

Gute Patientenversorgung trotz administrativem Aufwand – punktuelle Probleme



Schlussbericht 2013

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 Projektassistent

Carole Gauch Politik- und Medienwissenschaftlerin

Johanna Schwab Administration

Inhaltsverzeichnis

INHALTSVERZEICHNIS	2
1 MANAGEMENT SUMMARY	3
2 WICHTIGSTES IN KÜRZE	7
3 EINLEITUNG	21
3.1 Das Forschungsinteresse und der Auftrag	21
3.2 SwissDRG und Spitalfinanzierung: Die Befragungszeitpunkte	21
3.3 Fragestellungen und Zielsetzungen	22
3.4 Der Studienverlauf im Detail	22
4 BEFUNDE	25
4.1 Gesundheitszustand – Perspektive – intellektuelle Anregung	25
4.1.1 Zwischenbilanz	31
4.2 Arbeitszufriedenheit – Beziehungen im ärztlichen Umfeld	31
4.2.1 Zwischenbilanz	38
4.3 Behandlungsfreiheit/-qualität	38
4.3.1 Zwischenbilanz	52
4.4 Entwicklung des ärztlichen Personalbestandes	53
4.4.1 Zwischenbilanz	56
4.5 Zeitaufwand administrativ vs. medizinisch	57
4.5.1 Zwischenbilanz	63
4.6 Fallpauschalen: Begleiteffekte und Haltungen	63
4.6.1 Zwischenbilanz	80
5 SYNTHESE	81
6 ANHANG	84
6.1 gfs.bern-Team	84

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

1 Management Summary

Am 1. Januar 2012 wurde SwissDRG eingeführt. gfs.bern hat im Auftrag der FMH bereits 2011 eine erste Messung vorgenommen, um die Situation und die Einstellung der Spitalärzteschaft vor der effektiven Einführung bezogen auf verschiedene Fragestellungen detailliert zu beschreiben und hat diese Befragung nun nach der Einführung von SwissDRG zweimal wiederholt. Die Studie wurde 2011 noch unter verschiedenen Abrechnungssystemen (APDRG, Tagespauschalen, PLT: Prozess-Leistungs-Tarifierung) durchgeführt. Die Befragung fand dieses Jahr zwischen dem 4. Juni und dem 4. August 2013 statt. Weiterhin sind einige Punkte rund um SwissDRG nicht abschliessend gelöst. Es bestehen oft noch provisorische Baserates und die Rechnungsstellung gemäss SwissDRG ist teilweise weiterhin verzögert. Deshalb könnten sich beispielsweise Nachfragen von Krankenkassen verzögert haben. Die Messungen im Jahr 2013 lassen eine frühe Bilanz zu den Folgen von SwissDRG auf die Ärzteschaft zu.

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

Gesundheitszustand Die Ärzteschaft leidet verbreitet und konstant unter Stress und dies kann auch Folgen auf die Versorgungsqualität der PatientInnen haben. Weiterhin empfinden mehr als 40 Prozent der in Spitälern tätigen Ärzteschaft meistens oder häufig Stress. Der Allgemeinzustand in physischer und psychischer Hinsicht ist nach wie vor gut, mit einer leichten Tendenz zu noch höheren Anteilen, die sich gesund fühlen.

Berufliche Perspektiven In sehr hohem Mass gilt die Arbeit als intellektuell stimulierend, grosse Mehrheiten würden sich wieder für den Arztberuf entscheiden. Heute sehen sogar noch mehr Ärztinnen und Ärzte ihre Zukunft als Spitalarzt als in den beiden Jahren zuvor. Nicht gelitten hat auch die Qualität der Aus-, Weiter- und Fortbildungen, obwohl hier die Zufriedenheit seit Anfang der Studienreihe weniger gross ist als in anderen Bereichen, die mit der Berufstätigkeit in Verbindung stehen.

Arbeitszufriedenheit und Beziehungen im ärztlichen Umfeld Die Arbeitszufriedenheit der Ärzteschaft und die Identifikation mit dem Beruf sind konstant hoch. Besonders positiv wirkt sich nicht nur die sinnstiftende Aufgabe aus, sondern auch dass man sich im eigenen Team in aller Regel sehr gut getragen fühlt und so der Austausch mit den PatientInnen besonderes gewinnbringend ist. Allerdings fühlt man sich gerade beim Austausch mit den PatientInnen unter zunehmendem Zeitdruck. Sollte dieser Druck weiter zunehmen ist mit Folgen auf die gesamte Arbeitszufriedenheit zu rechnen.

Im weiteren Umfeld als im Team und im Austausch mit anderen Akteuren im Gesundheitsbereich sind die Urteile über die Zusammenarbeit zwar immer noch positiv aber zurückhaltender. Eher kritischer als noch in den Jahren zuvor wird die Zusammenarbeit mit den Reha-Kliniken beurteilt. Die Zusammenarbeit mit der akutsomatischen Ärzteschaft selbst hat aus Sicht der ambulanten Ärzteschaft in den letzten drei Jahren nicht gelitten.

Behandlungsfreiheit und -qualität Ökonomische Überlegungen sind langfristig im spitalärztlichen Alltag üblicher oder aber bewusster geworden. Bereits vor der Einführung von SwissDRG haben sich die Spitäler auf die Veränderungsprozesse eingestellt und dort wo APDRG schon im Einsatz war, hat SwissDRG den ärztlichen Alltag besonders wenig verändert. In den letzten drei Jahren, die von dieser Studie erfasst werden können, sind solche Einflüsse grundsätzlich mehr oder weniger konstant geblieben. Zunehmend beobachtet die Ärzteschaft allerdings, dass versucht wird, chronisch kranke und multimorbide PatientInnen in andere Einrichtungen unterzubringen. Verbreitet werden auch Überlegungen aus ökonomischer Sicht angestellt, ob eine Behandlung spitalambulant oder stationär durchgeführt wer-

den soll. Letztlich werden solche Überlegungen aber meist nicht zulasten der PatientInnen angestellt, soweit dies von der Ärzteschaft beurteilbar ist. Grundsätzlich besteht aus Sicht der Befragten noch weitgehend Behandlungsfreiheit und den PatientInnen steht noch immer das Optimum zur Verfügung, auch was Diagnoseverfahren oder Geräte betrifft. Die Einflussnahme der Krankenkassen oder Spitalverwaltungen ist in der Akutsomatik konstant tief; tiefer beispielsweise als in der Psychiatrie oder der Rehabilitation. Zur ökonomischen Ausrichtung gehört auch das Lohnsystem, welches in höheren Positionen verbreitet mit Leistungskomponenten angereichert ist. Dies sind in der Regel nicht Boni, die direkt an Soll-Vorgaben geknüpft sind. Knapp 10 Prozent erhalten solche Boni und sie machen einen Anteil von ungefähr 20 Prozent des Lohnes aus.

Entwicklung des ärztlichen Personalbestands

Zwei Strategien werden von Spitalern relativ verbreitet eingesetzt, um den Änderungen rund um Abrechnung und Finanzierung zu begegnen:

1. Sparbemühungen, von denen die Ärzteschaft selber an sich eher wenig betroffen ist, weil nicht ärztliche Stellen gestrichen werden.
2. Positionierungsbemühungen mit Spezialisierungen in deren Zentrum ebenfalls die ärztliche Leistung steht. Meistens sind damit auch Expansionsstrategien angesprochen. Diese Prozesse werden in der Regel von der Ärzteschaft auch relativ positiv beurteilt.

Insgesamt fürchten bisher die wenigsten Ärztinnen und Ärzte um ihre Stelle und unter den neuen Bedingungen wurden in der Regel auch ärztliche Stellen aufgebaut. Würde der Spardruck soweit gehen, dass verbreitet Stellen in der Akutsomatik verloren gingen, wären gravierende Effekte auf die Motivation und die Versorgung zu erwarten.

Zeitaufwand administrativ vs. medizinisch

Innert drei Jahren hat der Aufwand für das Patientendossier und die Dokumentationsarbeit um 20 Minuten in einer normalen Arbeitswoche zugenommen. Die administrative Arbeit der Ärzteschaft in den akutsomatischen Spitalern nimmt zu. Das ist subjektiv bereits seit Anfang der Studienreihe für die meisten Ärztinnen und Ärzte klar und ist auch Quell von Ärger. Es ist durchaus denkbar, dass die aktuelle Zunahme eine direkte Folge der gestiegenen Anforderungen an die Dossierarbeit, die für die CodiererInnen aber auch für die weiteren Controlling-Prozesse im Rahmen von SwissDRG wesentlich sind. Bisher verläuft diese Steigerung nicht zulasten der Patientinnen und Patienten, im Schnitt bringt die Ärzteschaft praktisch gleichviel Zeit wie vorher mit ihnen. Letztlich hat mit den gestiegenen Dokumentationsanforderungen einfach die an sich hohe Zahl an Überstunden nochmals zugenommen. Dies hat sich zwar bisher noch nicht direkt auf die Arbeitszufriedenheit ausgewirkt, der Trend muss aber ernst genommen werden und Punkte sollten gesucht werden, wo eine Entlastung von der Administrativtätigkeit möglich ist. Relativ viel Zeit wird in administrative Aufgaben investiert, die nicht direkt mit der PatientInnenarbeit in Verbindung stehen.

Fallpauschalen: Begleiteffekte und Haltungen

Kritische oder medizinisch fragwürdige Ereignisse, die durch SwissDRG in Verbindung stehen könnten, kommen in der Regel aus Sicht der Ärzteschaft relativ selten vor. Die Ärzteschaft beobachtet beispielsweise sehr selten Operationen, welche aus medizinischer Sicht nicht notwendig gewesen wäre. Beobachtete Bloody Exits, welche zu Rehospitalisierungen aufgrund derselben Diagnose führen könnten, haben, aus Sicht der Befragten, unter dem neuen Abrechnungs-Regime nicht zugenommen. Auf bisher eher tiefem Niveau zunehmend ist die Tendenz, bei multimorbiden PatientInnen die Behandlung auf mehrere Spitalbesuche aufzuteilen – möglicherweise weil dies für die Fallpauschalen attraktiver ist. Etwas häufiger als noch vor einem Jahr kommt es auch vor, dass die Entscheidungen spitalambulant/stationär nicht aus medizinischen Gründen gefällt werden. Das kann medizinisch fragwürdige Folgen haben. Häufig werden Überweisungen in die Reha-Kliniken verzögert, was ebenfalls für alle Beteiligten eine schwierige Situation darstellt. Nachfragen der Krankenkassen, welche die Ärzteschaft zusätzlich mit administrativem Aufwand

belasten würden, haben seit 2011 nicht zugenommen. Aus Spitalkreisen wird befürchtet, dass diese Nachfragen bereits heute die Spitaladministration belasten und künftig in einem Mass zunehmen könnten, welches auch die Ärzteschaft massiv mehr beschäftigt.

Insgesamt hat die Komplexität von Behandlungen, deren Administration und deren Abrechnungen eher zugenommen, wobei dies bisher kaum merklich zulasten der eigentlichen medizinischen Versorgung geschah.

Insofern überrascht es nicht, dass die anfänglich sehr weit verbreiteten Bedenken der Ärzteschaft in persönlicher medizinischer Hinsicht gegenüber SwissDRG zwar weiterhin verbreitet vorhanden sind, gegenüber 2011 aber deutlich abgenommen haben. Allerdings stehen immer noch knapp die Hälfte der Akutsomatiker SwissDRG klar oder eher ablehnend gegenüber (47%). Nur jede/r fünfte Spitalärztin/Spitalarzt gibt an, dass SwissDRG die tägliche Arbeit sehr oder eher stark beeinflusst.

Fazit und Thesen

Wir fassen die Erkenntnisse zur Befindlichkeit der Ärzteschaft nach der Einführung von SwissDRG wie folgt zusammen.

Fazit

Der Ärzteschaft geht es dank einem spannenden Beruf grundsätzlich gut. Sie nehmen wegen der hohen Identifikation Belastungen in Kauf, die weit über der Norm im Schweizer Arbeitsprozess liegen. Um den Arbeitsplatz fürchten nur die Wenigsten, da in vielen Spitälern der ärztliche Personalbestand aufgestockt wird. Trotz verzögerter Rechnungsstellungen unter SwissDRG nimmt der administrative Aufwand zu und belastet die Ärzteschaft teilweise unnötig, dies jedoch nicht zulasten der medizinischen patientennahen Tätigkeit, sondern durch die Leistung von mehr Überstunden. Die Ärzteschaft ist also bereit, mehr Überstunden auf sich zu nehmen, um ihrer zentralen Tätigkeit nachgehen zu können. In den Spitälern werden verbreitet Sparvorgaben gemacht, sie führen bisher nicht zu einer Vernachlässigung der medizinischen Versorgung. 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. Bisher haben die direkt auf die Ärzteschaft bezogenen Nachfragen zur Rechnungsstellung nicht zugenommen, seitens der Spitalleitungen wird aber in nächster Zeit eine Zunahme erwartet, welche die kritische Entwicklungen bei der administrativen Arbeit noch erschweren könnte.

Im Zuge der Veränderungen mit Fallpauschalen gibt es punktuelle Schwierigkeiten mit einer 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.

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.

2 Wichtigstes in Kürze

2.1 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., Guillaïn 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.

2.2 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.

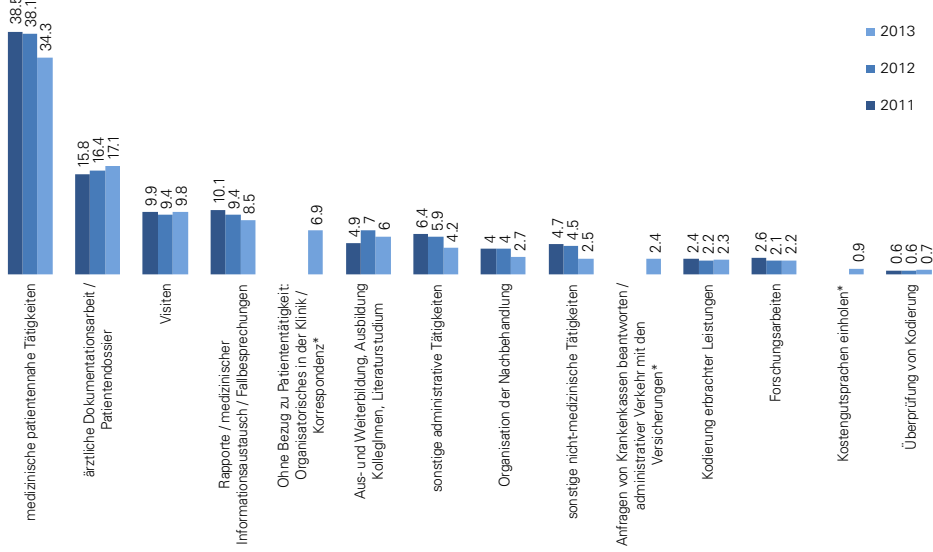
² Um das Verhältnis der angewendeten Zeit auf bestimmte Tätigkeiten genauer zu analysieren, haben wir zunächst die detaillierten Minutenangaben der einzelnen Befragten summiert und als 100 Prozent definiert. Daraus haben wir die Mittelwerte gezogen, die sich wie Prozente eines Arbeitstages lesen lassen.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

Grafik 1

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



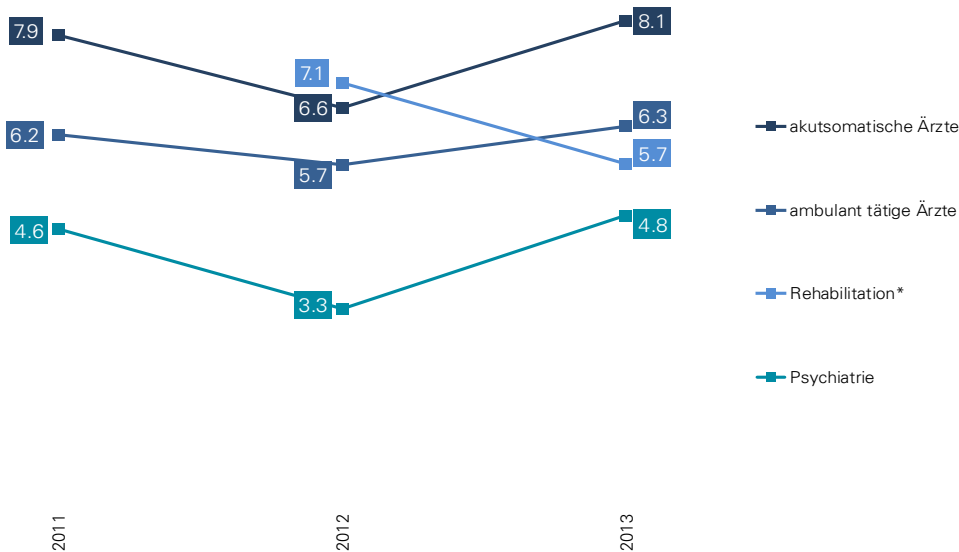
© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni - August 2013 (N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 1000)
* 2013 das erste mal befragt

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.

Grafik 2

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

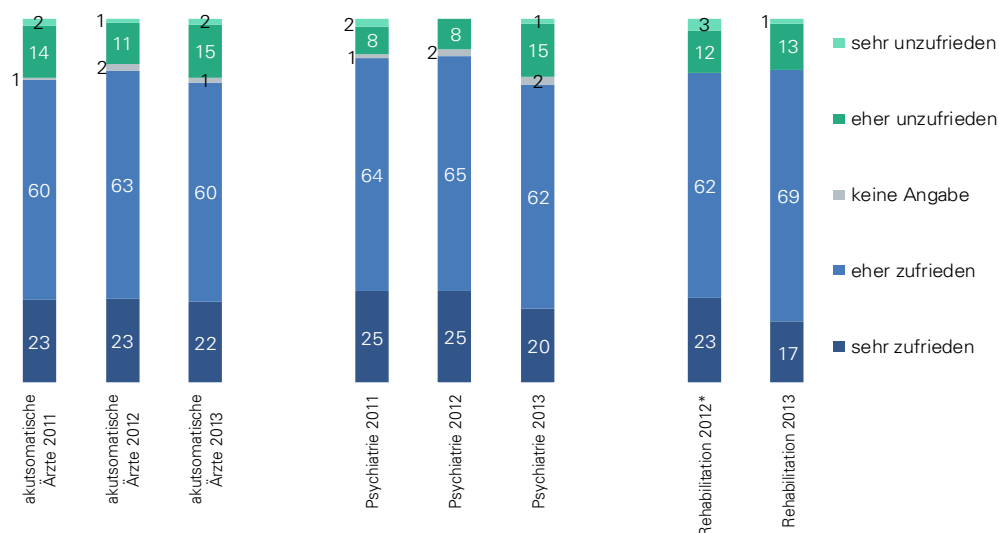
Die generelle Arbeitszufriedenheit mit Fokus auf die Arbeitstätigkeit und die Aufgaben ist jedoch nach wie vor auf hohem Niveau, auch wenn diese bei der akutsomatischen und der Ärzteschaft in Psychiatrischen Kliniken gegenüber dem Vorjahr leicht gesunken ist. Bei der Ärzteschaft in Rehabilitationskliniken 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.

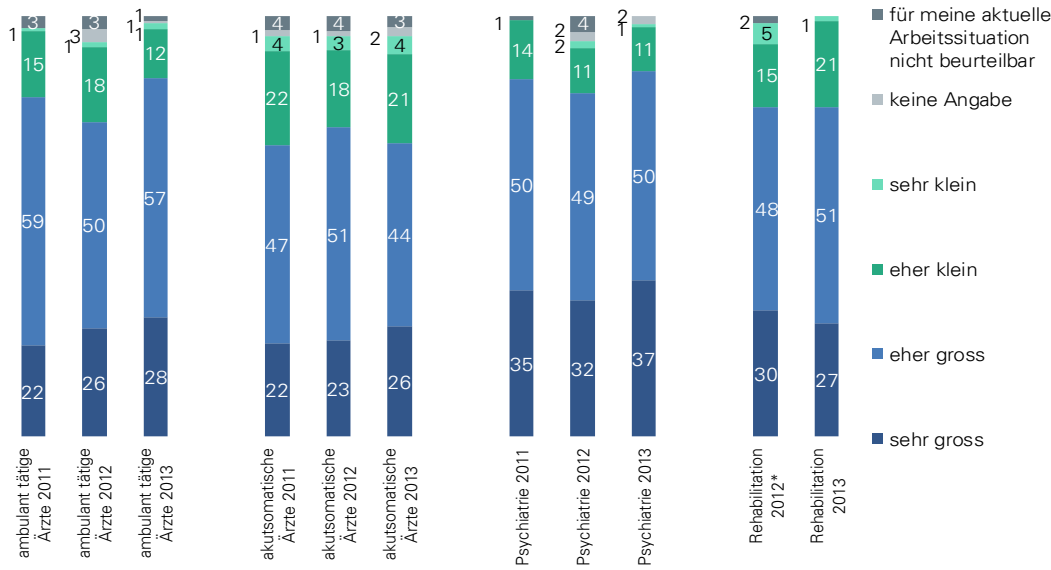
2.3 Einfluss auf Behandlung und tatsächliche Praxis

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?"

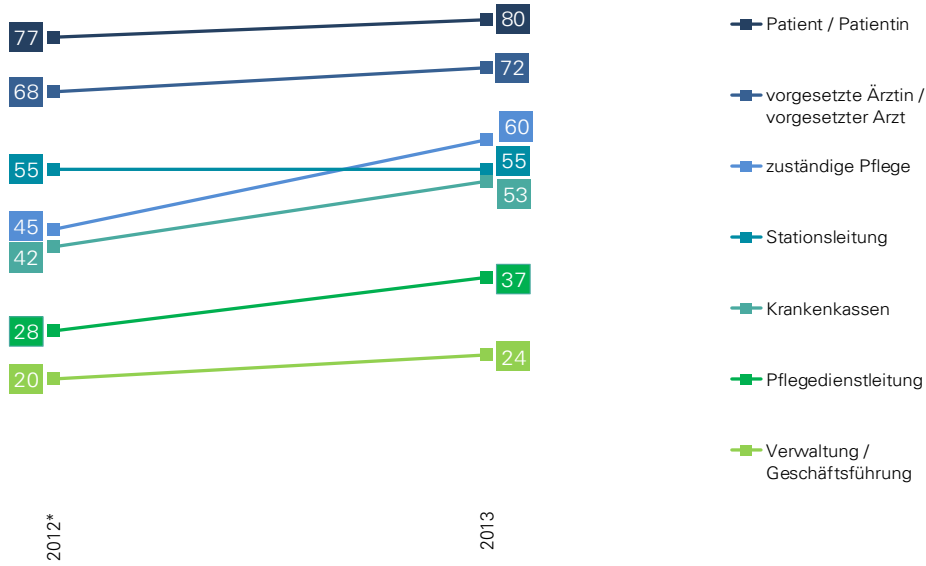
in % akutsomatischer Ärzte, sehr starker und starker Einfluss addiert



© 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

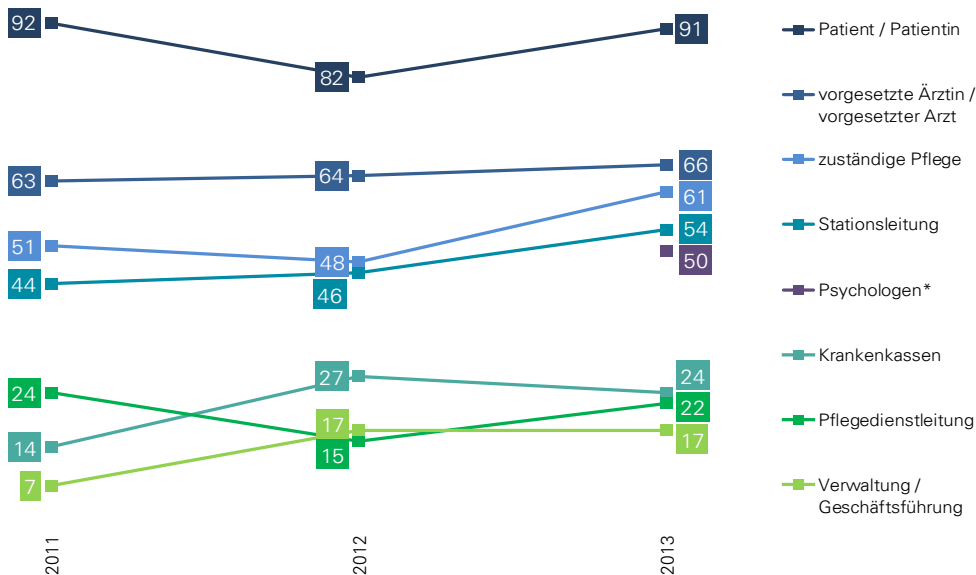


© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni - August 2013 (N Rehabilitation jeweils ca. 70),
* 2011 und 2012 zusammen

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."

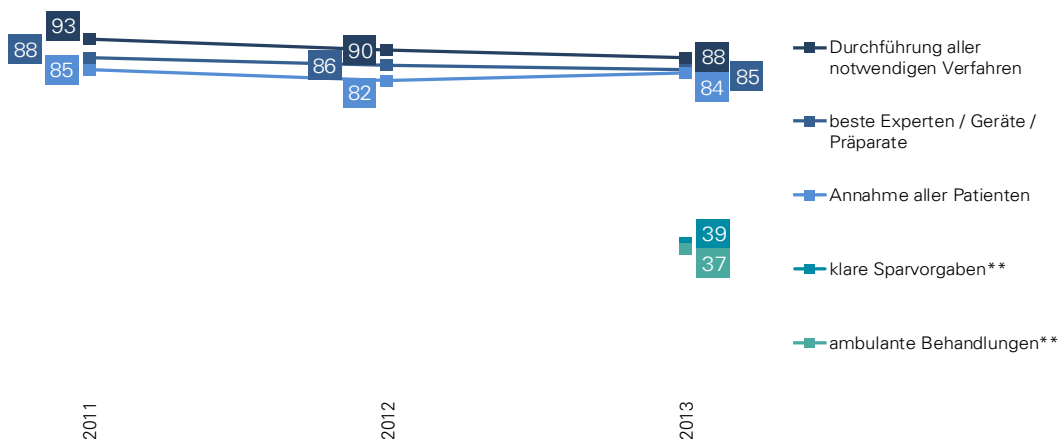
beste Experten / Geräte / Präparate "Patienten stehen die besten Experten, Präparate und Geräte zur Verfügung."

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?"

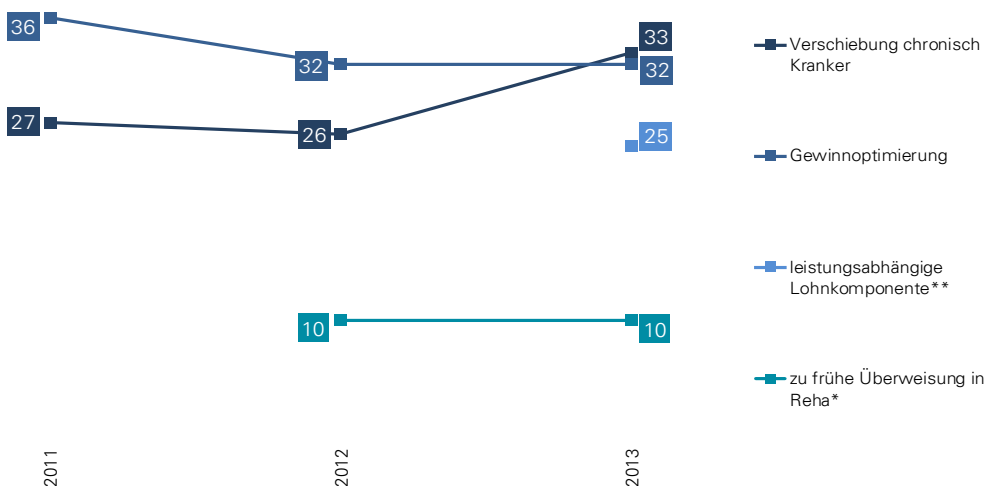
Verschiebung chronisch Kranker "Es wird versucht, chronisch kranke und multimorbide Patienten in anderen Einrichtungen unterzubringen."

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.

2.4 Fallpauschalen: Begleiteffekte und Haltungen

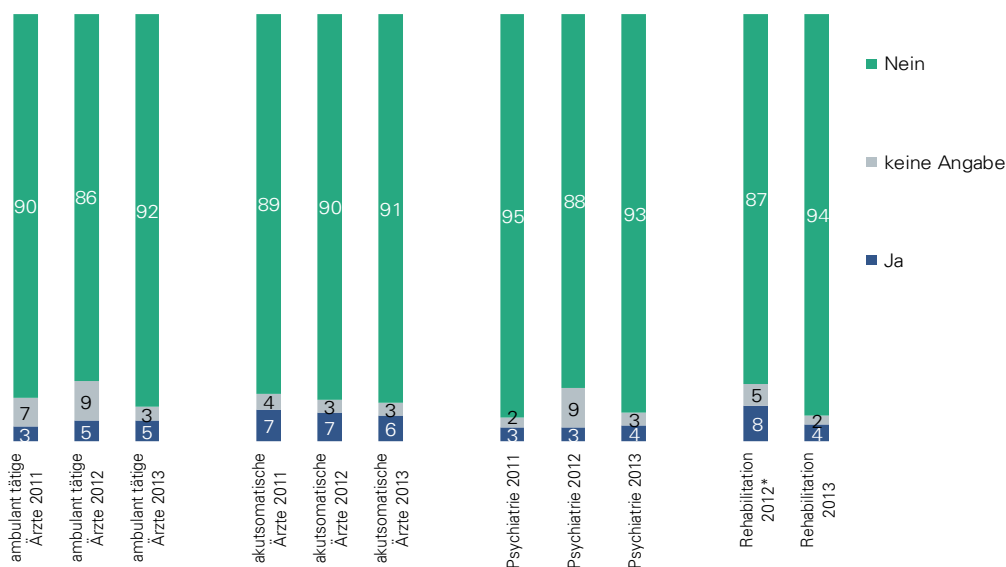
Bei der akutsomatischen Ärzteschaft geben 64 Prozent an, dass ihr Spital expandiert (+2 Prozentpunkte gegenüber 2012). In den Psychiatrischen Kliniken weisen 56 Prozent der Aussagen in dieselbe Richtung (+5 Prozentpunkte gegenüber 2012). Dass ihr Spital expandiere, geben vor allem Ärztinnen und Ärzte 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 Psychiatrischen 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.

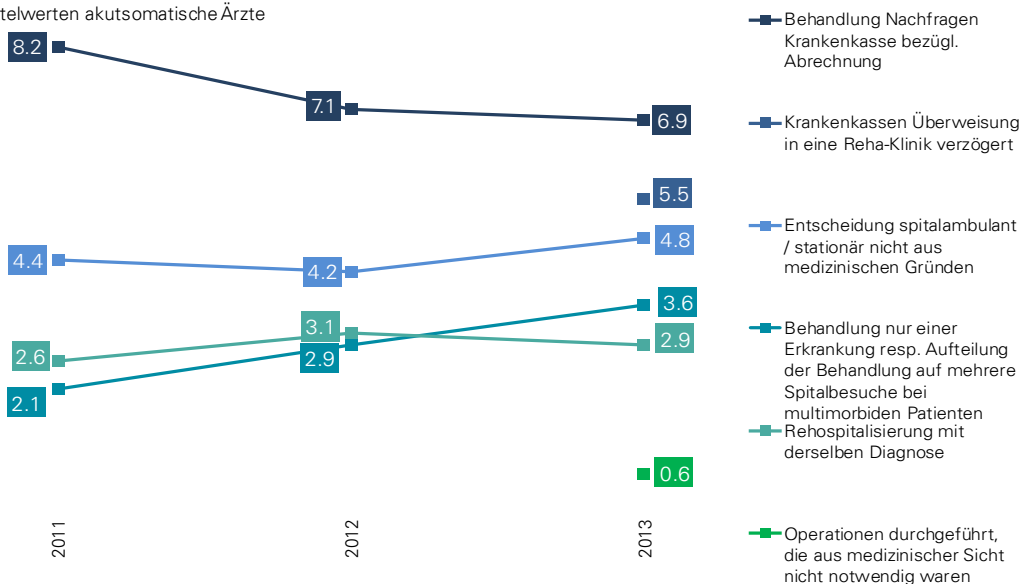
Im Trend zugenommen hat die Entscheidung bei multimorbiden PatientInnen, die Behandlung auf mehrere Spitalbesuche aufzuteilen. Dieser Trend auf relativ tiefem Niveau kann als möglicher direkter negativer Effekt der Fallpauschalen gewertet werden.

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)

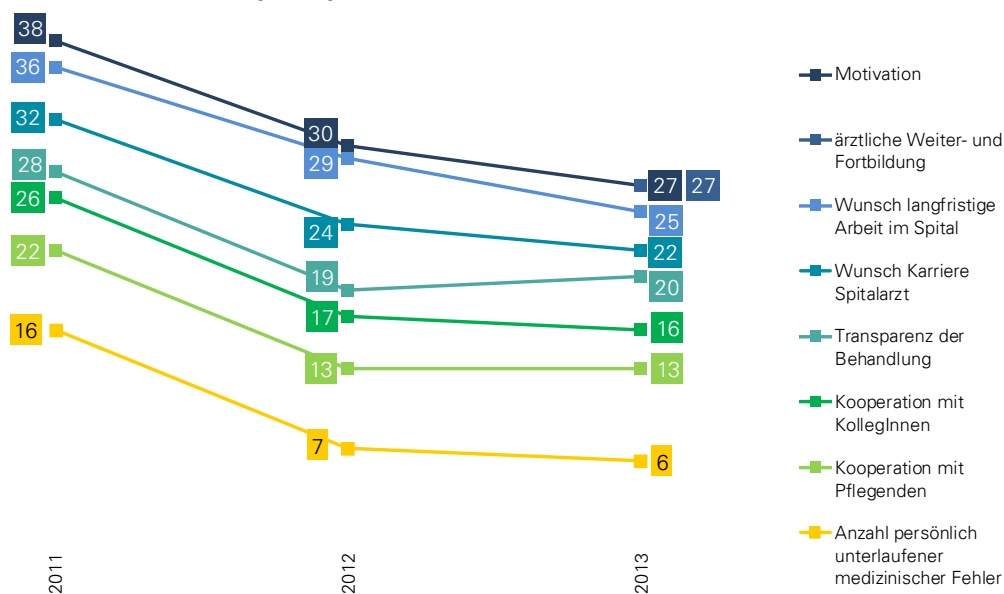
"Wie beurteilen Sie den Einfluss von SwissDRG auf?"
in % akutsomatischer Ärzte (eher negativ/wegen SwissDRG verschlechtert)



© 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)



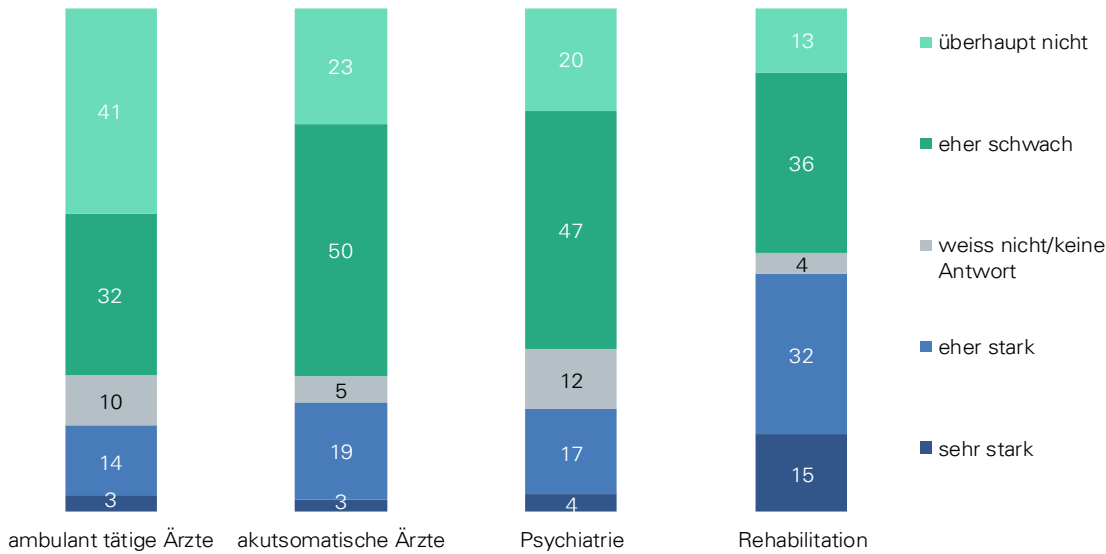
© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni - August 2013 (N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 1000)

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 Tarifsysteem) Ihre tägliche Arbeit mit den PatientInnen?"

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



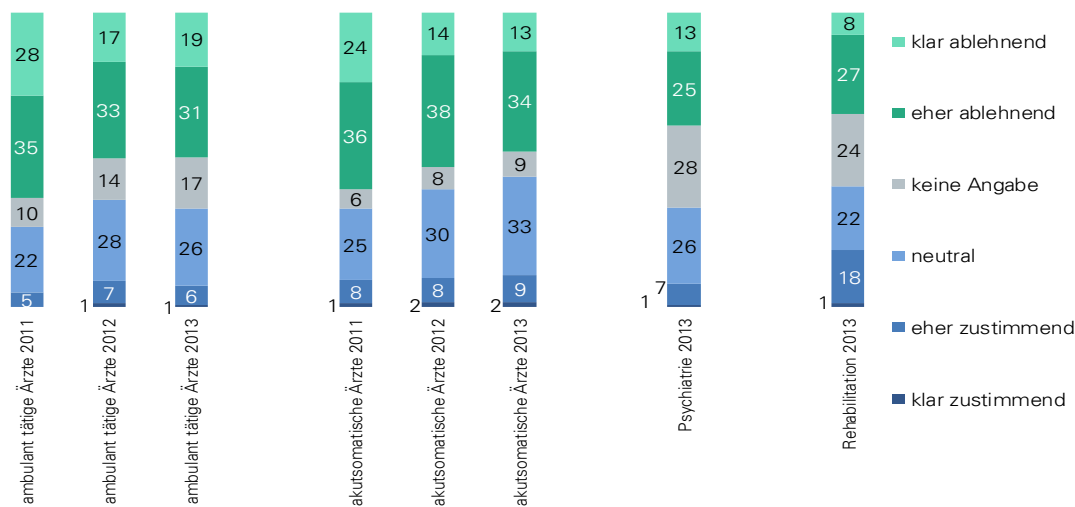
© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni - August 2013 (N_{amb} = 339 / N_{akut} = 947 / N_{Psy} = 142 / N_{Reha} = 78), sig.

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 Tarifsysteem TARPSY zur Vergütung der stationären Psychiatrie / Rehabilitation: der geplanten Einführung des Tarifsystems ST Reha zur Vergütung der stationären Rehabilitation) gegenüber?"

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



© 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 Kostengut-sprachen 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.

3 Einleitung

3.1 Das Forschungsinteresse und der Auftrag

Der FMH geht es darum, die Entwicklung der Rahmenbedingungen für die Spitalärzte und die Arzt-Patienten-Beziehung mit einer repräsentativen Befragung bei Spitalärztinnen und -ärzte und praxisambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte im Rahmen laufender Reformen im Spitalwesen (Tarifizierungen, Spitalfinanzierung) zu untersuchen. Verglichen werden die Ergebnisse mit einer Befragung der Ärzteschaft in der Psychiatrie und der Rehabilitation, in beiden Bereichen stehen Veränderungen in Bezug auf die Abrechnung noch bevor.

- Die FMH möchte jene Themen aus dem FMH-Konzept⁴ 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.

3.2 SwissDRG und Spitalfinanzierung: Die Befragungszeitpunkte

Offiziell gelten in allen akutsomatischen Spitälern seit dem 1. Januar 2012 Fallpauschalen nach SwissDRG. 2011 wurde noch mit vielen unterschiedlichen Systemen gearbeitet, heute arbeiten nur noch Psychiatriekliniken und Rehabilitationskliniken ohne Fallpauschalen. Eine separate Analyse der Ärzteschaft in Psychiatrie- und Rehabilitationskliniken mit Blick auf zukünftige Tarifsysteme (TARPSY / ST Reha) soll auch für diese Bereiche langfristig eine zuverlässige Beurteilung der Rahmenbedingungen ermöglichen. Aufgrund der Inputs und der Resultate der Studie 2012 wurde erkannt, dass viele Anpassungsprozesse der Spitäler auch aufgrund der neuen Spitalfinanzierung gemacht worden sind. Die Fragestellungen wurden deshalb gezielt auch auf diese Fragen hin erweitert oder angepasst.

Die Befragung fand dieses Jahr zwischen dem 4. Juni 2013 und dem 4. August 2013 statt. Zum Zeitpunkt der Befragung gab es weiterhin gewisse Verzögerungen bei der Rechnungsstellung und in vielen Fällen erst provisorische Base-rates, die sich teilweise stark am Status quo vor Einführung orientieren. Deshalb könnten sich beispielsweise wie auch schon 2012 Nachfragen von Krankenkassen verzögert oder noch wenig Kostendruck aufgebaut haben. Das Jahr 2013 ermöglicht erstmals eine zuverlässige Einschätzung der Situation rund um die Einführung von SwissDRG in der Schweiz. Die Begleituntersuchung sollte aber in geeignetem Rahmen weitergeführt werden, um effektive mittel- bis langfristige Effekte einschätzen zu können.

⁴ Vgl. Bovier P., Burnand B., Guillaïn 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

3.3 Fragestellungen und Zielsetzungen

Die Studie wurde anhand einer qualitativen Vorstudie und entsprechenden Begleituntersuchungen in Deutschland erarbeitet und mit den Begleitgruppen der FMH aus den jeweiligen Begleitgruppen finalisiert.

Die auf Umfragen basierte Forschung soll die zeitliche Entwicklung verschiedener Indikatoren bei der Spitalärzteschaft (akutsomatische Ärzteschaft und Ärzteschaft in Psychiatrischen- und Rehabilitationskliniken) und Teile davon bei der praxisambulanten Ärzteschaft aus Anlass der Einführung von SwissDRG bzw. TARPSY und ST Reha zuverlässig wiedergeben. Die direkt auf SwissDRG bezogenen Haltungen oder möglichen kritischen Ereignisse als Begleiteffekte von SwissDRG sind dabei nur ein geringer Teil der Fragen. Insbesondere sollen der Zeitaufwand für verschiedene Tätigkeiten, die Behandlungsfreiheit, die Beziehungen zu anderen Gesundheitsfachleuten, die Arbeitszufriedenheit und der Gesundheitszustand der Ärzteschaft befragt werden. Zudem interessieren die Entwicklung des ärztlichen Personalbestands sowie das persönliche Entschädigungssystem. Die Fragen wurden in verschiedenen möglichen Kausalitätsmodellen in Bezug zu Reformen oder Entwicklungen rund um SwissDRG oder der Spitalfinanzierung gestellt. Die Fragestellungen können allerdings nicht alle Ursachen identifizieren, welche die Dynamik bei den verschiedenen Indikatoren spiegeln. SwissDRG und die Spitalfinanzierung sind lediglich eine mögliche Ursache von Veränderungen. Für konkrete Ausführungen zur Generierung der Hypothesen und exakten Fragestellungen verweisen wir an dieser Stelle auf das Konzept zur Begleitstudie zur Einführung von SwissDRG, welches im Vorfeld auf Basis einer Literaturstudie und qualitativen Tiefeninterviews ausgearbeitet wurde und der Auftraggeberin vorliegt.

3.4 Der Studienverlauf im Detail

Die Projektarbeit der Begleitstudie zur Einführung von SwissDRG gliederte sich in drei Teile. Die qualitative Vorstufe des Projekts begann Ende 2010 mit qualitativen Interviews mit 29 Expertinnen und Experten des Schweizer Gesundheitswesens. Für diese erste Phase berücksichtigt wurden Personen aus der Spitalärzteschaft, aus Verbänden, der Verwaltung, dem Spitalmanagement sowie weiteren involvierten Personen. Parallel erstellte gfs.bern eine Übersicht zum Forschungsstand in Zusammenhang mit Fallpauschalensystemen und weiteren interessierenden Grössen. Diese beiden inhaltlich wichtigen Grundpfeiler der Studie wurden per Ende Februar 2011 im Rahmen eines Zwischenberichts verdichtet und abgeschlossen. Auf Basis der gewonnen Erkenntnisse formulierte gfs.bern einen ersten Fragebogenentwurf, der durch intensiven Austausch mit der FMH-Fachkommission SwissDRG perfektioniert wurde. Das Vorgehen wurde in geraffter Art mit der Begleitgruppe ST Reha und TARPSY wiederholt bei der Ausweitung der Fragestellungen auf die neuen Entschädigungssysteme in diesen Bereichen.

Darauf folgte ein Pretest des erstellten Fragebogens anhand von 99 Interviews mit Spitalärzten und Spitalärztinnen. Zwischen dem 6. Juni und dem 8. August 2011 fand schliesslich die erste Befragung der Schweizer Ärzteschaft statt, wobei zwischen einer Online-Teilnahme respektive einem Telefoninterview gewählt werden konnte. Diese Befragung wurde in diesem Jahr nach Einführung von SwissDRG wiederholt. Für die vorliegende zweite Erhebung wurden im Zeitraum von Juni – August 2013 insgesamt 1101 Spitalärztinnen und Spitalärzte online oder auf Wunsch telefonisch befragt. Für die Gesamtheit der Auswertungen ergibt dies einen theoretischen Stichprobenfehler von +/-3.0 Prozentpunkten bei einem ausgewiesenen Wert von 50 Prozent. Diese Aussage stimmt in 95 Prozent der Fälle.

Gleichzeitig wurden für ausgewählte Fragestellungen der Studie 339 praxisambulant tätige Ärztinnen und Ärzte befragt. Hier beträgt der entsprechende Wert für den Stichprobenfehler +/-5.4 Prozentpunkte.

Die Befragten wurden in einem ersten Schritt brieflich kontaktiert, danach per Email. Für die Stichprobe stand die FMH-Adressdatenbank zur Verfügung. Sie berücksichtigt sämtliche Ärztinnen und Ärzte, die einen Facharztstitel besitzen oder einen solchen anstreben. Untenstehende Tabelle 1 dokumentiert die erreichte Ausschöpfung getrennt nach im Spital tätiger und praxisambulant tätiger Ärzteschaft. Bei der praxisambulant tätigen Ärzteschaft lag die Ausschöpfung dieses Jahr bei 38 Prozent, bei der akutsomatischen Ärzteschaft bei 22 Prozent. Bei der Spitalärzteschaft gingen einige Befragte verloren, da sie ihren primären Arbeitsplatz bei der FMH als 'Spital' definierten, auf die Frage jedoch, ob Sie hauptsächlich im Spital arbeiten würden, mit Nein antworteten, was zu einem Abbruch des Interviews führte. Rechnet man diese im strengen Sinne 'Teilnehmenden' mit ein in die Ausschöpfungsquote der Spitalärzteschaft, ergibt sich eine Rücklaufquote von 27 Prozent. Beide Werte stellen für Umfragen im medizinischen Umfeld gute Quoten dar, insbesondere wenn man bedenkt, dass auf eine Incentivierung der Befragten bewusst verzichtet wurde.

Tabelle 1

Ausschöpfung

	Praxisambulante Ärzteschaft	Akutsomatische Spitalärzteschaft
Adressbasis Total	904	4361
Teilnehmende Gültige Total	339	947
Ausschöpfung Gültige Total	37.5%	21.7%

© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2013

Mittels gezielten Remindings konnten in allen Fachgruppen trotz unterschiedlicher Betroffenheit Ausschöpfungen von über 20 Prozent erzielt werden. Aufgrund der Erfahrungen mit dem Rücklauf wurden die Gruppen so zusammengefasst, dass jeweils mindestens 50 Befragte pro Untergruppe enthalten sind.

Tabelle 2

Ausschöpfung nach Fachgebieten Spitalärzteschaft

	Adressbasis	Realisierte Interviews	Ausschöpfung
Anästhesiologie	293	75	25.6%
Allgemeinmedizin	551	209	37.9%
Assistenzärzte und Assistenzärztinnen / Ärzte und Ärztinnen ohne Facharztstitel	1377	318	23.1%
Chirurgie	662	182	27.5%
Weitere 'interventionell tätige' Fachbereiche*	470	130	27.7%
Weitere 'konservativ tätige' Fachbereiche*	770	202	26.2%
Psychiatrie	272	142	52.2%
Rehabilitation	131	78	59.5%

* Gruppen zusammengefasst, damit Befragtenzahl ausreichend.

© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2013

Der vorliegende Schlussbericht bildet die Weiterführung der qualitativen Vorstudie und der Begleitstudie zur Einführung von SwissDRG der Jahre 2011 und 2012.

In der grafischen Aufbereitung der Resultate wurde stets zwischen praxisambulant tätiger und akutsomatischer Ärzteschaft unterschieden. Wo entsprechende Daten vorliegen wurden nun auch systematisch die Psychiatrie und die Rehabilitation separat ausgewertet. Für die Rehabilitation lagen für die Jahre 2011 und 2012 zu wenig Fälle vor, um diese nach Jahren einzeln auszuwerten. Wir werden deshalb die addierten Fälle für beide Jahre gemeinsam aus. 2013 haben wir das Sample erhöht, so dass nun eine Einzelauswertung möglich ist.

Weiter wurden für diverse interessierende Untergruppen (beispielsweise Sprachregion, Alter, Position im Spital etc.) Auswertungen vorgenommen, die sich entweder grafisch aufbereitet im Bericht finden oder aber für jede Variable im vollständigen Tabellenband zur Studie ausgewiesen sind.

4 Befunde

Im Befundeteil des vorliegenden Schlussberichts der Begleitstudie zur Einführung von SwissDRG werden die Resultate der 2013 zum dritten Mal durchgeführten Befragung aktuell und auch im zeitlichen Verlauf dargestellt. Den Anfang macht das Kapitel 4.1, das den Gesundheitszustand, die Perspektiven und die intellektuelle Anregung für die Ärzteschaft beschreibt. In Kapitel 4.2 werden Arbeitszufriedenheit und Beziehungen im ärztlichen Umfeld thematisiert, Kapitel 4.3 beschreibt den Behandlungsfreiraum und die Behandlungsqualität. Die Entwicklung des ärztlichen Personalbestandes ist Inhalt des Kapitels 4.4, Kapitel 4.5 thematisiert den administrativen vs. den medizinischen Zeitaufwand. In Kapitel 4.6 werden die Begleiteffekte und Haltungen zu Fallpauschalen besprochen.

4.1 Gesundheitszustand – Perspektive – intellektuelle Anregung

Den meisten Ärztinnen und Ärzten geht es offensichtlich physisch und psychisch gut oder noch besser. In den letzten drei Jahren hat sich der Zustand tendenziell sogar leicht verbessert.

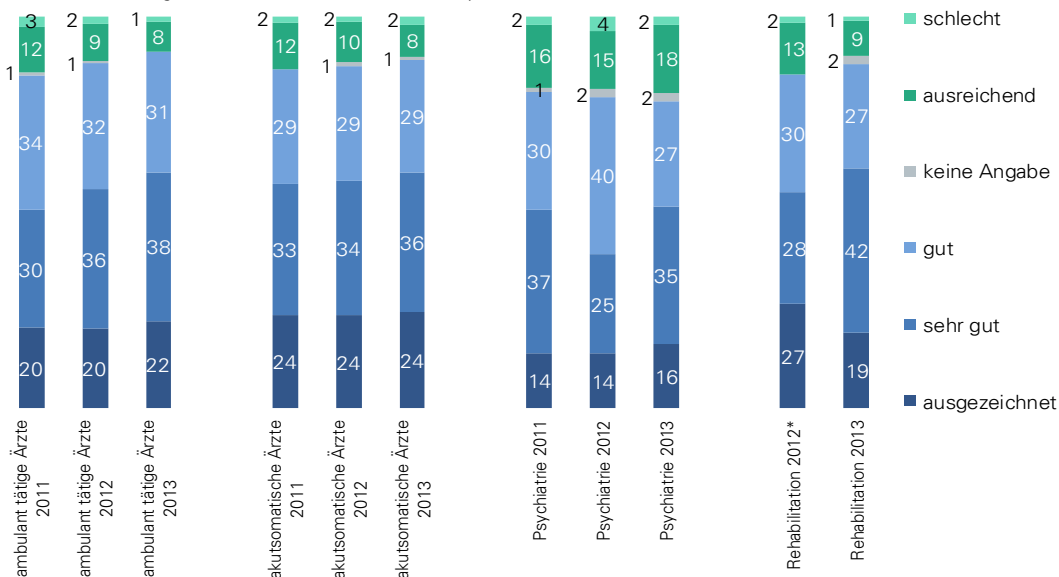
Grafik 14

Trend Physische Gesundheit

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

"Ihre physische Gesundheit war..."

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



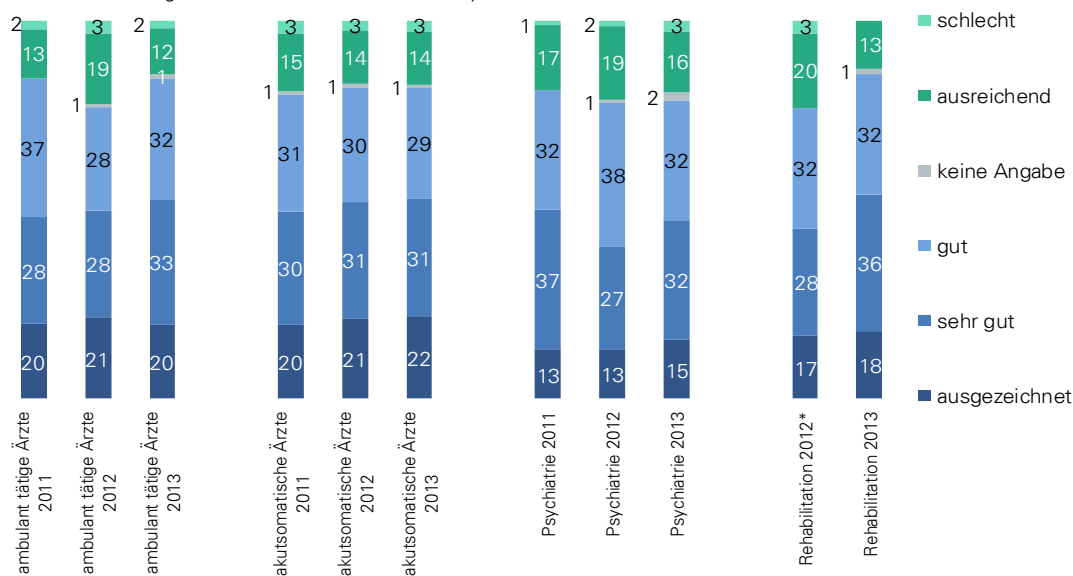
© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni - August 2013 (N ambulant tätige Ärzte jeweils ca. 250 / N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 1000 / N Psychiatrie jeweils ca. 120 / N Rehabilitation jeweils ca. 70), * 2011 und 2012 zusammen

Trend Psychische Gesundheit

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

"Ihre psychische Gesundheit war..."

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



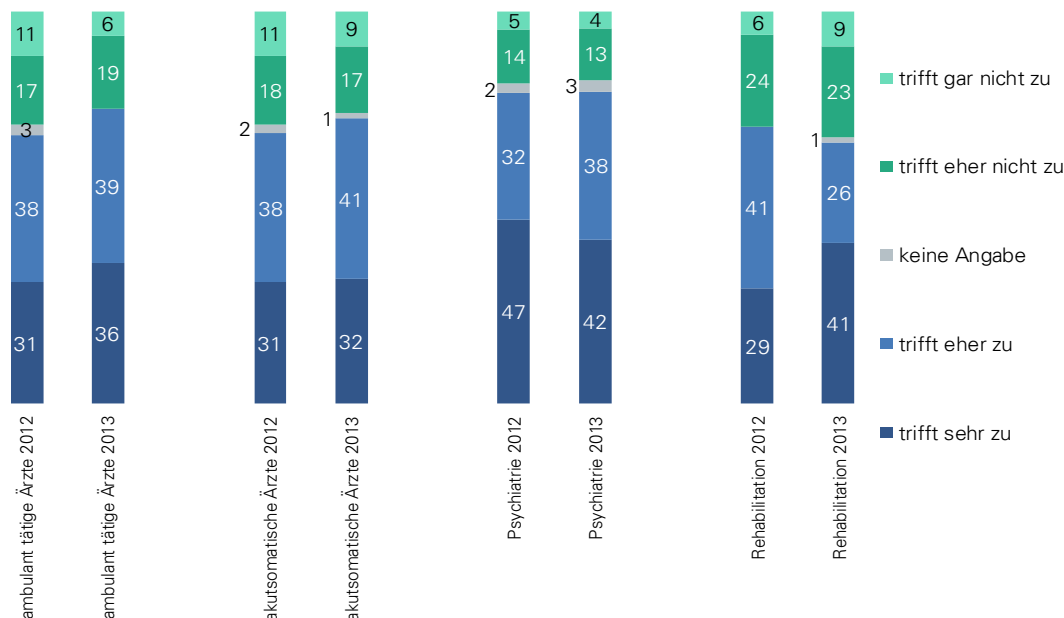
© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni - August 2013 (N ambulant tätige Ärzte jeweils ca. 250 / N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 1000 / N Psychiatrie jeweils ca. 120 / N Rehabilitation jeweils ca. 70), * 2011 und 2012 zusammen

Die tendenzielle Verbesserung des Wohlbefindens hat gemäss Ansicht einer klaren Mehrheit der Befragten auch einen Einfluss auf die Versorgungsqualität.

Trend Einfluss Wohlbefinden auf Qualität Patientenversorgung

"Haben Sie den Eindruck, dass Ihr physisches oder psychisches Wohlbefinden die Qualität der Patientenversorgung beeinflusst?"

in % akutsomatische Ärzte / Psychiatrie / Rehabilitation

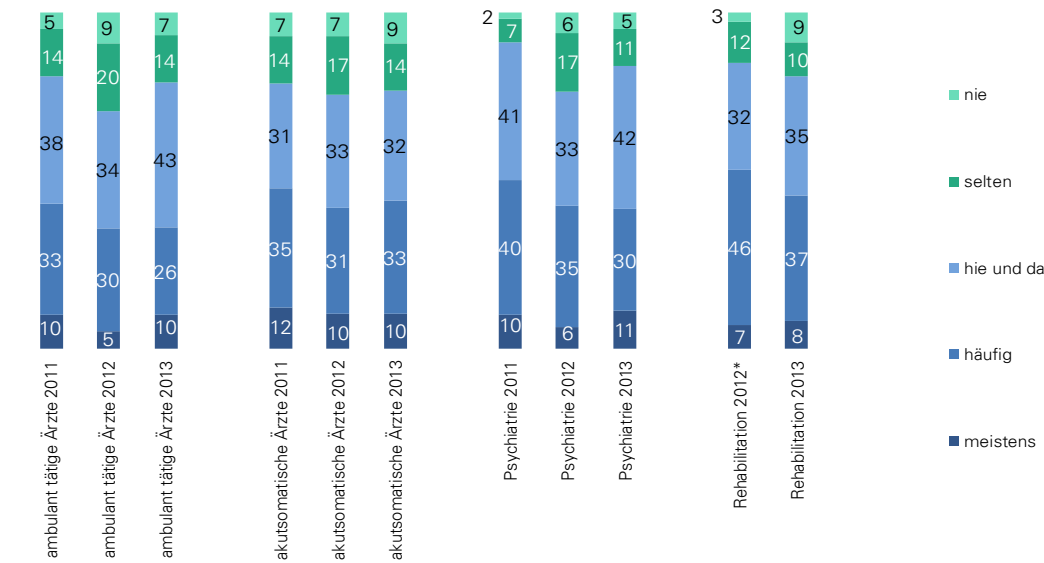


© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni - August 2013 (N ambulant tätige Ärzte jeweils ca. 250 / N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 1000 / N Psychiatrie jeweils ca. 120 / N Rehabilitation jeweils ca. 70)

Stress ist die Beeinträchtigung, welche am meisten unter der Ärzteschaft verbreitet ist. Mehr als 40 Prozent der in den Spitälern tätigen Ärzteschaft empfindet meistens oder häufig Stress, unter ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten sind dies etwas weniger. Der Stress hat in den letzten drei Jahren in der Akut-somatik nicht zugenommen.

Trend Beschwerden / Beeinträchtigungen: Stress

"Wie sehr treffen die folgenden Aussagen über Arbeitsbedingungen und Chancen/Belastungen auf Ihre Tätigkeit zu?"
 in % ambulant tätige Ärzte / akutsomatische Ärzte / Psychiatrie / Rehabilitation

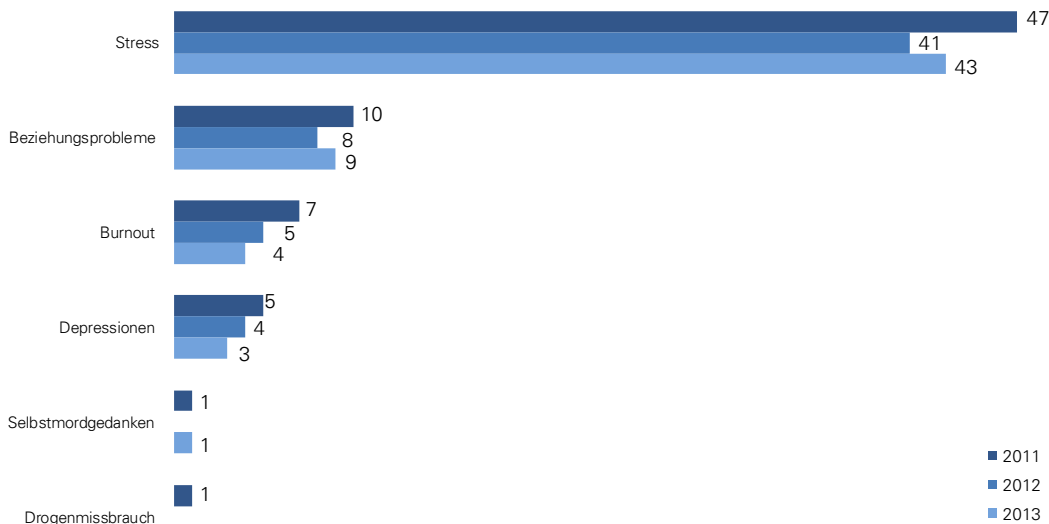


© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni - August 2013 (N ambulant tätige Ärzte jeweils ca. 250 / N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 1000 / N Psychiatrie jeweils ca. 120 / N Rehabilitation jeweils ca. 70), * 2011 und 2012 zusammen

Auch bei den weiteren Beschwerden oder Beeinträchtigungen gibt es in der Akutsomatik keine kritische zeitliche Entwicklung.

Trend Beschwerden / Beeinträchtigungen: akutsomatische Ärzte

"Wie häufig litten Sie unter folgenden Beschwerden / Beeinträchtigungen im vergangenen Jahr?"
 in % akutsomatische Ärzte, welche häufig und meistens Beschwerden / Beeinträchtigungen haben

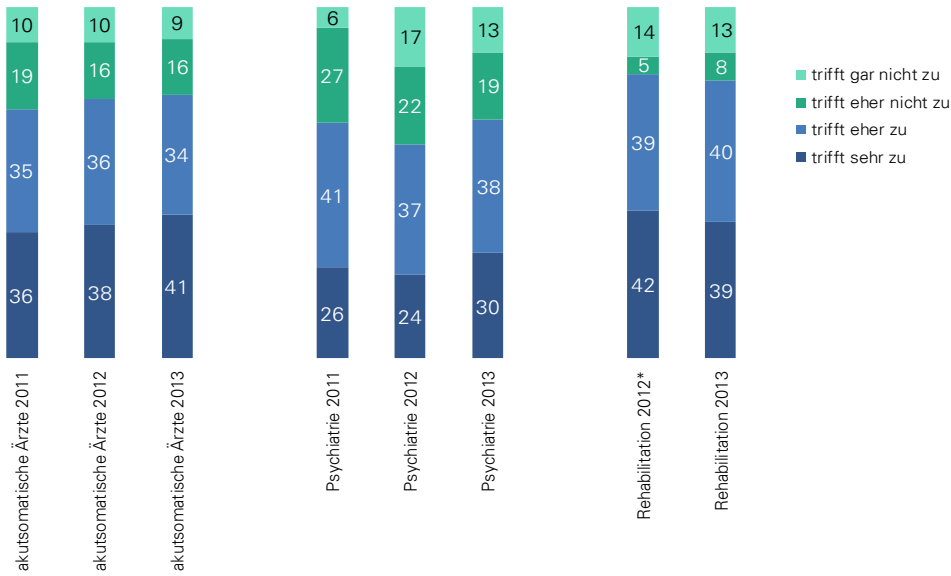


© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni - August 2013 (N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 1000)

Die Perspektiven im Spital haben sich in der Akutsomatik in den letzten drei Jahren leicht verbessert. Neu sehen 75 Prozent ihre Zukunft als im Spital tätiger Arzt.

Trend Veränderung in der Medizin: Zukunft als im Spital tätiger Arzt

"Treffen die folgenden allgemeinen Aussagen über die Veränderung in der Medizin auf Sie zu?"
in % akutsomatische Ärzte / Psychiatrie / Rehabilitation



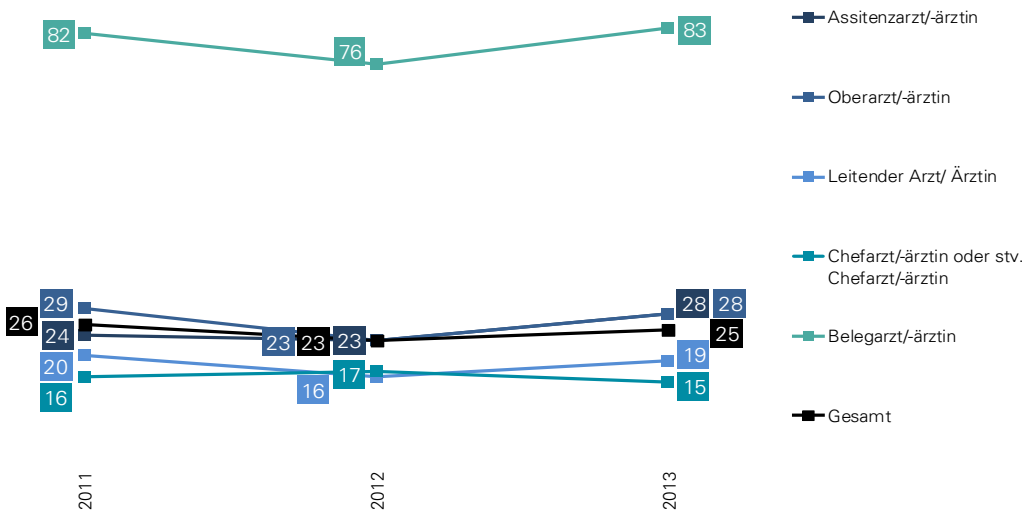
© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni - August 2013 (N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 1000 / N Psychiatrie jeweils ca. 120 / N Rehabilitation jeweils ca. 70), * 2011 und 2012 zusammen

Mehr oder weniger konstant sehen 25 Prozent ihre Zukunft als Belegärzte. Noch lassen sich insbesondere auch bei der Assistenzärzteschaft keine Trends ableiten.

Trend Aussagen über den Arztberuf nach Position: akutsomatische Ärzte

"Treffen die folgenden allgemeinen Aussagen über den Arztberuf und die Veränderungen in der Medizin auf Sie zu?"
Zukunft als Belegarzt "Ich sehe meine Zukunft als Belegarzt."

in % akutsomatische Ärzte, welche der Meinung sind, die Aussage treffe sehr oder eher zu



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

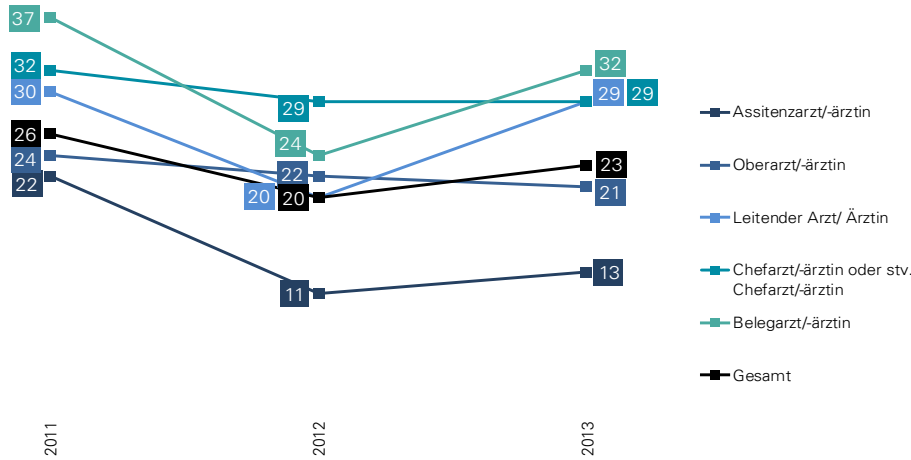
Weiterhin beobachtet nur etwa ein Fünftel in der Akutsomatik, dass es heute dank effizienterer Prozesse einfacher ist, sich auf die medizinische Tätigkeit zu konzentrieren. Zwar gibt es Unterschiede nach Hierarchie, aber es lässt sich kein Trend erkennen.

Trend Aussagen über den Arztberuf nach Position: akutsomatische Ärzte

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

Effizientere Prozesse = Konzentration auf medizinische Tätigkeit "Dank effizienter Prozesse kann ich mich heute besser als früher auf die medizinische Tätigkeit konzentrieren."

in % akutsomatische Ärzte, welche der Meinung sind, die Aussage treffe sehr oder eher zu



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

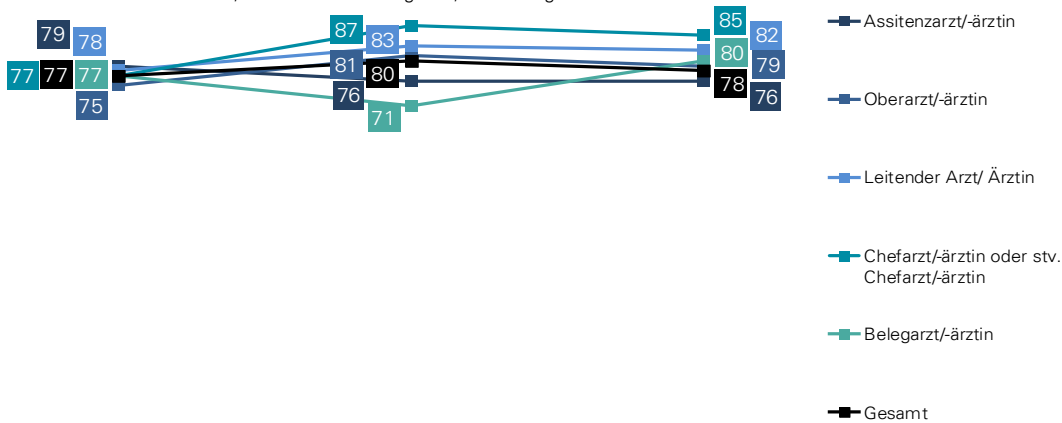
Der Arztberuf war und bleibt praktisch konstant für eine grosse Mehrheit aller Hierarchiestufen die richtige Berufswahl.

Trend Aussagen über den Arztberuf nach Position: akutsomatische Ärzte

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

Erneuter Entscheid für Arztberuf "Ich würde mich, wenn ich diese Entscheidung heute noch einmal zu treffen hätte, auch heute wieder für den Arztberuf entscheiden."

in % akutsomatische Ärzte, welche der Meinung sind, die Aussage treffe sehr oder eher zu



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

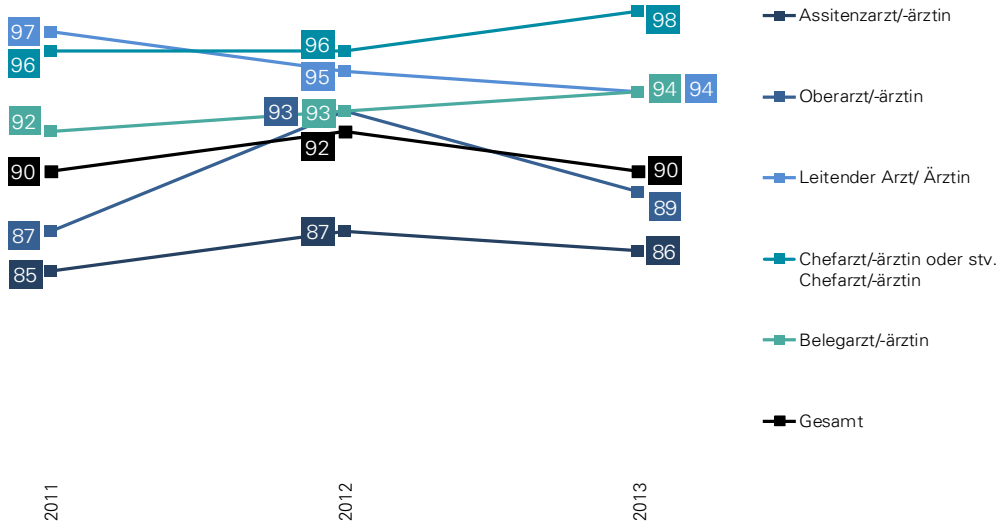
Die Arbeit gilt ebenfalls für 90 Prozent in der Akutsomatik praktisch konstant als intellektuell stimulierend.

Trend Aussagen über den Arztberuf nach Position: akutsomatische Ärzte

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

Intellektuell stimulierende Arbeit "Meine Arbeit ist intellektuell stimulierend."

in % akutsomatische Ärzte, welche der Meinung sind, die Aussage treffe sehr oder eher zu



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

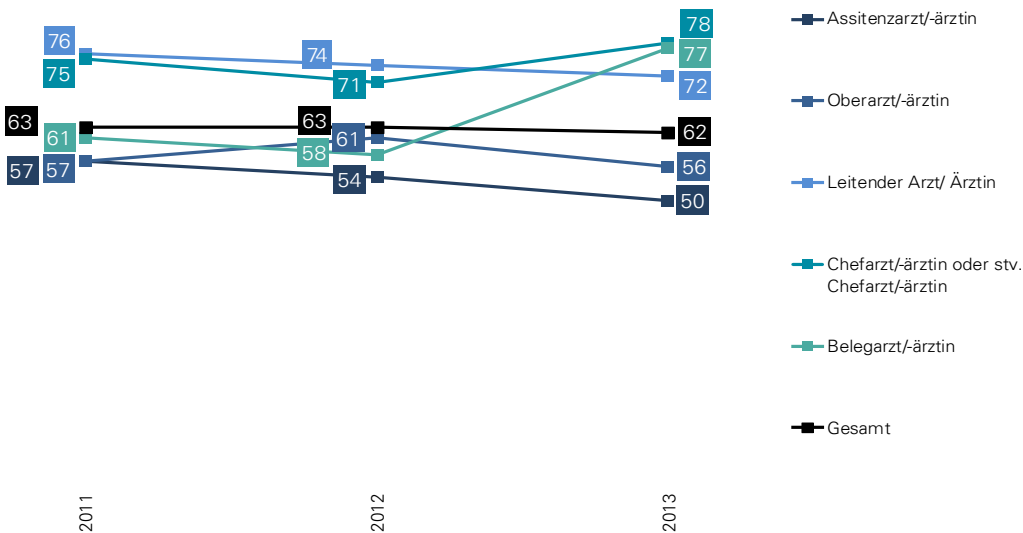
Rund um die Reformen gab und gibt es offene Fragen der Aus-, Fort- und Weiterbildung. Insgesamt sind es konstant gut 60 Prozent, welche diese als optimal einschätzen. Es gibt also Raum für Verbesserungen. Diese konnten vielleicht bei den Belegärzten erreicht werden, denn diese äussern sich neu zu 77 Prozent zufrieden.

Trend Aussagen über den Arztberuf nach Position: akutsomatische Ärzte

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

Optimale Qualität der Aus-, Fort- und Weiterbildung "Die Qualität der Aus-, Fort- und Weiterbildung ist alles in allem optimal."

in % Spitalärzte, welche der Meinung sind, die Aussage treffe sehr und eher zu



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

4.1.1 Zwischenbilanz

Die Ärzteschaft leidet verbreitet und konstant unter Stress und dies kann auch Folgen auf die Versorgungsqualität der PatientInnen haben. Der Stress hat in den letzten drei Jahren in der Akutsomatik nicht zugenommen. Der Allgemeinzustand in physischer und psychischer Hinsicht war konstant gut mit einer leichten Tendenz zu noch höheren Anteilen, die sich gesund fühlen.

In sehr hohem Mass gilt die Arbeit als intellektuell stimulierend, grosse Mehrheiten würden sich wieder für den Arztberuf entscheiden. Heute sehen sogar noch mehr Ärztinnen und Ärzte ihre Zukunft als Spitalarzt als in den beiden Jahren zuvor. Nicht gelitten hat auch die Qualität der Aus-, Weiter- und Fortbildungen, obwohl hier die Zufriedenheit seit Anfang der Studienreihe weniger gross ist als in anderen Bereichen, die mit der Berufstätigkeit in Verbindung stehen.

4.2 Arbeitszufriedenheit – Beziehungen im ärztlichen Umfeld

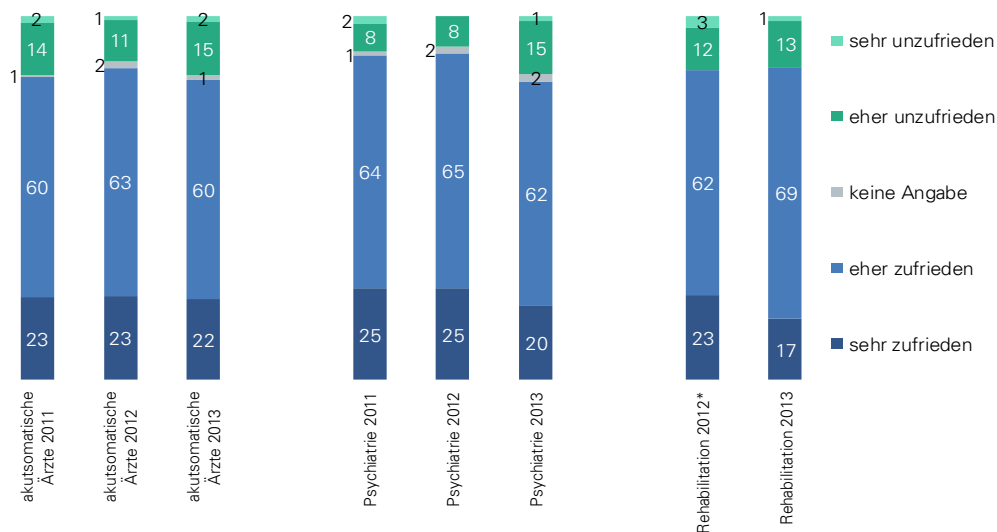
Die Arbeitszufriedenheit bleibt zurzeit hoch. Gegenüber dem Vorjahr hat sich ein leicht höherer Anteil von 17 Prozent der AkutsomatikerInnen unzufrieden geäussert. Das entspricht praktisch der Situation 2011.

Grafik 25

Trend Arbeitszufriedenheit

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

in % akutsomatische Ärzte / Psychiatrie / Rehabilitation

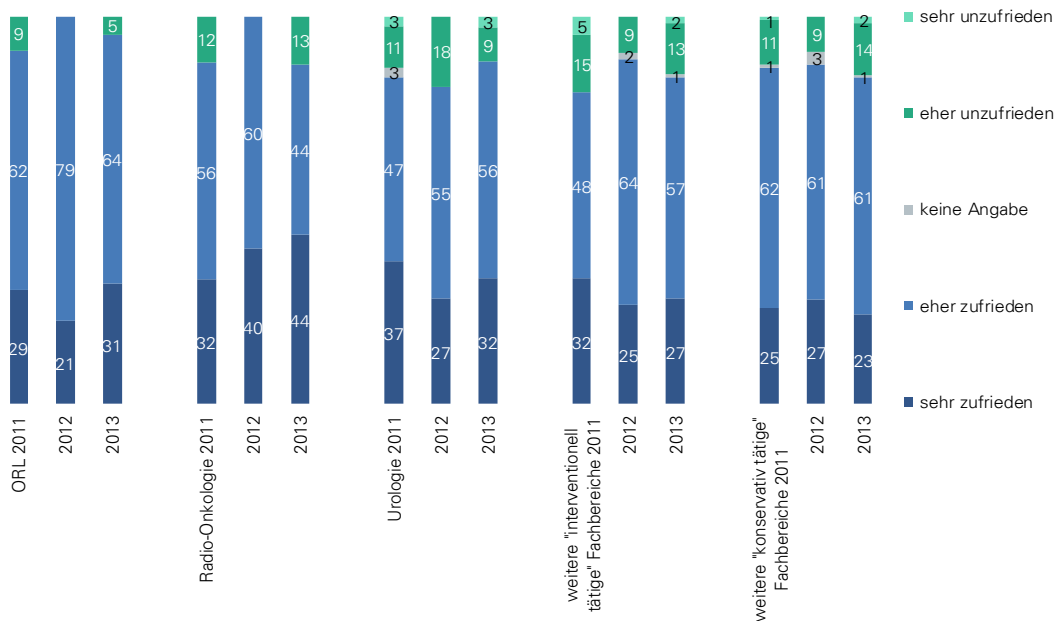


© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni - August 2013 (N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 1000 / N ambulant tätige Ärzte jeweils ca. 250 / N Psychiatrie jeweils ca. 120 / N Rehabilitation jeweils ca. 70), * 2011 und 2012 zusammen

Die Arbeitszufriedenheit im Spital nach Fachrichtungen variiert leicht. Besonders hoch ist sie im Bereich ORL.

Trend Arbeitszufriedenheit 1

"Wie zufrieden sind Sie hinsichtlich Ihrer Aufgaben und Arbeitstätigkeit insgesamt?"
in % akutsomatische Ärzte / Psychiatrie / Rehabilitation

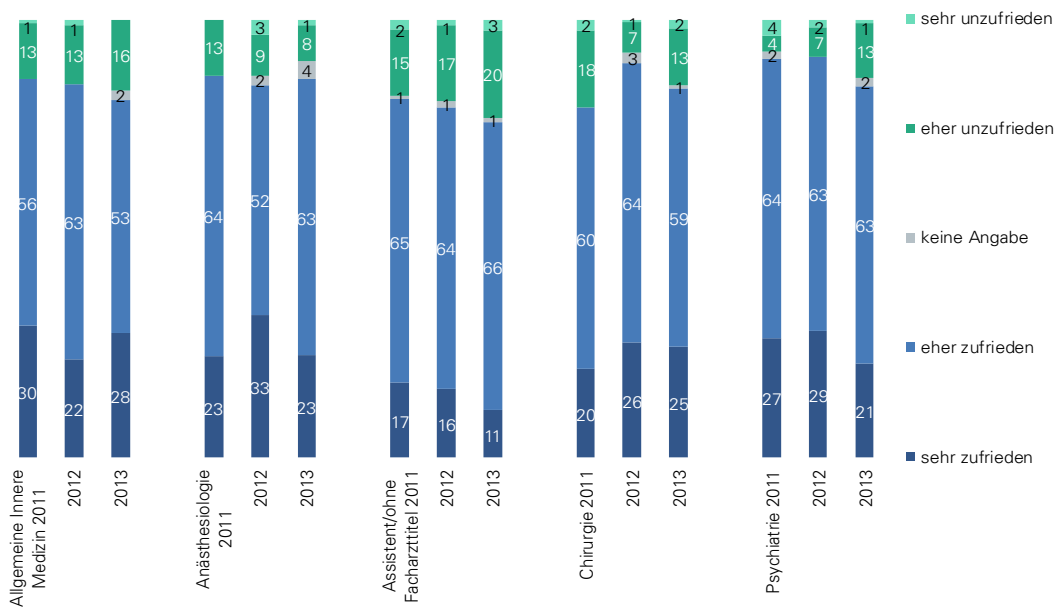


© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2013 (N = 1506)

In einem Bereich hat sich die Arbeitszufriedenheit in den letzten drei Jahren tendenziell verschlechtert – bei den Assistenzärztinnen und –ärzten. Neu äussern sich 23 Prozent sehr oder eher unzufrieden, was klar höher als bei der Ärzteschaft mit Facharzttitel ist.

Trend Arbeitszufriedenheit 2

"Wie zufrieden sind Sie hinsichtlich Ihrer Aufgaben und Arbeitstätigkeit insgesamt?"
in % akutsomatische Ärzte / Psychiatrie / Rehabilitation

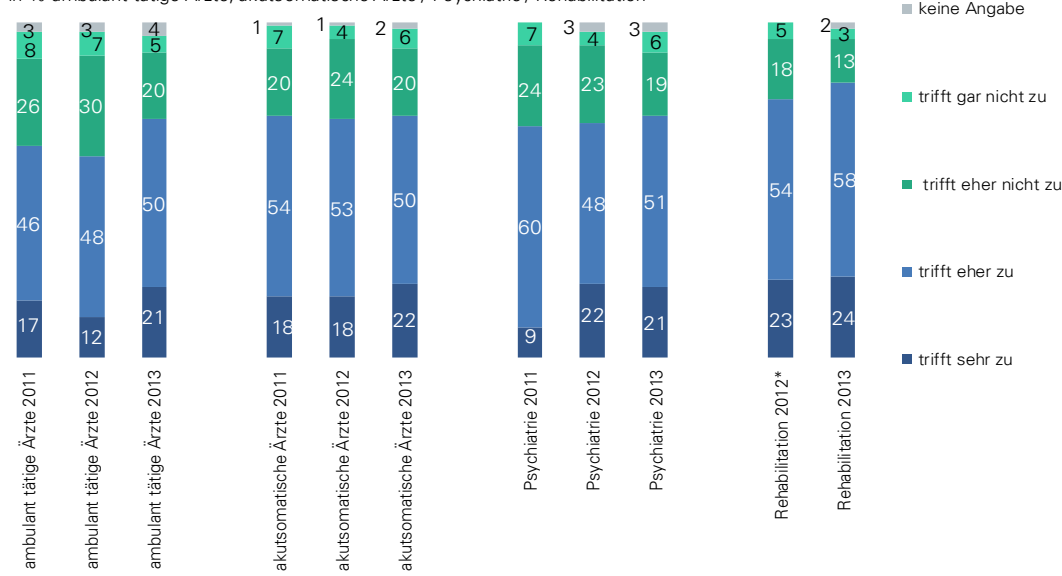


© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2013 (N = 1506)

Die Zufriedenheit mit der Bezahlung ist in der Rehabilitation etwas höher als in den anderen Bereichen, wo jeweils mehr als 70 Prozent zufrieden sind.

Trend Arbeitsbedingungen: zufrieden mit Bezahlung

"Wie sehr treffen die folgenden Aussagen über Arbeitsbedingungen und Chancen/Belastungen auf Ihre Tätigkeit zu?"
 in % ambulant tätige Ärzte, akutsomatische Ärzte / Psychiatrie / Rehabilitation

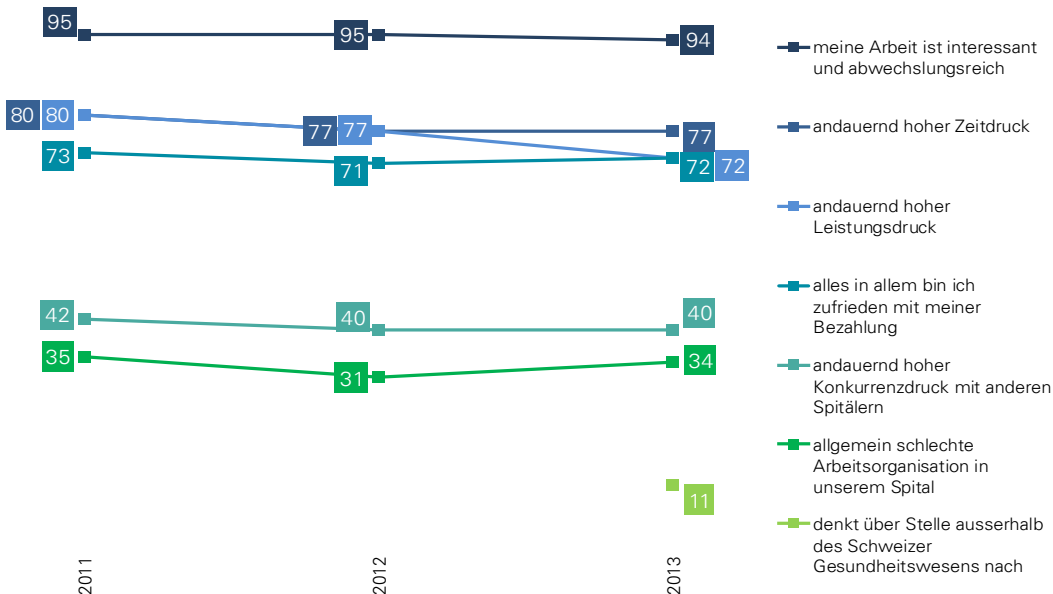


© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni - August 2013 (N ambulant tätige Ärzte jeweils ca. 250 / N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 1000 / N Psychiatrie jeweils ca. 120 / N Rehabilitation jeweils ca. 70), * 2011 und 2012 zusammen

In sehr hohem Mass konstant werden die Arbeitsbedingungen in der Akutsomatik beurteilt. Für die allermeisten (94%) ist die Arbeit interessant und abwechslungsreich, wenn auch konstant ein hoher Zeitdruck herrscht (Aussage trifft für 77% sehr oder eher zu). Mit 72 Prozent äussern sich zwar etwas weniger als im Vorjahr auch zum Leistungsdruck entsprechend. Genauso viele sind auch zufrieden mit der Bezahlung. Einen Konkurrenzdruck mit anderen Spitälern sehen 40 Prozent, wobei sich dies praktisch nicht veränderte. Konstant ein Drittel äussert sich kritisch zur Arbeitsorganisation im Spital. 11 Prozent und damit eine kleine Minderheit denken über eine Stelle ausserhalb des Schweizer Gesundheitswesens nach.

Trend Aussagen über Arbeitsbedingungen: akutsomatische Ärzte

"Wie sehr treffen die folgenden Aussagen über Arbeitsbedingungen und Chancen/Belastungen auf Ihre Tätigkeit zu?"
 in % akutsomatische Ärzte, welche der Meinung sind, die Aussage treffe sehr oder eher zu



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

Das ärztliche Umfeld präsentiert sich für klare Mehrheiten konstant gut. Zwischen 75 Prozent und 80 Prozent sind stolz auf das eigene Spital, äussern sich positiv zur Fehlerkultur und sind zufrieden mit den Vorgesetzten. Sogar 92 Prozent äussern sich zufrieden mit dem eigenen Team.

Grafik 30

Trend Aussagen zu Arbeit und Team (1): akutsomatische Ärzte

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

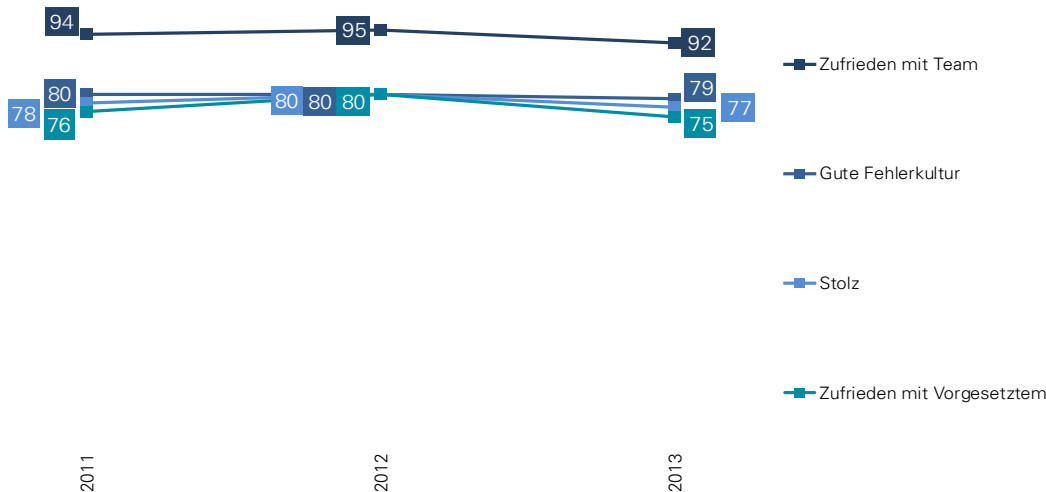
Zufrieden mit Team "Alles in allem bin ich zufrieden mit meinem Team."

Gute Fehlerkultur "Wir haben eine gute Fehlerkultur."

Stolz "Ich bin stolz darauf, für mein Spital zu arbeiten."

Zufrieden mit Vorgesetztem "Alles in allem bin ich zufrieden mit meinem direkten Vorgesetzten."

in % akutsomatische Ärzte, welche der Meinung sind, die Aussage treffe sehr oder eher zu



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

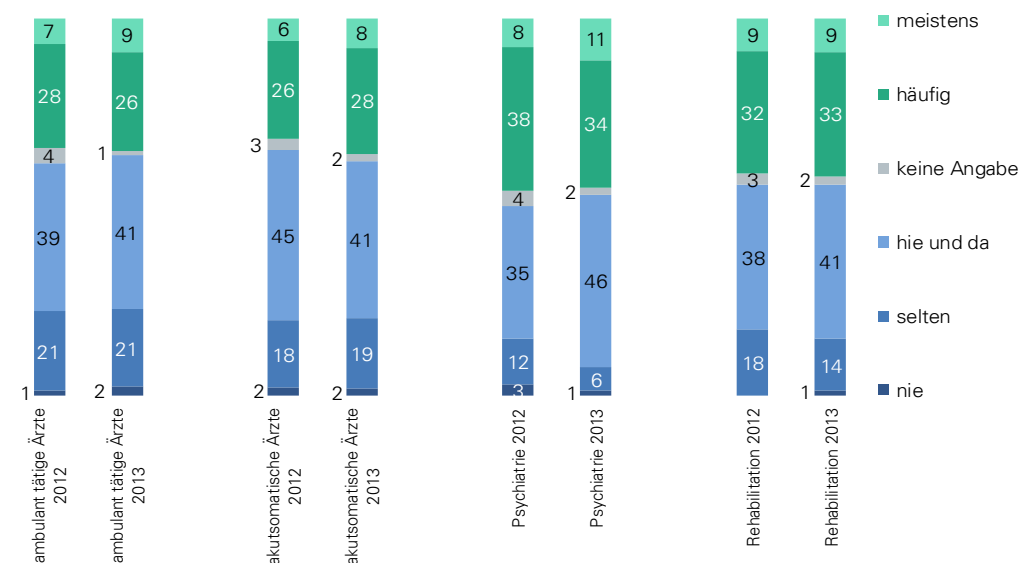
Die hohe Arbeitsbelastung ist allerdings ein Problem – in der Akutsomatik ähnlich wie unter der ambulant tätigen Ärzteschaft beobachtet man zunehmend eine Beeinträchtigung durch die hohe Arbeitsbelastung und den Zeitdruck. Es sind aber immer noch deutlich weniger als in der Psychiatrie und der Rehabilitation, in welcher die Zeit mit den PatientInnen möglicherweise ein besonders wichtiger Faktor der Versorgungsqualität ist.

Grafik 31

Trend Qualität der Patientenversorgung unter Zeitdruck

"Wie häufig haben Sie den Eindruck, dass die Qualität der Patientenversorgung durch die hohe Arbeitsbelastung oder Zeitdruck beeinträchtigt ist?"

in % 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 sehen 55 Prozent, dass im Team jeder verantwortlich für das Kosten-sparen ist. Etwas zurückhaltender aber gegenüber den Vorjahren auch praktisch unverändert ist die Beurteilung der Zusammenarbeit mit der Spitalverwaltung, die Zufriedenheit mit dem Informationsfluss im Spital. In den letzten drei Jahren beobachteten konstant um ein Fünftel der Befragten eine zunehmende Verlagerung von Arbeiten an das Pflegepersonal.

Grafik 32

Trend Aussagen zu Arbeit und Team (2): akutsomatische Ärzte

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

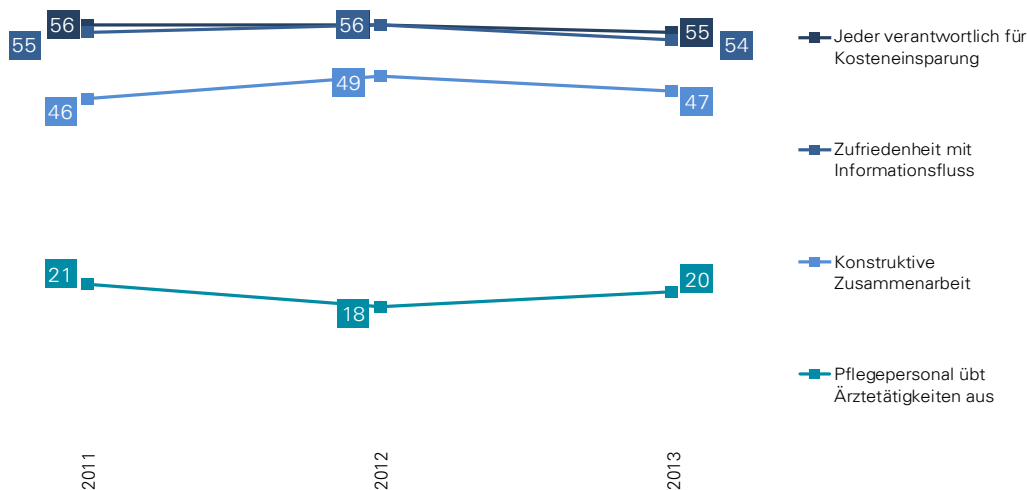
Pflegepersonal übt Ärztetätigkeit aus "Immer mehr Tätigkeiten, die früher von Ärzten durchgeführt wurden, werden heute durch das Pflegepersonal durchgeführt."

Konstruktive Zusammenarbeit "Die Zusammenarbeit mit der Spitalverwaltung verläuft konstruktiv."

Zufriedenheit mit Informationsfluss "Alles in allem bin ich zufrieden mit dem Informationsfluss in unserem Spital."

Jeder verantwortlich für Kosteneinsparung "In meinem Team fühlt sich jeder dafür verantwortlich, Kosten einzusparen."

in % akutsomatische Ärzte, welche der Meinung sind, die Aussage treffe sehr oder eher zu



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

Die Zusammenarbeit mit dem Pflegedienst sowie den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten wird aus der Perspektive der akutsomatischen Ärzteschaft überwiegend als gut beurteilt. Mit den Spitexdiensten sind 52 Prozent zufrieden, mit der Zusammenarbeit mit den Reha-Kliniken noch 51 Prozent, wobei sich hier ein Trend zu einer sinkenden Zufriedenheit manifestiert. 43 Prozent beurteilen die Zusammenarbeit mit der Verwaltung positiv, 42 Prozent mit den psychiatrischen Einrichtungen. Am meisten unzufrieden ist man mit der Zusammenarbeit mit den Krankenkassen, wobei sich hier wenigstens eine tendenziell steigende Zufriedenheit abzeichnet.

Trend Zusammenarbeit (positiv): akutsomatische Ärzte

"Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit in Ihrem Bereich? Die Zusammenarbeit zwischen....."
in % akutsomatischer Ärzte, welche die Zusammenarbeit als sehr gut oder gut empfinden



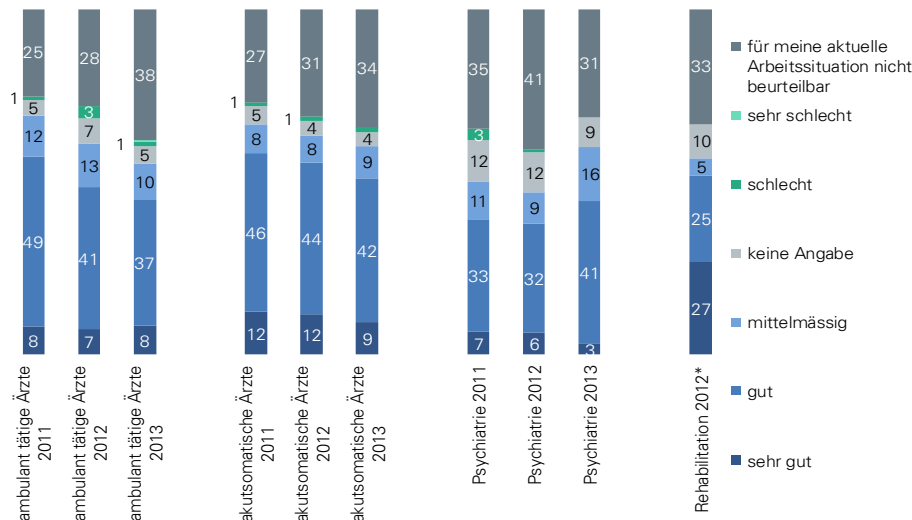
© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni - August 2013 (N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 1000)

Offenbar gibt es tendenziell steigende Probleme in der Zusammenarbeit mit den Reha-Einrichtungen, obwohl vor allem mehr als bisher angeben, die Zusammenarbeit nicht beurteilen zu können. Die Zufriedenheit sinkt bei der praxisambulant tätigen Ärzteschaft deutlicher als in der Akutsomatik. Aktuell beurteilen noch 45% der ambulant tätigen Ärzteschaft die Zusammenarbeit als sehr oder eher gut, 2011 waren es noch 57%.

Trend Vergleich Zusammenarbeit: zwischen Ihrer Station und den Reha-Einrichtungen

"Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit in Ihrem Bereich? Die Zusammenarbeit zwischen Ihrer Station und den Reha-Einrichtungen."

in % akutsomatische Ärzte / Psychiatrie / Rehabilitation



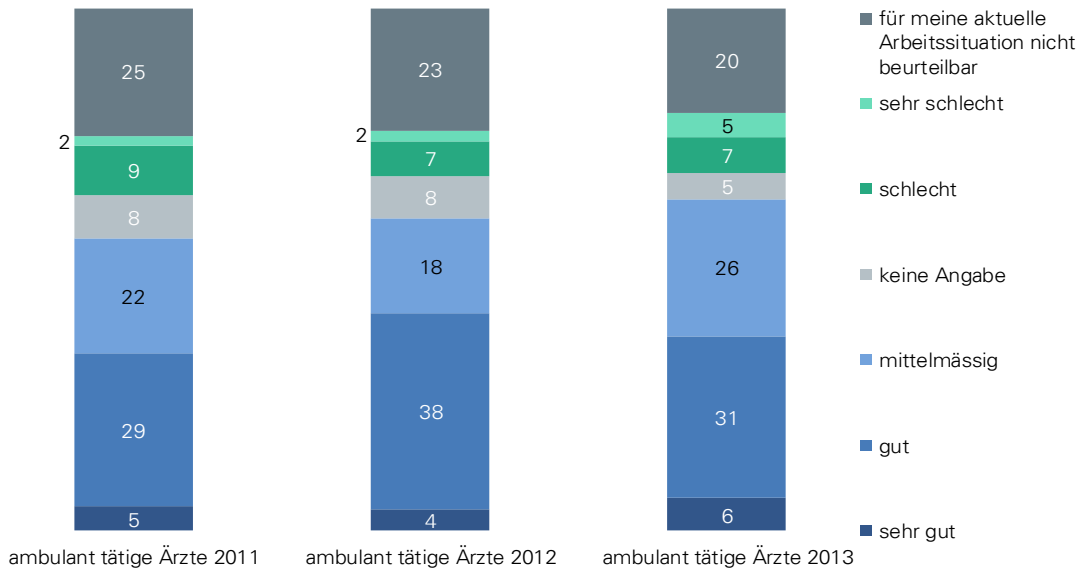
© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni - August 2013 (N ambulant tätige Ärzte jeweils ca. 250 / N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 1000 / N Psychiatrie jeweils ca. 120 / N Rehabilitation jeweils ca. 70)

* 2011 und 2012 zusammen

Die Zusammenarbeit mit den Spitalärztinnen und -ärzte wird nur von einer Minderheit der praxisambulant tätigen Ärzteschaft als sehr oder eher gut bezeichnet, wobei sich hier unter SwissDRG keine Verschlechterung abzeichnet.

Trend Vergleich Zusammenarbeit: mit den Spitalärzten

"Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit in Ihrem Bereich? Die Zusammenarbeit mit den Spitalärzten."
in % ambulant tätige Ärzte

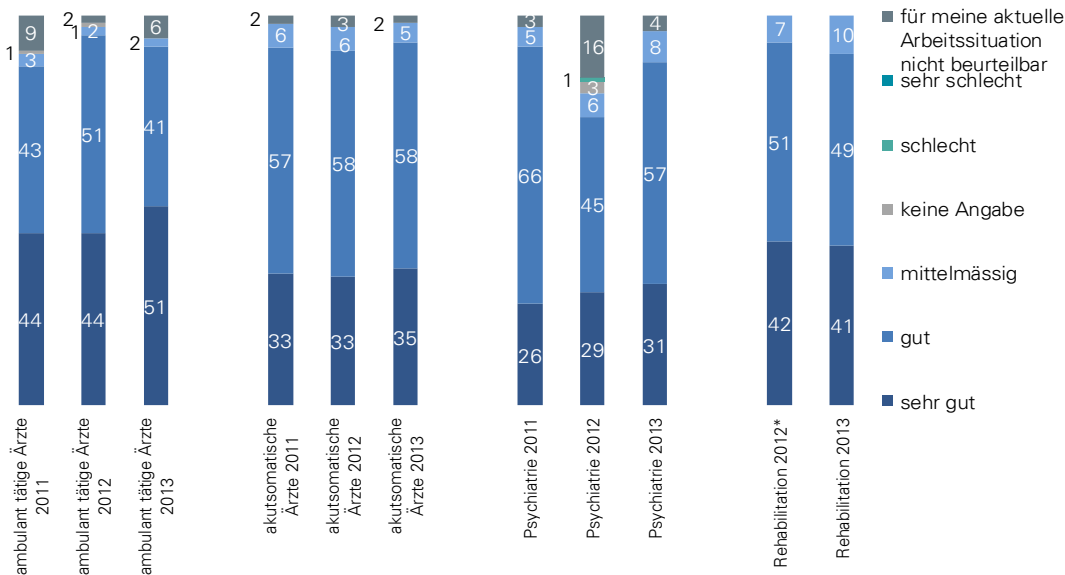


© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni - August 2013 (N ambulant tätige Ärzte jeweils ca. 250)

Keine erkennbaren Probleme ergeben sich bei den Beziehungen zu den PatientInnen. Praktisch niemand äussert sich hier negativ. Die Arzt-Patientenbeziehung wird bei der Mehrheit der praxisambulant tätigen Ärzteschaft sogar als sehr gut bezeichnet. Es ergeben sich keine nennenswerten Trends.

Trend Beurteilung Beziehung zu Patienten

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

4.2.1 Zwischenbilanz

Die Arbeitszufriedenheit der Ärzteschaft ist konstant so hoch, dass von einer ausserordentlich hohen Berufsidentifikation ausgegangen werden kann, Äusserer Veränderungen oder widrige Umstände verändern damit die Befindlichkeit weniger direkt negativ. Besonders positiv wirkt sich nicht nur die sinnstiftende Aufgabe aus, sondern auch dass man sich im eigenen Team in aller Regel sehr gut getragen fühlt und so der Austausch mit den PatientInnen besonderes gewinnbringend ist. Allerdings fühlt man sich gerade beim Austausch mit den PatientInnen unter zunehmendem Zeitdruck. Sollte dieser Druck weiter zunehmen ist mit Folgen auf die gesamte Arbeitszufriedenheit zu rechnen.

Im weiteren Umfeld als im Team und im Austausch mit anderen Akteuren im Gesundheitsbereich sind die Urteile über die Zusammenarbeit zwar immer noch positiv aber zurückhaltender. Eher kritischer als noch in den Jahren zuvor wird die Zusammenarbeit mit den Reha-Kliniken beurteilt. Die Zusammenarbeit mit der akutsomatischen Ärzteschaft selbst hat aus Sicht der ambulanten Ärzteschaft in den letzten drei Jahren nicht gelitten.

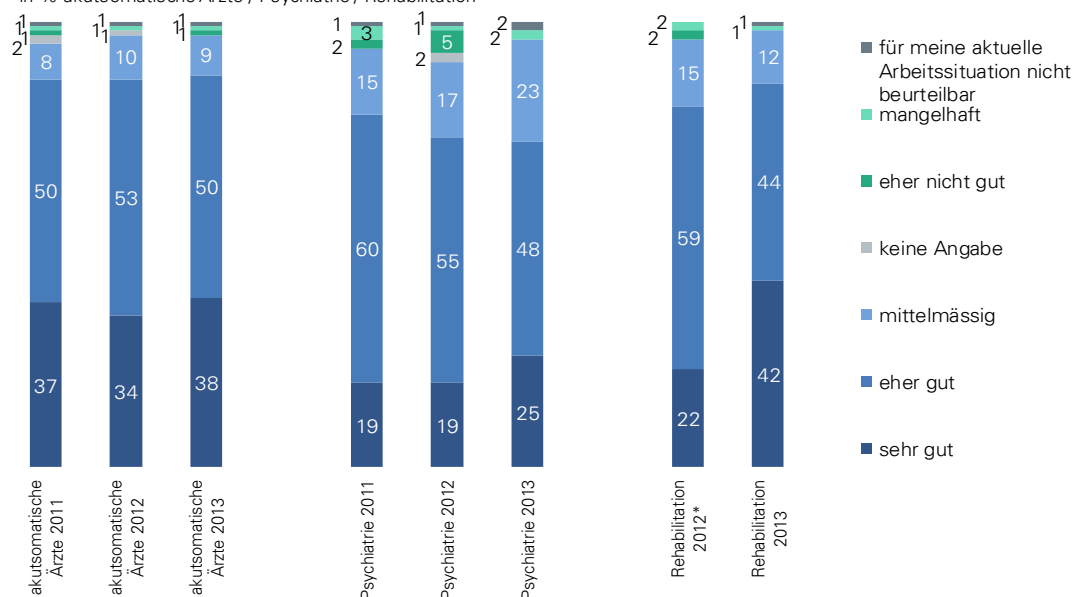
4.3 Behandlungsfreiheit/-qualität

Der Versorgungsstandard wird in hohem Mass aus Ärztesicht als mindestens eher gut bewertet. Es gibt keinen erkennbaren Trend.

Grafik 37

Trend Beurteilung Versorgungsstandard

"Wie bewerten Sie den gegenwärtigen Versorgungsstandard in Ihrem unmittelbaren Arbeitsbereich?"
in % akutsomatische Ärzte / Psychiatrie / Rehabilitation



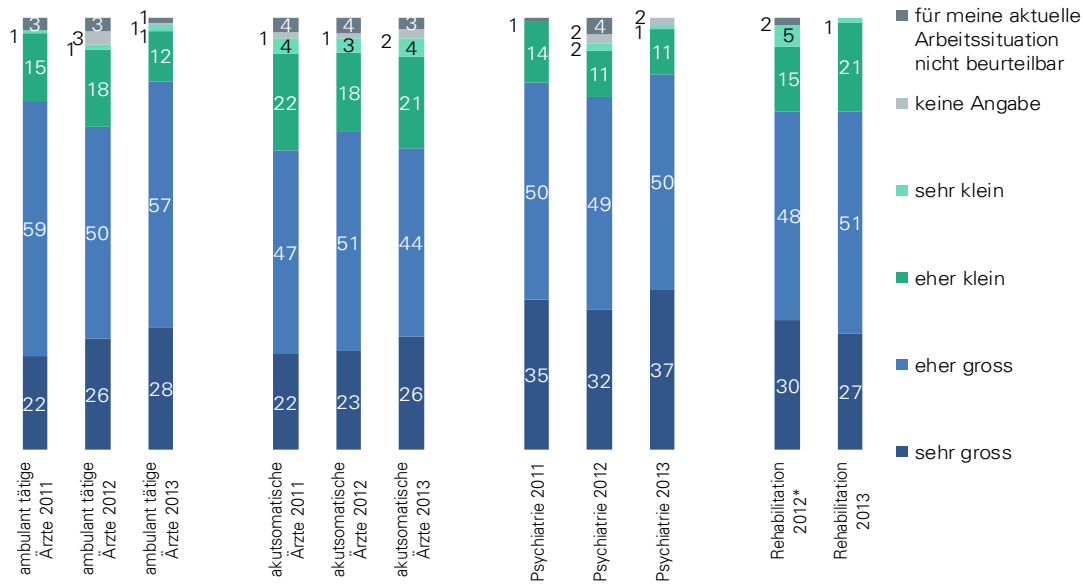
© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni - August 2013 (N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 1000 / N Psychiatrie jeweils ca. 120 / N Rehabilitation jeweils ca. 70), * 2011 und 2012 zusammen

Der Spielraum der Behandlung wird seit 2011 konstant in der Akutsomatik kritischer beurteilt als in den übrigen Bereichen. 70 Prozent beurteilen ihn aber weiterhin als sehr oder eher gross.

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

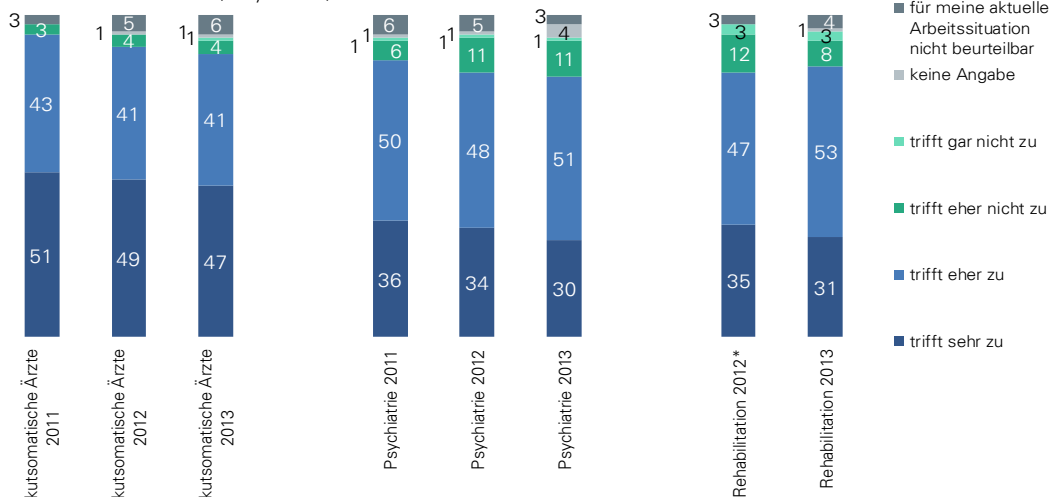
In der Akutsomatik geben 5 Prozent an, die für die Behandlungsentscheidungen notwendigen diagnostischen Verfahren nicht anwenden zu können. In der Psychiatrie und der Rehabilitation sind es mehr als doppelt so viele, die Lücken in der Diagnostik sehen.

Trend Praxis in Abteilung/Klinik: notwendige diagnostische Verfahren für fundierten Entscheid über Behandlung

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

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

in % akutsomatische Ärzte / Psychiatrie / Rehabilitation



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

Letztlich bestätigen überwiegende Anteile in der Akutsomatik, dass weiterhin das Beste für alle PatientInnen gemacht wird. Unter 10 Prozent sind nicht überzeugt, dass dies immer gemacht wird. Zweifel sind in der Psychiatrie mit über 20 Prozent deutlich mehr verbreitet und auch in der Rehabilitation denkt eine

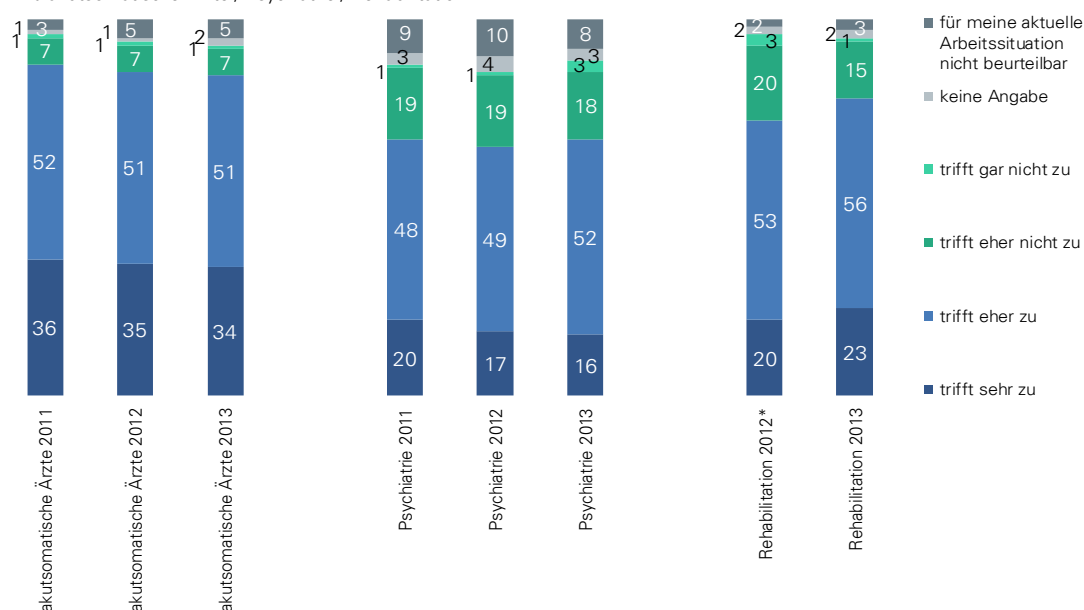
relevante Minderheit, nicht immer werde für alle PatientInnen das Beste gemacht.

Grafik 40

Trend Praxis in Abteilung/Klinik: das Beste für alle Patienten

"Inwieweit entspricht die tatsächliche Praxis in Ihrer Abteilung/Klinik folgenden Punkten? Patienten stehen die besten Experten, Präparate und Geräte zur Verfügung."

in % akutsomatische Ärzte / Psychiatrie / Rehabilitation



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

In hohem Mass konstant ist in der Akutsomatik auch der Anteil, welcher angibt, den PatientInnen stünden die besten ExpertInnen, Präparate und Geräte zur Verfügung und dass alle PatientInnen aufgenommen werden, selbst wenn sie mehr Kosten verursachen könnten als vergütet werden.

39 Prozent sehen aber mehr oder weniger deutlich, dass die Spitalleitung klare Sparvorgaben in der Abteilung/Klinik macht und 37 Prozent geben an, dass wegen fehlenden Zusatzentgelten für teure Medikamente, Implantate und Verfahren entsprechende Behandlungen zunehmend ambulant durchgeführt werden. Diese Fragen wurden 2013 erstmals gestellt, so dass keine Trendergebnisse möglich sind.

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."

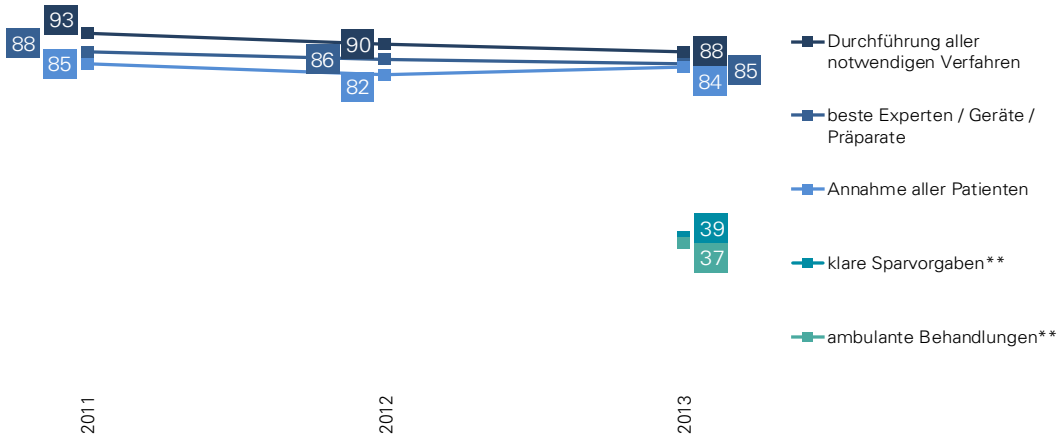
beste Experten / Geräte / Präparate "Patienten stehen die besten Experten, Präparate und Geräte zur Verfügung."

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

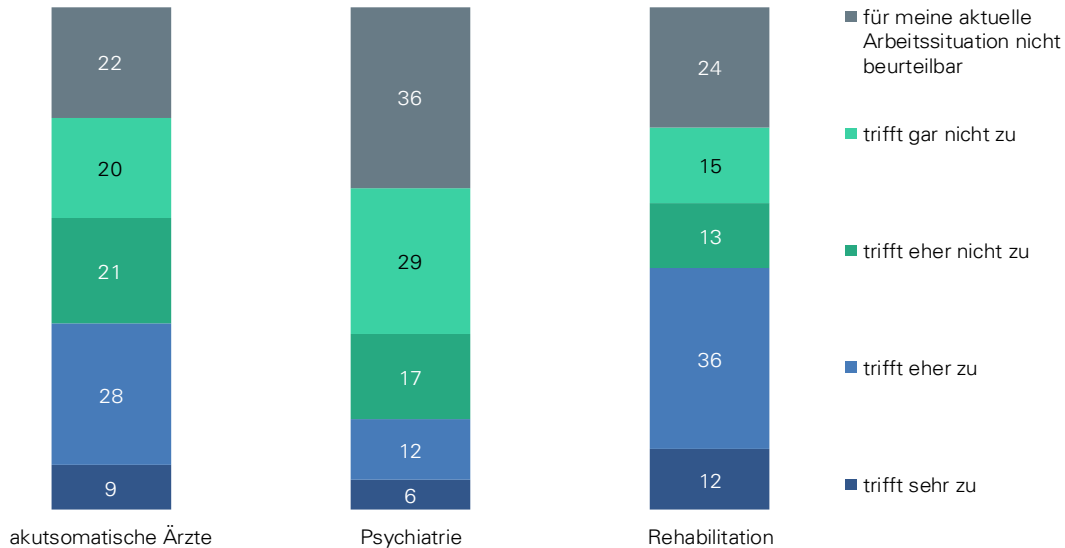
Zunehmend ambulant werden Behandlungen offenbar auch in der Rehabilitation durchgeführt.

Zunehmend ambulant durchgeführte Behandlungen

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

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

in % akutsomatische Ärzte / Psychiatrie / Rehabilitation



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

Zunehmend beobachtet die Ärzteschaft, dass versucht wird chronisch kranke und multimorbide PatientInnen in andere Einrichtungen unterzubringen – für 33 Prozent trifft diese Aussage für die Abteilung/Klinik sehr oder eher zu. Zu frühe Überweisungen in die Reha finden nicht häufiger statt als vorher – was nicht zu verwechseln ist mit wegen Kostengutsprachen verzögerten Überweisungen.

Trend tatsächliche Praxis akutsomatische Ärzte (2)

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

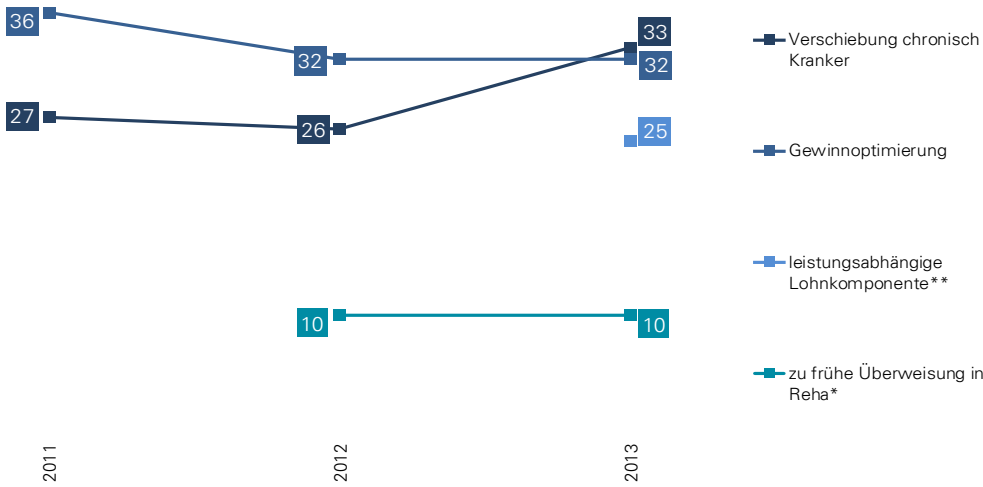
Verschiebung chronisch Kranker "Es wird versucht, chronisch kranke und multimorbide Patienten in anderen Einrichtungen unterzubringen."

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

Die Chefärzteschaft ist noch positiver, was die Durchführung von Verfahren, die Aufnahme der PatientInnen und die Ausrüstung betrifft. Sie beobachten aber auch häufiger klare Sparvorgaben und leistungsabhängige Lohnkomponenten.

Trend tatsächliche Praxis akutsomatische Ärzte: ChefärztInnen (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."

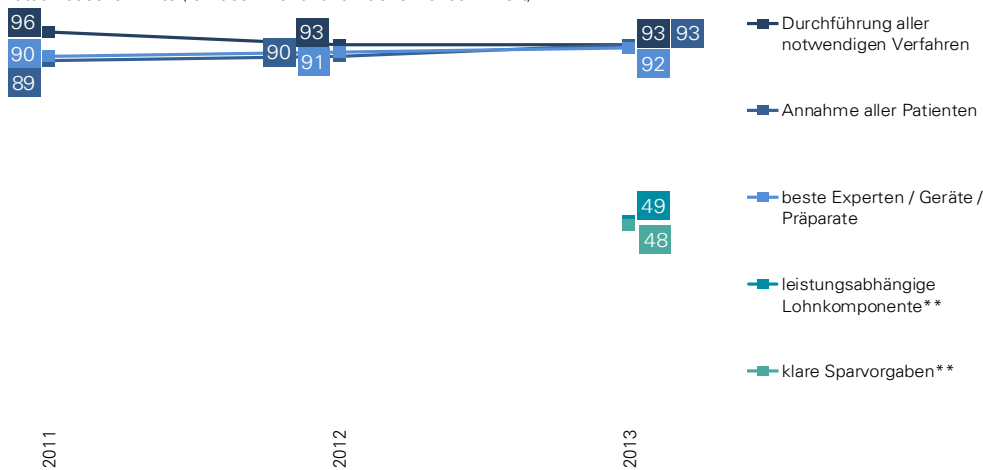
Annahme aller Patienten "Mein Spital nimmt alle Patienten auf, auch wenn sie wahrscheinlich mehr Kosten verursachen werden, als vergütet wird."

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

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

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

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)
 ** 2013 erstmals befragt

Ebenfalls 37 Prozent stimmen der Aussage zu, dass gewisse Behandlungen wegen fehlender Zusatzentgelte zunehmend ambulant durchgeführt werden. Weniger als früher gibt die Chefärzteschaft an, dass Entscheidungen zur Gewinnoptimierung gefällt werden oder versucht wird, chronisch Kranke anderweitig unterzubringen.

Trend tatsächliche Praxis akutsomatische Ärzte: ChefärztInnen (2)

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

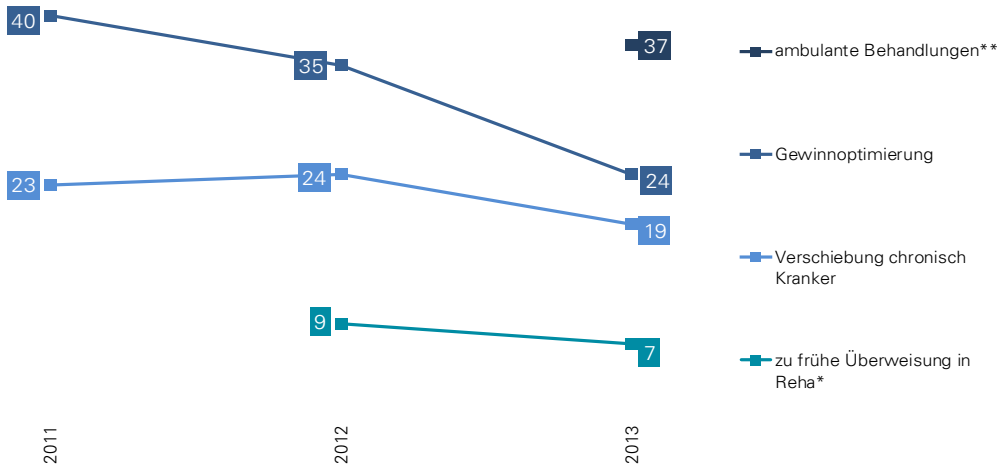
ambulante Behandlungen** "Wegen fehlender Zusatzentgelte für teure Medikamente, Implantate und Verfahren werden entsprechende Behandlungen zunehmend ambulant durchgeführt."

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

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

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)



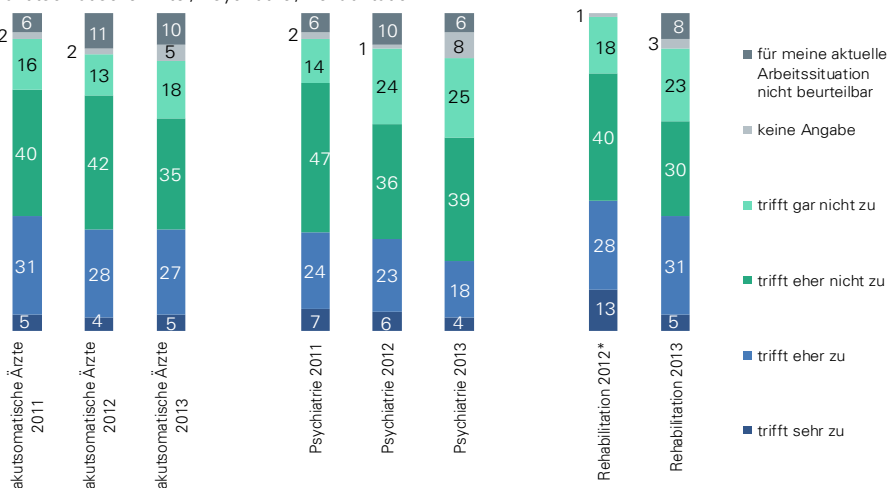
© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni - August 2013 (N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 1000)
 * 2012 erstmals befragt **2013 erstmals befragt

Einen Problembereich identifizierten wir 2011 in der Praxis, dass in Abteilungen verbreitet Diagnosen und Behandlungswege so gewählt werden, dass der wirtschaftliche Gewinn optimiert wird. Dieses Problem ist tendenziell rückläufig und hat unter SwissDRG nicht zugenommen. Es bleibt aber bei grundsätzlich bedenklich hohen 32 Prozent der akutsomatischen Ärzteschaft, welche solche Diagnosen beobachtet.

Trend Praxis in Abteilung: Diagnosen entsprechend Gewinnoptimierung

"Inwieweit entspricht die tatsächliche Praxis in Ihrer Abteilung/Klinik folgenden Punkten? Diagnosen und Behandlungswege werden so gefällt, dass der wirtschaftliche Gewinn optimiert wird."

in % akutsomatische Ärzte / Psychiatrie / Rehabilitation

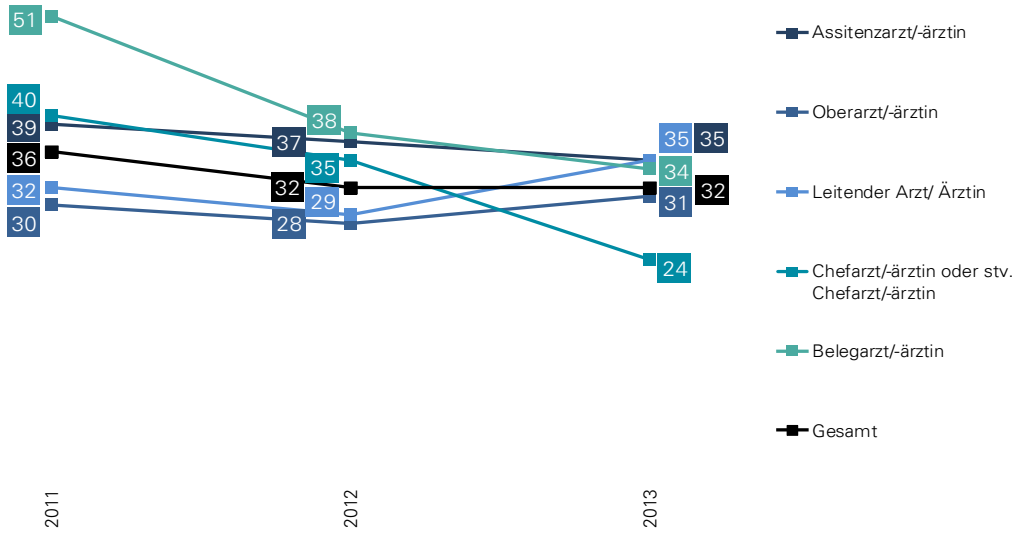


© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni - August 2013 (N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 1000 / N Psychiatrie jeweils ca. 120 / N Rehabilitation jeweils ca. 70), * 2011 und 2012 zusammen

Ja nach Hierarchiestufe sind die Trends bei dieser Frage ungleich. Auf Ebene der Chefärzteschaft sind es noch 24 Prozent, welcher der Aussage zustimmen, auf Ebene der leitenden Ärzteschaft sind es neu 35 Prozent.

Trend Tatsächliche Praxis nach Position: akutsomatische Ärzte

"Inwieweit entspricht die tatsächliche Praxis in Ihrer Abteilung/Klinik folgenden Punkten? Diagnosen und Behandlungswege werden so gefällt, dass der wirtschaftliche Gewinn optimiert wird."
 in % akutsomatische Ärzte, welche der Meinung sind, die Aussage treffe sehr oder eher zu

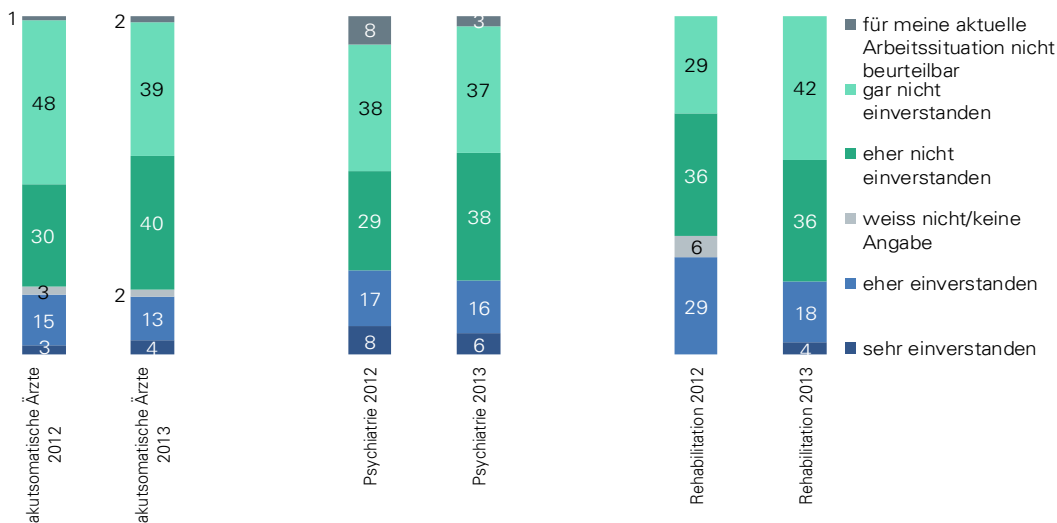


© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni - August 2013 (N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 1000)

Um dem Problembereich etwas auf den Grund zu gehen, wurde seit 2012 eine Nachfrage zu dieser gewinnorientierten Diagnosepraxis gestellt. Die meisten Befragten, welche angeben, dass gewinnoptimierte Behandlungsentscheidungen gefällt werden, sind allerdings der Ansicht, dies gehe nicht zulasten der PatientInnen. Im Vergleich zu 2013 hat sich dieser Anteil nicht vergrößert.

Trend Filter Aussage zur wirtschaftlichen Optimierung

"Sie stimmten der Aussage zu, dass Diagnosen und Behandlungsentscheide so gefällt werden, dass der wirtschaftliche Gewinn optimiert wird. Sind Sie mit folgender Aussage dazu einverstanden?
 Die Optimierung des wirtschaftlichen Gewinns geht soweit, dass auf unserer Abteilung/in unserer Klinik keine optimale medizinische Versorgung der Patienten mehr erbracht werden kann."
 in % akutsomatische Ärzte / Psychiatrie / Rehabilitation



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni - August 2013 (n akutsomatische Ärzte ca. 620 / n Psychiatrie jeweils ca. 30 / n Rehabilitation jeweils ca. 20)

Erstmals haben wir 2013 die Anpassungsleistungen der Kliniken im Rahmen der laufenden Reformen direkt bei der Ärzteschaft befragt. Letztlich sind aus betriebsökonomischer Perspektive zwei Strategien für die Spitalleitungen

denkbar, um sich zunehmenden Konkurrenz- und Kostendruck entgegen zu treten: Sparen und sich im Sinne der Spezialisierung und Mengenausweitung im Wettbewerb klarer zu positionieren. Relativ verbreitet sind offenbar Sparvorgaben in der Akutsomatik und der Psychiatrie. In der Rehabilitation müssen sogar mehr als die Hälfte mit Sparvorgaben umgehen.

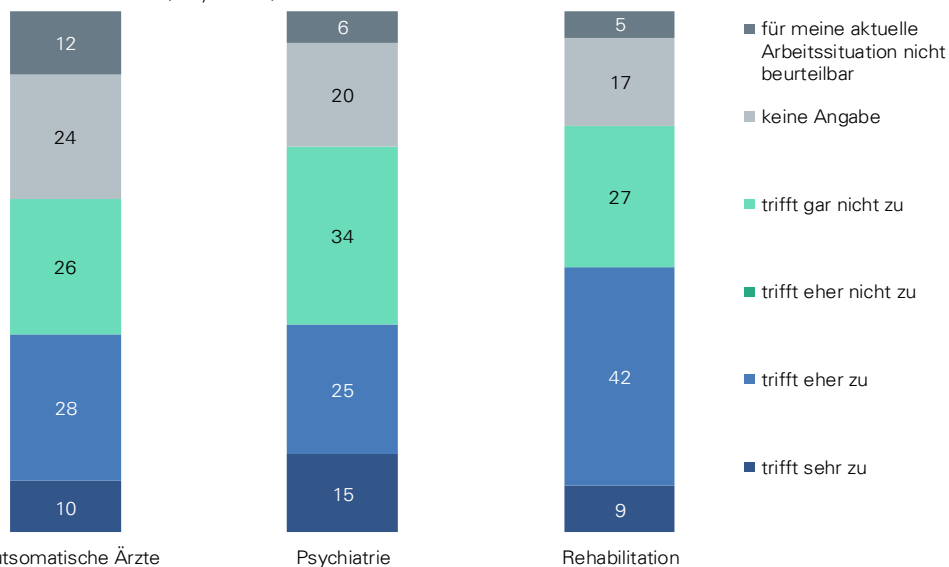
Grafik 49

Spitalleitung macht Sparvorgaben in der Abteilung/Klinik

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

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

in % akutsomatische Ärzte / Psychiatrie / Rehabilitation



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

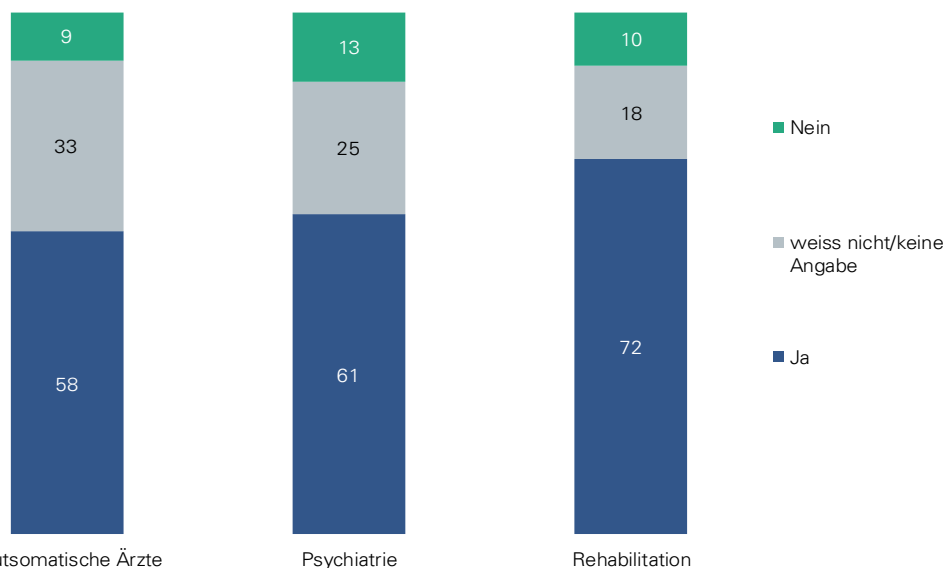
In der Rehabilitation wird auch sehr verbreitet eine Positionierungsstrategie wahrgenommen. Auch in der Akutsomatik und der Psychiatrie sind es klare Mehrheiten, welche eine solche Strategie kennen.

Grafik 50

Vorhandensein Strategie für Positionierung Wettbewerb

"Hat ihr Spital eine Strategie für die Positionierung im Wettbewerb?"

in % akutsomatische Ärzte / Psychiatrie / Rehabilitation



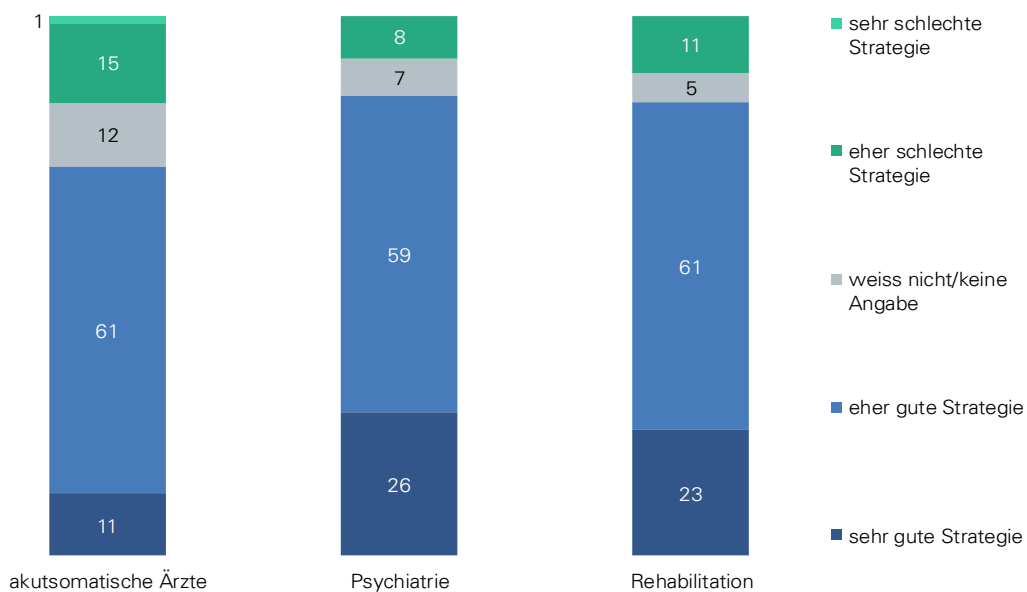
© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2013
(N_{akut} = 947 / N_{Psy} = 142 / N_{Reha} = 78), n.sig.

Insgesamt kann man aufgrund dieser ökonomischen Ansätze davon ausgehen, dass ein wettbewerbsorientierteres Denken als Teil der Veränderungsprozesse mit Spitalfinanzierung und einheitlichen Fallpauschalen zunimmt. Dies ist grundsätzlich nur für eine Minderheit problematisch, wenn man dies beispielsweise anhand der Urteile über diese Strategien beurteilt. Nur 16 Prozent, die von ihrem akutsomatischen Spital eine Strategie wahrgenommen haben, kritisieren diese Strategien. 72 Prozent finden sie mindestens eher gut.

Grafik 51

Filter Ingesamte Beurteilung Positionierungsstrategie

"Wie beurteilen Sie die Positionierungsstrategie Ihres Spitals für das Spital insgesamt?"
in % akutsomatische Ärzte / Psychiatrie / Rehabilitation mit Positionierungsstrategie im Spital

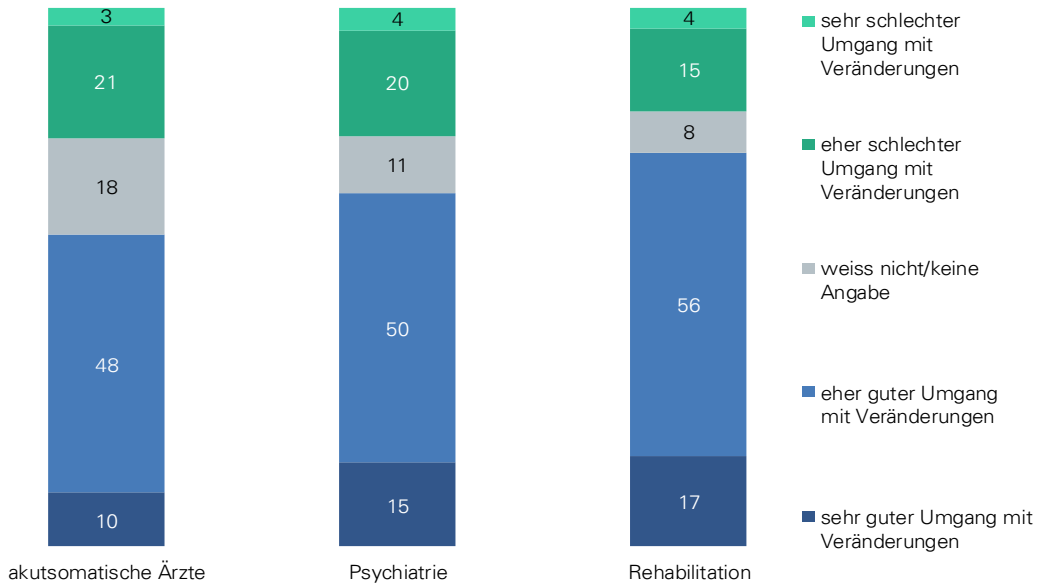


© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2013
(n_{akut} = 549 / n_{Psy} = 87 / n_{Reha} = 56), sig.

Der grundsätzliche Umgang mit den Veränderungen wird in der Akutsomatik etwas zurückhaltender beurteilt. 24 Prozent sind nicht sehr zufrieden, gerade einmal 10 Prozent sind sehr zufrieden. Immerhin bleibt es bei einer Mehrheit von mindestens eher oder sehr Zufriedenen. In der Rehabilitation ist man damit zufriedener.

Beurteilung Umgang mit Veränderungen

"Wie beurteilen Sie den Umgang Ihres Spitals mit den Veränderungen in den letzten Jahren insgesamt?"
in % akutsomatische Ärzte / Psychiatrie / Rehabilitation

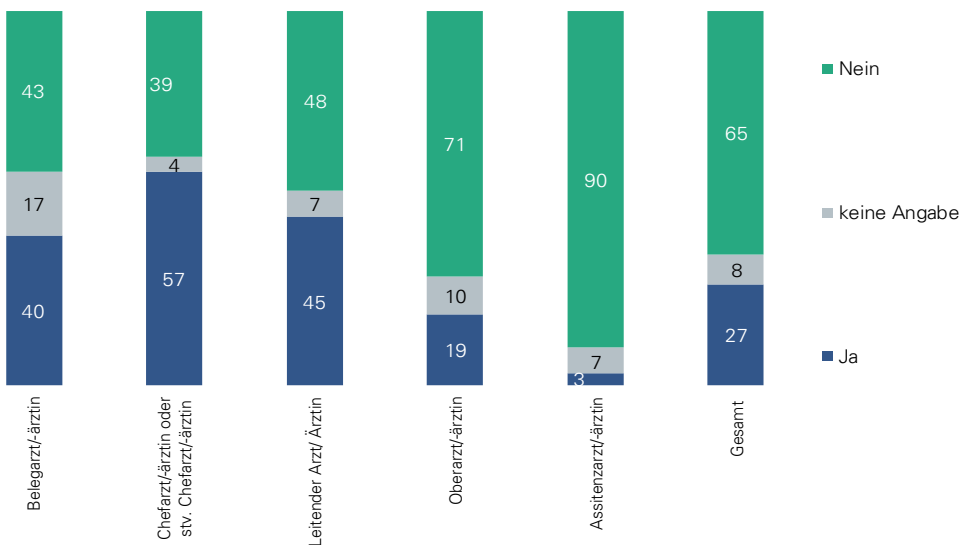


© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2013
(N_{akut} = 947 / N_{Psy} = 142 / N_{Reha} = 78), n.sig.

Im Zusammenhang mit diesen wettbewerbsorientierten Veränderungen wurden auch die Entschädigungssysteme der Ärzteschaft diskutiert. Je nach Position sind leistungsabhängige Komponenten durchaus verbreitet. Bei der Chefärzteschaft sind es 57 Prozent, die eine variable leistungsabhängige Lohnkomponente erhalten. Auf Ebene der Assistenzärzteschaft wird dies praktisch nicht praktiziert.

Variable, leistungsabhängige Lohnkomponente nach Position: akutsomatische Ärzte

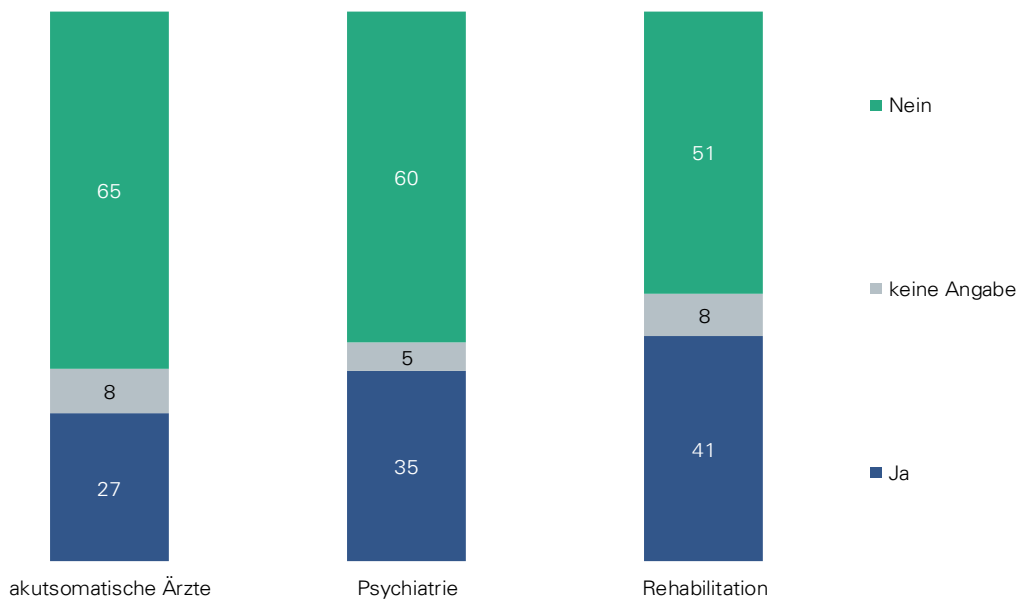
"Enthält Ihr persönliches Entschädigungssystem eine variable, leistungsabhängige Lohnkomponente?"
in % akutsomatische Ärzte



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

Variable, leistungsabhängige Lohnkomponente

"Enthält Ihr persönliches Entschädigungssystem eine variable, leistungsabhängige Lohnkomponente?"
 in % akutsomatische Ärzte / Psychiatrie / Rehabilitation



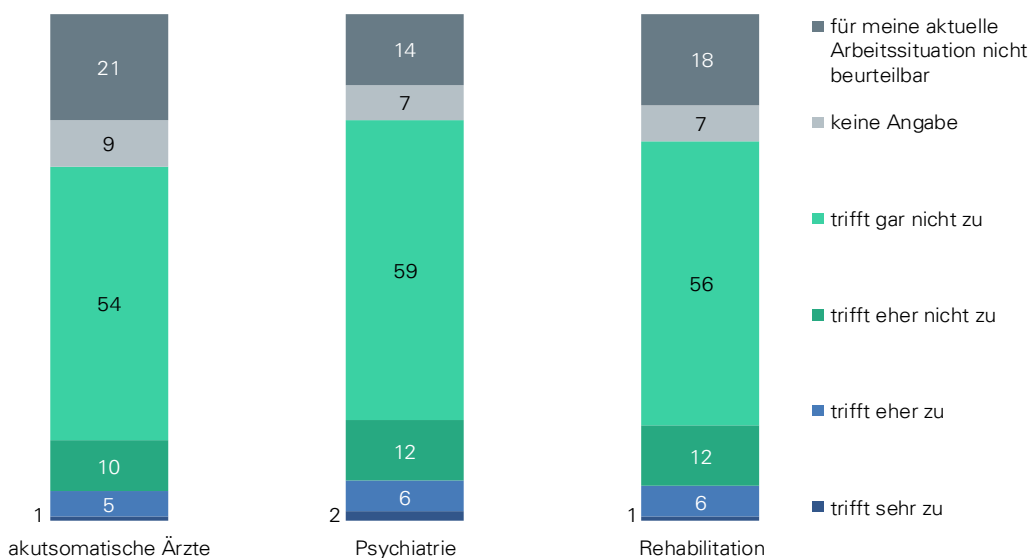
© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2013
 (N_{akut} = 947 / N_{Psy} = 142 / N_{Reha} = 78), n.sig.

Während 27% der Ärzteschaft in der Akutsomatik leistungsabhängige Lohnkomponenten haben, sind es in der Psychiatrie 35% und in der Rehabilitation 41%

Soll-Vorgaben, die mit einem Lohn-Bonus-System verbunden sind, werden relativ wenig als tatsächliche Praxis in den Abteilungen respektive Kliniken beobachtet. In der Akutsomatik, der Psychiatrie und der Rehabilitation geben jeweils zwischen 6 und 8 Prozent an, dass solche Vorgaben existieren.

Soll-Vorgaben für Interventionen, die mit Lohn-Bonus-System verbunden sind

"Inwieweit entspricht die tatsächliche Praxis in Ihrer Abteilung/Klinik folgenden Punkten?"
 "Es werden Soll-Vorgaben für Interventionen gemacht, die mit einem Lohn-Bonus-System verbunden sind."
 in % akutsomatische Ärzte / Psychiatrie / Rehabilitation



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

In der Regel handelt es sich beim eigenen Leistungslohn in der Akutsomatik um Einkünfte aus privatärztlicher Tätigkeit respektive der Honorartätigkeit im Spital. Eine eigentliche Bonuszahlung auf Grundlage von Zielvereinbarungen sind wenig verbreitet. Rechnet man die Angaben zu den Lohnkomponenten auf die gesamte akutsomatische Ärzteschaft hoch, so erhalten 9 Prozent eigentliche Bonuszahlungen.

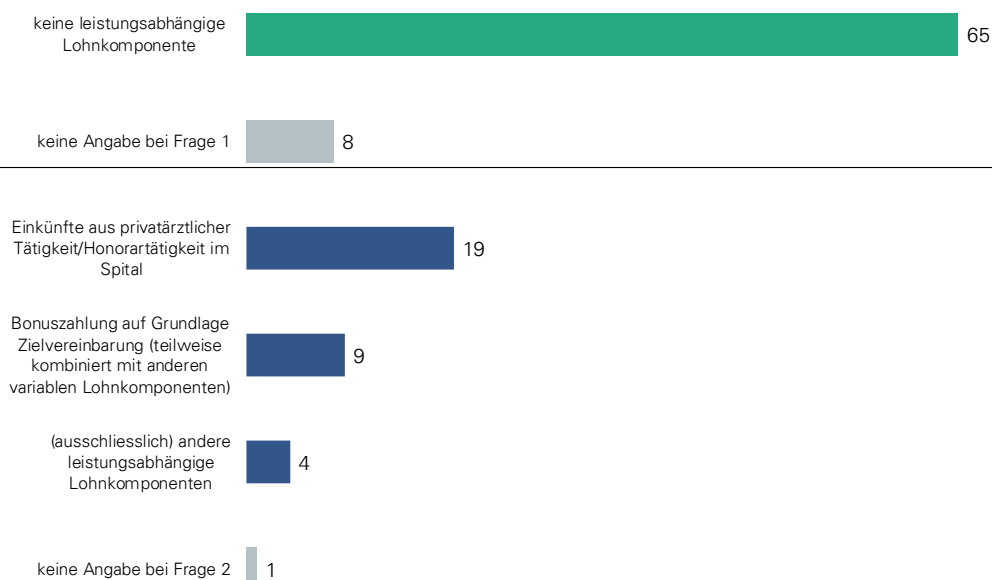
Grafik 56

Typ leistungsabhängige Lohnkomponente: akutsomatische Ärzte

Frage 1: "Enthält Ihr persönliches Entschädigungssystem eine variable, leistungsabhängige Lohnkomponente?"

Frage 2: "Handelt es sich bei der variablen, leistungsabhängigen Lohnkomponente um:"

in % akutsomatische Ärzte (Frage 2: Mehrfachantworten möglich – Summe kann über 100% sein)



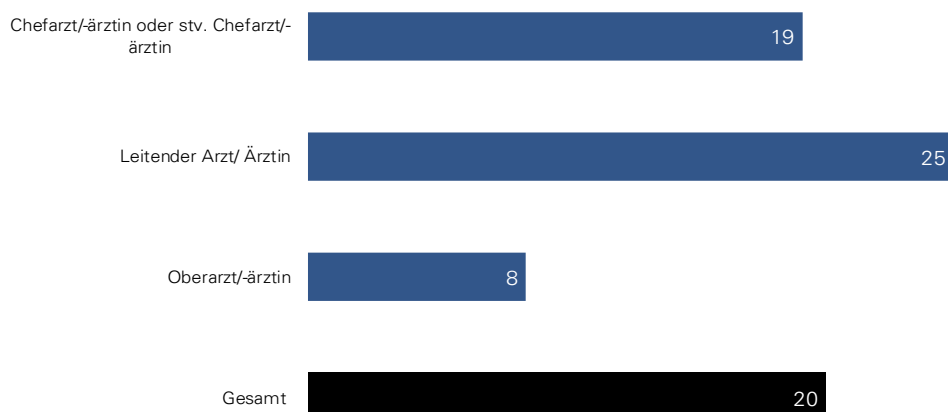
© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2013 (N akutsomatische Ärzte = 947)

Der Bonus in der Akutsomatik variiert nach Hierarchiestufe und macht ungefähr 20 Prozent des Lohns ab Stufe Oberarzt/-ärztin aus.

Grafik 57

Filter Anteil leistungsabhängiger Bonus nach Position: akutsomatische Ärzte

"Welcher Anteil am gesamten Lohn machte der leistungsabhängige Bonus im Jahr 2012 aus? (Angabe in Prozent)"
in Mittelwerte akutsomatischer Ärzte, welche eine Bonuszahlung auf Grundlage einer Zielvereinbarung erhalten



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

Die Anteile mit eigentlichen Boni, mit anderen leistungsabhängigen Lohnkomponenten oder mit gar keinen leistungsabhängigen Lohnkomponenten variieren

je nach Position deutlich. Bezogen auf die Diskussion um Bonuszahlungen wird vor allem die Entwicklung in höheren Hierarchiestufen von Bedeutung sein.

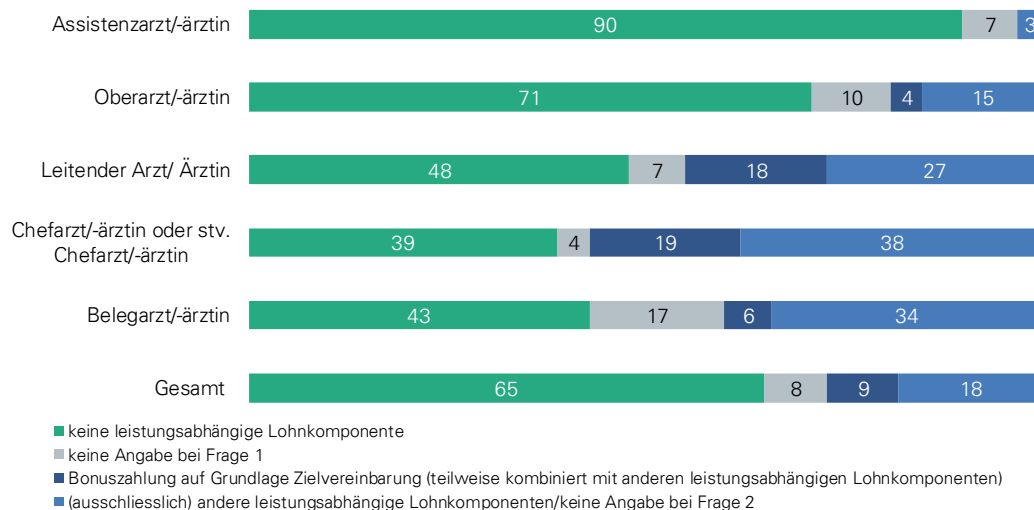
Grafik 58

Typ leistungsabhängige Lohnkomponente nach Position: akutsomatische Ärzte

Frage 1: "Enthält Ihr persönliches Entschädigungssystem eine variable, leistungsabhängige Lohnkomponente?"

Frage 2: "Handelt es sich bei der variablen, leistungsabhängigen Lohnkomponente um:"

in % akutsomatische Ärzte (Frage 2: Mehrfachantworten möglich)



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2013 (N akutsomatische Ärzte = 947)

Auf die offene Nachfrage zu anderen leistungsabhängigen Lohnkomponenten kamen nur wenige inhaltliche Rückmeldungen. Es handelte sich teilweise um Beteiligungen (Prozent-Anteil / Erfolgs- / Umsatz- / Gewinnbeteiligung) oder aufgabenabhängige Funktionszulagen respektive Credits durch Aufgaben, um Leistungsboni oder um Beurteilungen durch Vorgesetzte / Allgemeine Beurteilung oder weitere wenig verbreitete Lohnkomponenten.

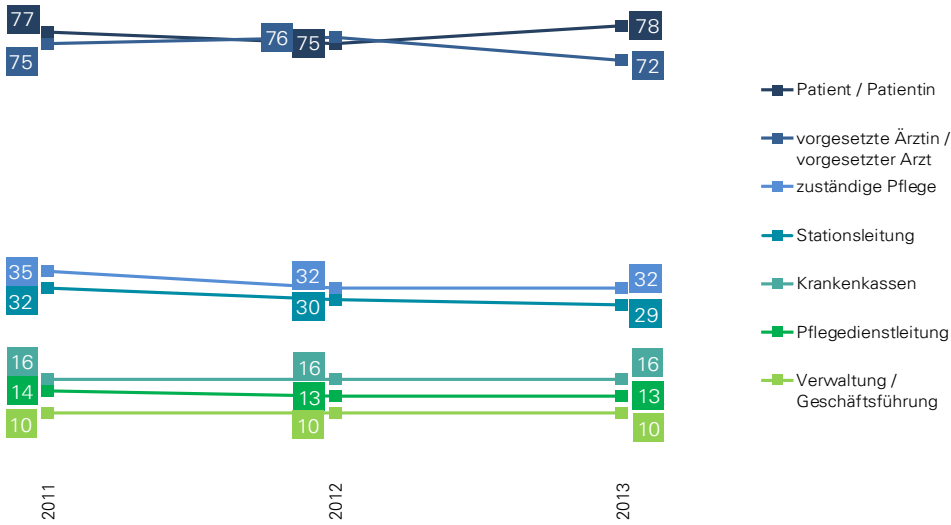
Wenn Boni bezahlt werden, so machte dieser im Mittel 2012 in der Akutsomatik 20 Prozent aus⁵.

In sehr hohem Mass konstant sind die von akutsomatischen Ärztinnen und Ärzten wahrgenommen Einflüsse verschiedener Akteure auf die Behandlungsentscheidung. Klar mehrheitlich werden Einflüsse von PatientInnen und der vorgesetzten Ärzteschaft beobachtet. Klar minderheitlich Einflüsse der Verwaltung, der Pflegedienstleistung und der Krankenkassen. Dazwischen liegen Stationsleitung und Pflege – von etwas weniger als einem Drittel werden hier sehr starke oder starke Einflüsse beobachtet.

⁵ Basis: Schätzungen in Prozent der Ärzteschaft, die eine Bonuszahlung auf Grundlage einer Zielvereinbarung erhalten.

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



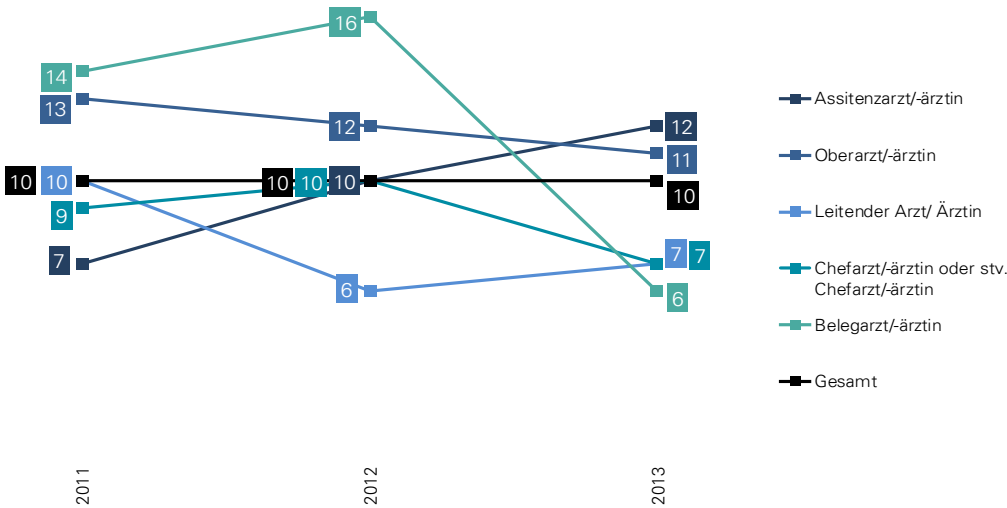
© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni - August 2013 (N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 1000)

Die sehr hohe Konstanz über alle akutsomatischen Ärztinnen und Ärzte zeigt sich je nach Hierarchiestufe nicht einheitlich. Minimal steigend werden solche Einflüsse aber eher auf Stufe der Assistenzärzteschaft wahrgenommen, sinkend sind sie eher bei den höheren Hierarchie

Trend Einflussnahme auf Entscheidungen nach Hierarchie: akutsomatische Ärzte

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

in % akutsomatischer Ärzte, welche der Meinung sind, dass ein sehr starker oder starker Einfluss besteht

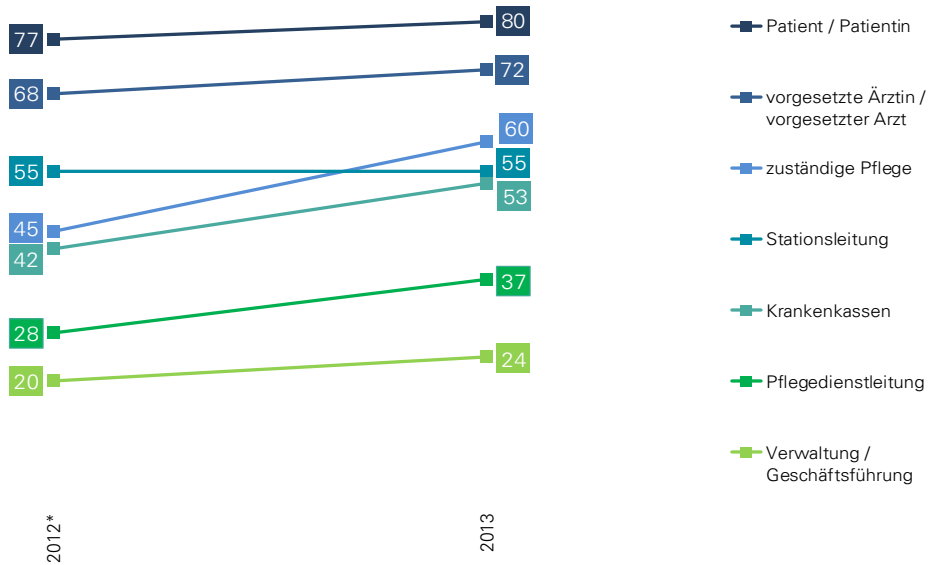


© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni - August 2013 (N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 1000)

In der Rehabilitation nehmen zwar auch Vorgesetzte und PatientInnen am meisten Einfluss auf die Behandlung. Aber das Niveau der Einflussnahme von Krankenkassen und auch der Verwaltung/Geschäftsführung ist deutlich höher als in der Akutsomatik. Einflüsse der Krankenkassen werden anteilmässig häufiger beobachtet.

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

Auch in der Psychiatrie sind Einflussnahmen von Krankenkassen und der Verwaltung/Geschäftsführung häufiger, zwischen 2011 und 2012 hat der Einfluss dieser Akteure offenbar auch zugenommen, seither ist er aber auf diesem erhöhten Niveau konstant.

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)

4.3.1 Zwischenbilanz

Ökonomische Überlegungen sind langfristig im spitalärztlichen Alltag üblicher oder aber bewusster geworden. Bereits vor der Einführung von SwissDRG

haben sich die Spitäler auf die Veränderungsprozesse eingestellt und dort wo APDRG schon im Einsatz war, hat SwissDRG den ärztlichen Alltag besonders wenig verändert. In den letzten drei Jahren, die von dieser Studie erfasst werden können, sind solche Einflüsse grundsätzlich mehr oder weniger konstant geblieben. Zunehmend beobachtet die Ärzteschaft allerdings, dass versucht wird, chronisch kranke und multimorbide PatientInnen in andere Einrichtungen unterzubringen. Verbreitet werden auch Überlegungen aus ökonomischer Sicht angestellt, ob eine Behandlung spitalambulant oder stationär durchgeführt werden soll. Letztlich werden solche Überlegungen aber meist nicht zulasten der PatientInnen angestellt, soweit dies von der Ärzteschaft beurteilbar ist. Grundsätzlich besteht aus Sicht der Befragten noch weitgehend Behandlungsfreiheit und den PatientInnen steht offenbar noch immer das Optimum zur Verfügung, auch was Diagnoseverfahren oder Geräte betrifft. Die Einflussnahme der Krankenkassen oder Spitalverwaltungen ist in der Akutsomatik konstant tief; tiefer beispielsweise als in der Psychiatrie oder der Rehabilitation. Zur ökonomischen Ausrichtung gehört auch das Lohnsystem, welches in höheren Positionen verbreitet mit Leistungskomponenten angereichert ist. Dies sind in der Regel nicht Boni, die direkt an Soll-Vorgaben geknüpft sind. Etwa ein Drittel erhält solche Boni und sie machen in etwa 20 Prozent des Lohnes aus.

4.4 Entwicklung des ärztlichen Personalbestandes

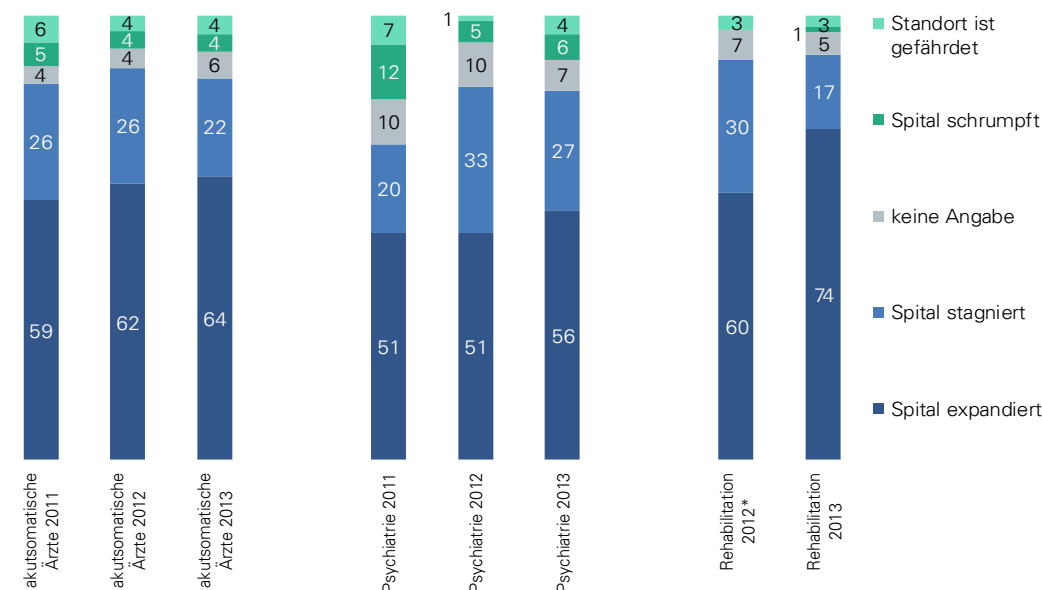
Die Positionierungs- und verbreiteten Sparbemühungen der Spitäler wirken sich aus der Perspektive der Spitalärzteschaft insgesamt eher so aus, dass praktisch nirgends die Spitäler kleiner werden. 64 Prozent der akutsomatischen Ärzteschaft erlebt ein expandierendes Spital, nur 22 Prozent ein stagnierendes. 4 Prozent sehen ihr Spital als schrumpfend und 4 Prozent geben an, der Standort sei gefährdet. Das sind weniger als noch 2011. Auch in der Psychiatrie und in der Rehabilitation geben Mehrheiten der Ärzteschaft an, ihr Spital wachse.

Grafik 63

Trend Entwicklung Spital

"Wie würden Sie die aktuelle Entwicklung Ihres gesamten Spitals charakterisieren?"

in % akutsomatische Ärzte / Psychiatrie / Rehabilitation



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

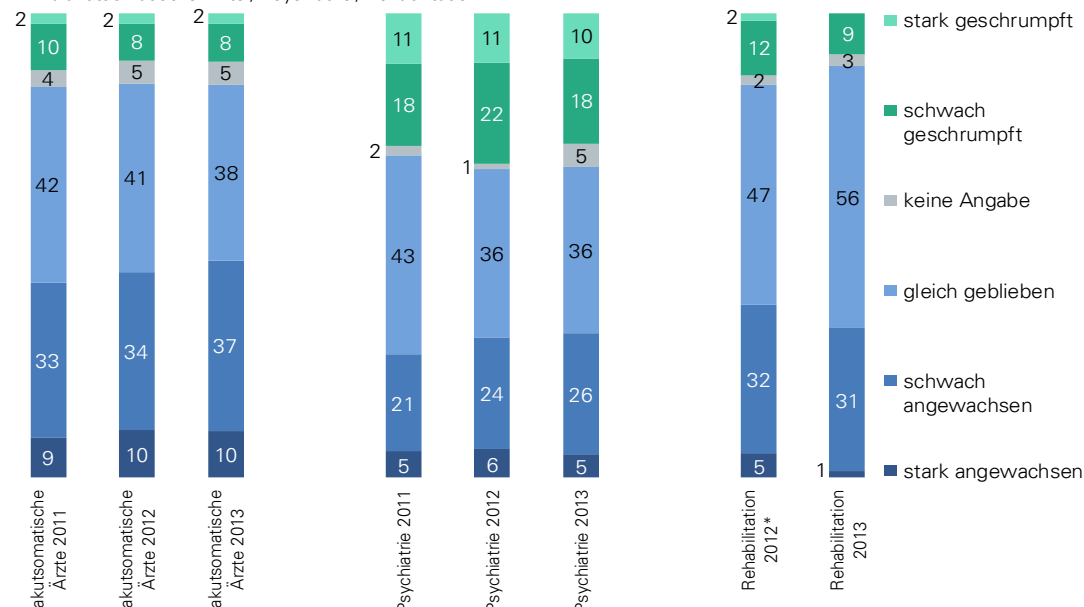
Es besteht zurzeit die Tendenz, den ärztlichen Personalbestand auszubauen, 10 Prozent der akutsomatischen Spitalärztinnen und -ärzte beobachten in der eige-

nen Abteilung eine stark wachsende ärztliche Personaldecke – gleichviele wie überhaupt eine Schrumpfung beobachten. Das ist in der Psychiatrie deutlich weniger der Fall, in der auch 28 Prozent angeben, der ärztliche Personalbestand sei schwach oder sogar stark geschrumpft.

Grafik 64

Trend Beurteilung Veränderung Personalbestand

"Wie hat sich der ärztliche Personalbestand Ihrer Abteilung im vergangenen Jahr verändert?"
in % akutsomatische Ärzte / Psychiatrie / Rehabilitation



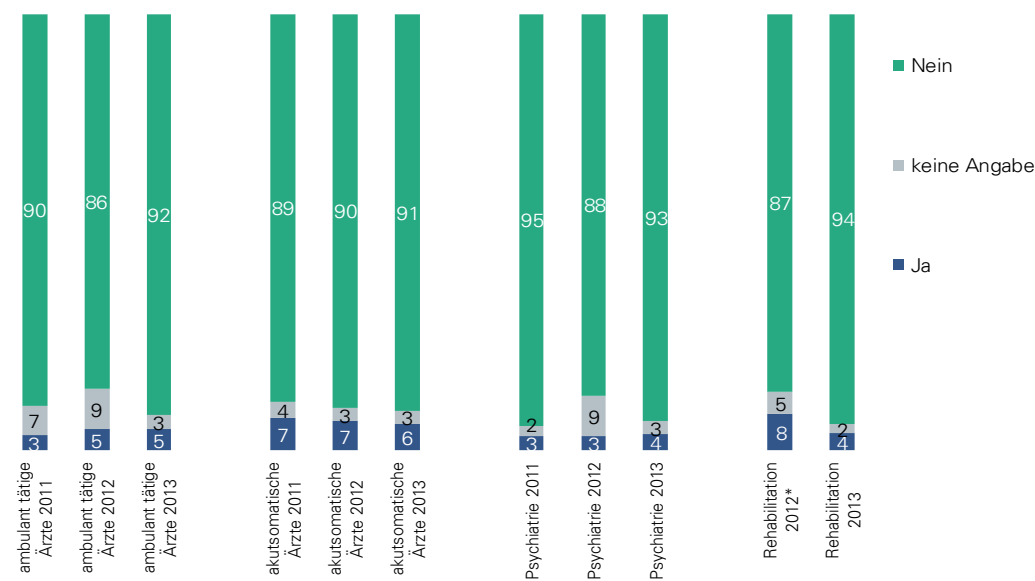
© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni - August 2013 (N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 1000 / N Psychiatrie jeweils ca. 120 / N Rehabilitation jeweils ca. 70), * 2011 und 2012 zusammen

Praktisch unverändert fürchten neun von zehn Spitalärztinnen und –ärzten nicht um ihren Arbeitsplatz.

Grafik 65

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

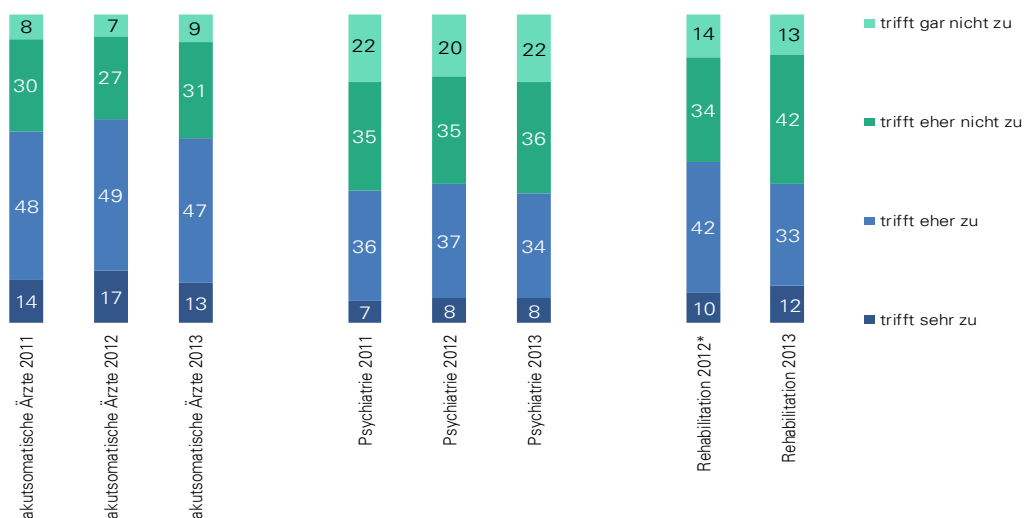
Etwas kritischer wird die Situation insgesamt beurteilt, wenn die Frage beantwortet wird, ob genügend Ärztinnen und Ärzte für eine optimale Behandlung im

Spital angestellt sind. Auf diese Frage antworten 40 Prozent in der Akutsomatik kritisch, was in etwa den Werten der letzten beiden Jahre entspricht. Eher zunehmend und deutlich verbreiteter urteilen die Ärztinnen und Ärzte in der Psychiatrie und der Rehabilitation kritisch. Beide geben mehrheitlich an, es bestehe ein Mangel an Ärztinnen und Ärzten, um ein optimale Behandlung zu gewährleisten.

Grafik 66

Trend Personalbestand: genügend Ärzte für optimale Behandlung in Spital

"Treffen die folgenden Aussagen zum ärztlichen Personalbestand in Ihren Augen auf Ihre Abteilung, Ihre Klinik respektive das Schweizer Gesundheitswesen zu? Wir haben genügend Ärzte, um in unserem Spital eine optimale Behandlung zu gewährleisten."
in % akutsomatische Ärzte / Psychiatrie / Rehabilitation



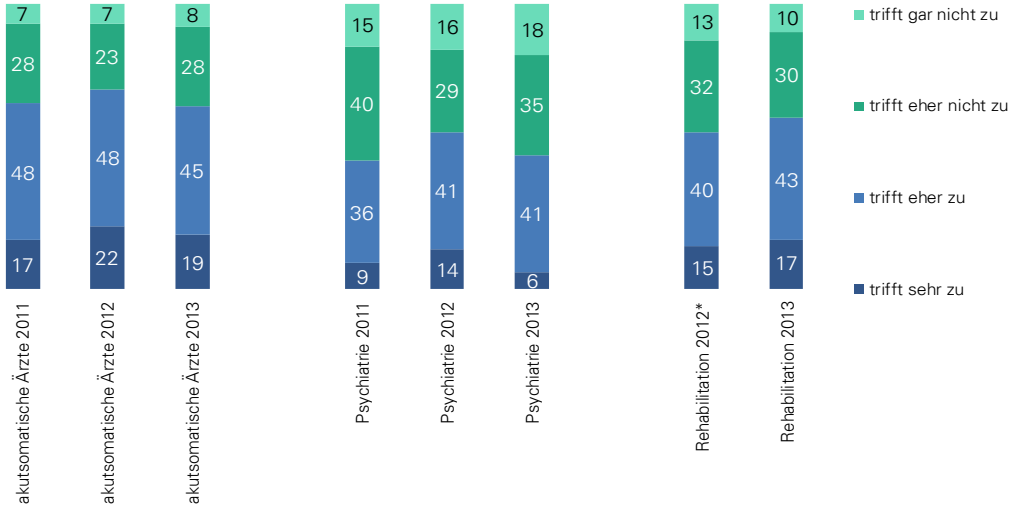
© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni - August 2013 (N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 1000 / N Psychiatrie jeweils ca. 120 / N Rehabilitation jeweils ca. 70), * 2011 und 2012 zusammen

Etwas besser ist die Situation offenbar noch, wenn die eigene Abteilung beurteilt werden muss. In der Akutsomatik sind 36 Prozent kritisch, in der Psychiatrie 53 Prozent und in der Rehabilitation 40 Prozent, was den ärztlichen Personalbestand betrifft.

Trend Personalbestand: genügend Ärzte für optimale Behandlung in Abteilung

"Treffen die folgenden Aussagen zum ärztlichen Personalbestand in Ihren Augen auf Ihre Abteilung, Ihre Klinik respektive das Schweizer Gesundheitswesen zu? Wir haben genügend Ärzte, um in unserer Abteilung eine optimale Behandlung zu gewährleisten."

in % akutsomatische Ärzte / Psychiatrie / Rehabilitation



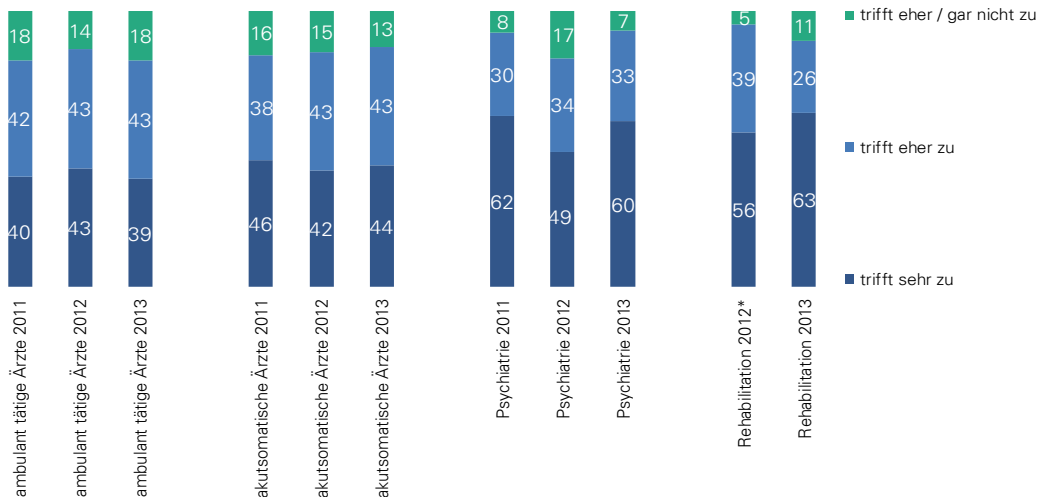
© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni - August 2013 (N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 1000 / N Psychiatrie jeweils ca. 120 / N Rehabilitation jeweils ca. 70), * 2011 und 2012 zusammen

Die Mehrheiten sind deutlich anders, wenn es darum geht, ob es in Zukunft genügend ärztliches Personal geben wird. Deutliche Mehrheiten gehen von einer schwierigeren Rekrutierungssituation in Zukunft aus.

Trend Personalbestand: in Zukunft schwieriger genügend Ärzte auszubilden / zu finden

"Treffen die folgenden Aussagen zum ärztlichen Personalbestand in Ihren Augen auf Ihre Abteilung, Ihre Klinik respektive das Schweizer Gesundheitswesen zu? Es wird in Zukunft schwieriger, genügend Ärzte für das Schweizer Gesundheitswesen auszubilden oder im Ausland zu finden."

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

4.4.1 Zwischenbilanz

Zwei Strategien werden von Spitalern relativ verbreitet eingesetzt, um den Änderungen rund um Abrechnung und Finanzierung zu begegnen:

1. Sparsbemühungen, von denen die Ärzteschaft selber eher wenig betroffen sind, weil nicht ärztliche Stellen gestrichen werden.
2. Positionierungsbemühungen mit Spezialisierungen in deren Zentrum ebenfalls die ärztliche Leistung steht. Meistens sind damit auch Expansionsstrategien angesprochen. Diese Prozesse werden in der Regel von der Ärzteschaft auch relativ positiv beurteilt.

Insgesamt fürchten bisher die wenigsten Ärztinnen und Ärzte um ihre Stelle und unter den neuen Bedingungen wurden in der Regel auch ärztliche Stellen aufgebaut. Würde der Spardruck soweit gehen, dass verbreitet ärztliche Stellen in der Akutsomatik verloren gingen, wären gravierende Effekte auf die Motivation und die Versorgung zu erwarten.

4.5 Zeitaufwand administrativ vs. medizinisch

Mehr oder weniger parallel zum Verlauf des Stresses als meist verbreitete Beschwerde der Ärzteschaft verlaufen die mittleren Überstunden, welche die Ärzteschaft leistet. In der Akutsomatik ist das mit 8.1 Überstunden pro Woche deutlich mehr als im Vorjahr und auch deutlich mehr als in den anderen Gruppen. In der ambulant tätigen Ärzteschaft ist der Anstieg auf 6.3 Stunden moderat auf das Niveau von 2011 gelangt, in der Rehabilitation sind die durchschnittlichen Überstunden auf 5.7 gesunken.

Grafik 69

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

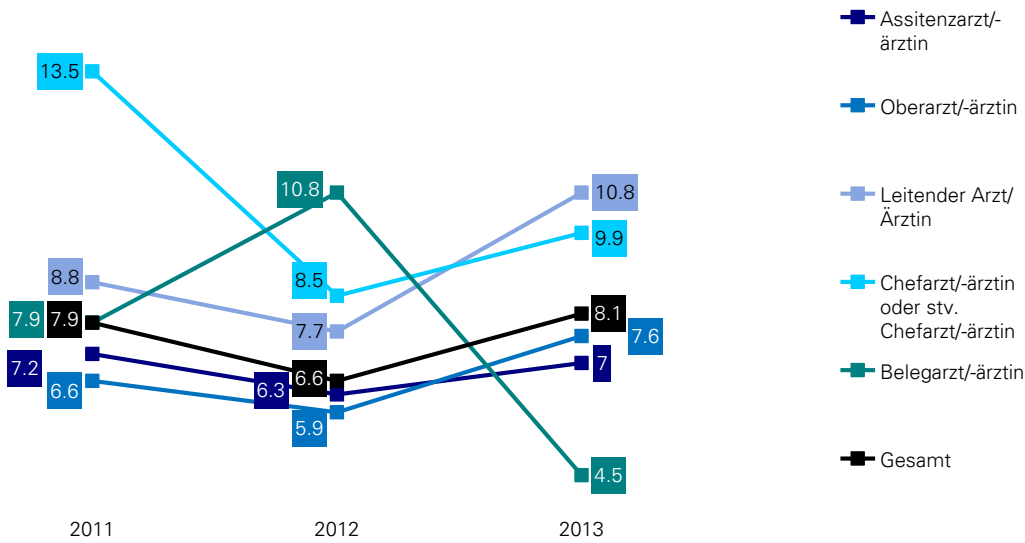
Je nach Position sind die Trends etwas unterschiedlich, am meisten Überstunden leistete 2013 die leitende Ärzteschaft etwas vor den Chefärztinnen und –ärzten. Die tieferen Positionen leisteten in der Vorwoche der Befragung gemäss den eigenen Angaben im Mittel 7 Überstunden (Assistenzärzteschaft), respektive 7.6 Stunden (Oberärzteschaft).

Grafik 70

Trend Vergleich Anzahl Überstunden vergangene Arbeitswoche nach Position: akutsomatische Ärzte

"Wie viele Überstunden haben Sie letzte Woche insgesamt geleistet?"

in Mittelwerten akutsomatische Ärzte



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

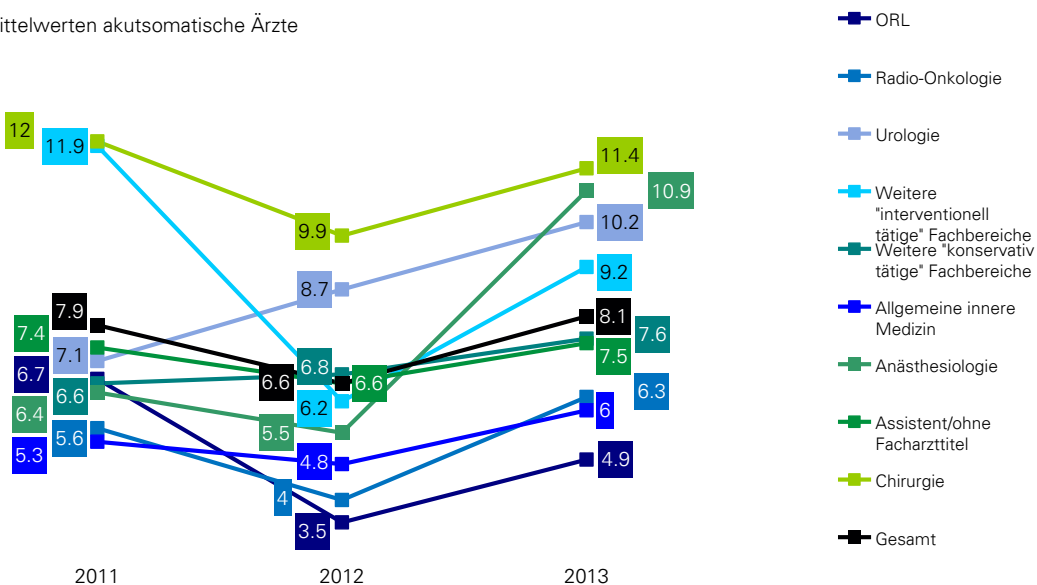
Die Zahlen schwanken etwas stärker je nach Fachgruppe, wobei hier die tiefen Fallzahlen mitursächlich sind. Viel Überstunden werden in der Chirurgie und neu auch in der Anästhesiologie und der Urologie sowie in der Gruppe der weiteren interventionell tätigen Ärzteschaft geleistet. Die anderen Gruppen leisten im Mittel etwas weniger Überstunden. Bei allen Fachgruppen nahmen im Vergleich zum Vorjahr die Überstunden zu.

Grafik 71

Trend Vergleich Anzahl Überstunden vergangene Arbeitswoche nach Fachgruppe: akutsomatische Ärzte

"Wie viele Überstunden haben Sie letzte Woche insgesamt geleistet?"

in Mittelwerten akutsomatische Ärzte



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

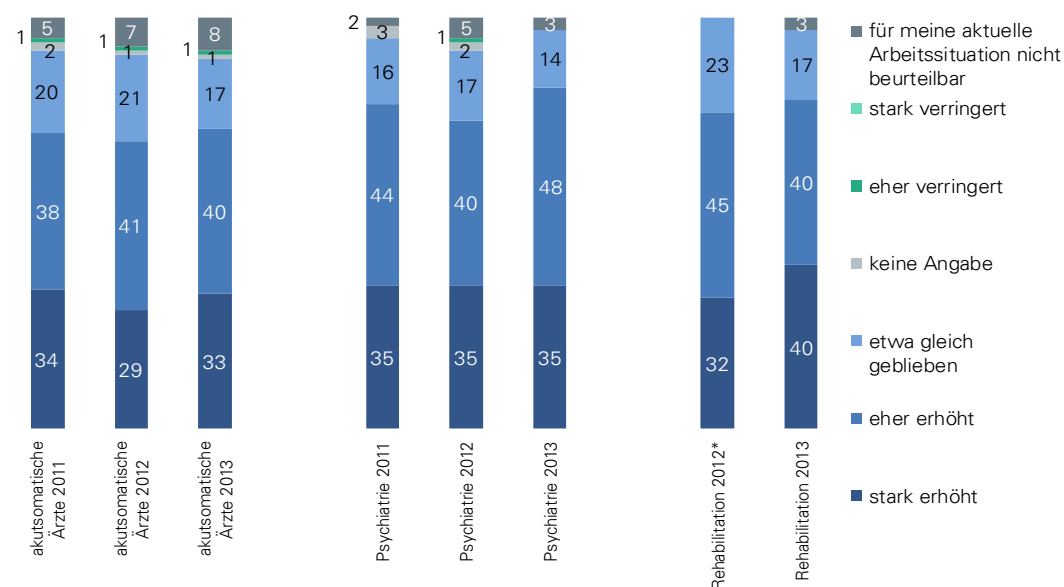
An sich beurteilt eine klare Mehrheit, dass der Aufwand für Dokumentationsarbeit für Abrechnungszwecke zugenommen hat. Nun ist es in der Akutsomatik nochmals etwas mehr als im Vorjahr. Auch in der Psychiatrie und der Rehabilitation nimmt die kritische Sicht auf die Veränderung bei der Dokumentationsarbeit nochmals auf hohem Niveau zu.

Grafik 72

Trend Beurteilung Aufwand Dokumentationsarbeit

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

in % akutsomatische Ärzte / Psychiatrie / Rehabilitation



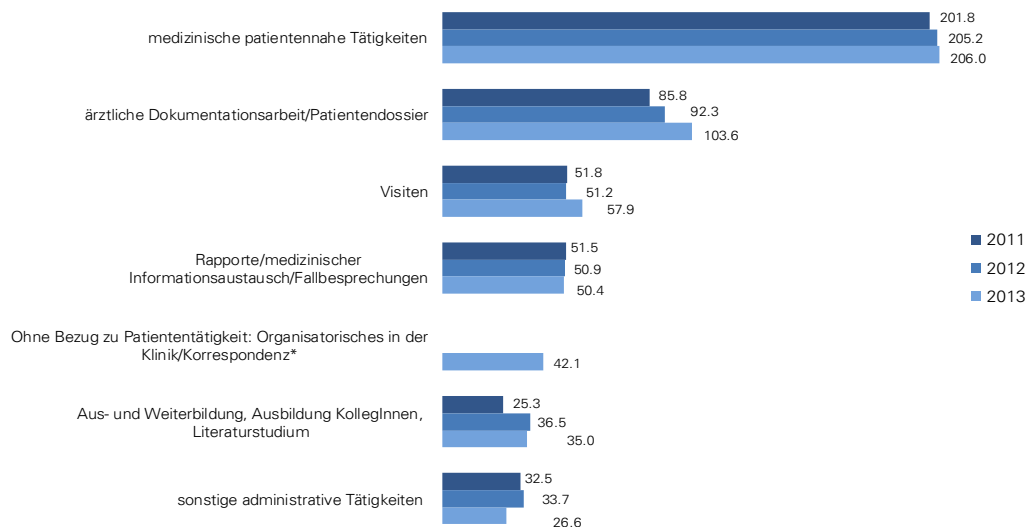
© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni - August 2013 (N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 1000 / N Psychiatrie jeweils ca. 120 / N Rehabilitation jeweils ca. 70), * 2011 und 2012 zusammen

Ein zentrales Element für die möglichst realitätsnahe Einschätzung möglicher indirekter DRG-Effekte betrifft den Zeitaufwand für verschiedene Tätigkeiten. Positiv aus PatientInnen-sicht ist die hohe Konstanz der direkten medizinischen Tätigkeit mit den PatientInnen, die durchschnittlich praktisch auf die Minute konstant etwas mehr als 200 Minuten ausmacht. Die Zeit, die man auf Visiten verbringt, hat tendenziell auch eher zugenommen. Deutlich zugenommen haben die Minuten, welche man mit ärztlicher Dokumentationsarbeit respektive dem Patientendossier verbringt.

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."

in Mittelwerten akutsomatische Ärzte, in Minuten / Arbeitstag



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

Für die Rückfolgerungen auf die gesamten Effekte der Veränderungen sind Prozentangaben auf einen 100-Prozent-Arbeitstag etwas präziser⁶. Hier wird rasch erkennbar, dass prozentual die Zeit mit PatientInnen geringer wird – letztlich auf Kosten der Überzeit, die zunimmt. Die Dossierarbeit nimmt prozentual im Trend leicht zu. Die Wahrnehmung einer zunehmenden Administrativlast, die seit 2011 verbreitet existiert, stimmt tatsächlich. Sie äussert sich aber auch anhand organisatorischer Aufgaben und Korrespondenz, die nicht patientenbezogen sind. Hier besteht allenfalls eine Kompensationsmöglichkeit zur Entlastung der Ärzteschaft ausserhalb der steigenden Anforderungen an die Dokumentationsarbeit.

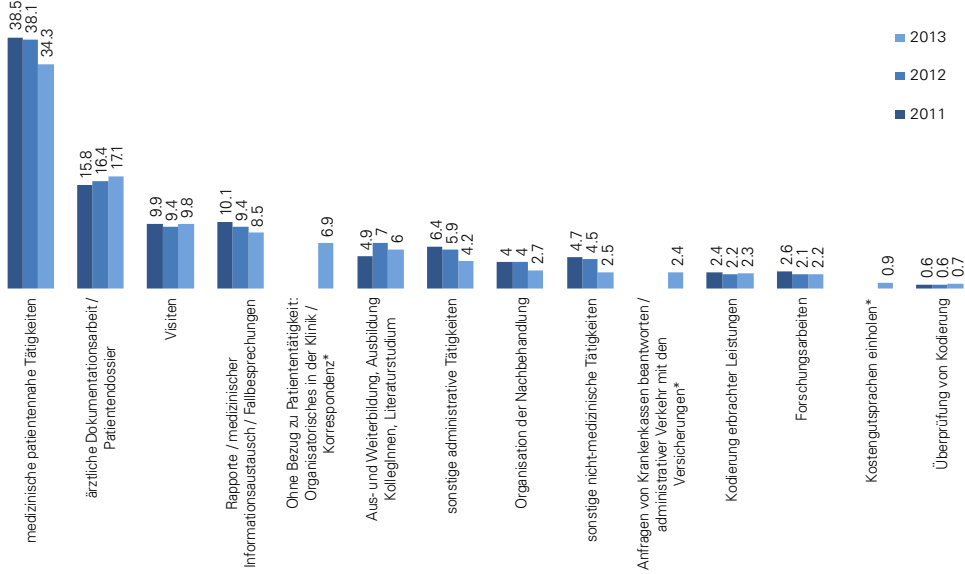
Neu haben wir konkret nach Anfragen von Krankenkassen gefragt, sie machen mit 2.4 Prozent mehr aus als die Kodierungsarbeit oder deren Überprüfung. Eine Trendaussage ist zurzeit nicht möglich. Beide direkt codierungsbezogenen Arbeiten haben letztlich erwartungsgemäss nicht zugenommen, da sie in aller Regel von CodiererInnen geleistet wird.

⁶ Um das Verhältnis der angewendet 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



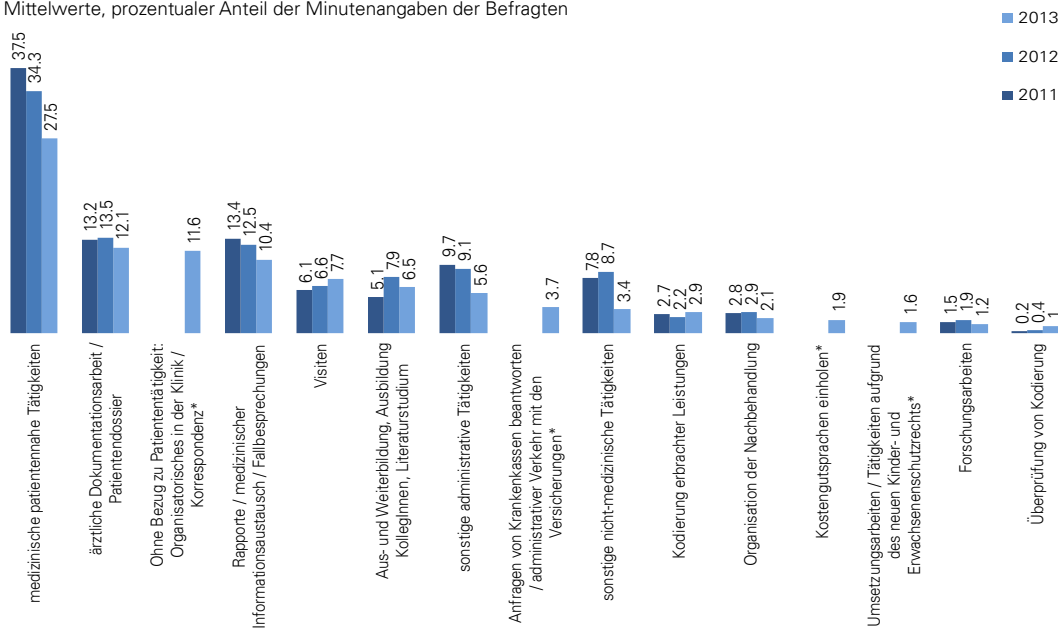
© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni - August 2013 (N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 1000)
* 2013 das erste mal befragt

In der Psychiatrie wird tendenziell weniger Zeit mit den PatientInnen verbracht, in ihrem Fall hat auch die Minutenzahl abgenommen. Neu ist der Anteil markant kleiner als in der Akutsomatik. Die organisatorischen Fragen in der Klinik und die Korrespondenz machen hier einen deutlichen Anteil aus. Die Arbeit am Patientendossier hat zwischen 2011 und 2013 nicht markant zugenommen. In der Psychiatrie wird anteilmässig mehr Zeit mit Nachfragen von Krankenkassen verbraucht als in der Akutsomatik und auch das Einholen von Kostengutsprachen braucht mehr Zeit.

Trend Zeitaufwand für verschiedene Tätigkeiten: Psychiatrie

"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 Psychiatrie jeweils ca. 120)
* 2013 das erste mal befragt

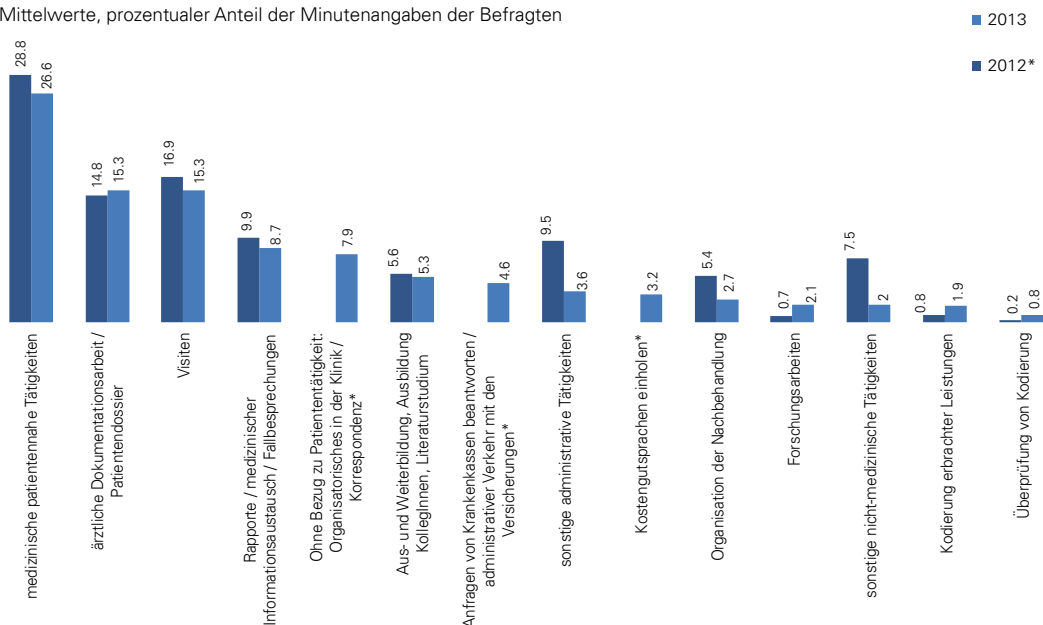
Auch in der Reha nimmt der Anteil, der mit den PatientInnen verbracht wird ab – er machte bereits vorher deutlich weniger aus als in der Akutsumatik. Die Zeit, die mit Nachfragen der Krankenkassen und mit dem Einholen von Kostengutsprachen verbracht wird macht einen höheren Anteil aus als in der Akutsumatik.

Grafik 76

Trend Zeitaufwand für verschiedene Tätigkeiten: Rehabilitation

"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 Rehabilitation jeweils ca. 70)
* 2013 das erste mal befragt

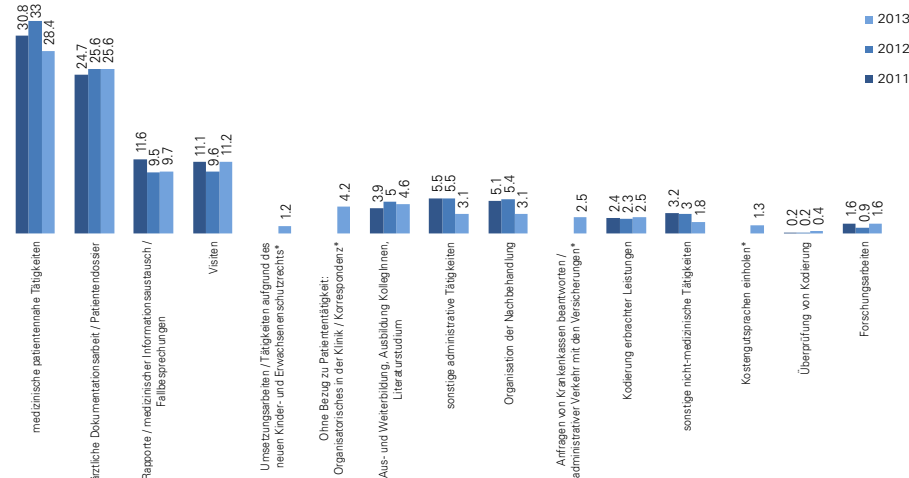
Im Trend steigt auch der administrative Aufwand bei der Assistenzärzteschaft ebenfalls zulasten des Zeitanteils, der direkt mit den PatientInnen verbracht wird. Eine einseitige Verlagerung administrativer Tätigkeiten auf die Assistenzärzteschaft wie sie in der Begleituntersuchung von Deutschland erkannt wurde, lässt sich nicht erkennen.

Grafik 77

Trend Zeitaufwand für verschiedene Tätigkeiten: Assistenzarzt/-ärztin

"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 Assistenzärzte jeweils ca. 320)
*2013 das erste mal befragt

4.5.1 Zwischenbilanz

Innert drei Jahren hat der Aufwand für das Patientendossier und Dokumentationsarbeit um 20 Minuten in einer normalen Arbeitswoche zugenommen. Die administrative Arbeit der Ärzteschaft in den akutsomatischen Spitälern nimmt zu. Das ist subjektiv bereits seit Anfang der Studienreihe für die meisten Ärztinnen und Ärzte klar und ist auch Quell von Ärger. Es ist durchaus denkbar, dass die aktuelle Zunahme eine direkte Folge der gestiegenen Anforderungen an die Dossierarbeit, die für die CodiererInnen aber auch für die weiteren Controlling-Prozesse im Rahmen von SwissDRG wesentlich sind. Bisher verläuft diese Steigerung nicht zulasten der Patientinnen und Patienten, im Schnitt verbringt die Ärzteschaft praktisch gleichviel Zeit wie vorher mit ihnen. Letztlich hat mit den gestiegenen Dokumentationsanforderungen einfach die an sich hohe Zahl an Überstunden nochmals zugenommen. Dies hat sich zwar bisher noch nicht direkt auf die Arbeitszufriedenheit ausgewirkt, der Trend muss aber ernst genommen werden. Möglicherweise gibt es Punkte in administrativen Fragen, bei denen die Ärzteschaft einfacher entlastet werden könnte als bei der Führung des Patientendossiers. Relativ viel Zeit wird in administrative Aufgaben investiert, die nicht direkt mit der PatientInnenarbeit in Verbindung stehen.

4.6 Fallpauschalen: Begleiteffekte und Haltungen

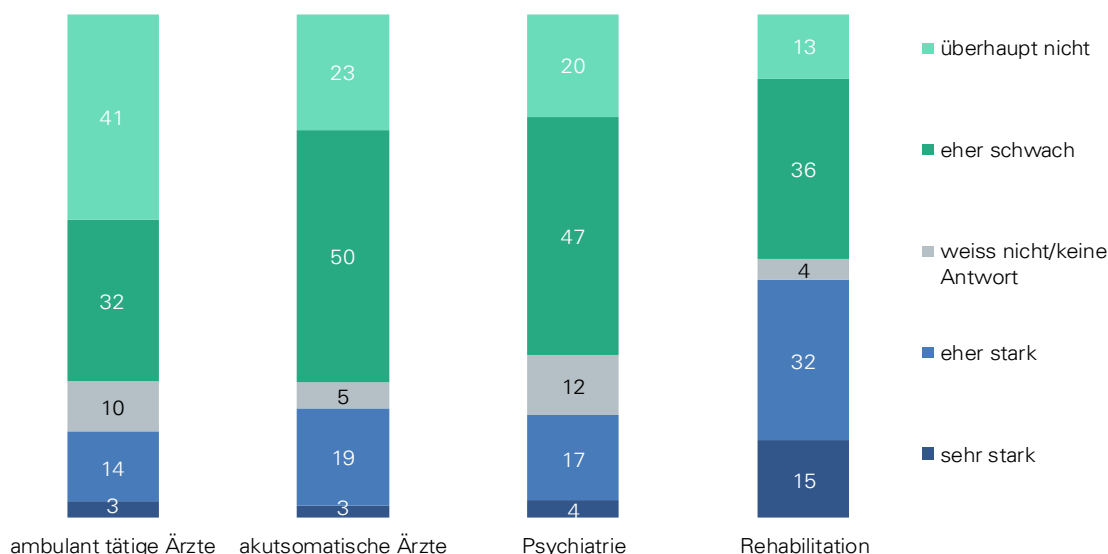
Die Ärzteschaft in der Rehabilitation fühlt sich deutlich stärker durch die Arbeit mit dem aktuellen Tarifsystem beeinflusst als die Ärzteschaften in der Psychiatrie, der Akutsomatik oder die ambulant tätige Ärzteschaft. Erwartungsgemäss gelang es den Akutspitälern bisher, die direkt auf SwissDRG bezogenen Arbeiten eigenständig zu lösen. Wie stark die verzögerten Rechnungsstellungen, die provisorischen Baserates und damit verbunden die späteren Nachfragen seitens der Krankenkassen dazu beitragen, kann noch nicht abschliessend bestimmt werden.

Grafik 78

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.

Zu vier verschiedenen speziellen Umständen, die mit SwissDRG mittelbar oder unmittelbar in Beziehung standen, fragten wir nach der exakten Häufigkeit innerhalb der letzten 30 Tage innerhalb des eigenen, überblickbaren Arbeitsbereichs. Diese Fragestellung versucht auf Basis einer Umfrage möglichst nahe und alltagsnah den ärztlichen Alltag abzubilden. Die Resultate erweisen sich in relativ hohem Masse als stabil, weshalb wir hier von einer validen Aussage über reale mögliche Problembereiche ausgehen.

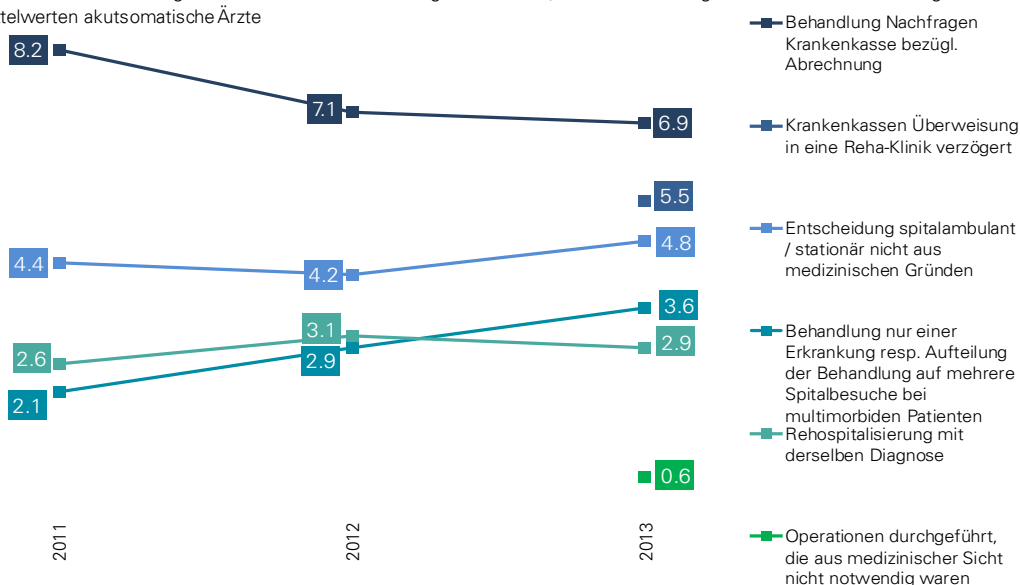
Am ehesten noch wird zusätzlicher Aufwand für die Behandlung von Nachfragen der Krankenkassen zu Abrechnungen angegeben. Das kam bei Ärztinnen und Ärzten in akutsomatischen Spitälern im Mittel etwas weniger als siebenmal innerhalb eines Monats vor. Solche Nachfragen haben im Mittel gegenüber dem Vorjahr minimal nachgelassen. Die genaue Ursache dieses Rückgangs muss offen gelassen werden. Neben der verstärkten Erledigung direkt in der Administration, könnte auch die späte Rechnungsstellung unter SwissDRG eine Ursache sein. Einen noch deutlicher rückläufigen Trend beobachten wir allerdings auch dort, wo noch kein SwissDRG gilt.

Andere Vorkommnisse kommen pro Monat offenbar relativ selten vor. Relativ konstant werden Entscheidungen spitalambulant/stationär aus nicht-medizinischen Gründen gefällt. Weiterhin etwa dreimal werden pro Monat Rehospitalisierungen aufgrund der gleichen Diagnose beobachtet. Zwar eher selten, aber konstant zunehmend ist die Aufteilung der Behandlung auf mehrere Spitalbesuche bei multimorbiden PatientInnen. In diesem Punkt wurde eine kritische Entwicklung 2011 befürchtet, da damals in Spitälern mit Fallpauschalen (in der Regel APDRG) diese Tendenz schon vorhanden war. Unter SwissDRG scheint dies nun tatsächlich auf bisher eher tiefem Niveau zuzunehmen. Weniger als einmal im Mittel der gültigen Angaben wird beobachtet, dass Operationen durchgeführt werden, die aus medizinischer Sicht nicht notwendig sind. Dieses Vorkommnis wurde 2013 erstmals befragt. Relativ oft werden offenbar Überweisungen in die Reha-Klinik verzögert. Im eigenen Arbeitsumfeld wurde dies im Mittel 5.5 mal beobachtet.

Grafik 79

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)

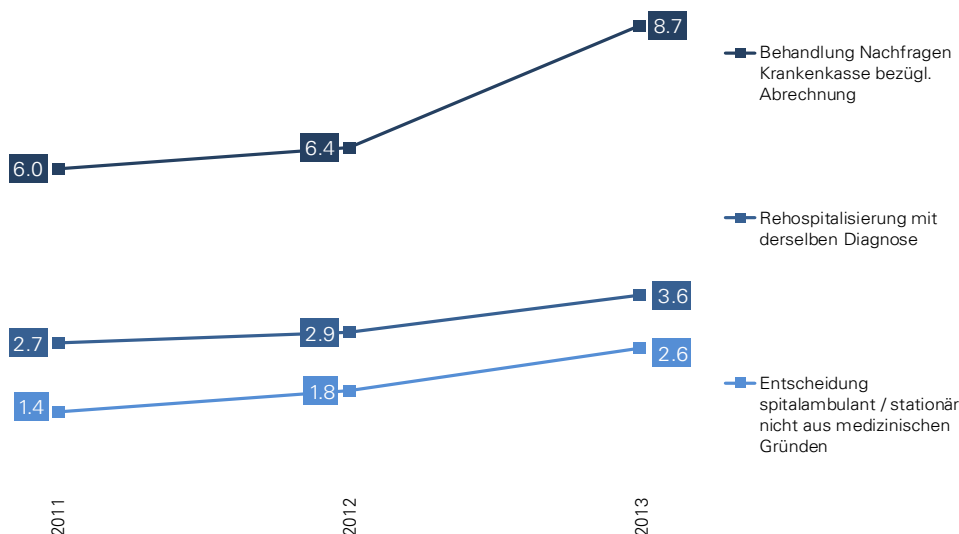
Nachfragen von Krankenkassen sind zurzeit in der Psychiatrie noch unter dem etablierten Abrechnungssystem häufiger. Rehospitalisierungen und Entschei-

dungen über spitalambulant oder stationär kommen vergleichsweise seltener vor, beide Vorkommnisse nehmen aber tendenziell zu.

Grafik 80

Trend Spezielle Umstände: Psychiatrie

"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 Psychiatrie



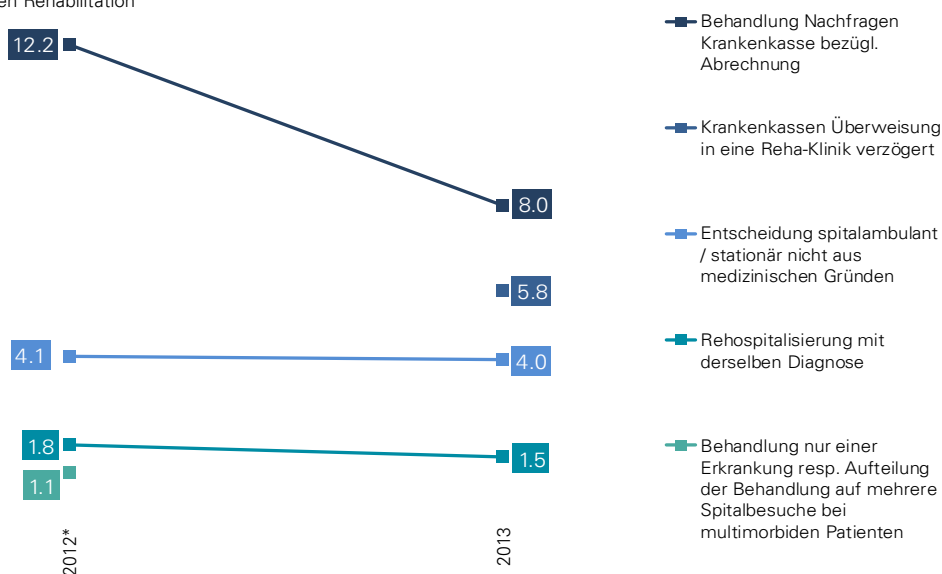
© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni - August 2013 (N Psychiatrie jeweils ca. 120)

Auch die Rehabilitation beobachtet relativ häufig verzögerte Überweisungen. Nachfragen von Krankenkassen unter dem bestehenden Tarifsysteem sind ebenfalls verbreitet, kommen aber etwas weniger als noch 2012 vor. Entscheidungen über den Behandlungsweg aus nicht medizinischen Gründen kommen im eigenen Arbeitsbereich konstant im Mittel viermal vor. Aufteilungen von Behandlungen bei Multimorbidität ist in der Reha ein weniger verbreitetes Phänomen.

Grafik 81

Trend Spezielle Umstände: Rehabilitation

"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 Rehabilitation



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

Die Entscheidung spitalambulant/stationär aus nicht medizinischen Gründen ist in über der Hälfte der Fälle in akutsomatischen Spitälern im Sinne der PatientInnen erfolgt. Das Problem ist in der Psychiatrie und Rehabilitation deutlich grösser und diese Entscheidungen werden verbreitet nicht im Sinne der PatientInnen gefällt.

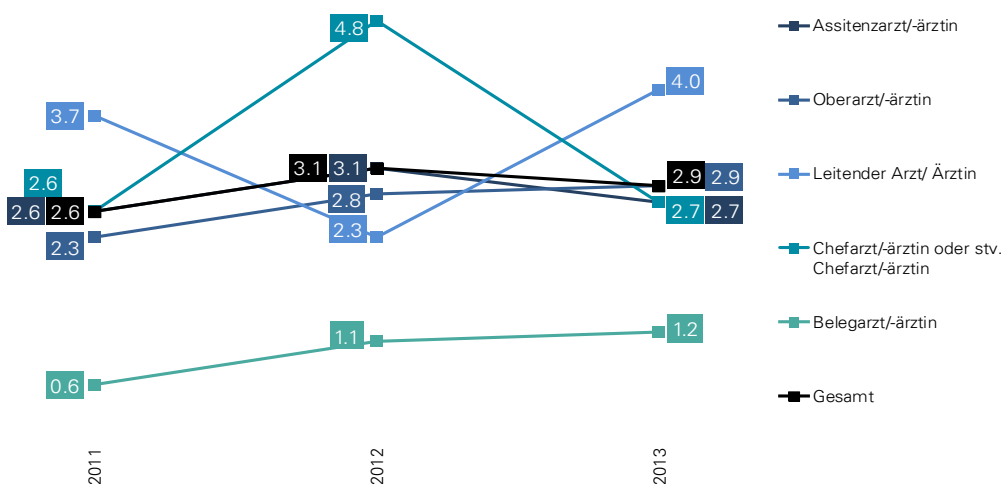
Auch aufgrund der tiefen Fallzahlen sind die speziellen Umstände nach Position unterschiedlich. Rehospitalisierungen beobachtet die Belegärzteschaft weniger als beispielsweise leitende Ärztinnen und Ärzte.

Grafik 82

Trend Spezielle Umstände nach Position (1): 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..."

Rehospitalisierung mit derselben Diagnose
 in Mittelwerten akutsomatische Ärzte



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

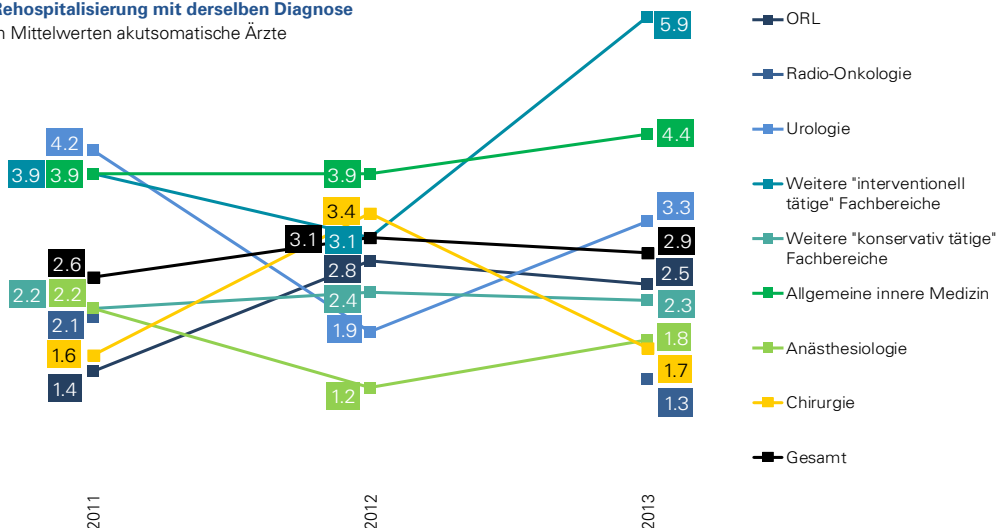
Verschiedene interventionell tätige Fachbereiche beobachten am ehesten solche Rehospitalisierungen aufgrund derselben Diagnose, die Radio-Onkologie am wenigsten. Noch lasen sich daraus keine eigentlichen Problembereiche erkennen.

Grafik 83

Trend Spezielle Umstände nach Fachgruppe (1): 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..."

Rehospitalisierung mit derselben Diagnose
 in Mittelwerten akutsomatische Ärzte



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

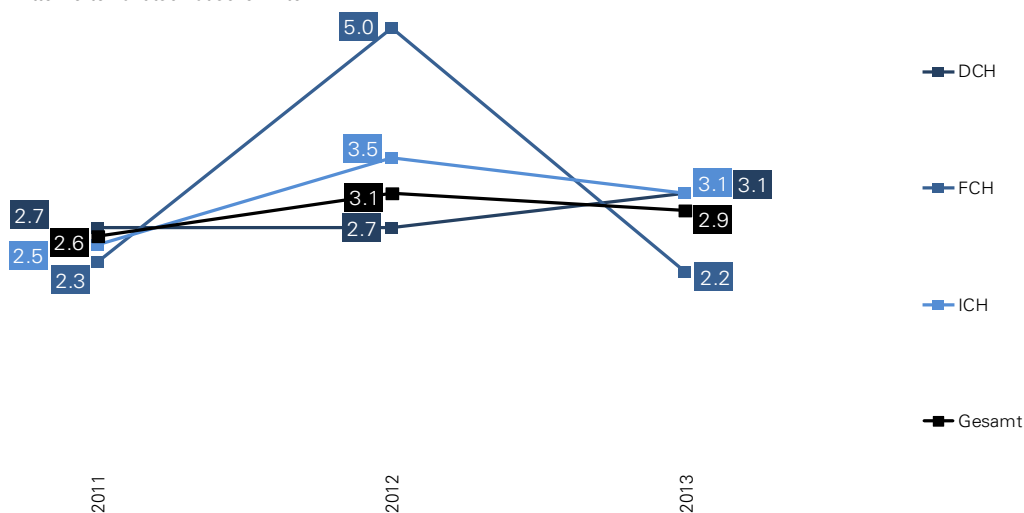
Unter französischsprachigen Befragten nahmen die Beobachtungen von Rehospitalisierungen 2012 relativ deutlich zu, dies hat sich 2013 aber nicht weiter fortgesetzt.

Grafik 84

Trend Spezielle Umstände nach Sprache (1): 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..."

Rehospitalisierung mit derselben Diagnose
 in Mittelwerten akutsomatische Ärzte



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

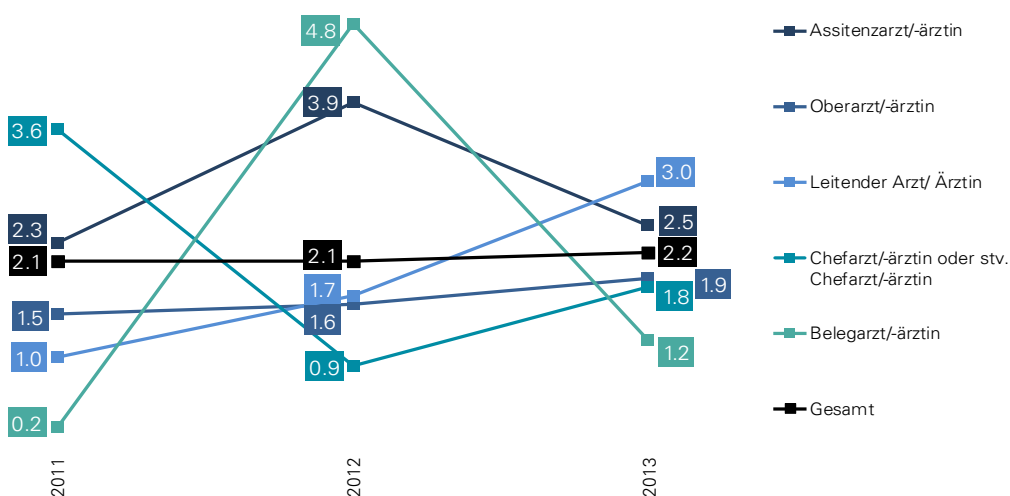
Auch wenn es bei multimorbiden PatientInnen um die Aufteilung der Behandlung auf mehrere Spitalbesuche geht, beobachtet die leitende Ärzteschaft mittlerweile am häufigsten solche Vorkommnisse und in dieser Gruppe nehmen Beobachtungen seit 2011 auch kontinuierlich, wenn auch nicht dramatisch, zu. Bei den übrigen Positionen sind die Trends uneinheitlich.

Grafik 85

Trend Spezielle Umstände nach Position (2): 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..."

Behandlung nur einer Erkrankung resp. Aufteilung der Behandlung auf mehrere Spitalbesuche bei multimorbiden Patienten
 in Mittelwerten akutsomatische Ärzte



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

Zurzeit kommen solche Aufteilungen am ehesten in der allgemeinen inneren Medizin vor, wobei hier auch ein steigender Trend befürchtet werden muss.

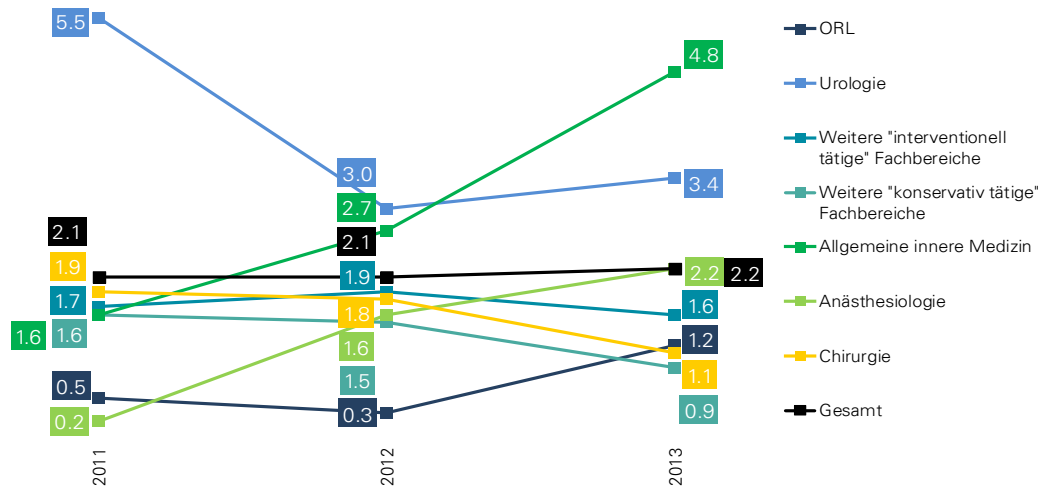
Grafik 86

Trend Spezielle Umstände nach Fachgruppe (2): 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..."

Behandlung nur einer Erkrankung resp. Aufteilung der Behandlung auf mehrere Spitalbesuche bei multimorbiden Patienten

in Mittelwerten akutsomatische Ärzte



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

Die sprachregionalen Unterschiede haben sich auch bei solchen Vorkommnissen aber reduziert.

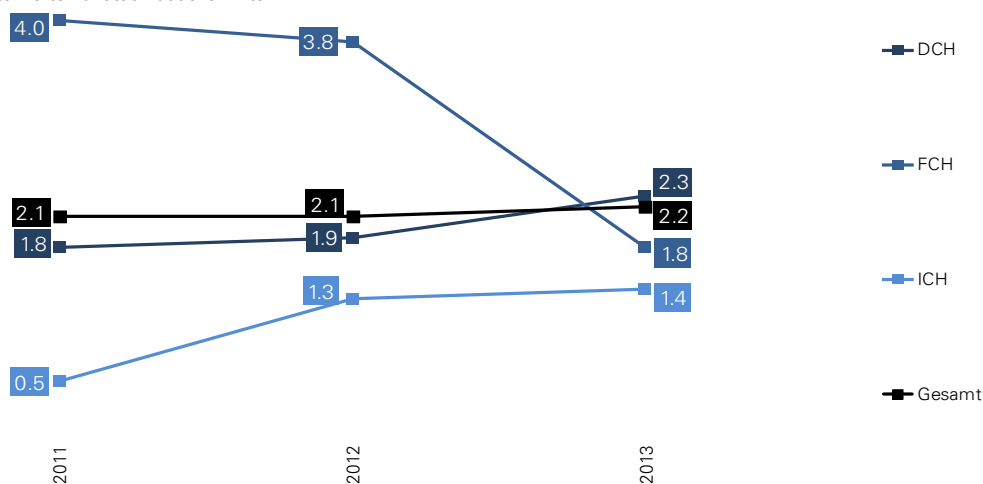
Grafik 87

Trend Spezielle Umstände nach Sprache (2): 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..."

Behandlung nur einer Erkrankung resp. Aufteilung der Behandlung auf mehrere Spitalbesuche bei multimorbiden Patienten

in Mittelwerten akutsomatische Ärzte



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

Enger zusammen als bei anderen Vorkommnissen sind die Werte je nach Hierarchie in Akutspitalern, wenn es um Nachfragen der Krankenkassen geht. Weniger betroffen als im Vorjahr ist davon die leitende Ärzteschaft, während Nachfragen bei der Chefärzteschaft zwischenzeitlich am häufigsten und im Mittel etwa zehnmal pro Monat vorkommen. Zugenommen haben sie auch bei Ober-

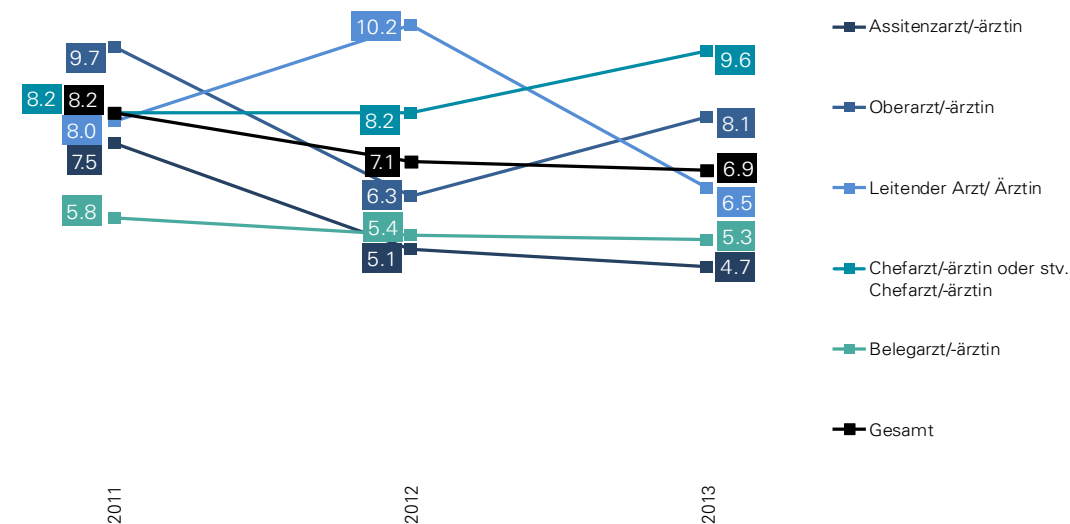
ärztinnen und –ärzten. Am wenigsten davon betroffen ist die Assistenzärzteschaft.

Grafik 88

Trend Spezielle Umstände nach Position (3): 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..."

Behandlung Nachfragen Krankenkasse bezüglich Abrechnung
 in Mittelwerten akutsomatische Ärzte



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

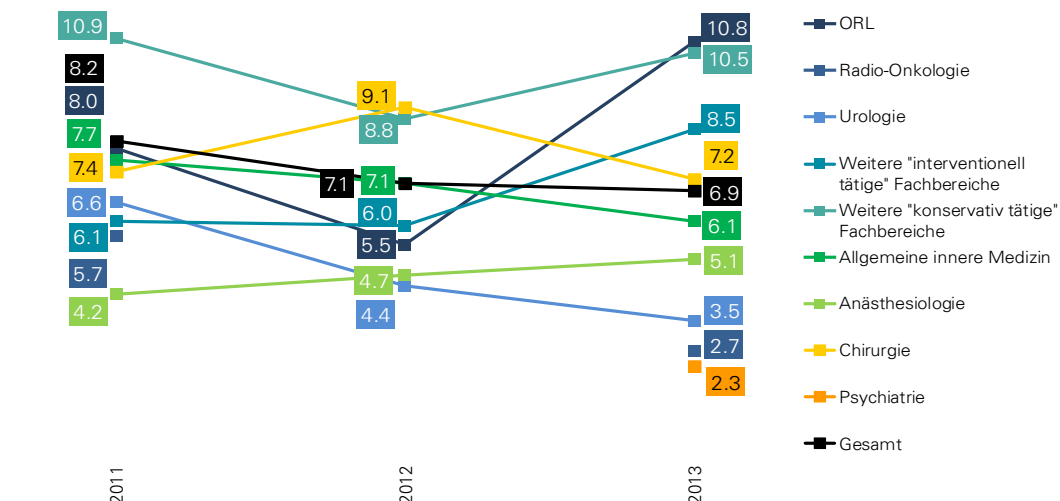
Die Entwicklungen in den verschiedenen Fachrichtungen sind uneinheitlich. Offenbar kommen Nachfragen in der ORL und in weiteren konservativ tätigen Fachbereichen zurzeit am häufigsten vor.

Grafik 89

Trend Spezielle Umstände nach Fachgruppe (3): 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..."

Behandlung Nachfragen Krankenkasse bezüglich Abrechnung
 in Mittelwerten akutsomatische Ärzte



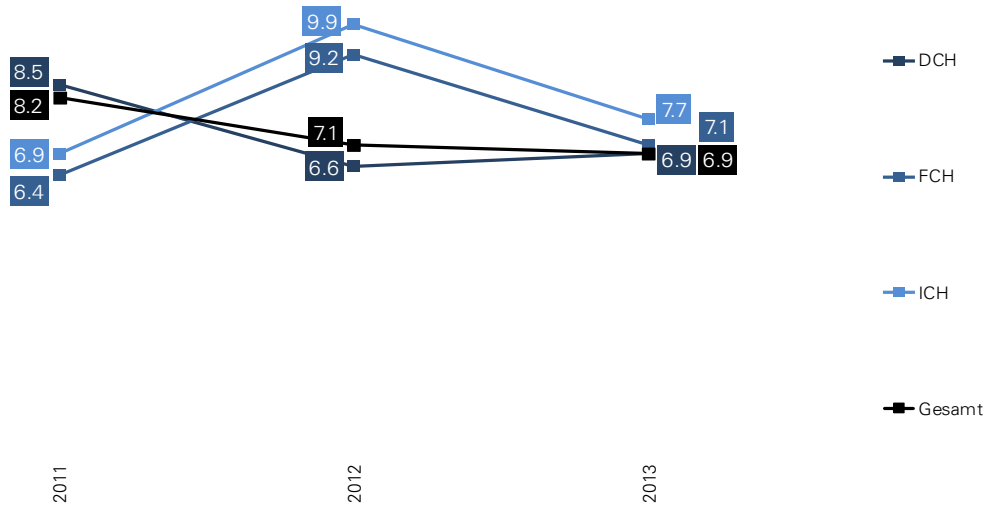
© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni - August 2013 (N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 1000)

Es gibt zurzeit kaum Unterschiede bei den beobachteten Nachfragen von Krankenkassen in den drei Sprachregionen.

Trend Spezielle Umstände nach Sprache (3): 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..."

Behandlung Nachfragen Krankenkasse bezüglich Abrechnung
 in Mittelwerten akutsomatische Ärzte



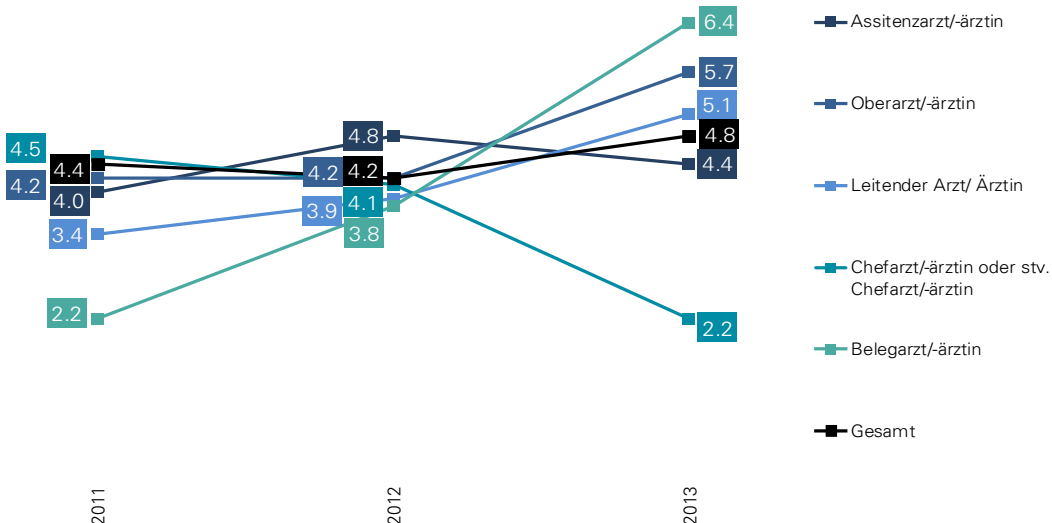
© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni - August 2013 (N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 1000)

Die Entscheidung spitalambulant stationär fällt die Belegärzteschaft relativ häufig aufgrund nicht medizinischen Gründen und hier nimmt sie zu. Ebenfalls zunehmend beobachten die leitende Ärzteschaft und die Oberärzteschaft solche Vorkommnisse. Weniger direkt in diese Entscheidungen involviert scheint die Ebene der Chefärztinnen und -ärzten.

Trend Spezielle Umstände nach Position (4): 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..."

Entscheidung spitalambulant / stationär nicht aus medizinischen Gründen
 in Mittelwerten akutsomatische Ärzte



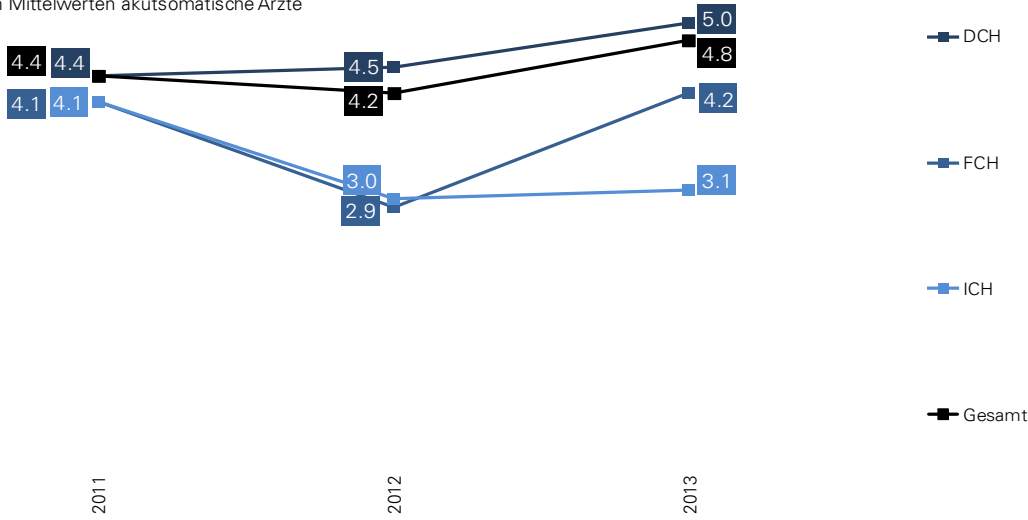
© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni - August 2013 (N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 1000)

Erneut präsentieren sich die Unterschiede nach Sprachregion weniger deutlich als beispielweise nach der Position im Spital.

Trend Spezielle Umstände nach Sprache (4): 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..."

Entscheidung spitalambulant / stationär nicht aus medizinischen Gründen
 in Mittelwerten akutsomatische Ärzte



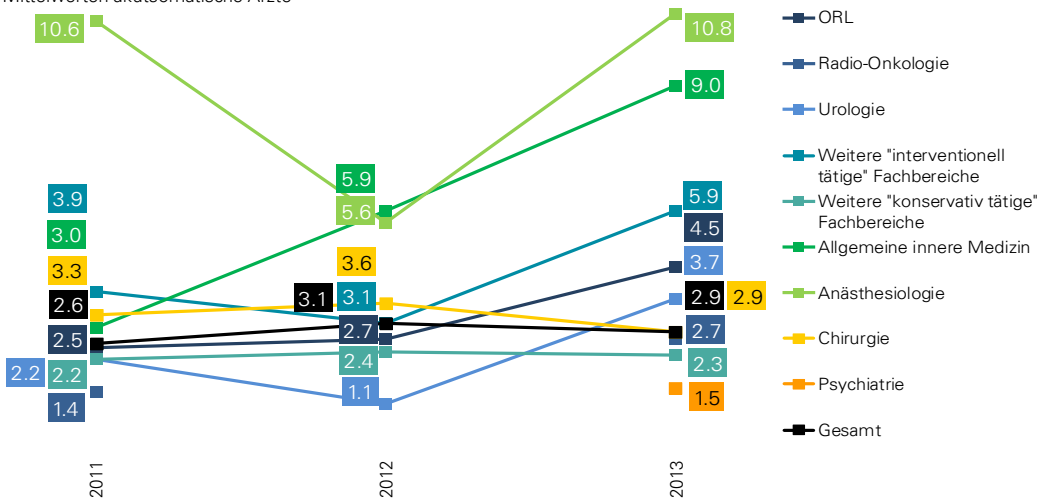
© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni - August 2013 (N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 1000)

In der inneren Medizin haben solche Entscheidungen aus nicht-medizinischen Gründen offenbar in den letzten zwei Jahren massiv zugenommen. Sie kommen aber noch etwas häufiger in der Anästhesiologie vor, wobei hier der Trend nicht eindeutig ist.

Trend Spezielle Umstände nach Fachgruppe (4): 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..."

Entscheidung spitalambulant / stationär nicht aus medizinischen Gründen
 in Mittelwerten akutsomatische Ärzte



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

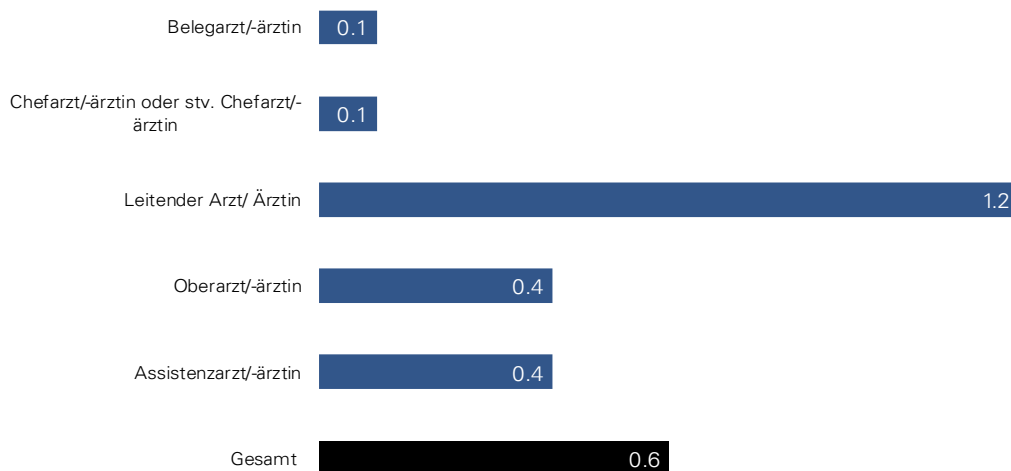
Die einzige Hierarchiestufe, welche im Mittel mehr als eine Operation beobachtet, die aus medizinischen Gründen nicht notwendig war, ist die leitende Ärzteschaft.

Spezielle Umstände nach Position (5): 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..."

Operationen durchgeführt, die aus medizinischen Gründen nicht notwendig waren

in Mittelwerten akutsomatische Ärzte



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

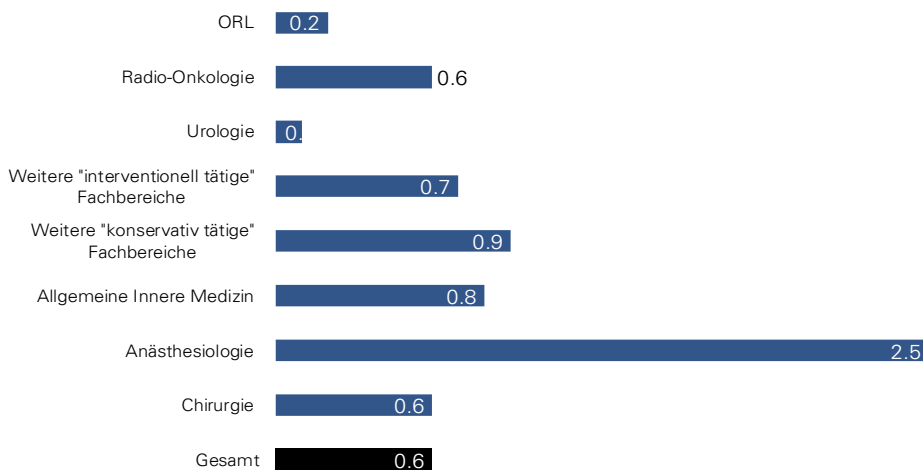
Nach Fachbereich beobachtet die Anästhesiologie am ehesten solche Fälle.

Spezielle Umstände nach Fachrichtung (5): 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..."

Operationen durchgeführt, die aus medizinischen Gründen nicht notwendig waren

in Mittelwerten akutsomatische Ärzte



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

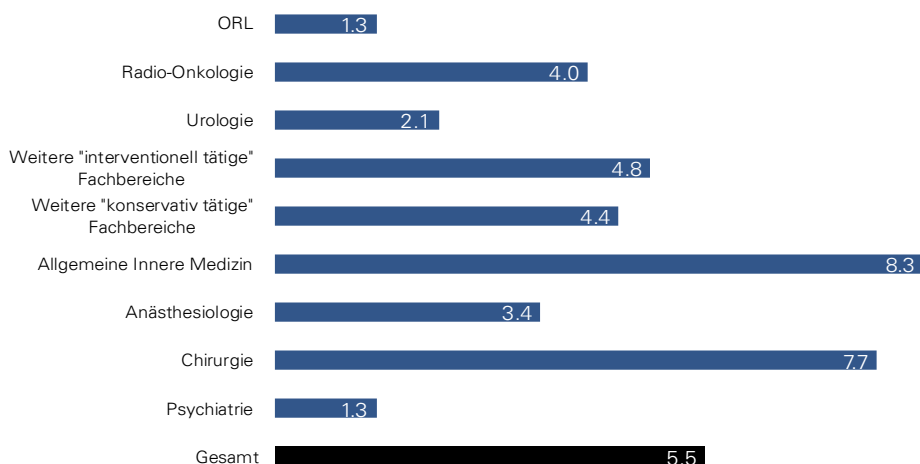
Die Unterschiede nach Sprachregion sind dagegen klein, wenn es um medizinisch nicht induzierte Operationen geht.

Spezielle Umstände nach Fachrichtung (6): 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..."

Krankenkassen Überweisung in eine Reha-Klinik verzögert

in Mittelwerten akutsomatische Ärzte



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

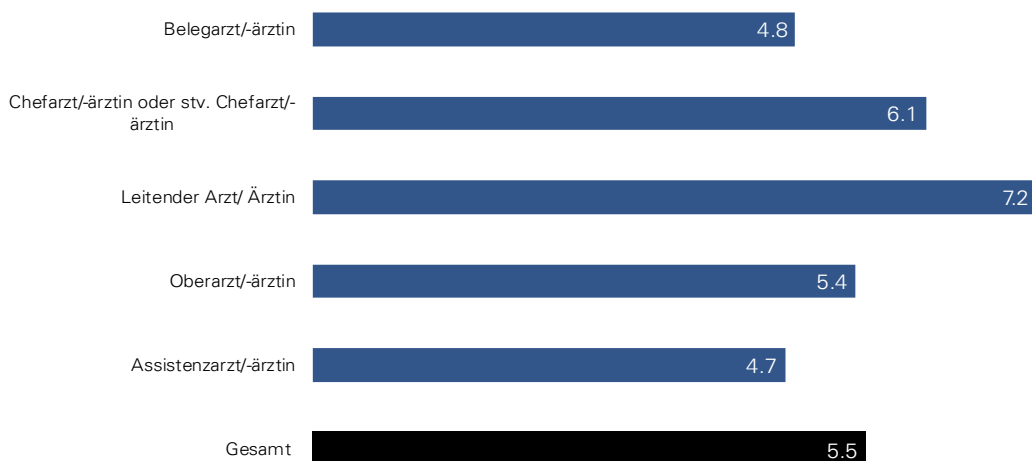
Eng beieinander liegen die Beobachtungen verzögerter Reha-Überweisungen in den verschiedenen Positionen in den Akutspitälern. Am ehesten beobachtet die leitende Ärzteschaft solche Verzögerungen.

Spezielle Umstände nach Position (6): 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..."

Krankenkassen Überweisung in eine Reha-Klinik verzögert

in Mittelwerten akutsomatische Ärzte



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

Oft beobachten ChirurgInnen und die SpezialistInnen der inneren Medizin Verzögerungen der Überweisung in die Reha-Kliniken.

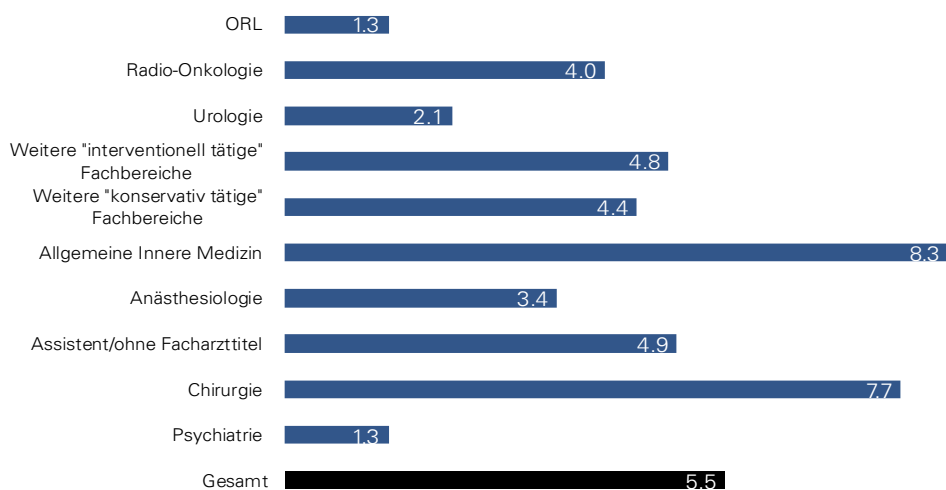
Spezielle Umstände nach Fachrichtung (6): akutsomatische Ärzte

"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..."

Krankenkassen Überweisung in eine Reha-Klinik verzögert

in Mittelwerten akutsomatische Ärzte



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

Verzögerungen kommen in der italienischsprachigen Schweiz offenbar kaum vor, in der französischsprachigen Schweiz selten und sind in der deutschsprachigen Schweiz weit verbreitet. Dies dürfte nicht nur auf die unterschiedliche Spitalstruktur zurückzuführen sein. Die Praxis der verschiedenen Krankenkassen respektive Vertrauensärztinnen und -ärzten präsentiert sich wahrscheinlich unterschiedlich.

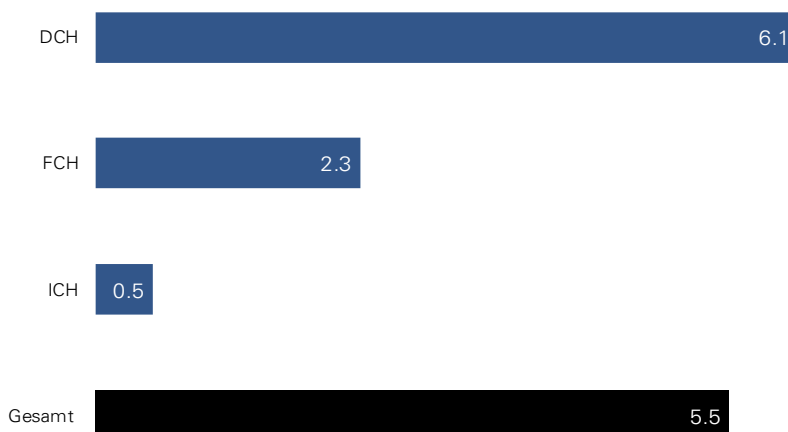
Spezielle Umstände nach Sprache (6): akutsomatische Ärzte

"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..."

Krankenkassen Überweisung in eine Reha-Klinik verzögert

in Mittelwerten akutsomatische Ärzte



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

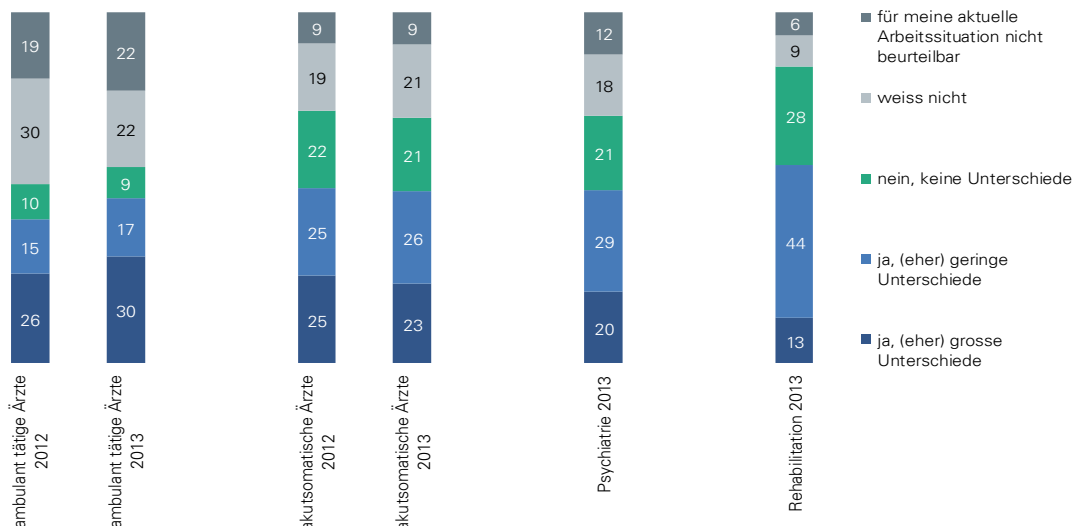
Konstant im Vergleich zum Vorjahr sieht praktisch die Hälfte der Ärzteschaft in der Akutsomatik einen Unterschied der Auswirkungen von SwissDRG je nachdem ob jemand privat, halbprivat oder allgemein versichert ist.

Grafik 100

Trend Einfluss SwissDRG: privat/halbprivat/allgemein versichert

"Gibt es Ihrer Ansicht nach Unterschiede der Auswirkungen von SwissDRG (Psychiatrie: des aktuellen in der Psychiatrie verwendeten stationären Tarifsystems / Rehabilitation: des aktuellen in der Rehabilitation verwendeten stationäre Tarifsystems) je nachdem, ob jemand privat, halbprivat oder allgemein versichert ist?"

in % 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)

Die Ärzteschaft aus den verschiedenen Bereichen beurteilt den eigenen Kenntnisstand über die Vergütungs- und Tarifsysteme mehrheitlich nicht als sehr gut oder gut.

Grafik 101

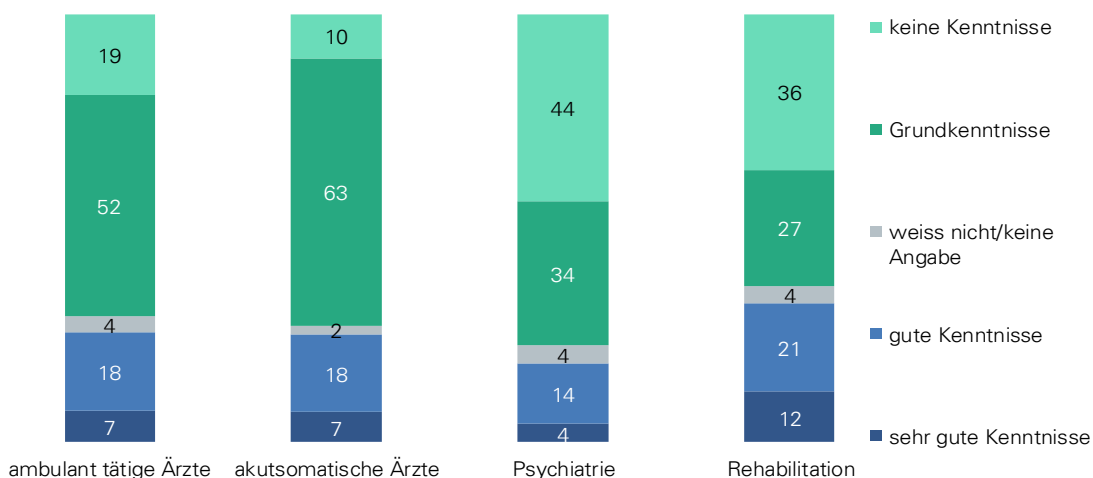
Kenntnisstand Vergütungs-/Tarifsysteme

akutsomatische und ambulant tätige Ärzte: "Über welche Kenntnisse zu Fallpauschalen-Vergütungssystemen (SwissDRG, G-DRG) verfügen Sie?"

Psychiatrie: "2015/2016 soll für die Vergütung der stationären Psychiatrie das Tarifsysteem TARPSY eingeführt werden, Über welche Kenntnisse zu TARPSY verfügen Sie?"

Rehabilitation: "2015/2016 soll für die Vergütung der stationären Rehabilitation das Tarifsysteem ST Reha eingeführt werden. Über welche Kenntnisse zu ST Reha verfügen Sie?"

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.

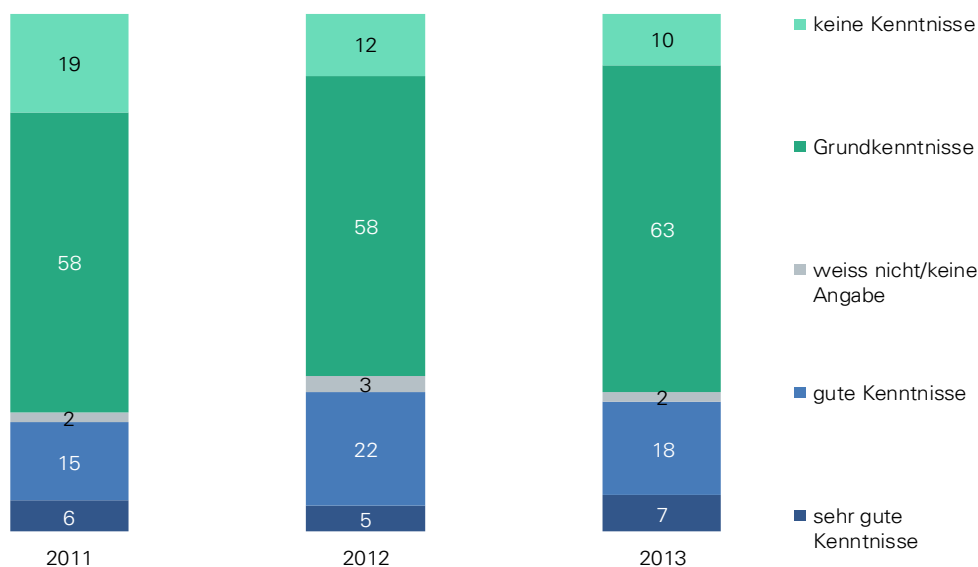
Heute geben annähernd zwei Drittel in der Akutsomatik an, mindestens über Grundkenntnisse zu verfügen. Der Anteil, welcher gar keine Kenntnisse hat, hat sich von 19% auf 10% deutlich verringert.

Grafik 102

Kenntnisstand Vergütungs-/Tarifsysteme: akutsomatische Ärzte

akutsomatische und ambulant tätige Ärzte: "Über welche Kenntnisse zu Fallpauschalen-Vergütungssystemen (SwissDRG, G-DRG) verfügen Sie?"

in % akutsomatische Ärzte



© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni – August 2013 (N_{akut} = 947)

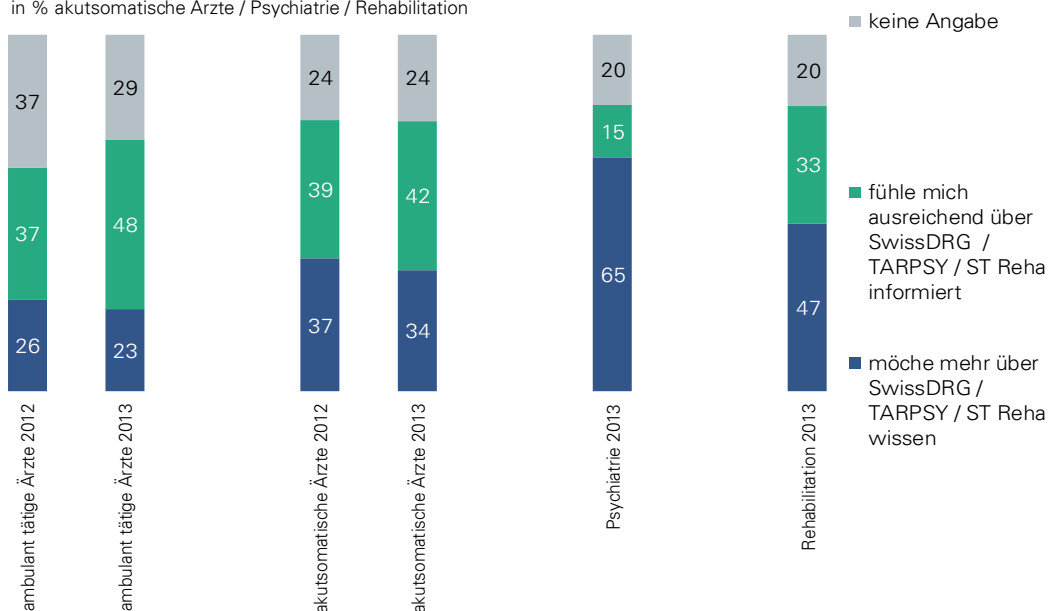
Der Wunsch nach Mehrinformationen ist bei einem Drittel der Ärzteschaft in der Akutsomatik vorhanden. Sehr verbreitet ist der Wunsch nach Informationen über TARPSY in der Psychiatrie.

Grafik 103

Trend Wunsch an Information SwissDRG / TARPSY / ST Reha

"Was trifft auf Sie zu?"

in % akutsomatische Ärzte / Psychiatrie / Rehabilitation



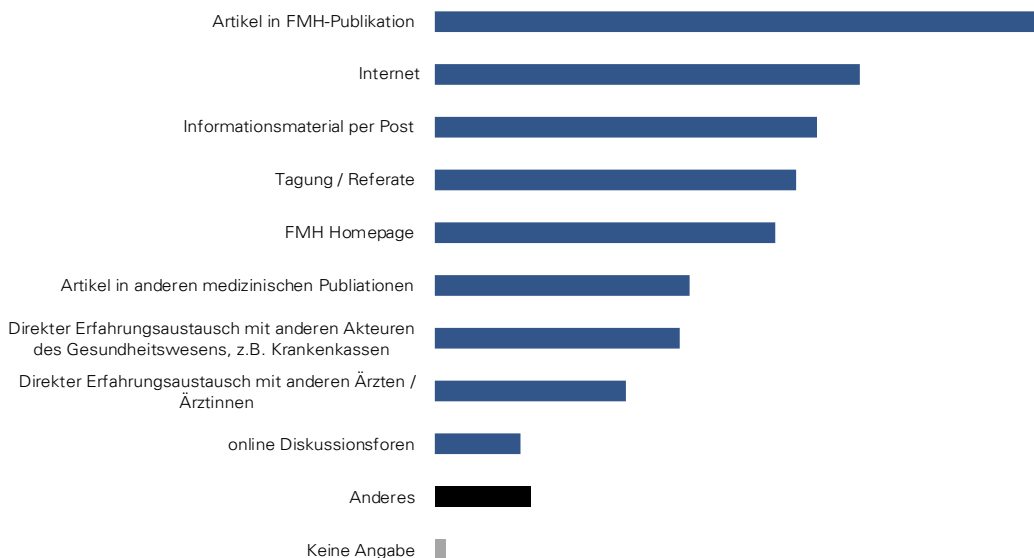
© gfs.bern, Begleituntersuchung SwissDRG im Auftrag der FMH, Juni - August 2013 (N ambulant tätige Ärzte jeweils ca. 250 / N akutsomatische Ärzte jeweils ca. 1000 / N Psychiatrie jeweils ca. 120 / N Rehabilitation jeweils ca. 70)

Weiterhin sind Artikel in den FMH-Publikationen vor dem Internet am ehesten gewünscht, um sich über die Tarifsysteme informieren zu können.

Filter Vergleich Wunsch Informationsquelle

"Wie würden Sie sich am liebsten informieren?"

in % ambulant tätige Ärzte / Psychiatrie / Rehabilitation



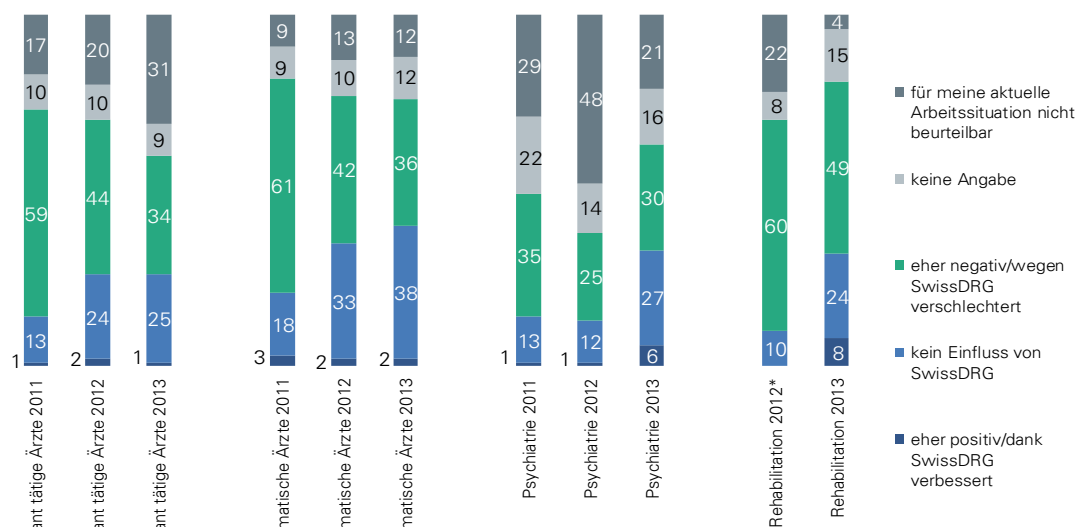
N ambulant tätige Ärzte jeweils ca. 250 / N Psychiatrie jeweils ca. 120 / N Rehabilitation jeweils ca. 70, * 2011 und 2012 zusammen

Eine Verbesserung dank DRG auf die Qualität der Versorgung sehen weiterhin nur sehr geringe Anteile der Ärzteschaft. Massiv reduziert hat sich aber der Anteil, welcher von einer Verschlechterung von SwissDRG ausgeht oder einen negativen Einfluss von SwissDRG auf die Qualität der Versorgung beobachtet. 2011 waren es noch 61 Prozent, was auch zum Titel der ersten Begleitstudie führte. Heute sind es noch 36 Prozent, was eine der deutlichsten Veränderungen in der Begleitforschung darstellt. Damit haben sich bei einem sehr relevanten Anteil die Befürchtungen nicht bewahrheitet, was sich auch anhand zahlreicher konkreter Fragen zur Versorgungsqualität und Behandlungsfreiheit spiegelt. Die Trends in den übrigen Gruppen sind weniger deutlich, weisen aber tendenziell auch in die gleiche Richtung.

Trend Einfluss von SwissDRG: Qualität der Versorgung

"Wie beurteilen Sie den Einfluss von SwissDRG auf..."

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

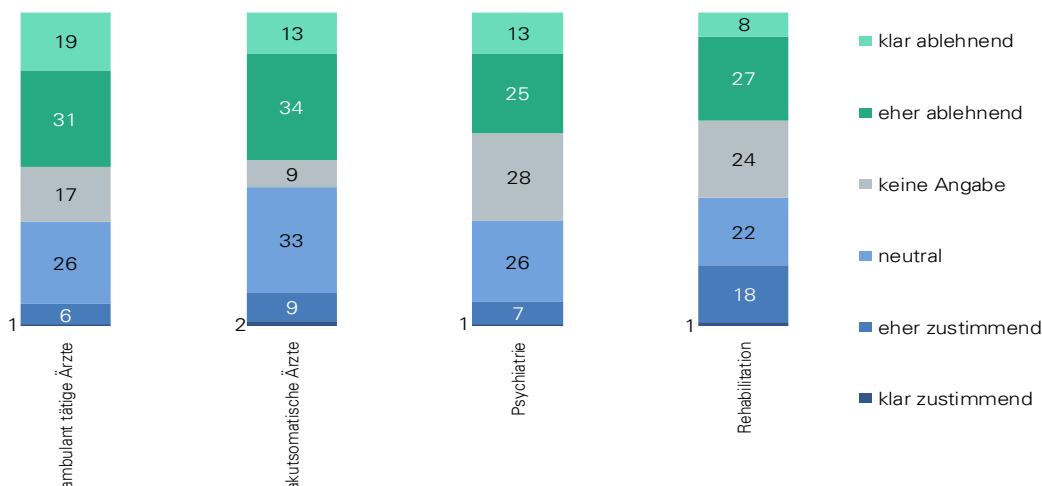
Die ambulant tätige Ärzteschaft bleibt weiterhin knapp mehrheitlich kritisch, was SwissDRG betrifft. Die Psychiatrie hat sich zu TARPSY noch keine feste Meinung gebildet, Ablehnung, Zustimmung und Neutralität halten sich in etwa die Waage, ähnlich sind die Verhältnisse in der Rehabilitation gegenüber ST Reha. Die sehr verbreitete Skepsis gegenüber SwissDRG in der Akutsomatik hat sich reduziert.

Grafik 106

Beurteilung SwissDRG nach Einführung/geplante Einführung TARPSY/ST Reha

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

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



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

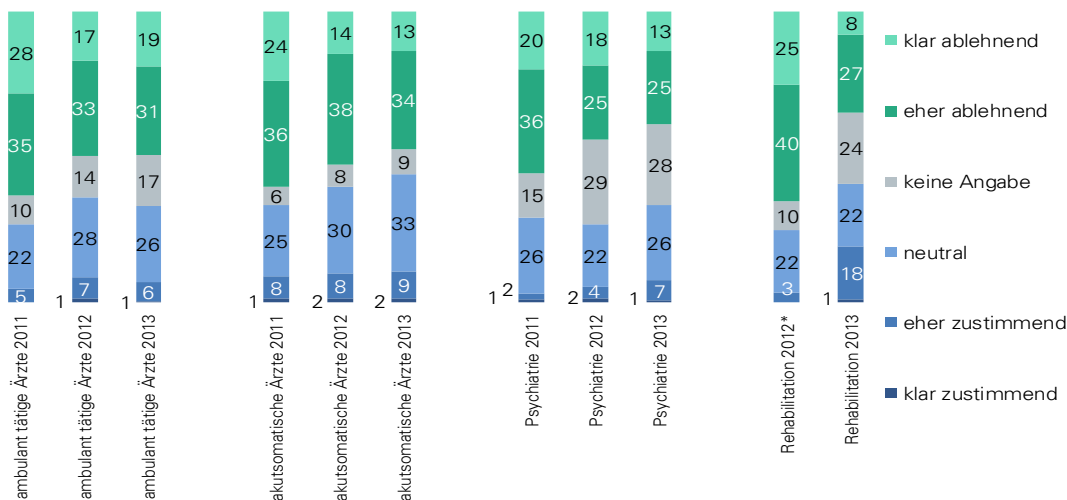
Erstmals erfassen wir nicht mehr eine mehrheitlich ablehnende Haltung in der Akutsomatik.

Grafik 107

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 Tarifsysteem TARPSY zur Vergütung der stationären Psychiatrie / Rehabilitation: der geplanten Einführung des Tarifsystems ST Reha zur Vergütung der stationären Rehabilitation) gegenüber?"

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



© 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

Noch 2011 gab es bei breiten Kreisen der Ärzteschaft in der Akutsomatik Befürchtungen negativer Einflüsse, diese haben sich aber alle mehr oder weniger kontinuierlich abgebaut. Der bisherige Veränderungsprozess hat zwar die Bedenken nicht ausgeräumt, aber sie traten bei einem Teil der Ärzteschaft nicht wie erwartet ein, was sich mit den Einzelbefunden im Bezug auf Versorgung und Zufriedenheit der Ärzteschaft relativ gut erklären lässt. Bei vielen Elementen wie zuallererst bei der Therapiefreiheit gab es Mehrheiten, die Verschlechterungen befürchteten, nun sind es nur starke Minderheiten, welche von Verschlechterungen ausgehen oder solche real beobachten.

Grafik 108

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)

4.6.1 Zwischenbilanz

Kritische oder medizinisch fragwürdige Ereignisse, die durch SwissDRG in Verbindung stehen könnten, kommen in der Regel aus Sicht der Ärzteschaft relativ selten vor. Die Ärzteschaft beobachtet beispielsweise sehr selten Operationen, die aus medizinischer Sicht nicht notwendig gewesen wäre. Beobachtete Bloody Exits, die zu Rehospitalisierungen aufgrund derselben Diagnose führen könnten, haben unter dem neuen Abrechnungs-Regime nicht zugenommen. Auf bisher eher tiefem Niveau zunehmend ist die Tendenz, bei multimorbiden PatientInnen die Behandlung auf mehrere Spitalbesuche aufzuteilen. Etwas häufiger als noch vor einem Jahr kommt es auch vor, dass die Entscheidungen spitalambulant/stationär nicht aus medizinischen Gründen gefällt werden.

Häufig werden Überweisungen in die Reha-Kliniken verzögert, was ebenfalls für alle Beteiligten eine schwierige Situation darstellt. Nachfragen der Krankenkassen, welche die Ärzteschaft zusätzlich mit administrativem Aufwand belasten würden, haben seit 2011 nicht zugenommen. Aus Spitalkreisen wird befürchtet, dass diese Nachfragen bereits heute die Spitaladministration belasten und künftig in einem Mass zunehmen könnten, welches auch die Ärzteschaft massiv mehr beschäftigt.

Insgesamt hat die Komplexität von Behandlungen, deren Administration und deren Abrechnungen eher zugenommen, wobei dies bisher kaum merklich zulasten der eigentlichen medizinischen Versorgung geschah.

Insofern überrascht es nicht, dass die anfänglich sehr weit verbreiteten Bedenken der Ärzteschaft in persönlicher medizinischer Hinsicht gegenüber SwissDRG zwar weiterhin verbreitet vorhanden sind, gegenüber 2011 aber deutlich abgenommen haben. Allerdings stehen immer noch 47 Prozent der Akutsomatiker SwissDRG klar oder eher ablehnend gegenüber. Nur 22 % geben an, dass SwissDRG ihre tägliche Arbeit sehr oder eher stark beeinflusst.

5 Synthese

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 Arbeitsprozess⁷ 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 Überstunden in Kauf. Generell zeigt sich die Ärzteschaft. 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 vonstatten, 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 Ärztinnen und 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 gesteigener 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.

⁷ 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/eine Patientin 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/der Patientin 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 befindlich. 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 Kostengut-sprachen, 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.

6 Anhang

6.1 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



**SCHWEIZER
MARKTFORSCHUNG**

Kein Verkauf - Wissenschaftlich - Anonym

gfs.bern
Menschen. Meinungen. Märkte.