aspekte, wie Stress oder Überstunden auf. Getrübt wird das Bild höchstens von Kontextfaktoren, die den medizinischen Alltag mitbestimmen. Die gefühlte Einschränkung der Behandlungs- und Therapiefreiheit ist ein besonders sensibler Punkt, der die Ärzteschaft eint. Die Grundhaltung ist dabei klar; medizinische Faktoren sollen im Umgang mit Patienten oberste Priorität haben. Nicht-medizinische Faktoren, wie etwa ein ökonomischer Umgang mit Ressourcen, werden zwar als Rahmenbedingungen durchaus anerkannt und berücksichtigt, sollen aber im Konfliktfall nicht über den Behandlungsentscheid oder das Patientenwohl gestellt werden.

Nun wird gerade die Einführung von SwissDRG als Eingriff in die ärztliche Entscheidbarkeit bei der Behandlung empfunden, was Befürchtungen schürt und die negative Grundhaltung der Ärzteschaft nährt. Nicht das Spitalmanagement oder die Krankenkassen sollen über Behandlungen entscheiden, sondern der Arzt/die Ärztin und die Patientenschaft. Fundierte Kenntnisse über Abrechnungssysteme ganz allgemein sind dabei die Ausnahme und auch der Wissensstand betreffend SwissDRG ist tief. Dieses Unwissen schürt im Zusammenspiel mit möglichen negativen Begleiteffekten wie 'Bloody Exits' oder Bürokratisierung die Skepsis der Schweizer Ärzteschaft und hilft, die mehrheitlich ablehnende Haltung der Einführung von SwissDRG gegenüber zu erklären. Die Skepsis sinkt zwar mit steigendem Wissen, ist aber selbst bei gut informierten Ärztinnen und Ärzten mehrheitlich vorhanden. Allfällige positive Effekte von SwissDRG werden kaum anerkannt, negative hingegen klar befürchtet, obwohl sie sich in der Praxis mit den heute benutzten Fallpauschalen kaum bewahrheiten. Die Befürchtungen rund um Fallpauschalen sind somit grösser als die heute beobachtbaren negativen Effekte und bringen die hohe Berufsidentifikation unter Druck. Fremdbestimmung im medizinischen Alltag und die gefühlte fortschreitende Bürokratisierung werden mit der Einführung von SwissDRG assoziiert, und lassen die Ärzteschaft laut über ihr eigenes Berufsverständnis und das Berufsethos nachdenken. SwissDRG unterliegt dem Risiko in der Wahrnehmung der Ärzteschaft zum schwarzen Peter der Veränderungen im Gesundheitswesen stilisiert zu werden und damit zum Symbol für gefühlte Missstände im ärztlichen Alltag.

Abschliessend sollen einige synthetisierende Gedanken die aufgestellten Thesen zur Studie anhand konkreter empirischer Ergebnisse einbetten.

Über 80 Prozent der Schweizer Ärzteschaft ist mit dem Berufsalltag zufrieden und 95 Prozent befinden ihren Beruf auch für spannend. Die Belastungen sind dabei hoch, was sich nicht zuletzt in den geleisteten Arbeitsstunden äussert, die mehrheitlich bei über 40 Stunden pro Woche liegen (Kapitel 3.1). Die hohe Berufsidentifikation der Ärzteschaft und ihre Zufriedenheit mit der eigenen Arbeit sind wichtige Pfeiler der ärztlichen Leistungserbringung, denn die Fähigkeit zur Empathie mit Patienten hängt indirekt davon ab und ist ein wichtiger Faktor der Leistungserbringung im Gesundheitswesen.

### These 1

Der Ärzteschaft geht es dank einem spannenden Beruf gut. Sie nehmen 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.

Der Wissensstand zu Fallpauschalen ist noch wenig ausgeprägt, und nur Minderheiten verfügen über fundierte Kenntnisse. Zwar wächst die Kenntnis mit steigendem Alter und der beruflichen Position, mehrheitlich fundiert ist sie aber auch in den Chefetagen nicht (Kapitel 3.2). Diese Wissenslücke regt Spekulationen an und schürt Gerüchte, was sich in der mehrheitlich ablehnenden Haltung der Ärzteschaft gegenüber der Einführung von SwissDRG äussert. Der krasse Gegensatz, ökonomische Grössen bei der Behandlung von Menschen nicht zu vernachlässigen, stösst in der Ärzteschaft auf wenig Gegenliebe und man fürchtet um die hohe Versorgungsqualität, spezifischer um die Therapiefreiheit und das Patientenwohl (Kapitel 3.2). Es wäre wichtig, der Ärzteschaft die Vorteile von SwissDRG näher zu bringen und aufzuzeigen, dass die Berufsausübung nach wie vor primär von humanistischen Grundsätzen geleitet wird, ökonomische Grössen dabei aber nicht zu vernachlässigen sind.

### These 2

Fallpauschalen werden auf Basis der heute vorhandenen Grundkenntnisse mehrheitlich abgelehnt. Positive Effekte werden kaum anerkannt und negative sehr verbreitet befürchtet. DRG sind für viele Ärztinnen und Ärzte ein Symbol für eine zunehmende Rationierung und Sachzwänge im Schweizer Gesundheitswesen: Die Wirtschaftlichkeit wird hoch gewichtet, was die Befürchtung stärkt, die Wirksamkeit und Zweckmässigkeit könnte vernachlässigt werden. Die bisher eingeführten Fallpauschalen dürften diesen Prozess eher beschleunigt haben.

Das Kapitel 3.1 beschreibt den Zeitaufwand der Ärzteschaft für verschiedene Tätigkeiten im Berufsalltag. Die separate Analyse der gemachten Angaben nach Abrechnungssystem legt dar, dass aktuell nur geringfügige Unterschiede auszumachen sind. Spitalärztinnen, die bereits heute mit Fallpauschalen abrechnen, verwenden am wenigsten Zeit für Codierarbeiten und verbringen am meisten Zeit mit medizinischen, patientennahen Tätigkeiten. Die Unterschiede fallen eher entgegen den Befürchtungen aus und das Kapitel 3.2 legt dar, dass auch negative Effekte wie 'bloody exits' oder der Drehtüren-Effekt zumindest im Moment bei Abrechnung mit Fallpauschalen nicht häufiger aufzutreten scheinen als sonst. Einzig die Aufteilung der Behandlung multimorbider scheint bei der Anwendung von DRGs leicht häufiger vorzukommen als wenn Prozess- oder Tagespauschalen abgerechnet werden.

### These 3

Die bisher in Kraft gesetzten Fallpauschalen haben wenig messbare Auswirkungen auf den Arbeitsalltag im Spital oder auf Faktoren, die indirekt mit Fallpauschalen in Verbindung stehen. Trotzdem verringerten die eigenen Erfahrungen die Vorbehalte gegen DRGs nur schwach. Der Change-Prozess mit SwissDRG muss den subjektiv vorhandenen Vorbehalten aktiv begegnen, weil sonst der Übergangsprozess zu langwierig wird.

Einschätzungen der Ärzteschaft zum Zeitaufwand für verschiedene Tätigkeiten im Berufsalltag zeigen, dass medizinische und patientennahe Tätigkeiten zwar den grössten Posten ausmachen, administrative Tätigkeiten verschiedener Art aber aufsummiert ähnlich viel Zeit beanspruchen (Kapitel 3.1). Der Aufwand für Kodierungen ist im Vergleich zu diesen beiden Grössen verschwindend klein und kann für die gefühlte Bürokratisierung des Arztberufes kaum verantwortlich

gemacht werden. Sehr wohl spürbar sind aber gewisse Spannungen, wenn es um die Zusammenarbeit mit Krankenkassen oder der Verwaltung geht (Kapitel 3.3.2). Die Zusammenarbeit mit anderen Ärzten und Ärztinnen oder anderen medizinischen Einrichtungen scheint dagegen unbelastet zu sein.

#### **These 4**

Der Aufwand für die Dokumentations- und administrative Arbeit nimmt subjektiv zu, wobei die Kodierung hierfür kaum verantwortlich ist. Eher noch sind Nachfragen von Krankenkassen und Spitalprozesse, die als Leerlauf empfunden werden, heute dafür verantwortlich. Solange SwissDRG nicht zu einem massiven Anstieg der Kodierungs- oder der ärztlichen Dokumentationsarbeit führt, sind wenig direkte negative Auswirkungen von DRG auf generelle Faktoren der Arbeitszufriedenheit zu erwarten.

Ökonomische Grössen bestimmen den ärztlichen Alltag bereits heute mit und sind ein wichtiges Thema in der gesellschaftlichen und politischen Diskussion rund um das Gesundheitswesen. Diese Ökonomisierung, im Sinne eines Umgangs mit knappen Mitteln wird von der Ärzteschaft zwar als Realität akzeptiert, die Einflussnahme auf den Behandlungsprozess ohne medizinischen Hintergrund hat aber einen schweren Stand. Im Zusammenhang mit DRG werden insbesondere Folgewirkungen für die Behandlung spezieller Krankheiten und Patienten befürchtet. Die Zahlen lassen den Verdacht aufkommen, dass beispielsweise die Behandlung multimorbider Patienten und Patientinnen tatsächlich durch das Abrechnungssystem beeinflusst wird. Spitäler, die bereits heute mit Fallpauschalen abrechnen, geben doppelt so oft an, multimorbide Patienten nicht ganzheitlich zu behandeln, sondern die Behandlung auf mehrere Spitalbesuche zu legen (Kapitel 3.2).

#### **These 5**

Die Ökonomisierung ist Teil des Alltags der Spitalärzteschaft. Diese belastet und zunehmend befürchten Ärztinnen und Ärzte, dass aus nicht-medizinischen Gründen Einfluss auf die Behandlung genommen wird. Beispielsweise könnte künftig die Behandlung multimorbider Patientinnen und Patienten eher auf mehrere Spitalbesuche aufgeteilt werden. Der Zusatzaufwand für die Dokumentation dürfte vor allem die Assistenzärzteschaft belasten.

Der Kenntnisstand der Schweizer Ärzteschaft in Sachen DRG ist noch wenig ausgeprägt, Wissenslücken könnten durch pro-aktive Kommunikation geschlossen werden, was eine Chance der Akzeptanzsteigerung und Sensibilisierung für SwissDRG bedeuten könnte. Einschnitte in die Behandlungsfreiheit und eine generelle Verschlechterung der Arbeitsbedingung werden im Zusammenhang mit der Einführung von DRGs von der Ärzteschaft erwartet (Kapitel 3.2). Obwohl eine relative Mehrheit der Ärzteschaft angibt, dass die Einführung von SwissDRG keinen Einfluss auf ihre Motivation haben werde, ist auf die hohe Berufsidentifikation der Ärzteschaft zu achten. Noch mehr Bedeutung kommt dieser Aussage zu, wenn man den schleichenden Statusverlust des Arztberufes in Betracht zieht, der durch die Einführung der DRGs zusätzlich unter Druck gerät. DRGs werden von der Ärzteschaft als Bevormundung im Behandlungsprozess empfunden, was deren Akzeptanz abträglich ist. Es wäre wichtig, die medizinische Leistungserbringung ins Zentrum der Diskussion zu stellen und die durch den wirtschaftlichen Druck entstehende Rückverantwortung der Ärzteschaft als Chance zu nutzen. Die Leistungserbringung wird nämlich auch künftig durch die Ärzteschaft und nicht das Management erfolgen, also sollte die eigene Position selbstbewusst vertreten und eingebracht werden.

### **These 6**

Die als negativ empfundene Bürokratisierung ist Teil des Alltags der Spitalärzteschaft. DRGs verstärken den Eindruck, dass zunehmend nicht-medizinische Faktoren die Behandlung diktieren. Bei Entscheidungen im Spitalalltag werden heute bereits unabhängig vom verwendeten Abrechnungssystem Kosten/Nutzen-Überlegungen angestellt und im Einzelfall die medizinische Behandlung so ausgeführt, dass der Ertrag optimiert wird. Mit der uneingeschränkten Behandlungsfreiheit wird auch das Berufsethos in Frage gestellt. Die hohe Berufsidentifikation und gleichzeitig die überdurchschnittliche Leistungsbereitschaft der Spitalärzteschaft sind gefährdet.

# 5. Anhang

## 5.1. Zusammensetzung der Indizes

### Indizes für Spitalärzte

Index	Komponenten des Index	Skalierung der Fragen
Attraktivität Arztberuf	<p>'Treffen die folgenden allgemeinen Aussagen über den Arztberuf und die Veränderungen in der Medizin auf Sie zu?'</p> <p>'Entscheidung für Arztberuf noch heute' / 'Optimale Qualität der Aus-, Fort-, und Weiterbildung im Arztberuf' / 'Zukunft als im Spital tätiger Arzt' / 'Heute bessere Konzentration auf medizinische Tätigkeiten als früher' / 'Intellektuell stimulierende Arbeit'</p>	<p>2 'sehr positive Einschätzung'</p> <p>1 'eher positive Einschätzung'</p> <p>0 'neutrale Einschätzung'</p> <p>-1 'eher negative Einschätzung'</p> <p>-2 'sehr negative Einschätzung'</p>
Druck aufgrund der Arbeitsbedingungen	<p>'Wie sehr treffen die folgenden Aussagen über Arbeitsbedingungen und Chancen/Belastungen auf Ihre Tätigkeit zu?'</p> <p>'Andauernd hoher Leistungsdruck' / 'andauernd hoher Konkurrenzdruck mit andern Spitälern' / 'andauernd hoher Zeitdruck'</p>	<p>2 'sehr positive Einschätzung'</p> <p>1 'eher positive Einschätzung'</p> <p>0 'neutrale Einschätzung'</p> <p>-1 'eher negative Einschätzung'</p> <p>-2 'sehr negative Einschätzung'</p>
Freiheit bei finanziellen Entscheidungen	<p>'Wie verteilt sich in Ihrer Abteilung/Klinik der Einfluss auf Entscheidungen über die Art und Weise der Behandlung'</p> <p>'Verwaltung/Geschäftsführung' / 'Krankenkassen'</p>	<p>2 'sehr positive Einschätzung'</p> <p>1 'eher positive Einschätzung'</p> <p>0 'neutrale Einschätzung'</p> <p>-1 'eher negative Einschätzung'</p> <p>-2 'sehr negative Einschätzung'</p>
Freiheit bei medizinischen Entscheidungen	<p>'Wie verteilt sich in Ihrer Abteilung/Klinik der Einfluss auf Entscheidungen über die Art und Weise der Behandlung'</p> <p>'Vorgesetzter Arzt' / 'Stationsleitung' / 'Zuständige Pflege' / 'Pflegedienstleitung'</p>	<p>2 'sehr positive Einschätzung'</p> <p>1 'eher positive Einschätzung'</p> <p>0 'neutrale Einschätzung'</p> <p>-1 'eher negative Einschätzung'</p> <p>-2 'sehr negative Einschätzung'</p>
Gesundheitsbeschwerden	<p>'Wie häufig litten Sie unter folgenden Beschwerden/Beeinträchtigungen im vergangenen Jahr?'</p> <p>'Stress' / 'Burnout' / 'Depression' / 'Beziehungsprobleme' / 'Drogenmissbrauch' / 'Selbstmordgedanken'</p>	<p>2 'sehr positive Einschätzung'</p> <p>1 'eher positive Einschätzung'</p> <p>0 'neutrale Einschätzung'</p> <p>-1 'eher negative Einschätzung'</p> <p>-2 'sehr negative Einschätzung'</p>
Gesundheitszustand	<p>'Würden Sie über den Zeitraum der letzten 30 Tage sagen, ...'</p> <p>'Einschätzung physische Gesundheit' / 'Einschätzung psychische Gesundheit'</p>	<p>3 'ausgezeichnet'</p> <p>2 'sehr gut'</p> <p>1 'gut'</p> <p>0 'keine Angabe'</p> <p>-1 'ausreichend'</p> <p>-2 'schlecht'</p>
Hypokratischer Alltag	<p>'Inwieweit entspricht die tatsächliche Praxis in Ihrer Abteilung/Klinik folgenden Punkten?'</p> <p>'Durchführung aller nötigen diagnostischen Verfahren' / 'Aufnahme aller Patienten' / 'beste Experten, Präparate und Geräte für Patienten'</p>	<p>2 'sehr positive Einschätzung'</p> <p>1 'eher positive Einschätzung'</p> <p>0 'neutrale Einschätzung'</p> <p>-1 'eher negative Einschätzung'</p> <p>-2 'sehr negative Einschätzung'</p>

Negative/neutrale Effekte DRG	<p>‘Wie beurteilen Sie den Einfluss der DRGs auf...’</p> <p>‘allg. Arbeitsbedingungen’ / ‘Motivation’ / ‘Zufriedenheit’ / ‘Karrierewunsch als Spitalarzt’ / ‘Wunsch, langfristig im Spital zu arbeiten’ / ‘Anzahl persönlicher medizinischer Fehler’ / ‘Zufriedenheit Patienten’ / ‘Durchführung notwendiger Therapien’ / ‘Kooperation mit KollegInnen’ / ‘Kooperation mit Pflegenden’ / ‘Kooperation mit Krankenkassen’ / ‘Therapiefreiheit’ / ‘Qualität Versorgung’ / ‘Einschätzung Einführung SwissDRG’</p>	<p>1 'positive Einschätzung'</p> <p>0 'neutrale Einschätzung'</p> <p>-1 'negative Einschätzung'</p>
Ökonomischer Alltag	<p>‘Inwieweit entspricht die tatsächliche Praxis in Ihrer Abteilung/Klinik folgenden Punkten?’</p> <p>‘Optimierung wirtschaftlicher Gewinn bei Diagnosen’ / ‘Verschiebung Chronisch kranker/morbider Patienten’</p>	<p>2 'sehr positive Einschätzung'</p> <p>1 'eher positive Einschätzung'</p> <p>0 'neutrale Einschätzung'</p> <p>-1 'eher negative Einschätzung'</p> <p>-2 'sehr negative Einschätzung'</p>
Patientenbeziehung	<p>‘Wie bewerten Sie die Beziehung, welche zwischen Ihrem Team im Spital und Ihren Patientinnen und Patienten herrscht?’</p> <p>‘Wie bewerten Sie den gegenwärtigen Versorgungsstandard in Ihrem unmittelbaren Arbeitsbereich?’</p>	<p>2 'sehr positive Einschätzung'</p> <p>1 'eher positive Einschätzung'</p> <p>0 'neutrale Einschätzung'</p> <p>-1 'eher negative Einschätzung'</p> <p>-2 'sehr negative Einschätzung'</p>
Personalbestand	<p>‘Treffen die folgenden Aussagen zum ärztlichen Personalbestand in Ihren Augen auf Ihre Abteilung, Ihre Klinik respektive das Schweizer Gesundheitswesen zu?’</p> <p>‘Genügend Ärzte für optimale Behandlung im Spital’ / ‘Genügend Ärzte für optimale Behandlung in Abteilung’</p>	<p>2 'sehr positive Einschätzung'</p> <p>1 'eher positive Einschätzung'</p> <p>0 'neutrale Einschätzung'</p> <p>-1 'eher negative Einschätzung'</p> <p>-2 'sehr negative Einschätzung'</p>
Positive Effekte DRG	<p>‘Wie beurteilen Sie den Einfluss der DRGs auf...’</p> <p>‘Transparenz Behandlung’ / ‘Management Behandlungsablauf’</p>	<p>1 'positive Einschätzung'</p> <p>0 'neutrale Einschätzung'</p> <p>-1 'negative Einschätzung'</p>
Teamwork	<p>‘Wie sehr treffen die folgenden Aussagen auf Ihre Arbeit und Ihr Team zu?’</p> <p>‘Zufriedenheit mit Team’ / ‘Beurteilung der Fehlerkultur’ / ‘Zufriedenheit mit direktem Vorgesetztem’ / ‘Verantwortungsbewusster Umgang mit Kosten im Team’ / ‘Stolz auf Spital’ / ‘Zufriedenheit mit Informationsfluss im Spital’</p>	<p>2 'sehr positive Einschätzung'</p> <p>1 'eher positive Einschätzung'</p> <p>0 'neutrale Einschätzung'</p> <p>-1 'eher negative Einschätzung'</p> <p>-2 'sehr negative Einschätzung'</p>
Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen	<p>‘Wie sehr treffen die folgenden Aussagen über Arbeitsbedingungen und Chancen/Belastungen auf Ihre Tätigkeit zu?’</p> <p>‘Interessante/abwechslungsreiche Arbeit’ / ‘Zufrieden mit Bezahlung’ / ‘allgemein schlechte Arbeitsorganisation im Spital’</p>	<p>2 'sehr positive Einschätzung'</p> <p>1 'eher positive Einschätzung'</p> <p>0 'neutrale Einschätzung'</p> <p>-1 'eher negative Einschätzung'</p> <p>-2 'sehr negative Einschätzung'</p>
Zusammenarbeit mit Dritten	<p>‘Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit in Ihrem Bereich? Die Zusammenarbeit zwischen...’</p> <p>‘ärztlichem Personal und Pflegedienst’ / ‘ärztlichem Personal und Verwaltung’ / ‘Station und niedergelassene Ärztinnen und Ärzte’ / ‘Station und Krankenkassen’</p>	<p>2 'sehr positive Einschätzung'</p> <p>1 'eher positive Einschätzung'</p> <p>0 'neutrale Einschätzung'</p> <p>-1 'eher negative Einschätzung'</p> <p>-2 'sehr negative Einschätzung'</p>

**Tabelle 2:**

## Indizes für praxisambulante Ärzte

Index	Komponenten des Index	Skalierung der Fragen
Attraktivität Arztberuf	'Treffen die folgenden allgemeinen Aussagen über den Arztberuf und die Veränderungen in der Medizin auf Sie zu?'	2 'sehr positive Einschätzung' 1 'eher positive Einschätzung' 0 'neutrale Einschätzung'
	'Entscheidung für Arztberuf noch heute' / 'Optimale Qualität der Aus-, Fort-, und Weiterbildung im Arztberuf'	-1 'eher negative Einschätzung' -2 'sehr negative Einschätzung'
Gesundheitsbeschwerden	'Wie häufig litten Sie unter folgenden Beschwerden/Beeinträchtigungen im vergangenen Jahr?'	2 'sehr positive Einschätzung' 1 'eher positive Einschätzung' 0 'neutrale Einschätzung'
	'Stress' / 'Burnout' / 'Depression' / 'Beziehungsprobleme' / 'Drogenmissbrauch' / 'Selbstmordgedanken'	-1 'eher negative Einschätzung' -2 'sehr negative Einschätzung'
Gesundheitszustand		3 'ausgezeichnet'
	'Würden Sie über den Zeitraum der letzten 30 Tage sagen, ...'	2 'sehr gut'
		1 'gut'
	'Einschätzung physische Gesundheit' / 'Einschätzung psychische Gesundheit'	0 'keine Angabe' -1 'ausreichend' -2 'schlecht'

## 5.2. Sammlung Index-Grafiken

### 5.2.1. Index-Grafiken praxisambulant tätige Ärzteschaft

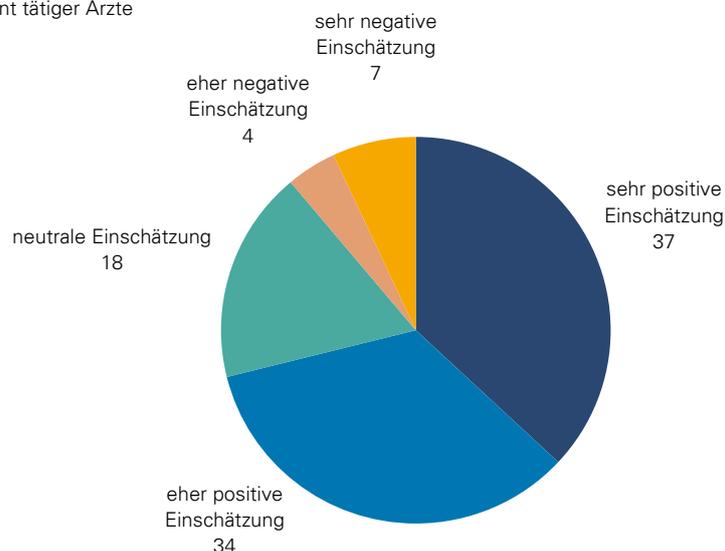
**Grafik 75:**

#### Index Attraktivität Arztberuf

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

"Entscheidung für Arztberuf noch heute" / "Optimale Qualität der Aus-, Fort-, und Weiterbildung im Arztberuf"

in % ambulant tätiger Ärzte



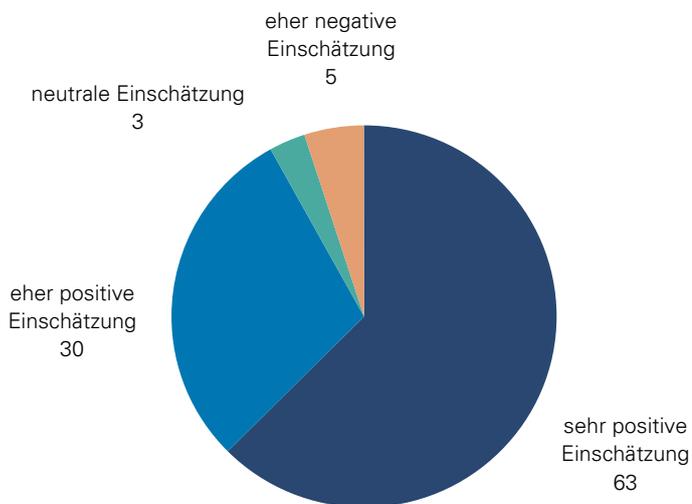
**Grafik 76:**

## Index Gesundheitsbeschwerden

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

"Stress" / "Burnout" / "Depression" / "Beziehungsprobleme" / "Drogenmissbrauch" / "Selbstmordgedanken"

in % ambulant tätiger Ärzte



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 266)

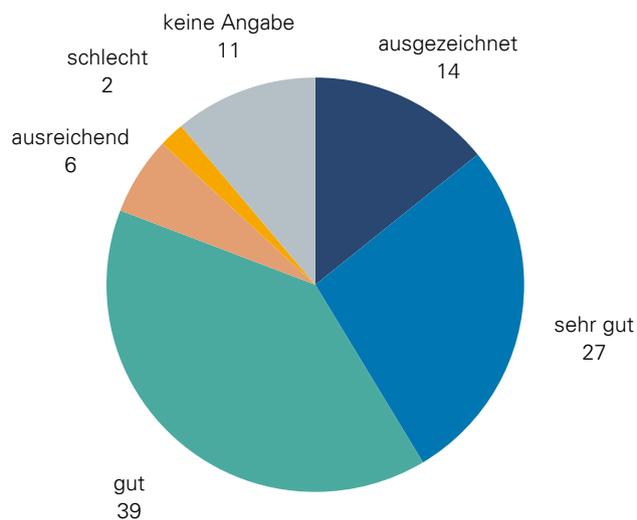
**Grafik 77:**

## Index Gesundheitszustand

"Würden Sie über den Zeitraum der letzten 30 Tage sagen, ..."

"Einschätzung physische Gesundheit" / "Einschätzung psychische Gesundheit"

in % ambulant tätiger Ärzte



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 266)

## 5.2.2. Index-Grafiken Spitalärzteschaft

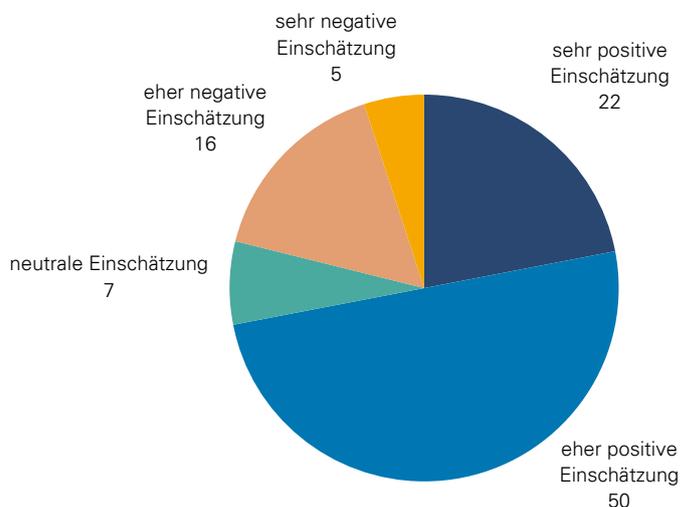
**Grafik 78:**

### Index Attraktivität Arztberuf

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

"Entscheidung für Arztberuf noch heute" / "Optimale Qualität der Aus-, Fort-, und Weiterbildung im Arztberuf" / "Zukunft als im Spital tätiger Arzt" / "Heute bessere Konzentration auf medizinische Tätigkeiten als früher" / "Intellektuell stimulierende Arbeit"

in % Spitalärzte



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193)

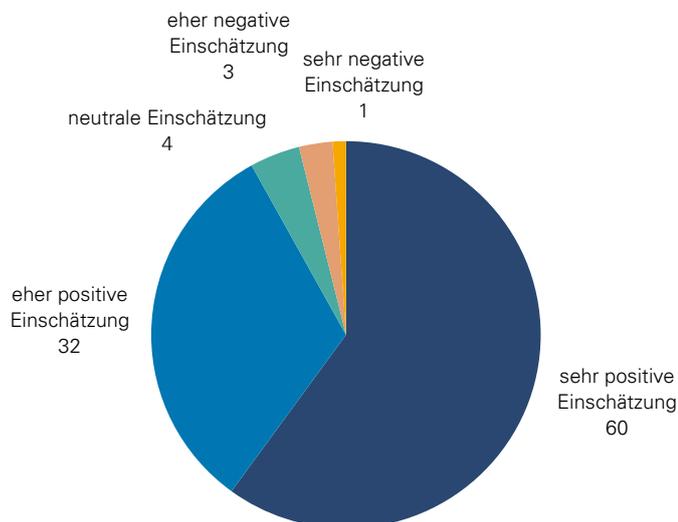
**Grafik 79:**

### Index hypokratischer Alltag

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

"Durchführung aller nötigen diagnostischen Verfahren" / "Aufnahme aller Patienten" / "beste Experten, Präparate und Geräte für Patienten"

in % Spitalärzte



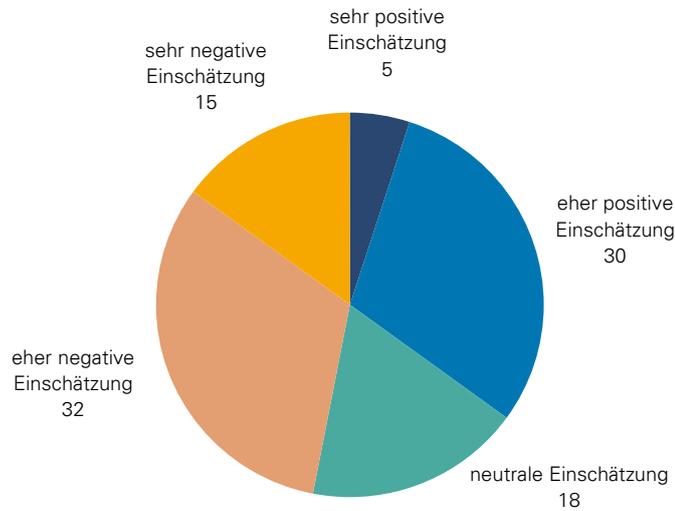
© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193)

**Grafik 80:**

## Index Freiheit bei medizinischen Entscheidungen

"Wie verteilt sich in Ihrer Abteilung/Klinik der Einfluss auf Entscheidungen über die Art und Weise der Behandlung"  
"Vorgesetzter Arzt" / "Stationsleitung" / "Zuständige Pflege" / "Pflegedienstleitung"

in % Spitalärzte



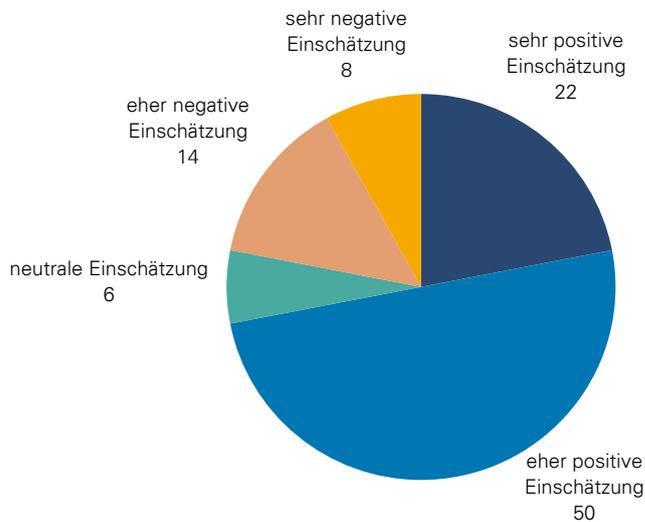
© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193)

**Grafik 81:**

## Index Druck aufgrund der Arbeitsbedingungen

"Wie sehr treffen die folgenden Aussagen über Arbeitsbedingungen und Chancen/Belastungen auf Ihre Tätigkeit zu?"  
"Andauernd hoher Leistungsdruck" / "andauernd hoher Konkurrenzdruck mit andern Spitälern" / "andauernd hoher Zeitdruck"

in % Spitalärzte



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193)

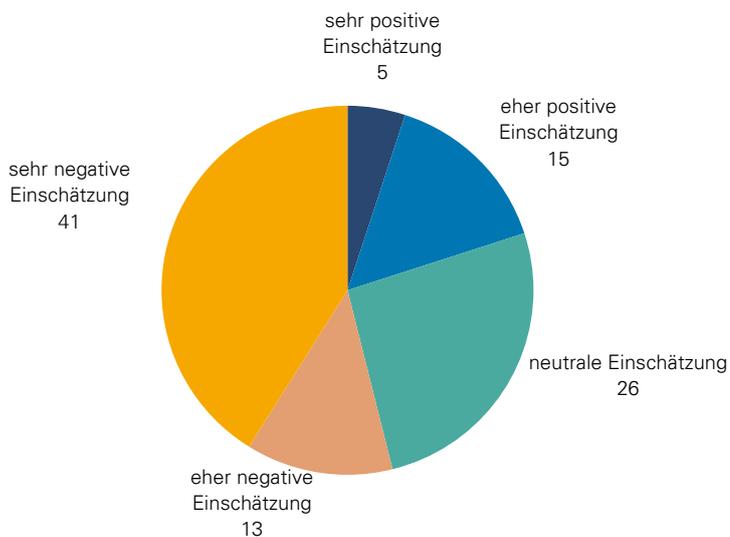
**Grafik 82:**

## Index ökonomischer Alltag

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

"Optimierung wirtschaftlicher Gewinn bei Diagnosen" / "Verschiebung Chronisch kranker/morbider Patienten"

in % Spitalärzte



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193)

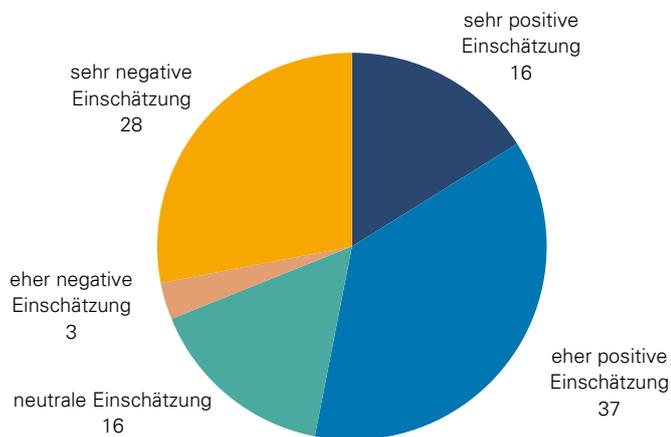
**Grafik 83:**

## Index Personalbestand

"Treffen die folgenden Aussagen zum ärztlichen Personalbestand in Ihren Augen auf Ihre Abteilung, Ihre Klinik respektive das Schweizer Gesundheitswesen zu?"

"Genügend Ärzte für optimale Behandlung im Spital" / "Genügend Ärzte für optimale Behandlung in Abteilung"

in % Spitalärzte



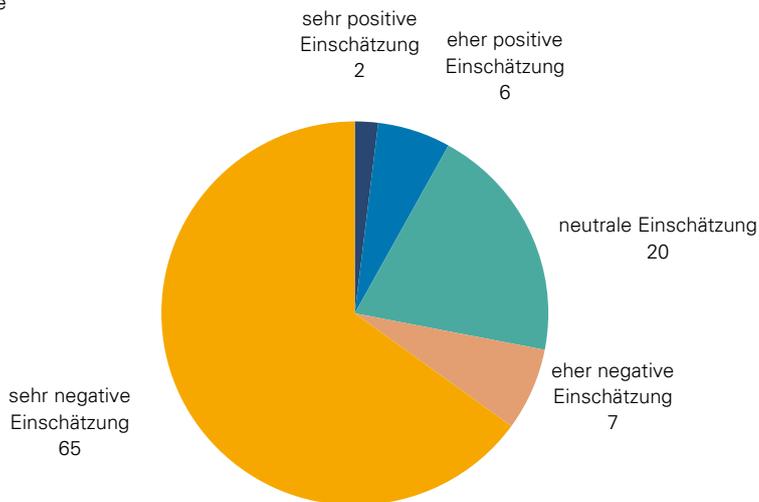
© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193)

**Grafik 84:**

## Index Freiheit bei finanziellen Entscheidungen

"Wie verteilt sich in Ihrer Abteilung/Klinik der Einfluss auf Entscheidungen über die Art und Weise der Behandlung"  
"Verwaltung/Geschäftsführung" / "Krankenkassen"

in % Spitalärzte



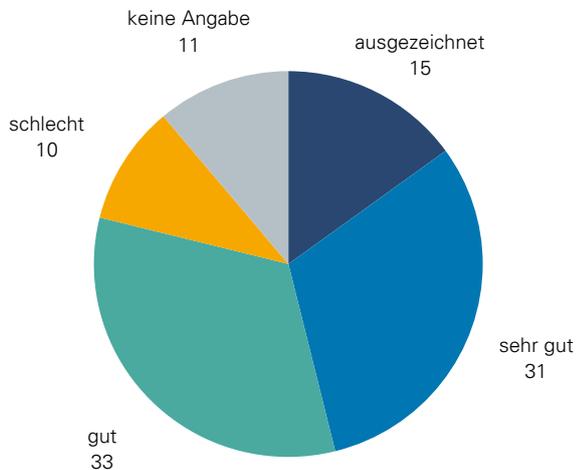
© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193)

**Grafik 85:**

## Index Gesundheitszustand

"Würden Sie über den Zeitraum der letzten 30 Tage sagen, ..."  
"Einschätzung physische Gesundheit" / "Einschätzung psychische Gesundheit"

in % Spitalärzte



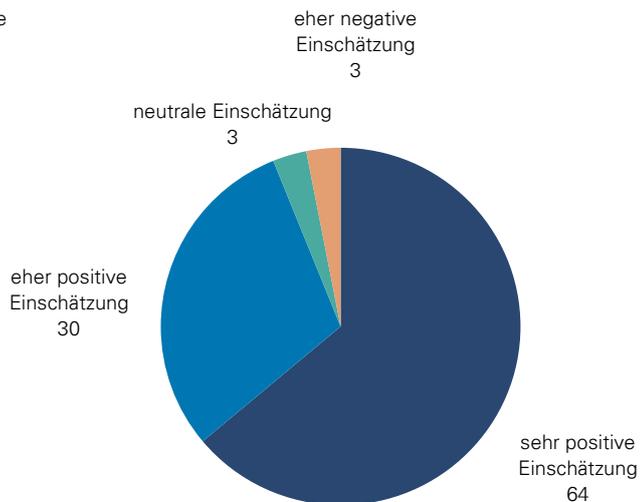
© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193)

**Grafik 86:**

## Index Gesundheitsbeschwerden

"Wie häufig litten Sie unter folgenden Beschwerden/Beeinträchtigungen im vergangenen Jahr?"  
"Stress" / "Burnout" / "Depression" / "Beziehungsprobleme" / "Drogenmissbrauch" / "Selbstmordgedanken"

in % Spitalärzte



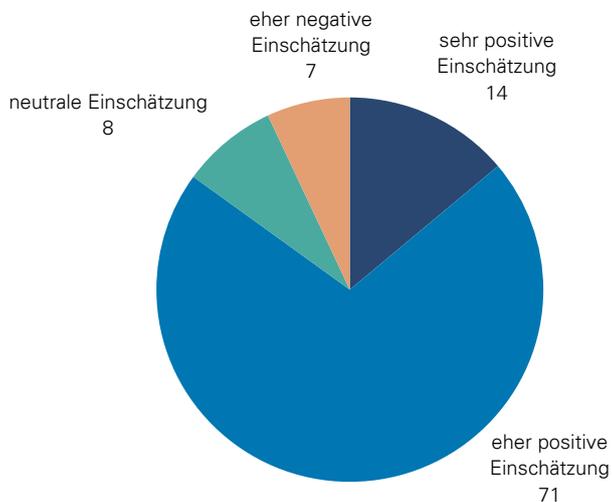
© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193)

**Grafik 87:**

## Index Zusammenarbeit mit Dritten

"Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit in Ihrem Bereich? Die Zusammenarbeit zwischen..."  
"ärztlichem Personal und Pflegedienst" / "ärztlichem Personal und Verwaltung" / "Station und niedergelassene Ärztinnen und Ärzte" / "Station und Krankenkassen"

in % Spitalärzte



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193)

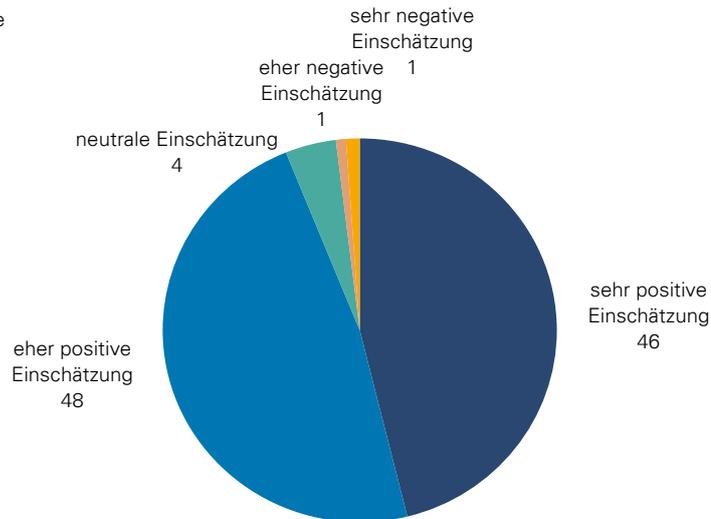
**Grafik 88:**

## Index Patientenbeziehung

"Wie bewerten Sie die Beziehung, welche zwischen Ihrem Team im Spital und Ihren Patientinnen und Patienten herrscht?"

"Wie bewerten Sie den gegenwärtigen Versorgungsstandard in Ihrem unmittelbaren Arbeitsbereich?"

in % Spitalärzte



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193)

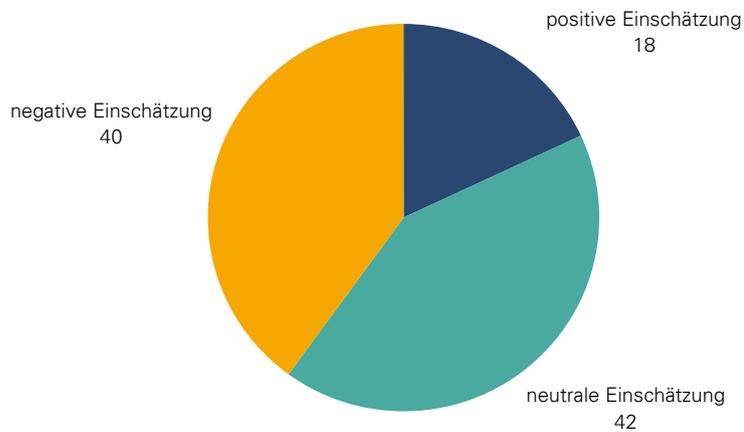
**Grafik 89:**

## Index positiver Effekte der DRGs

"Wie beurteilen Sie den Einfluss der DRGs auf..."

"Transparenz Behandlung" / "Management Behandlungsablauf"

in % Spitalärzte



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193)

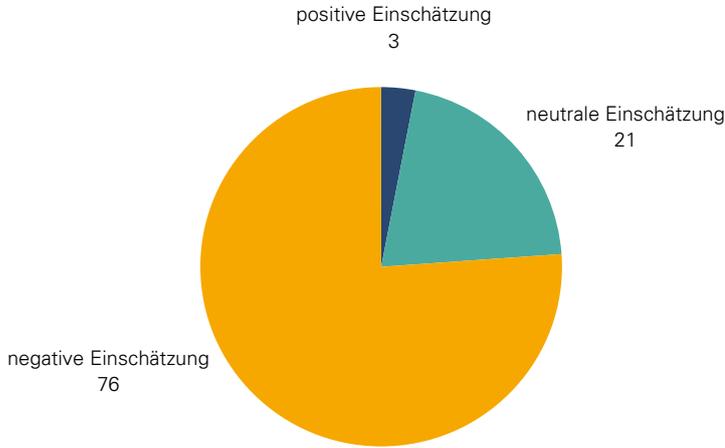
**Grafik 90:**

**Index negativer/neutraler Effekte der DRGs**

"Wie beurteilen Sie den Einfluss der DRGs auf..."

"allg. Arbeitsbedingungen" / "Motivation" / "Zufriedenheit" / "Karrierewunsch als Spitalarzt" / "Wunsch, langfristig im Spital zu arbeiten" / "Anzahl persönlicher medizinischer Fehler" / "Zufriedenheit Patienten" / "Durchführung notwendiger Therapien" / "Kooperation mit KollegInnen" / "Kooperation mit Pflegenden" / "Kooperation mit Krankenkassen" / "Therapiefreiheit" / "Qualität Versorgung" / "Einschätzung Einführung SwissDRG"

in % Spitalärzte



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193)

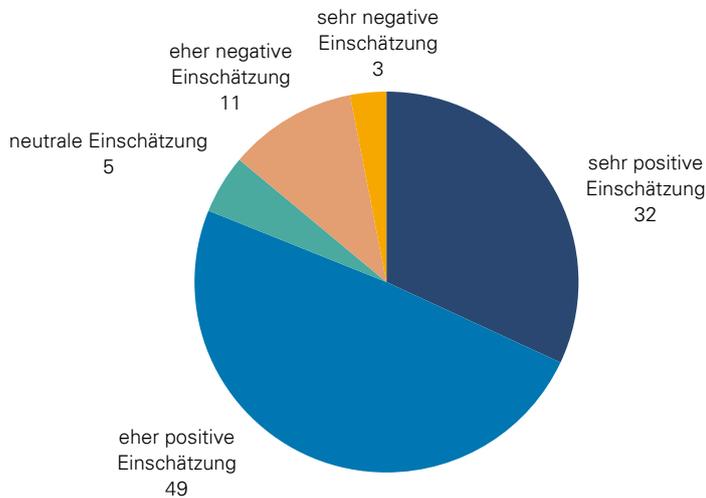
**Grafik 91:**

**Index Teamwork**

"Wie sehr treffen die folgenden Aussagen auf Ihre Arbeit und Ihr Team zu?"

"Zufriedenheit mit Team" / "Beurteilung der Fehlerkultur" / "Zufriedenheit mit direktem Vorgesetztem" / "Verantwortungsbewusster Umgang mit Kosten im Team" / "Stolz auf Spital" / "Zufriedenheit mit Informationsfluss im Spital"

in % Spitalärzte



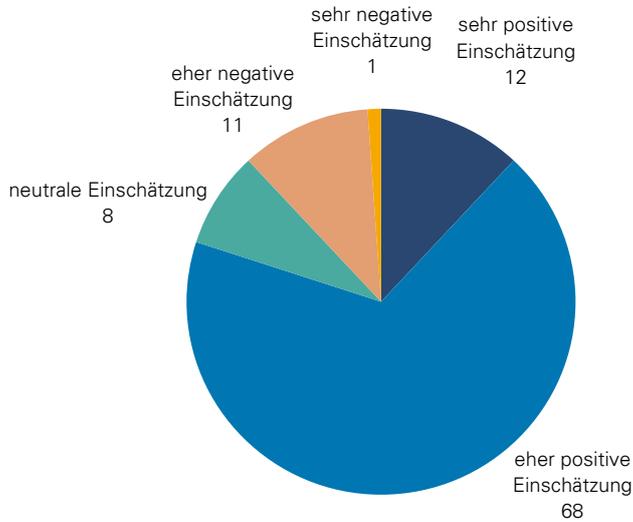
© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193)

Grafik 92:

## Index Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen

"Wie sehr treffen die folgenden Aussagen über Arbeitsbedingungen und Chancen/Belastungen auf Ihre Tätigkeit zu?"  
"Interessante/abwechslungsreiche Arbeit" / "Zufrieden mit Bezahlung" / "allgemein schlechte Arbeitsorganisation im Spital"

in % Spitalärzte

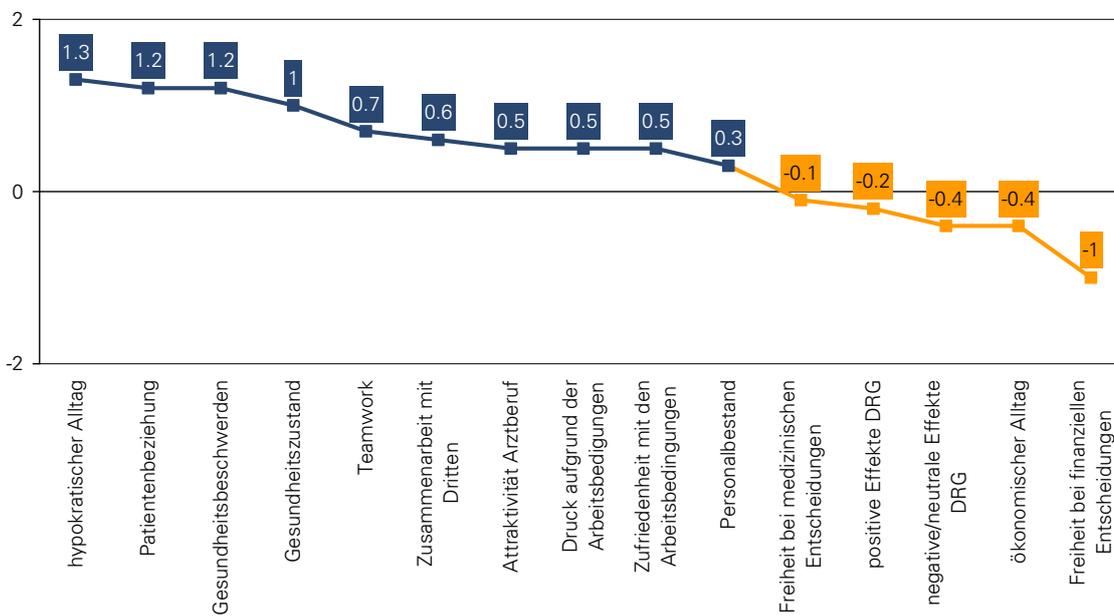


© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193)

Grafik 93:

## Zusammenzug Indizes Spitalärzte:

Indizes Spitalärzte Mittelwerte normiert mit Maximum +2 & Minimum -2

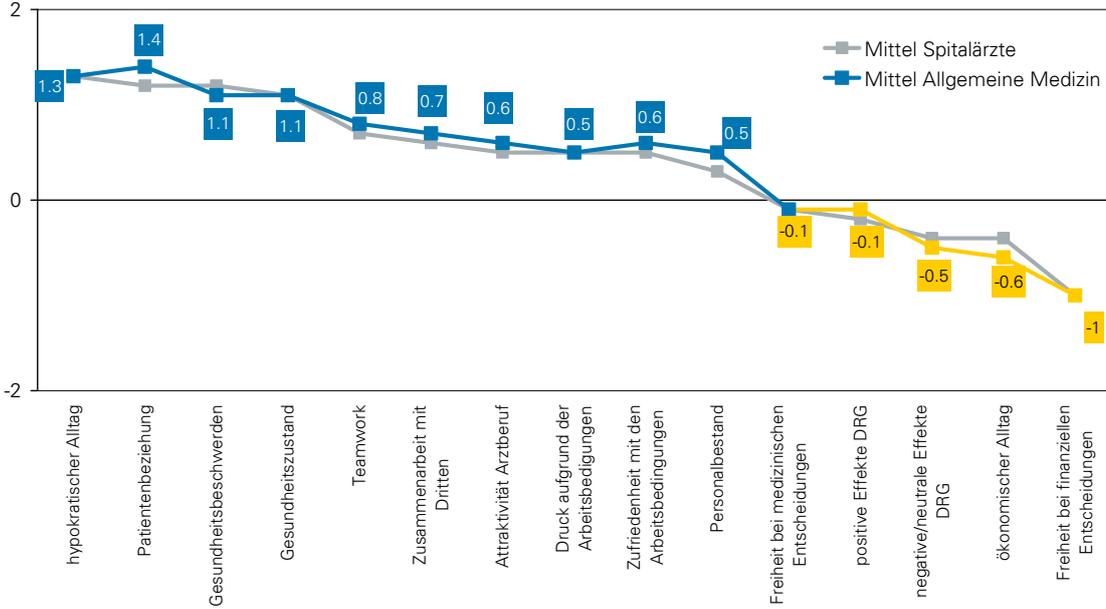


© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193)

Grafik 94:

## Zusammenzug Indizes Spitalärzte: Allgemeine Medizin

Indizes Spitalärzte "Allgemeine Medizin" / Mittelwerte normiert mit Maximum +2 & Minimum -2

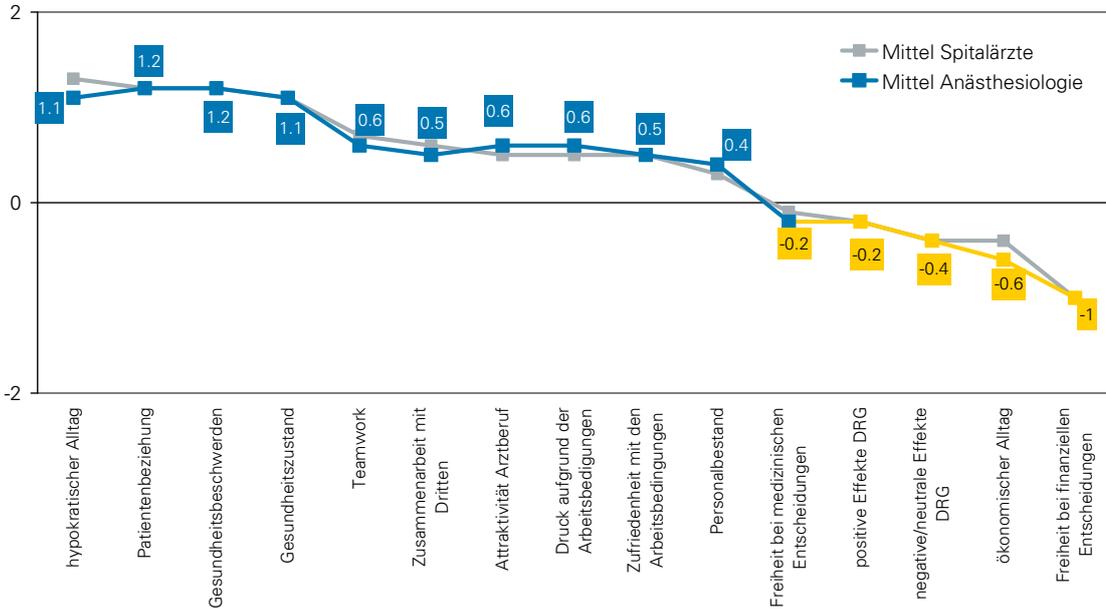


© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193)

Grafik 95:

## Zusammenzug Indizes Spitalärzte: Anästhesiologie

Indizes Spitalärzte "Anästhesiologie" / Mittelwerte normiert mit Maximum +2 & Minimum -2

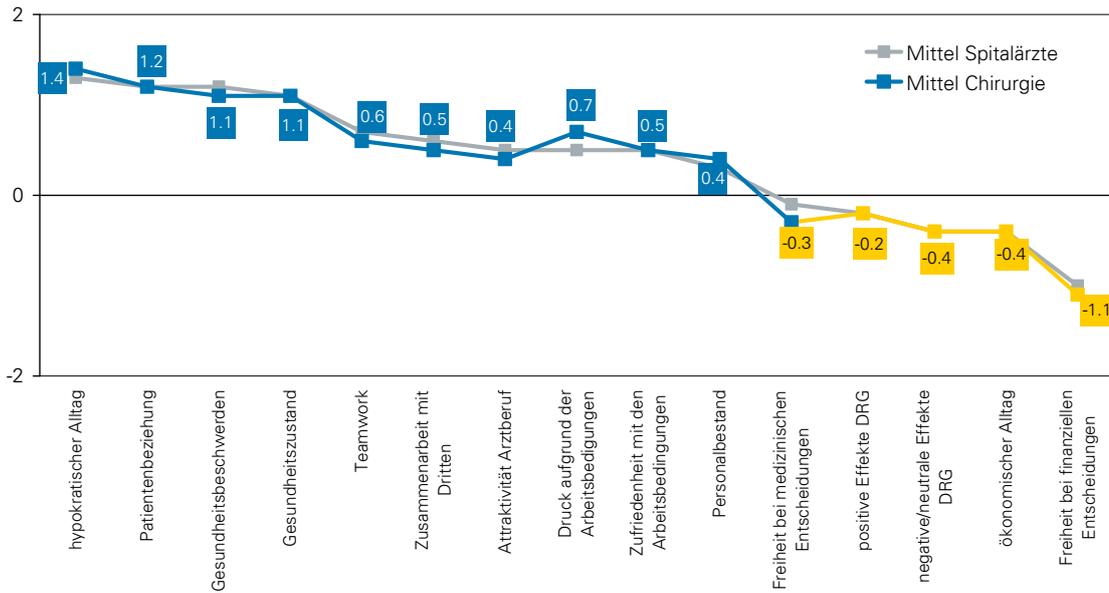


© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193)

Grafik 96:

## Zusammenzug Indizes Spitalärzte: Chirurgie

Indizes Spitalärzte "Chirurgie" / Mittelwerte normiert mit Maximum +2 & Minimum -2

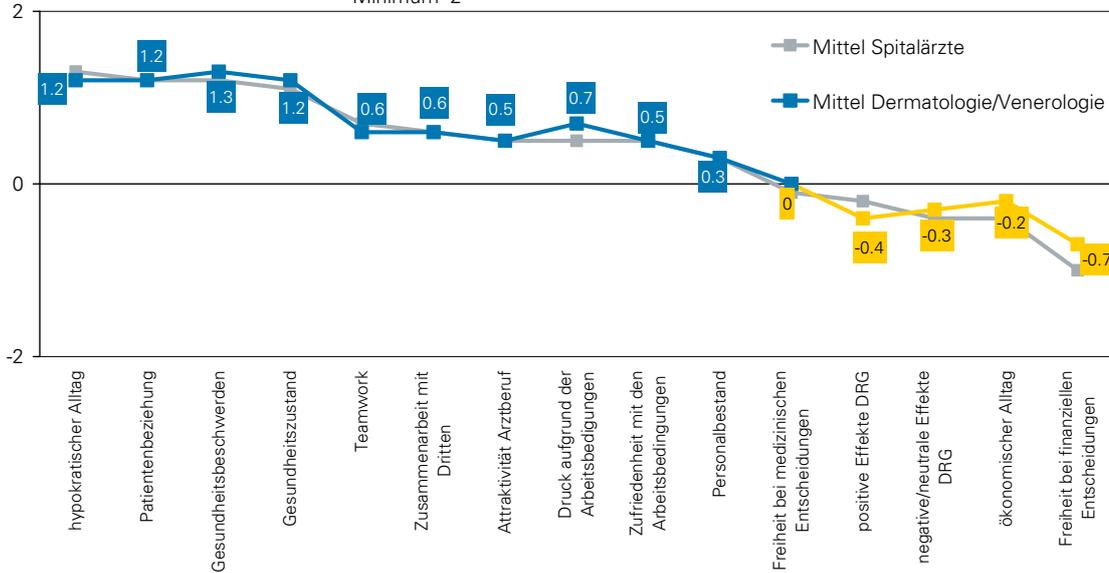


© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193)

Grafik 97:

## Zusammenzug Indizes Spitalärzte: Dermatologie/Venerologie

Indizes Spitalärzte "Dermatologie/Venerologie" / Mittelwerte normiert mit Maximum +2 & Minimum -2

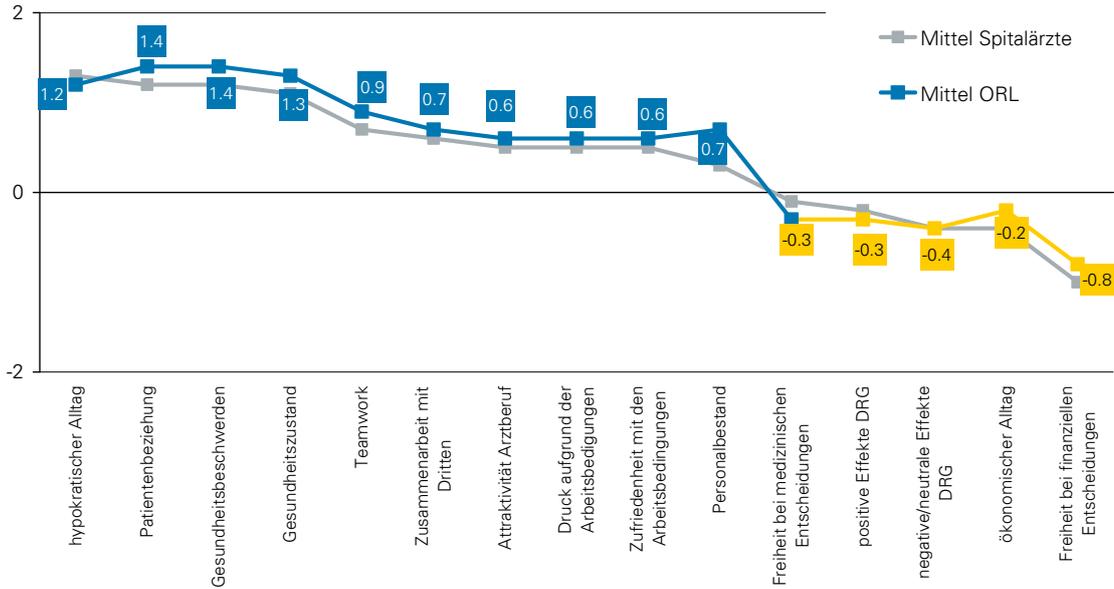


© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193)

Grafik 98:

## Zusammenzug Indizes Spitalärzte: ORL

Indizes Spitalärzte "ORL" / Mittelwerte normiert mit Maximum +2 & Minimum -2

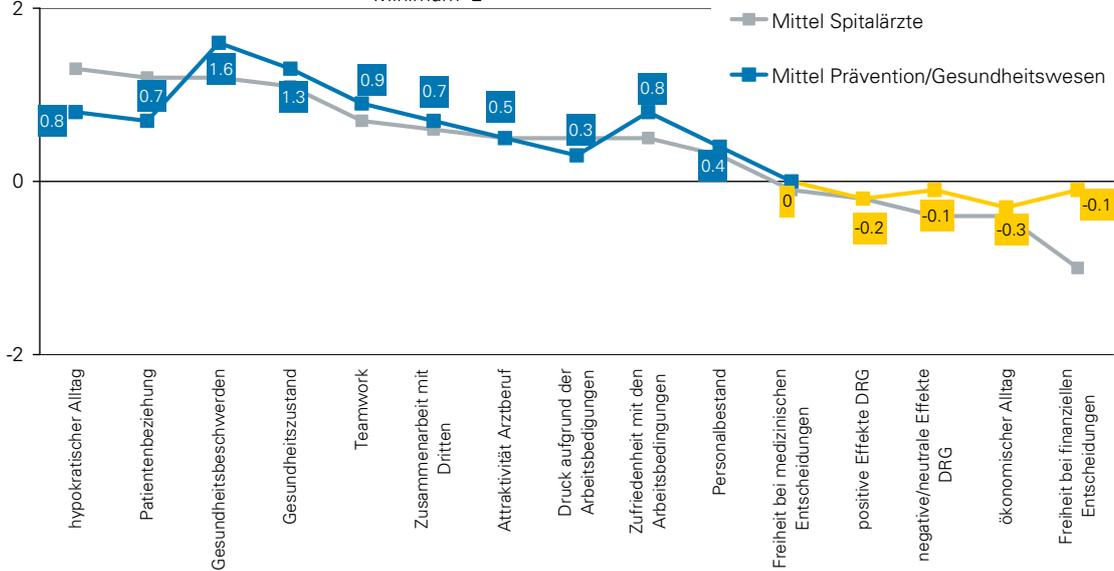


© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193)

Grafik 99:

## Zusammenzug Indizes Spitalärzte: Prävention/Gesundheitswesen

Indizes Spitalärzte "Prävention/Gesundheitswesen" / Mittelwerte normiert mit Maximum +2 & Minimum -2

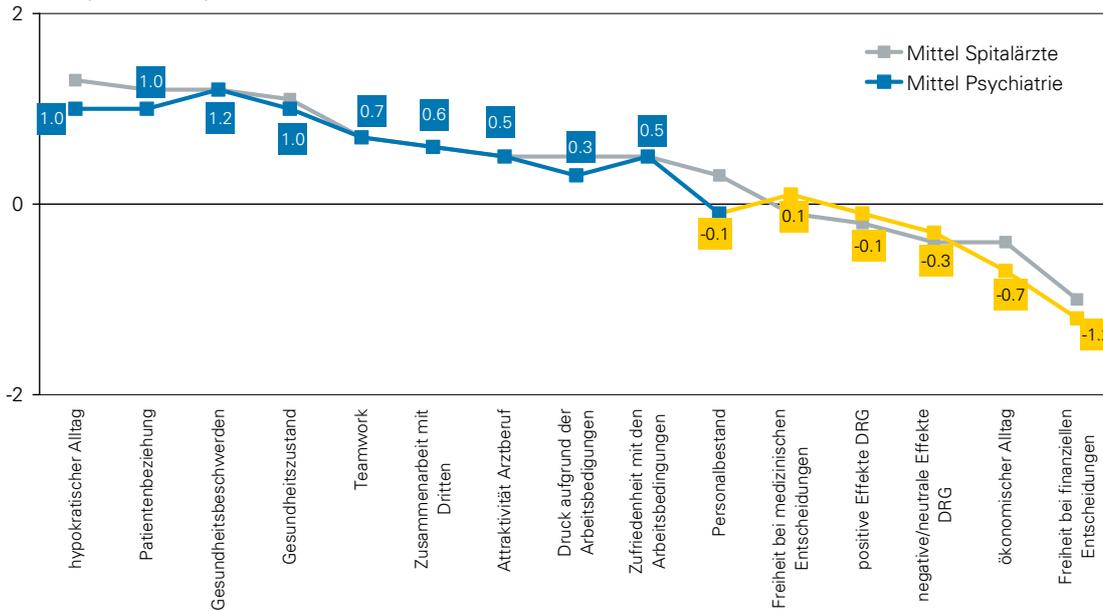


© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193)

Grafik 100:

## Zusammenzug Indizes Spitalärzte: Psychiatrie

Indizes Spitalärzte "Psychiatrie" / Mittelwerte normiert mit Maximum +2 & Minimum -2

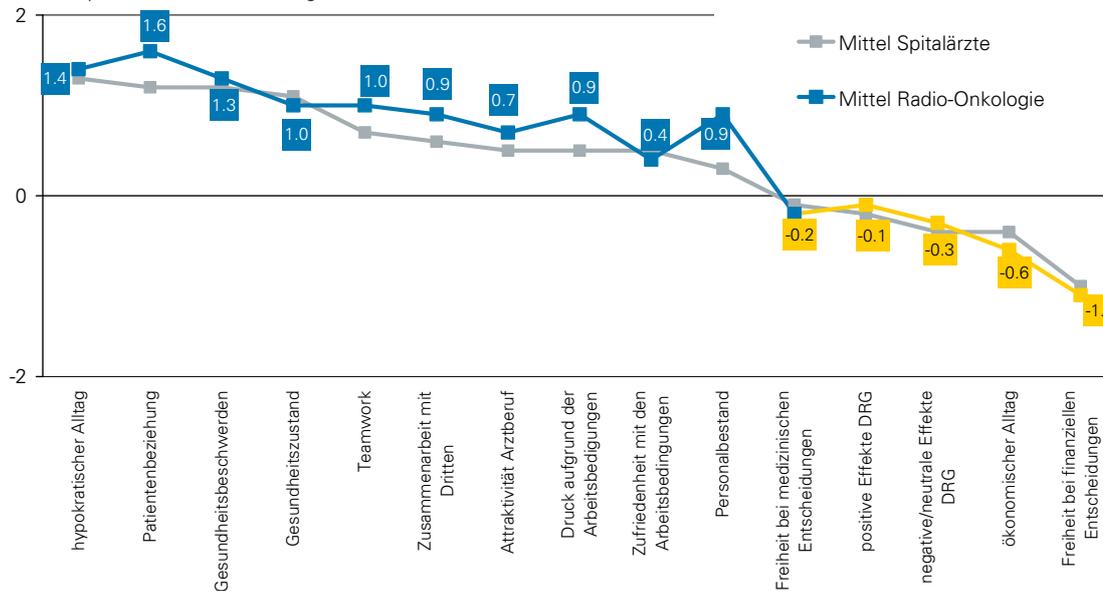


© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193)

Grafik 101:

## Zusammenzug Indizes Spitalärzte: Radio-Onkologie

Indizes Spitalärzte "Radio-Onkologie" / Mittelwerte normiert mit Maximum +2 & Minimum -2

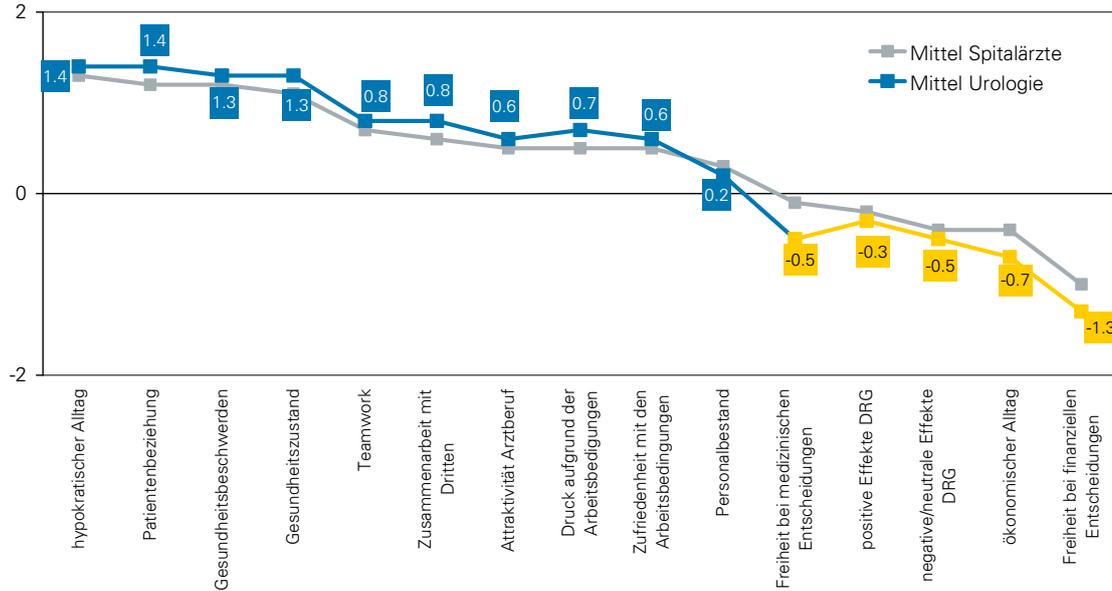


© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193)

**Grafik 102:**

## Zusammenzug Indizes Spitalärzte: Urologie

Indizes Spitalärzte "Urologie" / Mittelwerte normiert mit Maximum +2 & Minimum -2

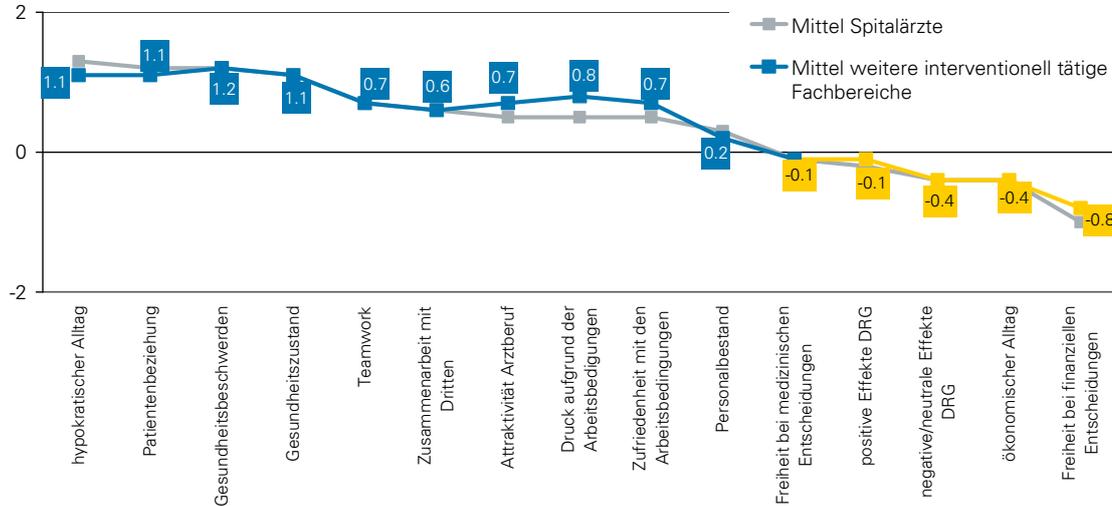


© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193)

**Grafik 103:**

## Zusammenzug Indizes Spitalärzte: weitere interventionell tätige Fachbereiche

Indizes Spitalärzte "weitere interventionell tätige Fachbereiche" / Mittelwerte normiert mit Maximum +2 & Minimum -2

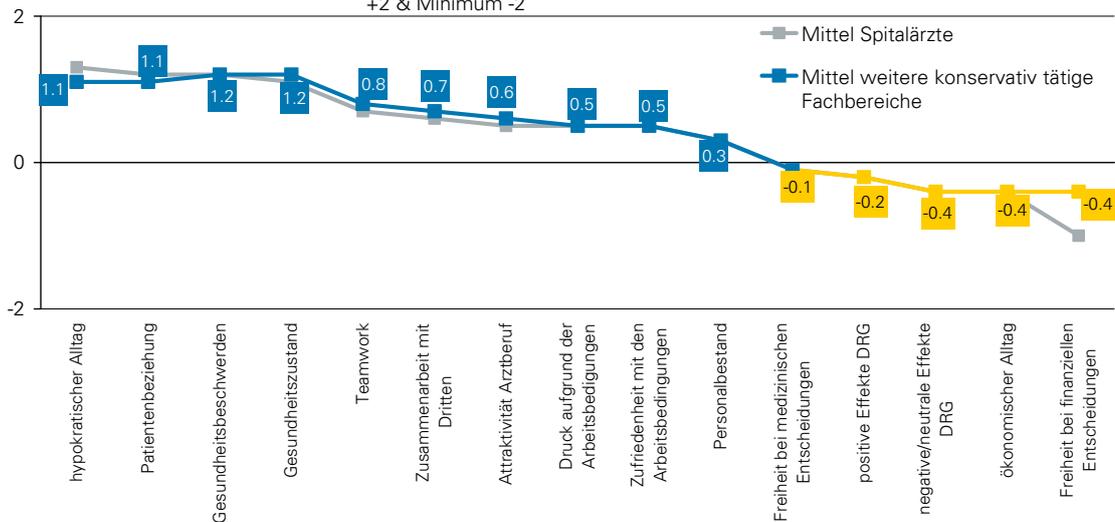


© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193)

Grafik 104:

## Zusammenzug Indizes Spitalärzte: weitere konservativ tätige Fachbereiche

Indizes Spitalärzte "weitere konservativ tätige Fachbereiche" / Mittelwerte normiert mit Maximum +2 & Minimum -2

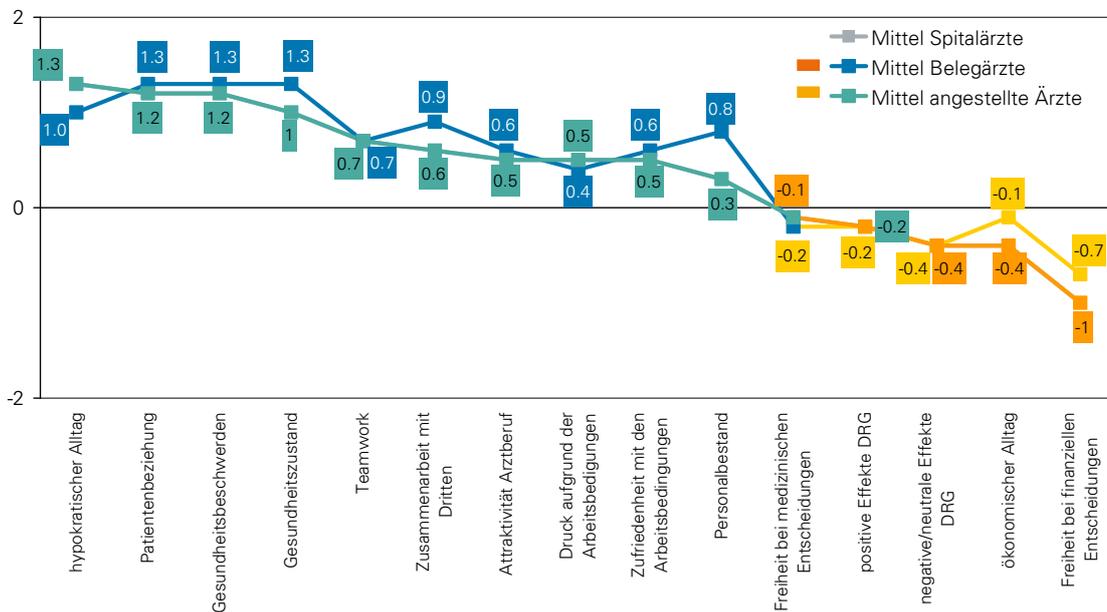


© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193)

Grafik 105:

## Zusammenzug Indizes Spitalärzte: Belegärzte – angestellte Ärzte

Indizes Spitalärzte "Belegärzte" / Mittelwerte normiert mit Maximum +2 & Minimum -2

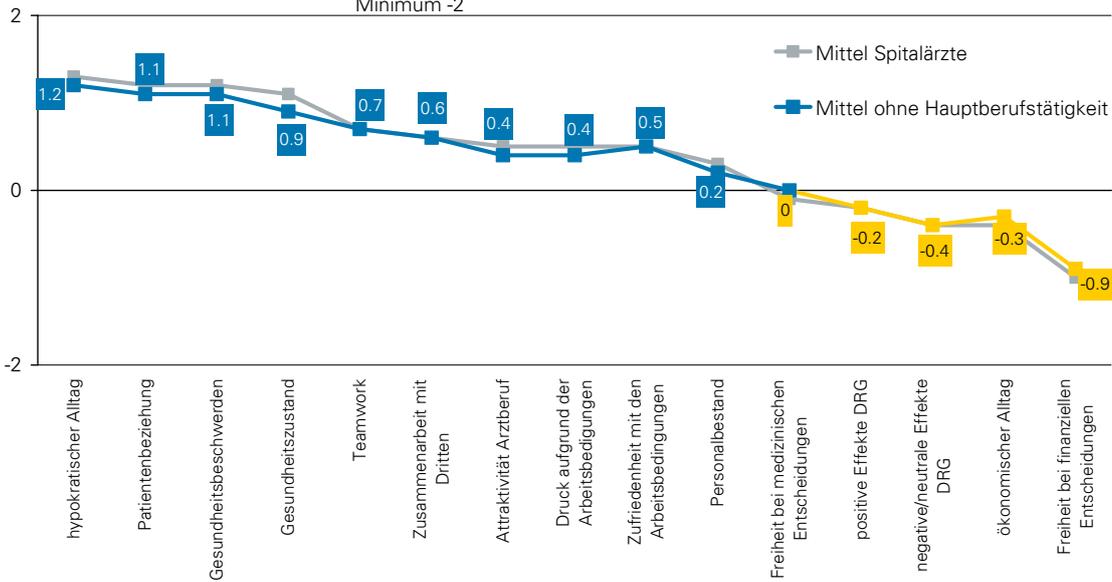


© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193)

**Grafik 106:**

## Zusammenzug Indizes Spitalärzte: ohne Hauptberufstätigkeit

Indizes Spitalärzte "ohne Hauptberufstätigkeit" / Mittelwerte normiert mit Maximum +2 & Minimum -2

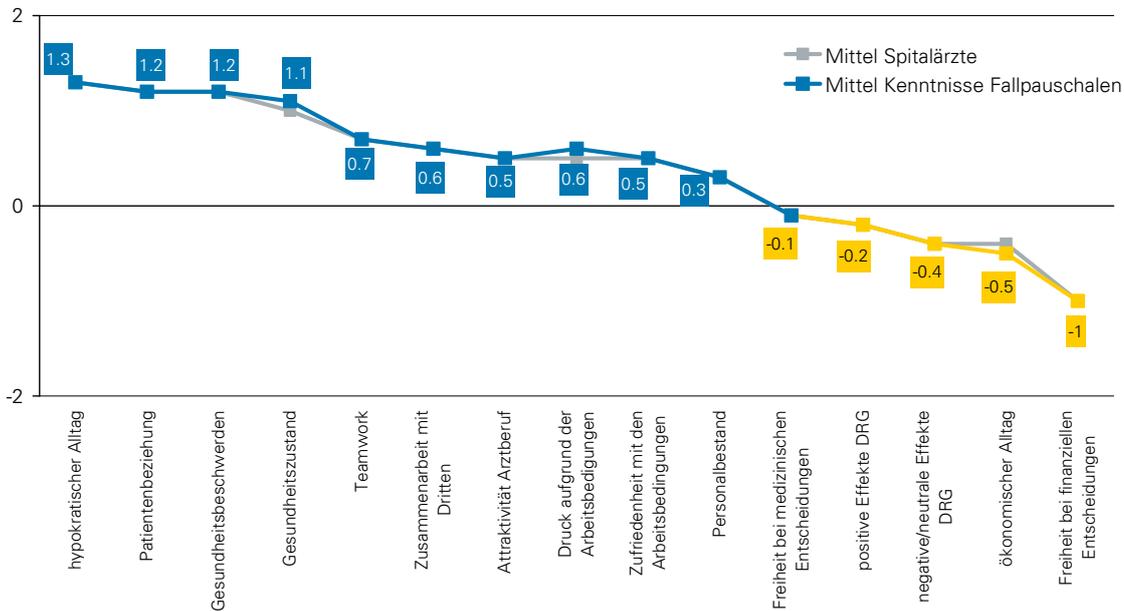


© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193)

**Grafik 107:**

## Zusammenzug Indizes Spitalärzte: Kenntnisse Fallpauschalen

Indizes Spitalärzte "Kenntnisse Fallpauschalen" / Mittelwerte normiert mit Maximum +2 & Minimum -2

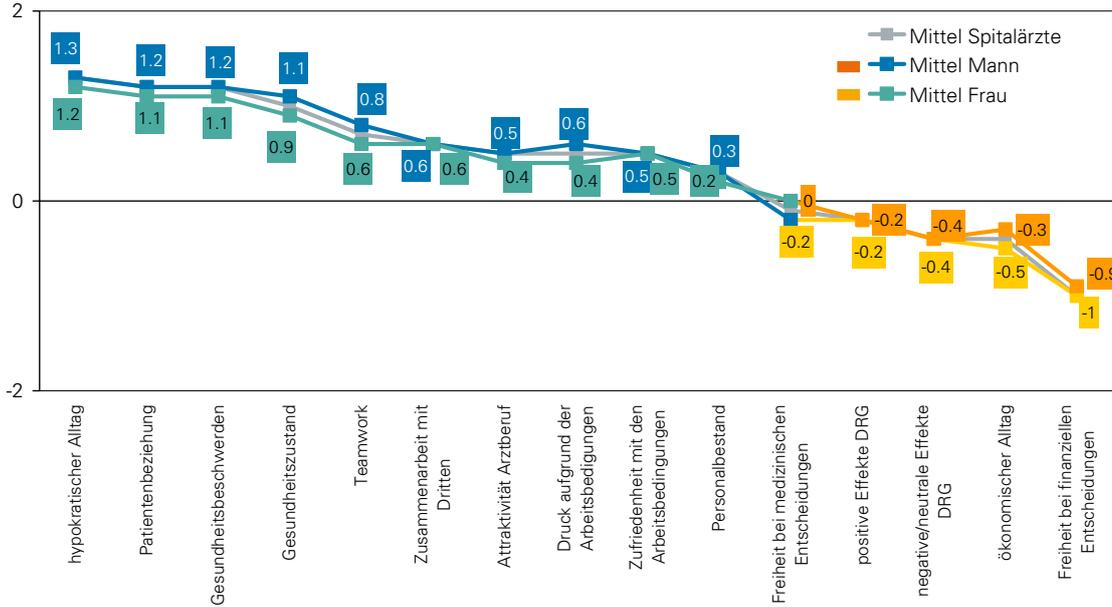


© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193)

**Grafik 108:**

## Zusammenzug Indizes Spitalärzte: Mann / Frau

Indizes Spitalärzte "Mann/Frau" / Mittelwerte normiert mit Maximum +2 & Minimum -2

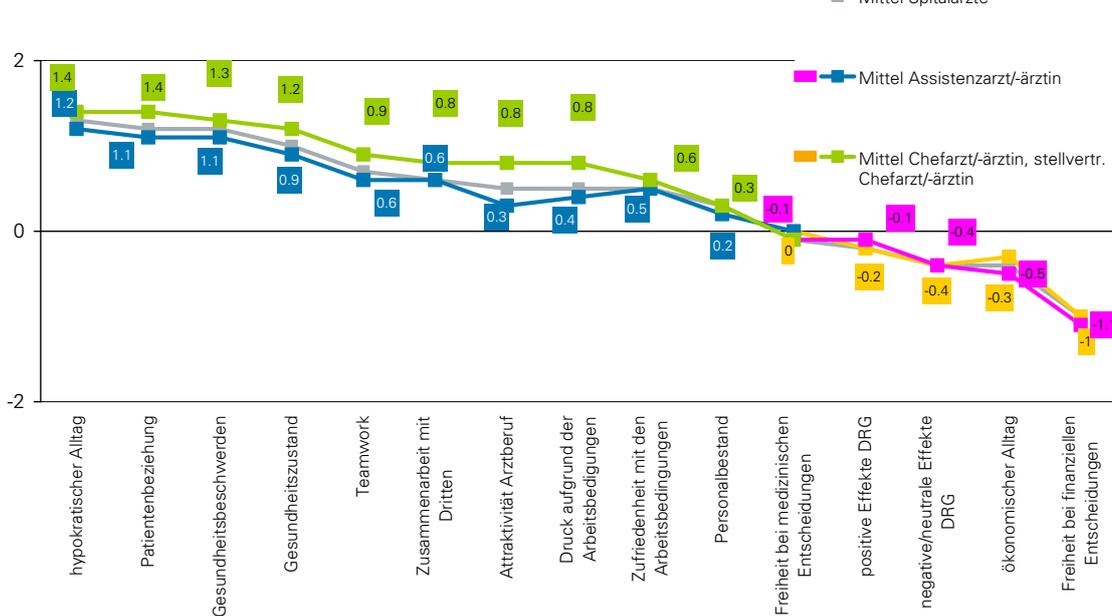


© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193)

**Grafik 109:**

## Zusammenzug Indizes Spitalärzte: Position

Indizes Spitalärzte "Position" / Mittelwerte normiert mit Maximum +2 & Minimum -2

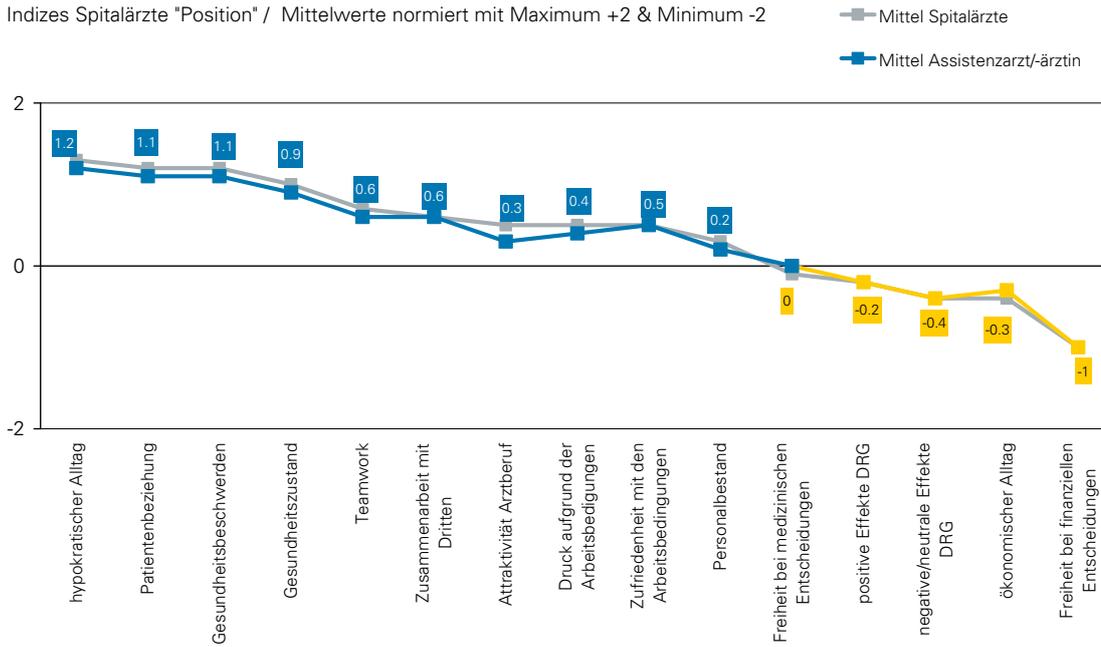


© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193)

**Grafik 110:**

## Zusammenzug Indizes Spitalärzte: Position

Indizes Spitalärzte "Position" / Mittelwerte normiert mit Maximum +2 & Minimum -2

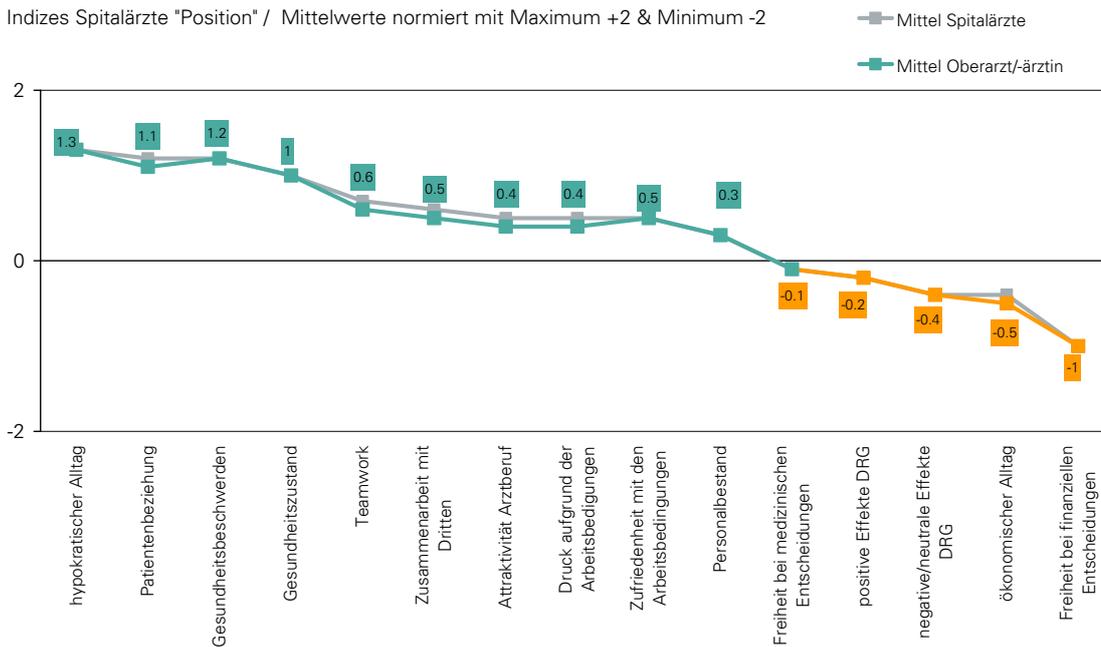


© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193)

**Grafik 111:**

## Zusammenzug Indizes Spitalärzte: Position

Indizes Spitalärzte "Position" / Mittelwerte normiert mit Maximum +2 & Minimum -2

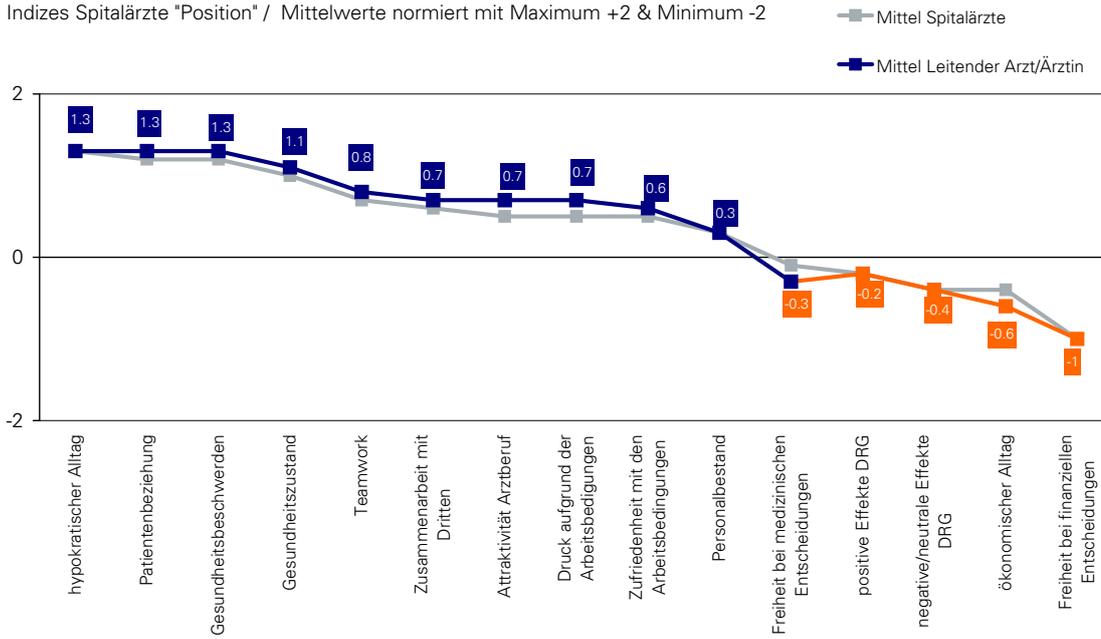


© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193)

Grafik 112:

## Zusammenzug Indizes Spitalärzte: Position

Indizes Spitalärzte "Position" / Mittelwerte normiert mit Maximum +2 & Minimum -2

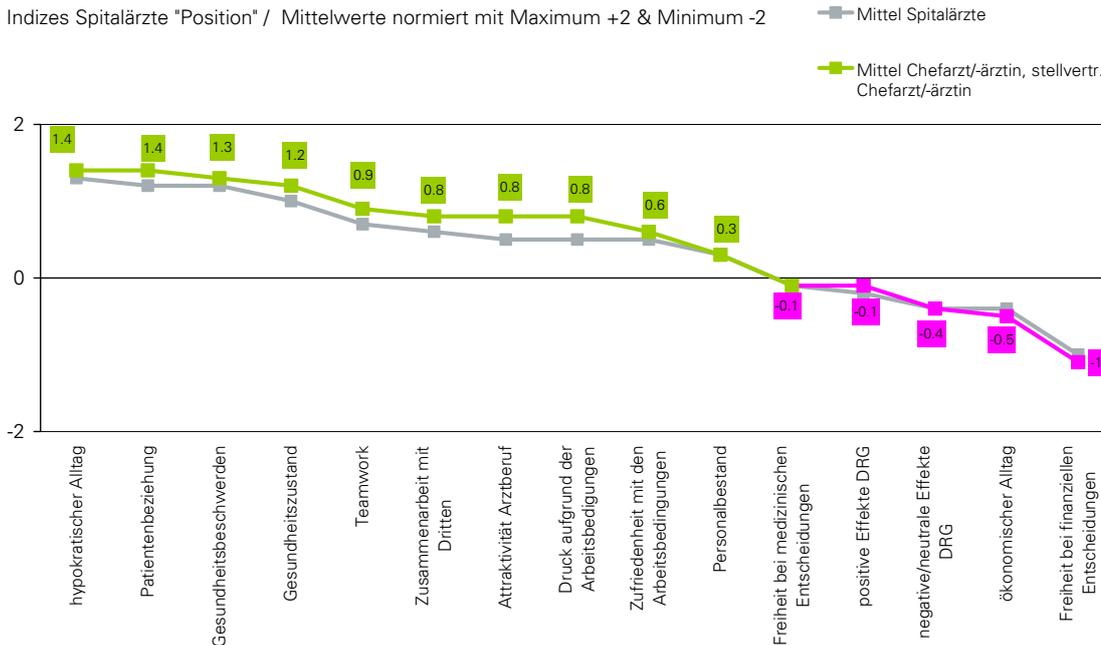


© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193)

Grafik 113:

## Zusammenzug Indizes Spitalärzte: Position

Indizes Spitalärzte "Position" / Mittelwerte normiert mit Maximum +2 & Minimum -2

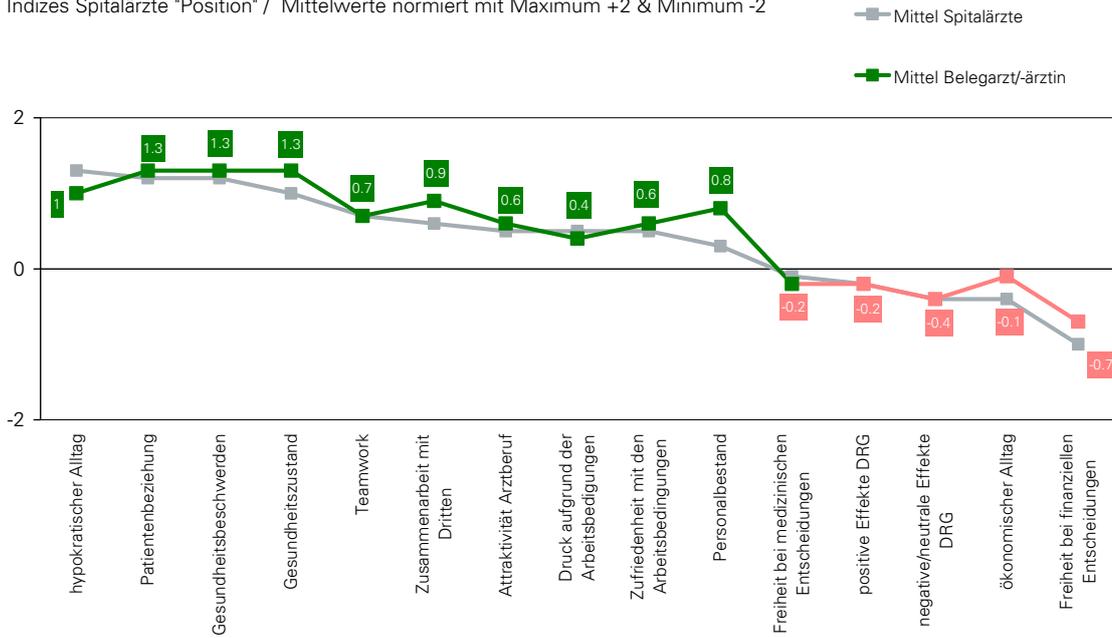


© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193)

**Grafik 114:**

## Zusammenzug Indizes Spitalärzte: Position

Indizes Spitalärzte "Position" / Mittelwerte normiert mit Maximum +2 & Minimum -2

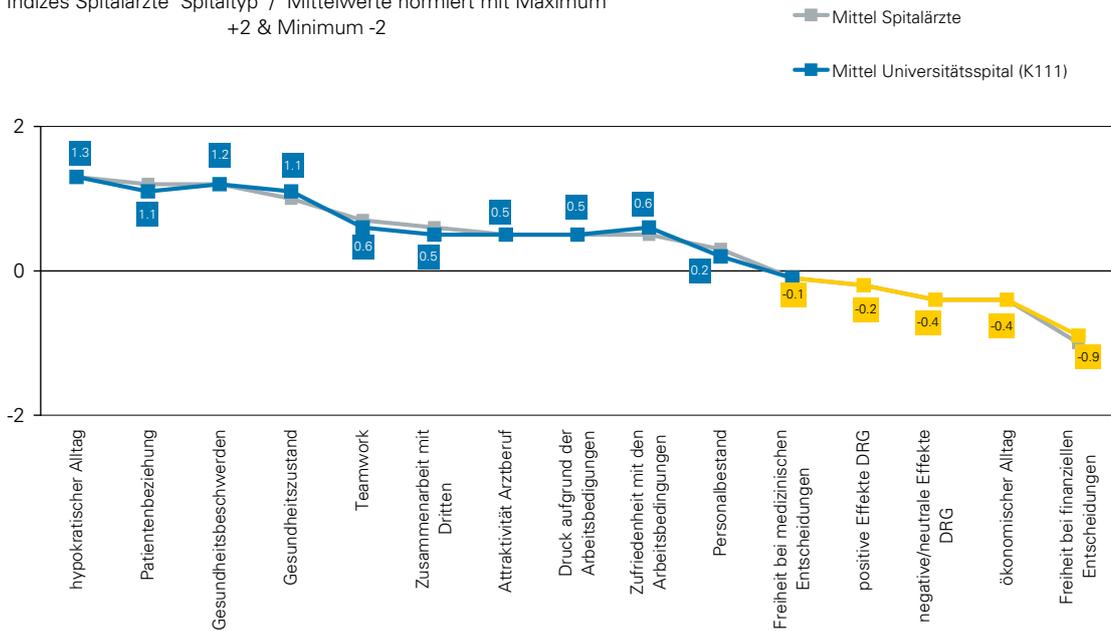


© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193)

**Grafik 115:**

## Zusammenzug Indizes Spitalärzte: Spitaltyp

Indizes Spitalärzte "Spitaltyp" / Mittelwerte normiert mit Maximum +2 & Minimum -2

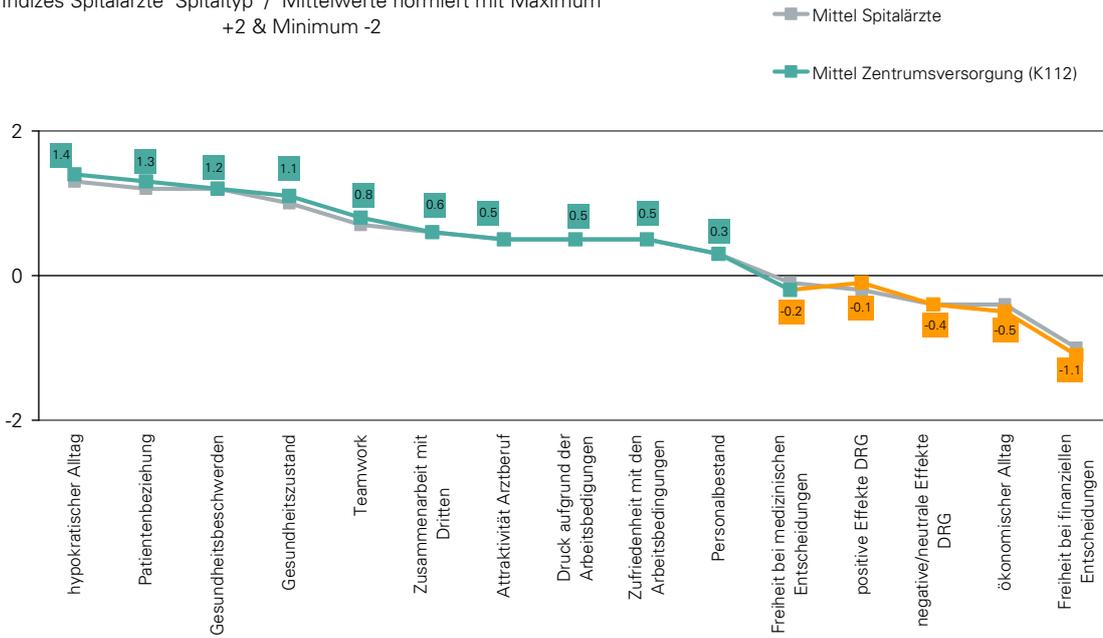


© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193)

**Grafik 116:**

## Zusammenzug Indizes Spitalärzte: Spitaltyp

Indizes Spitalärzte "Spitaltyp" / Mittelwerte normiert mit Maximum +2 & Minimum -2

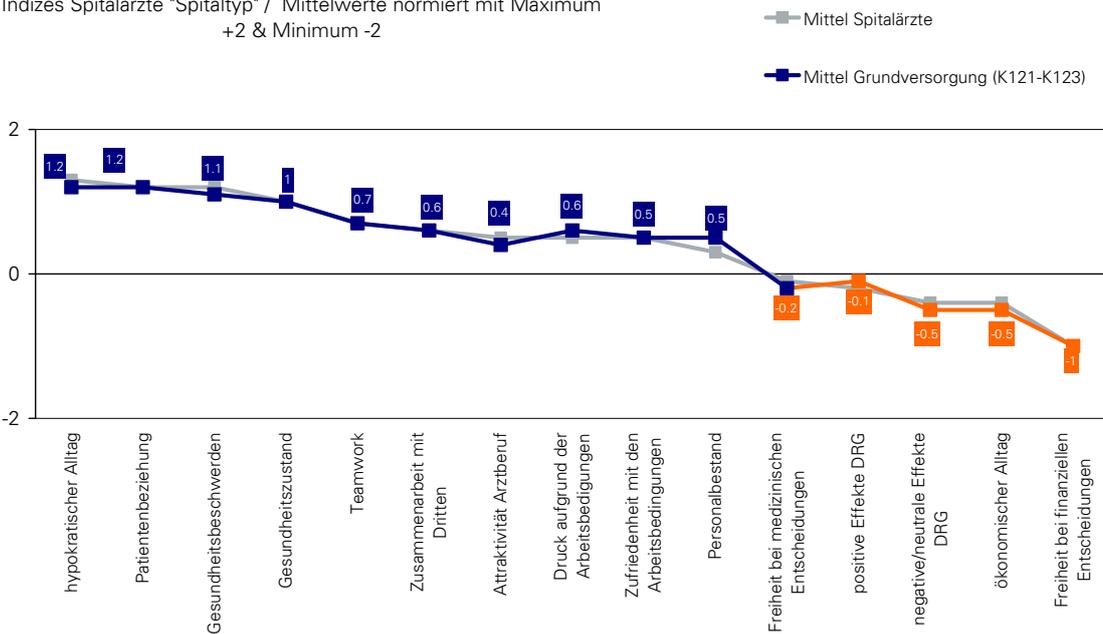


© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193)

**Grafik 117:**

## Zusammenzug Indizes Spitalärzte: Spitaltyp

Indizes Spitalärzte "Spitaltyp" / Mittelwerte normiert mit Maximum +2 & Minimum -2

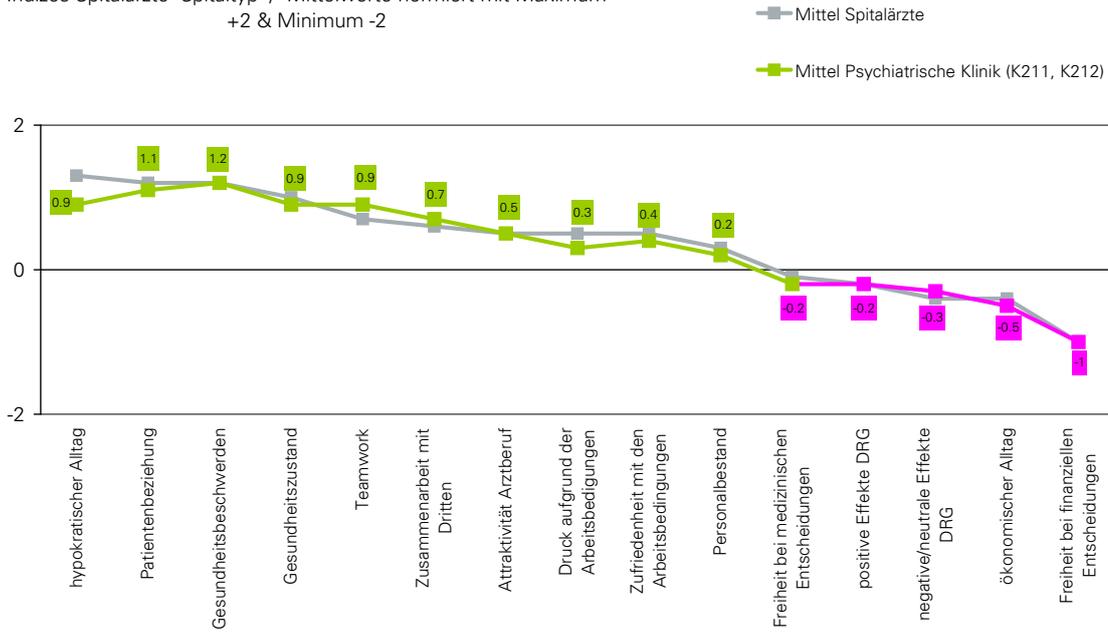


© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193)

Grafik 118:

## Zusammenzug Indizes Spitalärzte: Spitaltyp

Indizes Spitalärzte "Spitaltyp" / Mittelwerte normiert mit Maximum +2 & Minimum -2

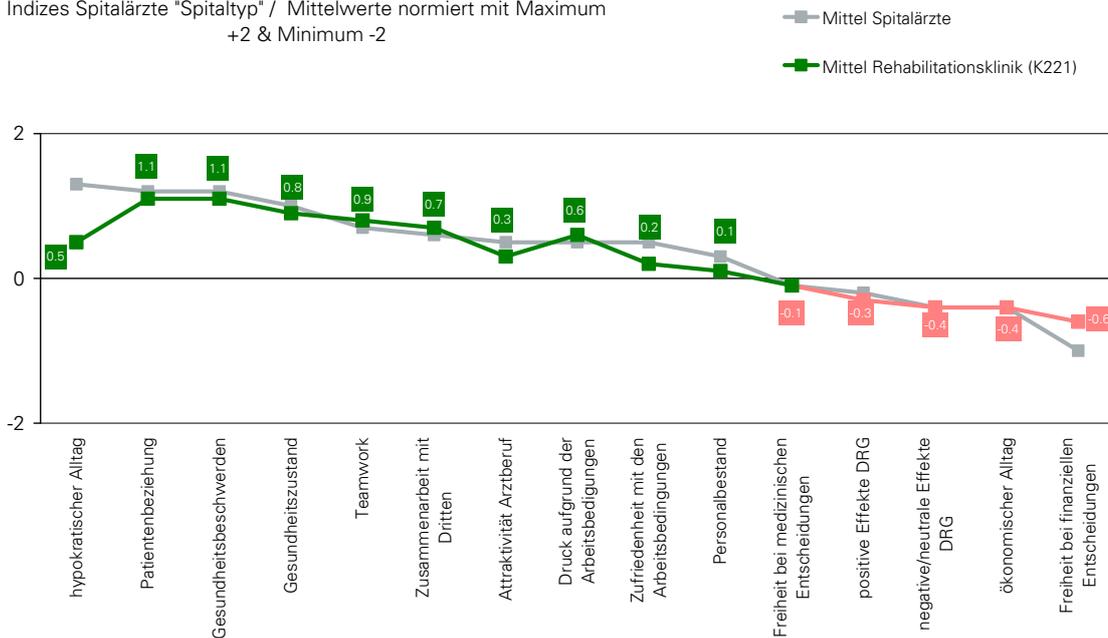


© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193)

Grafik 119:

## Zusammenzug Indizes Spitalärzte: Spitaltyp

Indizes Spitalärzte "Spitaltyp" / Mittelwerte normiert mit Maximum +2 & Minimum -2

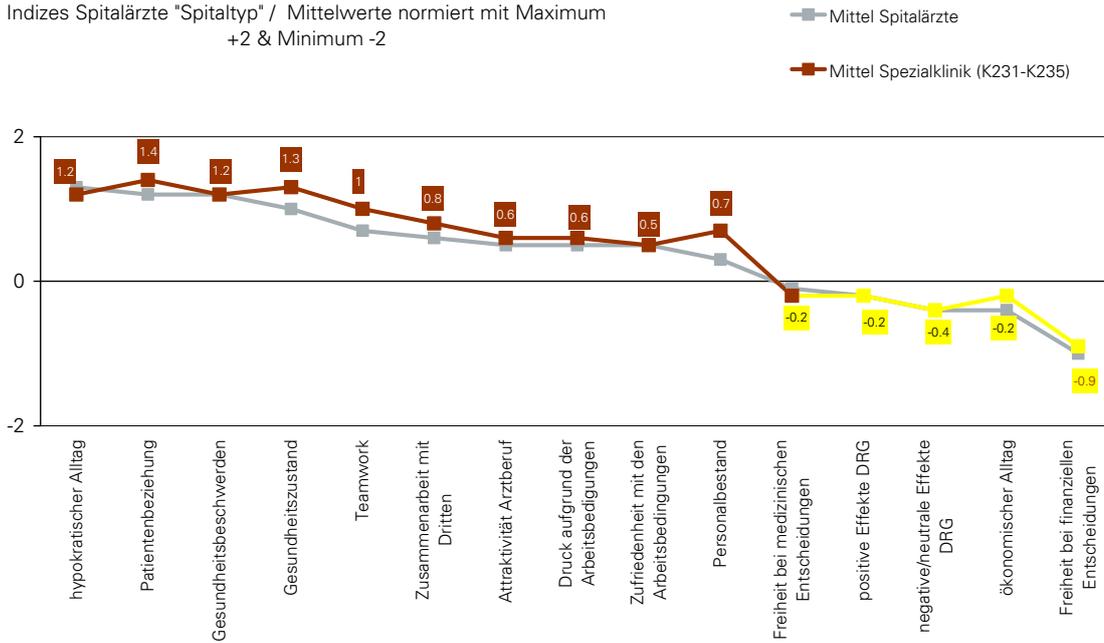


© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193)

**Grafik 120:**

## Zusammenzug Indizes Spitalärzte: Spitaltyp

Indizes Spitalärzte "Spitaltyp" / Mittelwerte normiert mit Maximum +2 & Minimum -2

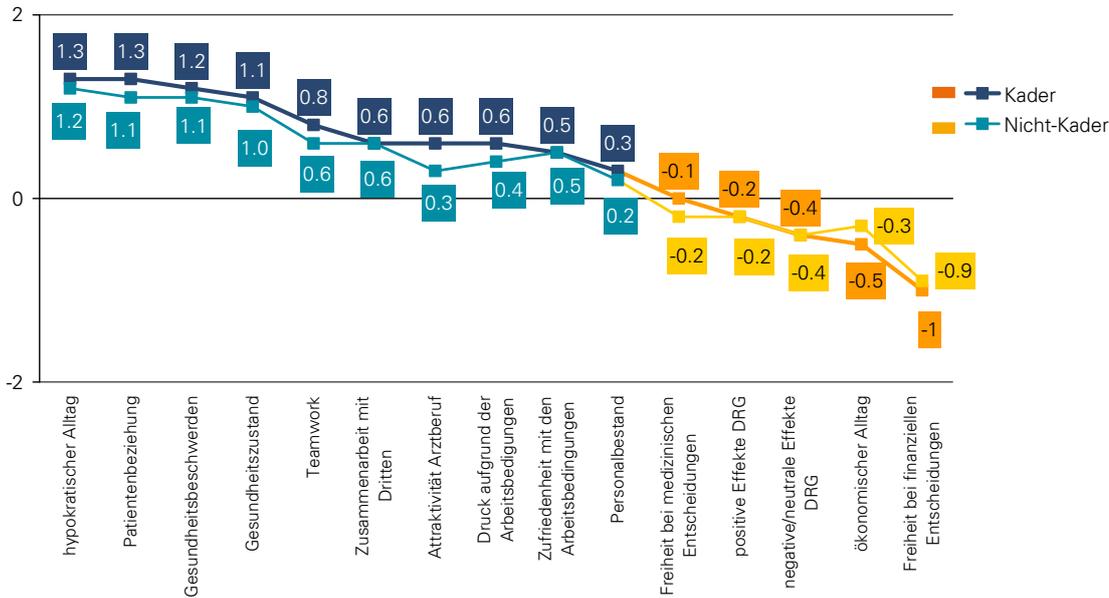


© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193)

**Grafik 121:**

## Zusammenzug Indizes Spitalärzte nach Kadereinteilung

Indizes Spitalärzte Mittelwerte nach Fallpauschalen normiert mit Maximum +2 & Minimum -2



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2011 (N = 1193) (n = 724/469)

## 5.3. gfs.bern-Team



LUKAS GOLDER

Senior-Projektleiter, Mitglied der Geschäftsleitung, Politik- und Medienwissenschaftler

Schwerpunkte:

Integrierte Kommunikations- und Kampagnenanalysen, Medienwirkungsanalysen, Abstimmungen, Wahlen. Modernisierung des Staates. Publikationen in Sammelbänden, Fachmagazinen, Tagespresse und auf Internet



CLAUDE LONGCHAMP

Verwaltungsratspräsident und Vorsitzender der Geschäftsleitung gfs.bern, Verwaltungsrat gfs-bd, Politikwissenschaftler und Historiker, Lehrbeauftragter der Universitäten Bern, Zürich und St. Gallen und an der Zürcher Hochschule Winterthur

Schwerpunkte:

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

Zahlreiche Publikationen in Buchform, in Sammelbänden, wissenschaftlichen Zeitschriften



MARTINA IMFELD

Politikwissenschaftlerin, Projektleiterin

Schwerpunkte: Analyse politischer Themen und Issues, nationale Abstimmungen und Wahlen, Wahlbarometer, VOX-Analysen, Kommunikations-Controlling, Medieninhaltsanalysen, Ad-hoc-Studien, Qualitativmethoden



JONAS PHILIPPE KOCHER

Politikwissenschaftler, wissenschaftlicher Mitarbeiter

Schwerpunkte:

Statistische Datenanalyse, EDV- und Befragungs-Programmierungen, Hochrechnungen, Medienanalysen, Visualisierung



STEPHAN TSCHÖPE

Politikwissenschaftler, wissenschaftlicher Mitarbeiter

Schwerpunkte:

Komplexe Datenanalytik, EDV- und Befragungs-Programmierungen, Hochrechnungen, Parteienbarometer, Visualisierung



ANDREAS STETTLER

Web-Solutions

Schwerpunkte:

Web-Services, Web-Applikationen, Datenbanken, Datenanalyse, Visualisierung



SILVIA-MARIA RATELBAND-PALLY

Administration

Schwerpunkte:

Desktop-Publishing, Visualisierungen, Projektadministration, Vortragsadministration

gfs.bern  
Hirschengraben 5  
Postfach 6323  
CH – 3001 Bern  
Telefon +41 31 311 08 06  
Telefax + 41 31 311 08 19  
info@gfsbern.ch  
www.gfsbern.ch