

Gute Patientenversorgung trotz administrativem Aufwand – punktuelle Probleme



Wichtigstes in Kürze

Begleitstudie anlässlich der Einführung von
SwissDRG im Auftrag der FMH, 3. Befragung 2013

Projektteam

Lukas Golder Politik- und Medienwissenschaftler

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

Cindy Beer Soziologin

Stephan Tschöpe Politikwissenschaftler

Philippe Rochat Politikwissenschaftler

Meike Müller Soziologin

Carole Gauch Medien- und Politikwissenschaftlerin

Johanna Schwab Administration

Inhaltsverzeichnis

WICHTIGSTES IN KÜRZE	3
Zielsetzung und Methode	3
Arbeitszeit Zeitaufwand administrativ vs. medizinisch	4
Einfluss auf Behandlung und tatsächliche Praxis.....	6
Fallpauschalen: Begleiteffekte und Haltungen.....	10
Anhang	17
gfs.bern-Team	17

Bern, der 9. Dezember 2013
Copyright by gfs.bern
Publikation: Januar 2014

Wichtigstes in Kürze

Zielsetzung und Methode

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

- Die FMH möchte jene Themen aus dem FMH-Konzept¹ untersuchen lassen, welche aus Sicht der Ärzteschaft wichtig sind, aber durch keinen anderen Partner im Gesundheitswesen untersucht werden.
- Anhand der wissenschaftlich erhobenen Untersuchungsergebnisse sollen Fehlentwicklungen frühzeitig erkannt werden, damit Gegenmassnahmen rechtzeitig eingeleitet werden können.
- Mit den Untersuchungsergebnissen sollen der Politik und den Partnern im Gesundheitswesen Zahlen und Fakten vorgelegt werden, damit Entscheidungen basierend auf einer verbesserten Datengrundlage gefällt werden können.

Mit der Studie 2013 wird es erstmals möglich, Trends zu identifizieren. Das Hauptargument dafür ist, dass sich nach drei Messungen konsistente Veränderungen von punktuellen Veränderungen unterscheiden lassen. Eine allfällige Veränderung oder auch keine Veränderung aufgrund der Reformen im Gesundheitswesen im Allgemeinen oder der Abrechnung mit SwissDRG im Konkreten als real zu taxieren.

Aufgrund einer konkreten Liste von sieben zu untersuchenden Fragestellungen, wurden die Fragen auf Basis eines Konzepts entwickelt und mit der FMH-Fachkommission SwissDRG, sowie den FMH-Begleitgruppen TARPSY und ST Reha finalisiert. Der Fragebogen wurde in diesem Jahr insbesondere für die Ärzteschaft in Psychiatrischen Kliniken und in Rehabilitationskliniken angepasst und wo möglich wurden diese rückwirkend auch für die vorigen Jahre ausgewertet, so dass wir auch hier Trends darstellen können. Für die vorliegende dritte Erhebung wurden im Zeitraum von Juni – August 947 akutsomatische Spitalärzte, 142 Ärzte in Psychiatrischen Kliniken und 78 Ärzte in Rehabilitationskliniken befragt. Hinzu kommen 339 ambulant tätige Ärzte. Es haben damit insgesamt 1506 Ärzte an der FMH Begleituntersuchung teilgenommen. Für die Gesamtheit der Auswertungen ergibt dies einen theoretischen Stichprobenfehler von +/-2.6 Prozentpunkten bei einem ausgewiesenen Wert von 50 Prozent. Diese Aussage stimmt in 95 Prozent der Fälle. Ausgewählte Unterschiede nach Fachrichtungen werden im Schlussbericht diskutiert.

Für die praxisambulant tätigen Ärzte beträgt der Stichprobenfehler +/-5,4 Prozentpunkte, bei in der Psychiatrie tätigen Ärzten +/-8.4 Prozentpunkte, bei in Rehabilitationskliniken tätigen Ärzten +/-11.3 Prozentpunkte und bei der akutsomatischen Spitalärzteschaft +/-3.2 Prozentpunkte.

Für die Stichprobe stand die FMH-Adressbank zur Verfügung. Sie berücksichtigt sämtliche Ärztinnen und Ärzte, die einen Facharztstitel besitzen oder einen solchen anstreben. Die Ausschöpfung beträgt bei der praxisambulant tätigen Ärzteschaft 38 Prozent im Vergleich zu den zur Verfügung stehenden Adressen.

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

Bei der Spitalärzteschaft konnten wir eine Ausschöpfung von 25 Prozent erreichen. Aufgegliedert nach akutsomatisch, Psychiatrie und Rehabilitation zeigt sich aber, dass insbesondere in den letzten beiden Bereichen eine besonders gute Ausschöpfung erreicht werden konnte, durch die spezifische Einladung und speziell für diese Gruppen angepasste Remindings. Bei der Ärzteschaft in Psychiatrischen Kliniken konnten wir so eine Ausschöpfung von 52 Prozent und bei der Ärzteschaft in Rehabilitationskliniken eine Ausschöpfung von 59 Prozent erreichen. Betrachten wir nur die akutsomatische Spitalärzteschaft zeigt sich eine Ausschöpfung von 22 Prozent, wobei ein Teil der angeschriebenen Spitalärzteschaft nach dem Login angab, nicht (mehr) im Spital tätig zu sein. Rechnet man diese mit ein, wäre die Ausschöpfung noch etwas höher.

Arbeitszeit Zeitaufwand administrativ vs. medizinisch

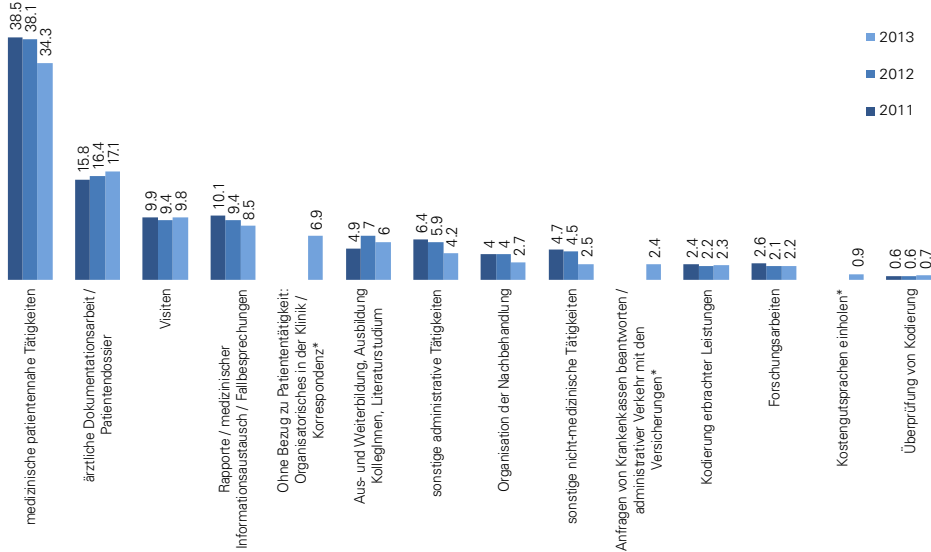
Betrachtet man die Arbeitszeit, welche für medizinische patientennahe Tätigkeiten aufgewendet wird, zeigt sich gegenüber den Vorjahren bei der akutsomatischen Ärzteschaft eine grössere Änderung. Wurde in den letzten Jahren noch über 38 Prozent der Zeit dafür aufgewendet, sind es aktuell knapp über 34 Prozent. Leicht zugenommen hat im Verhältnis die ärztliche Dokumentationsarbeit. Neu aufgenommen in die Untersuchung wurde der Bereich Organisatorisches in der Klinik, der gleich 6.9 Prozent ausmacht. Die offene Nachfrage aus dem Vorjahr im Bereich sonst nicht-administrative Tätigkeiten und sonstige nicht-medizinische Tätigkeiten hat diese Kategorie nötig gemacht. Entsprechend erklären diese 6.9 Prozent hauptsächlich die Reduktionen bei den beiden wenig konkreten Kategorien.² Bei den akutsomatischen Ärztinnen und Ärzten hat sich gegenüber dem Vorjahr insbesondere bei den Oberärzten der Aufwand für die Dokumentationsarbeit zu Abrechnungszwecken erhöht, im Trend hat der Aufwand auch bei den Assistenzärzten weiter zugenommen. Leicht abgenommen hat die Dokumentationsarbeit bei der leitenden Ärzteschaft. Der Aufwand für Dokumentationsarbeiten ist dabei innerhalb des letzten Jahres nicht nur bei der akutsomatischen Ärzteschaft angestiegen, gleiche Tendenzen lassen sich bei Ärztinnen und Ärzten erkennen, die in Psychiatrischen- und Rehabilitationskliniken tätig sind.

² Um das Verhältnis der angewendeten Zeit auf bestimmte Tätigkeiten genauer zu analysieren, haben wir zunächst die detaillierten Minutenangaben der einzelnen Befragten summiert und als 100 Prozent definiert. Daraus haben wir die Mittelwerte gezogen, die sich wie Prozente eines Arbeitstages lesen lassen. Damit lassen sich relativ präzise Aussagen im Sinne von Prozentverteilungen verschiedener Arbeiten innerhalb eines Arbeitstages machen.

Trend Zeitaufwand für verschiedene Tätigkeiten: akutsomatische Ärzte

"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

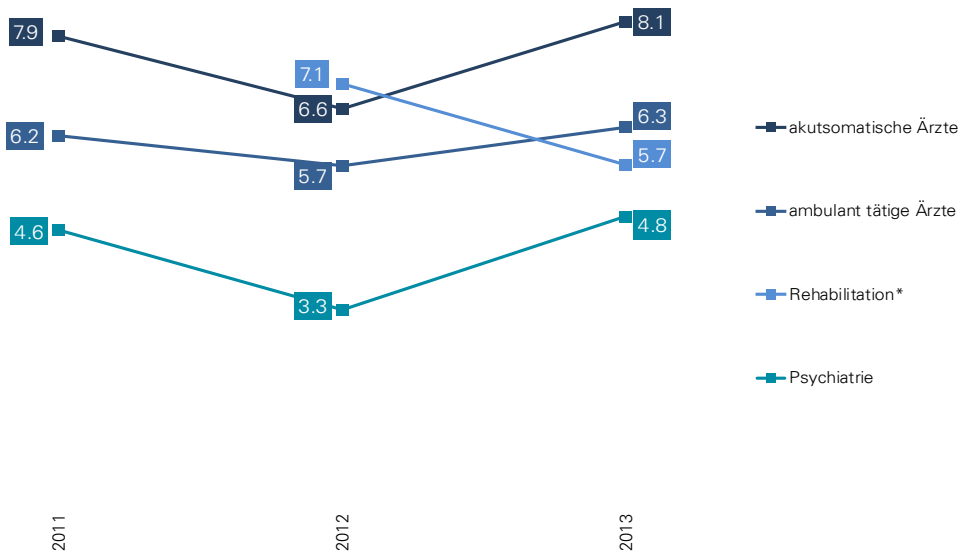


© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni - August 2013 (N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 1000)
* 2013 das erste mal befragt

Betrachten wir die angegebenen Minuten im Mittel, wird jedoch ersichtlich, dass die Zeit, welche für medizinische patientennahe Tätigkeiten aufgewendet werden, bei der akutsomatischen Ärzteschaft ebenfalls leicht zugenommen hat. Dies deutet darauf hin, dass zwar mehr Zeit für administrative Tätigkeiten gebraucht wird, dass die Ärzteschaft sich davon aber nicht abhalten lässt, den für Sie wichtigen Kontakt zu den Patienten zu behalten. Was für die Ärzteschaft Überstunden bedeuten kann. Dabei ist insbesondere die akutsomatische Ärzteschaft davon betroffen. Die Mehrheit der Ärzteschaft ist jedoch nach wie vor zumindest eher zufrieden mit dem Verhältnis von Arbeitszeit zu Freizeit. Diese Ansicht hat gegenüber dem Vorjahr in allen untersuchten Gruppen jedoch etwas abgenommen, wobei die Unzufriedenheit leicht angestiegen ist.

Trend Vergleich Anzahl Überstunden vergangene Arbeitswoche

"Wie viele Überstunden haben Sie letzte Woche insgesamt geleistet?"
in Mittelwerten ambulant tätige Ärzte / akutsomatische Ärzte / Psychiatrie / Rehabilitation



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni - August 2013 (N ambulant tätige Ärzte jeweils ca. 250 / N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 1000 / N Psychiatrie jeweils ca. 120 / N Rehabilitation jeweils ca. 70), * 2011 und 2012 zusammen

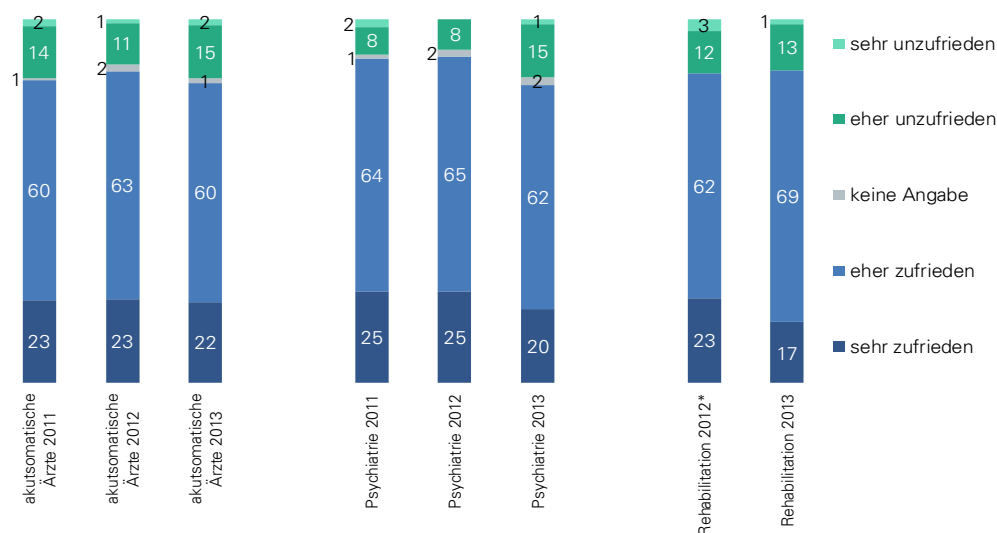
Die generelle Arbeitszufriedenheit mit Fokus auf die Arbeitstätigkeit und die Aufgaben ist jedoch nach wie vor auf hohem Niveau, auch wenn diese bei der akutsomatischen und der Ärzteschaft in Psychiatrischen Kliniken gegenüber dem Vorjahr leicht gesunken ist. Bei der Ärzteschaft in Rehabilitationskliniken hat der Anteil derer die sehr zufrieden mit ihrer Arbeit sind zugunsten derer die eher zufrieden damit sind, abgenommen.

Grafik 3

Trend Arbeitszufriedenheit

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

in % akutsomatische Ärzte / Psychiatrie / Rehabilitation



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni - August 2013 (N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 1000 / N ambulant tätige Ärzte jeweils ca. 250 / N Psychiatrie jeweils ca. 120 / N Rehabilitation jeweils ca. 70), * 2011 und 2012 zusammen

Die eigene physische und psychische Gesundheit wird von allen befragten Ärzten generell positiv eingeschätzt, tendenziell noch etwas besser als vor einem Jahr. Es musste im vergangenen Jahr auch kaum jemand sein Arbeitspensum aufgrund der physischen oder psychischen Gesundheit reduzieren. Es zeigt sich über alle Spitalärzte jedoch, dass in der eigenen Abteilung in den letzten 12 Monaten einige Ärztinnen und Ärzte aus gesundheitlichen Gründen ausscheiden mussten. Bei der akutsomatischen und in der Psychiatrie tätigen Ärzteschaft gibt über ein Drittel an, dass dies der Fall war. Bei der Ärzteschaft in Rehabilitationskliniken sind es knapp unter 30 Prozent, die dies bejahen. Für die Mehrheit der Ärzteschaft hat das eigene physische oder psychische Wohlbefinden einen Einfluss auf die Qualität der Patientenversorgung.

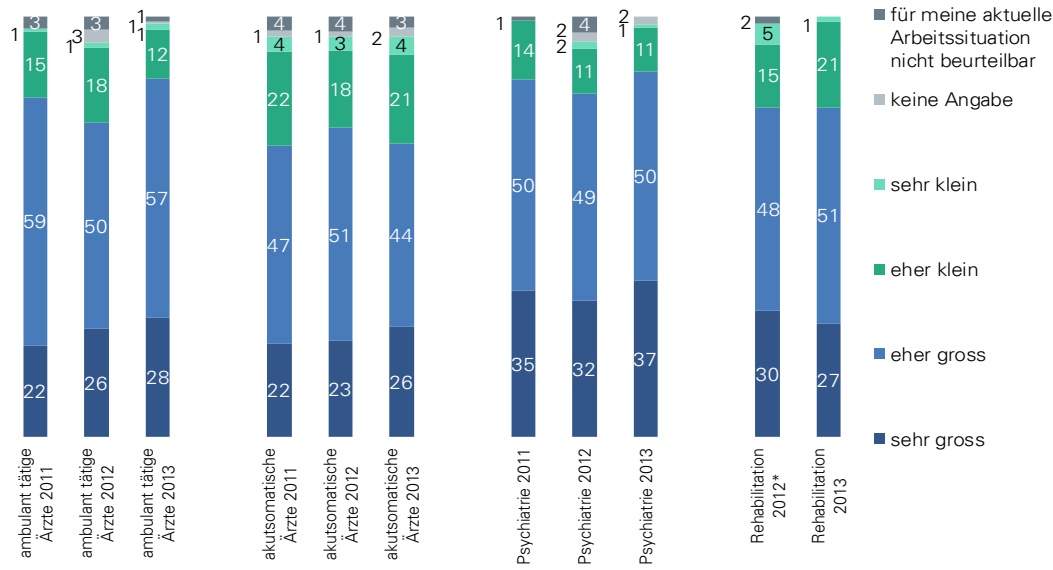
Einfluss auf Behandlung und tatsächliche Praxis

Der persönliche Spielraum hinsichtlich der Art und Weise der Behandlung wird nach wie vor von der Mehrheit der Ärzteschaft als zumindest eher gross wahrgenommen, auch wenn diese Ansicht bei akutsomatisch tätigen Ärztinnen und Ärzten gegenüber dem Vorjahr etwas gesunken ist. Bei der praxisambulant tätigen Ärzteschaft und in der Psychiatrie werden die Behandlungsfreiheiten jedoch wieder als etwas höher eingeschätzt.

Trend Spielraum der Behandlung

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

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



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni - August 2013 (N ambulant tätige Ärzte jeweils ca. 250 / N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 1000 / N Psychiatrie jeweils ca. 120 / N Rehabilitation jeweils ca. 70), * 2011 und 2012 zusammen

Konstant bleiben die Einflussnahmen von Dritten bei der Entscheidung über die Art und Weise der Behandlung: Hoch ist bei der akutsomatischen Ärzteschaft der Einfluss der PatientInnen und der jeweils vorgesetzten Ärztinnen oder Ärzte, während insbesondere die Anteile, welche den Einfluss der Verwaltung als sehr gross oder eher gross bewerten auf tiefem Niveau verbleiben. Die Zusammenarbeit zwischen ärztlichem Personal und Verwaltung wird jedoch weiterhin nur von einer Minderheit der akutsomatischen Ärzteschaft als gut bis sehr gut gewertet (43%). Einen Einfluss der Krankenkassen beobachten 16 Prozent in der Akutsomatik. Das ist deutlich weniger als in den Rehabilitationskliniken, wo der Einfluss der Krankenkassen von der Mehrheit (53%) als eher bis sehr gross empfunden wird.

Trend Einfluss auf Entscheidungen: akutsomatische Ärzte

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

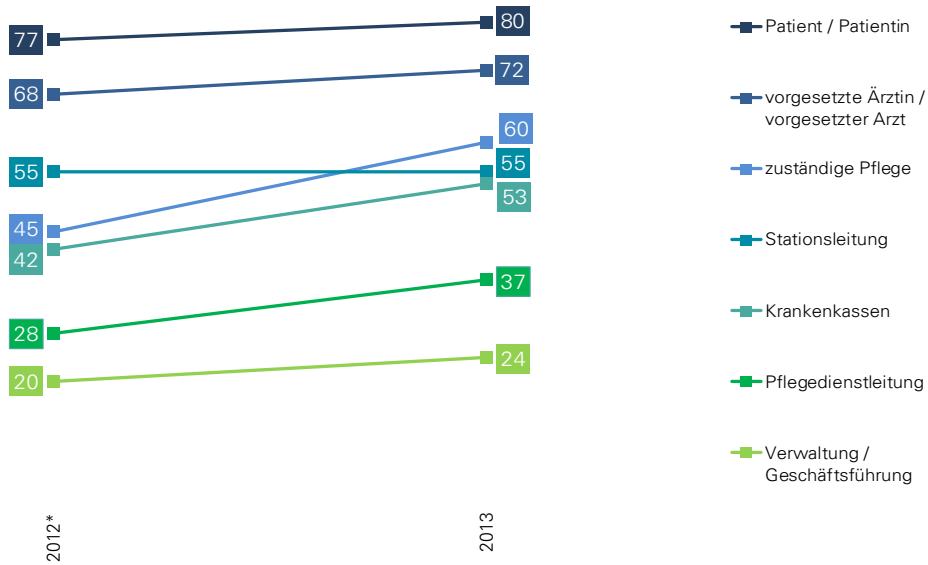
in % akutsomatischer Ärzte, sehr starker und starker Einfluss addiert



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni - August 2013 (N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 1000)

Trend Einfluss auf Entscheidungen: Rehabilitation

"Wie verteilt sich in Ihrer Abteilung/Klinik der Einfluss auf Entscheidungen über die Art und Weise der Behandlung?"
in % Rehabilitation, sehr starker und starker Einfluss addiert



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni - August 2013 (N Rehabilitation jeweils ca. 70).
* 2011 und 2012 zusammen

Etwas mehr schwankend sind die Urteile in der Psychiatrie. Die Einflussnahmen von Verwaltung, Pflegedienstleistungen und Krankenkassen werden weniger stark wahrgenommen als in der Rehabilitation. Von immerhin der Hälfte der Befragten PsychiaterInnen werden Einflüsse von PsychologInnen wahrgenommen.

Trend Einfluss auf Entscheidungen: Psychiatrie

"Wie verteilt sich in Ihrer Abteilung/Klinik der Einfluss auf Entscheidungen über die Art und Weise der Behandlung?"
in % Psychiatrie, sehr starker und starker Einfluss addiert



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni - August 2013 (N Psychiatrie jeweils ca. 120)

Die tatsächliche Praxis im Umgang mit PatientInnen in den Spitälern scheint in vielerlei Hinsicht nach wie vor korrekt. Hier haben sich die einzelnen Bereiche über die Zeit nicht weiter kritisch entwickelt. Sei dies in Bezug auf grundsätzli-

Grafik 8

Trend tatsächliche Praxis akutsomatische Ärzte (1)

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

Durchführung aller notwendigen Verfahren "Es werden alle notwendigen diagnostischen Verfahren durchgeführt, um einen fundierten Entscheid über die Behandlungsmethode zu fällen."

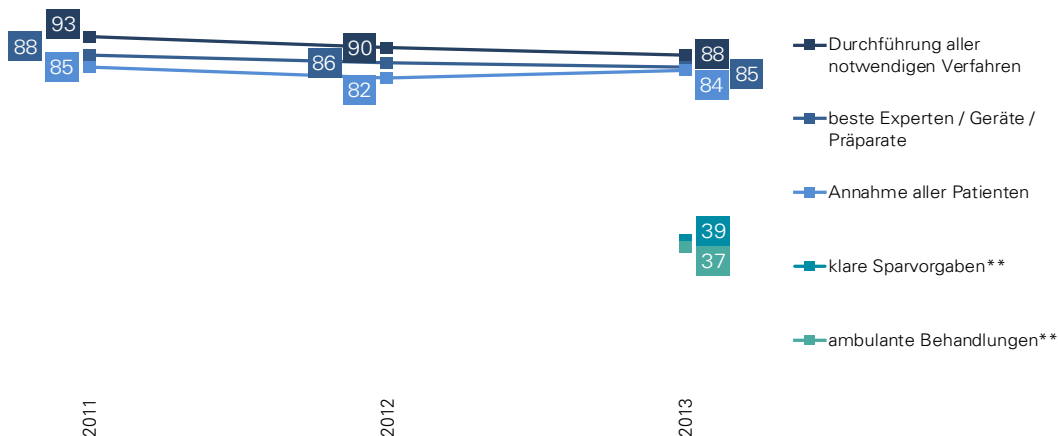
beste Experten / Geräte / Präparate "Patienten stehen die besten Experten, Präparate und Geräte zur Verfügung."

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

klare Sparvorgaben** "Die Spitalleitung macht klare Sparvorgaben in der Abteilung/Klinik."

ambulante Behandlungen** "Wegen fehlender Zusatzentgelte für teure Medikamente, Implantate und Verfahren werden entsprechende Behandlungen zunehmend ambulant durchgeführt."

in % akutsomatischer Ärzte ("trifft sehr zu" und "trifft eher zu" summiert)



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni - August 2013 (N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 1000)
*seit 2012 befragt / **seit 2013 befragt

Trend tatsächliche Praxis akutsomatische Ärzte (2)

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

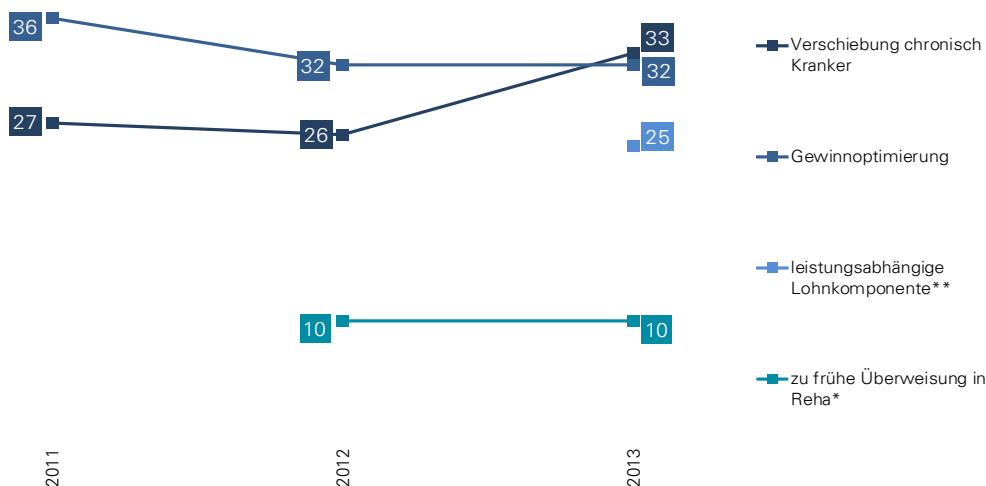
Verschiebung chronisch Kranker "Es wird versucht, chronisch kranke und multimorbide Patienten in anderen Einrichtungen unterzubringen."

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

leistungsabhängige Lohnkomponente "Das Entschädigungssystem enthält eine variable, leistungsabhängige Lohnkomponente."

zu frühe Überweisung in Reha* "Patienten werden aus dem Spital zu früh in Reha-Einrichtungen überwiesen."

in % akutsomatischer Ärzte ("trifft sehr zu" und "trifft eher zu" summiert)



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni - August 2013 (N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 1000)
*seit 2012 befragt / **seit 2013 befragt

Betrachten wir die neu in die Untersuchung eingeflossenen Bereiche der Spitalfinanzierung, lässt sich erkennen, dass klare Sparvorgaben der Spitalleitung in der Abteilung oder Klinik von 39 Prozent der akutsomatischen Ärzteschaft vorkommen. Dem würden insbesondere auch Chefärzte (48%), leitende Ärzte (46%) und Oberärzte (43%) der Akutsomatik zumindest eher zustimmen. 37 Prozent der akutsomatischen Ärzteschaft geben an, dass wegen fehlender Zusatzentgelte für teure Medikamente, Implantate und Verfahren entsprechende Behandlungen zunehmend ambulant durchgeführt werden. Wobei hier die leitende Ärzteschaft mit 42 Prozent (trifft sehr und eher zu) am ehesten zu-

stimmt. 6 Prozent der akutsomatischen Ärzteschaft stimmen der Aussage zu, dass Soll-Vorgaben für Interventionen gemacht werden, die mit einem Lohn-Bonus-System verbunden sind. Die Mehrheit kann hierzu jedoch keine Angabe machen. Betrachten wir dieses Urteil nach Position, lässt sich erkennen, dass hier Belegärzte mit 14 Prozent und die leitende Ärzteschaft mit 13 Prozent (trifft sehr und eher zu) am ehesten zustimmen. In Bezug auf das Entschädigungssystem gibt ein Viertel der Ärzteschaft an, dass es zumindest eher zutrifft, dass das Entschädigungssystem eine variable, leistungsabhängige Lohnkomponente hat. Dem stimmen insbesondere die leitende Ärzteschaft (42% trifft sehr und eher zu) und Chefärztinnen und -ärzten (49% trifft sehr und eher zu) zu. Bei der variablen, leistungsabhängigen Lohnkomponente handelt es sich bei der akutsomatischen Ärzteschaft insbesondere um Einkünfte aus privatärztlicher Tätigkeit oder Honorartätigkeit im Spital. Eine eigentliche Bonuszahlung auf Grundlage von Zielvereinbarungen ist weniger verbreitet. Rechnet man die Angaben auf die gesamte akutsomatische Ärzteschaft hoch, so erhalten 9 Prozent eigentliche Bonuszahlungen. Bei den Personen mit solchen Boni machen sie je nach Position ungefähr 20 Prozent des Lohns aus.

Fallpauschalen: Begleiteffekte und Haltungen

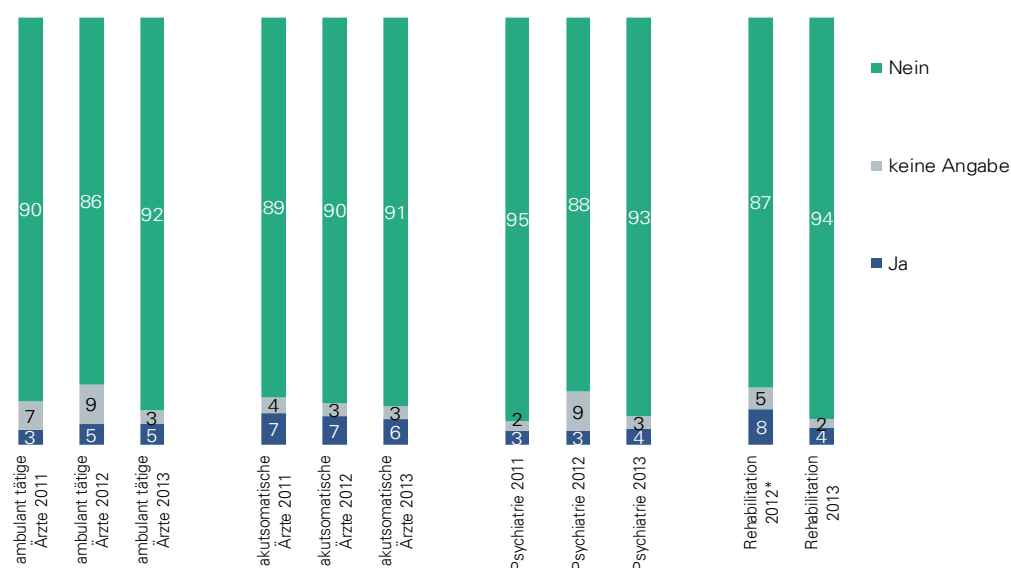
Bei der akutsomatischen Ärzteschaft geben 64 Prozent an, dass ihr Spital expandiert (+2 Prozentpunkte gegenüber 2012). In den Psychiatrischen Kliniken weisen 56 Prozent der Aussagen in dieselbe Richtung (+5 Prozentpunkte gegenüber 2012). Dass ihr Spital expandiere, geben vor allem Ärztinnen und Ärzte an, die in Rehabilitationskliniken tätig sind, insgesamt geben 74 Prozent dies an (+14 Prozentpunkte gegenüber 2012/2011). Bei der Mehrheit der akutsomatischen Ärzteschaft und bei der Mehrheit solcher, die in Rehabilitationskliniken tätig sind wird auch die Abteilung, in der sie arbeiten, ausgebaut. Bei Ärztinnen und Ärzten aus psychiatrischen Kliniken ist dies bei einer Minderheit von 45 Prozent der Fall. In diesem Wachstumsumfeld überrascht es nicht, dass die Angst den Arbeitsplatz zu verlieren, über alle analysierten Gruppen gering ist.

Grafik 9

Trend Angst um Arbeitsplatz

Haben Sie momentan Angst, Ihren Arbeitsplatz zu verlieren?

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



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni - August 2013 (N ambulant tätige Ärzte jeweils ca. 250 / N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 1000 / N Psychiatrie jeweils ca. 120 / N Rehabilitation jeweils ca. 70), * 2011 und 2012 zusammen

Ärztinnen und Ärzte, die in Rehabilitationskliniken tätig sind, glauben mehrheitlich, dass der Personalbestand gleich geblieben ist. Bei solchen, die in Psychiatrie

rischen Einrichtungen arbeiten teilen 36 Prozent diese Meinung, 28 Prozent glauben, dass der Bestand an ärztlichem Personal geschrumpft ist und 31 Prozent glauben, dass dieser angewachsen ist. Bei den akutsomatischen Ärztinnen und Ärzten herrscht die Meinung vor, dass der Personalbestand angewachsen ist (47%). Insgesamt beobachten die meisten Spitalärztinnen und –ärzte eher Personalaufbau. Entsprechend sieht die Mehrheit der akutsomatischen Ärzteschaft (72%) keinen Zusammenhang zwischen Änderungen beim ärztlichen Personal und der Einführung von Fallpauschalen. Lediglich 2 Prozent führt die Personalveränderungen direkt auf Fallpauschalen zurück.

Die zeitlichen Entwicklungen bei möglichen, teilweise ins Feld geführten negativen Begleiterscheinungen von Fallpauschalen zeigen, dass Nachfragen der Krankenkassen bei der akutsomatischen Ärzteschaft im Vergleich zu den Vorjahren etwas weniger behandelt werden müssen, trotzdem machen sie einen auf tiefem Niveau relevanten Anteil der ärztlichen Tätigkeit aus. Offen bei dieser Frage ist, ob die Verzögerungen bei der Rechnungsstellung unter SwissDRG dazu geführt haben, dass breite Kreise der Ärzteschaft in den letzten Jahren weniger Nachfragen von Krankenkassen behandeln mussten.

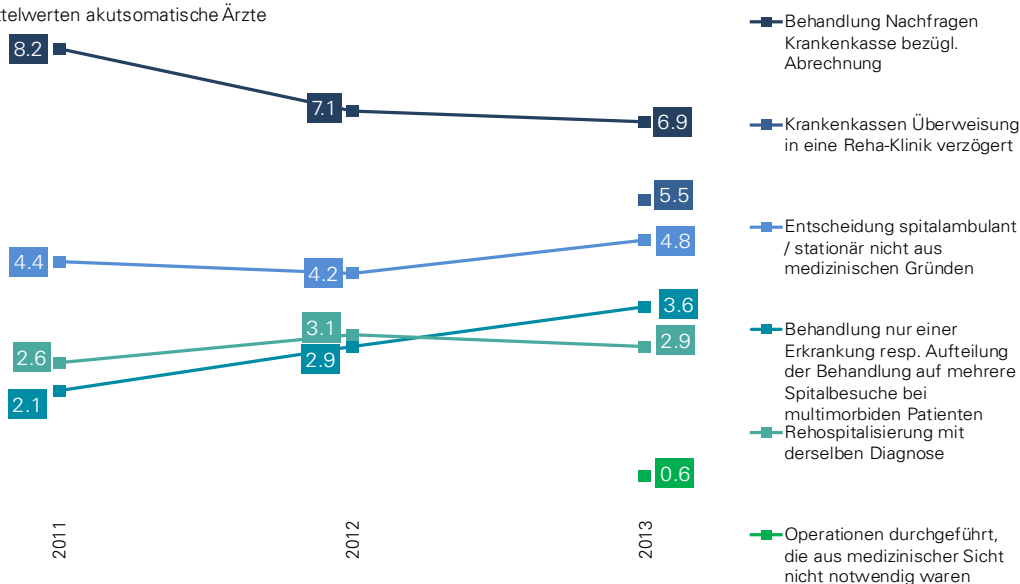
Im Trend zugenommen hat die Entscheidung bei multimorbiden PatientInnen, die Behandlung auf mehrere Spitalbesuche aufzuteilen. Dieser Trend auf relativ tiefem Niveau kann als möglicher direkter negativer Effekt der Fallpauschalen gewertet werden.

Etwas häufiger als noch vor einem Jahr kommt es auch vor, dass die Entscheidungen spitalambulant/stationär nicht aus medizinischen Gründen gefällt werden – erneut ein möglicher negativer Begleiteffekt der Fallpauschalen. Allerdings gibt auf die Nachfrage zu diesen Entscheidungen hin die Mehrheit an, dass dies im Sinne der PatientInnen geschah und medizinisch vertretbar war.

Grafik 10

Trend Spezielle Umstände: akutsomatische Ärzte

"Wie häufig kamen die folgenden Umstände im vergangenen Monat in Ihrem Arbeitsbereich vor? Sie können eine Schätzung, wie oft dies in den letzten 30 Tagen in Ihrem Arbeitsbereich vorgekommen ist, direkt als Zahl eingeben." "In den letzten 30 Tagen...." in Mittelwerten akutsomatische Ärzte



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni - August 2013 (N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 1000)

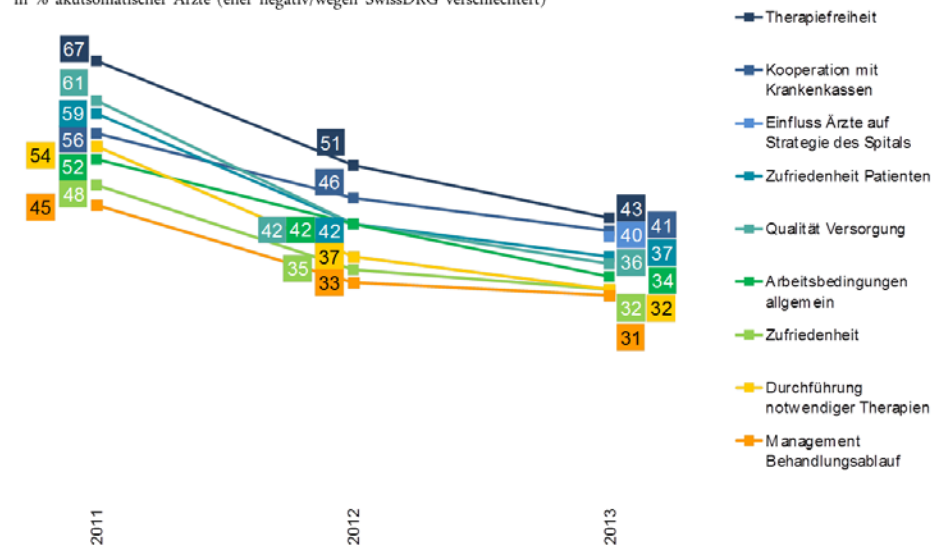
Wieder etwas abgenommen hat die ungeplante Rehospitalisierung von PatientInnen mit derselben Diagnose. Operationen, die aus medizinischer Sicht nicht notwendig waren, wurden kaum von der Ärzteschaft in ihrem Arbeitsumfeld beobachtet, es kam jedoch im Mittel 5.5 Mal vor, dass Krankenkassen die Überweisung in eine Reha-Klinik in den letzten 30 Tagen verzögert haben.

Der Einfluss von SwissDRG wird in praktisch allen Bereichen als weniger negativ bewertet, wie in den Vorjahren. Wobei dies auch jeweils nur von einer Minderheit so empfunden wird. Am negativsten wird der Einfluss auf die Therapiefreiheit, die Kooperation mit Krankenkassen und das Management des Behandlungsablaufs gesehen.

Grafik 11

Trend Einfluss SwissDRG: akutsomatische Ärzte (1)

"Wie beurteilen Sie den Einfluss von SwissDRG auf?"
in % akutsomatischer Ärzte (eher negativ/wegen SwissDRG verschlechtert)



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni - August 2013
(N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 1000)

Trend Einfluss SwissDRG: akutsomatische Ärzte (2)

"Wie beurteilen Sie den Einfluss von SwissDRG auf?"
in % akutsomatischer Ärzte (eher negativ/wegen SwissDRG verschlechtert)



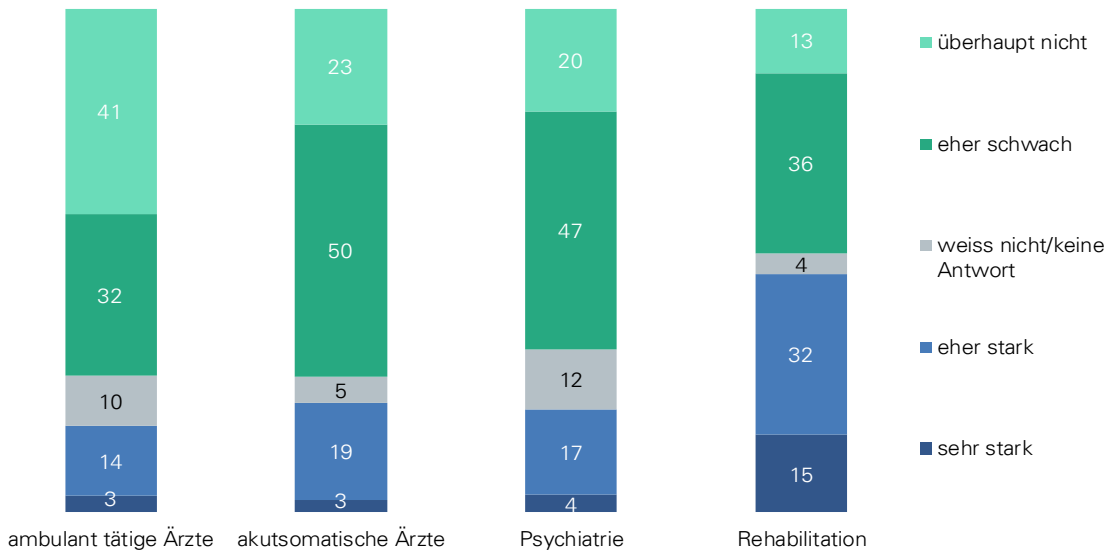
© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni - August 2013
(N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 1000)

Nach dem generellen Einfluss befragt, gibt auch lediglich eine Minderheit der akutsomatischen Ärzteschaft von 22 Prozent an, dass der Einfluss von SwissDRG eher bis sehr stark ist. Am stärksten wird der Einfluss des aktuellen stationären Tarifsystems bei der Ärzteschaft in Rehabilitationskliniken wahrgenommen.

Beeinflussung der täglichen Arbeit durch Tarifsystem/SwissDRG

"Wie stark beeinflusst SwissDRG (Psychiatrie/ Rehabilitation: das aktuelle stationäre Tarifsystem) Ihre tägliche Arbeit mit den PatientInnen?"

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



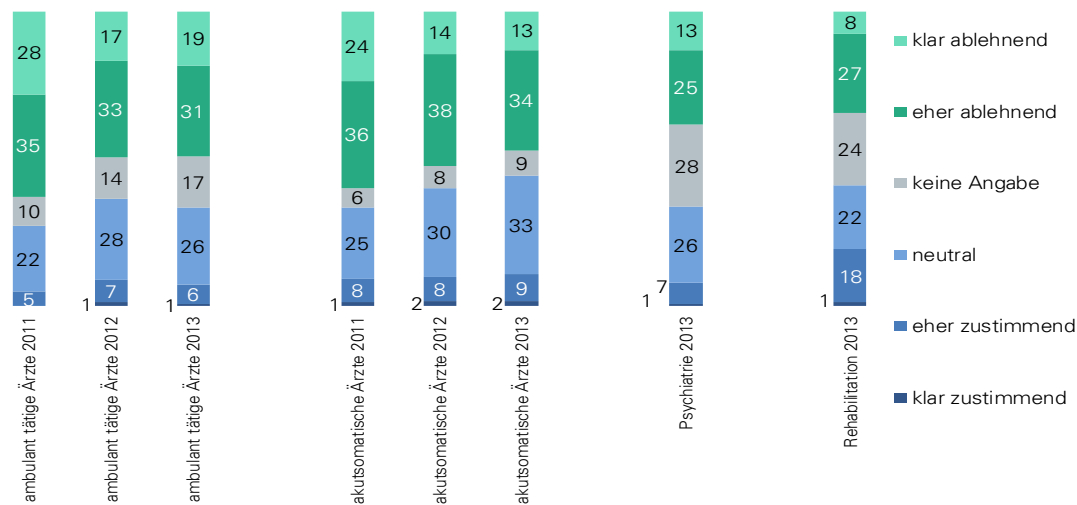
© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2013
(N_{amb} = 339 / N_{akut} = 947 / N_{Psy} = 142 / N_{Reha} = 78), sig.

Bei der praxisambulant tätigen Ärzteschaft hat sich die Meinung gegenüber Swiss DRG im Vergleich zum Vorjahr kaum verändert. Bei der akutsomatischen Ärzteschaft sowie auch bei der Ärzteschaft in Psychiatrischen Kliniken und in Rehabilitationskliniken hat die ablehnende Haltung weiter abgenommen.

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

"Alles in allem: Wie stehen Sie SwissDRG nach deren Einführung (Psychiatrie: der geplanten Einführung vom Tarifsystem TARPSY zur Vergütung der stationären Psychiatrie / Rehabilitation: der geplanten Einführung des Tarifsystems ST Reha zur Vergütung der stationären Rehabilitation) gegenüber?"

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



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni - August 2013 (N ambulant tätige Ärzte jeweils ca. 250 / N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 1000 / N Psychiatrie 142 / N Rehabilitation 78)

Wir formulieren ausgehend von den behandelten Ergebnissen fünf Befunde, wobei der erste Befund identisch mit den Thesen aus den Vorjahren ist.

Befund 1

Der Ärzteschaft geht es dank einem spannenden Beruf grundsätzlich gut. Sie nimmt wegen der hohen Identifikation Belastungen in Kauf, die weit über der Norm im Schweizer Arbeitsprozess³ liegen. Um den Arbeitsplatz fürchten nur die Wenigsten, da in vielen Spitälern der ärztliche Personalbestand aufgestockt wird.

Im Arbeitsalltag nehmen administrative Arbeiten zu, Dokumentationsarbeiten und auch Organisatorisches in der Klinik beanspruchen die Zeit der Ärzteschaft. Die medizinische patientennahe Tätigkeit nimmt dadurch jedoch nicht ab. Die Ärzteschaft nimmt sehr viele Überstunden in Kauf. Generell zeigt sich die Ärzteschaft jedoch heute noch zufrieden mit dem Verhältnis von Arbeit und Freizeit. Auch die Arbeitszufriedenheit ist nach wie vor auf einem hohen Niveau.

Die medizinische Versorgung geht weiterhin problemlos von statten, auch wenn der administrative Aufwand zugenommen hat. Insgesamt erfolgt weiterhin eine gute Behandlung der PatientInnen soweit dies im eigenen Arbeitsumfeld für die Ärzteschaft beobachtbar ist. Untersuchte Bereiche der Patientenversorgung oder auch direkt mögliche Folgewirkungen von SwissDRG sind weitgehend konstant. Aufgrund der neuen Spitalfinanzierung werden von mehr als einem Drittel der akutsomatischen Ärzte Sparvorgaben wahrgenommen. Mehr als ein Drittel der akutsomatischen Ärzteschaft gibt an, dass aufgrund fehlender Zusatzentgelte Behandlungen zunehmend ambulant durchgeführt werden. Ein Viertel gibt auch an, dass das Entschädigungssystem eine variable und leistungsabhängige Lohnkomponente enthält.

Befund 2

Trotz verzögerter Rechnungsstellungen unter SwissDRG nimmt der administrative Aufwand zu und belastet die Ärzteschaft teilweise unnötig, dies jedoch nicht zulasten der medizinischen patientennahen Tätigkeit. Die Ärzteschaft ist bereit, Überstunden auf sich zu nehmen, um ihrer zentralen Tätigkeit nachgehen zu können. Auch Sparvorgaben führen bisher nicht zu einer Vernachlässigung der medizinischen Versorgung.

Der Einfluss der Verwaltung bleibt bei der akutsomatischen Ärzteschaft stabil. Zufriedenstellend ist die Zusammenarbeit mit der Verwaltung dabei nur für eine Minderheit. Auch der Einfluss der Krankenkassen bleibt in akutsomatischen Spitälern unverändert. Ein gestiegener Einfluss der Krankenkassen wird hingegen insbesondere bei der Ärzteschaft in Rehabilitationskliniken wahrgenommen. Die Ärzteschaft in akutsomatischen Spitälern als auch die Ärzteschaft in Rehabilitationskliniken gibt dabei an, dass Krankenkassen Überweisungen in Rehabilitationskliniken teilweise verzögern. Nachfragen von Krankenkassen nehmen jedoch zurzeit nicht zu.

³ Die durchschnittliche Wochenarbeitszeit beträgt in der Schweiz etwas unter 42 Stunden. Vgl. Michael Siegenthaler / Michael Graff 2012. Figure 3 – KOF Working Papers. A View on the long-run evolution of hours worked and labor productivity in Switzerland (1950-2010).

Befund 3

Der Einfluss auf Entscheidungen seitens der Verwaltung und der Krankenkassen hat bei der akutsomatischen Ärzteschaft nicht weiter zugenommen. Ein zentrales Thema sind Krankenkassen, insbesondere wenn es um Kostengutsprachen für Rehabilitationskliniken geht. Hier verzögern die Krankenkassen teilweise die Überweisungen in die entsprechenden Einrichtungen.

Bezüglich potenzieller negativer Begleiterscheinungen von Fallpauschalen stellen akutsomatisch tätige Ärzte fest, dass es bei multimorbiden PatientInnen vermehrt zu einer Aufteilung der Behandlung auf mehrere Spitalbesuche kommt. Auch werden Entscheidungen, ob ein Patient ambulant oder stationär behandelt werden soll, etwas häufiger aus nicht medizinischen Gründen gefällt, was zwar gemäss Angaben in der Befragung der Ärzteschaft oft im Sinne des Patienten geschieht und medizinisch vertretbar ist, möglicherweise ergeben sich hier aber zunehmend medizinisch problematische Entscheidungen.

Befund 4

Im Zuge der Veränderungen mit Fallpauschalen gibt es eine Tendenz zur Aufteilung der Behandlung von multimorbiden PatientInnen auf mehrere Spitalbesuche und die Gefahr steigt, dass die Entscheidung, ob PatientInnen spitalambulant oder stationär behandelt werden, nicht aus medizinischen Gründen erfolgt.

SwissDRG wird von der akutsomatischen Ärzteschaft über viele Bereiche stetig weniger negativ wahrgenommen, auch generell ist die ablehnende Haltung im Rückgang. Die Vorbehalte gegenüber neu einheitlichen Fallpauschalen in allen akutsomatischen Spitälern haben sich nicht weiter auf-, sondern in der Regel abgebaut. Allerdings stehen knapp die Hälfte (47%) der akutsomatisch tätigen Ärzte SwissDRG immer noch klar oder eher ablehnend gegenüber.

Befund 5

Die Ärzteschaft steht SwissDRG etwas weniger skeptisch gegenüber. Die negativen Effekte werden dementsprechend auch weniger betont als in den Vorjahren, auch wenn der administrative Zeitaufwand zu steigen scheint. Auch im etwas fortgeschrittenen Change-Prozess zeigt sich der direkte Einfluss von SwissDRG weniger problematisch als befürchtet.

Schlussfolgerungen

1. Die neuen Tarife und Finanzierungen der Spitäler haben zwar im Einzelfall Ärger bei der Ärzteschaft ausgelöst und den Administrativaufwand steigen lassen, die Behandlung von PatientInnen hat aber bisher nur punktuell Änderungen erfahren. Die Ärzteschaft bewältigt die zunehmende administrative Arbeit mit noch mehr Überstunden. Solange aber der direkte Einfluss der Veränderungen auf die Art und Weise der Behandlung sowie am Bestand ärztlichen Personals kaum feststellbar ist, bleibt die hohe Arbeitszufriedenheit stabil.
2. Kritische Veränderungen im eigenen Arbeitsumfeld betreffen die Aufteilung auf mehrere Spitalbesuche, die Entscheidung, ob eine Behandlung spitalambulant oder stationär erfolgen soll sowie zu späte Kostengutsprachen, welche Akutsomatik und Rehabilitation betreffen. Über diese Effekte ist eine Diskussion über Massnahmen oder Korrekturen erforderlich.
3. Die Bedürfnisse der Ärzteschaft flossen bei der Planung der Veränderungsprozesse der letzten Jahre ein. Wo eine Strategie frühzeitig erarbeitet und dann auch umgesetzt wurde, konnten Vorbehalte reduziert werden. Negative Begleiteffekte wie beispielsweise bei der verzögerten Rechnungsstellung unter SwissDRG erreichen den ärztlichen Alltag bisher nicht.

Anhang

gfs.bern-Team



LUKAS GOLDER

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

Schwerpunkte:

Integrierte Kommunikations- und Kampagnenanalysen, Medienwirkungsanalysen, Abstimmungen, Wahlen. Modernisierung des Staates, Gesundheitspolitische Reformen. 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



CINDY BEER

Projektleiterin, Soziologin

Schwerpunkte:

Kommunikations-Controlling, Medieninhaltsanalysen, Ad-hoc-Studien, Qualitativmethoden



STEPHAN TSCHÖPE

Leiter Analyse und Dienste, Politikwissenschaftler

Schwerpunkte:

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



PHILIPPE ROCHAT

Projektassistent, Politikwissenschaftler

Schwerpunkte:

Datenanalytik, Programmierungen, Medienanalysen, Recherchen, Visualisierungen



CAROLE GAUCH

Projektassistentin, Medien- und Politikwissenschaftlerin

Schwerpunkte:

Datenanalytik, Programmierungen, Medienanalysen, Recherchen, Visualisierungen



JOHANNA SCHWAB

Administration, Kauffrau EFZ

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

Das Forschungsinstitut gfs.bern ist Mitglied des Verbands Schweizer Markt- und Sozialforschung und garantiert, dass keine Interviews mit offenen oder verdeckten Werbe-, Verkaufs- oder Bestellabsichten durchgeführt werden.

Mehr Infos unter www.schweizermarktforschung.ch

