

DRG: Befürchtungen einer zunehmenden Bürokratisierung der Medizin

Wichtigstes in Kürze



Hohe Berufsidentifikation der Spitalärzteschaft durch Einführung von SwissDRG gefährdet

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

Projektteam

Lukas Golder Politik- und Medienwissenschaftler

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

Martina Imfeld Politikwissenschaftlerin

Silvia Ratelband-Pally Administratorin

Stephan Tschöpe Politikwissenschaftler

Andreas Stettler Web-Solutions

Jonas Ph. Kocher Politikwissenschaftler

Inhaltsverzeichnis

MANAGEMENT SUMMARY	3
FAZIT UND THESEN	4
WICHTIGSTES IN KÜRZE.....	8
ZIELSETZUNG UND METHODE	8
GESUNDHEITZUSTAND DER ÄRZTESCHAFT, PERSPEKTIVEN UND INTELLEKTUELLE ANREGUNG.....	9
ARBEITZUFRIEDENHEIT UND BEZIEHUNGEN IM ÄRZTLICHEN UMFELD.....	9
BEHANDLUNGSFREIHEIT UND -QUALITÄT	10
ENTWICKLUNG DES ÄRZTLICHEN PERSONALBESTANDS	11
ZEITAUFWAND ADMINISTRATIV VS. MEDIZINISCH	11
FALLPAUSCHALEN: BEGLEITEFFEKTE UND HALTUNGEN.....	13
ZUSAMMENZUG DER ERKENNTNISSE	15
FAZIT UND THESEN	17
ANHANG.....	21
gfs.bern-Team.....	21

Management Summary

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

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

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

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

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

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

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

Fallpauschalen: Begleiteffekte und Haltungen

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

Zeitaufwand administrativ vs. medizinisch

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

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

Fazit und Thesen

Fazit

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

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

schreitende Bürokratisierung werden mit der Einführung von SwissDRG assoziiert, und lassen die Ärzteschaft laut über ihr eigenes Berufsverständnis und das Berufsethos nachdenken. SwissDRG unterliegt dem Risiko in der Wahrnehmung der Ärzteschaft zum schwarzen Peter der Veränderungen im Gesundheitswesen stilisiert zu werden und damit zum Symbol für gefühlte Missstände im ärztlichen Alltag.

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

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

These 1

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

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

These 2

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

Das Kapitel 3.1 beschreibt den Zeitaufwand der Ärzteschaft für verschiedene Tätigkeiten im Berufsalltag. Die separate Analyse der gemachten Angaben nach Abrechnungssystem legt dar, dass aktuell nur geringfügige Unterschiede auszumachen sind. Spitalärztinnen, die bereits heute mit Fallpauschalen abrechnen, verwenden am wenigsten Zeit für Codierarbeiten und verbringen am meisten Zeit mit medizinischen, patientennahen Tätigkeiten. Die Unterschiede fallen eher entgegen den Befürchtungen aus und das Kapitel 3.2 legt dar, dass auch negative Effekte wie „bloody exits“ oder der Drehtüren-Effekt zumindest im Moment bei Abrechnung mit Fallpauschalen nicht häufiger aufzutreten

scheinen als sonst. Einzig die Aufteilung der Behandlung multimorbider scheint bei der Anwendung von DRGs leicht häufiger vorzukommen als wenn Prozess- oder Tagespauschalen abgerechnet werden.

These 3

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

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

These 4

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

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

These 5

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

Der Kenntnisstand der Schweizer Ärzteschaft in Sachen DRG ist noch wenig ausgeprägt, Wissenslücken könnten durch pro-aktive Kommunikation geschlossen werden, was eine Chance der Akzeptanzsteigerung und Sensibilisierung für SwissDRG bedeuten könnte. Einschnitte in die Behandlungsfreiheit

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

These 6

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

Wichtigstes in Kürze

Zielsetzung und Methode

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

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

Die Stichprobe:

1193 Spitalärzte & Spitalärztinnen

266 praxisambulant tätige Ärzte & Ärztinnen

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

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

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

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

Gesundheitszustand der Ärzteschaft, Perspektiven und intellektuelle Anregung

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

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

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

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

Arbeitszufriedenheit und Beziehungen im ärztlichen Umfeld

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

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

Mehr Unzufriedenheit ergibt sich auch beim Verhältnis Arbeitszeit-Freizeit. Nur noch eine knappe Mehrheit der Spitalärzteschaft ist damit sehr oder eher zu-

frieden, 46% sind sehr oder eher unzufrieden. Trotzdem gibt eine klare Mehrheit von 76% der Spitalärzteschaft an, das tägliche Arbeitspensum immer oder meistens gemäss den medizinischen Anforderungen des Berufs zu schaffen (praxisambulante Ärzteschaft: 82%).

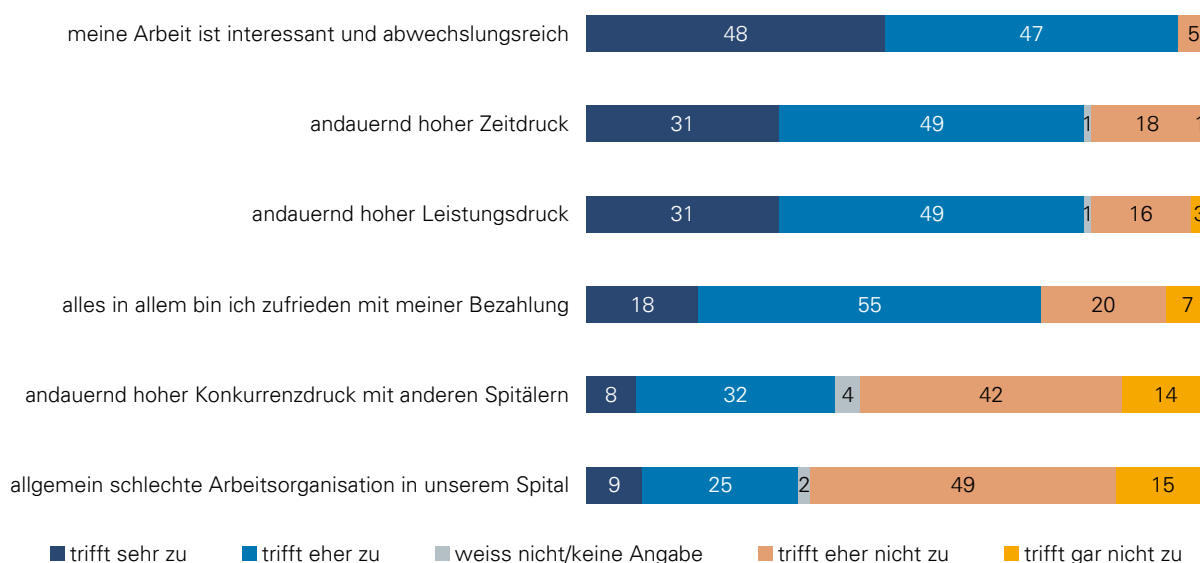
Die für die Meisten interessante und abwechslungsreiche Arbeit kommt regelmässig zusammen mit einem hohen Zeit- und Leistungsdruck. Die Bezahlung stimmt trotz Belastungen noch für eine klare Mehrheit. Unter hohem Konkurrenzdruck oder einer schlechten Arbeitsorganisation leiden relevante Minderheiten.

Grafik 1:

Spitalärzteschaft Aussagen über Arbeitsbedingungen

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

in % Spitalärzte



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

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

Behandlungsfreiheit und -qualität

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

**Voranschreitende Ökonomisierung
bereits heute eine Realität in
Spitälern**

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

Entwicklung des ärztlichen Personalbestands

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

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

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

Zeitaufwand administrativ vs. medizinisch

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

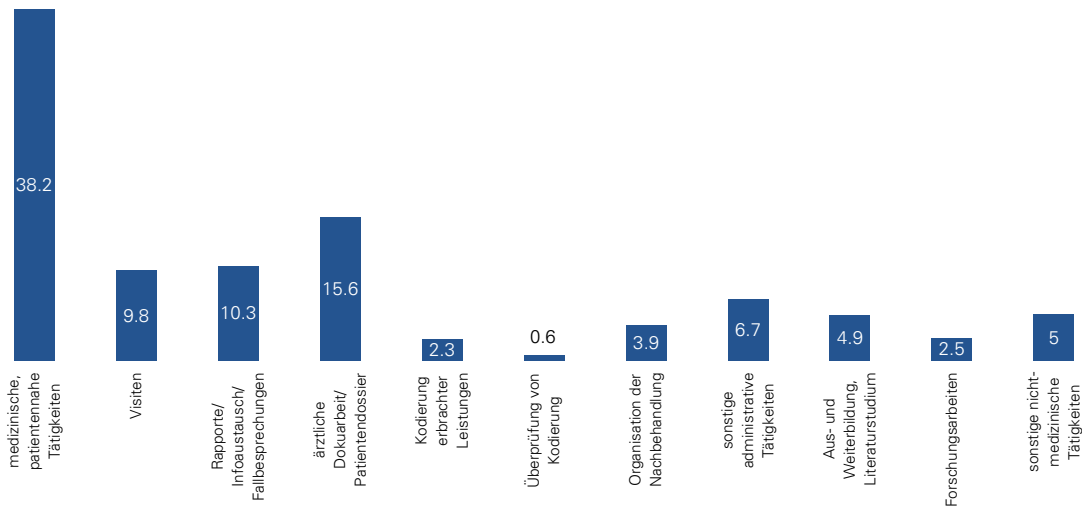
Auf Aus- und Weiterbildung oder Literaturstudium entfallen knapp 5%. Die grössten administrativen Arbeiten sind "sonstiger" Natur oder "sonstige nicht-medizinische Tätigkeiten" – sie machen zusammen mehr als 10% aus. Auf die eigentliche Codierungsarbeit entfallen zurzeit weniger als 3%. Zwischen den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

Grafik 2:

Spitalärzteschaft Zeitaufwand für verschiedene Tätigkeiten Mittelwerte

"Wenn Sie an den letzten normalen Arbeitstag denken, wie viel Zeit haben Sie dabei auf die folgenden Tätigkeiten angewendet? Bitte geben Sie Ihre Angaben in Minuten an."

Mittelwerte, prozentualer Anteil der Minutenangaben der Befragten



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

Kodieraufwand wird unabhängig vom Abrechnungssystem als erhöht wahrgenommen

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

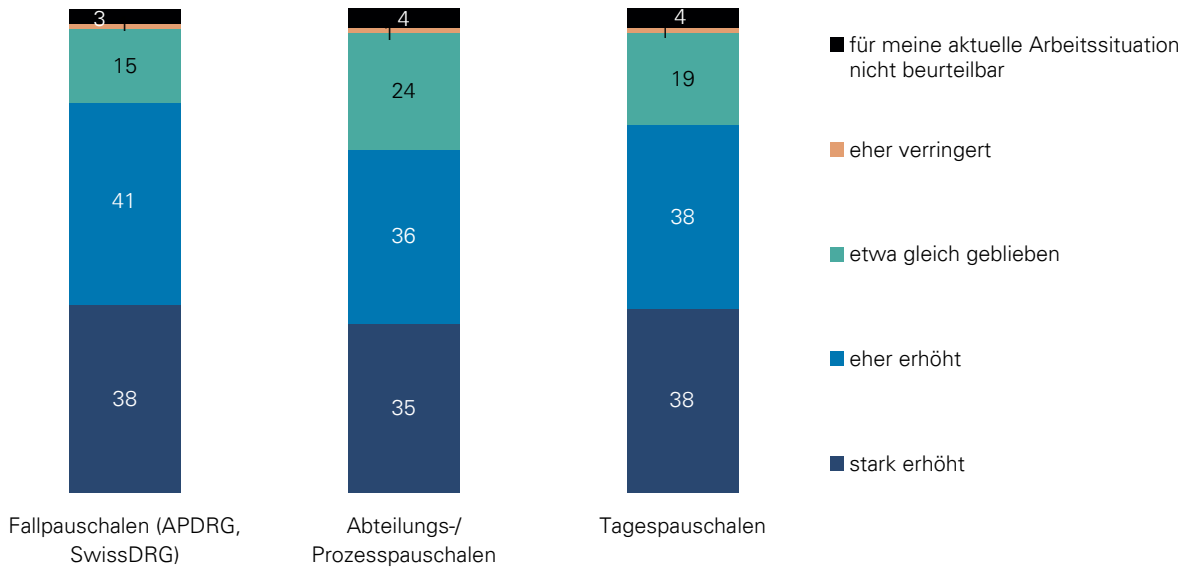
In der Tendenz sind etwas mehr Spitalärztinnen und -ärzte, die mit Fallpauschalen arbeiten, der Ansicht, der Aufwand für die Dokumentationsarbeit habe sich stark oder eher erhöht. Allerdings zeigen sich keine relevanten tatsächlichen Unterschiede bei der ärztlichen Dokumentationsarbeit oder bei anderen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

Grafik 3:

Spitalärzteschaft nach Abrechnungssystem Beurteilung Aufwand Dokumentationsarbeit

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

in % Spitalärzte



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

Fallpauschalen: Begleiteffekte und Haltungen

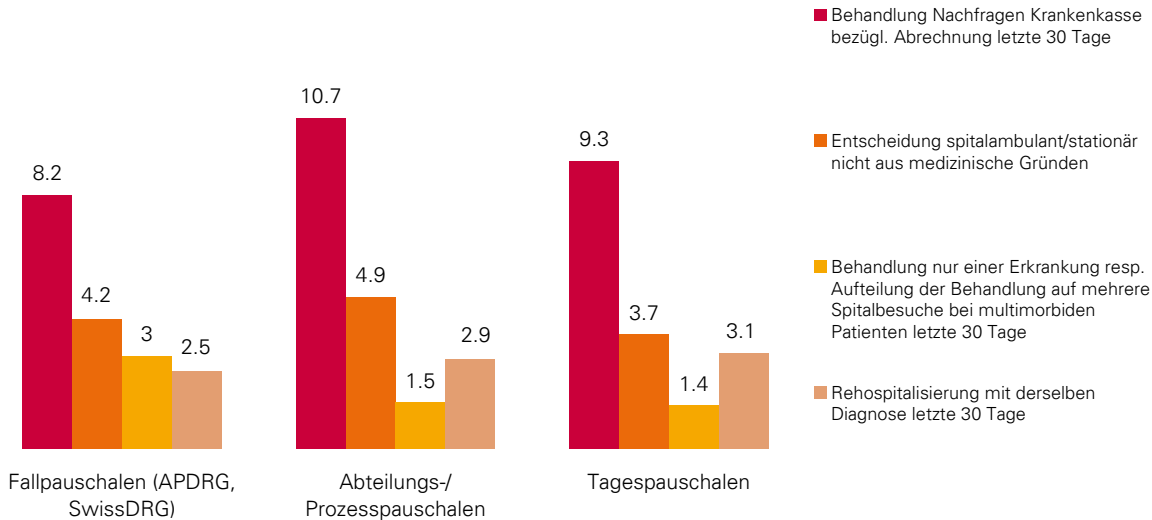
Es gibt verschiedene kritische Hypothesen zu negativen Begleiterecheinungen von Fallpauschalen. Grundsätzlich kann für die aktuelle Situation in der Schweiz Entwarnung gegeben werden. Nur Nachfragen der Krankenkassen zur Abrechnung müssen relativ oft bearbeitet werden und dies ist sogar bei Abteilungs-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

Grafik 4:

Spitalärzteschaft nach Abrechnungssystem Spezielle Umstände

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

Mittelwerte



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

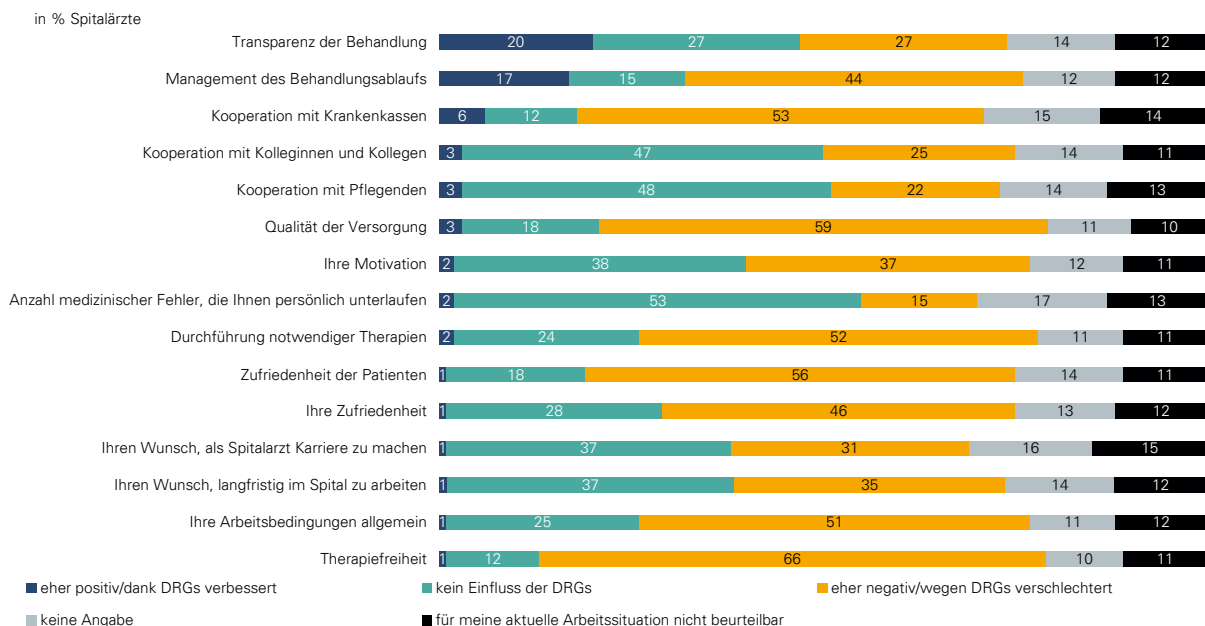
Schweizer Ärzteschaft schaut der Einführung von SwissDRG skeptisch entgegen

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

Grafik 5:

Spitalärzteschaft Einfluss DRG

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



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

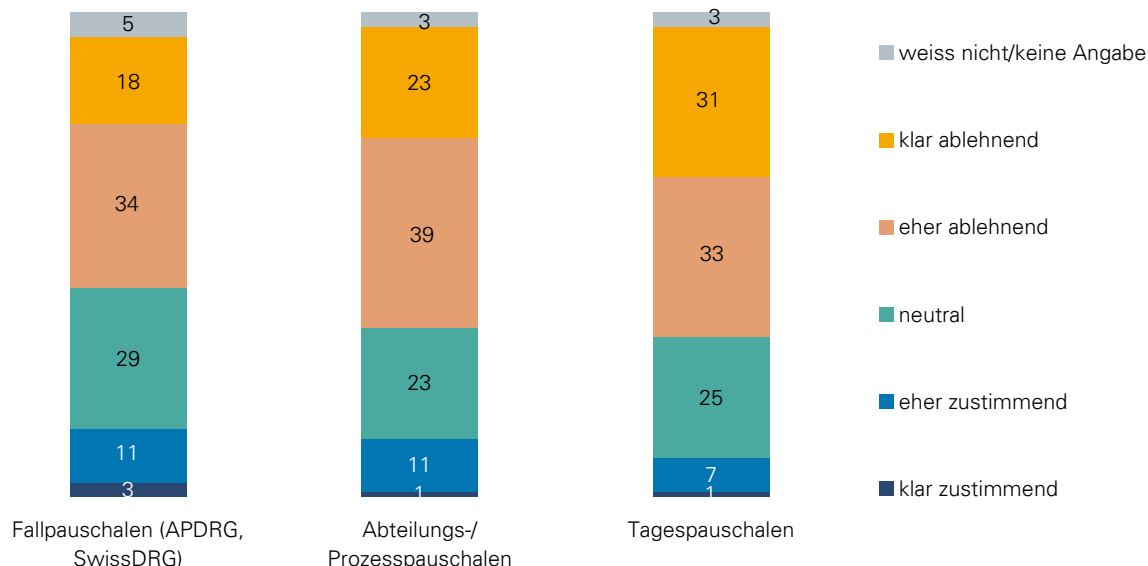
Die Spitalärzteschaft steht der Einführung von SwissDRG mehrheitlich ablehnend gegenüber. Addiert man die Anteile, die sich neutral dazu stellen, ist die Unterstützung seitens Personen, die heute schon mit Fallpauschalen arbeiten etwas erhöht, aber auch dort knapp mehrheitlich ablehnend.

Grafik 6:

Spitalärzteschaft nach Abrechnungssystem Beurteilung Einführung SwissDRG

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

in % Spitalärzte



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

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

Zusammenzug der Erkenntnisse

Auf einer Vielzahl einzelner Fragestellungen haben wir mit Hilfe von Faktoranalysen Ähnlichkeiten und Muster bei einzelnen Frageblöcken zu Indikatoren verdichtet. Die Indikatoren wurden soweit normiert, dass sie alle +2 für maximal positive sowie -2 für maximal negative Antworten ergeben¹. Damit entsteht ein Profil der Befindlichkeit der Spitalärzteschaft. Im Schlussbericht werden die Indikatoren detailliert erläutert. Der "hypokratische Alltag" im Sinne der Behandlungsqualität und -freiheit funktioniert ähnlich wie die Patientenbeziehung weit herum sehr gut. Gesundheitsbeschwerden der Spitalärztinnen und -ärzte sind wenig verbreitet und der Gesundheitszustand gut. Das Teamwork und die Zusammenarbeit mit Dritten sowie der Arztberuf an sich ergeben wenig Anlass zur Klage. Der Druck ist zwar da, aber bisher erträglich. Die Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen ist weiterhin da. Auch der Personalbestand wird indiziert noch ausreichend bewertet. Leicht kritisch beurteilt wird bereits die Freiheit bei medizinischen Entscheidungen (Index aus Einfluss auf Behandlungs-

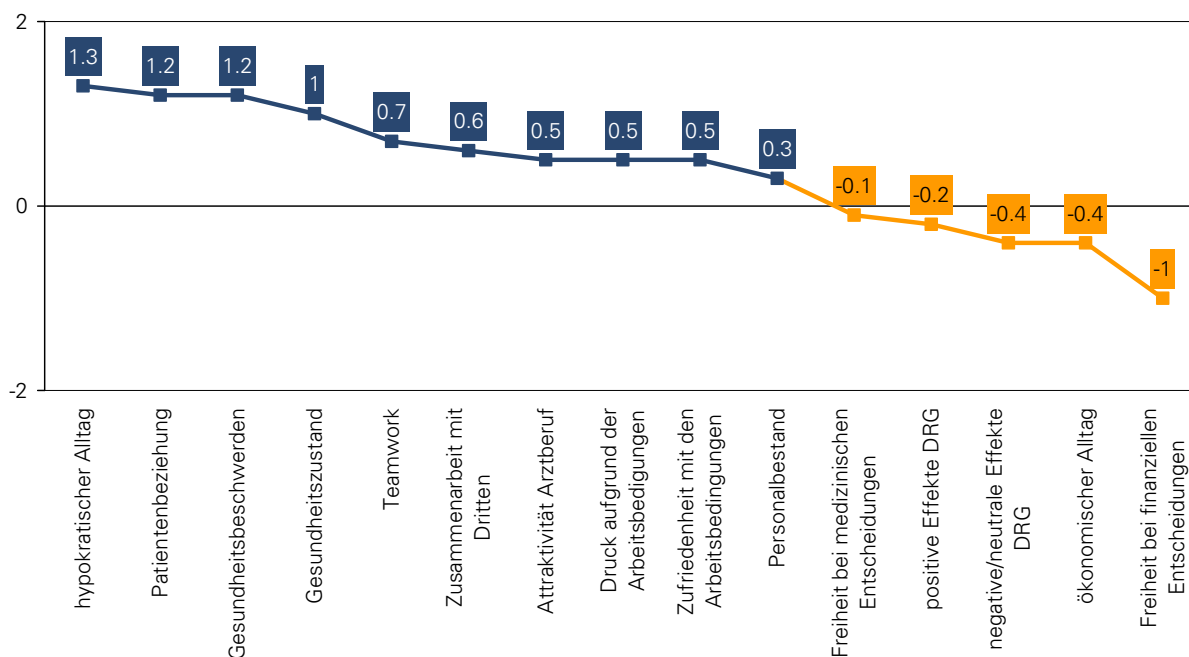
¹ Davon ausgenommen sind die Indizes zum Gesundheitszustand (-2 bis 3) und zum Einfluss von SwissDRG (-1 bis 1), die auf Basis der zugrunde liegenden Fragen anders normiert sind.

entscheidung von "Vorgesetzter Arzt" / "Stationsleitung" / "Zuständige Pflege" / "Pflegedienstleitung"). Ebenfalls negativ werden indexiert sogar teilweise positiv beurteilte Effekte von DRG beurteilt ("Transparenz Behandlung" / "Management Behandlungsablauf"). Noch kritischer sieht es bei allen übrigen erfragten neutralen oder negativen Effekten von DRG aus. Sehr kritisch beurteilt wird auch die Ökonomie, die zunehmend im Alltag einfließt ("Optimierung wirtschaftlicher Gewinn bei Diagnosen" / "Verschiebung Chronisch kranker/morbider Patienten"). Am meisten Ärger verursacht die Freiheit bei finanziellen Entscheidungen (Einfluss auf Behandlungsentscheidungen durch "Verwaltung/Geschäftsführung" / "Krankenkassen").

Grafik 7:

Zusammenzug Indizes Spitalärzte:

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



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

Fazit und Thesen

Fazit

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

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

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

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

These 1

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

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

These 2

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

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

These 3

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

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

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

These 4

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

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

These 5

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

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

These 6

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

Anhang

gfs.bern-Team



LUKAS GOLDER

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

Schwerpunkte:

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



CLAUDE LONGCHAMP

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

Schwerpunkte:

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

Zahlreiche Publikationen in Buchform, in Sammelbänden, wissenschaftlichen Zeitschriften



MARTINA IMFELD

Politikwissenschaftlerin, Projektleiterin

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



SILVIA-MARIA RATELBAND-PALLY

Administration

Schwerpunkte:

Desktop-Publishing, Visualisierungen, Projektadministration, Vortragsadministration



STEPHAN TSCHÖPE

Politikwissenschaftler, wissenschaftlicher Mitarbeiter

Schwerpunkte:

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



JONAS PHILIPPE KOCHER

Politikwissenschaftler, wissenschaftlicher Mitarbeiter

Schwerpunkte:

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

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