

# Infrastruktur- und Arbeitszeiterhebung Psychiatrie

oder «Zu kleine Schuhe Teil II» [1]

H. Lachenmeier\*

ROKO-Daten und Arbeitszeiterhebung der FMH wurden als Berechnungsgrundlage für den TARMED verwendet. Allerdings bildet die ROKO-Grösse «Praxisunkosten» bei psychiatrischen Praxen nicht die tatsächlichen Infrastrukturkosten ab. Aufgrund der Tarifsituation ist jeder Psychiater zu massiven Einschränkungen an der Praxisinfrastruktur gezwungen. Es wurden somit lediglich die «rationierten» Praxisunkosten erfasst – ein Artefakt, der zu einer zu tiefen Festlegung der Technischen Leistung geführt hat.

Gleichzeitig weist die FMH-Arbeitszeiterhebung im Bereich Psychiatrie anerkannte, methodische Mängel auf, die zu einer zu hohen Festlegung der Produktivität geführt haben.

SGP und SGKJPP beauftragten ein unabhängiges Institut mit einer Infrastruktur- und Arbeitszeiterhebung. Diese belegt einen grossen Nachholbedarf an Infrastruktur in psychiatrischen Praxen.

Die effektive Produktivität in psychiatrischen Praxen bewegt sich durchschnittlich zwischen 65,5% und 67,1%. Bei *dieser* Produktivität besteht bereits eine erhebliche emotionale Überlastung der psychiatrisch Tätigen, die mit dem Beschäftigungsgrad und der Anzahl Jahre in der Praxis zunimmt. Die Burnout-Problematik, die mit rund 40% endemisches Ausmass erreicht hat, darf nicht weiter tabuisiert werden.

Diese Verhältnisse müssen sich realitätsgerecht auf die Tarifgestaltung auswirken.

## Einleitung

Psychiater sind täglich mit der Erfahrung konfrontiert, dass die Honorierung ihrer Arbeit nur eine ungenügende Infrastruktur erlaubt, und dass erstaunlich viel sogenannt unproduktive Arbeitszeit anfällt. Ebenso alltäglich ist die Erfahrung, dass manche nicht-psychiatrische Kollegen monieren, Psychiater bräuchten ausser einem möbliertem Zimmer keine Infrastruktur und ausser «Zuhören» hätten sie nichts zu tun.

Im Zusammenhang mit dem TARMED, aber auch, um in der Ärzteschaft ein realistisches Bild der psychiatrischen Arbeitsbedingungen zu vermitteln, erteilten SGP und SGKJPP im Herbst 2001 einem unabhängigen Institut den Auftrag, eine repräsentative Erhebung zu Infrastruktur und Arbeitszeit in psychiatrischen Praxen der Schweiz durchzuführen [2]. Die wichtigsten Ergebnisse sollen hier dargestellt und diskutiert werden.

Insgesamt wurden 600 Praxen von Erwachsenen- und Kinderpsychiatern angeschrieben.

Die Rücklaufquote lag bei über 50%. 40% der versandten Fragebogen konnten in die Auswertung einbezogen werden.

## Infrastruktur

Mit einem Fragebogen wurde für 65 Infrastrukturmerkmale der Ist-Zustand erhoben und gleichzeitig erfragt, ob die betreffenden Merkmale für eine adäquate Strukturqualität einer psychiatrischen Praxis notwendig seien (= Soll-Wert). Es gab Fragen zu Raumprogramm, Einrichtung, Sekretariat, technischer Ausstattung, Sicherheit, Notfall und Raumpflege. Mit dem Vergleich zwischen Ist-Zustand und Soll-Wert sollten die Defizite bzw. der Nachholbedarf für eine professionelle Strukturqualität bestimmt werden.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Psychiater seit Jahren an eine eingeschränkte, um nicht zu sagen «rationierte» Infrastruktur gewöhnt sind. Die Durchsicht der Ergebnisse belegt auch bei den angegebenen Soll-Werten eine für ärztliche Praxen eher ungewöhnliche Bescheidenheit. Das zeigt sich z. B. daran, dass rund ein Viertel der Befragten als hochqualifizierte Fachleute sogar bereit sind, die gesamten Sekretariatsarbeiten wie auch die Raumpflege selbst zu erledigen. Die wichtigsten Feststellungen zur Infrastruktur sind in Tabelle 1 zusammengefasst:

Defizite bestehen in vielerlei Hinsicht. Das Raumangebot entspricht durchwegs nicht den professionellen Anforderungen: es fehlt an Büroraum, Gruppenraum, Wartezimmer, Archivraum und Patiententoiletten. Die Ausstattung erfüllt die medizinischen Anforderungen unzureichend. Selbst so grundlegende Eigenschaften wie schallisolierte Wände und Rollstuhlgängigkeit fehlen in drei Vierteln bzw. zwei Dritteln der Praxen.

Eine spezielle Rolle spielt die Ausstattung mit Videoanlagen. Diese ist für verschiedene Therapiemethoden *conditio sine qua non*; im institutionellen Rahmen gehört sie zur Basisausstattung. In den Praxen fehlt sie in über 80%! Auffälligerweise erachten sie nur rund 50% als not-

\* Präsident der ständigen Tarifkommission der SGP/SGKJPP.

Korrespondenz:  
Dr. med. Heiner Lachenmeier  
Breitenstrasse 20  
CH-8910 Affoltern am Albis

E-Mail:  
hlachenmeier@datacomm.ch

**Tabelle 1**

Die wichtigsten Feststellungen zur Infrastruktur (nach [2]).

	Ist-Zustand	Soll-Wert
<i>Raumangebot</i>		
Vom Sprechzimmer getrenntes Büro	46,3 % nein	69,3 % ja
Gruppenraum	82,4 % nein	52,5 % ja
Wartezimmer	10,7 % haben gar kein WZ, 27,5 % benutzen den Flur als Wartezimmer	77,5 % erachten separates Wartezimmer als wichtig (Diskretion)
Archivraum	72,1 % nein	70,9 % ja
Sep. Patiententoilette	78,7 % nein	63,9 % ja
<i>Einrichtung / Ausstattung / Sicherheit</i>		
Schallisolierte Wände	73,4 % nein	73,0 % ja
Rollstuhlgängigkeit	66,0 % nein	75,4 % ja
Patientenparkplatz	83,2 % nein	69,7 % ja
Lichttherapieausstattung	86,9 % nein	45,5 % ja
Praxissoftware	51,2 % haben keinerlei Praxissoftware, weder für Abrechnung, Krankengeschichte noch Medikompendium	67,2 % befürworten Abrechnungssoftware
Videoanlage	82,4 % nein	48,4 % ja
Türöffner vom Sprechzimmer aus	64,8 % nein	62,3 % ja
<i>Sekretariat</i>	75,8 % erledigen sämtliche Sekretariatsarbeit selbst	Insgesamt bewerten 76,2 % ein Sekretariat als notwendig.  51,6 % erachten ein eigenes Sekretariat als wichtig. Insbesondere für die Abrechnungen (50 %), die Korrespondenz (50 %) und das Akteneinordnen (44,7 %).  24,6 % erachten ein externes Sekretariat als Möglichkeit.
<i>Raumpflege</i>	44,7 % putzen die Praxis selbst	75 % erachten eine Raumpflege durch externe Kräfte als angemessen

wendig. Eine naheliegende Erklärung liegt u.a. darin, dass in der Krankenpflegeleistungsverordnung die Therapiekontrolle mit Video von der Leistungspflicht ausgeschlossen ist [3] (das ist so grotesk, wie wenn die Befundung von Rx-Aufnahmen durch Radiologen von der Leistungspflicht ausgeschlossen wäre). Somit ist der Videoeinsatz aus wirtschaftlichen Gründen praktisch unmöglich und wird in diesem Zusammenhang nicht angestrebt.

Die Sekretariatsarbeit wird heute von drei Vierteln aller Psychiater vollumfänglich selbst erledigt. Ebenso viele bewerten Sekretariatshilfe als notwendig. Die Mehrzahl benötigt ein eigenes Sekretariat, da ein beträchtlicher Anteil der Arbeit an die Praxis selbst gebunden ist. Besondere Bedeutung hat dies auch für die Zusammenarbeit mit anderen Ärzten und Zuweisern. So führt die bei fehlendem Sekretariat geringe Erreichbarkeit der Psychiater immer wieder zu unnötigen Reibungsverlusten in der Zusammenarbeit und zu verständlicher Missstimmung in der übrigen Ärzteschaft.

Die Zahlen bezüglich Raumpflege sprechen für sich selbst.

Neben den in Tabelle 1 angegebenen Bereichen bestehen zahlreiche weitere Defizite geringerer Bedeutung. So fehlen z.B. in mehr als einem Drittel der Praxen eine Teeküche oder ein Internetzugang.

Wenn alle Resultate zusammengefasst werden, dann zeigt sich erstens ein beträchtlicher Investitionsbedarf. Zweitens bedingt der Nachholbedarf an Raumangebot, Sekretariat und Raumpflege fixe, wiederkehrende Kosten.

Die Erhebung beziffert den durchschnittlichen Nachholbedarf auf Fr. 3200.– für ein zusätzliches Zimmer, Fr. 17663.– für ein eigenes Sekretariat und Fr. 950.– für die Raumpflege. Diese Zahlen beruhen auf den durch die Studienteilnehmer geschätzten Bedarf. *Sie sind unserer Ansicht nach völlig unzureichend.* In der Realität dürfte insbesondere der notwendige Mehraufwand für ein Sekretariat deutlich höher liegen, sowohl von den Personalkosten her wie auch aufgrund der Tatsache, dass der spezifisch dazu

**Tabelle 2**

Gesamtarbeitszeit nach Beschäftigungsklassen (nach [2]).

Beschäftigungsgrad	1–40%	41–60%	61–80%	81–100%	Total
Anzahl Teilnehmer	4	27	53	98	182
<i>Innerhalb und ausserhalb Praxis in Std. / Woche (Prozent)</i>					
– in Praxis	9,4 (81,7%)	23,1 (82,4%)	31,1 (83,3%)	39,6 (83,1%)	34,1 (83,1%)
– ausserhalb Praxis	2,1 (18,3%)	4,9 (17,6%)	6,2 (16,7%)	8,1 (16,9%)	6,9 (16,9%)
Total	11,5 (100%)	28,0 (100%)	37,3 (100%)	47,7 (100%)	41,0 (100%)
<i>Nach Art der Arbeit in Std. / Woche (Prozent)</i>					
– tarifwirksame Zeit	7,5 (67,6%)	17,7 (62,9%)	22,4 (60,0%)	30,2 (63,4%)	25,6 (62,5%)
– tarifunabhängige Zeit	0 (0%)	0,6 (2,3%)	1,2 (3,3%)	2,7 (5,6%)	1,9 (4,6%)
– unproduktive Zeit	3,6 (32,4%)	9,8 (34,8%)	13,7 (36,7%)	14,8 (31,0%)	13,5 (32,9%)
Total	11,1 (100%)	28,1 (100%)	37,3 (100%)	47,7 (100%)	41,0 (100%)

benötigte Raumbedarf nicht erfasst wurde. Auch die Kosten für Raumpflege sind höher: bei 2–3 Stunden pro Woche belaufen sie sich auf mindestens Fr. 2000.– bis Fr. 3000.– pro Jahr.

Insgesamt belegt die Erhebung die breite Palette an Bereichen, bei welchen bis heute in psychiatrischen Praxen Abstriche an der Infrastruktur gemacht werden. Von verschiedener Seite wurde moniert, dass z. B. die Kosten für die Raumpflege allemal bezahlbar wären. Im Kontext der Gesamtsituation ist diese Argumentation nicht zulässig. Aufgrund der Honorierungssituation ist jeder Psychiater zu empfindlichen Abstrichen an der Strukturqualität gezwungen. Entsprechend der eigenen Prioritätensetzung spart der eine eher an fachlichen Bereichen wie z. B. dem Video, der andere eher an strukturellen Dingen wie der Raumpflege.

**«Spezielle Infrastrukturkosten»**

Ein spezieller Kostenfaktor psychiatrischer Praxen, der sinngemäss der Infrastruktur zuzurechnen ist, ist der Teil der obligatorischen Weiterbildung in Psychotherapie, der selbst bezahlt werden muss. In einer retrospektiven Erhebung von 1992 [4] wird der Medianwert dieser Kosten während der Weiterbildung bei nachmaligen Praxispsychiatern mit Fr. 43 250.– angegeben (mit Spitzen über Fr. 200 000.–), bei institutionell Tätigen mit Fr. 7000.– (ebenfalls mit Spitzen über Fr. 200 000.–). In den letzten zehn Jahren dürften diese Kosten zugenommen haben.

Diese Kosten werden den angehenden Psychiatern als Äquivalent zu den Praxisinvestitionen der somatisch tätigen Kollegen «verkauft». Im Gegensatz zu den üblichen Praxisinvestitionen werden sie jedoch bei der Festlegung der Infrastrukturkosten noch nicht berücksichtigt.

Interessant ist in diesem Zusammenhang eine aktuelle Feststellung der KWFB [5]. Mit Inkraftsetzen des FMPG (Freizügigkeitsgesetz) müssten die Assistenten aller Fachrichtungen grundsätzlich selbst für die Kosten ihrer Weiterbildung aufkommen (Schätzungen aus dem Kanton Waadt gehen je nach Fachgebiet von Fr. 40 000.– bis Fr. 50 000.– pro Jahr und Kandidat aus). Dies sei aufgrund der hohen Kosten, auch bei der Möglichkeit, einen Teil durch Arbeit abzugelten, nicht möglich. – Diese Unmöglichkeit wird indessen seit jeher den Psychiatern mit bis über Fr. 200 000.– zugemutet.

**Arbeitszeit**

Bei der Arbeitszeiterhebung wurde in einer zweiwöchigen Periode die gesamte Arbeitszeit innerhalb und ausserhalb der Praxis (Konsilien, Notfallbesuche, Administration, allfällige Lehrtätigkeit usw.) erhoben. Dabei wurden die Anteile tarifwirksamer Zeit (Krankenkassen, MV, UV, IV), bezahlter, aber tarifunabhängiger Arbeitszeit (z. B. als Supervisor) und die Pausenzeiten separat erhoben. Mit einer Reihe von Zusatzfragen wurden Angaben zum Beschäftigungsgrad, zu allfälligen Besonderheiten der Erhebungsperiode, zur Arbeitsbelastung und zur Dauer der Praxistätigkeit erfasst.

Die ermittelten Arbeitszeiten wurden mit dem selbst angegebenen Beschäftigungsgrad und der Normarbeitszeit gemäss TARMED verglichen. Ausreisser wurden von der weiteren Auswertung ausgeschlossen. Es blieben 182 Teilnehmer, bei welchen der angegebene Beschäftigungsgrad annähernd mit der tatsächlichen Arbeitszeit übereinstimmt.

**Tabelle 3**

Produktivität in Abhängigkeit vom Beschäftigungsgrad (nach [2]).

Beschäftigungsgrad	1–40%	41–60%	61–80%	81–100%	Total
P 1: gesamte bezahlte Arbeitszeit / gesamte Arbeitszeit	71,9%	65,2%	63,3%	69,0%	67,1%
P 2: tarifwirksame Arbeitszeit / gesamte Arbeitszeit minus tarifunabhängige Arbeitszeit	71,9%	64,4%	62,1%	67,2%	65,5%

Die Mehrzahl der verbliebenen Teilnehmer arbeiten zwischen 80 und 100 Prozent, ein erheblicher Anteil zwischen 60 und 80 Prozent. Die Details sind in Tabelle 2 zusammengefasst.

Die tarifunabhängige, bezahlte Arbeitszeit macht gesamthaft weniger als 5% aus und erreicht lediglich im Bereich 80- bis 100prozentiger Beschäftigung eine gewisse Bedeutung.

**Produktivität**

Besonders interessierte die Produktivität, die sich aus den erhobenen Arbeitszeiten ergab. Sie wurde nach zwei Formeln errechnet:

P1 entspricht dem Verhältnis der gesamten bezahlten Arbeitszeit zur Gesamtarbeitszeit (die Pausenzeiten sind dabei bereits abgezogen). Dabei wird davon ausgegangen, dass sich die unbezahlte Arbeitszeit gleichmässig auf die tarifwirksame und anderweitig bezahlte Arbeit verteilt.

P2 geht davon aus, dass bei tarifunabhängiger Arbeit die gesamte Arbeitszeit bezahlt ist (mithin die gesamte unbezahlte Arbeitszeit der Psychiater in Bezug zur tarifwirksamen Arbeitszeit steht).

Die Resultate sind in Tabelle 3 zusammengefasst:

Real liegt die Produktivität zwischen P1 und P2 und bewegt sich im Schnitt zwischen 65,5% und 67,1%. Dieser Wert liegt deutlich unter den 85% der FMH-Arbeitszeiterhebung von 1995/96. Von psychiatrischer Seite wurde jenes Resultat vom Moment der Publikation an in Frage gestellt. Der FMH-Präsident bestätigte unlängst, dass die damalige Arbeitszeiterhebung im Bereich Psychiatrie methodische Mängel aufweist, und deren Resultat in Frage zu stellen ist [6]. Das ist von grösster Bedeutung, da die Festsetzung der Produktivität der Psychiater im TARMED nach wie vor auf jenem fragwürdigen Resultat beruht.

**Zusatzfragen**

Neben den nackten Zahlen interessierte zusätzlich, wie die Arbeitszeiten in Bezug zum Erleben der Arbeit beziehungsweise der Belastung stehen. In Tabelle 4 sind die wichtigsten Resultate dargestellt.

Die Arbeitsbelastung wird von fast der Hälfte als zu hoch empfunden, und 45% erleben eine ungebührliche Einschränkung des Privatlebens. Durchschnittlich 41% geben manifeste Burnout-Phänomene an.

Diese Zahlen korrelieren sehr gut mit den Daten einer Dissertation [7], die 1999 Burnout

**Tabelle 4**

Zusatzauswertung Arbeitszeit (nach [2]).

Variable	Ja	Nein	Missing	Total
Arbeitsbelastung zu gering	3 (1%)	234 (97%)	4 (2%)	241
Arbeitsbelastung gerade richtig	129 (54%)	105 (44%)	7 (3%)	241
Arbeitsbelastung zu hoch	119 (49%)	110 (46%)	12 (5%)	241
Steigerung Arbeitszeit ohne Gesundheitsgefährdung möglich	28 (12%)	211 (88%)	2 (1%)	241
Ungebührliche Einschränkung Privatleben durch Arbeitslast	108 (45%)	127 (53%)	6 (2%)	241
Burnout-Gefährdung	125 (52%)	111 (46%)	5 (2%)	241
Burnout-Phänomene vorhanden	100 (41%)	135 (56%)	6 (2%)	241

Tabelle 5

Beschäftigungsgrad bezogen auf Anzahl Jahre in der Praxis (nach [2]).

Jahre in Praxis	Total	Beschäftigungsgrad			
		1–40%	41–60%	61–80%	81–100%
0–5	33%	74,8%	31%	42%	26%
6–10	30%	19%	29%	24%	35%
11–15	17%	6,2%	13%	23%	16%
16–20	10%	0%	15%	6%	11%
21–25	8%	0%	10%	2%	11%
>25	2%	0%	2%	3%	1%
Total	100%	100%	100%	100%	100%

bei den psychiatrisch tätigen Ärzten im Kanton Zürich untersuchte. Dort wurde bei 38% der Praxispsychiatern ein mittleres oder schweres Burnout-Syndrom festgestellt.

In der Erhebung von Frei [2] zeigt die Korrelation der Faktoren «zu hohe Arbeitsbelastung», «ungebührliche Einschränkung des Privatlebens», «Burnout-Gefährdung» und «Burnout-Phänomene» mit dem Beschäftigungsgrad, dass die aufgezählten Faktoren mit steigendem Beschäftigungsgrad zunehmen. Bei den 81% bis 100% Beschäftigten geben 65% eine Burnout-Gefährdung an, bei 44% bestehen bereits Burnout-Phänomene.

Natürlich interessiert dabei auch der zeitliche Längsschnitt, das Verhältnis des Beschäftigungsgrads zu den Jahren in der Praxis (Tabelle 5).

Es fällt auf, dass im Bereich 6–10 Jahre der Anteil an Vollzeitbeschäftigten am höchsten ist. In den folgenden fünf Jahren sinkt der Beschäftigungsgrad deutlich ab. Ein Zusammenhang mit der Burnout-Problematik ist wahrscheinlich. Um diesen Zusammenhang definitiv nachzuweisen, sind die vorliegenden Zahlen nicht ausreichend. Es sind dringend entsprechende Untersuchungen notwendig. Immerhin entspricht die geäußerte Vermutung der Erfahrung, dass nach etwa 10 Jahren Praxistätigkeit die Burnout-Problematik zunimmt.

## Exkurs Burnout

Die spezielle Burnout-Problematik bei psychiatrisch Tätigen wird immer wieder in Frage gestellt. Oft wird eine Mimosenhaltung der Psychiater postuliert. Selbst unter Psychiatern wird die Thematik noch gelegentlich unter den Tisch gewischt. Die Zahlen und die Erfahrung sprechen jedoch eine deutliche Sprache. Wir müssen uns hüten, in einer Art «emotionalem Machoverhalten» darüber hinwegzugehen. Die Folgen sind für den Berufsstand (Erkrankungen der Betroffenen, Reduktion der Lebensarbeitszeit mit entsprechender Einkommenseinbusse, Verstärkung der Nachwuchsproblematik) wie auch für die Patienten (Verminderung der Behandlungsqualität) verheerend.

Es sei daran erinnert, dass nicht nur die epidemiologischen Daten und die psychologischen Hintergründe bekannt sind. Wir können heute auch die wesentlichen neurophysiologischen Mechanismen benennen, die zu einer schnelleren und stärkeren Ermüdung bei emotionalen vis-à-vis intellektuellen Anforderungen führen.

## Literatur

- 1 Lachenmeier H. Das merkwürdige Diktat der zu kleinen Schuhe: Psychotherapie und Kosten. Schweiz Ärztezeitung 2002;83(7):315-9.
- 2 Frei A, HealthEcon Basel. Infrastruktur- und Arbeitszeiterhebung der Schweizer Psychiater. 2002 (siehe [www.psychiatrie.ch](http://www.psychiatrie.ch)).
- 3 Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, KLV (Stand am 28.12.2001).
- 4 Schenkel H, Michel K, Valach L. Die Weiterbildung zum Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH: rückblickende Beurteilung durch die Psychiater. Teil 2. Schweiz Arch Neurol Psychiatr 1992;143(2):161-72.
- 5 Beschlussprotokoll der Plenarsitzung KWFB vom 21.3.2002.
- 6 Brunner HH. Aktennotiz betreffend Aussprachen FMH und ZMT/MTK mit SGP/SGKJPP vom 12.2.02; Suva Luzern.
- 7 Amstutz M. Burnout bei den psychiatrisch tätigen Ärztinnen und Ärzten im Kanton Zürich. Dissertation. Universität Zürich 1999.