

titel

Auf dem Weg von der Dach- zur politischen Bewegungsorganisation gut aufgestellt, aber noch ungenügend

Politverdrossene Ärzteschaft gewichtet politische Einflussnahme sehr hoch

Schlussbericht zur Mitglieder-Befragung der FMH

Projektteam:

Lukas Golder, Senior-Projektleiter

Claude Longchamp, Institutsleiter

Laura Kopp, Projektleiterin

Jonas Kocher, Projektassistent

Silvia Ratelband-Pally, Administratorin



Management Summary

Das Mandat und die Datenbasis

Die FMH hat gfs.bern beauftragt, eine Mitglieder-Befragung durchzuführen. Folgende Erkenntnisse über die Mitglieder werden mit der Studie angestrebt:

- Bedürfnisse und die berufspolitischen Interessen
- Gemeinsame und breit akzeptierte Basis des Handelns
- Haltung zu den strategischen Zielen und zur Ausrichtung der FMH
- Einstellungen gegenüber der FMH, eine Leistungsbeurteilung und die Erwartungen an den Verband

Die Erstellung des Fragebogens erfolgte in einer gemeinsamen Sitzung. Die Befragung fand in der Regel online statt, wobei bei spezifischen Zielgruppen telefonisch nachgehakt wurde. Sämtliche ca. 30'000 Mitglieder der FMH wurden per E-Mail oder per Briefpost mindestens einmal kontaktiert und mehrmals in der Schweizerischen Ärztezeitung zur Teilnahme aufgefordert. Die Befragung fand zwischen dem 16. und 26. Februar 2009 statt. Die Befragung wurde anschliessend um eine Woche verlängert, um den Rücklauf noch zu erhöhen. Der Rücklauf wurde fortlaufend kontrolliert. Mit spezifischen Erinnerungen und mit Nachtelefonieren wurde das gesamte Berufsspektrum möglichst gut abgebildet.

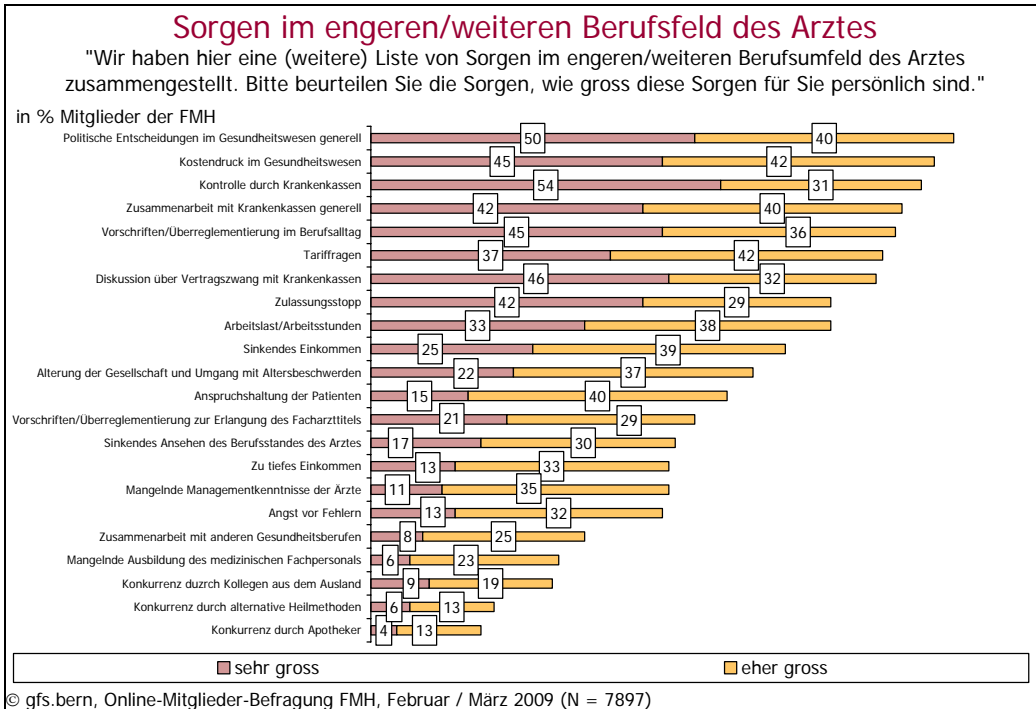
Der finale Datensatz entspricht geografisch, vom Geschlecht, von den verschiedenen Facharztstiteln und Beitragsgruppen in hohem Mass der Grundgesamtheit. Trotzdem wurden Geschlecht und Kantonszugehörigkeit noch auf die exakten Werte gewichtet, damit die Struktur der Daten optimiert wird. Etwas untervertreten sind Mitglieder, die nicht mehr berufstätig oder pensioniert sind und die oft auch nicht mit Mail, sondern per Briefpost angeschrieben werden mussten. Die Schwierigkeiten in diesen Gruppen wurden allerdings erwartet, da sowohl ihr Interesse an der FMH als auch deren Online-Affinität geringer sind. Mit der Telefonaktion wurde aber auch dieser Gruppe spezifisch nachtelefoniert. Insgesamt gehen wir von einer höchstens schwachen Involvierungsverfälschung aus.

Schliesslich nahmen 7'897 Ärztinnen und Ärzte an der Befragung teil, was einer Ausschöpfung von 23% entspricht. Solch hohe Ausschöpfungsraten sind bei dieser Zielgruppe üblicherweise mit Telefonumfragen kaum zu erreichen, was für die richtige Wahl der Befragungsmethode spricht. Der theoretische Stichprobenfehler bei einer reinen Zufallsstichprobe beträgt 1.0 Prozentpunkte bei einem Ausgangswert von 50%.

Politische Situation bedrückt den Berufsalltag

Die Gesundheitspolitik erschwert die Berufsausübung der Ärztinnen und Ärzte. Aus einer grossen Palette möglicher Sorgen im engeren und weiteren Berufsumfeld erachten 90% die generellen politischen Entscheidungen im Gesundheitswesen als sehr oder eher grosse Sorge. Dahinter folgt der Kostendruck im Gesundheitswesen (87%), welcher als wichtigste Sorge sogar noch knapp vor den politischen Entscheidungen im Gesundheitswesen am meisten genannt wurde. Die Vorschriften, die Überreglementierung und die Kontrolle durch, respektive die Zusammenarbeit mit Krankenkassen lasten ebenfalls deutlich stärker auf den Schultern der Ärztinnen und Ärzte als beispielsweise die Konkurrenzsituation, die Arbeitslast, die Anspruchshaltung der PatientInnen oder die Angst vor Fehlern.

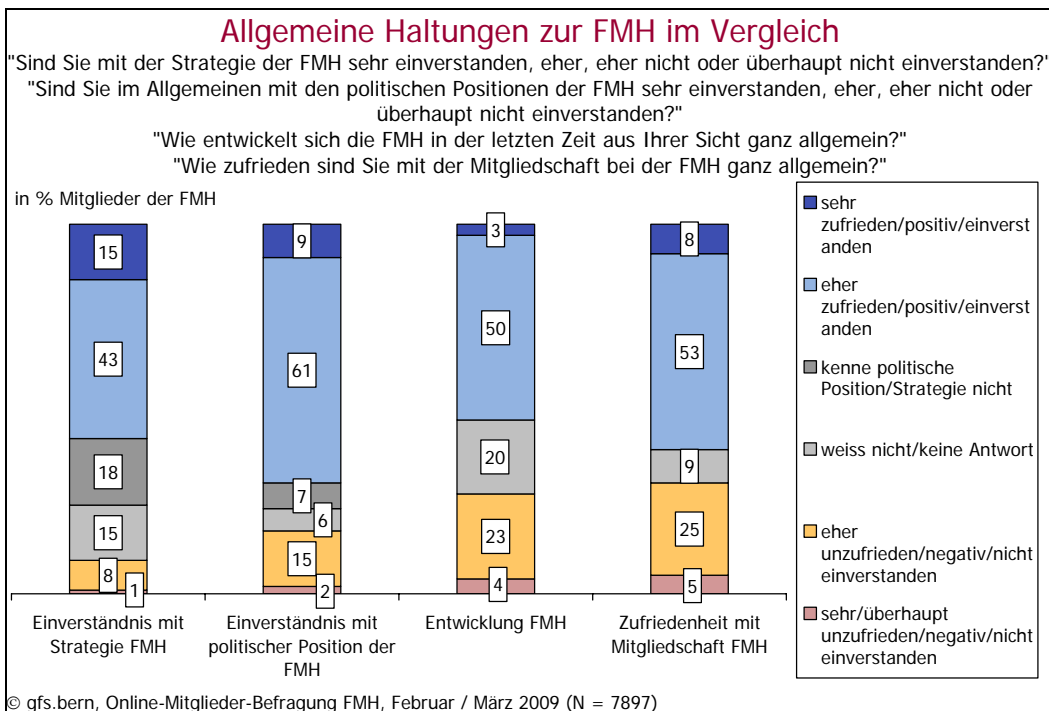
Grafik 1:



FMH strategisch in Ordnung aber operativ nicht zur vollen Zufriedenheit aller

Das allgemeine Unbehagen mit der politischen Situation drückt sich auch indirekt gegenüber der FMH aus. Nur ein Drittel der Mitglieder fühlt sich sehr oder eher stark an die FMH gebunden und für 42% steht der simple FMH-Titel für die Mitgliedschaft im Vordergrund und nicht die Interessenvertretungen oder die Dienstleistungen der FMH.

Grafik 2:

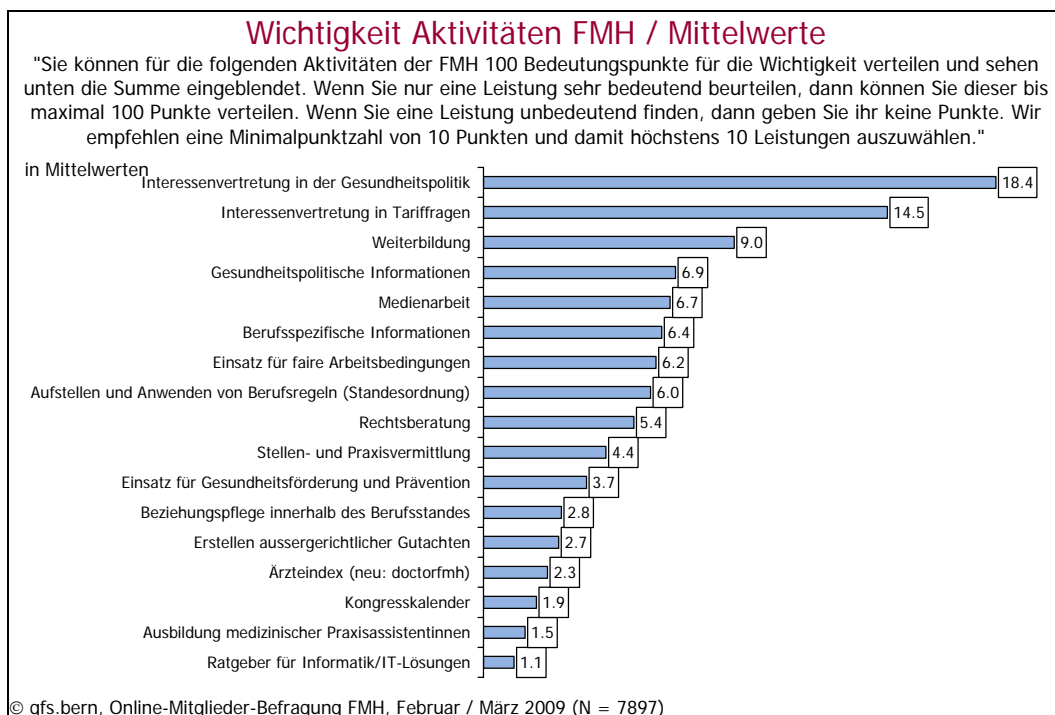


Zwar gibt es wenig Opposition gegen die oft auch unbekannte Strategie der FMH und eine Mehrheit von 70% ist mit der politischen Position der FMH einverstanden. Andererseits stehen aber nur sehr wenige Mitglieder voll und ganz hinter der Strategie oder der politischen Positionierung. Noch mehr Unzufriedenheit scheint bei der Entwicklung der FMH und bei der Zufriedenheit durch. Zwar äussern sich Mehrheiten auch hier zugunsten der FMH, mehr als ein Viertel ist aber unzufrieden.

Von der Standesorganisation zur politisch bewegten Organisation

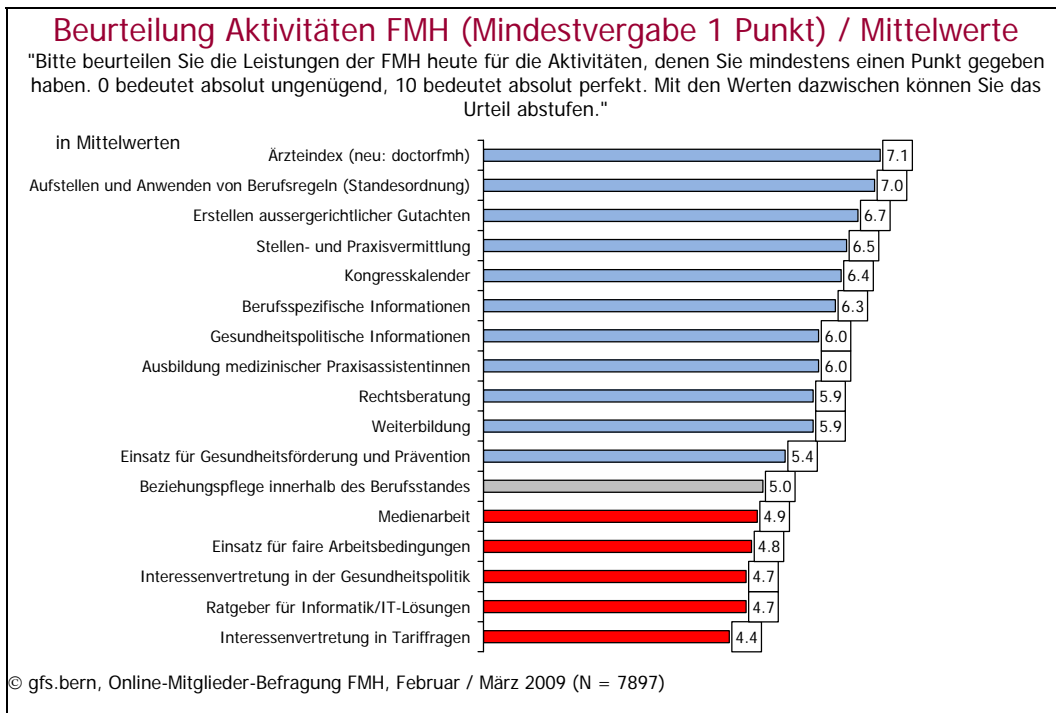
Die Interessenvertretung in der Gesundheitspolitik wurde von den Mitgliedern klar am wichtigsten auf einer Liste zentraler FMH-Aktivitäten eingestuft. Im Mittel wurde sie als doppelt so bedeutsam bewertet als die Weiterbildung, welche immerhin als die dritt wichtigste Aktivität identifiziert wurde. Noch vor der Weiterbildung steht die Interessenvertretung in den Tariffragen. Die allgemeine und direkte politische Interessenvertretung ist also in der heutigen Zeit aus der Sicht der Mitglieder die Kernaufgabe der FMH.

Grafik 3:



Sobald die Befragten einer Aktivität eine minimale Wichtigkeit von einem Punkt zuordnen, konnte man diese Aktivitäten auch bewerten. Die Bilanz ist klar: Gerade die besonders wichtigen politischen Aktivitäten werden im Schnitt kritisch bewertet, während die klassischen Aktivitäten der Berufsorganisation wie Weiterbildung, Informationstätigkeit und Standesordnung relativ positiv bewertet werden.

Grafik 4:

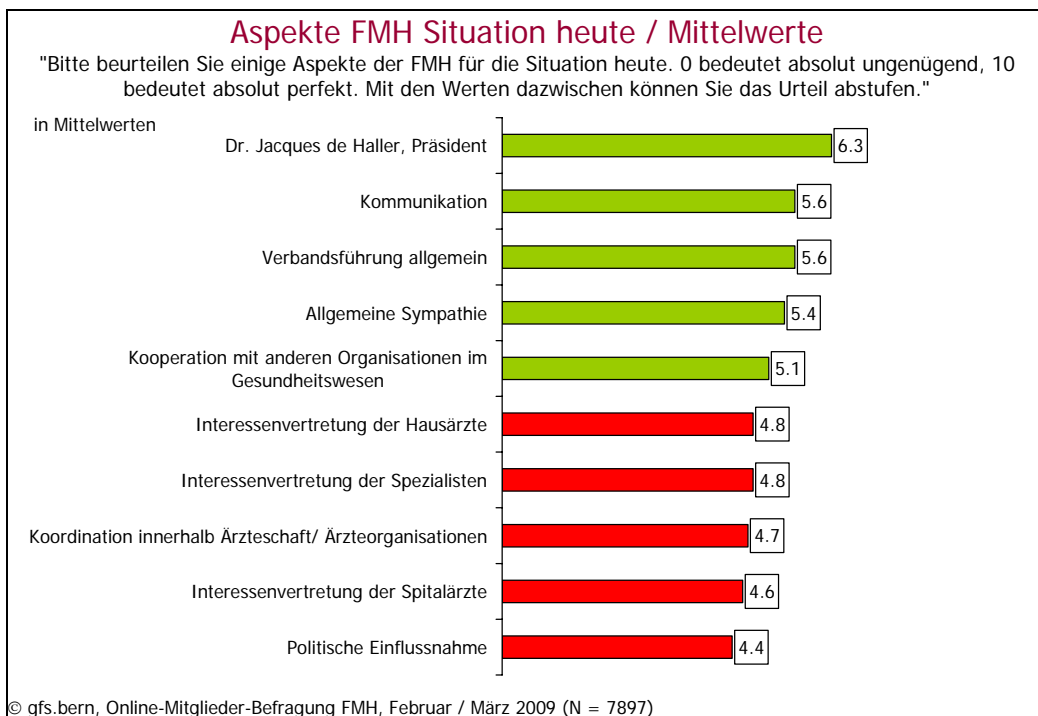


Bei der Bewertung der Interessenvertretung in der Gesundheitspolitik wird auch eine eigentliche Polarisierung unter den Mitgliedern sichtbar: 38% geben (eher) positive Urteile ab, 41% sind kritisch mit dieser FMH-Tätigkeit. Die FMH hat zwar offenbar die richtige politische Haltung, bringt diese aber für Viele nicht effektiv genug in das politische System ein. Bei den Tariffragen, die unmittelbar in den Berufsalltag einfließen, ist das negative Urteil noch stärker verbreitet (32% positiv / 45% kritisch).

Einzelne Schwächen bei Aktivitäten sind erkennbar in der Medienarbeit, beim Einsatz für faire Arbeitsbedingungen, und als Ratgeber bei Informatik und IT-Lösungen. Solche Aktivitäten sind aber deutlich weniger wichtig und deshalb nicht von strategischer Bedeutung für die Mitglieder. Aus einer Liste von Zusatzaktivitäten wurden ebenfalls die schnellen öffentlichen Stellungnahmen zu politischen Entscheidungen und die Zusammenstellung wichtiger gesundheitspolitischer Beiträge als besonders sinnvoll erachtet.

Die Grundvoraussetzungen für eine Verbesserung der Situation scheinen aber in Ansätzen vorhanden. Image, Kommunikation und Führung der FMH werden gut bewertet und auch die Kooperationsfähigkeit scheint in Ordnung. Der Präsident ist nach der Kommunikation und der Verbandsführung allgemein ein positiver Imagetreiber und trifft vor allem in der französischsprachigen Schweiz auf Sympathie. Die vom Präsidenten sehr offensiv kommunizierte Rücktrittsforderung an den Gesundheitsminister innerhalb der Befragungszeit dürfte sogar einen messbar positiven kurzfristigen Effekt auf mehrere Indikatoren der Befragung gehabt haben. Diese Form von Interventionen scheint den Nerv vieler Befragter zu treffen.

Grafik 5:



Es harzt bei einer Mehrheit bei der Interessenvertretung aller Typen von Ärztinnen und Ärzten, bei der Koordination innerhalb der Ärzteschaft und am stärksten bei der politischen Einflussnahme. Die FMH ist zwar nicht schlecht aufgestellt, ihr Einfluss auf die Politik wird aber als ungenügend bewertet.

Analyse der Zufriedenheit mit der FMH

Als Gruppen sind tendenziell SpezialistInnen, Hausärztinnen und Hausärzte sowie auch Männer generell mit der FMH unzufriedener. Angestellte und Mitglieder, die nicht mehr berufstätig oder pensioniert sind, sind eher zufriedener. Auch dies spricht dafür, dass gerade diese Gruppen zurzeit am ehesten unzufrieden sind, die monetär und im Berufsalltag am direktesten von der Gesundheits- und Tarifpolitik abhängen.

Die grösste Abhängigkeit zwischen Zufriedenheit und einzelnen Indikatoren besteht dann auch folgerichtig und erwartungsgemäss zwischen der Interessenvertretung in der Tarifpolitik resp. der Gesundheitspolitik allgemein und der Zufriedenheit. Wer in diesem Bereich Kritik anbringt, ist mit klar höherer Wahrscheinlichkeit mit der FMH unzufriedener.

Trotzdem können Weiterentwicklungen im Bereich e-health, die Weiterbildung generell, Standards für das Rettungswesen, Ermässigungen für kulturelle und sportliche Anlässe und berufsspezifische Informationen das Urteil über die FMH verbessern. Es besteht auch als klassische Standesorganisation ausserhalb der Politik ein Fundament, welches sich weiter pflegen und ausbauen lässt.

Die Thesen

Wir formulieren die folgenden Thesen:

These 1: Die Haltung zu den strategischen Zielen und zur Ausrichtung der FMH.

Die politischen Entwicklungen seit dem KVG haben die Ärzteschaft erheblich politisiert und frustriert. Die politische Tätigkeit der FMH hinkt dieser Entwicklung nach und es besteht Verbesserungsbedarf.

These 2: Die Bedürfnisse und die berufspolitischen Interessen.

Die Bedürfnisse der Mitglieder erweitern sich vom FMH-Titel, verbunden mit Ausbildung und Information hin zu einer intensivierten Interessenpolitik im Gesundheitswesen, zu mehr politischer Einflussnahme und zu mehr Öffentlichkeitsarbeit.

These 3: Gemeinsame und breit akzeptierte Basis des Handelns.

Die FMH erfüllt das Soll bei den klassischen Leistungen. Verbandsführung und -kommunikation werden relativ gut bewertet. Damit ist die Basis für die Erweiterung der Verbandsaktivitäten gegeben.

Diese ist nötig, denn die politische Interessenvertretung wird im Schnitt als ungenügend bewertet, und sie polarisiert auch mehr als die klassischen Leistungen.

These 4: Einstellungen gegenüber der FMH, Leistungsbeurteilung und die Erwartungen an den Verband.

Die Standesorganisation soll in eine Bewegungsorganisation umgewandelt werden. Zukünftige Kernelemente werden Interessenvertretung, Lobbying und Public Affairs sein. Zur Führung des Verbandes wird Campaigning hinzukommen müssen.

Inhaltsverzeichnis

1. DIE EINLEITUNG	9
1.1. DAS MANDAT UND DIE FRAGESTELLUNG	9
1.2. DAS STUDIENDESIGN	9
1.3. DER FRAGEBOGEN.....	10
1.4. DIE DURCHFÜHRUNG DER STUDIE UND DIE AUSSCHÖPFUNG	11
1.5. DIE DATENAUSWERTUNG UND DIE GRAFISCHE DARSTELLUNG	12
2. DIE BEFUNDE	13
2.1. DIE BERUFSITUATION, DIE POLITISCHE SITUATION UND DIE SORGEN	13
2.1.1. Die Zwischenbilanz	19
2.2. DIE GRUNDSÄTZLICHEN HALTUNGEN ZUR FMH	19
2.2.1. Die Zwischenbilanz	26
2.3. DIE WICHTIGKEIT UND DIE BEURTEILUNG DER TÄTIGKEITEN	26
2.3.1. Die Zwischenbilanz	31
2.4. DIE IMAGEFAKTOREN UND DIE ALLGEMEINEN URTEILE ÜBER DIE FMH	32
2.4.1. Die Zwischenbilanz	34
2.5. DIE VERTIEFTE ANALYSE DER ZUFRIEDENHEIT UND DER SYMPATHIE	34
2.5.1. Die Zwischenbilanz	35
3. DIE SYNTHESE	36
ANHANG.....	38
DAS GFS.BERN TEAM.....	38

1. Die Einleitung

1.1. Das Mandat und die Fragestellung

Der Zentralvorstand der FMH hat im Rahmen seines Strategieprozesses am 29.10.08 entschieden, die Durchführung einer Mitgliederbefragung ins Auge zu fassen. Auf Basis eines Konzeptentwurfs wurde zunächst geprüft, die Befragung intern zu leisten. Schliesslich wurde nach einer Ausschreibung der Studie entschieden, das Forschungsinstitut gfs.bern mit der Durchführung zu betrauen.

Folgende Erkenntnisse über die Mitglieder werden mit der Studie angestrebt:

- Bedürfnisse und die berufspolitischen Interessen.
- Gemeinsame und breit akzeptierte Basis des Handelns.
- Haltung zu den strategischen Zielen und zur Ausrichtung der FMH.
- Einstellungen gegenüber der FMH, eine Leistungsbeurteilung und die Erwartungen an den Verband.

Dank präziser Beschreibungen der Haltungen der Mitglieder und der Erwartungen an die FMH soll die Strategieplanung des Zentralvorstandes der FMH verbessert werden. Ein Nebenziel war die Involvierung der Mitglieder und die Beziehungspflege zwischen Vorstand und Mitgliedern. Zudem soll die Befragung grundsätzlich so konzipiert werden, dass zu einem späteren Zeitpunkt im Sinne eines Monitoring gewisse Indikatoren wieder erhoben werden können.

1.2. Das Studiendesign

Aufgrund der erhöhten Kostensensibilität hat sich der Auftraggeber von Anfang an für eine Vollerhebung mittels einer Online-Befragung entschieden. Die Vor- und Nachteile der Online-Methode wurden gemeinsam mit dem Auftraggeber diskutiert. Online-Befragungen sind dann ein adäquates Befragungsmittel, wenn die Grundgesamtheit namentlich bekannt ist und entsprechend der Rücklauf personalisiert kontrolliert werden kann. Beides ist im vorliegenden Fall gegeben. Gleichzeitig wurden verschiedene Massnahmen getroffen, um absehbare Probleme mit der Ausschöpfung frühzeitig zu verringern.

Konzeptionell stützten wir uns auf die Vorarbeiten, Erkenntnisse und Studien der FMH einerseits sowie eigene Studien im gesundheitspolitischen Bereich, welche neben der Öffentlichkeit teilweise auch Befragungen von Ärztinnen und Ärzten sowie anderer, in die Gesundheits- und Sozialpolitik involvierten Stellen beinhalteten. Wir gehen davon aus, dass nach der Einführung des KVG im Jahr 1994 die Kostendiskussion intensiviert und die Gesundheitspolitik zunehmend politisiert wurde. Diese Veränderung führte zu Irritationen bei allen Interessengruppen und entsprechend zu einer Intensivierung der politischen Arbeit und des politischen Lobbyings.

Gleichzeitig griffen wir auch auf Erkenntnisse von verschiedenen Studien in der Verbandsarbeit zurück. Allgemein orientieren wir uns auf der im Jahr 2005 formulierten These eines Trends hin zu einer Synthese des politischen Lobbying und des Campaigning – also der

klassischen politischen Einflussnahme und der Kampagnenführung über Issues, welche zu einer öffentlichen Meinungsbildung führen (<http://www.k-trends.ch/campaigning/lobbying-campaigning.php>). Dieser Trend beeinflusst die strategische Führung von Verbänden und insbesondere diejenige der Kommunikation.

1.3. Der Fragebogen

Auf Basis der Vorarbeiten der FMH und der daraus bereits in der Offerte erarbeiteten Module des Fragebogens entwickelte gfs.bern einen ersten Entwurf. Die definitive Erstellung des Fragebogens erfolgte danach in einer gemeinsamen Sitzung.

Folgende Module wurden im Fragebogen mindestens ansatzweise behandelt:

- A. Grundlegende Erwartungen an die FMH
 - Zufriedenheit mit der Mitgliedschaft
 - Grund der Mitgliedschaft
 - Aufgabenprioritäten gegen innen und gegen aussen
 - Einstellung zur FMH-Strategie und zur FMH-Entwicklung
 - Haltung zu Kosten und Dienstleistungen / Kosten-Nutzen
- B. Verhalten / Leistung der FMH
 - Gute und schlechte Verhaltensbeispiele
 - Leistungsbewertung: Weiter- und Fortbildung, Tarifwesen, Qualitätssicherung, Prävention, etc.
 - Gewünschte Zusatzleistungen / Dienstleistungen / grösste Bedürfnisse (inkl. Zahlungsbereitschaft)
- C. Wahrnehmung, Image und Kommunikation der FMH
 - Imageurteile im Vergleich zu anderen Standesorganisationen
 - Imageurteile mit spezifischen Reputationsfaktoren
 - Verhältnisse zwischen den Trägerorganisationen (Basisorganisationen, Fachgesellschaften, Dachverbände, etc.) und der FMH
 - Vergleichende Bewertungen und Bindungen an Trägerorganisationen
- D. Themen im Berufsalltag und inhaltliche Themenarbeit der FMH
 - Schwierige Themen / Sorgen im Berufsalltag
 - Politische Streitfragen Gesundheitspolitik
 - Erwartete Themenaktivitäten wie bspw. e-Health, Gesundheitsförderung, Krankenkassen, politische Kampagnen
- E. Personeneigenschaften und Strukturdaten
 - Alter
 - Geschlecht
 - Kanton
 - Sprache
 - Tätigkeitsbereich (z.B. Hausarzt; Spezialist ambulant; Spezialist stationär nicht operativ; Spezialist stationär operativ; in Weiterbildung; nicht als Arzt tätig; pensioniert)
 - Berufstyp (angestellt/selbständig)
 - Arbeitspensum

- Chargiert (Funktionsträger bei FMH oder Ärzteorganisation)
- Politisches Amt (Stadt/Gemeinde, Kanton, Bund)

In der gemeinsamen Sitzung wurde grosser Wert darauf gelegt, die Befragung nicht allzu lange werden zu lassen. Schliesslich dauerte das Ausfüllen der Befragung im Durchschnitt 16 Minuten.

1.4. Die Durchführung der Studie und die Ausschöpfung

Sämtliche ca. 30'000 Mitglieder der FMH wurden per E-Mail über die der FMH bekannte Mailadresse oder per Briefpost mindestens einmal kontaktiert und mehrmals in der Schweizerischen Ärztezeitung zur Teilnahme aufgefordert. Die Kontaktierung erfolgte direkt durch die FMH, so dass die Anonymität bereits auf dieser Stufe so hoch wie möglich gehalten wurde. gfs.bern als Institut und alle Kadermitarbeitenden persönlich sind Mitglied des Branchenverbandes VSMS und damit an strenge Auflagen im Bereich des Persönlichkeitsschutzes gebunden (www.swissresearch.org).

Die Befragung fand zwischen dem 16. und 26. Februar 2009 statt. Die Befragung wurde anschliessend um eine Woche verlängert, um den Rücklauf noch zu erhöhen. Es tauchten relativ wenige technische Probleme auf, wobei gfs.bern per Mail oder Telefon für technische Fragen zur Verfügung stand. In einer kurzen Zeitspanne zwischen Sonntag, 22.2.09, 16.50 und Montagmorgen 09.20 Uhr war wegen eines Programmierfehlers für gewisse Facharztgruppen der Zugang zum Server nicht möglich. Wir gehen aufgrund der ausgefüllten Fragebögen zu vergleichbaren Zeiten davon aus, dass nur eine sehr kleine Gruppe von diesem Fehler betroffen war.

Im Befragungsverlauf forderte der FMH-Präsident in der Sonntagspresse den Gesundheitsminister zum Rücktritt auf. Die Rücktrittsforderung wurde anschliessend breit in den Medien aufgenommen. Wir haben diese Intervention als Variable gespeichert, um allfällige Einflüsse dieser Intervention auf die Resultate der Befragung zu messen.

Der Rücklauf wurde fortlaufend kontrolliert. Mit spezifischen Erinnerungen per Mail und in der Schweizerischen Ärztezeitung – mit direktem Aufruf an untervertretene Gruppen - und mit Nachtelefonieren wurde das gesamte Berufsspektrum möglichst gut abgebildet. Die telefonische Nachfassaktion beinhaltete spezifische Facharzttitel und Mitglieder, die bereits über 40 Jahre in der FMH Mitglied sind. Diese telefonischen Nachfassaktionen wurden jeweils mit der FMH abgesprochen und gfs.bern erhielt von diesen Gruppen zusätzlich Namen und Telefonnummern.

Der Rücklauf einer Befragung hängt neben der Methode im Wesentlichen von drei Faktoren ab: von der befragten Thematik, vom Ruf des Auftraggebers bei den Befragten und von der Akzeptanz der Befragungsabsicht. Den guten Ruf des Auftraggebers unter den Befragten setzen wir voraus und ein verbreitetes Interesse an der Verbandsarbeit ist aufgrund der Bedeutung des FMH wahrscheinlich. Offenbar wurde auch die Befragungsabsicht gut bewertet. Obwohl ein gewisser Anteil ungültiger Mailadressen zu beklagen war, lag der Rücklauf von Beginn der Befragung an weit über den Erwartungen. Schliesslich nahmen 7'897 Ärztinnen und Ärzte an der Befragung teil, was einer Ausschöpfung von 23% entspricht. Solch hohe Ausschöpfungsraten sind bei dieser Zielgruppe üblicherweise mit Tele-

fonumfragen kaum zu erreichen, was für die richtige Wahl der Befragungsmethode spricht. Etwas untervertreten sind Mitglieder, die nicht mehr berufstätig oder pensioniert sind und die oft auch nicht mit Mail, sondern per Briefpost angeschrieben werden mussten. Die Schwierigkeiten in diesen Gruppen wurden allerdings erwartet, da sowohl ihr Interesse an der FMH als auch deren Online-Affinität geringer sind. Mit der Telefonaktion wurde aber auch dieser Gruppe spezifisch nachtelefoniert. Insgesamt gehen wir von einer höchstens schwachen Involvierungsverfälschung aus.

Der theoretische Stichprobenfehler bei einer reinen Zufallsstichprobe von 7'897 Personen beträgt 1.0 Prozentpunkte bei einem Ausgangswert von 50%.

1.5. Die Datenauswertung und die grafische Darstellung

Der finale Datensatz entspricht geografisch, vom Geschlecht, von den verschiedenen Facharztstiteln und Beitragsgruppen in hohem Mass der Grundgesamtheit. Trotzdem wurden Geschlecht und Kantonszugehörigkeit noch auf die exakten Werte gewichtet, damit die Struktur der Daten optimiert wird. Basis dieser Gewichtung bilden die von der FMH offiziell publizierten Anteile 2008.

(http://www.fmh.ch/www/de/pub/fmh/mitgliederstatistik/fmh_mitgliederstatistik.htm)

Die Datenanalyse dieser gewichteten Daten erfolgt zuerst rein beschreibend. Alle Ergebnisse werden statistisch und visuell als Vergleiche der beiden Gruppen aufgearbeitet. Danach erfolgt eine bivariate Auswertung, um die wichtigsten Zusammenhänge zwischen jeweils zwei Variablen klären zu können. Es werden maximal 20 Merkmalsgruppen ausgewertet. Dabei wird den Wünschen des Kunden Rechnung getragen.

In einem weiteren Schritt analysieren wir das Datenmaterial mit multivariater Statistik. Hier werden Abhängigkeiten in der Datenstruktur zu erklärenden oder vertieft beschreibenden Analysen genutzt. Es werden komplexere Fragen beantwortet wie beispielsweise: Welche Haltungen zu Themen beeinflussen am stärksten das grundsätzliche Bild der FMH? Welche Dienstleistungen machen die Zufriedenheit mit der FMH aus?

Die Gesamtheit dieser Auswertungen wird in Form eines Tabellen- resp. eines Grafikbandes zusammengefasst, der dem Kunden zur Verfügung steht. Die Grafiken werden elektronisch geliefert.

2. Die Befunde

Wir gliedern die Befunde wie folgt:

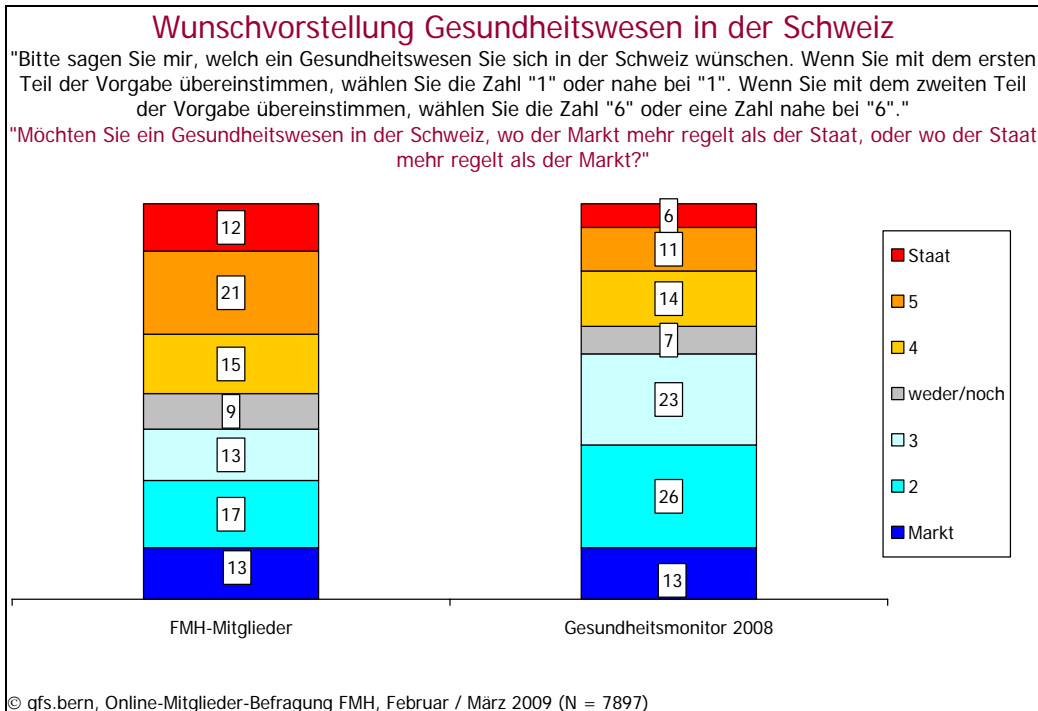
- Im ersten Teil der Befunde wird auf die Berufssituation und die Sorgen der Ärztinnen und Ärzte eingegangen.
- Der zweite Teil befasst sich mit den grundsätzlichen Haltungen und Einstellungen zur FMH.
- Der dritte Teil behandelt den Kernteil der Befragung: Die Bedeutung und die Beurteilung der Aktivitäten und Tätigkeiten der FMH.
- Der vierte Teil zeigt die Einschätzungen zu einzelnen Imagefaktoren der FMH und zu allgemeinen Urteilen über die FMH.
- Der fünfte Teil analysiert die Zufriedenheit mit der FMH und die allgemeine Sympathie mit weiterführenden statistischen Methoden. Damit bereitet dieses letzte Unterkapitel im Teil mit den Befunden auf die Synthese im dritten Kapitel vor.

Jeder Teil wird mit einer Zwischenbilanz abgeschlossen, welche die wesentlichen Befunde zusammenfasst.

2.1. Die Berufssituation, die politische Situation und die Sorgen

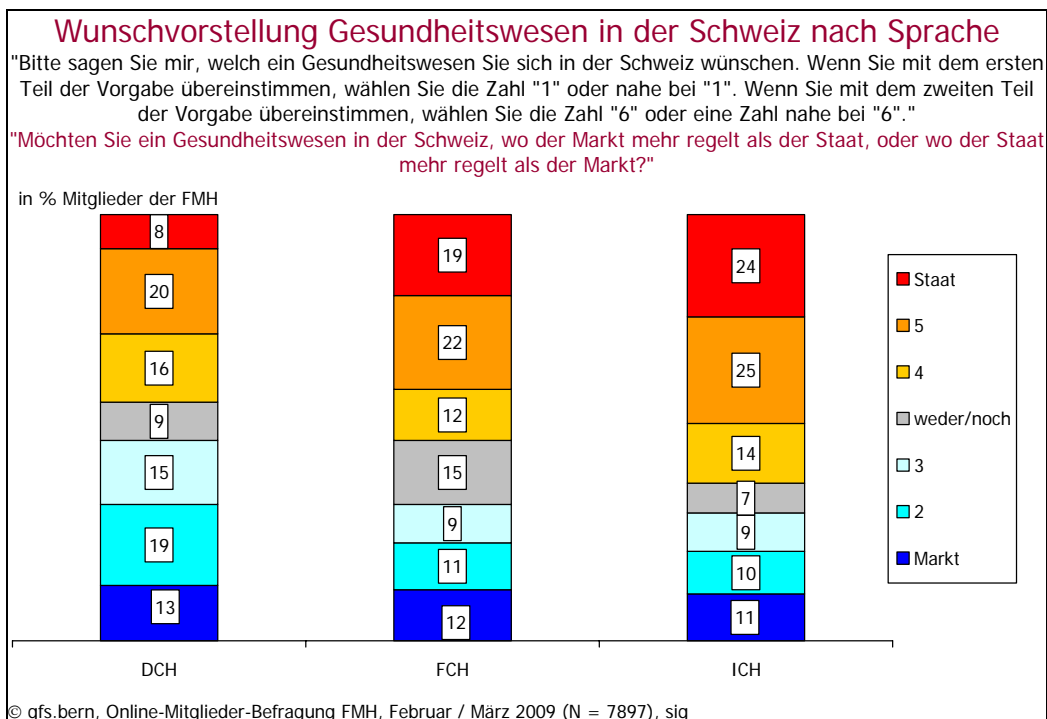
Ärztinnen und Ärzte wünschen sich einen relativ starken Staat im Gesundheitswesen. Während eine Mehrheit der Befragten Stimmberechtigten im Gesundheitsmonitor 2008 eher auf Marktmechanismen setzt, befürworten 48% der FMH-Mitglieder eher einen starken Staat und nur 43% eher einen starken Markt.

Grafik 1:



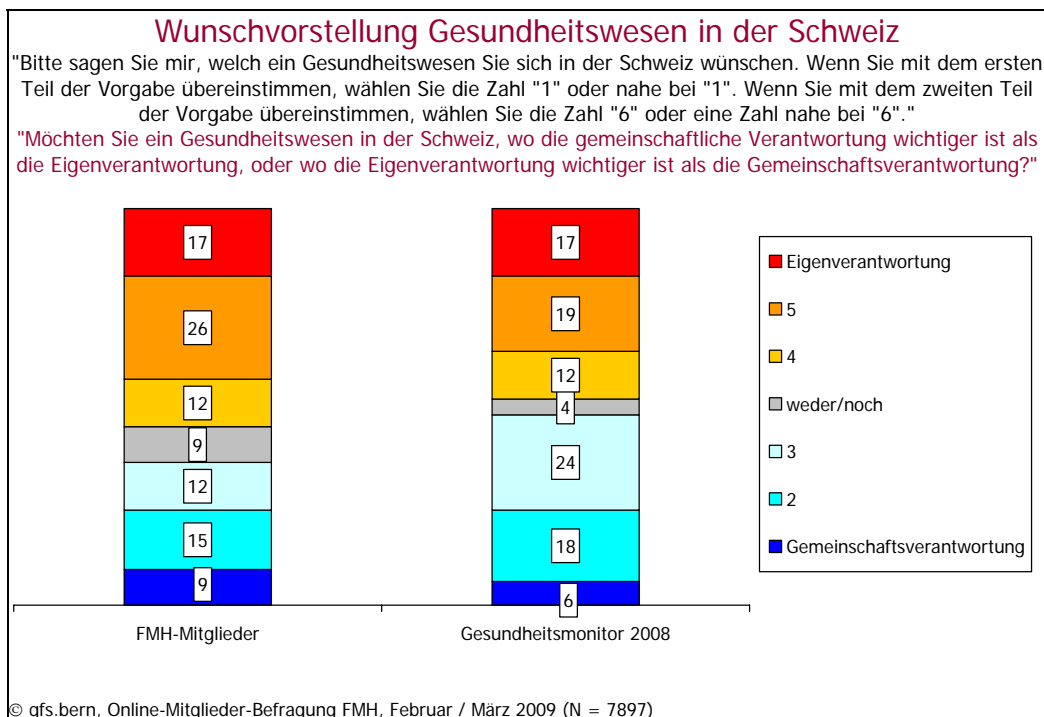
Die Marktorientierung ist dabei bei deutschsprachigen Mitgliedern etwas stärker ausgeprägt, erreicht aber nur eine knappe relative Mehrheit im Vergleich zum Anteil, welcher sich einen starken Staat wünscht.

Grafik 2:



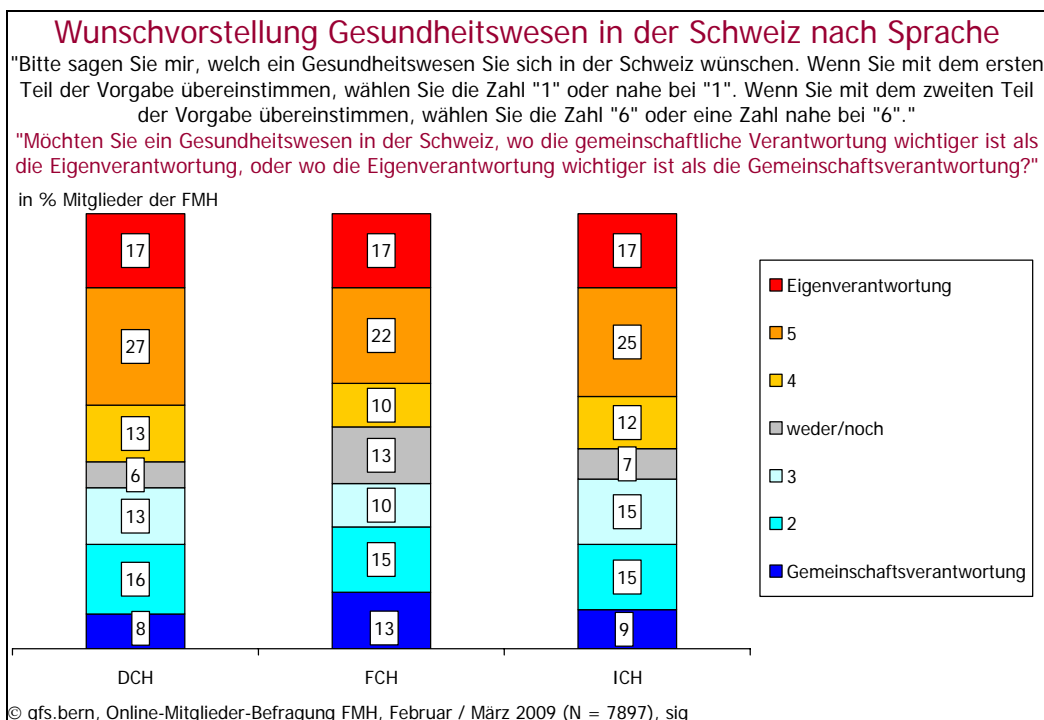
Aus konsequent liberaler Sicht präsentieren sich die Verhältnisse gerade umgekehrt, wenn es um die Frage von Eigenverantwortung und Gemeinschaftsverantwortung geht. Hier setzen die Ärztinnen und Ärzte deutlich stärker auf die Eigenverantwortung als die Stimmberechtigten. Eine Mehrheit sieht mehr Verantwortung bei jedem und jeder Einzelnen, während die Verhältnisse bei den Stimmberechtigten gerade ausgeglichen sind.

Grafik 3:



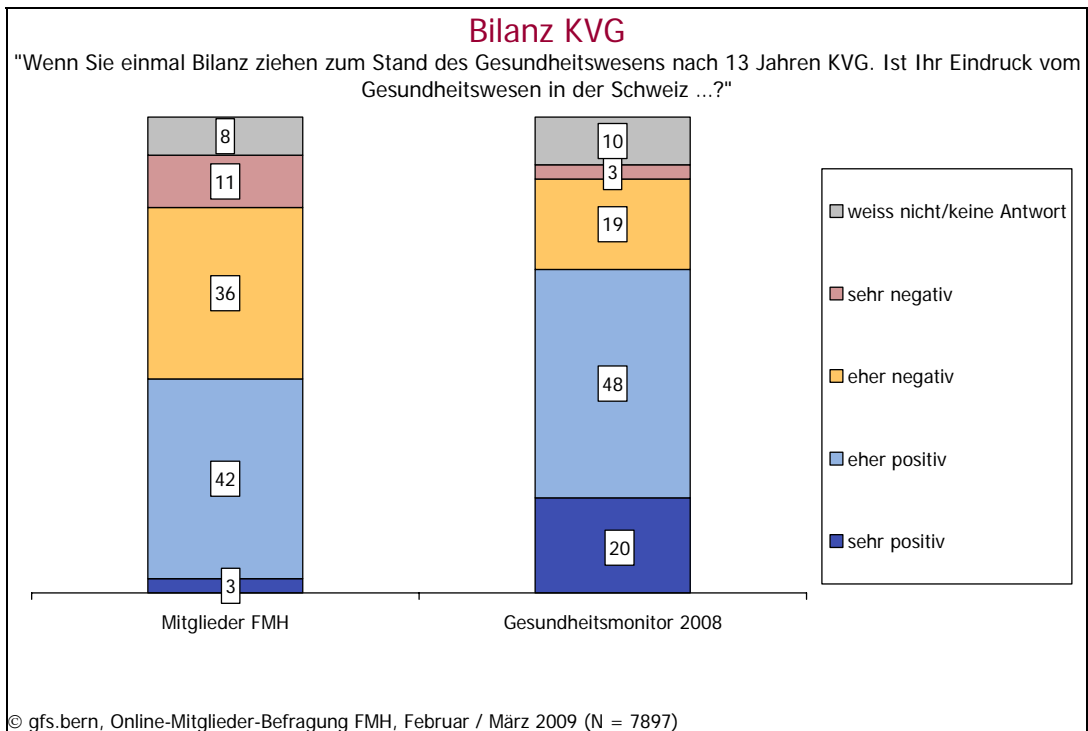
In allen drei Sprachregionen setzt die Ärzteschaft eher auf die Eigenverantwortung als auf die Gemeinschaftsverantwortung. Am wenigsten ausgeprägt ist diese Präferenz in der französischsprachigen Schweiz.

Grafik 4:



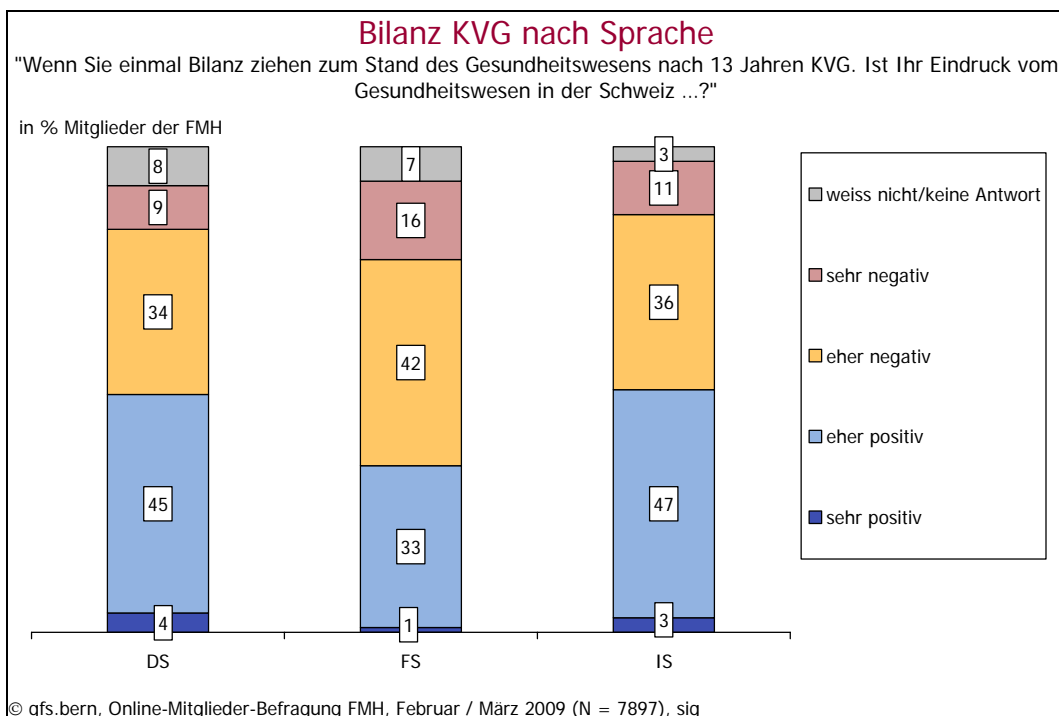
Die Bilanz zum KVG ist bei den Ärztinnen deutlich kritischer als bei den Stimmberechtigten. Die FMH-Mitglieder sind in der Frage zur Bilanz praktisch gespalten: 45% ziehen mindestens eine eher positiv Bilanz, während 47% eine kritische Bilanz ziehen. Unter den Stimmberechtigten dominieren mit 68% relativ klar die positiven Einschätzungen.

Grafik 5:



Am kritischsten ist die Bilanz in der französischsprachigen Schweiz. Dort sind die KritikerInnen klar in der Mehrheit.

Grafik 6:

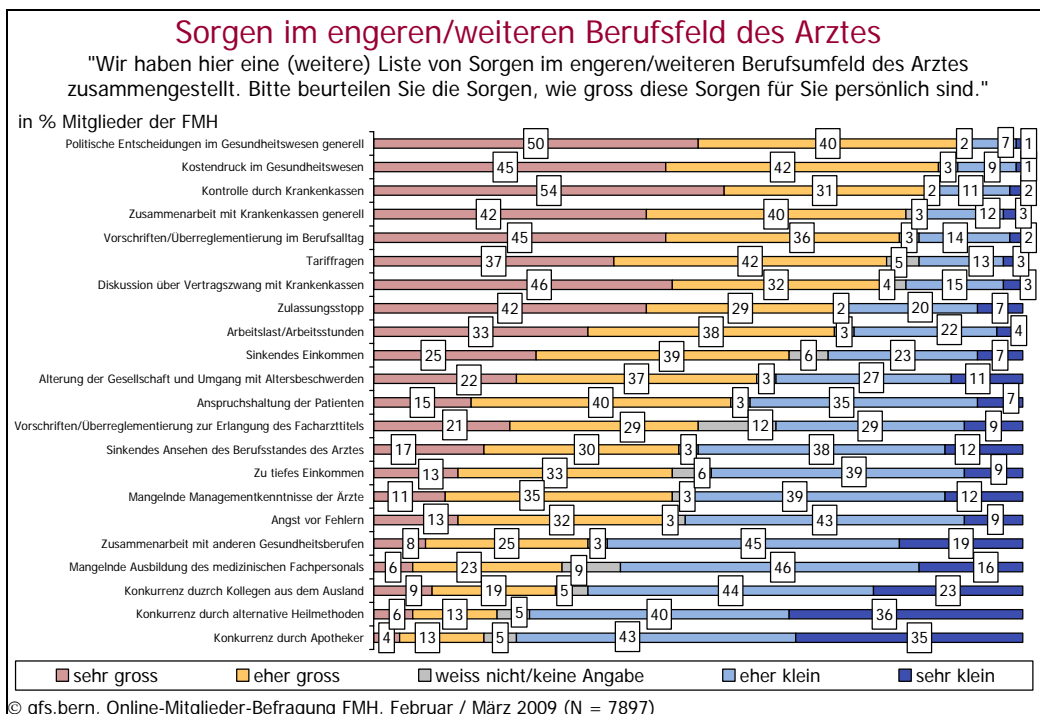


Am Schluss der Befragung konfrontierten wir die Befragten mit zwei Batterien zu möglichen Sorgen im engeren und weiteren Berufsumfeld der Ärztinnen und Ärzten. Im Vordergrund der Sorgen stehen dabei eindeutig die politischen Fragen: Zunächst betrifft dies die politischen Entscheidungen im Gesundheitswesen generell, gefolgt vom Kostendruck im Gesundheitswesen. Offenbar bereiten auch die Krankenkassen erheblich

Sorgen, sei dies durch Kontrollen, via Diskussionen über den Vertragszwang oder allgemein in der Zusammenarbeit mit den Kassen. Schliesslich beeinträchtigen die Vorschriften, die Überreglementierung im Berufsalltag und die Tariff Fragen die sorglose Ausübung der ärztlichen Tätigkeit.

Der Zulassungsstopp beeinträchtigt als politische Entscheidung auch die Versorgungslage und ist damit die am meisten verbreitete Sorge, die nicht nur politisch zu verstehen ist. Dahinter folgen mit der Arbeitslast und dem sinkenden Einkommen individuellere Sorgen. Gesellschaftliche Sorgen wie die Alterung der Gesellschaft und die Anspruchshaltung der Patienten gehören bereits nicht mehr zu den zehn meist verbreiteten Sorgen. Noch weniger gelten das zu tiefe Einkommen, die mangelnden Managementkenntnisse oder die Angst vor Fehlern als Sorgen. Die Furcht vor Konkurrenz ist vergleichsweise nur sehr gering ausgeprägt bei den Befragten.

Grafik 7:

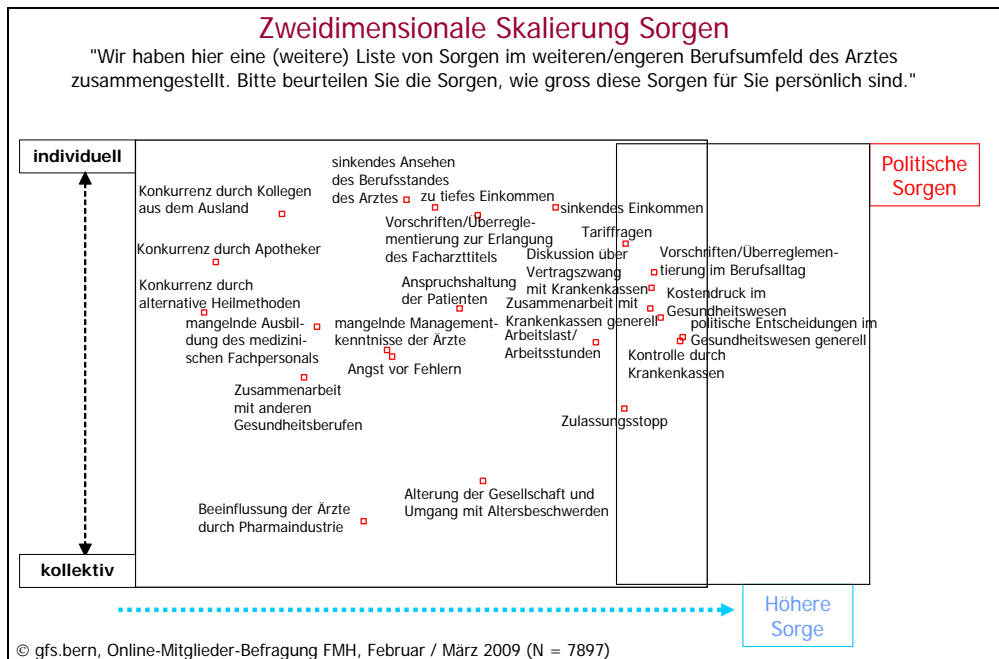


Mit Hilfe der zweidimensionalen Skalierung der Sorgen lassen sich ähnlich beurteilte Sorgen erkennen. Diese Methode bildet auf rein statistischer Basis ähnlich beurteilte Sorgen nahe beieinander ab – je grösser die Unterschiede in den Beurteilungen einzelner Gruppen, desto weiter auseinander sind die Sorgen dargestellt. Die Unterschiede werden zweidimensional dargestellt, wobei die Unterschiede auf beiden Achsen möglichst maximiert werden.

Auf der horizontalen Achse ist die Ausprägung der Sorge abgebildet. Je weiter rechts eine Sorge dargestellt ist, desto stärker ist sie ausgeprägt. Die zweite, vertikale Achse zeigt, dass es offenbar unterschiedliche Beurteilungen der Sorgen gab, je nachdem, ob man eine Sorge als kollektiv oder individuell beurteilte. Gewisse Befragten Gruppen haben eher individuelle Sorgen, andere dagegen eher kollektive Sorgen stärker gewichtet. Dieser Unterschied auf der vertikalen Achse verschwindet aber, je weiter man sich nach rechts in den Bereich der politischen Sorgen bewegt. Hier gab es kaum noch unterschiedliche

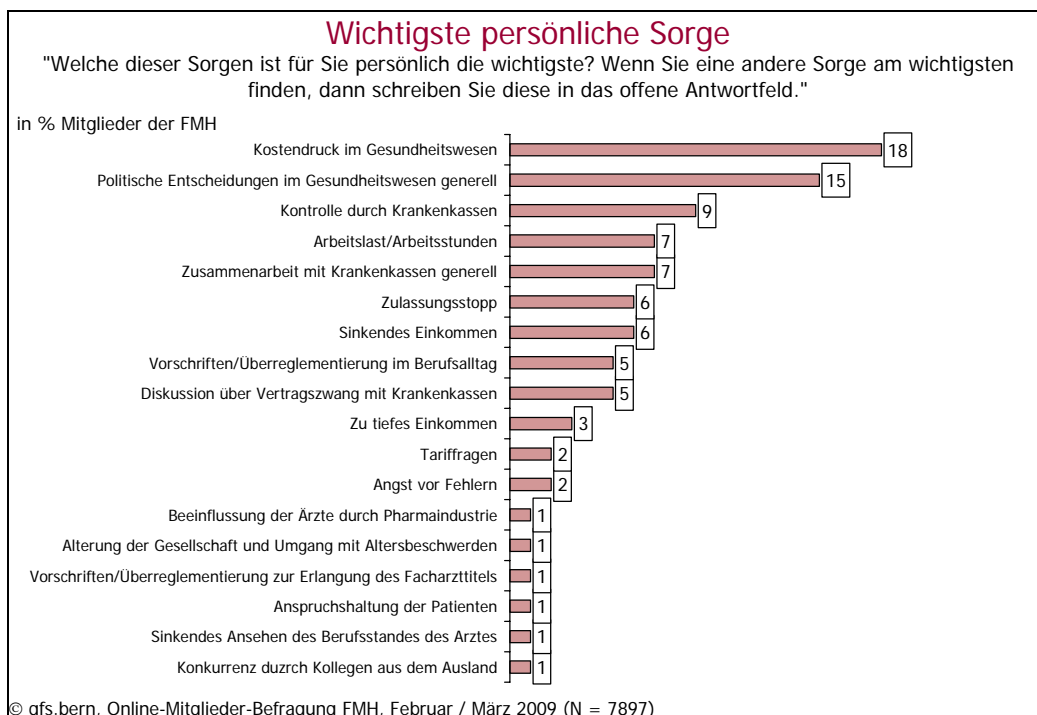
Bewertungen, was nichts anderes bedeutet, als dass diese Sorgen praktisch von allen Befragten einhellig als stark ausgeprägt beurteilt wurden.

Grafik 8:



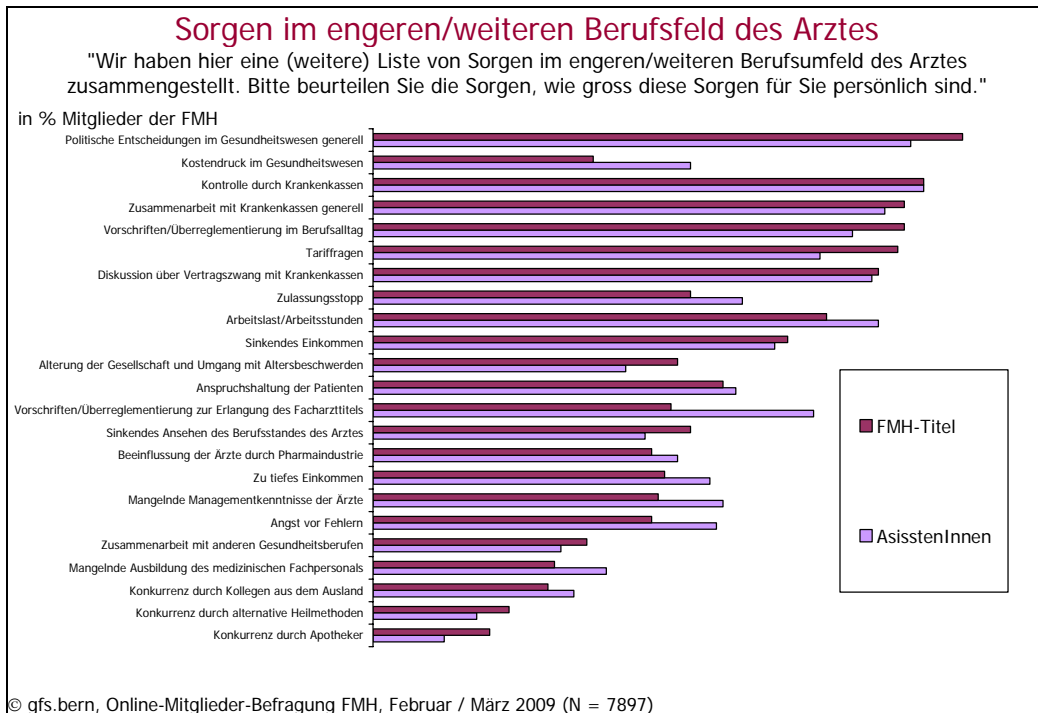
Auf die wichtigste persönliche Sorge dieser Auswahl angesprochen, drückt der Kostendruck noch etwas stärker als die politischen Entscheidungen. Zwischen der Kontrolle durch die Krankenkassen und der Zusammenarbeit mit ihnen drückt offenbar trotz allem die Arbeitslast relativ stärker, als in der Gesamtreihenfolge der Sorgen erkennbar.

Grafik 9:



Auch die AssistentInnen sorgen sich sehr stark um die politische Situation. Sie gewichten aber die Arbeitslast etwas höher und beklagen sich relativ stark über die Vorschriften und die Überreglementierung zur Erlangung des Facharztstitels.

Grafik 10:



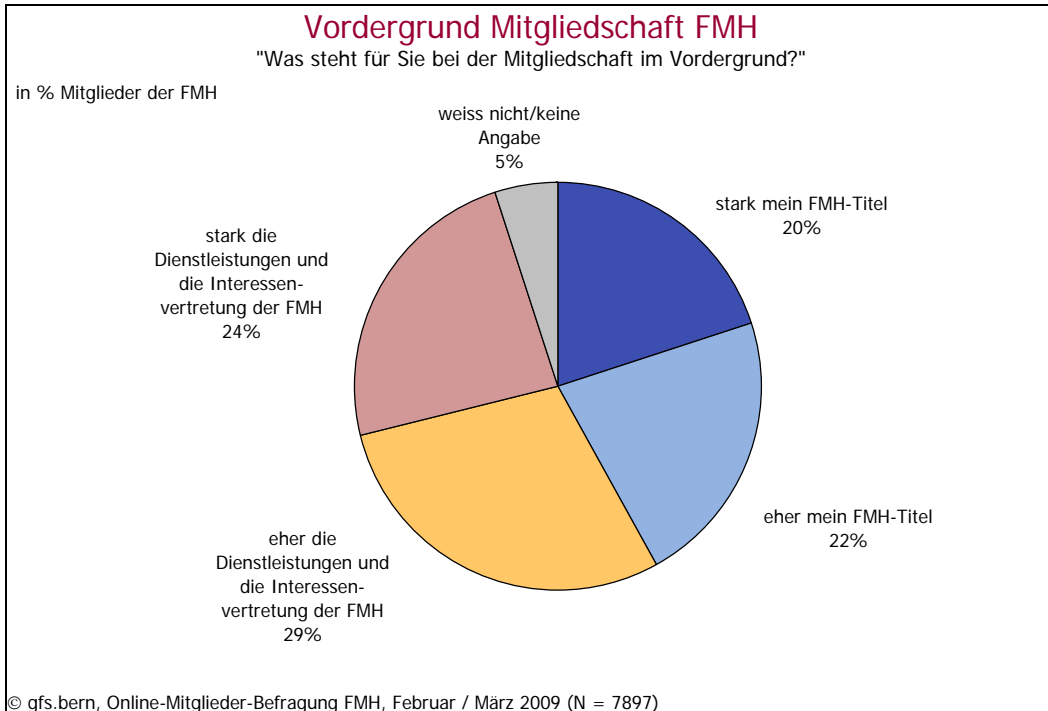
2.1.1. Die Zwischenbilanz

Spätestens mit der obligatorischen Krankenversicherung wurde der Ärztestand offenbar politisiert. Das KVG spaltet die Ärzteschaft, wobei die Bilanz zum KVG unter den FMH-Mitgliedern in der Tendenz deutlich kritischer ausfällt, als unter den Stimmberechtigten. Im Zusammenspiel der durch Kostensteigerungen ausgelösten politischen Entscheidungen, den damit verbundenen Reglementierungen und der Kontrolle durch die Krankenkassen entstanden ein explosives Gemisch und eine Wut auf die Bürokratie. Diese überdecken andere Sorgen, die sich stärker auf die Versorgungslage oder andere Bedürfnisse der PatientInnen beziehen. Damit belastet die Politik den Berufsalltag deutlich. Zwar drückt persönlich und konkret gefragt die Arbeitslast manchmal stärker als gewisse politische Elemente und auch die verschlechterte Einkommenssituation macht verbreitet Sorgen. Im Vergleich aber zur politischen Gesamtsituation treten solche Überlegungen in den Hintergrund.

2.2. Die grundsätzlichen Haltungen zur FMH

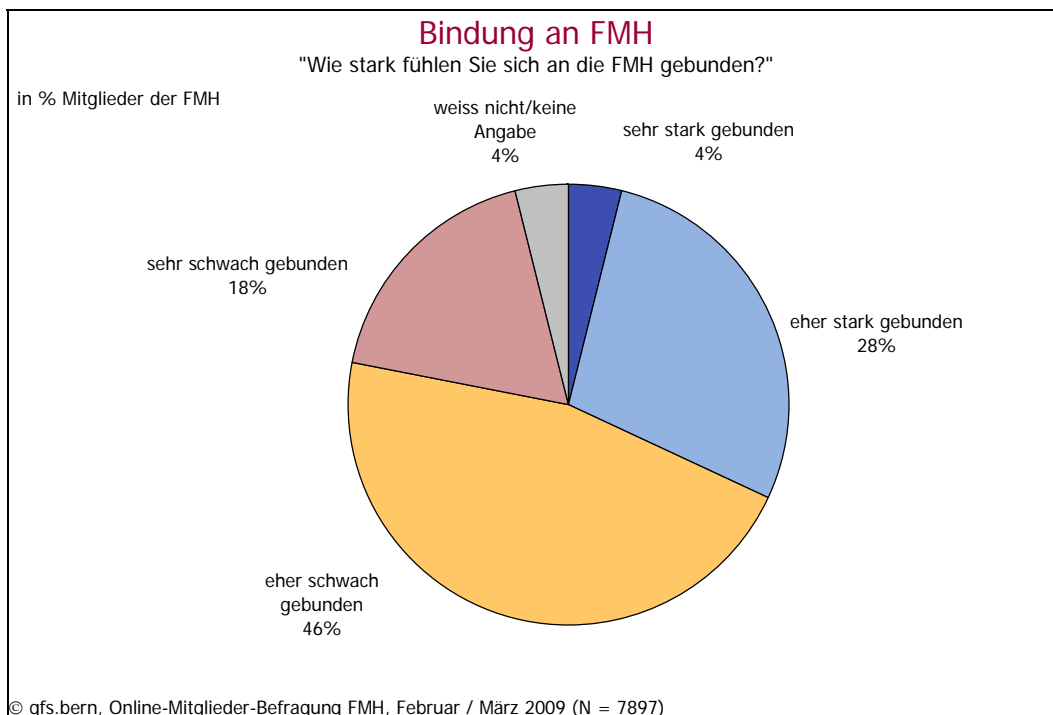
Die FMH hat eine Doppelfunktion zwischen Dienstleistungs-Verband und Institution, welche einen Titel vergibt. Nur für eine knappe Mehrheit stehen dabei die Dienstleistungen und die Interessenvertretung im Vordergrund. Immerhin 42% sehen in der FMH stark oder eher eine Organisation, welche einen Titel verleiht.

Grafik 11:



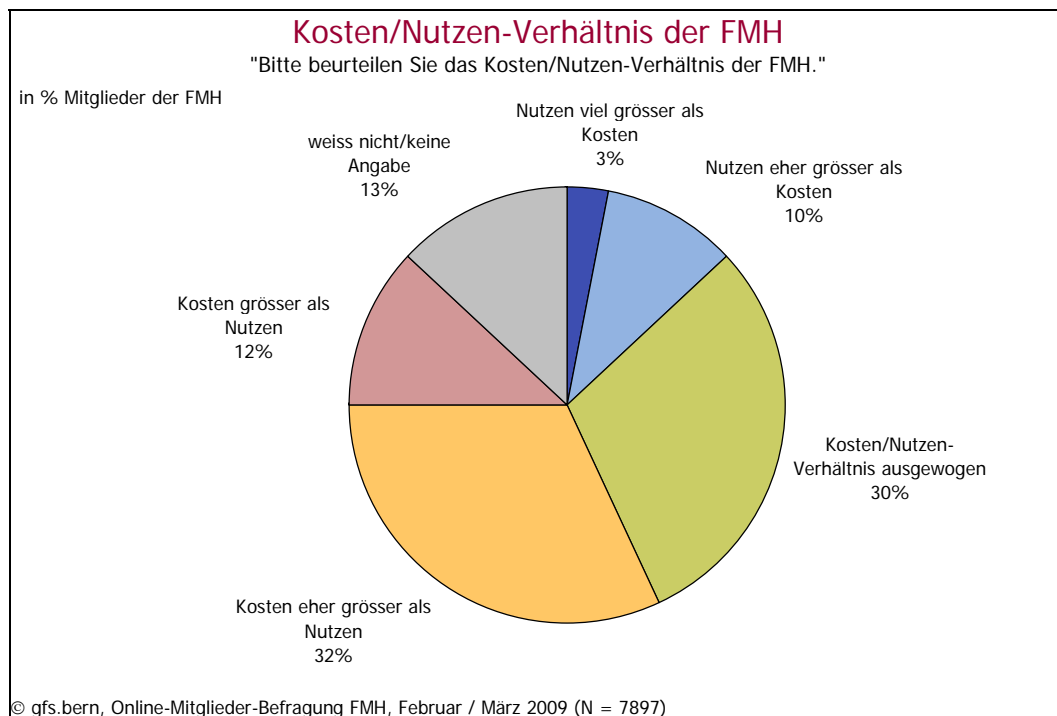
Zu diesem Befund passt auch die relativ geringe Bindungskraft der FMH. Nur knapp ein Drittel der Befragten fühlen sich an die Landesorganisation gebunden.

Grafik 12:



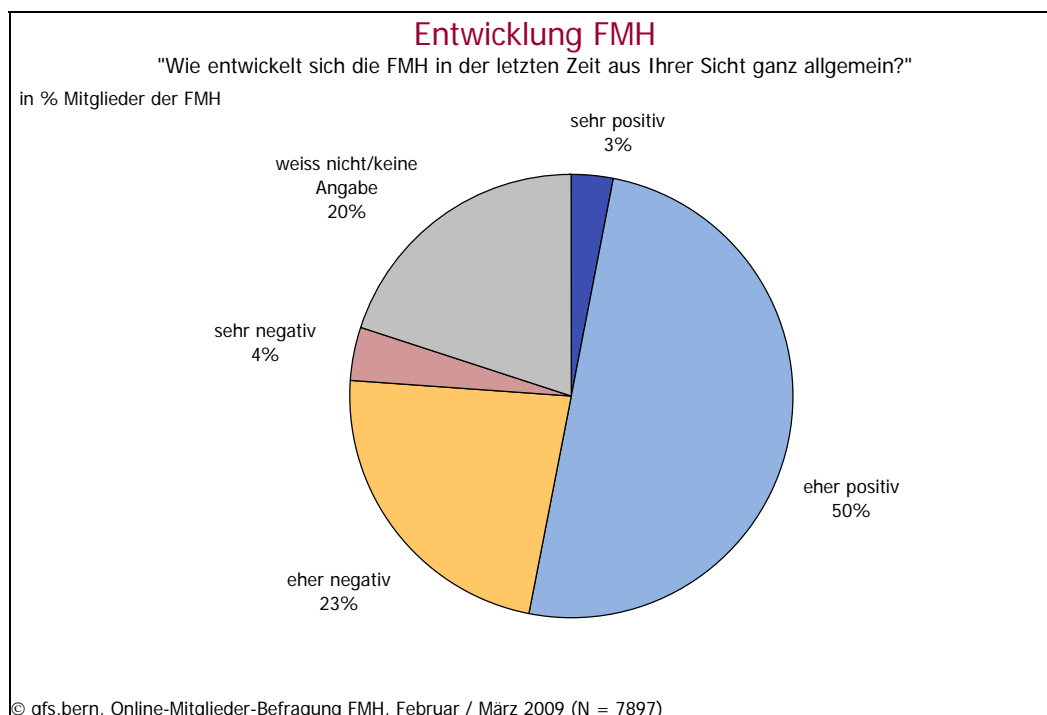
Solange die Bindungskraft gering bleibt und für Viele der Titel im Vordergrund steht, überrascht auch die eher kritische Beurteilung des Kosten/Nutzen-Verhältnisses nicht. Auch hier gehen die Meinungen zum Verband erheblich auseinander und sogar etwas mehr Mitglieder beurteilen das Kosten/Nutzenverhältnis kritisch, als Mitglieder mit diesem Verhältnis zufrieden sind.

Grafik 13:



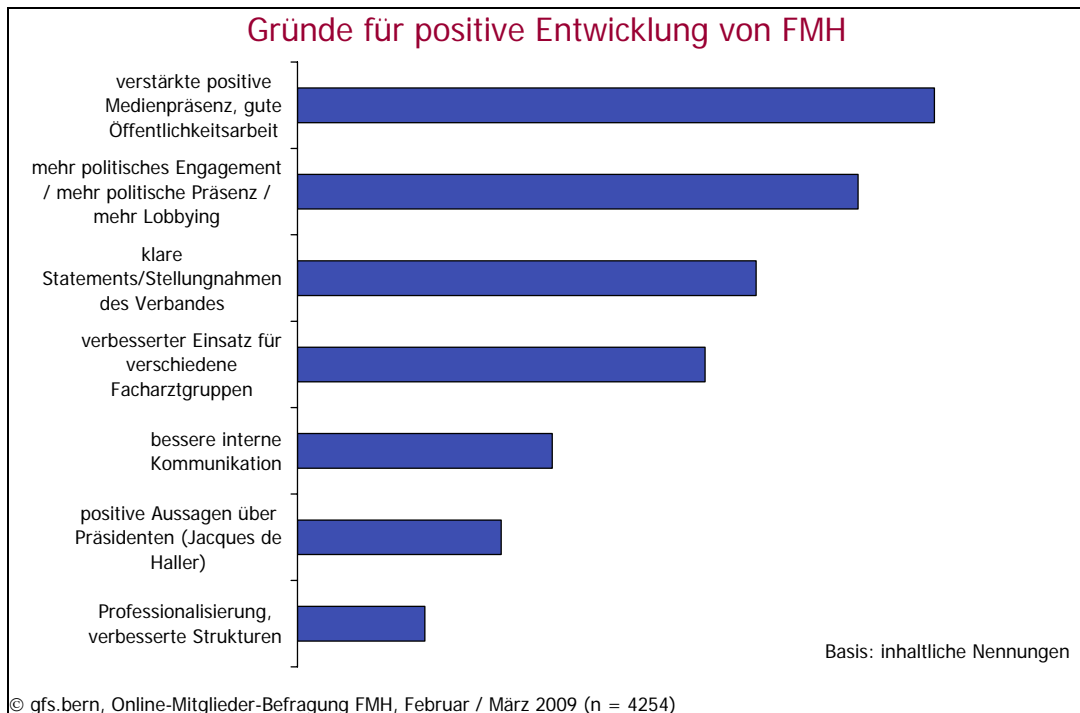
Besser werden allerdings die Einschätzungen, wenn es um die allgemeine Entwicklung der FMH geht. Zwar finden nur drei von hundert Befragten, diese Entwicklung sei sehr positiv, aber immerhin ist eine Mehrheit mindestens eher zufrieden damit und nur 27% unzufrieden. Ein Fünftel kann diese Frage nicht beurteilen, was erneut für eine relativ geringe Bindungskraft spricht.

Grafik 14:



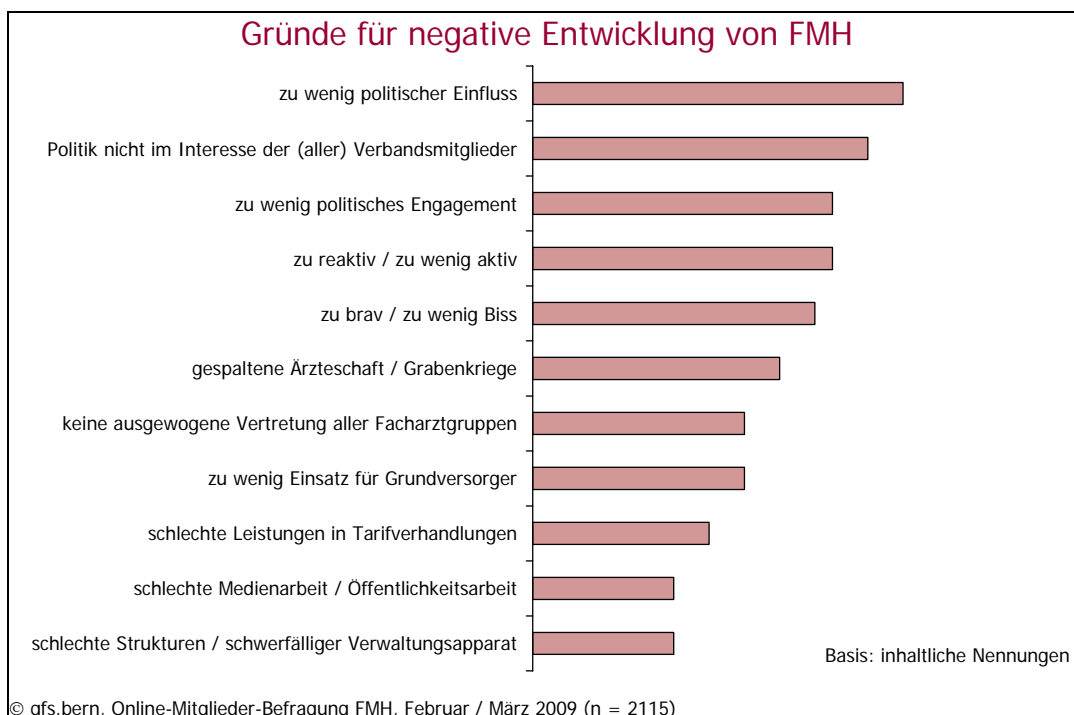
Die verhalten positive Beurteilung der Entwicklung überrascht leicht angesichts der hohen politischen Sorgen, die den Berufsalltag der FMH-Mitglieder belasten. In einer offenen Frage wird aber schnell klar, dass gerade der (neue) Umgang mit der Politik offenbar auf ein positives Echo stösst. Zunächst ist hier der Teil der Öffentlichkeitsarbeit und der Medienpräsenz angesprochen. Verbreitet werden aber auch das politische Engagement, die politische Präsenz und das Lobbying gelobt. Mit der Öffentlichkeitsarbeit verbunden sind auch die positiven Urteile über die klaren Stellungnahmen des Verbandes. Dahinter folgen der verbesserte Einsatz für die verschiedenen Facharztgruppen und die interne Kommunikation. Relativ oft wird auch direkt auf den „Fackelträger“ der FMH namentlich oder im Rahmen seiner Funktion Bezug genommen. Die Professionalisierung und die Verbesserung der Strukturen sind weitere relativ oft genannte Gründe für die positive Entwicklung der FMH.

Grafik 15:



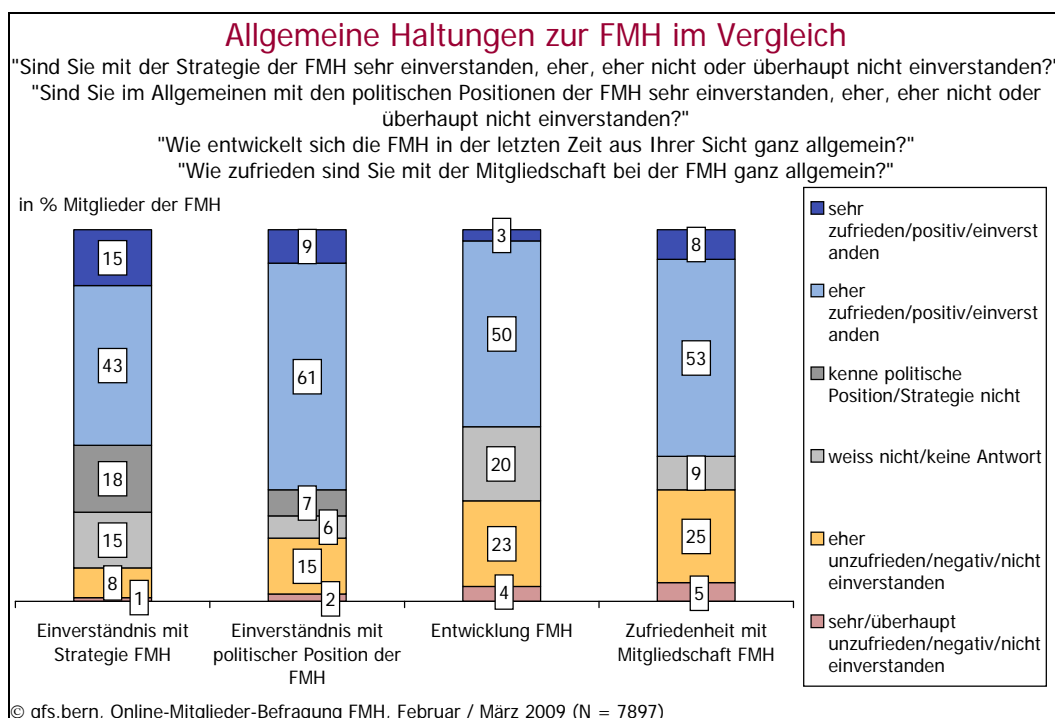
Tatsächlich beziehen sich die 27% der Befragten, die mit der Entwicklung unzufrieden sind, in erster Linie auf den mangelhaften politischen Einfluss. Man nimmt den Verband als zu wenig politisch engagiert, als zu reaktiv und zu brav wahr. Offenbar gibt es auch einen Teil, welcher die Politik als nicht ausgewogen im Sinne aller Verbandsmitglieder oder Facharztgruppen wahrnimmt oder sogar Grabenkriege oder mindestens Gespaltenheit innerhalb der Ärzteschaft ortet. Dazu passt auch der teilweise als zu gering kritisierte Einsatz für die GrundversorgerInnen. Kritisiert wurden zudem vereinzelt die schlechten Leistungen in den Tarifverhandlungen, die schlechte Medienarbeit (allerdings deutlich weniger verbreitet als die positiven Äusserungen darüber) sowie die schwerfälligen Strukturen der FMH.

Grafik 16:



Relativ viele Personen haben zur Strategie der FMH keine Meinung. Aber dagegen besteht auch wenig Opposition. Etwas mehr Opposition gibt es zur bereits erläuterten politischen Position der FMH und noch etwas mehr zur Entwicklung der FMH. Allerdings ist auch hier eine Mehrheit noch zustimmend. Mit 30% ist der grösste Anteil im Vergleich dieser vier grundsätzlichen Haltungen schlicht und einfach bestimmt oder eher unzufrieden mit der FMH-Mitgliedschaft.

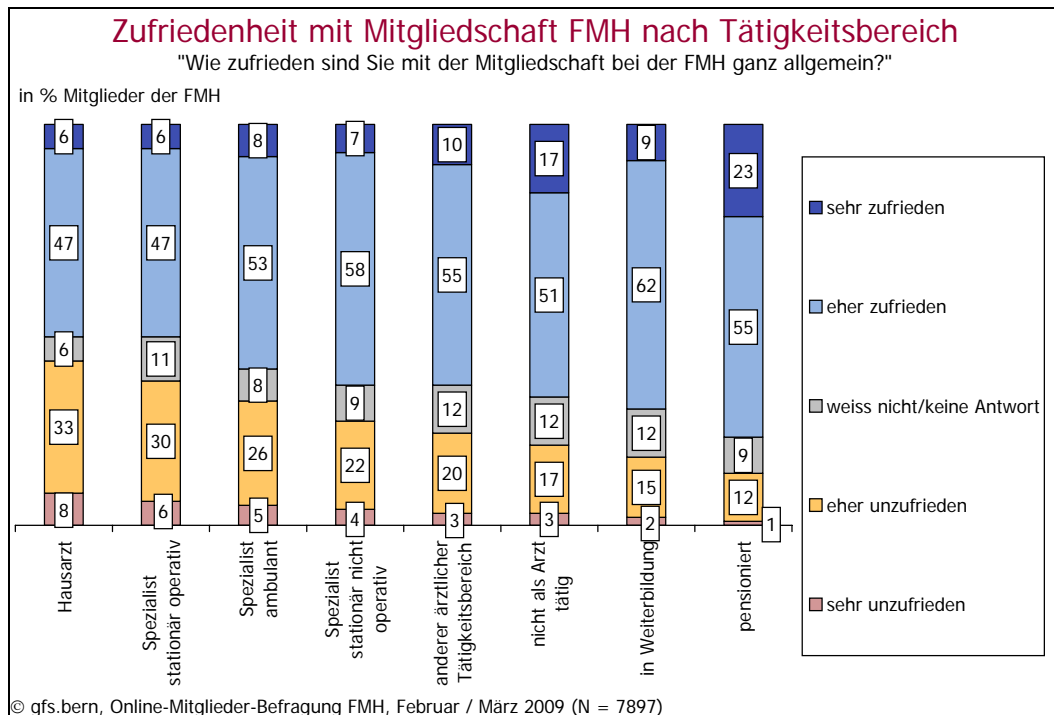
Grafik 17:



Befragte, die selbständig sind, sind dabei deutlich unzufriedener als die Angestellten. Am unzufriedensten sind zurzeit die GrundversorgerInnen, während SpezialistInnen auch

deutlich unzufriedener sind als Personen, die entweder einen anderen ärztlichen Tätigkeitsbereich ausüben, nicht im Beruf tätig- oder in Weiterbildung sind.

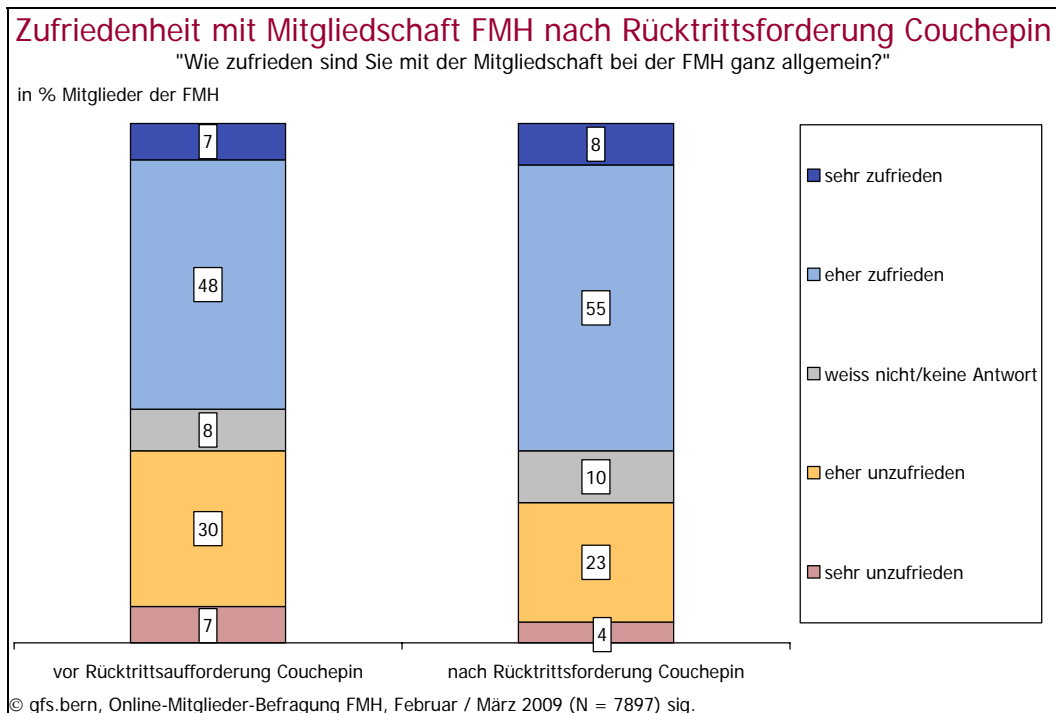
Grafik 18:



Die Personengruppen, die mit der grössten ökonomischen und rechtlichen Verantwortung im Beruf tätig sind, sind auch unzufriedener. Dies passt zu den geäusserten Sorgen im politischen Bereich.

Schliesslich vermochte die Rücktrittsforderung von Jacques de Haller gegen Bundesrat Couchepin mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit ebenfalls die Zufriedenheit mit der FMH mindestens kurzfristig zu steigern. Dies legen mindestens die signifikant höheren Zufriedenheitswerte der Mitglieder nahe, die nach dieser Intervention den Online-Fragebogen ausfüllten.

Grafik 19:



2.2.1. Die Zwischenbilanz

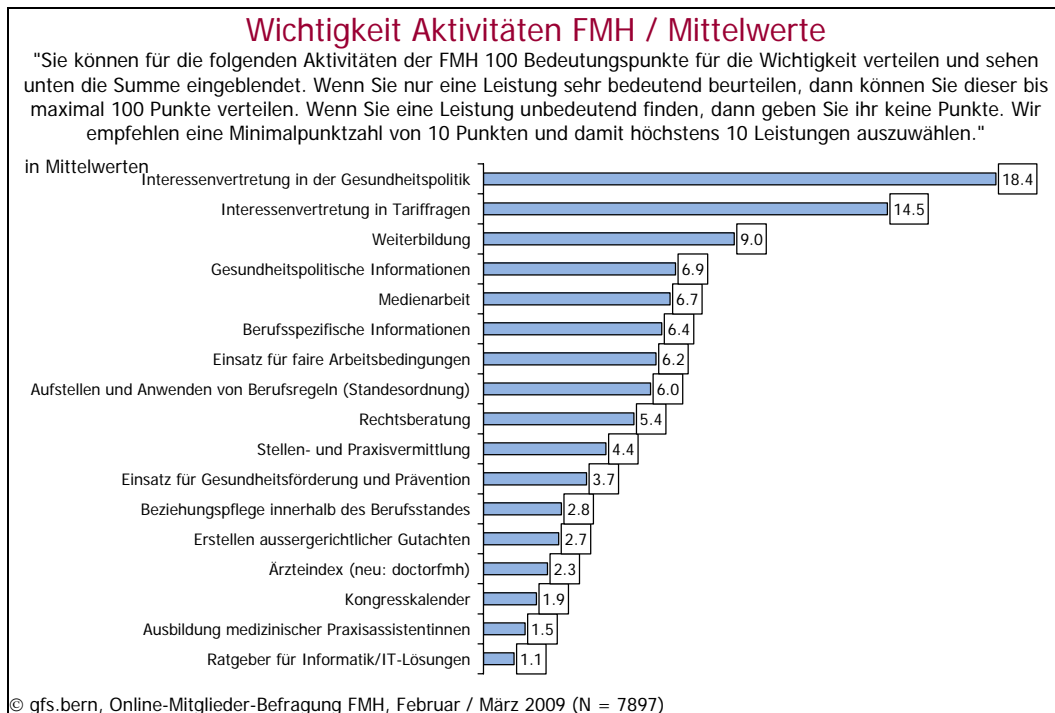
Die FMH ist wichtig für die Titelvergabe und nur teilweise für ihre Leistungen. Das Preis/Leistungs-Verhältnis wird entsprechend nicht sehr gut bewertet und auch die Bindungskraft der Standesorganisation ist beschränkt. Allenfalls sind hier die FMH-Unterorganisationen stärker. Allerdings stimmen politische und strategische Ausrichtung sowie die Entwicklung in letzter Zeit wenigstens für eine Mehrheit, obwohl viele Ärztinnen und Ärzte keine Meinung dazu haben. Die Entwicklung in letzter Zeit mit einer verstärkten politischen Präsenz und deutlicheren Stellungnahmen wurde verbreitet positiv aufgenommen. Dies scheint aber noch nicht zu genügen. Es bleibt trotz mehrheitlicher Zufriedenheit bei 30% der Ärzteschaft, die mit der FMH unzufrieden sind. Besonders unzufrieden sind Ärztinnen und Ärzten, die entweder selbständig oder als SpezialistInnen tätig sind. Es sind also diejenigen, die ökonomisch und rechtlich die grösste Verantwortung tragen müssen. Es scheint ein Zusammenhang zwischen der Unzufriedenheit mit der FMH und der Unzufriedenheit mit der Politik auf, dem wir in den nächsten empirischen Kapiteln vertieft auf den Grund gehen.

2.3. Die Wichtigkeit und die Beurteilung der Tätigkeiten

Gemeinsam mit dem Auftraggeber haben wir versucht, die zentralsten Tätigkeiten der FMH in einer Liste darzustellen. Diesen Tätigkeiten konnten die Mitglieder anschliessend insgesamt 100 Bedeutungspunkte zuteilen, wobei ein Minimum von zehn Punkten einer Tätigkeit zugeschrieben und damit höchstens zehn Leistungen ausgewählt werden mussten.

Die Interessenvertretung in der Gesundheitspolitik wurde von den Mitgliedern deutlich am wichtigsten bewertet. Im Mittel wurde sie als doppelt so bedeutsam bewertet als die Weiterbildung, welche immerhin als die dritt wichtigste Aktivität identifiziert wurde. Noch vor der Weiterbildung steht die Interessenvertretung in den Tariffragen. Der Interessenvertretung in der Gesundheitspolitik und in Tariffragen stehen damit deutlich im Vordergrund, was stark mit den Sorgen der Mitglieder in Verbindung steht.

Grafik 20:



Dahinter folgen Tätigkeiten im Bereich der Information und Kommunikation – seien dies gesundheitspolitische oder berufsspezifische Informationen oder die Medienarbeit. Neben der Weiterbildung steht also eindeutig die politische Kommunikation und Interessenvertretung im weiteren Sinn klar im Vordergrund.

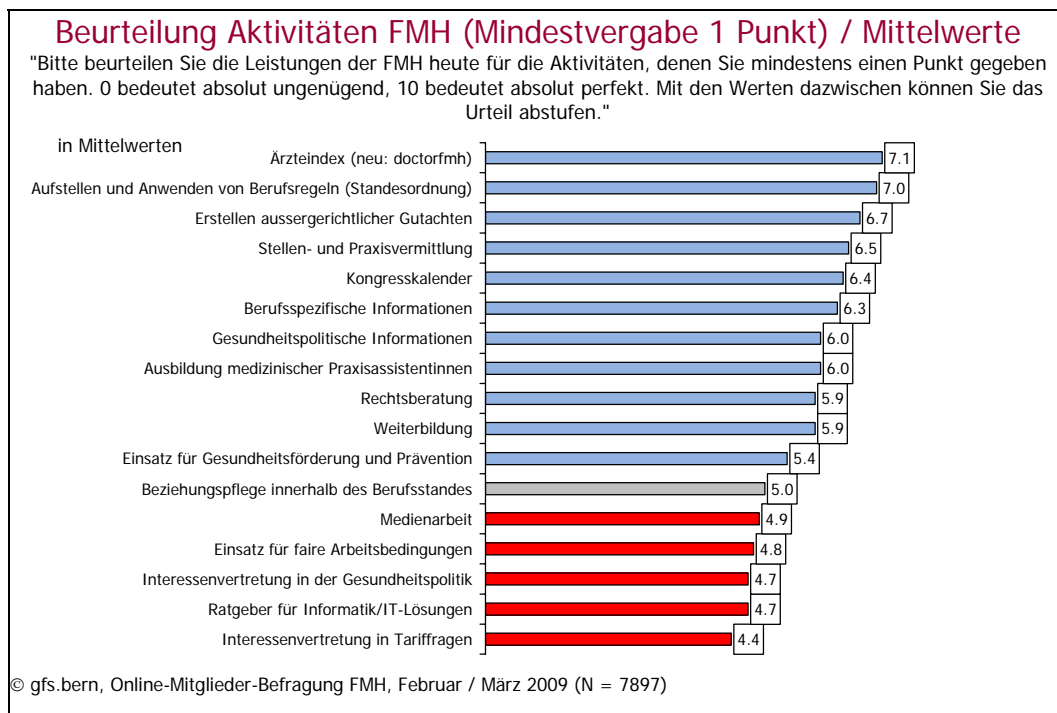
Erst dahinter folgen die verschiedenen Serviceleistungen und die weiteren Tätigkeiten der FMH. Anhand der zweidimensionalen Skalierung werden erneut Ähnlichkeiten und Unterschiede in den Urteilen der Mitglieder aufgedeckt. Letztlich gleichen sich die Urteile über die meisten Bedeutungen sehr stark. Komplette eigenständig wurden die drei bedeutendsten Aktivitäten beurteilt. Damit teilt sich die FMH mit ihren Tätigkeiten rein auf Basis der Bedeutungsurteile in drei Kernleistungen und diverse Servicetätigkeiten auf, die eher peripher Natur sind.

Nach der Bedeutung wurden die Mitglieder aufgefordert die heutigen Leistungen in diesen Tätigkeitsfeldern der FMH zu bewerten. Es wurden nur diejenigen Aktivitäten bewertet, denen man auch eine minimale Bedeutung zugeschrieben hat.

Einige der Serviceleistungen wie beispielsweise der Ärztindex (doctorfmh), das Aufstellen und Anwenden von Berufsregeln, das Erstellen aussergerichtlicher Gutachten, die Stellen- und Praxisvermittlung und der Kongresskalender werden dabei besonders positiv bewertet. Dahinter folgen die berufsspezifische und die gesundheitspolitische Information, welche beide noch relativ gut bewertet werden. Etwas mehr Unsicherheit gibt es bei der Ausbil-

derung der MPAs, der Rechtsberatung und beim Einsatz für Gesundheitsförderung und Prävention. Auch die zentrale Leistung der Weiterbildung ist nicht über jeden Zweifel erhaben. Mit einem Mittelwert von 5.9 auf einer Skala von 0-10 kann man höchstens von einem mittleren Abschneiden bei dieser Kernaufgabe sprechen.

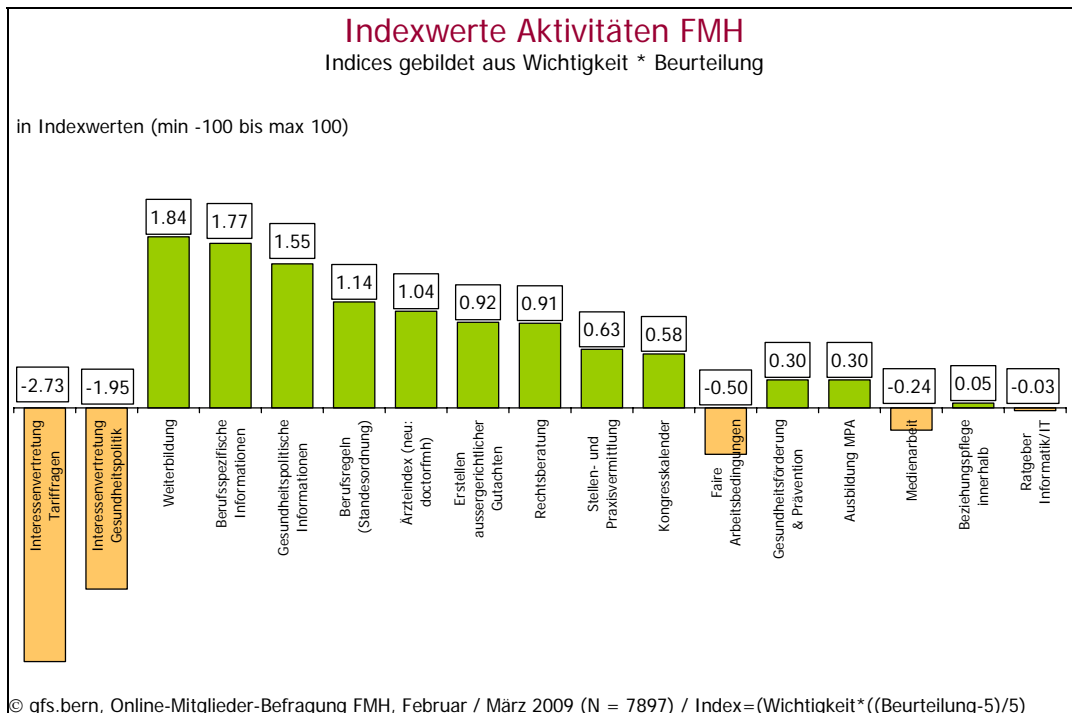
Grafik 21:



Ebenfalls Verbesserungspotenzial besteht bei der Beziehungspflege innerhalb des Berufsstandes, welche im Mittel gerade noch mässig beurteilt wird. Ungenügend schneidet die Medienarbeit ab und dies obwohl die anderen Informationstätigkeiten relativ gut bewertet werden und obwohl genau hier relativ viele positive spontane Rückmeldungen zur Entwicklung der FMH gekommen sind. Dies passt aber zu den sehr kritischen Urteilen zur Interessenvertretung in der Gesundheitspolitik und in Tariffragen. Hier schneidet die FMH zurzeit (relativ knapp) ungenügend ab. Der besonders wichtige politische Teil der FMH steht also unter besonderer Kritik. Dies hat wie im Vorkapitel beschrieben nicht mit der grundsätzlichen politischen Ausrichtung oder der Strategie zu tun – sondern mit dem allgemeinen politischen Frust der Ärztinnen und Ärzten zu tun. Es wird einfach mehr gefordert.

Aus den beiden Elementen der Bedeutung und der Bewertung haben wir einen Index errechnet. Zunächst wurde die Bedeutung statt von 0-10 so normalisiert, dass sie einen Bereich von -1 bis +1 erreichen konnte. Diesen Wert haben wir dann multipliziert mit den maximal hundert verteilten Bedeutungspunkten. So entstand ein Indexwert, der zwischen -100 und +100 variieren kann. Wir würden diese Werte auch empfehlen, um in einer allfälligen Wiederholung der Studie einen klaren Vergleichspunkt zu haben.

Grafik 22:

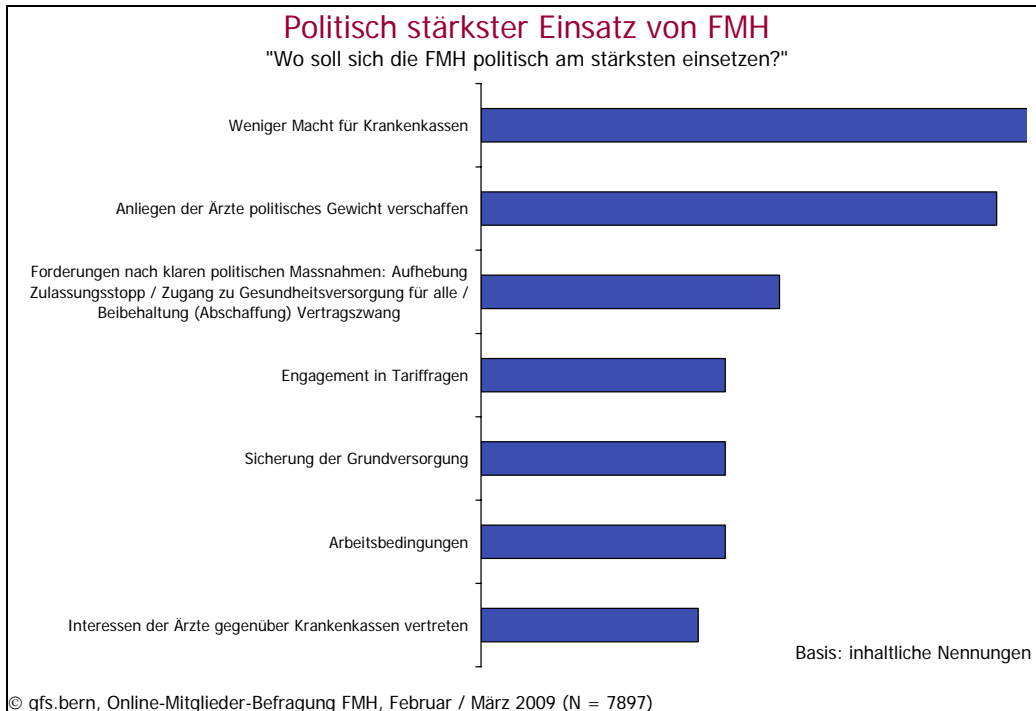


Das Resultat lässt kaum Spielraum für Interpretationen: Die Interessenvertretung in Tariffragen und in der Gesundheitspolitik ist zurzeit ungenügend und sehr bedeutsam. Vergleichsweise gut schneiden Weiterbildung und die beiden Informationstätigkeiten neben der Medienarbeit ab. Die Medienarbeit und der Einsatz für faire Arbeitsbedingungen sind die beiden weiteren Tätigkeiten, die eine gewisse Bedeutung haben und kritisch bewertet werden. Die kritischen Urteile als Ratgeber im Bereich Informatik/IT sind kaum noch von besonderer Bedeutung.

In einer offenen Frage haben wir konkret nachgefragt, was im politischen Bereich gewünscht ist. In erster Linie sollen die Ärztinnen und Ärzte politisch grösseres Gewicht erhalten. Sehr zentral scheint die gerade im Umgang mit den Krankenkassen: Deren Macht soll eingedämmt werden und die Interessen gegenüber ihnen klarer wahrgenommen werden. Erst hinter dieser grundsätzlichen Forderung folgen einzelne politische Forderungen, wobei als konkrete Forderung die Sicherung der Grundversorgung und die Stärkung der Hausärztinnen und Hausärzte deutlich im Vordergrund stehen. Zu den weiteren oft genannten Forderungen gehört primär auch Aufhebung des Zulassungsstopps, der Zugang zur Gesundheitsversorgung für alle sowie die Beibehaltung und (etwa halb so oft wie die Beibehaltung) die Abschaffung des Vertragszwangs.

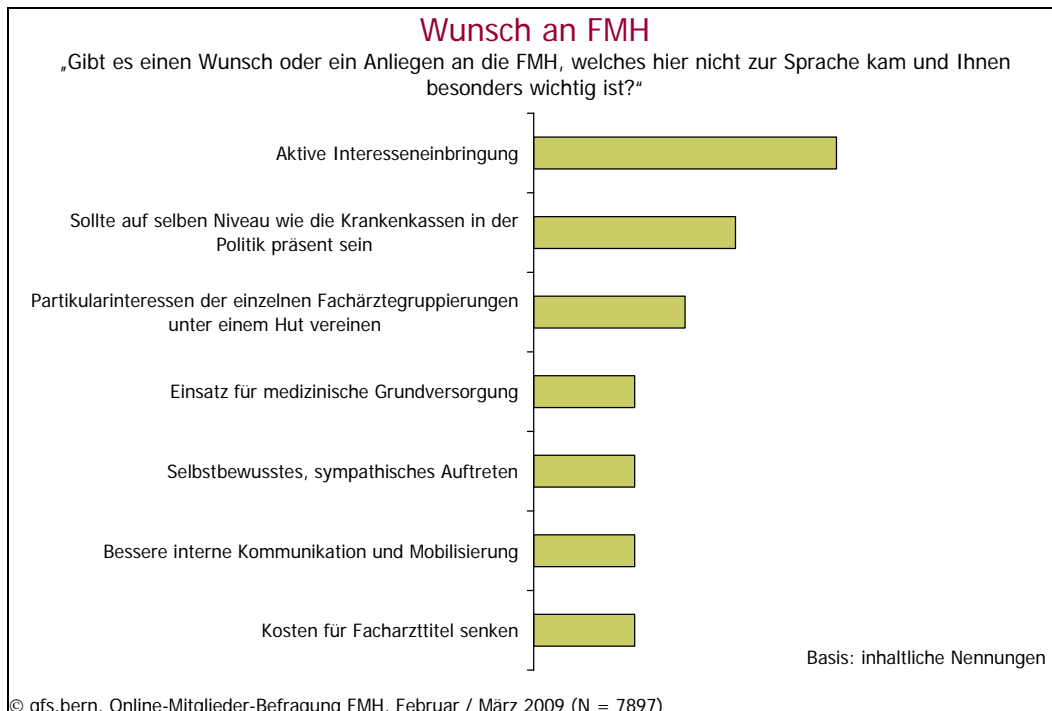
Schliesslich ist auch der Einsatz für gute Arbeitsbedingungen (und die Eindämmung der Bürokratie) eine oft genannte Forderung.

Grafik 23:



Sehr ähnlich zu bewerten ist die Klassierung der offen formulierten Schlussvoten und Appelle an die FMH. Die Interessen sollen aktiv und auf dem Niveau der Krankenkassen in die Politik eingebracht werden. Dahinter folgt die Vereinigung der Partikularinteressen der Facharztgruppen, der Einsatz für die medizinische Grundversorgung und ein sympathisches aber selbstbewusstes Auftreten. Diese Elemente sind bedeutsamer als die Verbesserung der internen Kommunikation oder der Kostensenkung.

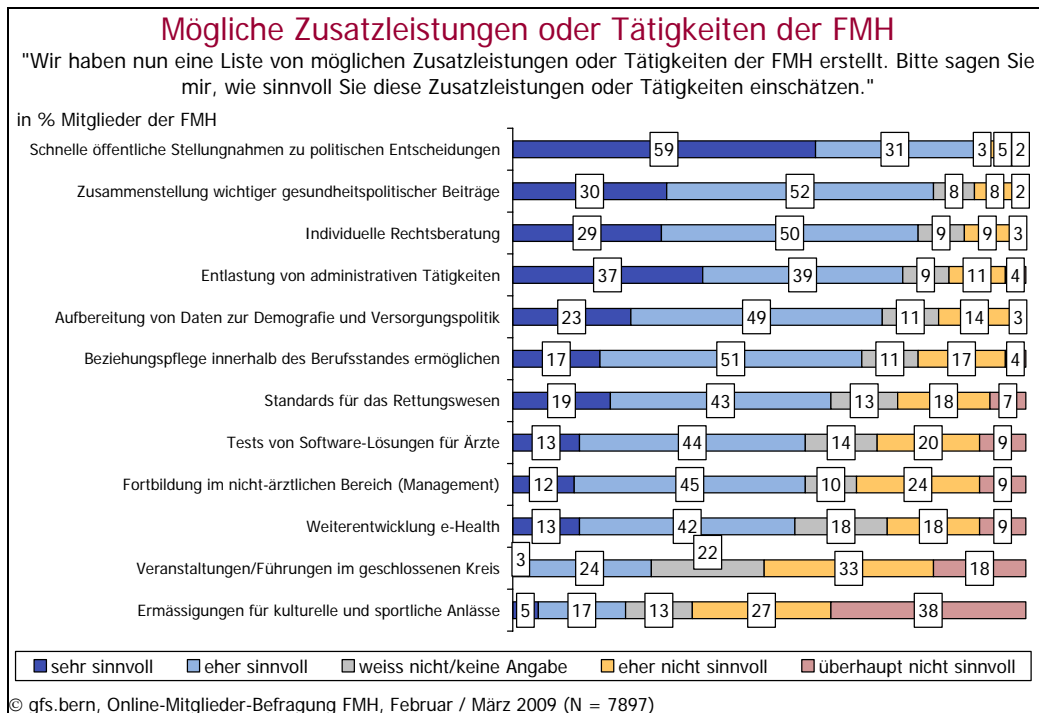
Grafik 24:



Dass aus einer Auswahl möglicher Zusatzleistungen der FMH die schnellen öffentlichen Stellungnahmen zu politischen Entscheidungen klar am meisten als sinnvoll eingeschätzt

wurden, überrascht im Lichte der übrigen Resultate nicht mehr. In diese Kategorie gehört auch das Zusammenstellen wichtiger gesundheitspolitischer Beiträge.

Grafik 25:



Daneben werden einige weitere Zusatzleistungen von einer Mehrheit als sinnvoll erachtet. Das gilt auch für die Weiterentwicklung im Bereich e-Health als letzte noch mehrheitsfähige Zusatzleistung. Diese Zusatzleistung wird besonders und unterschiedlich zu anderen Leistungen beurteilt. Es ist offenbar ein Zusatzangebot, welches spezifische Zielgruppen von der FMH überzeugen könnte.

Veranstaltungen/Führungen im geschlossenen Kreis sowie Ermässigungen für kulturelle und sportliche Anlässe sind nicht mehrheitsfähig.

2.3.1. Die Zwischenbilanz

Es gibt wenig grundsätzliche Kritik an der politischen Ausrichtung der FMH aber es gibt ein erhebliches Mass an Unzufriedenheit - sei dies mit der FMH selbst oder sei dies akzentuiert mit der politischen Situation im Gesundheitswesen ganz allgemein. In dieser Situation rücken die klassischen Aufgaben als Standesorganisation klar in den Hintergrund und die Bereiche der Politik und der politischen Kommunikation erhalten erhebliches Gewicht. Diese Wucht an politischer Frustration konnte die FMH trotz teilweise anerkannten positiven Entwicklungen noch nicht genügend auffangen. Die Politik ist für die FMH-Mitglieder nicht nur sehr bedeutend, sondern sie wird von der FMH auch ungenügend betrieben. Auf diesem neu oder akzentuiert geforderten Standbein steht die FMH noch zu wenig gut. Die Stimme der Ärzteschaft muss in den Medien deutlich lauter und prägnanter werden und die FMH muss es mit der Lobby-Macht der Krankenkassen aufnehmen können. Hier geht es nicht einfach um mehr Einkommen, bessere Arbeitsbedingungen oder um die kurzfristige Verteidigung von Privilegien, sondern um eine Entwicklung der Gesundheitspolitik in welcher die Ärzteschaft gerne fundamental

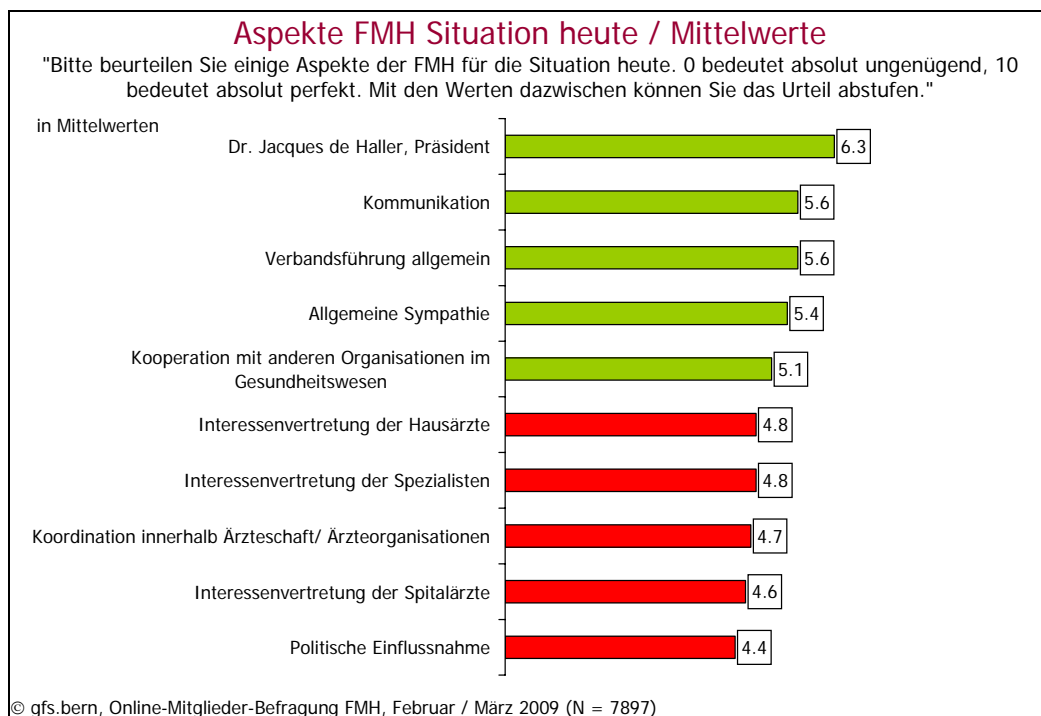
und konstruktiv mitwirken möchte, statt sich als einen durch eine mächtigen Industrie und einer überforderten Politik getriebenen Berufsstand zu erleben.

2.4. Die Imagefaktoren und die allgemeinen Urteile über die FMH

Einige Imagefaktoren der FMH werden im Mittel positiv bewertet. Die FMH verfügt über ein relativ gutes Image. Am besten in dieser Auswahl schneiden der Präsident und die Kommunikation ab. Mit Werten unter 7 ist aber nicht von einer sehr guten Bewertung auszugehen. Der Verband gilt auch als relativ sympathisch. Knapp positiv wird die Kooperation mit anderen Organisationen im Gesundheitswesen beurteilt.

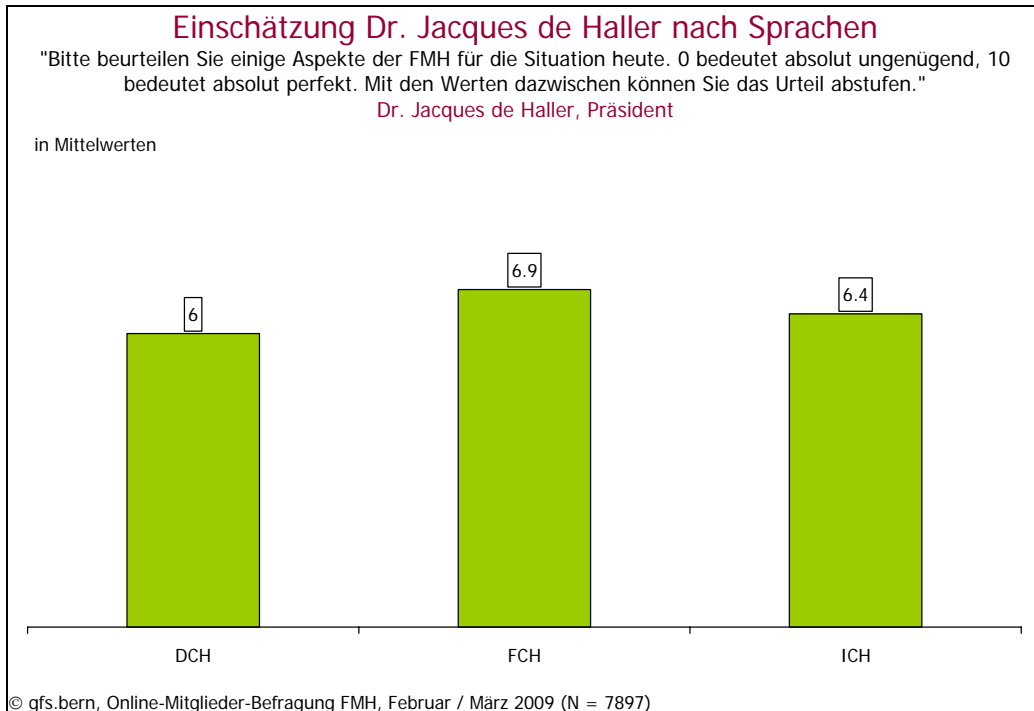
Adäquat zu den bisherigen Resultaten werden die Interessenvertretung sowohl der Hausärztinnen und Hausärzte wie auch der SpezialistInnen und noch kritischer diejenige der Spitalärztinnen und Spitalärzte bewertet. Im Unterschied zur Kooperation mit anderen Organisationen im Gesundheitswesen wird die Koordination innerhalb der Ärzteschaft und der Ärzteorganisationen nicht als genügend beurteilt. Am schlechtesten schneidet die politische Einflussnahme ab.

Grafik 26:



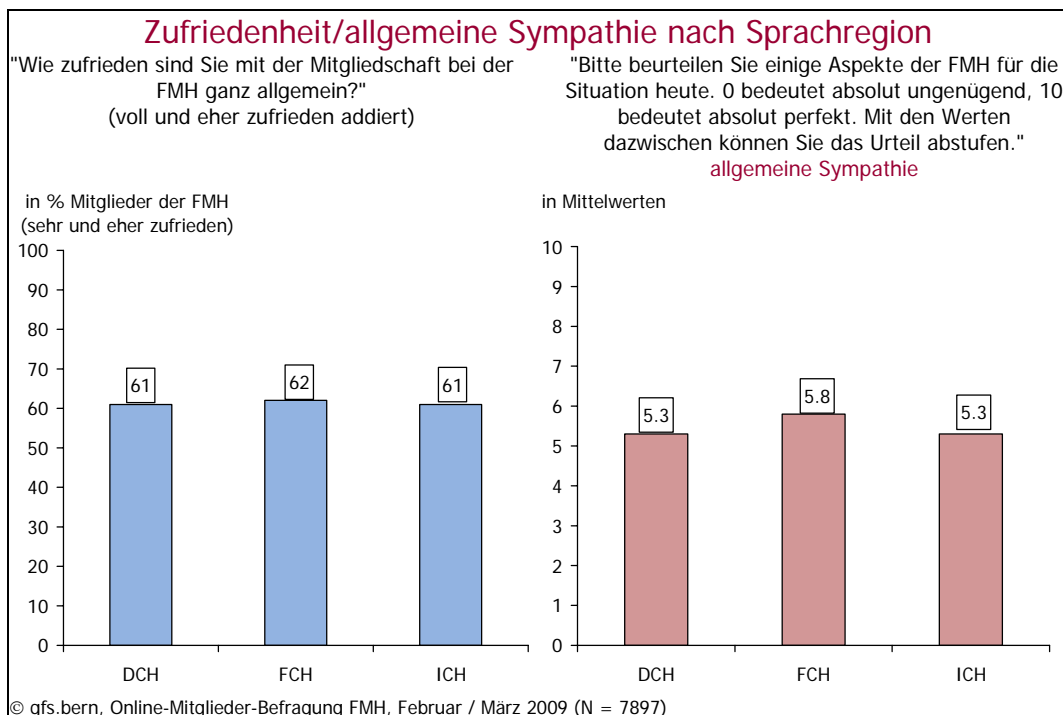
Als Westschweizer erzielt Jacques de Haller besonders hohe Werte unter den Mitgliedern der französischsprachigen Schweiz.

Grafik 27:



Der Vergleich zwischen Sympathie und Zufriedenheit nach Sprachregionen gibt einen Hinweis darauf, dass der Präsident auch die Sympathiewerte positiv beeinflusst. Die FMH erscheint in der französischsprachigen Schweiz sympathischer als in den anderen Landesteilen. Die Zufriedenheit mit der FMH-Mitgliedschaft ist aber deshalb in der französischsprachigen Schweiz nicht grösser.

Grafik 28:



2.4.1. Die Zwischenbilanz

Die Kritik an der politischen Interessenvertretung färbt nicht stark auf die Imageurteile über die FMH ab. Nicht nur die politische Ausrichtung, sondern auch die Führung, der Präsident und die Kommunikation werden relativ gut beurteilt. Damit scheint die FMH gut aufgestellt, um die kritischen Elemente in ihrem Tätigkeitsgebiet zu verbessern. Auch im Vergleich zu den allgemeinen Imagefaktoren ist die politische Einflussnahme ganz generell der Bereich mit den kritischsten Einschätzungen der FMH-Mitglieder.

2.5. Die vertiefte Analyse der Zufriedenheit und der Sympathie

Im letzten Kapitel arbeiten wir mit linearen Regressionsmodellen. Hierbei werden verschiedene erklärende Faktoren gleichzeitig auf ihren möglichen Einfluss auf einen zu erklärenden Faktor analysiert. In unserem Fall ist das zunächst die Zufriedenheit, wo es um die Frage geht, wie die relativ verbreitete Unzufriedenheit am besten mit dem vorhandenen Datenmaterial erklärt werden könnte. In ähnlichem Sinn analysieren wir in einem zweiten Schritt auch die Sympathie der FMH als generelles Image der Organisation.

In unseren Darstellungen blau dargestellt sind jeweils Faktoren, welche die Wahrscheinlichkeit der Zufriedenheit oder Sympathie erhöhen. Rot dargestellt sind dagegen Faktoren, welche die Unzufriedenheit oder die tiefere Sympathieäusserungen erklären. Je grösser ein Faktor dargestellt ist, desto bedeutender ist er im Vergleich zu den anderen Faktoren im Modell.

Grafik 29:

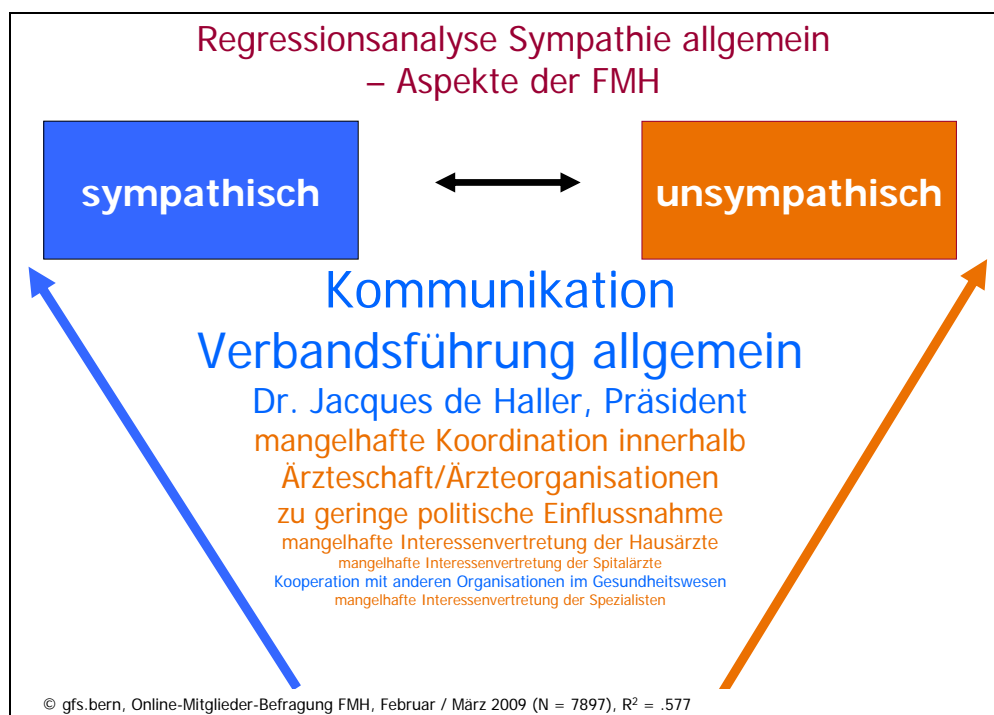


Zunächst erklären wir die Zufriedenheit mit den Urteilen über die FMH-Aktivitäten. Wer Interessenvertretung in der Gesundheitspolitik und in Tariffragen kritisch einschätzt, ist auch unzufriedener mit der FMH. Dies unterstreicht die Bedeutung dieser Tätigkeiten auch

für die generellen Einschätzungen zur FMH. Zudem erklärt es die stärker verbreitete Unzufriedenheit im Vergleich beispielsweise zur Strategie. Die Befragten brachten bei der Frage zur Zufriedenheit mit der FMH offenbar auch ihre Unzufriedenheit mit der Position der Ärzteschaft in der Gesundheitspolitik zum Ausdruck. Die Weiterbildung und schwach auch die berufsspezifische Information und die Beziehungspflege innerhalb des Berufsstandes stärken eher die Zufriedenheit mit der FMH. Der Einsatz für faire Arbeitsbedingungen und die Medienarbeit verschlechtern die Zufriedenheitsurteile eher.

In einem weiteren Schritt erklären wir die allgemeine Sympathie mit den anderen geprüften Aspekten der FMH. Die Kommunikation aber auch der Präsident sind klare Sympathietreiber, wenn man die Imagefaktoren und die allgemeinen Urteile über die FMH zur Erklärung der allgemeinen Sympathie heranzieht. Die mangelhafte Koordination innerhalb der Ärzteschaft, die zu geringe politische Einflussnahme, die mangelhafte Interessenvertretung der Hausärztinnen und Hausärzte, der Spitalärztinnen und Spitalärzte und der SpezialistInnen führen aber zu kritischeren Sympathiewerten.

Grafik 30:



2.5.1. Die Zwischenbilanz

Die Regressionsanalysen runden das Bild einer unzufriedenen Ärzteschaft im politischen Bereich und mit den politischen Tätigkeiten der FMH ab. Je direkter jemand mit der Gesundheitspolitik in Berührung kommt – sei dies durch Vorschriften oder durch Tariffragen oder durch eine Mischung aus beidem – desto eher zieht diese Person auch eine verhalten kritische Bilanz zur FMH. Es sind die Sorgen in der Gesundheitspolitik, welche das distanzierte aber grundsätzlich positive Bild der FMH trüben. Es ist der Wunsch, ganz generell politisch selbstbewusster und klarer aufzutreten, der zurzeit als Forderung gegenüber der FMH am deutlichsten geäußert wird.

3. Die Synthese

Die FMH-Mitglieder Befragung vermittelt ein klares Bild zur Befindlichkeit gegenüber dem Verband aber noch ein deutlicheres zur Befindlichkeit gegenüber der Gesundheitspolitik. Es geht den Mitgliedern um die Rolle der Ärzteschaft, welche sie in der veränderten Situation spielen möchte. Sie soll prominenter und markanter werden. Die FMH wird zwar in der Regel nicht für die heutige Situation verantwortlich gemacht, sie soll aber in diesem Bereich eine Führungsrolle übernehmen.

Diese Einschätzung geschieht nicht im Rahmen einer fundamentalen Kritik an der FMH ganz allgemein, deren Entwicklung oder deren Strategie. Sie geschieht aus einer im Alltag vorhandenen Distanz zur FMH und im Rahmen einer vorsichtig positiven Würdigung der Kerntätigkeiten als Standesorganisation. Das Standbein „Standesorganisation“ kann dann auch als gut bewertet werden. Einige Instrumente, die Kommunikation ausserhalb der Medienarbeit, die Zusatzleistungen, die Führung und nicht zuletzt die Weiterbildung als zentrales klassisches Element als Standesorganisation schneiden genügend bis gut ab.

Die FMH ist auf dem Weg von der Standes- zur Bewegungsorganisation.

Ein klarer und unmissverständlicher Handlungsbedarf besteht aber als politische Bewegungsorganisation, welche mit Hilfe öffentlicher Meinungsbildung und politischer Einflussnahme eine ebenso zentrale Rolle einnehmen soll wie die Krankenkasse. Damit befindet sich die FMH auf dem Weg von der Standes- zur Bewegungsorganisation. In diesem Sinn haben wir auch unsere vier Thesen formuliert, welche unsere wichtigsten Befunde und deren Interpretation hinsichtlich der vier Fragestellungen zusammenfassen.

These 1: Die Haltung zu den strategischen Zielen und zur Ausrichtung der FMH.

Die politischen Entwicklungen seit dem KVG haben die Ärzteschaft erheblich politisiert und frustriert. Die politische Tätigkeit der FMH hinkt dieser Entwicklung nach und es besteht Verbesserungsbedarf.

These 2: Die Bedürfnisse und die berufspolitischen Interessen.

Die Bedürfnisse der Mitglieder erweitern sich vom FMH-Titel, verbunden mit Ausbildung und Information hin zu einer intensivierten Interessenpolitik im Gesundheitswesen, zu mehr politischer Einflussnahme und zu mehr Öffentlichkeitsarbeit.

These 3: Gemeinsame und breit akzeptierte Basis des Handelns.

Die FMH erfüllt das Soll bei den klassischen Leistungen. Verbandsführung und -kommunikation werden relativ gut bewertet. Damit ist die Basis für die Erweiterung der Verbandsaktivitäten gegeben.

Diese ist nötig, denn die politische Interessenvertretung wird im Schnitt als ungenügend bewertet, und sie polarisiert auch mehr als die klassischen Leistungen.

These 4: Einstellungen gegenüber der FMH, Leistungsbeurteilung und die Erwartungen an den Verband.

Die Landesorganisation soll in eine Bewegungsorganisation umgewandelt werden. Zukünftige Kernelemente werden Interessenvertretung, Lobbying und Public Affairs sein. Zur Führung des Verbandes wird Campaigning hinzukommen müssen.

Die Befunde der ersten FMH-Mitgliederbefragung, die hier verdichtet worden sind, können auch aus einer theoretischen Perspektive beleuchtet werden. Dabei geht es im Wesentlichen um die Erneuerung der Verbandsarbeit im politischen Raum. Diese ist in der Regel durch die Ausbildung verschiedener spezialisierter Tätigkeiten gekennzeichnet, über die klassische Landesorganisation hinausgehen. Namentlich erwähnt werden die Interessenvertretung in Verhandlungsprozessen (Bargaining), das Lobbying gegenüber politischen Behörden und der ganze Bereich der Public Affairs, speziell der politischen Kommunikationsarbeit. Sie bilden den Kern neuer Tätigkeiten von Verbänden, die sich bei transformierten politischen Bedingungen bewähren müssen.

Dabei stellt sich die Frage, wie das Ganze koordiniert werden soll. Eine der sinnvollen Folgerungen besteht in der Empfehlung, die neuen spezifischen Verbandsaktivitäten durch ein Campaigning zu koordinieren. Darunter versteht man in der Verbandsführung die Verfolgung (politischer) Ziel durch einen Akteur über längere Zeiträume hinweg, zu wechselnden Themen und in variierenden Arenen mit den Mitteln der kontinuierlichen und kohärenten Kommunikation.

Anhang

Das gfs.bern Team

(Identität)



LUKAS GOLDER

Politikwissenschaftler, Projektleiter
Schwerpunkte: Kommunikation von Wissenschaft, Verwaltung und Politik, Abstimmungen, Wahlen, Modernisierung des Staates, Datenbanken, Hochrechnungen, statistische Datenanalyse.

(Identität)



CLAUDE LONGCHAMP

Politikwissenschaftler,
Institutsleiter, Verwaltungsrat
Schwerpunkte: Abstimmungen, Wahlen, Parteien, Europäische Integration, Technologiepolitik, politische Kultur und politische Kommunikation, Geschichte und Methoden der Demoskopie.

(Identität)



LAURA KOPP

Politikwissenschaftlerin, Projektleiterin.
Schwerpunkte der Forschung: Analyse politischer Themen und Issues, Evaluationen, Gesellschaftsthemen, Feldaufträge, international vergleichende Studien, Qualitativmethoden, Text- und Inhaltsanalyse, Abstimmungen und Wahlen. Publikationen im Rahmen der VOX-Analyse und auf Internet.

(Identität)



JONAS KOCHER

Projektmitarbeiter gfs.bern
Schwerpunkte der Arbeit:
Statistische Datenanalyse,
Medienanalysen, Visualisierung.

(Identität)



SILVIA-MARIA RATELBAND-PALLY

Administratorin
Schwerpunkte: Desktop-Publishing,
Visualisierungen, Projektadministration,
Vortragsadministration.