

Last des administrativen Aufwands in Schweizer Spitälern

Studiengang: MSc in BA with a Major in Health Economics and
Healthcare Management

Modul: Integrated Projects

Semester: Frühlingssemester 2021

Autoren: Laura Attinger, Pascale Jacob, Gabriela Röllin

Betreuer: Prof. Dr. Simon Wieser und Michael Stucki

Abgabetermin: 01. Juli 2021

Abstract

Der administrative Aufwand für das medizinische Personal ist in den letzten Jahren stark gestiegen. Immer mehr Arbeitszeit muss in das Ausfüllen von Formularen, Schreiben von Berichten und Dokumentieren von Tätigkeiten investiert werden. Trotz des herrschenden Ärztemangels in der Schweiz gibt es noch wenig Bemühungen, dafür zu sorgen, dass die knappen personellen Ressourcen möglichst effizient am Patienten eingesetzt werden.

Fragestellung

Die wichtigste Frage im Zusammenhang mit der Last des administrativen Aufwands ist als erstes herauszufinden, woraus dieser überhaupt besteht. Eine Kategorisierung der gewonnenen Informationen soll danach als Basis verwendet werden können, um Lösungsansätze darauf aufzubauen.

Methode

Mittels explorativer Gespräche mit diversen Berufsgruppen in Spitälern wird in dieser Arbeit versucht die Forschungsfrage zu beantworten. Die explorativen Gespräche fanden mit Assistenzärzt:innen, Ärzt:innen, einer Klinikmanagerin, einer leitenden Pflegefachkraft, administrativ tätigen Mitarbeitenden aus dem Finanz- sowie dem Tarifbereich, einem Mitglied der Geschäftsleitung und einem externen Management-Experten für das Gesundheitswesen statt. So konnte die administrative Last der verschiedenen Berufsgruppen erfasst werden.

Ergebnisse

Anhand der explorativen Gespräche konnten sieben Hauptkategorien identifiziert werden. Unter die anschliessend diverse Unterkategorien subsumiert worden sind. Diese Kategorisierung geht vom Berichtswesen über die Anforderungen der Krankenkassen und dem Qualitätsmanagement bis hin zu den betriebswirtschaftlichen Zielen. Es wurden auch die Gefahren der steigenden administrativen Belastung diskutiert sowie allfällige Ideen oder bereits realisierte Lösungsansätze. Die Unvollständigkeit von Dokumentationen oder ungewohnte Strukturanforderungen bergen die meisten Gefahren. Eine spitalübergreifende Vereinheitlichung von gewissen Abläufen und Systemen würde zur Behebung dieser Probleme beitragen, ist in der Schweiz aber eher unrealistisch. Das Weiter führen die Anforderungen der Behörden, Krankenkassen und weiterer externer Interessenvertreter zu einem vermehrten Anstieg an erforderlichen Daten. Da diese Datengrundlagen oftmals im Kerngeschäft der Patient:innenbehandlung gewonnen werden müssen, sind die meist betroffenen Personen wiederum diejenigen, welche am nächsten am Patient oder der Patientin arbeiten.

Implikation

Die immer besser werdenden Wissenschaften und Technologien im medizinischen Bereich führen zu einer immer grösser werdenden Datenmenge aber auch zu einem steigenden Turnover

der Patienten. Dies wiederum führt zu einem vermehrten administrativen Aufwand, da diese Daten von jemandem erfasst werden müssen. Zudem führt die steigende Spezialisierung zu mehr Schnittstellen in den Spitälern, welche oft nicht durch ein einheitliches System abgedeckt werden.

Management Summary

Die Belastung durch den steigenden administrativen Aufwand in den Spitälern ist unumstritten. In den letzten Jahren hat sich die Situation mit zunehmenden Anforderungen und Möglichkeiten zusätzlich verstärkt. Zudem treibt der Wandel von stationären zu vermehrt ambulanten Behandlungen die Fallzahlen und somit den Dokumentations- und Administrationsaufwand in die Höhe. Vor allem das medizinische Personal ist davon betroffen und verbringt einen immer grösser werdenden Teil nicht am Patienten oder der Patientin, sondern im Büro. Deshalb wird der Fokus immer mehr auf die bürokratischen Anforderungen und weg vom Patientenwohl verschoben. Diese Veränderung führt nicht nur beim medizinischen Personal, sondern berufsgruppenübergreifend zu zunehmendem Leistungsdruck und Stress. Arbeiten werden ständig unterbrochen und müssen unter grossem Zeitdruck teilweise sehr umständlich und in grossem Umfang erledigt werden. Auch die Veränderungen in Patientenanforderungen sind ein Faktor, die vermehrt enorme Abklärungen und Diskussionen erfordern.

Obwohl der administrative Aufwand in der Branche sehr wohl diskutiert wird, geht es dabei eher um die Folgen des zunehmenden administrativen Aufwands und weniger um dessen Ursachen und Entstehung. Insbesondere in der Schweiz gibt es bislang wenig Ansätze, um aufzuzeigen aus welchen Bestandteilen dieser Aufwand besteht. Ausserdem sind trotz der Relevanz dieser Problematik bislang kaum übergreifende Bestrebungen zu erkennen, um Lösungen zur Entlastung der medizinischen Berufsgruppen konsequent einzuführen. Dies auch, weil eine konkrete Erhebung oder Übersicht über die Arten des administrativen Aufwands in der Schweiz bislang fehlen. Die recherchierte Literatur zum Thema des administrativen Aufwands in Spitälern enthielt vor allem internationale Quellen. Da andere Länder oft sehr individuelle Lösungen für das gesamte Gesundheitssystem erarbeitet haben, sind diese Untersuchungen grösstenteils spezifisch für die betroffenen Spitäler oder Länder und deren Ergebnisse nicht übertragbar auf die Schweiz. Sie könnten dennoch als gute Basis dienen, um ähnliche Untersuchungen oder Studien hierzulande anzustreben. Die vorliegende Arbeit hat sich aus diesen Gründen auf die Zusammensetzung des administrativen Aufwandes konzentriert. Das Ziel war es, verschiedene Arten von administrativen Aufwänden zu identifizieren und gruppieren, um sie schliesslich in einem übersichtlichen Framework zusammenzuführen.

Als Methode dieser qualitativen Studie wurden explorative Gespräche mit Fachpersonen aus unterschiedlichen Bereichen des Spitalwesens und der Gesundheitswirtschaft geführt. Anhand dieser verschiedenen Gespräche mit Fachpersonen sollten die wichtigsten Faktoren in der Entstehung und im Wachstum des administrativen Aufwandes erfasst werden. Ein Bestreben war es, verschiedene Perspektiven in die Erhebung der Faktoren einfliessen zu lassen. Deshalb wurden Gespräche mit Personen aus unterschiedlichen Berufsgruppen, sowohl internen als auch externen Akteuren geführt. Die spitalinternen Experten stammen in den meisten Fällen aus

unterschiedlichen Spitälern, um den Fokus auf Erfahrungen aus einem spezifischen Spital möglichst zu verhindern. Allerdings befanden sich alle Spitäler in der Deutschschweiz (hauptsächlich Region Zürich und Ostschweiz). Die Gespräche wurden aufgrund von Covid-19 ausschliesslich virtuell durchgeführt und sowohl schriftlich als auch, zur zusätzlichen Unterstützung, mit Videoaufnahmen dokumentiert. Die Fachpersonen haben im Vorhinein einen groben Überblick der zu besprechenden Fragen erhalten. Das Ziel des Gespräches war allerdings ein möglichst offener Verlauf. Die Leitfragen waren somit bei allen Diskussionen dieselben, der weitere Verlauf wurde aber jeweils individuell gestaltet.

Die Gespräche haben ergeben, dass der steigende Aufwand in allen Bereichen und Spitälern ein Problem ist, das dringend angegangen werden sollte. Medizintechnische sowie digitale Fortschritte können sicherlich zu effizienteren Arbeitsweisen führen und die Kernberufsgruppen entlasten. Aber sie sind auch eine potenzielle Quelle für eine weitere Zunahme des administrativen Aufwands. Die immer besser werdenden Technologien und die fortschreitende Wissenschaft beispielsweise führen dazu, dass Spezialisierungen weiter zunehmen. Diese wiederum führen zu einer Vielzahl eigener Abteilungen und somit einer Anhäufung von Schnittstellen. Das bedeutet wiederum längere Wege für den internen und externen Informationsfluss und auch eine höhere Wahrscheinlichkeit, dass Systeme nicht kompatibel sind. Neben den Aufwänden zu Dokumentationszwecken, welche direkt mit den Patient:innen und somit mit dem Kerngeschäft zu tun haben, kommen auch zunehmend Aufwände zu Forschungszwecken oder zur Kontrolle betriebswirtschaftlicher Ziele hinzu. Dies erfordert gerade vom medizinischen Personal oft einen Mehraufwand, um alle Daten anforderungsspezifisch zu erfassen.

Vereinzelt gibt es bereits Lösungsansätze, welche diesen Aufwand zu minimieren versuchen. Diese Lösungsansätze werden aber in der Regel nur punktuell in einzelnen Spitälern oder Abteilungen angewandt und nicht gesamthaft. Häufig sind gute Ideen vorhanden, deren Realisierung bedeutet aber einen initialen Mehraufwand, dem sich viele Kliniken oder Spitäler nicht gewachsen sehen.

Als Ergebnis der explorativen Gespräche liess sich der administrative Aufwand in den Schweizer Spitälern in sieben Hauptkategorien einteilen. Diesen sind wiederum diverse Unterkategorien zugeordnet, welche häufig im Zusammenhang mit der Last des administrativen Aufwandes genannt wurden. Die Hauptkategorien berücksichtigen sowohl interne (interne Kommunikation, betriebswirtschaftliche Ziele), externe (Anforderungen der Krankenkassen, staatliche Zertifizierungen und Register) sowie übergreifende (Organisation der Weiterbehandlung, Berichtswesen, Statistik & Screenings) Faktoren. Die entwickelte Kategorisierung soll möglichst vereinfacht darstellen, in welchen Bereichen welche Arten von Aufwand anfallen. Eine solche Kategorisierung wurde in der Literaturrecherche für die Schweiz nicht gefunden und kann daher als wertvolle Basis betrachtet werden, um das komplexe Problem übersichtlich darzustellen.

Trotz der erwähnten Kategorisierung als Basis für weitere Arbeiten, konnten einige der Aspekte zur Entstehung des administrativen Aufwandes in den Schweizer Spitälern jedoch noch nicht betrachtet werden. Ausserdem lassen sich durch die relativ kleine Stichprobe und die Regionalität keine schweizweit gültigen Aussagen vornehmen. Trotzdem sollen einige Gesichtspunkte dieser Arbeit als Basis dienen können, um weitere Untersuchungen zu veranlassen und Lösungsansätze zu entwickeln. Die weitere Behandlung dieser Thematik ist von Wichtigkeit, damit das medizinische Personal sich wieder vermehrt auf ihre Kerntätigkeit fokussieren kann und das Patientenwohl wieder in den Mittelpunkt rückt. Als besonders wichtig stellte sich heraus, die Sicht der betroffenen Berufsgruppen und Fachpersonen nicht zu vernachlässigen und diese auch in die Diskussionen und Planungen zur Optimierung einzubeziehen. Schlussendlich liegt aber die Auswahl und Implementierung einer neuen Strategie bei der Spitaldirektion und es erfordert eine klare Führung der Mitarbeitenden, um effiziente Lösungen zu generieren und erfolgreich einzubringen.

Danksagung

Wir bedanken uns herzlich bei allen Teilnehmern der Experteninterviews. Ohne ihre Hilfe, Informationsbereitschaft und die vielen interessanten, praxisbezogenen Beiträge wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen. Einen besonderen Dank geht an Prof. Dr. med. David Nadal, Dr. med. Brida von Castelberg und Dr. med. Thomas Cerny von der Akamedie Menschenmedizin für ihr engagiertes Mitwirken bei den Experteninterviews und ihre ausserordentliche Hilfsbereitschaft in der Erstellung dieser Arbeit.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung und Aufbau	1
1.1	Problemstellung	1
1.2	Stand der Forschung	1
1.3	Aufbau der Arbeit	2
2	Literaturrecherche	3
2.1	Design	3
2.2	Suchstrategie	3
3	Hintergrund und Stand des Wissens	5
4	Forschungslücke	8
5	Methode	9
5.1	Auswahl der Interviewpartner	9
5.2	Zielsetzung	9
5.3	Methodik	9
6	Ergebnisse der Interviews	11
6.1	Berichtswesen	11
6.2	Interne Kommunikation	13
6.3	Organisation der Weiterbehandlung	13
6.4	Anforderungen der Krankenkassen	14
6.5	Qualitätsmanagement	15
6.6	Statistik und Screenings	16
6.7	Betriebswirtschaftliche Ziele	17
6.8	Gefahren der hohen Last des administrativen Aufwandes	17
6.9	Vorgeschlagene Lösungsansätze	19
7	Analyse und Diskussion der Ergebnisse	22
8	Limitationen, Aussagekraft und weitere Forschung	25
9	Fazit	26
	Literaturverzeichnis	27
	Anhang A – Kategorisierung der Aufwände	29
	Anhang B – detaillierte Übersicht der Aufwände	30
	Abbildungsverzeichnis	
	Abbildung 1 Vorgehensweise zu den Gesprächen (eigene Darstellung)	9
	Abbildung 2 Aufbau der Gespräche (eigene Darstellung)	10
	Abbildung 3 Kategorisierung des erfassten Aufwands (eigene Darstellung)	11

1 Einleitung und Aufbau

Die vorliegende Projektarbeit befasst sich mit der administrativen Last in Schweizer Spitälern. Im einleitenden Kapitel wird das bestehende Problem erläutert, das daraus resultierende Forschungsinteresse beschrieben, sowie die Relevanz dieser Forschungsarbeit erläutert.

1.1 Problemstellung

Über die letzten Jahre hat sich der administrative Aufwand in den Schweizer Spitälern sequenziell erhöht. Immer mehr Arbeitszeit der Ärzteschaft oder der Pflegefachkräfte wird damit verbraucht, Behandlungen und Patientenverläufe zu dokumentieren oder Formulare auszufüllen, statt Patient:innen zu behandeln (Trezzini et al., 2020). Dies ist in allen Fachbereichen von der Akutsomatik bis zur Rehabilitation zu beobachten. Am höchsten ist der Aufwand, basierend auf repräsentativen Umfragen, bei den Assistenzärzt:innen in der Akutsomatik, wo die Patient:innenbetreuung gleich viel Zeit in Anspruch nimmt wie die Dokumentation (Trezzini et al., 2020).

1.2 Stand der Forschung

In der Schweiz herrscht ein Ärztemangel. Trotz dieser Tatsache gibt es kaum Untersuchungen darüber, wie die knappen personellen Ressourcen mit Bedacht einzusetzen sind. So werden diese oftmals nicht bei den Patient:innen eingesetzt, sondern es wird zu viel Zeit für die Administration verwendet (Lütolf, 2012).

Eine Studie in der Frauenklinik am Kantonsspital St. Gallen hat die Aufteilung der Arbeitszeit genauer angeschaut und festgestellt, dass die Verteilung zuungunsten der Patientenarbeit ausfällt (Thanner et al., 2015).

Im Jahr 2011 betrug der zeitliche Aufwand für die Dokumentation noch 86 Minuten am Tag, im Jahr 2019 waren es bereits 119 Minuten, also täglich über eine halbe Stunde mehr (Trezzini et al., 2020). Mit 167 Minuten pro Tag ist diese Last bei den Assistenzärzten weitaus am höchsten. Diese Zunahme an Administrativaufwand im Arbeitsalltag führt beim medizinischen Personal in der Schweiz vermehrt zu einer beruflichen Unzufriedenheit (Trezzini et al., 2020). Auch der Stresslevel stieg in den letzten Jahren bei den Ärzten deutlich an, was durchaus auf die verstärkte administrative Last bei gleichbleibender oder grösserer Anzahl an Patient:innen zurückzuführen ist (Trezzini et al., 2020).

Allerdings wurde diese administrative Last des medizinischen Personals weder konkret systematisch analysiert, noch versucht zu konsolidieren oder effizienter zu gestalten.

Oftmals ist zwar klar, dass der Aufwand stetig zunimmt, aber eine Lösung für das Problem gibt es noch nicht. Auch ist unklar, welche Aufwände für welche Instanz relevant sind und was die gesetzlichen Anforderungen sind. Es ist daher in einem ersten Schritt von besonderem Interesse aufzuzeigen, was diesen administrativen Aufwand überhaupt ausmacht.

1.3 Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Arbeit verläuft in den folgenden Arbeitsschritten: Zu Beginn wird in der Einleitung das forschungsrelevante Problem definiert bevor als nächstes mit der Literaturrecherche begonnen wird. Diese dient dazu, die Grundlagen aufzuarbeiten und der aktuelle Stand soweit als möglich abzubilden. Darauffolgend wird der Stand des Wissens, unterteilt in die verschiedenen Berufsgruppen, dargestellt, um danach die Forschungslücke genauer zu definieren. Im nachfolgenden Teil wird dann die empirische Untersuchung vorgestellt, welche zusammen mit der Literaturrecherche die Beantwortung der Forschungsfrage unterstützen soll. Diese empirische Untersuchung besteht aus diversen explorativen Gesprächen mit mehreren Berufsgruppen. In einer weiteren Phase werden die so generierten Daten gesammelt und ausgewertet. Es wird vor allem angeschaut, aus was der administrative Aufwand besteht und in einem weiteren Schritt versucht, diesen zu kategorisieren. In der letzten Phase wird die Arbeit anhand eines interpretierenden Fazits abgeschlossen und der weitere Forschungsbedarf aufgezeigt.

2 Literaturrecherche

Im nachfolgenden Teil werden die Herangehensweise der Literatursuche und die verwendeten Begriffe und Plattformen näher dargestellt.

2.1 Design

Zur Definition der Forschungslücken wurde als erstes eine Literaturrecherche durchgeführt. Der Begriff Literaturrecherche ist definiert als Zusammenfassung kritisch bewerteter Forschungsergebnisse unter Berücksichtigung eines bestimmten Themas, um eine Forschungslücke beziehungsweise ein Forschungsproblem aufzuzeigen (Polit & Beck 2017).

2.2 Suchstrategie

Die Literaturrecherche fand in den Monaten Januar 2021 bis März 2021 statt. Die Datenbanken, welche hierbei herangezogen wurden, waren PubMed, ResearchGate, Cochrane und per Handsuche Google Scholar.

Als Schlüsselwörter in diesem Prozess wurden die Begriffe „administrativer Aufwand“, „admin waste“, „Spital administrativer Aufwand“, „Aufwand Zunahme“, „hospital workload“, „documentation physician“, „hospital administration“ und „administrative expenses“ verwendet. Zudem wurde die Trunkierung * angewandt um den Begriff „administrativer Aufwand“ zu erweitern und somit bessere Forschungsergebnisse zu erlangen. Die genannten Schlüsselwörter wurden mittels Booleschen Operatoren „AND“ und „OR“ verknüpft. Eine weitere Funktion, welche in diesem Prozess verwendet wurde, waren die sogenannten Medical Subject Headings / Terms (MeSH).

In der Datenbank PubMed wurde folgende Suchstrategie eingesetzt um Ergebnisse zu erzielen: (((nursing workload admin[MeSH Terms]) OR documentation workload)) AND ((((((Attitude of Health Personnel[MeSH Terms]) OR admin workload[MeSH Terms]) OR nursing workload[MeSH Terms]) OR staffing hospital[MeSH Terms]) OR nutrition) OR nourishment)) AND ((healthcare workload[MeSH Terms]) OR admin workload)*

Die Literaturrecherche in den Datenbanken PubMed und Cochrane wurde mit folgender Suchstrategie durchgeführt: (healthcare workload OR admin workload AND time distribution OR time waste hospital OR hospital workload AND administrative OR admin workload)*

Die Handsuche, welche über Google Scholar stattfand, wurde mittels englischer und deutscher Suchstrategie durchgeführt. Die deutsche Suchstrategie umfasste die Begriffe „administrative Belastung“, „Dokumentationspflicht Arzt Schweiz“ und „Aufwand Pflegepersonen“. Für die Handsuche in englischer Form wurden die folgenden Begriffe genannt: „hospital workload“, „administrative waste“ und „documentation hospital“.

Mittels diesen vielfältigen Recherchen konnten gute Ergebnisse erzielt werden. Allerdings erkannten die Autorinnen bereits früh, dass viele Ergebnisse aus internationalen Quellen stammen

und die Resultate aus der Schweiz sehr gering waren. Dies ist ein weiteres Indiz dafür, dass das Thema bislang in der Schweiz nicht oder zumindest sehr wenig untersucht worden ist.

3 Hintergrund und Stand des Wissens

Als erstes werden wir im folgenden Teil anhand der analysierten Literatur versuchen zu klären, was diesen administrativen Aufwand überhaupt ausmacht.

Die Anmeldung der Untersuchungen, das Einholen von Kostengutsprachen, das Schreiben von Arztzeugnissen sowie das Schreiben oder Diktieren von Berichten und die Codierungen, aber auch das Erfassen von Leistungen, Übertragen von Verordnungen, Ausstellen von Rezepten und Ausfüllen von Formularen und Botengänge gehören alle zum Tätigkeitsgebiet eines Arztes beziehungsweise einer Ärztin. Die spitalinternen Schnittstellen aber auch diejenigen zu den Krankenversicherungen und Behörden fordern immer mehr Transparenz, was zu einem Anstieg der Bürokratie führt (Lütolf, 2012). Zudem sind die Informationssysteme, die den Aufwand reduzieren sollten, zu spital- oder sogar abteilungsspezifisch. Dies führt zu einem Mehraufwand beim Transfer und Management von Informationen und verursacht deswegen unnötige Kosten (Lütolf, 2012). Es fehlen spitalübergreifende Standards, die durch aktuelle Technologien zu mehr Effizienz führen. Auch ein wichtiger Faktor ist, dass viele Prozesse seit Jahren immer gleich ablaufen. Diese zu verändern, würde einen enormen Aufwand mit sich bringen (Lütolf, 2012).

Besonders die Assistenzärzteschaft ist von dem steigenden administrativen Aufwand massiv betroffen. Laut einer repräsentativen Umfrage am Inselspital in Bern verbringen sie noch rund einen Drittel ihrer Dienstzeit bei den Patient:innen (Wertli et al., 2017). Dies hat vor allem an den Universitätsspitalern infolge von immer mehr multimorbiden Patient:innen und komplexeren Fällen extreme Ausmasse angenommen. Rund 5.4 Stunden pro Tag verbringen die Assistenzärzte vor dem Bildschirm um Patient:innenverläufe zu schreiben, Berichte zu verfassen oder andere erforderliche administrative Aufgaben zu erledigen (Wertli et al., 2017). Auch Versicherungsanfragen, Codierungen sowie Weiterbildung führen dazu, dass Assistenzärzt:innen öfters vor dem Computer als bei den Patient:innen sind (Wertli et al., 2017). Überdies wird im medizinischen Studium der Fokus nur auf das Erwerben von medizinischen Fähigkeiten gelegt, die Organisation und das Verwalten des administrativen Teils wird überhaupt nicht angegangen (Wertli et al., 2017).

Die Pflegefachkräfte sind ebenfalls stark vom steigenden administrativen Aufwand betroffen. Der grösste zeitliche Aufwand betrifft die Ausformulierung der Patient:innengespräche für die Berichte, welche zuerst nur stichwortartig festgehalten werden. (Urban & Schulz, 2020). In der Schweiz gibt es kaum Untersuchungen oder Informationen, wie der administrative Aufwand die Pflege belastet und welche Arbeiten dies überhaupt sind. Allerdings existieren internationale Untersuchungen, die zeigen, dass eine Pflegefachkraft auf der chirurgischen Station nur 54% ihrer Arbeitszeit für wertschöpfende Arbeiten eingesetzt wird. Dies ist deutlich zu wenig. Gemäss dieser Untersuchung ist der administrative Aufwand also auch bei den Pflegefachkräften eindeutig zu hoch (Upenieks et al., 2007).

Auch die Sekretariate haben einen steigenden administrativen Aufwand. Die häufigen Unterbrechungen bei der Arbeit führen zu erheblicher Ineffizienz, Fehleranfälligkeit und subjektivem Stress. Oftmals sind die Strukturen und Prozesse der Sekretariate heterogen («Lean Administration am Kantonsspital Graubünden», o. J.). Ein Mangel an Übereinstimmung führt dazu, dass unterschiedliche IT-Tools und sonstige Hilfsmittel für identische Aufgaben eingesetzt werden. Wenn durchdachte Standards für die interdisziplinäre Zusammenarbeit nicht gegeben sind oder eingehalten werden, nimmt der Arbeitsaufwand in den Sekretariaten noch weiter zu («Lean Administration am Kantonsspital Graubünden», o. J.).

Zudem verursachen die Patient:innen selber steigenden administrativen Aufwand. Sie wollen vermehrt Auskunft darüber haben, welche Leistungen der Arzt beziehungsweise die Ärztin erbringen und verlangen Einsicht in die Erfolge der Behandlung und deren Wirtschaftlichkeit. Auch immer kürzer dauernde stationäre Aufenthalte treiben die Fallzahlen und somit die zu erledigenden Dokumentationen in die Höhe. Zusätzlich führt das 2012 eingeführte Fallpauschalensystem mit seinen komplexen Berechnungsmethoden zu einem Anstieg der Tätigkeiten, die nichts mit der Behandlung der Patient:innen zu tun haben (Staufer & Staufer, 2011).

Doch nicht alle administrativen Aufwände müssen genau in dem Umfang geleistet werden, wie sie aktuell getan werden. Gleichwohl bestehen einige externe und gesetzliche Richtlinien über die Pflicht zur medizinischen Dokumentation in Spitälern

Die Regelung der medizinischen Berufe erfolgt in der Schweiz über die Kantone. Dabei regelt die kantonale Gesundheitsgesetzgebung die Pflicht zur beständigen Dokumentation der medizinischen Behandlung sowie deren Verlauf (Widmer & Bähler, o. J.). Es wird jedoch nicht klar definiert, in welcher Form die Dokumentation erfolgen muss. Die Kantone Zürich, Bern, Genf und Basel-Stadt haben explizit vorgesehen, dass dies in elektronischer Form geschieht. Die Dokumentation muss die Sachverhaltsfeststellungen (Anamnese und Befunde) sowie die Diagnose und angeordnete Therapieformen beinhalten. Das wiederum beinhaltet nicht nur die Krankengeschichte, sondern auch die Bildgebung (Röntgen, CT, Videoaufnahmen, etc.) und deren Auswertung, sowie Labor-, Untersuchungs- und Operationsberichte und alle weiteren Unterlagen, welche mit der Krankheit des Patienten oder der Patientin in Zusammenhang stehen (Widmer & Bähler, o. J.). Das Ziel der Dokumentationspflicht ist, eine Grundlage zu schaffen, um sämtliche behandlungsrelevanten Entscheidungen nachzuvollziehen und die Überprüfbarkeit der Diagnose und Behandlung auch im Falle eventueller Haftungsfragen sicherzustellen. Das bedeutet, dass die Dokumentation auch zum Schutz der Patient:innen geführt wird. Sie muss nach Abschluss der Behandlung mindestens zwanzig Jahre aufbewahrt werden (*Aufbewahrungsfristen und neues Verjährungsrecht 2020*, o. J.). Ist die Dokumentation für die Gesundheit der Patient:innen von Interesse, ist diese Frist sogar länger angesetzt. Zudem ist wichtig, dass die Dokumentation so geführt wird, dass der Patient oder die Patientin jederzeit Akteneinsicht erhalten kann. Persönliche Aufzeichnungen der Fachpersonen, die nicht unter vorgeschriebene die Dokumentationspflicht fallen, sind hiervon ausgenommen (Widmer & Bähler, o. J.).

Es gibt auch Regelungen, die dafür sorgen, dass Prozesse reibungslos funktionieren. Berichte und Abrechnungen müssen an die Krankenversicherungen gesendet werden, damit die Krankenkassen die notwendigen Informationen erhalten. Hierzu zählen alle Angaben, die es braucht, um Leistungsansprüche beurteilen und Leistungen berechnen zu können, um diese dann zu gewähren. Weiter müssen oftmals Leistungen auch mit anderen Sozialversicherungen koordiniert und Rückgriffsrechte gegenüber haftpflichtigen Dritten geltend gemacht werden. Daten zu Statistikzwecken fallen auch in die Kategorie der notwendigen Informationen, die eine Krankenversicherung benötigt. Dabei haben Vertrauensärzt:innen eine wichtige Position bezüglich Datenschutz (*Rechtliche Grundlagen im medizinischen Alltag*, o. J.).

4 Forschungslücke

Anhand der analysierten Literatur und den daraus gewonnenen Erkenntnissen wird nun die Forschungslücke detaillierter beschrieben.

Die Ergebnisse der Literaturrecherche verdeutlichen, dass noch viel Potenzial besteht, dieses Thema zu untersuchen. Forschungslücken ergeben sich in verschiedenen Bereichen.

Einerseits gibt es sehr wenig Material, welches belegt, dass überhaupt Bemühungen angestellt wurden, um zu untersuchen, aus welchen Tätigkeiten der administrative Aufwand besteht. Dementsprechend gibt es auch wenige Ansätze zur Kategorisierung des administrativen Aufwandes und keine Frameworks, welche als Basis für weitere empirische Untersuchungen dienen können.

Neben den fehlenden Informationen über die Zusammensetzung des Aufwandes, gibt es auch nur vereinzelt (und hauptsächlich im Ausland) Daten zur Einführung von Lösungsansätzen. Es gibt einige Versuche, in deren Rahmen erfolgreiche Pilotprojekte zur Umverteilung des administrativen Aufwandes erfolgreich durchgeführt wurden. Untersuchungen, welche konkrete Frameworks oder Lösungsansätze erstellt haben, sind allerdings meistens sehr spezifisch auf eine bestimmte Klinik oder Region gerichtet. Allgemein gibt es auch wenige konkrete Lösungsansätze, die auf die Behebung des Problems für verschiedene Berufsgruppen im Spital fokussiert.

Eine grosse Forschungslücke zeigt sich spezifisch im Hinblick auf die Erhebung der Last des administrativen Aufwands in Schweizer Spitalern. Obwohl das Thema im Spitalalltag eine grosse Herausforderung darstellt, gibt es nur begrenzte Informationen. Die Herkunft des administrativen Aufwandes und welche Auswirkungen dieser genau auf den Arbeitsalltag der Mitarbeitenden im Spital hat, bleibt bisher unerforscht. Es gibt kaum gesammelte und organisierte Informationen darüber, was alles dazu führt, dass zum Beispiel die Ärzteschaft und die Pflegenden schon fast die Hälfte der Arbeitszeit für administrative Arbeiten aufwenden. Obwohl einige Quellen die Auswirkung des hohen administrativen Aufwands für das medizinische Personal belegen, bleibt die Seite der Verursachung bisher ziemlich unbeleuchtet. Diese Forschungslücke ist der Ausgangspunkt, um in dieser Arbeit die Art der administrativen Tätigkeiten und den administrativen Aufwand zu erfassen und zu kategorisieren. Es ist klar zu sehen, dass es ein Problem darstellt, von dessen Lösung das System noch weit entfernt ist. Deshalb wird in dieser Arbeit als Hauptforschungsfrage untersucht, aus was der administrative Aufwand besteht, der das medizinische Personal von den Patientenbetten fernhält.

5 Methode

Im nachfolgenden Kapitel wird die Methode der Datenerhebung genauer beschrieben. Diese Arbeit ist als qualitative Studie angelegt. Die Datenerhebung erfolgt mittels explorativer Interviews mit Personen unterschiedlicher Funktionen. Das Ziel ist es, den aktuellen Stand bezüglich des administrativen Aufwands in den Schweizer Spitälern zu erfassen.

5.1 Auswahl der Interviewpartner

Die explorativen Interviews wurden mit Personen und Berufsgruppen durchgeführt, die konkret mit dem steigenden administrativen Aufwand konfrontiert sind. Die Gespräche erfolgten mit Assistenzärzt:innen, Ärzt:innen, einer Klinikmanagerin, einer leitenden Pflegefachkraft, administrativ tätigen Mitarbeitenden aus dem Finanz- sowie dem Tarifbereich, einem Mitglied der Geschäftsleitung eines Spitals und einem externen Management-Experten für das Gesundheitswesen. Die Kontakte wurden teilweise von den Autorinnen selber hergestellt oder ansonsten via Betreuer dieser Arbeit vermittelt.

5.2 Zielsetzung

Das Ziel der Gespräche ist vorrangig, diejenigen Tätigkeiten zu ermitteln, welche den administrativen Aufwand verursachen. Dann ist es auch wichtig zu erfahren, wie stark die Belastung durch den steigenden administrativen Aufwand und die konkreten Tätigkeiten für die einzelnen Personen und Berufsgruppen ist.

5.3 Methodik

Die Durchführung der Gespräche lehnt sich an die Methodik von Scholl (2018). Die Vorgehensweise zur Erarbeitung der Daten ist in Abbildung 1 dargestellt und wird in den folgenden Unterkapiteln ausformuliert.



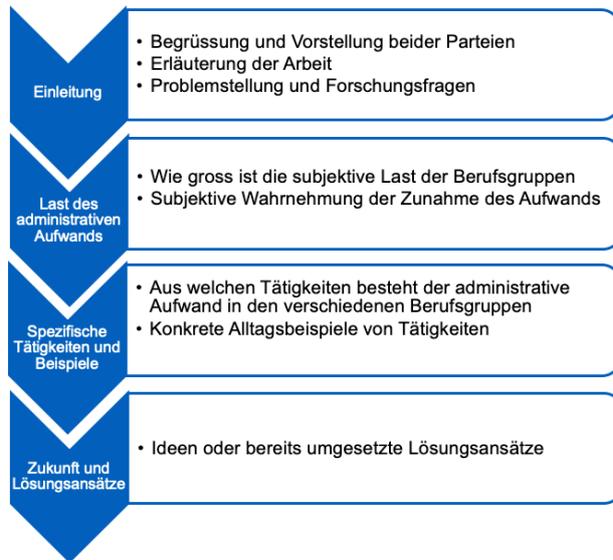
Abbildung 1 Vorgehensweise zu den Gesprächen (eigene Darstellung)

5.3.1 Vorbereitungen

Bei dieser Studie handelt es sich um eine qualitative Untersuchung. Eine qualitative Datenerhebung kann durch verschiedene Methoden erzielt werden. Anhand der Theorie von Brosius et al. (2009) wurde analysiert, welche Methode für diese Forschungsarbeit am besten geeignet erscheint. Die Entscheidung fiel auf das explorative Gespräch. Einerseits kann die interviewte Person frei erzählen und andererseits können besondere Themen mit spezifischen Fragen vertieft werden. Auch zu den Vorbereitungen gehört eine Reflektion der Forschungsfragen und der

Literaturrecherche. Daraus sind die folgenden Themenblöcke und der ungefähre Ablauf der Gespräche entstanden. Die Themenblöcke sind in Abbildung 2 dargestellt.

Abbildung 2 Aufbau der Gespräche (eigene Darstellung)



5.3.2 Generierung

In diesem Schritt wurden vorgängig zu den Gesprächen in den einzelnen Themenblöcken Fragen definiert, die als Vertiefung zur Beantwortung der Forschungsfragen dienen sollen. Diese Fragen wurden jeweils spezifisch auf die Fachperson beziehungsweise Berufsgruppe angepasst, so dass die Gespräche individuell waren und nicht mit allen Personen die gleichen Themen 1:1 behandelt wurden.

5.3.3 Validierung

Bevor es zur Durchführung der Gespräche kam, wurde der komplette Fragebogen für jedes Gespräch in der Gruppe besprochen und entsprechend überarbeitet, bis alle Autorinnen einverstanden waren. Dieser diente dann als Leitfaden beim Gespräch, war jedoch nicht abschliessend.

5.3.4 Durchführung

Die Gespräche fanden alle virtuell statt. Sie wurden in Mundart gehalten und aufgezeichnet. Es wurde keine direkte Transkription erstellt. Hingegen wurden zusätzlich zu den Videoaufnahmen während des Gesprächs Notizen gemacht, um die wichtigsten Informationen direkt schriftlich verfügbar zu haben.

5.3.5 Analyse

Anhand der Videoaufnahmen und den Gesprächsnotizen wurden anschliessend die wichtigsten Informationen entnommen und diese sinnvoll in Bereiche gegliedert. Im Kapitel *Zusammenfassung der Ergebnisse* wurden diese dann zusammengefasst, die verschiedenen Bereiche des Aufwands kategorisiert und diese anschliessend auch analysiert.

6 Ergebnisse der Interviews

Um einen Überblick über den aktuellen Stand des administrativen Aufwands in Schweizer Spitälern zu erhalten, wurden verschiedene Berufsgruppen in Spitälern befragt und Gespräche mit elf verschiedenen Personen geführt. Die Ergebnisse dieser Gespräche werden nun untenstehend detaillierter ausgeführt.

Die Interviews zeigten, dass sich die administrativen Tätigkeiten in den verschiedenen Berufsgruppen überschneiden. Deshalb wurden die Ergebnisse nach Art des Aufwands kategorisiert. Das folgende Diagramm verschafft einen Überblick über die einzelnen Kategorien, die in den weiteren Abschnitten genauer erläutert werden. Die Darstellung ist im Anhang in Grossformat ersichtlich.

Des weiteren werden in den Expertengesprächen Gefahren durch die hohe Last des administrativen Aufwands diskutiert und die in sämtlichen Gesprächen generierten Lösungsansätze zusammenfassend dargestellt.

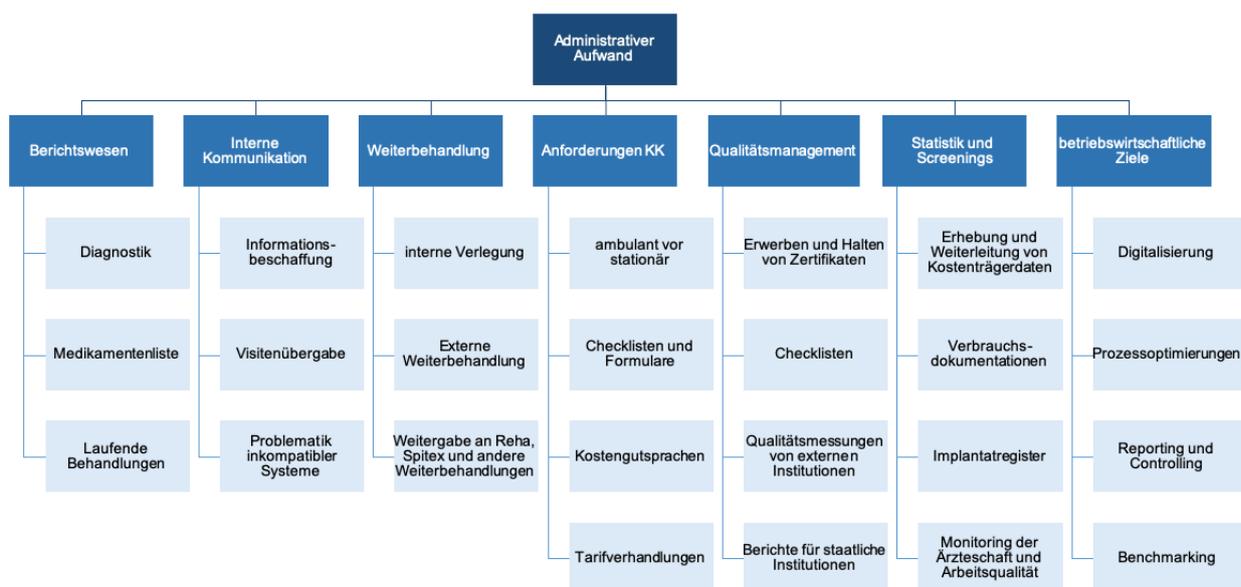


Abbildung 3 Kategorisierung des erfassten Aufwands (eigene Darstellung)

6.1 Berichtswesen

Am meisten Zeit im administrativen Bereich braucht bei der Ärzteschaft und den Pflegefachkräften eindeutig das Berichtswesen.

Dies beginnt bei der Aufnahme eines neuen Patienten oder einer neuen Patientin. Meist müssen zuerst relevante Berichte zur Vorgeschichte sowie eine aktuelle Medikamenten- und Diagnose-liste zusammengetragen werden. Dazu zählen auch die Berichte von Operationen, diversen Zusatzuntersuchungen und bildgebenden Abklärungen wie Röntgen, MRT, CT, etc. Nicht nur für das Zusammentragen dieser Unterlagen, sondern auch für die Prüfung ihrer Relevanz und Aktualität muss Zeit investiert werden, um die Behandlung auf dem aktuellen Stand aufbauen zu

können. Vorwiegend geschieht dies, weil in der Schweiz kein einheitliches zentrales System existiert und oftmals auch innerhalb eines Kantons mit verschiedenen Systemen gearbeitet wird.

Beim stationären Eintritt wird die aktuelle Medikamentenliste des Patienten beziehungsweise der Patientin mit den im Spital vorhandenen Medikamenten abgeglichen. Da Spitäler beispielsweise einen anderen Hersteller des gleichen Wirkstoffes haben, als der Patient bis anhin einnimmt. Dies muss sehr genau gemacht und auf mögliche Medikamenteninteraktionen geprüft werden. Eine Falscherfassung könnte zu verheerenden Folgen führen. Dementsprechend ist gerade hier präzise Arbeiten sehr wichtig, das zuständige Fachpersonal als Zeitfresser wahrnimmt.

Der Behandlungsverlauf wird primär im Klinikinformationssystem dokumentiert und ist wichtig für die Nachvollziehbarkeit sowie als Absicherung (auch aus rechtlicher Sicht). Es gilt der Grundsatz, dass alles was aufgeschrieben wurde, auch gemacht worden ist. Diese Dokumentation ist auch wichtig für den Informationstransfer zwischen den praktizierenden Ärzt:innen. Zu diesem Punkt wird im folgenden Abschnitt der internen Kommunikation genauer eingegangen. Bei dieser Verlaufsdocumentation bleibt es dann aber nicht, sondern sie muss als separater Ein- und Austrittsbericht verfasst werden. So werden auch Operationsberichte separat geschrieben. Weiter werden auf Basis dieser bereits erfassten Informationen für Kostengutsprachen, Überweisungsschreiben usw. wieder neue eigenständige Berichte verfasst. Zum Teil muss der Verlauf für die Pflege nochmals separat ausgeführt werden, da die Klinikinformationssysteme nicht kompatibel sind oder sie keinen Zugriff auf diese Dokumente haben. So entstehen in der Verlaufsdocumentation Mehrspurigkeiten, die einen grossen Aufwand ausmachen. Zudem müssen für diverse in der Anzahl zunehmender Register, wie beispielsweise die Tumor- oder Implantatregister, die Informationen neu aufbereitet und erfasst werden müssen. Um die Behandlung mit der Versicherung abzurechnen, müssen die Leistungen dann nochmals separat codiert und erfasst werden. Versicherungen akzeptieren dies zum Teil nicht, es werden Rückfragen gestellt und das Ausfüllen von Fragebögen gefordert, indem der Arzt oder die Ärztin den Verlauf und die Behandlung nochmals darstellen, begründen und rechtfertigen muss.

Für die Pflegefachkräfte generiert das Schreiben von Berichten ebenfalls den grössten administrativen Aufwand. So folgt auf einen halben Arbeitstag bei den Patient:innen ein halber Arbeitstag im Büro zum Schreiben von Berichten. Darin muss praktisch jeder Handgriff dokumentiert und begründet werden, was zur Nachvollziehbarkeit, zum Informationstransfer sowie zur rechtlichen Absicherung dient. Insbesondere fordern Versicherungen dies so, da sonst die Leistungen nicht vergütet werden. Einen ebenfalls grossen Teil des Aufwands entsteht durch das Ausfüllen unzähliger Formulare zur Einschätzung (zum Beispiel für die Wundeinschätzung, Mangelernährung, Adipositas) als Hilfsmittel für Pflege und Pflegeexperten. Zusätzlich führt das Pflegepersonal für den Arzt beziehungsweise die Ärztin zur Sicherheit eine ausführliche Liste mit gemeldeten Vorfällen oder auffälligem Verhalten, welche während der Pflege der Patient:innen auftauchen (wie beispielsweise Suizidgedanken oder Beleidigung der Pflegefachkraft). Diese Informationen werden häufig von der Pflege zur Weiterleitung an die Ärzteschaft aufgenommen, da sie mehr Zeit

am Patientenbett verbringen als ein Arzt beziehungsweise eine Ärztin und somit einen tiefergehenden Patient:innenkontakt erfahren. Einen weiteren Teil stellen Arbeiten dar, welche den Arzt oder die Ärztin in seiner Tätigkeit unterstützen oder entlasten. Dies kann beispielsweise das Abklären von Medikamentenlisten oder ähnlichem sein.

Der grösste Aufwand entsteht beim Sekretariat ebenfalls durch das Berichtswesen. Die (internen) zeitlichen Vorgaben, beispielsweise durch die Codierungsabteilung, führen dazu, dass für Austritts- und Behandlungsberichte ein Zeitdruck besteht. Dieser resultiert aber auch aufgrund von externen Anforderungen. Beispielsweise sollte der Bericht möglichst schnell beim Hausarzt beziehungsweise der Hausärztin oder anderweitig weiterbehandelnden Personen ankommen, um eine möglichst effiziente Behandlungskette fortzuführen.

6.2 Interne Kommunikation

Wie bereits im Berichtswesen angesprochen verursacht der Schichtwechsel sowohl bei den Pflegefachkräften als auch bei der Ärzteschaft einen grossen Teil des Aufwands. Dabei ist es wichtig, dass die Informationen, die den aktuellen Status eines Patienten und allfällige Behandlungsvorgehen oder Eigenheiten betreffen, möglichst detailliert sind, um Fehler, Doppelspurigkeiten in der Behandlung oder andere Probleme zu vermeiden. Diese Kommunikation erfolgt nicht nur schriftlich, sondern es wird auch mündlich über den Behandlungsvorgang informiert. Das Wichtigste muss sofort klar sein und nicht erst beim Einlesen in den jeweiligen Fall erkannt werden muss.

Durch den Zeitdruck wird die mündliche Kommunikation jedoch auf das Notwendigste beschränkt. Weitere Informationen und solche die erst während der Arbeit auffallen, dass sie relevant sind, müssen dann zusammengesucht werden. Dies ist nicht immer einfach und oft zeitaufwändig, da sowohl die Pflege als auch die Ärzte die relevanten Informationen aus der minutiösen Dokumentation oder den vielfältigen Berichten herauslesen müssen. Die Pflege und Ärzt:innen haben meist nicht den Zugriff auf das System des anderen und die verantwortlichen Fachpersonen sind nicht immer sofort für die Informationsauskunft erreichbar, wodurch die Behandlung nicht effizient fortgesetzt werden kann.

6.3 Organisation der Weiterbehandlung

Falls nach einer Behandlung noch weitere Schritte zur Genesung nötig sind, geschieht dies oft auf zwei Wegen: Entweder durch eine interne Verlegung oder durch die Weitergabe des Patienten oder der Patientin an betreuende Organisationen oder externe Ärzte.

Wird der Patient oder die Patientin intern auf eine andere Station verlegt, so geschieht dies im administrativen Bereich oftmals nicht reibungslos. Insbesondere, falls die vorherige Station die IPS (Intensivstation) ist, da dort in den meisten Fällen mit einem anderen System oder in Papierform gearbeitet wird. Das führt dazu, dass die Pflegefachkräfte und Ärzt:innen einen Mehraufwand im administrativen Bereich haben. Die neue Abteilung muss dann einen neuen Fall

eröffnen und die Daten ins System einpflegen. Dies birgt eine grosse Fehlerquelle, da bei der Übergabe schnell etwas vergessen werden kann. Oftmals muss der Arzt oder die Ärztin auch zuerst herausfinden, welche Medikamente und Zugänge ein Patient hat, bevor die weitere Behandlung angegangen und angeordnet werden kann.

Auch die Weiterverlegung eines Patienten oder einer Patientin zur Genesung wie beispielsweise in eine Kur- oder Rehabilitationsklinik führt zu einem Aufwand im Spital. Es gibt viele Patient:innen, die nach einem Spitalaufenthalt weitere Betreuung zu Hause oder einen Reha-Aufenthalt benötigen. Deshalb muss vor dem Austritt noch einiges geregelt werden. In vielen Fällen organisieren die Pflegenden einen Reha-Platz. Sie suchen einen freien Platz in einer passenden Rehaklinik, wenn kein Sozialdienst oder Sekretariat dafür zuständig ist. Oftmals muss dieser Platz schon Tage vor dem eigentlichen Spitalaustritt reserviert werden, da diese Kliniken sehr ausgelastet sind. Es gibt allerdings kein einheitliches System, in welchem freie Reha-Plätze mit einem Blick ersichtlich sind. Deshalb muss die Pflegefachkraft in den meisten Fällen mehrere Telefonate führen und immer wieder nachfragen, ob ein Platz verfügbar oder frei geworden ist. Dies führt zu zusätzlicher Bürozeit für die Pflegekraft, welche sie nicht für ihre Kerntätigkeiten nutzen kann.

Aber auch für die Organisation der Spitex Betreuung oder Nachkontrolle beim Hausarzt beziehungsweise der Hausärztin nachdem dem Spitalaustritt, ist oft die Pflegefachkraft zuständig. Da geht es zwar häufig schneller, aber der Aufwand ist trotzdem nicht unerheblich.

Weiterbehandlungen durch externe Ärzte werden teilweise auch von den behandelnden Ärzten organisiert.

6.4 Anforderungen der Krankenkassen

Die Anforderungen, welche die Krankenkassen stellen, sind oftmals von Kasse zu Kasse unterschiedlich. Einheitlich ist aber, dass der Aufwand vor allem beim medizinischen Personal entsteht. Der geforderte Dokumentationsumfang verursacht einen grossen Teil des zeitlichen Aufwands, welcher fürs Schreiben von Berichten und Protokollen sowie das Beantworten von fallspezifischen Fragen aufgewendet wird. Die detaillierten Vorgaben stammen daher, dass eigentlich jede Art von Patient:inneninteraktion mit einer Begründung aufgeführt werden muss, denn die Krankenkassen bezahlen nur, was sie nachvollziehen können. Dieser Aufwand ist vor allem bei der Pflege und den (Assistenz-)Ärzt:innen zu spüren. Die Angaben müssen zeitnah eintreffen, damit eine vollständige Verrechnung erfolgen kann. Des Weiteren müssen alle Leistungen von Anfang an im Bericht und der Abrechnung enthalten sein, da im Nachhinein nichts mehr hinzugefügt werden kann. Es gibt dabei aber auch Unterschiede zwischen den Kassen, da einige systematisch alles einfordern, ohne dass es die Kostenübernahme beeinflusst, während andere nur gezielt nachfragen.

Um eine Kostengutsprache zu erhalten, müssen neben den grundlegenden Dokumentationen zum Teil auch Checklisten und Formulare von den Ärzten ausgefüllt werden. Oftmals kommen

dann wieder Rückfragen oder die Kostenübernahme. Auch bei der Verschreibung von Medikamenten kommt es nicht selten zur Ablehnung, gegen welche dann argumentiert werden muss. Zur Argumentation muss der Arzt beziehungsweise die Ärztin sehr genau begründen, weshalb ein Patient dieses Medikament braucht, obwohl es (billigere) Alternativen mit einer ähnlichen Wirksamkeit gibt. Der nächste Problempunkt besteht darin, dass der Vertrauensarzt der Krankenversicherung oft schwer erreichbar ist und der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin immer wieder versuchen muss, diesen zu erreichen. Der Fall kann somit nicht geklärt oder abgeschlossen werden und alle folgenden Schritte werden hinausgezögert.

Aber auch im administrativen Bereich eines Spitals verursachen die Vorgaben und Forderungen der Krankenkassen einen beträchtlichen Anteil des Aufwands. Schon die Tarifverhandlungen eines Spitals mit jeder einzelnen Kasse ist sehr zeitraubend und endet auch schon mal vor Gericht. Neben den zeitlichen Einbussen kommen hier auch hohe finanzielle Aufwände für das Spital (als auch die Kassen) hinzu.

Die Regelung «ambulant vor stationär» und die generell immer kürzer werdende Aufenthaltsdauer eines Patienten oder einer Patientin führt dazu, dass in der gleichen Zeit immer mehr Patient:innen behandelt werden. Dies wiederum führt zu mehr administrativem Aufwand durch mehr Verrechnungen von Kosten. So erfordert das Abrechnen mit dem TARMED System viel Zeit, da für jede Behandlung die korrekten Tarife zusammengetragen werden müssen. Ausserdem kommt bei der Abrechnung nach TARMED und swissDRG hinzu, dass die Ärzte oft noch auf die Systeme geschult werden müssen, damit sie tatsächlich alle Leistungen erfassen. Eine unkorrekte Handhabung dieser Systeme kann zu grösseren Einbussen in den Erträgen einzelner Kliniken führen.

6.5 Qualitätsmanagement

Es gibt verschiedene Anforderungen aus regulatorischen Gründen, wie beispielsweise das Implantatregister. Darin wird jede Operation beziehungsweise jedes Implantat erfasst (Nummer, Hersteller etc.) so kann unter anderem nachverfolgt werden welche Implantate geeigneter sind, welche länger gut erhalten bleiben im Körper und welche Firmen gute und weniger gute Hersteller sind. Neben dem Implantatregister gibt es noch viele andere Register für bestimmte schwerwiegende Krankheiten. Ein Beispiel ist das Krebsregister, in welchem jeder entdeckte Tumor erfasst wird. Auch gibt es für viele Infektionskrankheiten eigene Register wie zum Beispiel Tuberkulose, HIV und SARS-COV-2.

Ein Punkt im Qualitätsmanagement, der zu administrativem Aufwand bei der Ärzteschaft und Pflege führt, ist das Ausfüllen von unzähligen Formularen zur Sicherstellung von Zertifizierungen bezüglich des Qualitätsmanagements eines Spitals. Zur Qualitätswahrung gibt es gewisse Anforderungen an ein Spital, um dann bestimmte Zertifikationen zu erhalten. Diese werden regelmässig überprüft und erneut vergeben. Die Überprüfung und Vergabe erfolgen durch das BAG, den Kanton oder ähnliche Stellen und Institutionen. Die Formulare spielen eine wichtige Rolle

bei der Erneuerung der Zertifizierungen, da ohne diese ein Spital das Qualitätssiegel verliert. Die Qualifikation zum Erhalt solcher Zertifikate verursacht administrativen Aufwand für die Ärzteschaft, Administration und aber auch die Geschäftsleitungen. Auch spitalintern gibt es Bestrebungen, immer wieder neue Zertifikate zu erreichen und diese Vorzuweisen. Die Bestrebung nach solchen Zertifikaten kommt oft von Ärzt:innen. Sie informieren, welches Zertifikat besonders vorteilhaft für das Spital wäre und unterbreiten anschliessend der Klinikleitung verschiedene Vorschläge mit einer Ausführung über die Kosten und Aufwände dafür. Die abschliessende Nutzen-Aufwand-Kosten Prüfung und der Entscheid über die Aneignung des Zertifikates liegt bei der Geschäftsleitung.

6.6 Statistik und Screenings

Zusätzlich zu den bereits erwähnten Berichten werden interne Statistiken geführt, welche zum Beispiel die Verbrauchsdokumentation (Materialien etc.), die Dokumentation von Behandlungsdauer (OPs) und das Monitoring der Leistungen der Ärzte beinhalten.

Diese Dokumentation, welche Medikamente und Materialien verwendet wurden, ist aufwändiger als früher. Dies liegt vor allem an der Verschiebung zum ambulanten Bereich, da dort alles über 3.- CHF verrechnet werden kann. Das führt zur Forderung seitens administrativer Stellen, dass im ambulanten Bereich alles in diesem Wertebereich einzeln erfasst wird, um es anschliessend weiter verrechnen zu können. Im stationären Bereich ist es unterschiedlich, je nach Station wird der Verbrauch mehr oder weniger detailliert erfasst. Die interne Statistik über Behandlungen (inklusive Materialverbrauch) werden auch an die swissDRG weitergeleitet. Diese zieht die Statistiken aus der ganzen Schweiz zusammen und entscheidet dann auf deren Basis über neue Tarife. Ein Beispiel hierzu sind Operationen am Knie. Es werden alle Fälle angeschaut und die Durchschnittskosten der Operation berechnet, welche dann allenfalls zu Tarifänderungen führen.

Eine weitere Tätigkeit, die vor allem zum administrativen Aufwand der Assistenzärzt:innen führt, ist die Datenerhebung durch Screenings. Diese Erhebung dient der Forschung. In diesem Bereich wird der Aufwand meistens unbedacht verteilt. Eine bessere Lösung von Seite der Ärzte wäre es, die Forschung und das Patient:innenmanagement zu trennen oder zumindest eine gute Koordination zu schaffen. Dies würde nicht nur den administrativen Aufwand des Assistenzarztes oder Assistenzärztin mindern und er/sie könnte zu seinen Kerntätigkeiten zurückkehren, sondern es könnten auch neue Arbeitsplätze geschaffen werden.

Ein dritter Bereich der internen Statistik ist das Monitoring der Arbeitsqualität der Ärzteschaft. Dies führt sowohl bei den Ärzt:innen, welche vom Monitoring betroffen sind, zu administrativem Aufwand zur Dokumentation ihrer Arbeit, als auch für die Chefärzte. Denn diese sind meistens im Analyseprozess der Arbeitsqualität integriert und müssen deshalb die Leistungen und deren Qualität überprüfen und die Daten weiterverarbeiten.

6.7 Betriebswirtschaftliche Ziele

Nicht nur die Arbeiten im direkten Zusammenhang mit der Behandlung eines Patienten beziehungsweise einer Patientin oder Anforderungen von externen Institutionen führen zu administrativem Aufwand. Auch interne Ziele können Aufwand für die Berufsgruppen mit direktem Patient:innenkontakt verursachen. Neben qualitativem Monitoring laufen ständig auch weitere Monitoring Prozesse, um die Erreichung ökonomischer Ziele sicherzustellen. Denn in der heutigen Zeit müssen Spitäler für ihre Daseinsberechtigung längst nicht mehr nur Patient:innen versorgen, sondern auch ökonomisch handeln. Diverse Schliessungen von kleineren Spitälern in einzelnen Kantonen zeigen dies exemplarisch auf. Dazu müssen Prozesse ständig beobachtet und überarbeitet werden. Teils werden hierzu externe Partner hinzugezogen. Allerdings führt dies oft zu grösserem Aufwand, gerade für die Ärzte und das Pflegepersonal, den nun müssen sie ständig noch ihre Effizienz mit schriftlichen Erfassungen ausweisen. Oft werden dann Schritte eingeführt, die in der Praxis aber leider nicht so umsetzbar sind und zu noch mehr Aufwand für die vorher genannten Berufsgruppen führen. Deshalb wünschen sich diese oft, dass ihre Meinung stärker in diese Optimierungsprozesse eingebunden wird, damit diese Prozesse dann auch im Arbeitsalltag sinnvoll und effizient sind.

Für die Spitalverwaltung stellt das Reporting und Controlling einen beachtlichen Teil des administrativen Aufwandes dar. In einigen Beispielen wird sogar ungefähr eine Arbeitsstelle nur für das Finance-Reporting benötigt. Dies kommt daher, dass zunehmend mehr Gremien Interesse an den Daten haben. Denn nicht nur der Bund, die Kantone und der Verwaltungsrat haben Ansprüche, sondern zum Beispiel auch politische Parteien oder der Spitalverbund.

Mit Abstand am meisten Nennungen im Zusammenhang mit dem administrativen Aufwand (sowohl bei den medizinischen als auch den administrativen Berufsgruppen) galt der Digitalisierung. Oder genauer dem Mangel an einheitlichen digitalen Lösungen und einer gut ausgebauten Infrastruktur. Das langsame Voranschreiten der Digitalisierung im Schweizer Gesundheitswesen wirkt sich auch auf die Spitäler aus und ist ein grosser Faktor bezüglich der Schnittstellenproblematik zwischen einzelnen Abteilungen in einer Klinik oder zwischen Kliniken. Da es keine einheitlichen Vorgaben gibt und nicht nur jeder Kanton, sondern auch viele Spitäler eigene Vorgaben und Lösungen verwenden, entwickelt sich diese Problematik nur langsam in der Schweiz. Einheitliche – oder kompatible – IT-Systeme würden sich positiv auf den administrativen Aufwand auswirken. Dies ist in der Schweiz aber gemäss aktuellem Stand noch eher weit entfernt.

6.8 Gefahren der hohen Last des administrativen Aufwandes

Abgesehen von den Kosten, die durch den vermehrten administrativen Aufwand anfallen und der steigende Zeitdruck bei der Behandlung der Patient:innen gibt es auch noch weitere Gefahren, die entstehen können. Einerseits entsteht die Problematik von einem sich noch verstärkenden Fachkräftemangel. Die Ärzteschaft und das Pflegepersonal wird durch die vielen administrativen Anforderungen von ihrer Kerntätigkeit ferngehalten. Dies führt zu Unzufriedenheit und

allenfalls auch zum Berufsausstieg. Vor allem bei den Assistenzärzt;innen führt dies zu einem grossen Unbehagen, da ein Grossteil der administrativen Aufgaben auf sie zurückfällt. Ebenfalls ein Problem, das daraus resultiert, ist das Misstrauen in die Führung. Diese wird oft als "blind" wahrgenommen und die Einbringungen und Vorschläge der Mitarbeitenden werden zu wenig wahrgenommen und miteinbezogen. Ein konkretes Beispiel dabei ist die Einführung eines neuen Systems auf der Intensivstation um abzubilden, wie schwer krank diese Patient:innen sind. Dieser Score wurde dann einprogrammiert ohne jemals mit den (Assistenz)Ärzt:innen angeschaut zu haben. Als Resultat entstand dann eine Eingabemaske, die so nicht alltagstauglich war. Dies aufgrund von beispielsweise falschen Einheiten der Medikamente, die in anderen Werten gemessen werden und dementsprechend auch nicht so eingetragen werden können. Auch das interprofessionelle Zusammenarbeiten und Vernetzungen werden oft zu wenig ausgeschöpft und somit geht da viel Potenzial zur Vereinfachung von Prozessen und Informationsflüssen verloren.

Ein ebenfalls wichtiges Problem findet sich im Berichtswesen, verursacht durch den Zeitmangel aufgrund des administrativen Aufwands und der Überzeitregelungen für Ärzte. Der Bericht des Patienten oder der Patientin, welcher dem Arzt beziehungsweise der Ärztin vorliegt, ist zwar der aktuellste, jedoch kann es sein, dass er nicht vollständig ist. Die Unvollständigkeit rührt oft daher, dass eventuell wichtige Informationen weggelassen wurden, welche vom Schreibenden als nicht genug wichtig beurteilt wurden, um sie genauer auszuführen. Der Verzicht auf einen detaillierten Bericht hat häufig zeitliche Gründe. Dieser Zeitdruck kann aber auch dazu führen, dass bei einer spitalinternen Übergabe wichtige Informationen vergessen gehen oder die gesamte Übergabe zu oberflächlich erfolgt. Durch das Fehlen einer einheitlichen Strukturvorgabe im Berichtswesen entscheidet jeder Fach- und Kaderarzt oder -ärztin selbst, wie er oder sie es gerne hätte. Das führt zu einem erhöhten Aufwand, da jeder neue Assistenzarzt und jede neue Assistenzärztin herausfinden muss, was der Oberarzt möchte und Berichte eventuell mehrmals überarbeitet werden müssen. Oft ist auch das Bild von guten Assistenzärzt;innen dadurch geprägt, wie zufriedenstellend jemand den administrativen Teil des Jobs erledigt, statt am Patient:innenwohl beziehungsweise der Behandlungsqualität zu messen.

Der hohe Turnover der Patient:innen durch die moderne Medizin und verbesserte Behandlungsmöglichkeiten führt im administrativen Bereich trotz Digitalisierungen wieder zu vermehrter Ineffizienz da es mehr Patient:innen zu erfassen und dokumentieren gibt. Des Weiteren könnten bei einem weiteren Vorantreiben von individuellen Lösungen zur Digitalisierung die Herausforderungen bei der Zusammenarbeit mit verschiedenen Systemen steigen. Die dadurch resultierenden Kosten können eine Gefahr für die Spitäler darstellen, denn Unwirtschaftlichkeit kann in der heutigen Zeit und je nach kantonaler Strategie auch zum Aus oder einer Umnutzung für Kliniken führen wie es im Kanton St. Gallen erst gerade der Fall war.

6.9 Vorgeschlagene Lösungsansätze

In allen Spitalern, mit denen wir Gespräche geführt haben, gibt es bereits vereinzelt Lösungsansätze oder Ideen wie dem steigenden administrativen Aufwand entgegengewirkt werden kann oder könnte.

Beispielsweise gibt es dazu in einem Zürcher Spital diverse Projekte. Eines davon ist die Vereinfachung der Rechnungsschreibung im ambulanten Bereich. Da wird mittels "Behandlungsblöcken" gearbeitet, damit nicht jede TARMED Position einzeln erfasst werden muss. Dazu wurde geschaut, welche Tarifpunkte im jeweiligen Fachbereich üblicherweise anfallen und diese werden nun nach der Behandlung mittels Fragebogen vom Arzt beziehungsweise der Ärztin erfragt. Dessen Ergebnis setzt dann direkt die Abrechnung zusammen. Jedoch gibt es immer noch eine enorme Zahl an Systemen und Applikationen, die ohne Schnittstellen zueinander im Einsatz sind. Das Endziel dieses Spitals ist es, dass die Dokumentation nur einmal gemacht werden muss, und alles ohne manuelle Handarbeit und Papierbögen in denselben Bericht eingespeichert wird.

Eine weitere mögliche Option zur Verringerung der Last beim medizinischen Personal wäre die Schaffung einer Stabstelle, die bei Dokumentationen oder Aufbereitungen der Daten für Statistiken oder Zertifizierungen unterstützen würde. Oder eine Stelle, die eng in das Behandlungsteam eingebunden wird und dieses entlastet. Ein solches Projekt wurde in Irland bereits erfolgreich durchgeführt. Die Ergebnisse zeigten nicht nur eine Verbesserung der Effizienz, sondern auch eine deutliche Zunahme der Arbeitszufriedenheit der Mitarbeitenden im medizinischen Bereich. Eine weitere Möglichkeit, das medizinische Personal zu entlasten, wäre aber auch der Erhalt und Ausbau von personalisierten Kliniksekretariaten. Diese sind effizienter, da die Organisation und Abläufe auf die Klinik individualisiert werden können. So würde dann die Möglichkeit bestehen, beispielsweise die Organisation von Zusatzuntersuchungen an ein solches Sekretariat zu delegieren, statt, dass ein Arzt beziehungsweise Ärztin oder eine Pflegefachkraft dies koordinieren muss. Daher ist ein Pool Sekretariat, welches nicht klinikspezifisch arbeitet, eher nicht zukunftsgerichtet.

Eine einheitliche Struktur beim Berichtswesen würde auch zu verringertem administrativem Aufwand führen, da die Grundlagen beispielsweise bereits im Studium gelernt werden könnten. Auch das Lesen eines bestehenden Berichts wäre dadurch effizienter, da man ohne grosses Suchen oder Überlesen von wichtigen Informationen wüsste, wo im Bericht etwas steht.

Die bereits bei den Gefahren erwähnte interdisziplinäre Zusammenarbeit ist ebenfalls wichtig, um Lösungsansätze sowohl für die medizinische Diagnosestellung zu finden und um die administrative Last zu reduzieren. Ebenfalls wären zahlreiche Digitalisierungsprojekte notwendig, bei denen es aber wichtig ist, die Ärzt:innen und Pflegefachkräfte einzubeziehen, um bestmögliche Lösungen zu finden. Generell würde ein einheitliches Klinikmanagementsystem, welches nicht in jedem Spital ein anderes ist, die Einarbeitung in einem neuen Spital um einiges erleichtern

und auch Fehler durch Unsicherheiten in der Bedienung verhindern. Auch ein wichtiger Faktor besteht darin, Service Design Mitarbeitende beim Erstellen von neuen Systemen und Prozessen einzubeziehen.

Die ebenfalls bereits erwähnten Spital Zusammenlegungen machen eine Vorhersage eher schwierig, welche Spitäler im nächsten Jahrzehnt noch bestehen bleiben und welche verschwinden werden. Diese Entwicklung könnte allerdings zum Vorantreiben von einheitlichen Systemen sorgen.

Ein kleines Beispiel einer klinikübergreifend einführbaren Software ist das Schreibhilfeprogramm. Da kann vom Arzt oder der Ärztin oder anderen medizinischen Personen der Bericht diktieren werden und mittels künstlicher Intelligenz wird dieser dann vom Programm in schriftliche Form gebracht, statt manuell am PC eingetippt zu werden. Durch die künstliche Intelligenz lernt die Software beispielsweise auch mit Dialekten oder Aussprachen umzugehen und versteht so die Person immer besser. Danach muss der Bericht nur noch kontrolliert, statt komplett geschrieben werden.

Die IT-Infrastruktur wie beispielsweise genügend starke Server, gutes Datenbankmanagement und userfreundliche Applikationen ist im Allgemeinen ebenfalls ein wichtiger Lösungsbringer in der Zukunft.

Auf Patient:innenseite wäre eine Möglichkeit den Aufwand zu verringern, dass beispielsweise die Medikamentenliste auf der Krankenkassenkarte gespeichert wird. Somit hat der Patient oder die Patientin die aktuelle Liste immer mit dabei. Dies würde jedoch auch die Mitarbeit der Hausärzt:innen und anderen Zuweisern erfordern.

Ein weiterer Lösungsansatz, der in einem Spital bereits eingeführt wurde, sind Informationsvideos. So erhält der Patient beispielsweise bei der Besprechung zur Operation ein Tablet, mit für seinen Eingriff relevanten Videos drauf. So kann der Patient adressatengerecht aufgeklärt werden, ohne dass der Arzt oder die Ärztin dafür Zeit aufwenden muss oder der Patient mit Fachbegriffen oder ähnlichem überfordert wird. Dies führt wiederum dazu, dass die Zeit anderweitig genutzt werden kann. Anschliessend können allfällige Fragen oder Bedenken des Patienten oder der Patientin besprochen und bei Bedarf auch die Informationen noch weiter ausgeführt werden.

Im Bereich der Tarifverhandlungen wäre beispielsweise eine gute Lösungsmöglichkeit, den Aufwand mittels Einführung von bestimmten Tarifkategorien zu klassifizieren, um nicht immer wieder Tarifverhandlungen führen zu müssen.

Es gibt im Grossen und Ganzen in unterschiedlichen Kliniken diverse Ansätze, nicht nur einheitliche, sondern auch grundsätzlich benutzerfreundlichere und smartere Systeme einzuführen, welche abteilungsübergreifend genutzt werden können. Hier ist beispielsweise ein Innovation Hub positiv zu erwähnen, der Innovationen und Weiterentwicklungen in der Gesundheitsbranche in Zusammenarbeit mit verschiedenen Partnern wie beispielsweise renommierten Hochschulen fördert.

Auch gab es beispielsweise bereits ein erstes Pilotprojekt, um die administrativen Abläufe zwischen den Krankenkassen und Spitälern zu vereinfachen. Eine Krankenkasse hat dies angeregt und in Zusammenarbeit mit Vertretungen von Chefärzt:innen aber auch CEOs aus drei Zürcher Spitälern Lösungsansätze gesucht. Einer dieser Ansätze, der sehr gut funktioniert und den Aufwand auf beiden Seiten erheblich reduziert hat, war die automatisierte Kostengutsprache. Dabei wird nur noch bei grösseren Gruppen von Behandlungen konkret nachgefragt und nicht bei jedem Einzelfall. Jedoch ist auch da wiederum das Problem, dass der Aufwand für so einen minimalen Lösungsansatz riesig ist und viele Spitäler davor zurückschrecken, diese Mammutaufgabe überhaupt anzugehen.

Gerade die SARS-COV-2-Pandemie hat aber gezeigt, dass die Spitäler in der Schweiz sehr wohl in der Lage sind, flexibel zu handeln. Es kann also erwartet werden, dass die Kliniken veranlagt sind, in einem übersichtlichen Zeitraum ihre Geschäftsprozesse zu überarbeiten und optimieren, wenn der entsprechende Anreiz besteht.

7 Analyse und Diskussion der Ergebnisse

Im folgenden Abschnitt wird aufgegriffen, was die Ergebnisse aus den Gesprächen gezeigt haben. In einer gesamtheitlichen Sicht auf das System werden diese analysiert und diskutiert. Es werden die Limitationen dieser Untersuchung aufgezeigt und wo der Bedarf für weitere Forschung liegt.

Alle Berufsgruppen waren sich einig, dass der administrative Aufwand in den vergangenen Jahren massiv zugenommen hat und bestätigten die in der Literaturrecherche angesprochene Problematik.

Die Gespräche mit verschiedenen Fachpersonen konkretisieren die administrativen Tätigkeiten und zeigen deren Vielfalt. Der Zweck erstreckt sich dabei von der Berichterstattung zur Kommunikation und über das Qualitätsmanagement bis hin zu Statistiken sowie der Erreichung betriebswirtschaftlicher Ziele und wird von dementsprechend unterschiedlichen Anspruchsgruppen gefordert.

Auf die Frage, was die Treiber dieses administrativen Aufwands in den Spitälern sind, ergaben die Gespräche nicht eine klare Antwort, sondern dass die Forderungen von allen Seiten zugenommen haben. Grundsätzlich will jede Stelle innerhalb aber auch ausserhalb des Spitals auswertbare Daten, was zur Folge hat, dass diese auch generiert werden müssen. Um zu analysieren und die grossen Zusammenhänge zu veranschaulichen, warum der administrative Aufwand dementsprechend zugenommen hat und was dessen Treiber sind, hilft der Blick auf das ganzheitliche System im Sinne einer groben Gegenwartsanalyse.

Durch die fortschreitende Wissenschaft und Technologie wie in der Bildgebung und Analyse werden mehr und detailliertere Daten generiert. Die zunehmende Spezialisierung führt zu mehr einzelnen Fachbereichen, was wiederum zu mehr Schnittstellen führt. Da im komplexen System Mensch diese Fachbereiche zusammenkommen, ist für das Erkennen der Zusammenhänge, die ganzheitliche Betrachtung des Patienten oder der Patientin und die entsprechende spezifische Behandlung eine gute Kommunikation unerlässlich. So sind in einer Behandlung oft mehrere Fachbereiche und Personen involviert, die ihre fachspezifischen Daten in eine für die anderen Stellen verständliche Form bringen müssen, wie beispielsweise die Befundung von bildgebenden Verfahren und Abklärungen. Das wachsende Fachwissen und die genauen analytischen Möglichkeiten führen zur Erkennung, Definition und Erfassung noch unbekannter Krankheiten. Demgegenüber generieren die Medizintechnik und weitere Gesundheitsforschung neue Behandlungsmöglichkeiten, deren Wirksamkeit am Patienten beziehungsweise der Patientin evaluiert werden müssen. Um dieses Wissen zusammenzutragen, werden immer mehr Register wie beispielsweise das erwähnte Tumor- und Implantatregister geführt. Vorgaben, welche Daten in welcher Form an welche Institutionen weitergeleitet werden müssen, haben dadurch ein enormes Mass angenommen.

Wie in den Ergebnissen bereits thematisiert wurde, ist neben dem medizinischen Bereich die Wirtschaftlichkeit immer bedeutender geworden. Was nicht vom Staat oder schweizweit durch Register, Lizenzierungen oder das swissDRG geregelt wird, wird den Kantonen übergeben. So liegt die Verantwortung der Gesundheitsversorgung und Spitalplanung bei den Kantonen. Um eine bedarfsgerechte, qualitativ hochstehende und wirtschaftliche Spitalversorgung der Bevölkerung sicherzustellen, erteilt der Kanton Leistungsaufträge an Spitäler und Kliniken die als Listenspital anerkannt sind. Die Listenspitäler müssen immer mehr generellen und leistungsspezifischen Anforderungen gerecht werden und detaillierte Kosten- und Leistungsdaten aufbereiten, um der Gesundheitsdirektion einzureichen. Um wirtschaftlich überleben zu können, hat ein Spital im Vergleich zu anderen Unternehmen keine Spielraummöglichkeiten im Bereich der Margen und die hohe Auslastung der Spitäler ist unerlässlich.

Die im Jahr 2019 vom Bund eingeführte Regelung «ambulant vor stationär» gilt für die gesamte Schweiz und geht den kantonalen Regelungen vor. Damit wird versucht, weniger Ressourcen zu beanspruchen. Der grössere Turnover der Patient:innen generiert jedoch mehr administrative Aufwände im gesamten Spitalwesen durch mehr Patient:innen.

Grundsätzlich stehen bei diesen, vermehrt auch politischen, Regulierungen sowohl die Gesundheitskosten aber auch das Wohl des Patient:innen im Mittelpunkt. Die meisten medizinischen und ökonomischen Daten haben ihren Ursprung im Kerngeschäft der Patient:innenbehandlung und werden demzufolge hauptsächlich auch dort generiert. Es müssen dafür alle möglichen Daten über und rund um die Patient:innenversorgung protokolliert werden. Schlussfolgernd sind die Berufsgruppen, die am nächsten am Patienten beziehungsweise der Patientin sind, sprich die Ärzteschaft und Pflegekräfte, am meisten von der Erfassung dieser Daten betroffen und dem Druck ausgesetzt vollumfänglich zu dokumentieren.

Spitalinterne Stellen wie unter anderem die Sekretariate, Fakturierung, Spitalverwaltung und das Klinikmanagement sind auf diese Patient:innendaten angewiesen, um diese zu verschiedenen Zwecken weiterzuverarbeiten und meistens an externe Anspruchsgruppen in der gewünschten Form weiterzuleiten. Die Unterschiedlichen Berufsgruppen nehmen den Wandel unterschiedlich wahr. Die Verwaltung etwa spürt die Zunahme des Aufwandes teilweise später beziehungsweise weniger stark als die Berufsgruppen mit direktem Patient:innenkontakt. Die Kontrolle externer Gremien hat in den letzten Jahren stark zugenommen, was zu einer vermehrten Nullfehlerintoleranz in der Spitalkultur geführt hat. Ein Spital ist eine komplexe Expertenorganisation, worin Veränderungen mit dem Ziel einer höheren Produktivität und Ökonomisierung nicht so einfach umgesetzt und vorangetrieben werden können. Dem kommt hinzu, dass in unserer Gesellschaft höchste Qualität im Kerngeschäft als zunehmende Selbstverständlichkeit angesehen wird und die mangelnde Wertschätzung auch im Unternehmen an der Mitarbeiterzufriedenheit einbüsst.

Es ist klar, dass der steigende administrative Aufwand nicht einfach eliminiert oder komplett delegiert werden kann. Beispielsweise ist das Berichtswesen ein essentieller Teil des Arztberufes und soll es auch bleiben. Doch es wäre wichtig, den zeitlichen Aufwand dieser Tätigkeit

beispielsweise mittels Vereinheitlichung zu reduzieren. Ein Ansatz könnte dabei sein, die Erfassung in einer Form zu gestalten, die für verschiedene Gremien kompatibel ist und lediglich weitergeleitet werden kann, anstatt dass für jede Instanz einen eigenständigen Bericht zu verfassen ist.

Dass ein Arzt oder eine Ärztin genug Zeit für die Patientinnen und Patienten hat, ist nicht nur für das Patient:innenwohl wichtig, sondern auch für die Zufriedenheit der Behandelnden. Es gilt daher, den administrativen Aufwand zu reduzieren, um diese patientennahe Zeit nicht weiter abnehmen zu lassen. Für ein Spital ist es nämlich auch wichtig, für Nachwuchs interessant zu bleiben und eine attraktive Position im Wettbewerb zu erreichen. Der Spitalverwaltung kann also kaum etwas Besseres passieren, als dass ihr medizinisches Personal ihr Spital mögen und dies auch in ihrem Umfeld kundtun.

8 Limitationen, Aussagekraft und weitere Forschung

Bei der Beurteilung der Resultate muss berücksichtigt werden, dass im Rahmen dieser Arbeit die Gespräche mit einzelnen Personen aus einzelnen Spitälern, Vereinen oder Institutionen geführt wurden. Die Ergebnisse sind stark von den Erfahrungen und der jeweiligen Sichtweise der interviewten Personen und deren Tätigkeitsgebiet abhängig, wodurch keine Aussage, welche für alle Spitäler geltend ist, getroffen werden kann. Es kann aber gesagt werden, dass sich unter den geführten Gesprächen viele Punkte überschneiden und wiederholt haben, wodurch sich die Kategorisierung der erstellten Kategorien zumindest in Teilen auch auf andere Spitalbetriebe übertragen lassen.

Obwohl versucht wurde, verschiedene Perspektiven einfließen zu lassen, werden sicherlich einige Berufsgruppen in diesen Ergebnissen noch nicht abgedeckt sein.

Hinzu kommt, dass die Erfahrungen nur aus der deutschsprachigen Schweiz stammen. Da sich die Landesteile in bestimmten Ansichten aufgrund unterschiedlicher Einflüsse sowohl politisch als auch kulturell unterscheiden, könnten Umfragen in der französisch- oder italienischsprachigen Schweiz andere Resultate ergeben.

Die vorliegende Arbeit kann als Basis dienen, auf welcher Lösungsansätze aufgebaut und weiterentwickelt werden können. Dabei wird aber auch deutlich, wie grundlegend wichtig es ist, diese Thematik der administrativen Aufwände weiter zu verfolgen und in grösserem Umfang zu untersuchen. Weiterführende Forschung zu konkreten Lösungsansätzen ist unerlässlich, um der zunehmenden administrativen Last entgegenzuwirken. Dabei können und sollen verschiedene Richtungen, wie in den Lösungsansätzen erwähnt, verfolgt werden. Zentral erscheint dabei die Überbrückung von Schnittstellen durch interprofessionelle Zusammenarbeit und die fortschreitende technische Entwicklung zu nützen.

9 Fazit

Im Verlauf dieser Arbeit hat sich zunehmend verdeutlicht, dass viele der administrativen Arbeiten nicht beseitigt werden können. Stattdessen geht es mehr um eine optimale Verteilung und die Reduzierung unnötiger Faktoren. Die in der Kategorisierung aufgeführten Arbeiten sind essentiell für einerseits das Kerngeschäft eines Spitals und andererseits zur Haltung des Forschungsstandards und der Wirtschaftlichkeit.

Viele Aspekte zur Entstehung des administrativen Aufwandes für verschiedene Berufsgruppen im Spital konnten im Rahmen dieser Arbeit noch nicht abgedeckt werden. Die Kategorisierung des administrativen Aufwands kann aber als Basis dienen, zu erkennen, in welchen Bereichen besonders viel, teilweise mehrspuriger, administrativer Aufwand entsteht. Ausserdem kann die Kategorisierung als Grundlage genutzt werden, zu definieren, in welchen Bereichen Möglichkeiten bestehen, das medizinische Personal administrativ zu entlasten. So können diese Berufsgruppen zunehmend zu ihren Kerntätigkeiten im direkten Kontakt mit den Patient:innen zurückkehren, was dazu beiträgt, zunehmend wieder das Patient:innenwohl in den Mittelpunkt zu stellen. Die Expertengespräche haben auch gezeigt, dass der Bedarf bei den (Assistenz)ärzt:innen und Pflegefachkräften hoch ist, da etwas zu unternehmen und die Arbeitsbedingungen zu verbessern sind.

Viele Lösungsansätze werden in der Praxis bereits diskutiert und einige davon auch nach und nach eingeführt. Jedoch fehlt es oft an einheitlichen Lösungen innerhalb eines Spitals. Oftmals gelingt keine konsequente Einführung neuer Abläufe, Technologien oder Prozesse, da sich bei der Implementierung herausstellt, dass die Lösung die medizinischen Berufsgruppen nicht tatsächlich entlastet. Erfahrungen haben gezeigt, dass durch Massnahmen von externen Beratern produzierte Strategien oft weitere Umstände für die Ärzteschaft und die Pflegenden entstehen, da sich die Anpassungen nicht gut in ihren Arbeitsablauf einbringen lassen. Aus den Gesprächen hat sich besonders in diesem Punkt von Seite des medizinischen Personals vor allem der Wunsch gezeigt, verstärkt in die Diskussion der Prozessoptimierung einbezogen zu werden. Die Einbindung der Mitarbeitenden mit direktem Patient:innenkontakt liefert Erfahrungswerte zur Machbarkeit gewisser Prozessveränderungen und nicht erfolgsversprechende Massnahmen können eingegrenzt werden. Schlussendlich liegt aber die Auswahl und Implementierung einer neuen Strategie bei der Spitaldirektion und es erfordert eine klare Führung der Mitarbeitenden, um effiziente Lösungen zu generieren und erfolgreich einzubringen.

Weitere Untersuchungen können sich einerseits um eine weitere, breitere Erhebung der administrativen Aufwände und somit eine höhere Übertragbarkeit der Resultate kümmern. Oder es könnte in einzelnen Spitälern spezifische Szenarien angefertigt und anschliessend ein Lösungsansatz als Pilotprojekt durchgeführt werden. Es kann aber abschliessend gesagt werden, dass das Thema der Last des administrativen Aufwands in den Schweizer Spitälern noch ein grosses Potenzial für Untersuchungen und Lösungsansätze bietet.

Literaturverzeichnis

Aufbewahrungsfristen und neues Verjährungsrecht 2020. (o. J.). Abgerufen 26. Juni 2021, von https://www.curaviva.ch/files/ISLDUAC/aufbewahrungsfristen_und_neues_verjaehrungsrecht_2020__merkblatt__arbeitsinstrument__curaviva_schweiz__2019.pdf

Brosius, H.-B., Koschel, F., & Haas, A. (2009). *Methoden der empirischen Kommunikationsforschung: Eine Einführung* (5. Aufl.). VS Verlag für Sozialwissenschaften. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-91821-1>

Lean Administration am Kantonsspital Graubünden. (o. J.). *Keller Unternehmensberatung AG*. Abgerufen 22. Juni 2021, von <https://www.keller-beratung.ch/feedbacks/lean-administration-am-kantonsspital-graubunden/>

Lütolf, U. M. (2012). *Manifest «Medizin gegen Spital-Bürokratie»*. <https://doi.org/10.5167/UZH-64281>

Rechtliche Grundlagen im medizinischen Alltag. (o. J.). Abgerufen 22. Juni 2021, von https://www.sggg.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/3_Fachinformationen/2_Guidelines/De/Rechtliche_Grundlagen_im_medizinischen_Alltag_2013_D.pdf

Scholl, A. (2018). *Die Befragung*. UTB.

Stauer, F., & Stauer, A. (2011). Verwaltungsarbeit in Klinik und Praxis: Bürokratische Belastung. *Der Gynäkologe*, 44(5), 368–374. <https://doi.org/10.1007/s00129-010-2697-z>

Thanner, M., Drack, G., & Hornung, R. (2015). Expense for Clinical Documentation of Inpatients: Extent and Hierarchal Differences for the Example of a Gynaecological Department in Switzerland. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 75(12), 1264–1269. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1558273>

Trezzini, B., Meyer, B., Ivankovic, M., Jans, C., & Golder, L. (2020). Der administrative Aufwand der Ärzteschaft nimmt weiter zu. *Schweizerische Ärztezeitung*, 101(0102), 4–6. <https://doi.org/10.4414/saez.2020.18482>

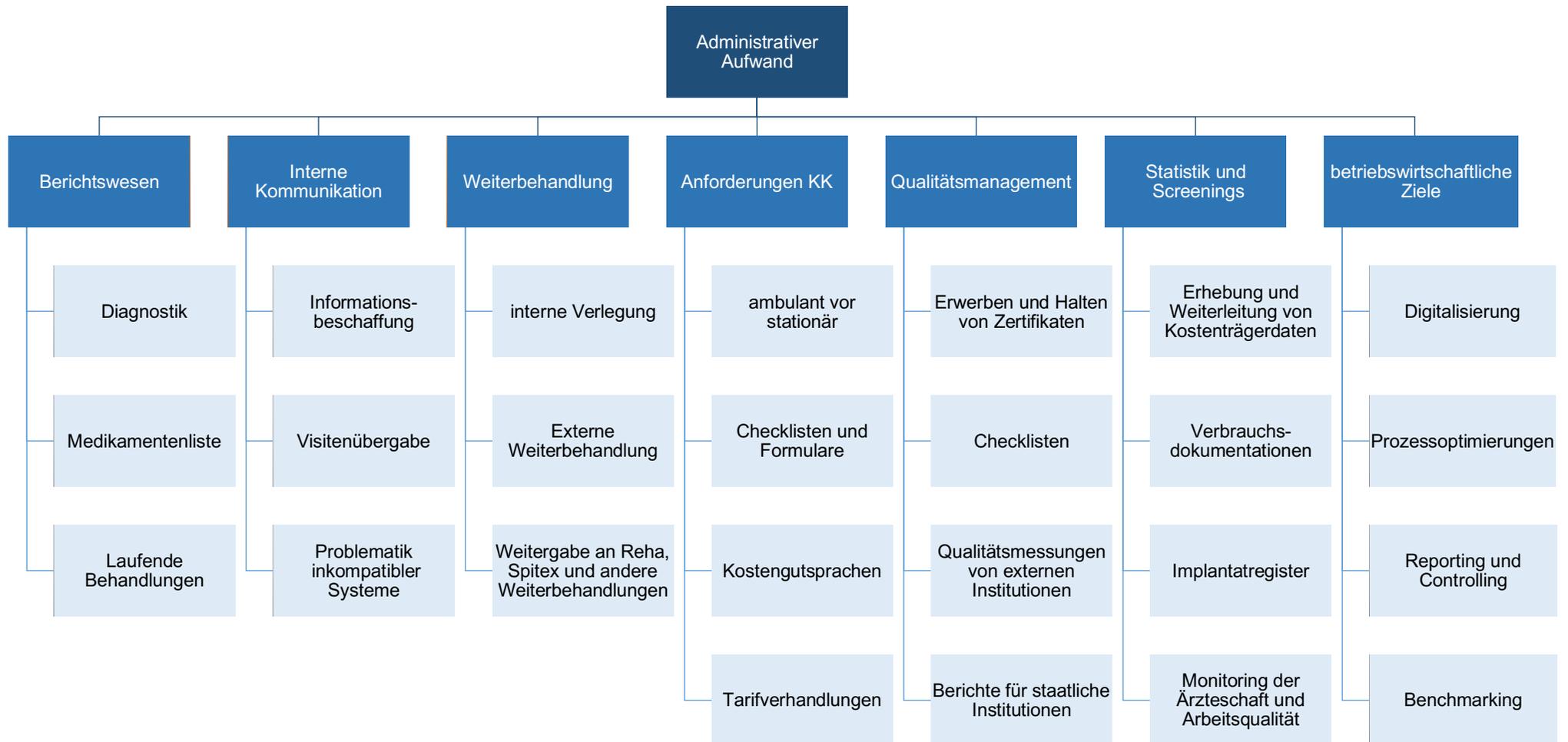
Upenieks, V. V., Akhavan, J., Kotlerman, J., Esser, J., & Ngo, M. J. (2007). Value-Added Care: A New Way of Assessing Nursing Staffing Ratios and Workload Variability. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 37(5), 243–252. <https://doi.org/10.1097/01.NNA.0000269744.17266.47>

Urban, M., & Schulz, L. (2020). Digitale Patientendokumentationssysteme. Potenziale, Herausforderungen und Gestaltungsmöglichkeiten. In P. Bleses, B. Busse, & A. Friemer (Hrsg.), *Digitalisierung der Arbeit in der Langzeitpflege als Veränderungsprojekt* (S. 81–94). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-60874-6_6

Wertli, M., Beck, T., Tänzler, K., Steinacher, M., Perrig, M., & Aujesky, D. (2017). Care-Koordinatorin: Resultate einer Pilotstudie. *Bulletin des médecins suisses*, 98(20), 661–664. <https://doi.org/10.4414/bms.2017.05347>

Widmer, U., & Bähler, K. (o. J.). *Elektronisches Patientendossier: Rechtsfragen zur Datenhaltung im Vergleich Schweiz – Deutschland*. 14.

Anhang A – Kategorisierung der Aufwände



Anhang B – detaillierte Übersicht der Aufwände

Kategorie	Inhalt / Tätigkeiten	Verursacher von Aufwand in der Tätigkeit	Berufsgruppen	Additional Info
Berichtswesen	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnostik - Medikamentenliste - Laufende Behandlung (auch von Pflege) 	<ul style="list-style-type: none"> - Zusammentragen von individuellen Listen verschiedener Ärzte/Kliniken - Kommunikation mit Hausärzten und Zuweisern - Diagnoselisten oft nicht aktuell und unzugänglich für gewisse Personen - Vermeidung von Fehlern beim Zusammenführen von Medikamentenlisten - Kombination von zeitlichem Druck und grosser Detailtreue bei Austrittsberichten 	<ul style="list-style-type: none"> - Ärzte. Insbesondere Assistenzärzte betroffen - Pflegepersonal - Administration/Sekretariat - IT 	<ul style="list-style-type: none"> - Trend zu mehr Dokumentationen, Anforderungen werden detaillierter. - Nimmt bei Ärzten bis zu 1/3 der Arbeitszeit ein. Bei Pflegepersonal und Assistenzärzten sogar bis zu 1/2 <ul style="list-style-type: none"> o Sehr unterschiedlich zwischen Spitälern und innerhalb eines Spitals o Assistenzärzte auf der Inneren Medizin benötigen teilweise den halben Tag für administrative Arbeiten bei Eintritt des Patienten nur fürs Zusammentragen von Berichten etc. - Dokumentation muss die formalen und zeitlichen Vorgaben zur Codierung erfüllen - Komplette Rückvergütung durch KK nur bei kompletten Dokumentationen (keine Nachreichungen möglich). Dokumentation generiert also die Einnahmen. Geforderter Umfang hängt von der KK ab. - Diagnoselisten, die für einige beteiligten Personen nicht zugänglich sind, führen zu einem höheren Aufwand bei der internen Kommunikation. Wege werden unnötig lang. - Wichtig für reibungslose Patient-Journey: <ul style="list-style-type: none"> o Kommunikation zu Hausärzten wichtig, damit fehlende Informationen bei unvollständigen Berichten rasch erfasst werden.

				<ul style="list-style-type: none"> o Zuweiser und weiterbehandelnde Ärzte sind auf ausführliche Dokumentation, saubere Listen und pünktliche Austrittsberichte angewiesen - Besonders in dieser Kategorie entsteht oft Doppelaufwand für Ärzte und Pflegende
Interne Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> - Informationsbeschaffung zwischen Berufsgruppen und unterschiedlichen Stationen - Interne Weiterleitung Beobachtungen - Visitenübergabe bei der Pflege & Übergabe bei (Assistenz-)ärzten - Aufwand welcher durch inkompatible Systeme innerhalb der Klinik entsteht 	<ul style="list-style-type: none"> - Visitenübergabe muss detailliert sein - Übergabe von aktuellen, bereinigten Medikamentenlisten - Lange Wege für das Auftreiben von Berichten zwischen Berufsgruppen - Organisation der Kommunikation zwischen Arzt und Patient (und allfälligen 3. Parteien) durch Pflegepersonal - Pflegepersonal notiert auch auffälliges Verhalten der Patienten (bspw. Anzeichen Depression, Suizidgedanken etc.), damit diese dem Arzt zur Verfügung stehen 	<ul style="list-style-type: none"> - Berufsgruppen übergreifend - Patientenbezogen: behandelnde Ärzte und Pflegepersonal - Administrativ: Ärzte und Administration/Verwaltung 	<ul style="list-style-type: none"> - Festhalten auffälligen Verhaltens auch zur rechtlichen Absicherung der Klinik - Die Visitenübergabe zwischen Assistenzärzten birgt eine grosse Fehlerquelle. Durch die Kombination von Zeitdruck und hohem administrativen Aufwand gehen Sachen vergessen oder ein Bericht wird nicht sauber geführt. - Nicht überarbeitete Medikamentenlisten führen oft zu zusätzlichem, «unnötigen» Zeitaufwand für Chefärzte, da sie zuerst die relevanten Informationen raussuchen müssen. - Mehr Aufwand aufgrund unterschiedlicher Strukturen (abhängig von z.B. behandelndem Ober-/Kaderarzt). - Inkompatible Systeme: Dokumente müssen teils gedruckt und noch einmal von Hand ausgefüllt werden
Organisation der Weiterbehandlung (auf anderer Station oder ausserhalb des Spitals)	<ul style="list-style-type: none"> - Weitergabe an Spitex - Organisation von Folgebehandlungen durch den Arzt oder die Pflege - Übernahme von anderen Stationen (IPS meistens) durch Arzt oder Pflege 	<ul style="list-style-type: none"> - Bei interner Weiterbehandlung: Informationen müssen teils noch in ein anderes System übertragen werden, da Fachbereiche mit unterschiedlichen Systemen arbeiten. - Terminvereinbarungen für Weiterbehandlungen bei externen Ärzten 	<ul style="list-style-type: none"> - Ärzte - Pflegepersonal - Sozialdienst (wenn vorhanden) - Administration/Sekretariat 	<ul style="list-style-type: none"> - Doppelaufwände bei Verlegungen: IPS verwenden meistens handschriftliche Dokumentationen während Bettenstationen wie bspw. auf der Inneren Medizin mehrheitlich digital arbeiten. - Fehlerquellen bei interner Verlegung: Medikamente wurden nicht richtig nachgeführt, neue Abteilung eröffnet einen neuen, eigenständigen Bericht

		<ul style="list-style-type: none"> - Organisation von Reha-Plätzen oder Spitex-Betreuung 		
<p>Anforderungen der Krankenkassen & daraus resultierende Aufwände</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ambulant vor Stationär - Checklisten - Formulare - Berichte für Kostengut-sprachen - Tarifverhandlungen 	<ul style="list-style-type: none"> - Unterschiedliche Vorgaben - Oft sehr ausführliche Dokumentation vom Pflegevorgang erfordert. Es wird zu jedem Vorgehen am Patienten auch eine Begründung verlangt. - Viele Checklisten von Seiten Krankenkasse ausfüllen (auch wenn teilweise nicht mehr sinnvoll) - Leistungserfassung anhand von Tarmed und swissDRG. - Tarifverhandlungen sind zeit- und finanzintensiv 	<ul style="list-style-type: none"> - Chefärzte - Assistenzärzte - Pflege: Einschätzungsformulare und genaue Dokumentation davon für die KKS - Leistungsmanagement (Tarife- und Vertragsmanagement) - Je nach Organisation: Klinikmanagement 	<ul style="list-style-type: none"> - Neue Spitalistenbewerbung, deutlich mehr Anforderungen heute - Richtlinien zur ambulanten resp. Stationären Behandlung sind in jedem Kanton anders ausgelegt. - Unterschiede in den Dokumentationsvorgaben zwischen Versicherungen - Formulare umfassen bspw. Wundeinschätzung, Mangelernährung, Adipositas <ul style="list-style-type: none"> o Zeitlicher Aufwand bei Ausfüllen der Formulare kann zwischen Abteilungen differenzieren. o Krankenkassen erfordern teilweise das Einsenden von handschriftlich ausgefüllten Formularen - Kostengut-sprachen für Antibiotikum: werden teils aus medizinisch nicht vertretbaren Gründen durch KK abgelehnt, diese Diskussionen kosten viel Zeit für die beteiligten Parteien. - Klinikmanagement oder Administration überprüfen die Leistungserfassung. Nur Leistungen, die bei Einreichen des Austrittsbericht erfasst sind, werden verrechnet. Kein Nachreichen möglich. Signifikante Ertragsverluste beobachtet durch falsche/inkomplette Leistungserfassung - Wenn Patienten lange krank sind, müssen häufig weitere Formulare der Versicherung eingereicht werden (Kostengut-sprache etc.)

Dokumentationen zur Erfüllung von Qualitätsvorgaben, fürs Erhalten von Zertifizierungen und an staatliche Institutionen	<ul style="list-style-type: none"> - Halten von Zertifikaten - Arbeiten anhand von Checklisten - Qualitätsmessungen von externen Institutionen - Erstellen von Berichten für staatliche Institutionen 	<ul style="list-style-type: none"> - Das Halten von Zertifikaten benötigt eine stetig hohe Qualität der betroffenen Arbeit. - Qualitätsmessungen werden nicht immer in sinnvollem Rahmen durchgeführt und führen somit zu «unnötigem» Mehraufwand in diesen Fällen - Vor allem in der Kindermedizin müssen viele Berichte für Institutionen wie die IV angefertigt werden 	<ul style="list-style-type: none"> - Ärzte - Spitaldirektion 	<ul style="list-style-type: none"> - Zertifikate können durch BAG, Kanton oder ähnliche Kontrollstellen überprüft und vergeben werden - Hoher Grad von Begutachtung □ erfordert detaillierte Dokumentation - Zertifikate werden oft auch von Ärzten angestrebt. Sie schlagen vor welche Zertifikate sie erwerben möchten und die Klinikdirektion prüft die Eingabe, die erforderlichen Leistungen, Kosten und Nutzen des Zertifikats.
Interne Statistik und Organisation	<ul style="list-style-type: none"> - Kostenträgerdaten für swissDRG - Verbrauchsdokumentation - Dokumentation Behandlungsdauer - Implantatregister - Monitoring der Ärzteschaft, Arbeitsqualität der Ärzte 	<ul style="list-style-type: none"> - Kostenträgerdaten erheben - Reporting - Führung der Register für Implantate, Tumorbehandlungen oder Behandlungen von diversen Infektionskrankheiten aus statistischen Gründen. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pflegepersonal - Verwaltung - Assistenzärzte - Klinikmanagement - Spitaldirektion 	<ul style="list-style-type: none"> - Jährliche Weiterleitung Kostenträgerdaten an Kanton für Tarifgrundlage - Dokumentation von Material- und Medikamentenverbrauch vor allem im ambulanten Bereich sehr aufwändig (Alles > 3 CHF wird verrechnet) - Qualitätskontrolle der Implantate durch klare Dokumentation - Der Aufwand wird in diesem Bereich oft falsch verteilt. Bspw. muss sich ein Assistenzarzt um gewisse Dokumentationen zur Forschung kümmern. Eine bessere Lösung wäre eine Trennung von Forschung und Patientenmanagement oder zumindest eine gute Koordination. Könnte auch neue Stellen schaffen.
Betriebswirtschaftliche Ziele	<p>Betriebswirtschaftliches Monitoring Reporting, Controlling Benchmarking Optimierung von Prozessen und Tätigkeiten Screenings</p>	<p>Internes Monitoring zur Erreichung ökonomischer Ziele Optimierung von Prozessen durch externen Beraterfirmen Datenerhebung durch Screenings als Teil der Tätigkeit von Assistenzärzten</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Einbezug von Mitarbeitern bezgl. ineffizienten Prozessen und unnötigen Aufwänden sollten mehr berücksichtigt werden. - Dokumentation für Reporting benötigt schon ca. 1 Arbeitsstelle

Digitalisierung		Aufbereitung von Controlling-Daten für verschiedene Gremien (VR, Kanton, Politik, H+ etc.) Langsame Digitalisierung ist ein grosser Faktor bezüglich Schnittstellenproblematik.		- Einheitliche IT-Systeme (innerhalb und zwischen Spitälern) positiver Einfluss auf den administrativen Aufwand. Dies ist in der CH noch weit entfernt.
------------------------	--	--	--	---