

AUS DER KLINIK FÜR INNERE MEDIZIN IV DES KLINIKUMS SÜDSTADT ROSTOCK

DIREKTOR: PROF. DR. MED. HABIL. HANS-CHRISTOF SCHOBER

EINFLUSS GESETZLICHER VEREINBARUNGEN DER  
JAHRE 2013 - 2017 AUF DIE ÄRZTLICHE PRAXIS IN  
REGIONALEN KRANKENHÄUSERN

INAUGURALDISSERTATION  
ZUR  
ERLANGUNG DES AKADEMISCHEN GRADES  
DOKTOR DER MEDIZIN  
DER  
UNIVERSITÄTSMEDIZIN ROSTOCK

VORGELEGT VON

LUISA PAWLICZEK | GEB. AM 15.09.1994 IN ERLABRUNN

AUS ROSTOCK

ROSTOCK | 28. JULI 2023

[https://doi.org/10.18453/rosdok\\_id00005178](https://doi.org/10.18453/rosdok_id00005178)

**Gutachter:**

Prof. Dr. med. habil. Hans-Christof Schober, Wolgast, OrthoCoast

PD Dr. rer. pol. habil. Christin Löffler, Universität Rostock, Institut für Allgemeinmedizin

Prof. Dr. Sophie Baumann, Universität Greifswald, Institut für Community Medicine

**Jahr der Einreichung:** 2023

**Jahr der Verteidigung:** 2025

*Für meine Familie*

## INHALTSVERZEICHNIS

---

<b>I.</b>	<b>EINLEITUNG .....</b>	<b>1</b>
1.1	DER WANDEL DES ARZTBERUFES.....	1
1.2	POLITISCHER EINFLUSS .....	2
1.2.1	GESETZ ZUR VERBESSERUNG DER RECHTE VON PATIENTINNEN & PATIENTEN	2
1.2.2	GESETZ ZUR BESEITIGUNG SOZIALER ÜBERFORDERUNG BEI BEITRAGSSCHULDEN IN DER KRANKENVERSICHERUNG.....	3
1.2.3	GESETZ ZUR STÄRKUNG DER VERSORGUNG IN DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG & RAHMENVERTRAG ZUM ENTLASSMANAGEMENT ....	4
1.2.4	GESETZ FÜR SICHERE DIGITALE KOMMUNIKATION UND ANWENDUNGEN IM GESUNDHEITSWESEN.....	5
1.2.5	QUALITÄTSMANAGEMENT IM KRANKENHAUS (KHSG & G-BA-QM-RICHTLINIE)...	5
1.2.6	EU-DATENSCHUTZ-GRUNDVERORDNUNG .....	6
1.3	DOKUMENTATION .....	7
1.4	COMPUTERTÄTIGKEIT .....	8
1.5	ÄRZTLICHER PATIENTENKONTAKT.....	8
1.6	ARBEITZUFRIEDENHEIT .....	9
1.7	FRAGESTELLUNGEN.....	11
<b>II.</b>	<b>METHODIK .....</b>	<b>12</b>
2.1	ÜBERBLICK EMPIRISCHE SOZIALFORSCHUNG .....	12
2.2	ZEITERHEBUNGSSTUDIE „DOKUMENTATION IM STATIONSALLTAG“ .....	14
2.2.1	WAHL DES STUDIENDESIGNS .....	14
2.2.2	VORBEREITUNG DER DATENERHEBUNG.....	16
2.2.2.1	PROBANDENGEWINNUNG .....	16
2.2.2.2	KONSTRUKTION BEOBACHTUNGSPROTOKOLL.....	16
2.2.3	DATENERHEBUNG .....	17
2.2.4	DATENAUFBEREITUNG UND AUSWERTUNG.....	19
2.3	QUALITATIVE INTERVIEWSTUDIE .....	21
2.3.1	WAHL DES STUDIENDESIGNS .....	21
2.3.1.1	EINTEILUNG QUALITATIVER INTERVIEWS .....	21
2.3.1.2	LEITFADENORIENTIERTES EXPERTENINTERVIEW .....	22

---

2.3.2	VORBEREITUNG DER DATENERHEBUNG .....	23
2.3.2.1	VORÜBERLEGUNGEN ZUM SAMPLING .....	23
2.3.2.2	PROBANDENGEWINNUNG .....	24
2.3.2.3	ERSTELLUNG DES LEITFADENS UND KURZFRAGEBOGENS .....	25
2.3.2.4	PRE-TEST .....	26
2.3.3	DATENERHEBUNG .....	26
2.3.4	TRANSKRIPTION .....	27
2.3.5	QUALITATIVE INHALTSANALYSE NACH MAYRING .....	28
2.3.5.1	ANALYSEPROZESS DER ZUSAMMENFASSENDEN INHALTSANALYSE ..	29
2.3.5.2	COMPUTERGESTÜTZTE ANALYSE.....	33
<b>III.</b>	<b>ERGEBNISSE .....</b>	<b>34</b>
3.1	ZEITERHEBUNGSSTUDIE „DOKUMENTATION IM STATIONSALLTAG“ .....	34
3.1.1	CHARAKTERISIERUNG DER STICHPROBE .....	34
3.1.2	DOKUMENTATION .....	34
3.1.3	COMPUTERARBEITSZEIT .....	36
3.1.4	ARBEITSZEIT MIT DIREKTEM PATIENTENKONTAKT .....	38
3.2	QUALITATIVE INTERVIEWSTUDIE .....	41
3.2.1	CHARAKTERISIERUNG DER STICHPROBE .....	41
3.2.2	GESETZLICHER EINFLUSS AUF DIE MEDIZINISCHE VERSORGUNGSQUALITÄT ...	41
3.2.3	PATIENTENRECHTEGESETZ.....	42
3.2.4	BEITRAGSSCHULDENGESETZ .....	45
3.2.5	DOKUMENTATION .....	47
3.2.6	E-HEALTH-GESETZ UND DIGITALISIERUNG .....	49
3.2.7	QUALITÄTSMANAGEMENT IM KRANKENHAUS (KHS & G-BA-QM-RICHTLINIE).	50
3.2.8	ENTLASSMANAGEMENT .....	53
3.2.9	EU-DSGVO.....	55
3.2.10	PERSÖNLICHE VORSTELLUNGEN.....	57
3.2.11	BEURTEILUNG VON ARBEITSZUFRIEDENHEIT, PATIENTENKONTAKT & DOKUMENTATION.....	58
<b>IV.</b>	<b>DISKUSSION .....</b>	<b>60</b>

---

---

4.1	ZEITERHEBUNGSSTUDIE .....	60
4.1.1	ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE UND EINORDNUNG IN DEN AKTUELLEN FORSCHUNGSSTAND .....	60
4.1.1.1	DOKUMENTATION .....	60
4.1.1.2	COMPUTERARBEITSZEIT .....	61
4.1.1.3	ARBEITSZEIT MIT DIREKTEM PATIENTENKONTAKT .....	62
4.1.2	STÄRKEN UND SCHWÄCHEN DER ZEITERHEBUNGSSTUDIE .....	63
4.2	INTERVIEWSTUDIE .....	65
4.2.1	GESETZLICHE AUSWIRKUNGEN AUF DIE VERSORGUNGSQUALITÄT .....	65
4.2.2	PATIENTENRECHTEGESETZ .....	66
4.2.3	BEITRAGSSCHULDENGESETZ .....	67
4.2.4	DOKUMENTATION .....	68
4.2.5	E-HEALTH-GESETZ, DIGITALISIERUNG & EU-DSGVO .....	69
4.2.6	QUALITÄTSMANAGEMENT IM KRANKENHAUS (KHSG & G-BA-QM-RICHTLINIE) .....	70
4.2.7	ENTLASSMANAGEMENT .....	72
4.2.8	PERSÖNLICHE VORSTELLUNGEN .....	74
4.2.9	ARBEITSZUFRIEDENHEIT .....	75
4.2.10	STÄRKEN UND SCHWÄCHEN DER STUDIE .....	76
4.3	AUSBLICK .....	78
<b>V.</b>	<b>ZUSAMMENFASSUNG .....</b>	<b>79</b>
<b>VI.</b>	<b>THESEN .....</b>	<b>80</b>
<b>VII.</b>	<b>LITERATUR .....</b>	<b>82</b>
<b>VIII.</b>	<b>ANHANG .....</b>	<b>94</b>
<b>IX.</b>	<b>EIDESSTATTLICHE VERSICHERUNG .....</b>	<b>111</b>
<b>X.</b>	<b>DANKSAGUNG .....</b>	<b>112</b>
<b>XI.</b>	<b>CURRICULUM VITAE .....</b>	<b>113</b>

Im Sinne der Lesbarkeit wurde in der vorliegenden Arbeit auf eine genderneutrale Schreibweise verzichtet. Die Verwendung maskuliner Singularformen wie Arzt, Patient o.ä. bezieht sich in diesem Fall nicht nur auf das männliche Geschlecht, sondern bezeichnet auch das weibliche und ein möglich drittes Geschlecht.

## ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

---

AiW	Arzt in Weiterbildung
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
DKV	Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.
ePDMS	elektronisches Patientendatenmanagementsystem
EU-DSGVO	Europäische Datenschutzgrundverordnung
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-VSG	GKV-Versorgungsstärkungsgesetz
IBIMA	Institut für Biostatistik und Informatik in Medizin und Altersforschung
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KHSG	Krankenhausstrukturgesetz
Max.	Maximum
MBO-Ä	(Muster-) Berufsordnung der in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte
MD(K)	Medizinischer Dienst (der Krankenkassen)
Mdn	Median
Min.	Minimum
min	Minuten
M-V	Mecklenburg-Vorpommern
p	P-Wert
PJ	Praktisches Jahr
PJler	Medizinstudierende im Praktischen Jahr
PRG	Patientenrechtegesetz
pVK	peripherer Venenkatheter
SD	Standardabweichung
SOP	Standard Operating Procedure
Q1	1. Quartil
Q3	3. Quartil
QDA	Qualitative Data Analysis
QM	Qualitätsmanagement
QS	Qualitätssicherung
$\bar{x}$	Mittelwert

## ABBILDUNGSVERZEICHNIS

---

Abbildung 1:	Rechte und Pflichten aus dem Behandlungsvertrag [14] .....	2
Abbildung 2:	Handlungsschritte des Entlassmanagements [25] .....	4
Abbildung 3:	Physician Factors entwickelt nach Gothe et al. [60] .....	10
Abbildung 4:	Lineares Vorgehen nach Witt [79] .....	12
Abbildung 5:	Zirkuläres Vorgehen nach Witt [79].....	13
Abbildung 6:	Auszug Beobachtungsprotokoll I1-2/3 07:30 – 07:40 Uhr .....	18
Abbildung 7:	Auszug Beobachtungsprotokoll C1-1/3 12:35 – 14:55 Uhr .....	19
Abbildung 8:	Auszug Beobachtungsprotokoll I1-1/3 14:00 Uhr.....	19
Abbildung 9:	Auszug aus dem Protokoll I1-2/3 09:15 – 09:20 Uhr .....	20
Abbildung 10:	Allgemeines Ablaufmodell der qualitativen Inhaltsanalyse abgeleitet aus [116, S. 60; 117, S. 203].....	29
Abbildung 11:	Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse nach Mayring [116, S. 68].	30
Abbildung 12:	Mindmap Assoziationen zum Qualitätsmanagement .....	71

## TABELLENVERZEICHNIS

---

Tabelle 1:	Versorgungsstufen des Krankenhauses entwickelt nach Gerlinger [104].....	24
Tabelle 2:	Schritte der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring.....	32
Tabelle 3:	Profil der hospitierten Ärzte.....	34
Tabelle 4:	Überblick Dokumentationszeiten.....	35
Tabelle 5:	Vergleich der Dokumentationszeiten in Abhängigkeit von vers. Parametern ...	36
Tabelle 6:	Überblick computerbezogene Arbeitszeit.....	37
Tabelle 7:	Vergleich der PC-Arbeitszeiten in Abhängigkeit von vers. Parametern.....	37
Tabelle 8:	Überblick patientenbezogene Arbeitszeit.....	38
Tabelle 9:	Vergleich der Patientenzeit inkl. OP in Abhängigkeit von vers. Parametern ....	40
Tabelle 10:	Vergleich der Patientenzeit exkl. OP in Abhängigkeit von vers. Parametern ...	40
Tabelle 11:	Profil der Interviewteilnehmer.....	41
Tabelle 12:	Ergebnisse nichtparametrischer Tests.....	59
Tabelle 13:	Vor- und Nachteile des Patientenrechtegesetzes.....	66
Tabelle 14:	Vor- und Nachteile der Digitalisierung im Gesundheitswesen.....	69

## I. EINLEITUNG

---

Die vorliegende Dissertation beschäftigt sich mit den Auswirkungen ausgewählter Gesetze der Jahre 2013 bis 2017 auf die ärztliche Tätigkeit in Krankenhäusern der Region Rostock. Die in diesem Zusammenhang vielfach in den Medien thematisierte prekäre Arbeitssituation in deutschen Kliniken soll vor dem Hintergrund zunehmender Arbeitsverdichtung im Gesundheitssektor regional näher beleuchtet werden.

Das Forschungsvorhaben ist dazu aus zwei Teilstudien aufgebaut. In einer qualitativen Interviewstudie werden stationär tätige Ärzte zu ihrer Expertise bezüglich der gesetzlichen Vereinbarungen und ihrem Einfluss auf den Arbeitsalltag befragt. Ergänzend dazu bietet sich eine Arbeitszeitanalyse an, welche den häufig beklagten Dokumentationsaufwand, die ärztliche Computernutzung sowie die Arbeitszeit mit direktem Patientenkontakt genauer untersucht. Da das ärztliche Handeln nicht nur von der Arbeitssituation, sondern auch von der Arbeitszufriedenheit beeinflusst wird, soll auch diese ein Bestandteil der vorliegenden Arbeit sein.

### 1.1 DER WANDEL DES ARZTBERUFES

---

*„Der ärztliche Beruf ist wunderlicher Natur, und immer wieder haben geistvolle Köpfe darüber nachgedacht, was eigentlich an diesem Gemisch von Wissenschaft, Kunst, Handwerk, Liebestätigkeit und Geschäft das Wesentliche ist.“*

Hermann Kerschensteiner (1873 – 1937)

Im 21. Jahrhundert hat sich der Arztberuf von einer ursprünglich patientenzentrierten Arbeitsweise zu einer Beschäftigung mit vermehrten administrativen Aufgaben und Bürotätigkeit gewandelt [1]. Die ärztliche Kunst und Liebestätigkeit rücken in den Hintergrund, während sich Wissenschaft und Handwerk durch Forschungsbestrebungen und Spezialisierungen stetig weiterentwickeln [2]. Infolge der fortschreitenden Ökonomisierung des Gesundheitswesens wird das ärztliche Handeln zunehmend beeinflusst, worunter Berufsautonomie und Patientenversorgung leiden [3; 4; 5, S. 16]. Arbeitsverdichtung, verminderter Patientenkontakt und eine veränderte Anspruchshaltung der Patienten erschweren zusätzlich den Aufbau einer empathischen Arzt-Patienten-Beziehung [6].

Der moderne Berufsalltag ist von hoher Arbeitsbelastung, Zeitdruck und Bürokratie geprägt [5; 7]. Eine Mitgliederbefragung des Marburger Bundes ergab, dass 70 % der teilnehmenden Ärzte die Arbeitsbedingungen in deutschen Kliniken negativ bewerten. Überarbeitung, Personalmangel, schlechte Vereinbarkeit von Beruf und Familie, vermehrter administrativer Aufwand und mangelnde Wertschätzung führen dazu, dass jeder fünfte Arzt über die Aufgabe seiner ärztlichen Tätigkeit nachdenkt [8]. Unter diesen Voraussetzungen sinkt auch die Attraktivität der Klinik­tätigkeit für Jungmediziner. Die Arztgeneration Y, welche die Geburtenjahrgänge 1981 bis 1995 umfasst, weist bezüglich ihrer Arbeitsbedingungen hohe Ansprüche auf.

---

Sie haben großes Interesse an einer geregelten Work-Life-Balance, familienfreundlichen Arbeitszeiten und streben möglichst wenig Überstunden an. Werden diese Umstände von den Kliniken nicht berücksichtigt, kann dies den Ärztemangel im stationären Sektor verstärken [9].

## 1.2 POLITISCHER EINFLUSS

---

Die Politik nimmt einen wesentlichen Einfluss auf die ärztliche Tätigkeit. Vorschriften zum Aufklärungs- und Dokumentationsumfang, die Vorgabe von medizinischen Handlungsanweisungen sowie sozial- und kammerrechtliche Bestimmungen wirken sich auf die klinische Arbeitsweise aus [5, S. 19]. Die „Verrechtlichung“ des Gesundheitssystems erschwert die individuelle Patientenversorgung und wandelt die Arzt-Patienten-Beziehung zunehmend zu einem Dienstleister-Kunden-Verhältnis [2, S. 4; 5, S. 10; 10, S. 21].

Im Zeitraum von 2013 bis 2017 traten über zwei Dutzend Gesetze in Kraft, welche sich auf die ärztliche Tätigkeit in deutschen Krankenhäusern auswirkten [11; 12]. Einhergehend mit Veränderungen der klinischen Arbeitsweise forderten diese von den Ärzten eine ständige Anpassung an wechselnde Berufsanforderungen. Einen Überblick dazu bietet Anhang 1. Für die vorliegende Arbeit wurden Verordnungen ausgewählt, welche in den Medien besonders häufig thematisiert, von der Fachpresse kritisiert und mit negativen Auswirkungen für den ärztlichen Dienst assoziiert wurden. Im Folgenden werden diese kurz dargestellt.

### 1.2.1 GESETZ ZUR VERBESSERUNG DER RECHTE VON PATIENTINNEN & PATIENTEN

---

Das Patientenrechtegesetz (PRG) wurde erlassen, um die Souveränität des Patienten im Behandlungsprozess zu stärken und verschiedene rechtliche Vorschriften in einem Gesetz zu bündeln [13, S. 90]. Mit dem Inkrafttreten am 26.02.2013 wurde der Behandlungsvertrag fest im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) verankert. Die sich daraus ergebenden Rechte und Pflichten sind der folgenden Abbildung 1 zu entnehmen.

<b>Rechte und Pflichten aus dem Behandlungsvertrag</b>	Recht auf rechtzeitige, ausführliche und verständliche Aufklärung über die med. Behandlung, mögliche Alternativen und das Recht auf Nichtwissen
	Recht auf fachgerechte Behandlung unter Einhaltung von Qualitätsstandards
	Selbstbestimmungsrecht
	Recht auf vollständige Dokumentation, Akteneinsicht und Kopieanrecht
	Schweigepflicht der Behandler

Abbildung 1: Rechte und Pflichten aus dem Behandlungsvertrag [14]

Neben der verbesserten Patientenbeteiligung und -information soll das Gesetz die Rechte des Patienten gegenüber Leistungsträgern und im Klagefall stärken [15]. Bei Verletzungen der ärztlichen Dokumentations- und Aufklärungspflicht greifen die unter §630h BGB festgehaltenen Regelungen zur Beweislast für Ärzte [16, S. 2076]. Die Einführung von sanktionsfreien Fehlermeldesystemen und des Beschwerdemanagements in Kliniken soll eine gewisse Fehlervermeidungskultur fördern sowie die medizinische Versorgungsqualität erhöhen [13].

Jedoch wird die Sinnhaftigkeit einiger Gesetzesinhalte in der Literatur kontrovers diskutiert und das PRG als Bündelung bereits bestehender Rechtsvorschriften kritisiert [17]. Bereits jahrzehntelang ist das Patientenrecht auf Information und Aufklärung in der (Muster-) Berufsordnung der in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (§8 MBO-Ä) festverankert. Eine erneute Festschreibung sei deshalb unnötig [18]. Der mit dem PRG einhergehende, bürokratische Mehraufwand wird als Herausforderung für die Ärzteschaft angesehen [19]. Ebenso wird befürchtet, dass der autonome, mündige Patient potenziell zum „schwierigen Patienten“ werden könnte [18]. Die Intention des Gesetzes, für Transparenz im Behandlungsprozess und vermehrter Rechtssicherheit des Patienten zu sorgen, wird allerdings begrüßt [16, S. 2070].

### **1.2.2 GESETZ ZUR BESEITIGUNG SOZIALER ÜBERFORDERUNG BEI BEITRAGSSCHULDEN IN DER KRANKENVERSICHERUNG**

---

Das Beitragsschuldengesetz vom 01.08.2013 umfasst einerseits Maßnahmen zur Entlastung von Krankenversicherten, die mit der Zahlung ihrer Versicherungsbeiträge im Verzug sind. So wurde beispielsweise der Säumniszuschlag der GKV auf 1 % gesenkt und der Notlagentarif für Privatversicherte eingeführt. Andererseits erfolgten im Zuge dieser Verordnung Änderungen am Krankenhausentgelt- und Krankenhausfinanzierungsgesetz. Neben der finanziellen Förderung eines Hygienesonderprogramms für Kliniken wurde der Medizinische Dienst (MD) beauftragt, die Abrechnung von Fallpauschalen und Fehlbelegungen der Krankenhäuser in systematischen Fallüberprüfungen zu kontrollieren [20]. Laut Florian Lanz, Pressesprecher des GKV-Spitzenverbandes, sei dies infolge der zunehmenden Wirtschaftsorientierung der Kliniken und zur Vermeidung unnötiger Kosten im deutschen Gesundheitssystem gerechtfertigt. Kritiker zweifeln allerdings an einer neutralen Position des MDKs im Bewertungsprozess und bemängeln, dass bei der Fallbeurteilung die Individualität des Patienten bisher keine Berücksichtigung finde [21; 22].

### 1.2.3 GESETZ ZUR STÄRKUNG DER VERSORGUNG IN DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG & RAHMENVERTRAG ZUM ENTLASSMANAGEMENT

---

Mit dem Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG) am 25.07.2015 sollte neben der Sicherstellung ambulanter ärztlicher Versorgungsstrukturen in ländlichen Regionen auch eine verbesserte Kooperation zwischen dem stationären und ambulanten Gesundheitssektor erreicht werden [11]. Kliniken erhielten bei Entlassungen die Möglichkeit, z. B. Rezepte und AU-Bescheinigungen für maximal eine Woche auszustellen [23, S. 30].

Um zukünftig Probleme beim Übergang des Patienten von der Klinik in die poststationäre Versorgung zu vermeiden, wurden die Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG), der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) mit der Entwicklung eines Rahmenvertrages zum Entlassmanagement beauftragt, welcher am 01.10.2017 in Kraft trat [24]. Die Abbildung 2 zeigt die einzelnen Handlungsschritte des Entlassmanagements.

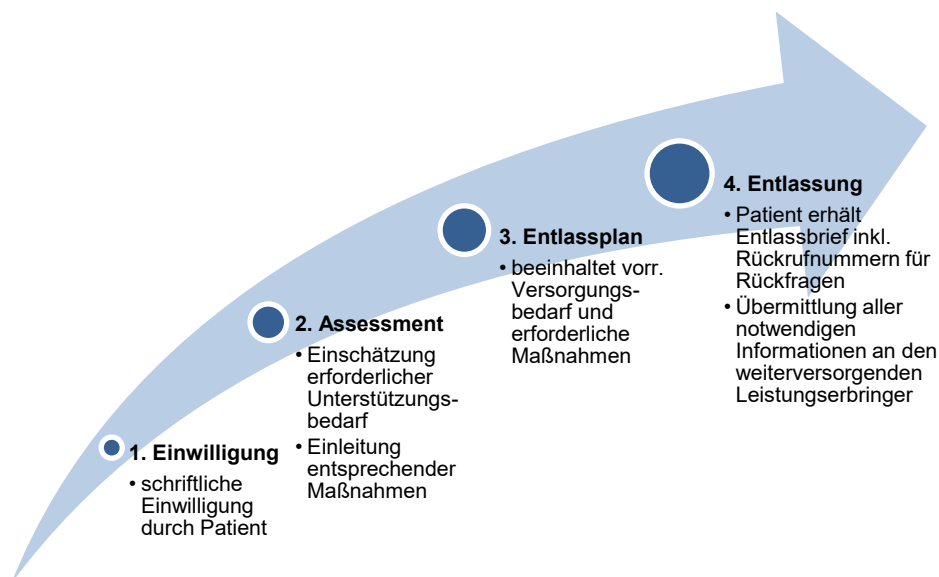


Abbildung 2: Handlungsschritte des Entlassmanagements [25]

Laut Literaturangaben bewerten Klinikärzte die Intention des Entlassmanagements als grundsätzlich positiv [25]. Die korrekte Umsetzung der Vorgaben wird infolge des Personalmangels in deutschen Kliniken als problematisch angesehen. Der Marburger Bund hatte bereits vor Einführung des Rahmenvertrages vor einer vermehrten Arbeitsbelastung des Klinikpersonals gewarnt. Der damit verbundene „administrative Overload“ bewegte Ärztekammern mehrfach zu der Forderung, das Entlassmanagement abzuschaffen [26–28].

#### **1.2.4 GESETZ FÜR SICHERE DIGITALE KOMMUNIKATION UND ANWENDUNGEN IM GESUNDHEITSWESEN**

---

Dieses Gesetz, auch als E-Health-Gesetz bekannt, soll die Digitalisierung im deutschen Gesundheitswesen vorantreiben. E-Health sind medizinische Anwendungen, die auf modernen Informations- und Kommunikationstechnologien basieren und unterstützend im Behandlungsprozess eingesetzt werden, wie z. B. Gesundheits-Apps und Online-Videosprechstunden. Mit dem Inkrafttreten am 29.12.2015 sollten diese vermehrt in ihrer Verwendung und der Ausbau der Telematikinfrastruktur gefördert werden [29]. Weitere wesentliche Punkte stellten die Einführung des bundeseinheitlichen Medikationsplanes (ab 10/2016), die freiwillige Speicherung notfallrelevanter medizinischer Informationen auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) sowie die Förderung des eArztbriefes und der elektronischen Patientenakte dar [11].

Laut KBV begrüßen Ärzte die durch die Digitalisierung erleichterte Kooperation und Kommunikation zwischen verschiedenen Akteuren des Gesundheitswesens und die damit verbundene Beschleunigung von Arbeitsprozessen. Aufgrund des hohen Kostenaufwandes und der zu gewährleistenden notwendigen Datensicherheit sehen sie der Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben allerdings kritisch entgegen [30].

Auch Jahre nach der Einführung des E-Health-Gesetzes gilt Deutschland weiterhin im europäischen Vergleich als rückschrittlich digitalisiert. Interessenkonflikte der Beteiligten, hohe Investitionskosten sowie Kompatibilitäts- und Anwendungsprobleme führen zu Entwicklungsverzögerungen [31]. Sicherheitsbedenken, Bürokratie und hohe Datenschutzerfordernisse gefährden den digitalen Fortschritt. Regionale und generationsspezifische Defizite erschweren zusätzlich die Nutzung und Akzeptanz digitaler Infrastrukturen [32, S. 12].

#### **1.2.5 QUALITÄTSMANAGEMENT IM KRANKENHAUS (KHSG & G-BA-QM-RICHTLINIE)**

---

Das Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz - KHSG) legte mit seinem Inkrafttreten am 01.01.2016 den Fokus auf eine stärkere Qualitätsorientierung im stationären Sektor. Dadurch sollte die klinische Versorgungsqualität gestärkt, mehr Pflegepersonal zu Verfügung gestellt und Patienten besser vor nosokomialen Infektionen geschützt werden [33].

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wurde durch das KHSG noch umfassender in die Qualitätssicherung eingebunden [34]. Er wurde beauftragt, Qualitätsindikatoren für eine qualitätsabhängige Vergütung und Sanktionen bei Nichteinhaltung der Qualitätsvorgaben festzulegen sowie Regeln für die Überprüfung durch den Medizinischen Dienst aufzustellen [23, S. 28 f.]. Die Dokumentation gewinnt infolgedessen enorm an Bedeutung, da sie zukünftig als Grundlage für den Nachweis einer qualitätsgerechten Behandlung dient [35, S. 3]. Ein unnötig hoher Bürokratieaufwand sollte aber vermieden werden [36].

---

Im November 2016 trat die G-BA-Qualitätsmanagementrichtlinie in Kraft, welche grundlegende Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement (QM) enthielt. Darunter ist eine „systematische und kontinuierliche Durchführung von Aktivitäten zu verstehen, mit denen eine anhaltende Qualitätsförderung im Rahmen der Patientenversorgung erreicht werden soll.“ [37, S. 4]. Das Abarbeiten von Checklisten, regelmäßige Fortbildungsmaßnahmen, Teambesprechungen, jährliche Qualitätsberichte, Patientenbefragungen und ein umfangreiches Risikomanagement inklusive internen Risiko-Audits, Fallanalysen sowie Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen gehören seitdem zum Arbeitsalltag eines Klinikarztes [37, S. 6 f.].

Der Nutzen des Qualitätsmanagements wird in den Medien kontrovers diskutiert. Während Befürworter darin eine Chance zur Optimierung der Patientenversorgung sehen, fürchten Kritiker den damit verbundenen bürokratischen, personellen und finanziellen Mehraufwand. Auch die Zertifizierung, welche eine externe Qualitätsüberprüfung darstellt, ist unter Fachleuten umstritten. Diese wird mit Wettbewerbs- und Marketinginteressen der Kliniken assoziiert und ihre qualitätsbezogene Aussagekraft und Nutzen für das Patientenwohl in Frage gestellt [38; 39].

### 1.2.6 EU-DATENSCHUTZ-GRUNDVERORDNUNG

---

*„Datenschutz [...] ist kein lästiges Anhängsel, er ist keine überflüssige Bürokratie, er ist Voraussetzung dafür, dass auch in der Informationsgesellschaft das Recht auf informelle Selbstbestimmung [...] durchgesetzt werden kann.“ [40, S. 9244]*

Im Zuge von technologischem Fortschritt, Digitalisierung und Globalisierung war es erforderlich, den geltenden Datenschutz an die Herausforderungen des 21. Jahrhunderts anzupassen. Die Europäische Datenschutzrichtlinie (RL 95/46/EG) aus dem Jahr 1995 wurde im Mai 2016 von der EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) abgelöst. Neben mehr Kontrolle und Transparenz, bezüglich der Verarbeitung personenbezogener Daten, sollte dies für eine Vereinheitlichung des Datenschutzes sowie erleichterten grenzüberschreitenden Datenverkehr innerhalb der EU sorgen [41].

Seit dem 25.05.2018 ist die Umsetzung der EU-DSGVO für Kliniken verpflichtend. Daten, die sich auf den Gesundheitszustand einer Person, einschließlich der Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen, beziehen, sind hochsensibel und bedürfen besonderen Schutz [42, S. 34]. Bei Verstößen drohen hohe finanzielle Sanktionen. Für die Kliniken ist dies mit einem organisatorischen und finanziellen Mehraufwand verbunden. Arbeitsabläufe müssen überprüft und gegebenenfalls neu organisiert, technische Schutzmaßnahmen ergriffen und Mitarbeiter für den Umgang mit Gesundheitsdaten sensibilisiert werden. Letztendlich wird auch ein Dokumentationsanstieg zur besseren rechtlichen Absicherung befürchtet [43].

### 1.3 DOKUMENTATION

---

In der Medizin gilt die juristisch geprägte Devise: „Was nicht dokumentiert ist, gilt als nicht erbracht.“. In Deutschland sind Ärzte in berufs- und zivilrechtlicher Hinsicht zur Dokumentation verpflichtet, welches sich aus der (Muster-) Berufsordnung der in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä §10) und dem Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB §630f) ergibt.

Dabei dient dies nicht primär der rechtlichen Absicherung, sondern soll im Sinne der Qualitätssicherung für alle Beteiligten die Transparenz des Behandlungsprozesses und die Nachvollziehbarkeit des ärztlichen Handelns gewährleisten [44].

Der Fokus sollte dabei stets auf die Dokumentation von medizinisch Relevantem gelegt werden. Es gilt die Regel: "Zu dokumentieren ist somit alles, aber auch nur dasjenige, was für das Behandlungsgeschehen wichtig ist." [45].

Von den meisten Ärzten wird die Dokumentation als Belastung ihrer täglichen Arbeit empfunden. Sie kritisieren das Missverhältnis zwischen bürokratischen und patientennahen Tätigkeiten und sehen dadurch ihre Arbeitszufriedenheit zunehmend gefährdet [46]. Für den Dokumentationsanstieg der letzten Jahre wird der gesteigerte Informationsanspruch der Patienten und Krankenkassen verantwortlich gemacht [47; 48]. Infolge der zunehmenden ärztlichen Spezialisierung und veränderten Arbeitsbedingungen (Teilzeit, gesetzliche Arbeitszeitbeschränkung) muss vermehrt dokumentiert werden, um den erhöhten Kommunikationsbedarf der verschiedenen Behandler untereinander zu decken [46].

Die Dokumentationsfähigkeit deutscher Klinikärzte wurde 2003 erstmalig von Müller und Blum im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft untersucht. Durch die Befragung von 1010 Ärzten der Fachrichtungen Chirurgie und Innere Medizin ermittelten sie den durchschnittlichen Dokumentationsaufwand pro Arzt und Arbeitstag. Dieser betrug bei den Chirurgen 161,9 Minuten und bei den Internisten 194,9 Minuten. Durch ihre Ergebnisse befürchteten die Autoren, dass die vermehrte ärztliche Dokumentation das patientennahe Arbeiten zunehmend beeinträchtigt und unterstützten damit die Forderung der Klinikärzte nach einer deutlichen Entlastung von administrativen Tätigkeiten [49]. Auch Jahre später scheint der Wunsch nach einer Beschränkung der Dokumentation auf ein erträgliches Maß noch nicht erfüllt. Wolff et al. führten 2017 mittels Multimomentaufnahme eine Studie zur Arbeitszeitverteilung von 250 Ärzten in einem deutschen Universitätsklinikum durch. Trotz, dass der stationäre Arbeitszeitanteil für Tätigkeiten direkt am Patienten mit durchschnittlich 46 % höher ausfiel als für Dokumentation (33 %), plädierten die Autoren ebenfalls für eine Reduktion des Dokumentationsaufwandes. Infolge der zunehmenden Verknappung der ärztlichen Arbeitszeit, durch den demografischen Wandel und die veränderte Anspruchshaltung der Ärzte, sei es ihrer Ansicht nach wichtig, das verbleibende Potenzial im Sinne des ursprünglichen Berufsbildes zu nutzen [50].

## 1.4 COMPUTERTÄTIGKEIT

---

Die Digitalisierung und der vermehrte Einsatz moderner Kommunikationstechnologien hat in den letzten Jahren die ärztliche Arbeitsstruktur zunehmend verändert. Neben einem erleichterten Austausch und Zugriff auf medizinische Daten ist dies mit einem Anstieg der computerbasierten Arbeitszeit sowie nachteiligen Auswirkungen auf das Arzt-Patienten-Verhältnis verbunden, was oftmals zur Unzufriedenheit der Patienten führt [51–53].

Die Computernutzung stationär tätiger Ärzte wurde bisher nur in wenigen Studien, vorwiegend aus dem US-amerikanischen Raum, analysiert. Für Deutschland liegen keine aktuellen Daten vor. Der diesbezüglich in den Studien ermittelte Arbeitszeitanteil betrug 40 – 51 % [54–57]. Die bisher größte Untersuchung zu dieser Thematik wurde 2015 in einem Schweizer Universitäts-spital mit 36 Ärzten in Weiterbildung (ÄiW) durchgeführt. Die Beobachtung über 697 Stunden ergab, dass diese dreimal mehr Arbeitszeit vor dem PC (44,9 %) als im direkten Patientenkontakt (14,4 %) verbrachten [57]. Ähnliche Ergebnisse erzielten Block et al., welche bei Internisten einen computerbezogenen Arbeitszeitanteil von 40 % ermittelten [55].

Diese Studien verdeutlichen, dass bereits ein beträchtlicher Anteil des ärztlichen Arbeitstages vor den Bildschirmen verbracht wird. Infolge des Voranschreitens der Digitalisierung im Gesundheitssystem und der zunehmenden Nutzung elektronischer Ressourcen ist auch zukünftig mit einem weiteren Anstieg der computerbasierten Arbeitszeit der Ärzte zu rechnen.

## 1.5 ÄRZTLICHER PATIENTENKONTAKT

---

Für eine empathische Arzt-Patienten-Beziehung gilt ein zeitlich angemessener ärztlicher Patientenkontakt als unerlässlich [6]. Wieviel Zeit dafür absolut benötigt wird, ist bisher unbekannt [50]. Allerdings zeigt sich, dass ein hoher Arbeitszeitanteil in der direkten Patientenversorgung sowohl mit der Zufriedenheit von Ärzten und Patienten als auch mit Verbesserungen von Behandlungsqualität, Patientensicherheit und Ärztegesundheit korreliert [58–61].

2010 wurden in einem Review verschiedene Studien zur Arbeitszeitverteilung klinisch tätiger Ärzte aus den Jahren 1961 bis 2008 verglichen [62]. Der Arbeitszeitanteil, der für die direkte Patientenversorgung aufgewendet wurde, schwankte in den Erhebungen infolge unterschiedlicher Forschungsmethoden und -qualität zwischen 8,5 und 41 %.

Auch die Ergebnisse der Freiburger Studie von 2017 zeigen, dass Klinikärzte im stationären Setting mehr als die Hälfte ihres Arbeitstages fernab vom Patienten verbringen. Mittels Momentaufnahme, welche signalgesteuert durch Zufallsstichproben die Tätigkeitshäufigkeit erfasst, wurden in sieben verschiedenen Fachbereichen des Universitätsklinikums eine Arbeitszeitanalyse durchgeführt. Diese ergab, dass die direkte stationäre Patientenversorgung durchschnittlich lediglich 24,4 % der ärztlichen Gesamtarbeitszeit betrug. Besonders niedrig fiel dieser Anteil in der Pädiatrie (19,5 %) und Augenheilkunde (16,8 %) aus [50].

---

Allgemein zeigte sich der ärztliche Patientenkontakt in den letzten Jahrzehnten rückläufig [63]. In einer auf Befragungen basierenden Studie wurde bei norwegischen Klinikärzten seit 1994 ein Rückgang der patientenbezogenen Arbeitszeit verzeichnet, welche seit der Jahrtausendwende noch drastischer zurückgeht [64]. Als mögliche Gründe werden die voranschreitende Digitalisierung im Gesundheitssystem, der steigende Dokumentationsaufwand sowie Veränderungen der innerklinischen Arbeitssituation angesehen [7; 64].

Insbesondere der zunehmende ökonomische Einfluss in der Gesundheitsversorgung ist mit negativen Auswirkungen auf die Arzt-Patienten-Beziehung verbunden [4; 65]. Das DRG-System und gekürzte Verweildauern, verknappte Personalressourcen sowie vermehrte administrative Aufgaben führen zu einer erheblichen Arbeitsverdichtung im Klinikalltag [6]. Immer weniger Zeit verbleibt für die Interaktion mit dem Patienten. Eine patientenzentrierte Versorgung ist unter diesen Bedingungen nicht möglich, wodurch die Behandlungsqualität leidet [63].

*„Heute wird unter ökonomischen Druck der Aufwand an Gesprächszeit, an Begegnungszeit mit dem Patienten eingespart, und so spart die Medizin nicht das Überflüssige ein, sondern sie spart am Kern ihrer Identität ein, weil der Kontakt mit dem Patienten das ist, was der eigentliche Grund war, Medizin als sozialen Beruf zu wählen.“ [6, S. 615]*

Zunehmend führt dies sowohl bei Ärzten, als auch bei den Patienten, zu Unzufriedenheit. Die Attraktivität der Klinik Tätigkeit sinkt [7]. Mediziner fordern deshalb mehr Zeit für die patientennahe Kommunikation und Interaktion, die Entlastung von administrativen Tätigkeiten und verbesserte Arbeitsbedingungen im stationären Sektor [63].

### 1.6 ARBEITZUFRIEDENHEIT

---

*„Job satisfaction is a combination of psychological, physiological and situational conditions that cause the person to make an honest statement: I am satisfied with my work.“ [66, S. 47]*

In der Literatur existieren verschiedenste Definitionen zur Arbeitszufriedenheit. Bereits in den 30er Jahren wurde diese als multidimensionales Konstrukt beschrieben [66]. Locke definiert die Arbeitszufriedenheit wesentlich prägnanter als positiven emotionalen Zustand, welcher sich aus der Bewertung der eigenen Arbeit und der Arbeitserlebnisse der Person ergibt [67, S. 1303]. Im Gegensatz zur Berufszufriedenheit ist dieses Empfinden allerdings nur von kurzer Dauer, beeinflusst aber entscheidend die Lebenszufriedenheit des Individuums [68; 69]. Dabei gilt die Arbeitszufriedenheit nach der Zwei-Faktoren-Theorie von Herzberg durch äußere Rahmenbedingungen (extrinsische Faktoren) und den persönlichen Befindlichkeiten des Arbeitnehmers (intrinsische Faktoren) beeinflusst, welche bei Ärzten auch als Physician Factors bekannt sind [60; 70]. Diese sind in Abbildung 3 dargestellt.

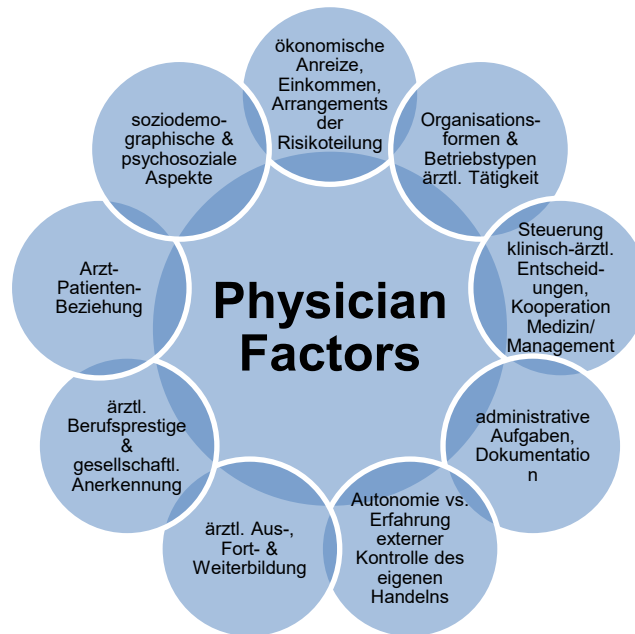


Abbildung 3: Physician Factors entwickelt nach Gothe et al. [60]

Untersuchungen der letzten Jahre zeigen, dass die Arbeitszufriedenheit berufstätiger Ärzte unter der zunehmenden Arbeitsbelastung im Gesundheitssystem leidet. Zeitdruck, verstärkte ökonomische Einflüsse, die Zunahme administrativer Tätigkeiten sowie sich häufig ändernde Rahmenbedingungen führen dazu, dass bereits ein Fünftel der in Deutschland klinisch tätigen Ärzte über die Aufgabe des ärztlichen Berufes nachdenkt [8; 71]. Die Arbeitsverdichtung und die damit oft einhergehende Überschreitung der Regelarbeitszeit mit resultierenden Überstunden sind der am häufigsten genannte Grund für die Unzufriedenheit von Klinikärzten. Kritisiert wird in diesem Zusammenhang auch, dass dadurch immer weniger Zeit für die eigentliche Arbeit am Patienten bleibt [72]. Es muss jedoch beachtet werden, dass Belastungssituationen individuell unterschiedlich wahrgenommen werden. Die Beurteilung ist dabei von der psychischen Widerstandsfähigkeit des Einzelnen, auch als Resilienz bezeichnet, abhängig [73].

Die hohe Arbeitsbelastung und die damit verbundene, zunehmende ärztliche Unzufriedenheit gefährden auch die Versorgungsqualität [60]. Zeitdruck sowie ein enormes Arbeitspensum mindern die Arbeitsqualität und begünstigen Behandlungsfehler, welches für den Patienten im schlimmsten Fall fatal enden kann [74]. Ein Dauerzustand von Stress, Hektik und Ermüdung ist zudem auch für Ärzte gesundheitsschädlich [75]. Dieser begünstigt das Entstehen psychischer Erkrankungen wie z. B. Burn-Out und Suchterkrankungen. 2015 fühlten sich bereits 59 % der Mediziner durch ihre klinische Tätigkeit „häufig psychisch belastet“ [76].

Dieser Prozentsatz verdeutlicht, dass die Arbeitsbedingungen in deutschen Kliniken eindeutig einer Überarbeitung bedürfen. Eine nachhaltige Verbesserung der ärztlichen Arbeitszufriedenheit ist dringend notwendig, um dem bereits vorherrschenden Ärztemangel und einer drohenden Verschlechterung der Behandlungsqualität entgegenwirken zu können [71, S. 1131].

## 1.7 FRAGESTELLUNGEN

---

In den Jahren 2013 bis 2017 wurden mehr als 25 Gesetze erlassen, die sich auf die ärztliche Arbeit im Klinikalltag ausgewirkt haben. Häufig einhergehend mit Veränderungen der klinischen Vorgehensweise forderten diese von den Ärzten eine ständige Anpassung an steigende Berufsanforderungen. Administrative Aufgaben, z. B. im Rahmen rechtlicher Absicherung, und Bildschirmarbeit dominieren zunehmend das Tätigkeitsspektrum des modernen Arztes und führen letztendlich zu einer Reduktion der Arbeitszeit mit direktem Patientenkontakt.

Das Ziel der vorliegenden Arbeit bestand darin, die Auswirkungen der ausgewählten Gesetze auf die tägliche Arbeit von Ärzten im stationären Sektor zu untersuchen. Dabei sollten neben den individuellen Ansichten teilnehmender Ärzte auch derzeitige Berufsanforderungen und Aspekte der momentanen Arbeitszufriedenheit in der Studie abgebildet werden.

Folgende Fragen standen dabei im Fokus dieser Arbeit:

1. Welche Auswirkungen haben die ausgewählten Gesetze auf die Qualität der medizinischen Versorgung?
2. Resultieren aus den Verordnungen Veränderungen im täglichen Arbeitsablauf und für das Arzt-Patienten-Verhältnis?
3. Wie bewerten die Ärzte die einzelnen Gesetze hinsichtlich Vor- und Nachteile, Bedeutung für den Patienten und für die Krankenhausverwaltung?
4. Wie viel Arbeitszeit
  - verbringt der Arzt täglich vorm PC?
  - entfällt auf Dokumentationstätigkeiten?
  - verbringt der Arzt im direkten Umgang mit dem Patienten?
5. Wie wirkt sich das Ganze auf die Zufriedenheit der Mediziner aus?
6. Gibt es bezüglich Arbeitszeitverteilung und -zufriedenheit Unterschiede in Abhängigkeit von Geschlecht, Alter, Position, Berufserfahrung, Fachrichtung oder Klinikstruktur?

Zur differenzierten Beantwortung dieser Fragen schien ein zweiteiliges Forschungsvorgehen als geeignet. Im Hinblick auf die Auswirkungen der ausgewählten Gesetze auf den ärztlichen Berufsalltag bot sich eine qualitative Interviewstudie an. Durch die explorative Herangehensweise dieser Forschungsmethode konnte eine Fokuserorientierung auf die individuellen Sichtweisen und Erfahrungen der Ärzte realisiert und schließlich zur Hypothesenbildung verwendet werden. Die Ermittlung konkreter Zeitwerte für die ärztliche Dokumentation, Computertätigkeit und für den Umgang mit den Patienten erforderte hingegen ein eher quantitatives Vorgehen.

---

## II. METHODIK

### 2.1 ÜBERBLICK EMPIRISCHE SOZIALFORSCHUNG

---

*"Unter **Empirischer Sozialforschung** wird eine Gesamtheit von Methoden, Techniken und Instrumenten zur wissenschaftlich korrekten Durchführung von Untersuchungen des menschlichen Verhaltens und weiterer sozialer Phänomene verstanden."*

[77, S. 13]

Die empirische Sozialforschung unterscheidet zwischen zwei verschiedenen Forschungsansätzen. Bereits vor circa einhundert Jahren wurden quantitatives und qualitatives Methodendesign strikt getrennt. Beide Methoden konkurrieren seitdem miteinander und zeichnen sich durch unterschiedliche Herangehensweisen aus [78, S. 13].

Die **quantitative Sozialforschung** ist durch ein deduktives, lineares Vorgehen gekennzeichnet und dient der Gewinnung zumeist numerischer Daten, wie z. B. Zeit-, Mess- oder auch Skalenwerten. Bereits vor Forschungsbeginn werden Theorien und Hypothesen generiert, welche es zu überprüfen gilt. Der Studienablauf ist konkret festgelegt und wird in der vorher definierten Abfolge abgehandelt (siehe Abbildung 4). Abweichungen sind, aufgrund der zu gewährleistenden Vergleichbarkeit, nicht möglich [79].



Abbildung 4: Lineares Vorgehen nach Witt [79]

Durch die lineare Forschungsstrategie wird ein hohes Maß an Standardisierung erreicht. Somit ist es möglich, bei entsprechend hohen Fallzahlen, Repräsentativität sicher zu stellen [77, S. 67]. Dies bedeutet, dass durch die Untersuchung Rückschlüsse auf die Grundgesamtheit gezogen werden können, aus welcher die Stichprobe entnommen wurde [80, S. 161].

Die Qualität des Forschungsprozesses kann in der quantitativen Sozialforschung durch die Gütekriterien Objektivität, Reliabilität und Validität beschrieben werden. Die Objektivität bezeichnet die Unabhängigkeit der erhobenen Daten vom Untersucher. Hierbei gilt, je höher der Grad der Standardisierung ist, desto geringer fällt der subjektive Einfluss des Forschers aus. Objektivität ist eine notwendige Bedingung für die Reliabilität. Unter dieser versteht man die Zuverlässigkeit, mit der bei erneuten Testwiederholungen eine Ergebnisgleichheit eintritt. Das höchste Gütekriterium ist die Validität. Sie gibt an, ob der Test auch tatsächlich das misst, was gemessen werden soll [77, S. 109 ff.].

Die **qualitative Sozialforschung** arbeitet induktiv und dient der Entwicklung eigener Theorien und Hypothesen. Dabei gestaltet sich der Forschungsprozess flexibel und ermöglicht so eine umfassende Betrachtung des Untersuchungsgegenstandes [80, S. 234]. Damit eignet sich diese Methode besonders für die Beantwortung von Forschungsfragen, zu welchen bisher nur wenige theoretische Erkenntnisse vorliegen [81, S. 10]. Das Datenmaterial besteht zumeist aus Texten, seltener Bild- oder Filmdateien.

Die Versuchsplanung wird zu Beginn nur grob vorgegeben und unterliegt während der Durchführung einer kontinuierlichen Überprüfung und Aktualisierung. So ermöglicht das zirkuläre Vorgehen (Abbildung 5) eine ständige Anpassung der Untersuchungen an den Forschungsgegenstand [79]. Dies führt einerseits zu einer Offenheit gegenüber dem Thema, andererseits beeinträchtigt es die Standardisierung und damit die Vergleichbarkeit [80, S. 234].

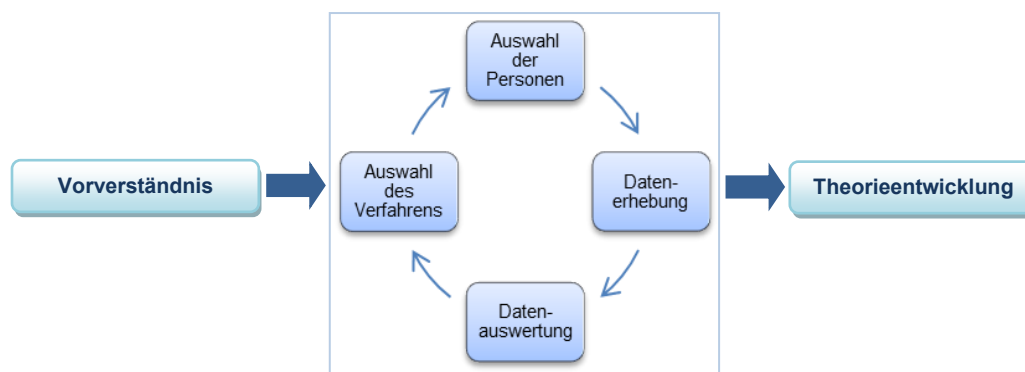


Abbildung 5: Zirkuläres Vorgehen nach Witt [79]

Qualitative Sozialforschung verfolgt weniger das Ziel, repräsentativ zu sein. Nicht die Grundgesamtheit, sondern das Individuum steht im Mittelpunkt der Betrachtung. Einzelfallbetrachtungen sind oftmals zeit- und kostenintensiv. Dadurch ergeben sich eher niedrige Fallzahlen, wodurch Verallgemeinerungen der erhobenen Daten nur bedingt möglich sind [77, S. 67].

Zur Beurteilung qualitativer Studien existieren ebenfalls Gütekriterien, welche differenziert von denen der quantitativen Forschung zu betrachten sind. Nach Mayring werden sechs verschiedene Qualitätskriterien definiert [82]. Wichtig für die Nachvollziehbarkeit und Reproduzierbarkeit der Studie ist eine detaillierte Beschreibung des Forschungsvorgehens, die Verfahrensdokumentation. Die Dokumentation der Interpretationen sollte umfangreich und nachvollziehbar für Dritte im Sinne der argumentativen Interpretationsabsicherung erfolgen. Ein weiteres Gütekriterium stellt die Regelgeleitetheit dar. Trotz des offenen Vorgehens erfordert die qualitative Sozialforschung eine systematische Arbeitsweise. Durch die Festlegung konkreter Regeln für den Forschungsprozess und deren nachweisliche Einhaltung wird das korrekte wissenschaftlich Arbeiten des Forschenden belegt. Weiterhin zeichnen sich qualitative Studien durch die Nähe zum Gegenstand aus. Dies bezeichnet das Forschen unter realen Bedingungen und ermöglicht das Abbilden des Subjektes in seinem natürlichen Umfeld. Ein weiteres

Qualitätsmerkmal ist die kommunikative Validierung. Dabei werden die erhobenen Ergebnisse durch die untersuchten Personen gegengeprüft und im besten Fall für gültig befunden. Die Triangulation stellt das letzte Gütekriterium dar [82, S. 144 ff.]. Sie erreicht durch die Kombination verschiedener Methoden, dass der Forschungsgegenstand allumfassend betrachtet wird und führt letztendlich zu einem tiefgründigen Informationsgewinn [83, S. 12].

Die Vorbetrachtungen zeigen, dass beide Forschungsansätze höchst unterschiedlich sind. Dennoch hat sich in den letzten Jahren immer mehr die Erkenntnis durchgesetzt, dass die Kombination quantitativer und qualitativer Methoden sich sinnvoll ergänzend auf den Forschungsprozess auswirkt und „zu einem erhöhten Erkenntnisgewinn“ beiträgt [81, S. 44]. Auch für die vorliegende Promotionsarbeit erschien die methodische Triangulation als geeignet. Für die Darstellung der subjektiven Sichtweisen der Ärzte in Bezug auf die ausgewählten Gesetze bot sich eine qualitative Interviewstudie an. Hingegen erforderte die Ermittlung konkreter Zeitwerte für Dokumentation, computerbezogene Arbeitszeit und Patientenkontakt ein eher quantitatives Vorgehen. In den folgenden Kapiteln erfolgt die separate Darstellung der beiden Studien. Die Reihenfolge orientiert sich dabei an der Chronologie des Studienablaufs.

## **2.2 ZEITERHEBUNGSSTUDIE „DOKUMENTATION IM STATIONSALLTAG“**

---

Die Zeiterhebungsstudie diente dazu, die ärztliche Arbeitsbelastung v.a. in Bezug auf Dokumentation genauer zu untersuchen. Hierfür wurden im Klinikum Südstadt Rostock neun stationstätige Ärzte verschiedener Fachrichtungen während ihres Arbeitstages mehrfach hospitiert und ihre Tätigkeiten in einem Protokoll zeitabhängig notiert.

### **2.2.1 WAHL DES STUDIENDESIGNS**

---

Zur Erfassung des zeitlichen Umfangs bestimmter ärztlicher Tätigkeiten wurde eine Forschungsmethode gesucht, welche die Zeitdauer mit bestmöglicher Präzision abbildet. In der empirischen Sozialforschung existieren für Zeiterhebungen verschiedene Möglichkeiten zur Datengewinnung. Neben der Befragung stellen auch Tagebucherhebung und Beobachtung mögliche Vorgehen dar [84, S. 160].

Die **aktivitätsorientierte Befragung** ist eine häufig genutzte, einfach durchführbare Methode. Durch konkrete Nachfragen, wie oft und wie lange eine Tätigkeit innerhalb eines festgelegten Zeitraumes durchgeführt wurde, können Aussagen zum zeitlichen Umfang bestimmter Aktivitäten gewonnen werden. Dabei basieren die Daten auf subjektiven Einschätzungen des Befragten, wodurch oftmals infolge der sozialen Erwünschtheit eine verzerrte Darstellung resultiert [77, S. 397]. Problematisch ist auch, dass häufig die simultane Ausführung mehrerer Tätigkeiten nicht berücksichtigt wird, was somit zu einer Überschätzung der Dauer führt. Auch ist

---

es nicht möglich, Aussagen zur Chronologie der Aktivitäten zu treffen. Das Verfahren gilt daher als ungenau [84, S. 161].

Eine weitere Befragungsmethode stellt das **Yesterday-Interview** dar. Dabei wird die zu untersuchende Person über die Tätigkeiten des Vortages und deren Dauer befragt. Hieraus resultieren ebenfalls Schätzwerte. Die Angaben können vom realen Ablauf abweichen, oft wird von einem durchschnittlichen Tag berichtet [84, S. 162].

Weitaus präziser ist die Zeiterhebung mittels **Tagebuch**. Dabei beschreibt die zu untersuchende Person die Tätigkeiten des aktuellen Tages und hält sie zeitnah in einem standardisierten Protokoll fest. Dabei wird auch die Chronologie berücksichtigt, sodass Rückschlüsse auf den Tagesablauf möglich sind. Gleichzeitig können Nebentätigkeiten erfasst werden. Durch die Selbstbeobachtung wird der Effekt der sozialen Erwünschtheit verringert und auch Erinnerungslücken vermieden. Allerdings erfordert diese Variante eine hohe Motivation der Probanden und ist mit deutlichem Aufwand sowie erhöhten Kosten verbunden [84, S. 162 f.].

Um eine weitestgehend objektive Darstellung des Tagesablaufes unabhängig von der Zielperson zu erreichen, ist die **Beobachtung** die beste, aber auch zeitaufwändigste Methode. Die Aktivitäten können durch den Beobachter direkt zeitabhängig ermittelt und vollständig festgehalten werden. Daraus resultiert eine genaue Zeiterfassung bei nur geringer Belastung der Probanden. Es ist durchaus möglich, dass die Beobachtung zu Veränderungen im Handeln der Zielpersonen führt [84, S. 160].

Trotz des erhöhten Aufwandes erwies sich die Fremdbeobachtung als beste Methode zur Ermittlung des Zeitbudgets der Ärzte. Somit konnten sowohl die Tätigkeitszeiten präzise erfasst, als auch Aussagen über den Tagesablauf im Stationsalltag getroffen werden, ohne dass die Mediziner dadurch zusätzlich belastet wurden.

Da die Zeiterhebungsstudie einen quantitativen Zweck verfolgte, eignete sich eine strukturierte Beobachtung [80, S. 509 f.]. Diese nutzt sogenannte Beobachtungsschemata, in welchen bereits vor Studienbeginn festgelegt wird, welche Tätigkeiten durch die Hospitation erfasst und protokolliert werden sollen. So wird eine gewisse Standardisierung erreicht und das Vorgehen nachvollziehbar, welches das korrekte wissenschaftliche Arbeiten belegt [77, S. 326]. Weiterhin erfordert der quantitative Forschungsansatz, dass der Beobachter kein Teilnehmer der Untersuchungspopulation ist, sondern das Verhalten objektiv im Sinne der intersubjektiven Nachprüfbarkeit betrachtet. Somit können Reliabilität und Validität gewährleistet sowie Beobachtungsfehler vermindert werden [80, S. 526]. Die Beobachtungen wurden offen in der direkten Arbeitsumgebung der Ärzte, im stationären Setting, durchgeführt. Die Datenerhebung unter realen Alltagsbedingungen ermöglicht ein nahezu unverfälschtes Abbild des Tätigkeitsprofils [80, S. 513]. Allerdings kann das offene Auftreten des Beobachters die Situation beeinflussen und zu Veränderungen im Handeln der Untersuchungsgruppe führen [80, S. 510].

## **2.2.2 VORBEREITUNG DER DATENERHEBUNG**

### **2.2.2.1 PROBANDENGEWINNUNG**

---

Die Studie wurde monozentrisch im Klinikum Südstadt Rostock durchgeführt. Um die aktuelle Arbeitssituation kliniktätiger Ärzte bestmöglich darzustellen, erfolgte die Datenerhebung fachrichtungsübergreifend. Pro Fachbereich wurden je drei stationstätige Ärzte, während eines regulären achtstündigen Arbeitstages (Tagesschicht mit Morgensvisite), hospitiert, die sich freiwillig für die Studienteilnahme entschieden haben. Überstunden, Zwischen- und Nachtdienste blieben in der Studie unberücksichtigt. Die Anfrage durch die Autorin erfolgte im persönlichen Gespräch oder per E-Mail. Dabei wurden das Forschungsvorhaben und die Durchführung der Studie erläutert. Nach Einwilligung erfolgte die Terminvereinbarung für die Hospitation sowie die Hinterlegung von Kontaktdaten für eventuelle Rückfragen und Terminänderungen. Für die Studienteilnahme erhielten die Ärzte keine finanzielle Aufwandsentschädigung.

### **2.2.2.2 KONSTRUKTION BEOBACHTUNGSPROTOKOLL**

---

Um den zeitlichen Umfang bestimmter ärztlicher Tätigkeiten zu ermitteln, wie z. B. Dokumentation oder PC-Arbeit, musste zunächst ein Messinstrument entwickelt werden. Hierfür erarbeitete die Autorin zusammen mit dem Institut für Biostatistik und Informatik in Medizin und Altersforschung der Universitätsmedizin Rostock (im Folgenden IBIMA) ein Beobachtungsprotokoll (siehe Anhang 3). Darin sollten während der Hospitation die Aktivitäten der Ärzte zeitabhängig notiert werden. Dafür erschien ein Tabellenformat als geeignet. Auf der Basis theoretischer Vorüberlegungen wurden 15 verschiedene Tätigkeitskategorien festgelegt, welche die Spalten des Protokollbogens bildeten. Um eine standardisierte Datenerhebung gewährleisten zu können, wurden den Kategorien bestimmte Inhalte zugeordnet. Eine detaillierte Übersicht dazu ist im Anhang 2 einsehbar.

Um die Ärzte nicht unter Druck zu setzen, wurde auf die Zeitermittlung mittels Stoppuhr verzichtet. Stattdessen wurde ein Beobachtungsintervall von fünf Minuten festgelegt. In dem Zeitraum wurde jede Tätigkeit angekreuzt, welche der Arzt durchführte. Somit konnte auch die zeitliche Parallelität von Aktivitäten berücksichtigt werden. Die Festlegung des Zeitintervalls orientierte sich an Gershuny. Er empfiehlt eine Beobachtungseinheit zwischen zwei und 15 Minuten [85, S. 42]. Im Hinblick auf die erforderliche Genauigkeit und praktische Umsetzung erschien ein Fünf-Minuten-Takt optimal.

Die Vorstrukturierungen ermöglichen einen gewissen Beobachtungsstandard, wodurch die Datenerhebung präziser und reproduzierbar wird. Für einen quantitativen Ansatz gilt dies als unverzichtbar [80, S. 559].

Die Kopfzeile des Beobachtungsprotokolls erfasste persönliche Merkmale wie Alter, Geschlecht, Position und Berufserfahrung des Studienteilnehmers. Dies dient neben der Beschreibung der Studienpopulation auch der Identifikation eines möglichen Einflusses dieser auf das Zeitbudget [86, S. 79]. Am Ende des Protokollbogens konnten in einem Bemerkungsfeld besondere Vorkommnisse festgehalten werden, welche wichtig für die Auswertung der erhobenen Zeitbudgetdaten schienen.

### **2.2.3 DATENERHEBUNG**

---

Die Durchführung der Beobachtungsstudie erfolgte von November 2018 bis Mai 2019 im Klinikum Südstadt Rostock. Die Hospitationen durch die Autorin erfolgten in den Fachbereichen Innere Medizin, Allgemeinchirurgie sowie Anästhesie und Intensivmedizin. Durch wiederholte Beobachtungen des einzelnen Teilnehmers wurde eine präzisere Zeitbestimmung ermöglicht und der Einfluss ungewöhnlicher Ereignisse auf die Messwerte minimiert. Um ein höchstmögliches Maß an Standardisierung zu gewährleisten, erfolgte die Hospitation an Tagen mit ähnlichem Arbeitsaufkommen. Laut Klauber resultiere montags eine erhöhte Arbeitsbelastung durch liegen gebliebene Arbeit vom Wochenende und Nachbereitung von Neuaufnahmen der letzten 72 Stunden. An Freitagen falle die elektive Aufnahmequote oftmals geringer aus als an den übrigen Wochentagen [87, S. 55]. Daher erfolgte die Zeitbudgetermittlung von Dienstag bis Donnerstag, da an diesen Tagen die Patientenaufnahmen als relativ konstant gelten [88, S. 290]. Somit kann von einer ähnlichen Arbeitsbelastung für die Ärzte ausgegangen werden. Da die Untersuchung unter Feldbedingungen stattfand, waren dennoch Abweichungen im Tagesablauf möglich und wurden anschließend diskutiert. Bei den Anästhesisten musste die Datenerhebung, aufgrund von Notfalleinsätzen, mehrfach auf einen anderen Tag verlegt werden. Aufgrund der Komplexität des Forschungsdesigns und dem damit verbundenen Kosten- und Zeitaufwand ergab sich ein Stichprobenumfang von neun Teilnehmern und eine Gesamtbeobachtungszeit von 216 Stunden.

Vor Beginn der Hospitation wurde der Arzt über die Studie und deren Ablauf aufgeklärt und sein Einverständnis schriftlich festgehalten (siehe Anhang 4, 5). Weiterhin erhielt jeder Proband ein Pseudonym bestehend aus dem Anfangsbuchstaben der Fachrichtung (I für Innere Medizin, C für Chirurgie, A für Anästhesie und Intensivmedizin), einer Zahl für die Fallkennzeichnung und einer weiteren Zahlenkombination für den Beobachtungstag (z. B. I1-1/3). Somit konnte die Anonymität der Studienteilnehmer gewährleistet und Rückschlüsse nur noch mit einer einzigen handschriftlichen Liste gezogen werden.

Die Hospitation begann mit Dienstbeginn. Der Arzt wurde durch die Autorin bei sämtlichen Handlungen begleitet und diese zeitmäßig protokolliert. Dazu wurden alle Tätigkeiten angekreuzt, die während eines Fünf-Minuten-Intervalls durchgeführt wurden.

Die Abbildung 6 zeigt ein Beispiel. Im Zeitintervall von 07:30 Uhr bis 07:35 Uhr telefonierte der hospitierte Arzt, besprach die Stationsaufteilung und las etwas im PC nach. Demzufolge wurden in der 07:30 Uhr-Zeile *Telefonat*, *Teambesprechung* und *Allgemeine PC-Arbeit* angekreuzt. Dann diktierte er bis 07:45 Uhr einen Arztbrief und begutachtete nebenbei Befunde in der Papierakte, sodass in den Zeilen 07:35 Uhr und 07:40 Uhr *Arztbrief (diktiert)* vermerkt und unter *Sonstiges* „Akteneinsicht“ notiert wurden.

Zeit	Teambe- spre- chung/ Über- gabe	Te- le- fo- na- t	Arzt- brief	Doku			Allg. PC- Arbeit -dokufrei	V i s i t e	Vorbereitung Untersuch- ung/ Blut- entnahme/ pVK	Untersu- chung Pat./ Blut- entnahme/ pVK etc.	O P	Pat.ge- spräch / Aufklär- ung	Gespräch mit Angehöri- gen	P a u s e	Sonsti- ges
				A k t e	P C	A n d									
07. <sup>30</sup>	X	X					X								
.35			X <sup>dik- tiert</sup>												X Akten- einsicht
.40			X <sup>dik- tiert</sup>												X Akten- einsicht

Abbildung 6: Auszug Beobachtungsprotokoll I1-2/3 07:30 – 07:40 Uhr

Unter *Sonstiges* wurden Tätigkeiten aufgenommen, die aus Platzgründen mit keiner Kategorie berücksichtigt werden konnten. Eine auf dem Klemmbrett verfügbare Uhr ermöglichte die Einhaltung der Fünf-Minuten-Intervalle.

Zur Gewährleistung ungestörter OP-Bedingungen wurde währenddessen auf eine Hospitation durch die Autorin verzichtet. Die Erhebung der Operationszeiten der Chirurgen erfolgte stattdessen mit Hilfe der Software ClinicCentre von i-Solutions health. Die darin enthaltene OP-Dokumentation ermöglichte eine minutengenaue Ermittlung von Dauer und Anwesenheit der beteiligten Ärzte. Die Chirurgen wurden von der Autorin bis vor den OP-Trakt begleitet und die Chronologie anschließend am Computer verfolgt. Das Betreten des OP-Traktes bis zum Erscheinen im Operationssaal wurde als Vorbereitungszeit gewertet. Die Operationsdauer ergab sich von der Ankunft im OP-Saal bis zum Naht-Ende.

Beispiel: Während der Arbeit am PC erhielt der Arzt um 12:37 Uhr einen Anruf aus dem OP, welcher 12:41 Uhr beendet wurde. Daraufhin begab er sich zum OP-Trakt, wo er 12:44 Uhr ankam. ClinicCentre pro\_ksr\_operation meldete 12:53 Uhr das Erscheinen des Arztes im Operationssaal und verzeichnete um 14:59 Uhr das Naht-Ende – daraufhin wurden die Kreuze im Protokoll gesetzt (vgl. Abbildung 7).

Zeit	Teambesprechung/ Übergabe	Telefonat	Arztbrief	Doku			Allg. PC-Arbeit -dokufrei	V i s i t e	Vorbereitung Untersuchung/ Blutentnahme/ pVK	Unter- suchung Pat./ Blut- entnahme/ pVK etc.	O P	Pat.ge- spräch / Aufklärung	Gespräch mit Angehörigen	P a u s e	Sonstiges
				A k t e	P C	A n d									
12. <sup>35</sup>		X					X								
.40		X													X Gang zum OP
.45								X							
.50								X			X				
.55											X				
13. <sup>00</sup>											X				
13. <sup>05</sup> - 14. <sup>50</sup>											.				
14. <sup>55</sup>											X				

Abbildung 7: Auszug Beobachtungsprotokoll C1-1/3 12:35 – 14:55 Uhr

Die Zeit für die Nachbereitung und den Weg zurück zur Station wurden durch eine Selbstauskunft ermittelt. Spezielle Ereignisse auf Station, die für die Auswertung relevant erschienen, wurden am Ende des Protokollbogens festgehalten. Im Anmerkungsfeld wurden u.a. die Verwendung von elektronischen Patientenakten, die Stationsbelegung oder das Vorhandensein von Medizinstudierenden im Rahmen der ärztlichen Ausbildung (Famulatur, PJ) notiert.

#### 2.2.4 DATENAUFBEREITUNG UND AUSWERTUNG

Erst nach Abschluss der Beobachtungsstudie innerhalb eines Fachbereiches erfolgte die Datenaufbereitung und Zeitermittlung, um eine subjektive Beeinflussung der Datenerhebung zu vermeiden. Dabei erfolgte die Zeitwertfeststellung für einzelne Tätigkeiten zeilenabhängig. Da jede Zeile des Protokolls ein Fünf-Minuten-Intervall darstellte, ergab sich die Wertigkeit je nach Anzahl der gesetzten Kreuze. Wurden in der Spalte *Sonstiges* mehrere Tätigkeiten notiert, galten diese als separate Kreuze. Durch das anschließend spaltenweise Addieren der einzelnen Werte wurde der Tätigkeitsumfang ermittelt. Zur Veranschaulichung folgt ein Beispiel.

Zeit	Teambesprechung/ Übergabe	Telefonat	Arztbrief	Doku			Allg. PC-Arbeit -dokufrei	V i s i t e	Vorbereitung Untersuchung/ Blutentnahme/ pVK	Unter- suchung Pat./ Blut- entnahme/ pVK etc.	O P	Pat.ge- spräch / Aufklärung	Gespräch mit Angehörigen	P a u s e	Sonstiges
				A k t e	P C	A n d									
14. <sup>00</sup>	X							X							X Botengang, Kopieren, Akteneinsicht

Abbildung 8: Auszug Beobachtungsprotokoll I1-1/3 14:00 Uhr

In Abbildung 8 sind *Teambesprechung* und *Vorbereitung Untersuchung* angekreuzt sowie unter *Sonstiges* „Botengang“, „Kopieren“ und „Akteneinsicht“ vermerkt. In den fünf Minuten erfolgten also fünf Aktivitäten, wodurch sich pro Aktivität eine Dauer von einer Minute ergibt.

Eine Ausnahme bildete die Visite. Diese wurde gesondert gewertet, da sie eine Kombination mehrerer ärztlicher Aktivitäten wie Patientengespräch, Untersuchung sowie Dokumentation darstellt. Solange während der Visite typische Tätigkeiten (siehe Anhang 2) durchgeführt wurden, hatte das Kreuz bei Visite keinen Einfluss auf deren Dauer. Sie selbst wurde in einem solchen Fall mit fünf Minuten berechnet. Lediglich bei visitenuntypischen Handlungen wurde das Kreuz dementsprechend berücksichtigt.

Zeit	Teambe-sprechung/Über-gabe	Tele-fo-nat	Arzt-brief	Doku			Allg. PC-Arbeit-dokufrei	V i s i t e	Vorbereitung Untersuchung/ Blut-entnahme/ pVK	Unter-su-chung Pat./ Blut-entnahme/ pVK etc.	O P	Pat.ge-spräch / Aufklär-ung	Gespräch mit Angehöri-gen	P a u s e	Sonsti-ges	
				A k t e	P C	A n d										
09.15					X		X	X								X Akten wegbrin-gen
.20					X			X	X	X		X				

Abbildung 9: Auszug aus dem Protokoll I1-2/3 09:15 – 09:20 Uhr

In Abbildung 9 sind in der 09:15 Uhr-Zeile inklusive *Visite* vier Kreuze gesetzt, unter *Sonstiges* ist „Akten wegbringen“ vermerkt. Da dieses als visitenuntypisch festgelegt wurde, muss das Visitenkreuz bei der Zeitberechnung berücksichtigt werden. Daraus ergibt sich für die Visite und jede angekreuzte Aktivität ein Wert von 1,25 Minuten ( $5 \text{ min} : 4 = 1,25$ ).

In der darunterliegenden Zeile sind fünf Kategorien angekreuzt. *Doku PC*, *Vorbereitung*, *Untersuchung* und *Patientengespräch* galten in der Studie als Visitentätigkeiten. Deswegen wird in diesem Fall das Visitenkreuz nicht berücksichtigt und die Tätigkeiten mit 1,25 Minuten beziffert. Die Visitedauer beträgt für diese Zeile fünf Minuten.

Nach mehrmaliger Überprüfung wurden die Ergebnisse zunächst in Microsoft Excel 2019 tabellarisch festgehalten. Aus den drei Hospitationstagen wurden pro Arzt für jede Tätigkeit das arithmetische Mittel errechnet. Diese Maßzahl ist in Zeiterhebungsstudien zur Beschreibung des Zeitbudgets unerlässlich [86, S. 79]. Unter Berücksichtigung der Fragestellung wurden einzelne Kategorien zu größeren zusammengefasst und die Werte in IBM SPSS Statistics Version 27 übertragen. Dabei wurden die Zeiten für Arztbriefe und anderweitige Dokumentation (Akte, PC, andere) zur Gesamtdokumentationszeit zusammengefasst. Die Patientenzeit umfasste die Dauer für Patientengespräche, Aufklärungen sowie Untersuchungen am Patienten. Bei den Chirurgen wurde zusätzlich die Operationszeit mit eingerechnet. Aus der Summe der Zeiten für Arztbrief PC, Dokumentation am Computer und allgemeiner PC-Arbeit ergab sich die Gesamtarbeitszeit am Computer.

Für die statistische Analyse wurden mittels SPSS verschiedene Tests durchgeführt. Zunächst erfolgte die Prüfung auf Normalverteilung in der Regel durch den Shapiro-Wilk-Test. Aufgrund eines geringen Stichprobenumfangs ( $n < 3$ ) in einer Unterkategorie der Berufserfahrung musste allerdings auch auf den Kolmogorov-Smirnov-Test zurückgegriffen werden. Zum

Vergleich zweier unverbundener Stichproben kam bei normalverteilten Merkmalen der t-Test zum Einsatz, anderenfalls der U-Test nach Mann-Whitney. Sollten mehr als zwei Stichproben bezüglich eines Merkmals untersucht werden, so wurde die einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA) oder bei fehlender Normalverteilung der Kruskal-Wallis-Test angewendet. Zeigte sich dabei ein signifikanter Unterschied der abhängigen Variablen zwischen den Gruppen, waren weitere Tests notwendig. Trat dieser Umstand im Kruskal-Wallis-Test ein, folgten paarweise Vergleiche. Für die ANOVA wurde in diesem Fall, in Abhängigkeit der Signifikanz des Levene-Tests, bei nachgewiesener Varianzhomogenität der Bonferroni-Test verwendet [89–91]. Unter der Ergebnisdarstellung ist das verwendete Testverfahren konkret angegeben.

## **2.3 QUALITATIVE INTERVIEWSTUDIE**

---

Die Interviewstudie befasste sich mit den subjektiv wahrgenommenen Auswirkungen ausgewählter Gesetze auf die ärztliche Arbeit im stationären Sektor. Dazu wurden Ärzte verschiedener Fachrichtungen aus Krankenhäusern unterschiedlicher Versorgungsstufen befragt und ihre momentane Arbeitszufriedenheit mit Hilfe eines Kurzfragebogens festgehalten.

### **2.3.1 WAHL DES STUDIENDESIGNS**

---

Die Teilstudie zielte darauf ab, möglichst unvoreingenommen einen Zugang zur Meinungswelt der Ärzte zu erlangen. Da bisher kaum Studien existieren, welche individuelle Ansichten zu den Auswirkungen der ausgewählten Gesetze auf die ärztliche Tätigkeit näher beleuchten, empfahl sich ein qualitativer Forschungsansatz zur Hypothesengenerierung.

Die Methodik der qualitativen Forschung ist umfangreich und keinesfalls einheitlich klassifiziert. Nur selten werden Erhebungs- und Auswertungsmethoden getrennt voneinander betrachtet, da sie bei diesem Forschungsdesign oft eng miteinander verknüpft sind [92, S. 307]. Nach Flick et al. kommen Methoden wie Befragung, Beobachtung, Verfahren zu Analyse erhobener Daten sowie komplexere Anwendungen aus beispielsweise der Biographieforschung zum Einsatz [93, S. VI].

Besonders Interviews haben in der qualitativen Forschung eine große Bedeutung. Sie ermöglichen den Zugang zu fremden Perspektiven und auch deren Deutung [82, S. 66]. Während der Interviewerhebung sind Offenheit und Flexibilität unerlässlich, um eine angenehme Gesprächsatmosphäre und einen tiefgründigen Informationsgehalt zu generieren. [80, S. 306 f.].

#### **2.3.1.1 EINTEILUNG QUALITATIVER INTERVIEWS**

---

Die qualitative Forschung umfasst eine Vielzahl von Interviewformen, welche nicht einheitlich klassifiziert sind [94, S. 35 f.]. Eine mögliche Unterscheidung kann anhand des Strukturierungsgrades getroffen werden.

---

Die **strukturierte Befragung** zeichnet sich durch eine vorab festgelegte Reihenfolge an Fragen aus. Die Befragten können nicht frei artikulieren, sondern müssen aus vorgegebenen Antwortmöglichkeiten wählen, wodurch Vergleichbarkeit gewährleistet wird. Standardisierte Interviews gelten als zuverlässig, einfach durchführbar sowie kostengünstig und finden in der Hypothesenprüfung Anwendung [80, S. 307; 95, S. 13].

Im Gegensatz dazu steht das offene oder **unstrukturierte Interview**. Durch die offene Fragestellung eignet es sich zur Hypothesengenerierung und findet bei Studien mit geringem Vorwissen Anwendung. Die Interviewdurchführung ist flexibel und orientiert sich an den Antworten, die der Befragte durch einen Erzählstimulus selbst generiert. Ein Leitfaden existiert nicht. Durch das freie Erzählen können detailreichere Informationen gewonnen werden. Nachteilig sind hingegen ein erhöhter Kosten- und Zeitaufwand [80, S. 307 ff.; 95, S. 14].

Das **halbstrukturierte Interview** vereint beide genannten Befragungsformen. Es dient ebenfalls zur Hypothesengenerierung, weist aber gewisse Strukturierungen und thematische Grenzen auf. Ein Leitfaden enthält die Themen und Fragestellungen, die bei der Befragung angesprochen werden sollen. Dabei dient dieser lediglich der Orientierung während der Durchführung und gibt keine konkrete Reihenfolge vor. Da es keine Antwortvorgaben gibt, können die Befragten uneingeschränkt artikulieren. Somit bleibt das Gespräch flexibel und ermöglicht einen umfangreichen Informationsgewinn [95, S. 13 f.; 96, S. 177]. Eine häufig eingesetzte Variante ist das leitfadenorientierte Experteninterview. Da dieses in der vorliegenden Arbeit verwendet wurde, erfolgt im nächsten Kapitel eine genaue Darstellung.

### 2.3.1.2 LEITFADENORIENTIERTES EXPERTENINTERVIEW

---

„Das Experteninterview ist eines der am häufigsten eingesetzten Verfahren in der empirischen Sozialforschung.“ [97, S. 465]. Dabei handelt es sich um ein Verfahren mit explorativem Charakter, welches vor allem auf die „Erhebung von praxis- und erfahrungsbezogenem Wissen“ konzentriert ist [98, S. 682]. Die Besonderheit dieser Befragungsform liegt darin, dass sie sich nicht durch ein methodisches Vorgehen definiert, sondern durch die Zielgruppe, die sie untersucht [95, S. 120]. Experten zeichnen sich durch ihr umfangreiches Wissen in einem bestimmten Bereich aus. Zugleich ist das Experte-Sein ein zugeschriebener Status. Dieser kann durch gewisses soziales Ansehen in der Gesellschaft als auch durch den Forscher vergeben werden [99, S. 11]. Personen, die sich anhand des spezifischen Forschungsinteresses zur Informationsgewinnung eignen, müssen vor Studienbeginn definiert, identifiziert und als Experten deklariert werden. Zur Minimierung von möglichen Auswahlfehlern ist eine vorherige intensive Auseinandersetzung mit dem Untersuchungsthema unumgänglich [100, S. 35 ff.].

Eine thematische Eingrenzung wird bei Experteninterviews durch die Verwendung eines Leitfadens realisiert. Dieser strukturiert das Interview und dient während des Gesprächs der

Orientierung [99, S. 27 f.]. Er hilft auch dabei, die Themen fokussiert abzuhandeln und sorgt für eine gewisse Vergleichbarkeit [97, S. 476].

Für die methodische Umsetzung der gewählten Thematik waren Experteninterviews am besten geeignet. Neben dem Informationsgewinn ist es bei dieser Befragungsvariante auch möglich, subjektive Meinungen zu deuten, Hypothesen zu generieren und für Orientierung in bisher wenig untersuchten Themengebieten zu sorgen [99, S. 23]. Für die Beantwortung der Forschungsfragen kamen nur Personen in Frage, die im stationären Bereich arbeiteten und bereits vor 2013 in der Klinik ärztlich tätig waren. Zusätzlich wurden die Ärzte durch ihr Fachwissen und die Berufserfahrung der Definition als Experte gerecht. Durch die Verwendung eines Leitfadens konnte sichergestellt werden, dass die zu beleuchtenden Aspekte während der Befragung sicher angesprochen wurden.

## **2.3.2 VORBEREITUNG DER DATENERHEBUNG**

### **2.3.2.1 VORÜBERLEGUNGEN ZUM SAMPLING**

---

Das Sampling bezeichnet in der qualitativen Sozialforschung eine Auswahl an Personen, die für die Beantwortung der Forschungsfragen als geeignet erscheinen und einen größtmöglichen Informationsgewinn versprechen [95, S. 185 f.]. Dabei erfolgt diese nicht aus der Grundgesamtheit, sondern aus einem vorher definierten Untersuchungsfeld [101, S. 316]. Für die intersubjektive Nachprüfbarkeit und den Nachweis einer korrekten wissenschaftlichen Arbeitsweise ist die Darlegung der gewählten Samplingstrategie unerlässlich [95, S. 186].

Die Interviewpartner für die vorliegende Studie wurden mittels „purposeful sampling“ ausgesucht. Dabei erfolgt die Auswahl der Interviewpersonen bewusst anhand des Forschungsgegenstandes [102, S. 624]. Sorgfältig ausgewählte Interviewpartner können auch bei geringer Fallzahl einen umfassenden Informationsgewinn bedingen. Je kleiner eine Stichprobe ist, desto intensiver kann geforscht und analysiert werden [103, S. 169].

Durch die zeitliche Eingrenzung der ausgewählten Gesetze wurde die Datenerhebung auf Ärzte beschränkt, die bereits vor 2013 klinisch tätig waren. Diese können ihre Arbeitsweise vor und nach der entsprechenden Gesetzgebung vergleichen und daraus resultierende Veränderungen am besten beurteilen. Durch die zeitliche Vorgabe handelte es sich bei potenziellen Interviewpartnern meist um Fachärzte. Da vermutet wurde, dass die Gesetze Veränderungen der Stationsarbeit bewirken, wurden nur stationstätige Ärzte kontaktiert. Durch ihre direkte Involvierung in Tätigkeiten wie Dokumentation, Aufklärungen oder Entlassmanagementorganisation gelten sie für die Befragung als interessant. Da der Tätigkeitsbereich von Chef- und Oberärzten in größeren Kliniken weniger die Stationsarbeit umfasst, wurden diese primär nicht in der Befragung berücksichtigt.

---

Für eine umfangreiche, regionale Darstellung der ärztlichen Meinungen bot es sich an, die Interviews in Krankenhäusern unterschiedlicher Versorgungsstufen (Tabelle 1) in Mecklenburg-Vorpommern durchzuführen. Dabei erfolgte die Auswahl der Krankenhäuser aufgrund der Entfernung zu Rostock.

	Versorgungsstufe	Charakterisierung	Klinik	Bettenzahl 06/2020
1	Grundversorgung	Krankenversorgung in Innerer Medizin und Allgemeinchirurgie		
2	Regelversorgung	zusätzlicher Betrieb weiterer Fachabteilungen, z.B. Orthopädie, HNO, Gynäkologie & Geburtshilfe	Warnowklinik Bützow	71
			Sana Krankenhaus Bad Doberan	134
3	Schwerpunktversorgung	Abdecken weiterer Schwerpunktbereiche, z.B. Neurologie, Pädiatrie	Klinikum Südstadt Rostock	513
4	Maximalversorgung	Hoch differenziertes Leistungsspektrum, meistens Unikliniken	Universitätsmedizin Rostock	1100

Tabelle 1: Versorgungsstufen des Krankenhauses entwickelt nach Gerlinger [104]

Da in allen Versorgungsstufen die Fachrichtungen Innere Medizin und Chirurgie vertreten sind, wurden zunächst Internisten und Chirurgen für die Befragung favorisiert. Aufgrund der geringen Rückmeldequote, dem Mangel an stationstätigen Ärzten, die bereits vor 2013 klinisch praktizierten, und der Corona-Pandemie musste in der Universitätsmedizin Rostock auf die Gynäkologie ausgewichen werden. Da sie ein ähnliches Patientenspektrum wie die Innere Medizin sowie operative Tätigkeiten aufweist, war dies eine geeignete Alternative.

### 2.3.2.2 PROBANDENGEWINNUNG

Bei den Studienteilnehmern handelte es sich um Ärzte regionaler Kliniken M-Vs, die freiwillig an der Studie teilnahmen. Die Interviewanfrage erfolgte entweder durch direkte Ansprache auf Station, per E-Mail oder telefonisch. Essentielle Kriterien für den Studieneinschluss waren der Einsatz im alltäglichen Stationsbetrieb sowie die Aufnahme der ärztlichen Tätigkeit vor Januar 2013. Da es vor allem in Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung an diesen Ärzten mangelte, die ebenso noch nicht in Position eines Oberarztes waren, wurden in diesem Fall stationstätige Oberärzte bei der Interviewerhebung miteinbezogen.

Für die Teilnahme am Interview wurde keine finanzielle Aufwandsentschädigung gewährt.

Um einen möglichen Geschlechtereinfluss zu reduzieren, sollten sowohl männliche als auch weibliche Interviewteilnehmer gewonnen werden. Ein ausgeglichenes Verhältnis konnte aufgrund des hohen Ärztinnenanteils in der Gynäkologie nicht erreicht werden. Da auch das Alter

und die Berufserfahrung Einfluss auf die Sichtweisen haben können, wurden Ärzte unterschiedlichen Alters und Qualifikation in die Studie integriert. Die genaue Anzahl an erforderlichen Interviews war vor Studienbeginn nicht abzusehen. Der Stichprobenumfang einer qualitativen Studie ergibt sich, nach dem Prinzip der theoretischen Sättigung, erst während der Datenerhebung [101, S. 325]. Diese wird beendet, wenn zusätzliche Befragungen zu keinem weiteren Erkenntnisgewinn führen [105].

### **2.3.2.3 ERSTELLUNG DES LEITFADENS UND KURZFRAGEBOGENS**

---

Für die Erstellung des Leitfadens gilt der Grundsatz: „So offen wie möglich, so strukturierend wie nötig“ [98, S. 670]. Bei Experteninterviews weist er in der Regel einen stärkeren Strukturierungsgrad auf und enthält weniger Erzählaufforderungen [98, S. 678]. Für die Konstruktion wurde das SPSS-Prinzip von Helfferich angewendet. Zunächst erfolgte das **Sammeln** aller Fragen, die wichtig für das Forschungsinteresse erschienen. Dabei bildeten die ausgewählten Gesetze die Grundlage für den Fragenkatalog. Durch das **Prüfen** wurden die gesammelten Fragen auf ihre Eignung getestet, überarbeitet und in der Menge reduziert [98, S. 677 f.]. Insbesondere wurde auf die Verwendung offener Fragetypen geachtet, um einen Erzählfluss zu generieren und einen unvoreingenommenen Zugang zu den subjektiven Sichtweisen der Ärzte zu ermöglichen [106, S. 2]. Danach folgte das **Sortieren** der Fragen. Zunächst wurden sie inhaltlich, nach der Zugehörigkeit zu den einzelnen Gesetzen, und schließlich zeitlich geordnet. Zum besseren Verständnis erhielt jeder Themenkomplex eine kurze Einleitung, welche das Gesetz und die Inhalte grob erläuterte. Den Abschluss bildete das **Subsumieren**, welches Einzelfragen unter einer Erzählaufforderung zusammenfasst. Dabei werden diese nur verwendet, wenn der Befragte selbst keine Antworten generiert [98, S. 677 f.].

Der fertige Leitfaden ist übersichtlich strukturiert, weist aber dennoch eine gewisse Offenheit im Sinne qualitativer Forschung sowie eine begrenzte Fragenanzahl auf. Er dient im Gespräch zur Orientierung und fördert die spontane Argumentation des Befragten [94, S. 180]. Dabei ist der Leitfaden als „Gedächtnisstütze“ anzusehen und soll keinesfalls zum Ablesen der Fragen verleiten [99, S. 28]. Der Leitfaden ist als Anhang 6 hinterlegt.

Zur Durchführung einer qualitativen Befragung gehört in der Regel die Erhebung eines Fragebogens. Im Anschluss an das Interview erfasst dieser standardisiert soziodemografische Merkmale, wie beispielsweise Geschlecht, Alter und berufliche Position [92, S. 314]. Diese Kontextfaktoren dienen der Beschreibung der Stichprobe und können im Rahmen der Auswertung für die Interpretation und Deutung der Aussagen herangezogen werden. Zusätzlich zu den persönlichen Daten wurden im vorliegenden Fragebogen die momentane Arbeitszufriedenheit sowie deren individuelle Bedingungen erfasst (siehe Anhang 9). Die Auslagerung von Themen ist möglich, wenn sie im Leitfaden nicht berücksichtigt werden können, dennoch für die

Bearbeitung des Forschungsthemas wichtig erscheinen [98, S. 677]. Für die Fragen bezüglich der Zufriedenheit wurden zur besseren Verständlichkeit vollverbalisierte Ratingskalen verwendet [107]. Als optimal gelten fünf bis sieben Auswahlkategorien [108]. Im Fragebogen wurden sechs Antwortmöglichkeiten vorgegeben, da eine gerade Anzahl die Abbildung einer Antworttendenz ermöglicht. So wird verhindert, dass der Befragte aufgrund der sozialen Erwünschtheit oder aus Desinteresse die Mittelkategorie wählt [107].

Die Erstellung des Leitfadens und die Auswahl einer geeigneten Auswertungsmethode erfolgte in Zusammenarbeit mit der Methodenberatung des Instituts für allgemeine Pädagogik und Sozialpädagogik der Universität Rostock.

#### **2.3.2.4 PRE-TEST**

---

*„Instrumentenentwicklung macht die Durchführung von Pretests [...] zwingend notwendig. Neben der Instrumentenentwicklung sind im Vorfeld der Befragung weitere vorbereitende Schritte unumgänglich, insbesondere die Interviewerschulung.“*

[109, S. 308]

Die Funktionalität des Leitfadens und Verständlichkeit der Fragen wurden bereits vor Beginn der Interviewphase kritisch überprüft. Mit Hilfe von Ärzten wurden die Fragen auf Unverständlichkeiten geprüft und Probeinterviews durchgeführt. Durch die Reflexionen der Befragten konnten somit Leitfaden und Kurzfragebogen optimiert werden.

#### **2.3.3 DATENERHEBUNG**

---

Die Datenerhebung erfolgte von Juni 2019 bis Mai 2020. 20 von 40 angefragten Ärzten willigten zur Teilnahme am Interview ein, wovon 18 zur Auswertung genutzt werden konnten. Die Interviews dauerten 20 bis 46 Minuten, wobei der Durchschnitt bei 28,1 Minuten lag. Alle Befragungen wurden von der Autorin als face-to-face Interview erhoben. In der qualitativen Sozialforschung gilt der persönliche Kontakt als unerlässlich, um authentische Informationen durch die Experten zu gewinnen [77, S. 201]. Die Interviews wurden mittels Diktiergerät elektronisch aufgezeichnet. Laut Kuckartz ermöglicht dies, die Aussagen für die Auswertung wörtlich wiederzugeben und unverzerrt darzustellen. Die Tonaufnahme kann zunächst als unangenehm empfunden werden und zu einem zurückhaltendem Antwortverhalten führen. Allerdings schwächen sich diese Effekte im Laufe des Interviews ab [110, S. 164 ff.]. Für eine angenehme Gesprächssituation sollten Interviews im gewohnten Umfeld der Experten durchgeführt werden [80, S. 354]. Daher erfolgten die Gespräche meist während der Arbeitszeit direkt am Arbeitsplatz. Die Auswahl des Raumes wurde dem Interviewten überlassen, woraufhin überwiegend das Arztzimmer ausgewählt wurde.

Zunächst wurde der Arzt über das Studienvorhaben und den zeitlichen Umfang des Interviews aufgeklärt sowie seine Einwilligung schriftlich festgehalten (siehe Anhang 7, 8). Jeder Proband erhielt ein Pseudonym, um die anonymisierte Weiterverarbeitung der erhobenen Daten gewährleisten zu können. Dieser Code setzte sich aus einem Klinik Kürzel (KBa für Krankenhaus Bad Doberan, KBü für Warnowklinik Bützow, KSü für Klinikum Südstadt Rostock, KUn für Universitätsmedizin Rostock), dem Anfangsbuchstaben der jeweiligen Fachrichtung (I für Innere Medizin, C für Chirurgie, G für Gynäkologie) und der Interviewnummer zusammen (z. B. KSül-1). Dann wurde mit dem Einverständnis des Arztes die Audioaufzeichnung gestartet. Nach einer kurzen Einleitung sollte eine allgemein formulierte Frage den Einstieg erleichtern. Danach folgte die Hauptphase mit spezifischen Fragen zu den einzelnen Gesetzen. Dabei orientierte sich die Gesprächsführung am Leitfaden. Themen, die der Interviewte bereits selbst ansprach, wurden nicht erneut abgefragt. Bei unvollständigen oder unverständlichen Aussagen erfolgte ein genaueres Nachfragen. Aus der offenen Gestaltung resultiert eine angenehme Gesprächsatmosphäre, die einen tiefgründigen Informationsgewinn ermöglicht [80, S. 306 f.]. Den Abschluss des Gespräches bildete eine hypothetische Frage. Die Experten wurden gefragt, was sie ändern oder beibehalten würden, wenn sie selbst Einfluss auf die Gesetzgebung hätten. Oft ergab sich dadurch ein abschließendes Resümee, in welchem die Befragten verdeutlichen konnten, was ihnen im Hinblick auf die Gesetzgebung besonders am Herzen lag. Im Anschluss an die Befragung wurde von den Ärzten ein Kurzfragebogen ausgefüllt, welcher persönlicher Merkmale, den Zustand der momentanen Arbeitszufriedenheit und deren individuellen Bedingungen erfasste.

Nach Beendigung des Gespräches erstellte die Autorin ein Interviewprotokoll, in dem Eindrücke zur Situation und zum Befragten festgehalten wurden (Anhang 10). Diese Zusatzinformationen fanden in der späteren Auswertungsphase Anwendung. Das Postskriptum ermöglicht, die Aussagen und Sichtweisen der Experten besser zu verstehen und gibt Auskunft über die Qualität des jeweiligen Interviews [100, S. 86 ff.].

### **2.3.4 TRANSKRIPTION**

---

Die Transkription stellt eine Aufbereitung des Datenmaterials dar, welche Gesprochenes in Schriftsprache überführt [111]. Sie bildet die Grundlage für die spätere Textanalyse und „ermöglicht [...] den kritischen Nachvollzug des Interviews und der Interpretationen“ [80, S. 356]. Die Verschriftlichung erfolgt anhand bestimmter Regeln, die vor dem Forschungsprozess festzulegen sind. Ein Standard dazu existiert bisher nicht [93, S. 161]. Die erforderliche Genauigkeit der Transkription ist abhängig von den Forschungszielen und dem vorhandenen Zeitbudget. Oft werden dafür das Fünf- bis Zehnfache der ursprünglichen Interviewdauer benötigt [110, S. 166]. Für die Interviews bot sich die inhaltlich-semantische Transkription nach Dresing

und Pehl an, da sich die Auswertung auf den Inhalt der Aussagen fokussierte [112]. Die Transkriptionsregeln sind als Anhang 11 hinterlegt. Mithilfe der Software „f4“ Version 7.0.6 wurde wortwörtlich transkribiert. Die aufgezeichneten Gespräche wurden in normales Schriftdeutsch übertragen und sprachlich geglättet [82, S. 91]. Pausen ab drei Sekunden, Unterbrechungen sowie unverständliche Sequenzen wurden im Transkript ebenfalls festgehalten. Je nach Interviewlänge dauerte die Transkription zwischen zwei und sechs Stunden.

### 2.3.5 QUALITATIVE INHALTSANALYSE NACH MAYRING

---

Für die Auswertung der Interviews wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewählt. Diese Methode zeichnet sich durch eine systematische Vorgehensweise und hohe Transparenz im Forschungsprozess aus. Theoriegeleitete Kategorien erleichtern die schrittweise Bearbeitung und Analyse des vorliegenden Materials [82, S. 114]. Innerhalb der qualitativen Sozialforschung gilt sie mittlerweile als etabliertes Standardverfahren [113, S. 602]. Das Ziel besteht darin, „die manifesten und latenten Inhalte des Materials in ihrem sozialen Kontext und Bedeutungsfeld zu interpretieren“ [92, S. 329]. Dadurch rückt die Sichtweise des Einzelnen in den Mittelpunkt der Betrachtung.

Nach Mayring hat die Inhaltsanalyse ihren Ursprung im frühen 20. Jahrhundert in den USA. Damals noch eher quantitativ ausgerichtet, fand die Methode vor allem in den Kommunikationswissenschaften Anwendung. In den 70er Jahren wurde das Verfahren durch J. Ritsert in die qualitative Richtung weiterentwickelt und von P. Mayring schließlich optimiert [114, S. 469 f.]. Er kombinierte die systematische Herangehensweise mit qualitativen Forschungsaspekten und entwickelte daraus ein eigenständiges Verfahren zur Textanalyse.

Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring zeichnet sich durch ein regelgeleitetes Vorgehen aus. Vorab formulierte Regeln und Kategoriensysteme erleichtern die systematische Auswertung des Materials und dienen der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit [115, S. 633]. Die Interpretation der Texte erfolgt unter Berücksichtigung möglicher Kontextfaktoren, wodurch eine genauere Materialanalyse erreicht wird [116, S. 48]. Allerdings ist der Analyseprozess keinesfalls standardisiert, sondern erfolgt, beeinflusst durch den aktuellen Wissensstand, gegenstandsbezogen und theoriegeleitet [116, S. 50 f.]. Dadurch wird die Methode vielseitig anwendbar und erreicht größtmögliche Offenheit als Grundbedingung qualitativer Forschung.

Für die qualitative Inhaltsanalyse existieren verschiedene Ablaufmodelle, die sich in Abhängigkeit von der jeweiligen Grundtechnik unterscheiden. Die **strukturierte Inhaltsanalyse** nutzt die deduktive Kategorienbildung, um gewisse Strukturen aus dem Text herauszuarbeiten. Anhand theoretischer Vorüberlegungen werden im Vorfeld Kategorien definiert und schließlich auf das Material angewendet. Dabei werden den Kriterien entsprechende Textbestandteile extrahiert, wodurch eine Strukturierung der wesentlichen Inhalte erreicht wird [116, S. 92].

Bei der **explizierenden Inhaltsanalyse** wird zusätzliches Material für die Textanalyse herangezogen. Dieses trägt zum besseren Verstehen unverständlicher Textpassagen bei und erleichtert deren Interpretation [114, S. 473]. Im Gegensatz dazu wird bei der **zusammenfassenden Inhaltsanalyse** der Ausgangstext auf die wesentlichen Inhalte reduziert. Somit eignet sich diese Auswertungsmethode vor allem bei inhaltlichem Interesse am Material [114, S. 472]. Die Kategorienbildung erfolgt dabei induktiv aus dem komprimierten Material und ermöglicht eine gegenstandsnahe, fast unverzerrte Darstellung des Sachverhaltes. Das offene Vorgehen ermöglicht die Ableitung von Hypothesen [80, S. 462].

Für die vorliegende Studie eignete sich die zusammenfassende Inhaltsanalyse, da die Auswertung schwerpunktmäßig auf den Inhalt der erhobenen Aussagen abzielte. Im Mittelpunkt der Betrachtung standen die Sichtweisen der befragten Ärzte zu den einzelnen Gesetzen. Diese Technik ermöglichte es, die Aussagen originalgetreu abzubilden und dem Forschungsthema mit größtmöglicher Offenheit zu begegnen.

### 2.3.5.1 ANALYSEPROZESS DER ZUSAMMENFASSENDEN INHALTSANALYSE

Die qualitative Inhaltsanalyse zeichnet sich dadurch aus, dass sich der Analyseprozess in vorher festgelegte, einzelne Schritte untergliedert (siehe Abbildung 10). In Abhängigkeit von Forschungsfragen und vorliegendem Material wird das allgemeine Ablaufmodell für die Studie modifiziert. Durch die genaue Beschreibung des Vorgehens wird das Verfahren transparent und nachvollziehbar für Dritte [116, S. 59].

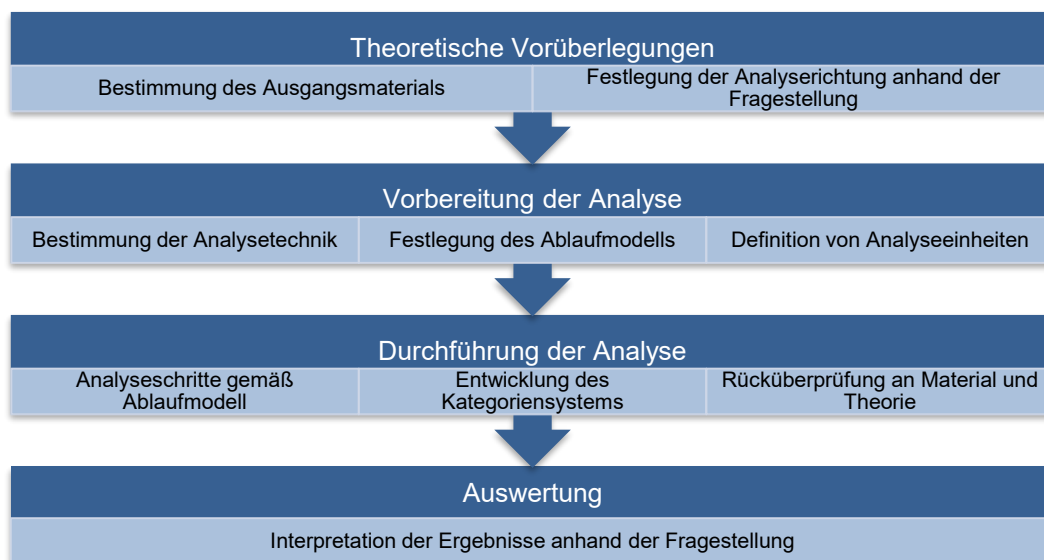


Abbildung 10: Allgemeines Ablaufmodell der qualitativen Inhaltsanalyse abgeleitet aus [116, S. 60; 117, S. 203]

### Theoretische Vorüberlegungen

Die Interviews dienten als Ausgangsmaterial für die Analyse. Zusätzlich fanden Kontextfaktoren, die mittels Fragebogen und Postskriptum erfasst wurden, Berücksichtigung. Dabei erfolgte die Analyse theoriegeleitet und an den Forschungsfragen orientiert (siehe Kapitel 1.7).

### Vorbereitung der Analyse

#### *Bestimmung der Analysetechnik*

Für die Auswertung der Interviews wurde die zusammenfassende Inhaltsanalyse ausgewählt.

#### *Festlegung des Ablaufmodells*

Das Ablaufmodell beschreibt die einzelnen Schritte im Analyseprozess und gibt die Reihenfolge genau vor. Dabei unterscheidet sich das konkrete Vorgehen je nach ausgewählter Analysetechnik. Die zusammenfassende Inhaltsanalyse ist durch die Verwendung spezieller Interpretationsregeln, sogenannter Z-Regeln, charakterisiert. Durch diese wird der Text systematisch analysiert, reduziert und kategorisiert. Dabei kennzeichnen Regelgeleitetheit und intersubjektive Nachvollziehbarkeit das korrekte wissenschaftlich Arbeiten des Forschenden (siehe Kapitel 2.1). Die folgende Abbildung 11 zeigt die einzelnen Analyseschritte.

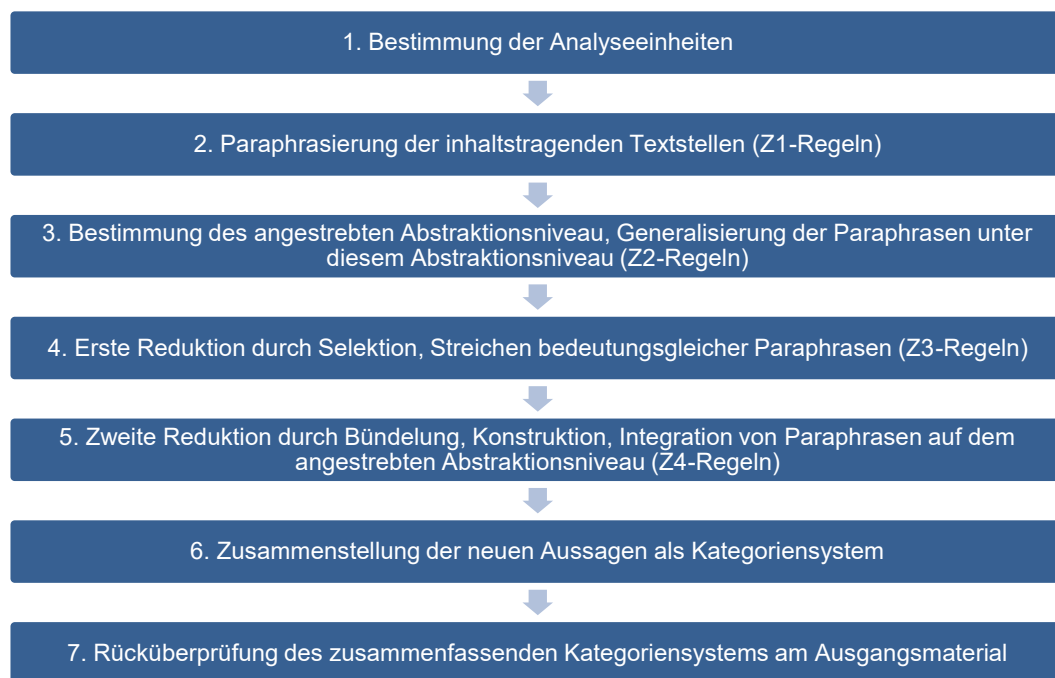


Abbildung 11: Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse nach Mayring [116, S. 68]

#### *Definition der Analyseeinheiten*

Für den Auswertungsprozess ist es zunächst erforderlich, Analyseeinheiten zu definieren und festzulegen, welche Textbestandteile in die inhaltsanalytische Auswertung einfließen sollen [110, S. 30].

Diese dienen als Grundlage für die weitere Bearbeitung des Materials und erhöhen die Genauigkeit der Analyse [116, S. 59].

Das kleinste Element ist die Kodiereinheit. Sie beschreibt eine Textstelle, die einen bestimmten Inhalt enthält und dadurch in eine bestimmte Kategorie eingeordnet werden kann. Sie ist „der kleinste Materialbestandteil [ ], der ausgewertet werden darf“ [116, S. 59]. In der vorliegenden Arbeit bildeten einzelne Aussagen der interviewten Ärzte die Kodiereinheit. Dem gegenüber steht die Kontexteinheit als der größtmögliche verwendbare Textbestandteil, der kategorisiert werden kann. Sie trägt zu einem besseren Verständnis der Kodiereinheit bei [110, S. 44]. „Die *Auswertungseinheit* legt fest, welche Textteile jeweils nacheinander ausgewertet werden“ [116, S. 59]. Im Rahmen der zusammenfassenden Inhaltsanalyse hingegen werden die Auswertungs- und Kontexteinheit nicht getrennt betrachtet [116, S. 71]. Bezüglich der Studie bedeutet dies, dass jene Einheit zunächst aus dem einzelnen Interview und im zweiten Durchgang aus der Gesamtheit aller Interviews bestand.

#### Durchführung der Analyse

Die Analyse beginnt zunächst mit dem Paraphrasieren. Textstellen, die für die Beantwortung der Forschungsfragen als geeignet erscheinen, werden durch die Anwendung der Z1-Regeln (siehe Anhang 12) auf ihren wesentlichen Inhalt reduziert. Bei der Entwicklung der Paraphrasen sollte auf eine einheitliche Sprachebene geachtet werden [116, S. 69 f.].

Anhand eines Beispiels soll dies verdeutlicht werden:

*„Wir arbeiten aktuell noch nicht mit einer Digitalisierung in der Klinik, aber grundsätzlich denke ich, dass all diese Dinge sinnvoll sind und tatsächlich, wenn sie sich etabliert haben, [dass] [...] die Qualität der Dokumentation sich verbessert und sich auch der Arbeitsaufwand der ärztlichen Kollegen verringern wird.“ [KSüC-3]*

Durch die Paraphrasierung ergibt sich daraus:

*Etablierung der Digitalisierung, Verringerung des Arbeitsaufwandes, Verbesserung der Dokumentationsqualität (siehe Tabelle 2)*

Für den nächsten Schritt muss das Abstraktionsniveau festgelegt werden. Dieses beschreibt

*„eine Ebene im Prozess der Begriffsbildung. Je höher das Abstraktionsniveau, desto allgemeiner ist ein Begriff [...]. Die Abstraktion ist also jener induktive Denkprozess, bei dem Einzelheiten eine Sache oder Person betreffend ausgeklammert werden und zu einer Verallgemeinerung hingeführt wird.“ [118]*

In der vorliegenden Studie bestand das Abstraktionsniveau aus möglichst allgemeinen, aber dennoch arzt-spezifischen Aussagen zu den einzelnen Gesetzesauswirkungen.

Die Paraphrasen müssen schließlich auf das Abstraktionsniveau untersucht werden. Sind diese noch sehr konkret formuliert und damit unterhalb des angestrebten Niveaus, erfolgt die Generalisierung. Die Paraphrasen, die bereits ausreichend allgemein formuliert sind, bleiben hingegen unverändert bestehen (Z2-Regeln) [116, S. 69 f.].

Anschließend folgt die Reduktionsphase in zwei Schritten. Zunächst findet durch Anwendung der Z3-Regeln eine gewisse Selektion statt, indem inhaltsgleiche oder bedeutungslose Äußerungen herausgestrichen werden. Die übrigen Paraphrasen werden schließlich zusammengefasst und durch eine neu formulierte, allgemeingültige Aussage repräsentiert (Z4-Regeln). Dadurch wird eine weitere Materialreduzierung erreicht [116, S. 69 f.]. Die einzelnen Schritte sind in Tabelle 2 beispielhaft dargestellt:

	Textstelle	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
KSüC-3	Wir arbeiten aktuell noch nicht mit einer Digitalisierung in der Klinik, aber grundsätzlich denke ich, dass all diese Dinge sinnvoll sind und tatsächlich, wenn sie sich etabliert haben, [...] die Qualität der Dokumentation sich verbessert und sich auch der Arbeitsaufwand der ärztlichen Kollegen verringern wird.	Etablierung der Digitalisierung, Reduktion des Arbeitsaufwandes, Verbesserung der Dokumentationsqualität	Digitalisierung: Arbeitserleichterung, Verbesserung Dokumentationsqualität	Auswirkungen der Digitalisierung <ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeitserleichterung</li> <li>• Verbesserte Dokumentationsqualität</li> <li>• Kommunikationsvereinfachung</li> </ul>
KBüI-5	Das also, für uns wäre das wahrscheinlich doch schon eine Arbeitserleichterung, wenn man das alles so ein bisschen digitalisierter hat, ist es einfacher, [...] mit dem Hausarzt zu kommunizieren.	Digitalisierung: Arbeitserleichterung, erleichterte Kommunikation mit dem Hausarzt	Digitalisierung: <del>Arbeitserleichterung</del> , Vereinfachte Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kosten</li> </ul>
KBaI-9	Also ich denke, die technischen Voraussetzungen sind da, kostet natürlich eine Menge Geld [...]	Digitalisierung: Kostenaufwand	Digitalisierung: Kosten	

Tabelle 2: Schritte der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring

Dieses Vorgehen bildet die Grundlage für die Entwicklung des Kategoriensystems, welche direkt am Text erfolgt. Als Kategorien werden bedeutungstragende Textstellen zusammengefasst, die durch das theoretische Vorwissen und die Forschungsfragen beeinflussbar sind [110, S. 76; 116, S. 83]. Für die induktive Kategorienbildung ist es erforderlich, vorab theoriegeleitet Kategoriendimension und Abstraktionsniveau festzulegen. Es verhindert, dass thematisch abweichendes Material in die Auswertung einfließt. Die erste, dem Selektionskriterium entsprechende Textstelle bildet zunächst eine Subkategorie. Im Verlauf wird jede weitere Aussage geprüft, ob sie in eine bereits bestehende Kategorie eingeordnet werden kann

(Subsumption) oder eine Neuformulierung erforderlich ist [116, S. 84 f.]. So bleibt das Kategoriensystem während der Analyse flexibel und entwickelt sich stetig weiter, bis eine Sättigung eintritt. Meist sind nach Bearbeitung von 10 – 50 % des Materials keine neugebildeten Kategorien erforderlich. Dann bietet sich eine Überprüfung der bisher entwickelten Kategorien anhand des Ausgangsmaterials an, um Repräsentativität sicherzustellen [82, S. 116].

In der Interviewstudie dienten die Gesetzeskomplexe als Grundlage für die induktive Kategorienbildung, welche mit Hilfe der Transkripte erfolgte. Nach Bearbeitung der Hälfte des Materials wurden die Kriterien anhand der Ausgangstexte überprüft. Dabei zeigte sich das Kategoriensystem als geeignet und konnte für die restliche Analyse beibehalten werden.

### Auswertung

Durch den Prozess der qualitativen Inhaltsanalyse wurde themengeleitet ein umfangreiches Kategoriensystem generiert, welches der Materialinterpretation anhand der Fragestellung diente. Ebenso war es möglich, für einzelne Kategorien Häufigkeiten zu ermitteln und diese in die Auswertung einzubeziehen. Somit wurde das Gütekriterium der Triangulation erreicht.

### **2.3.5.2 COMPUTERGESTÜTZTE ANALYSE**

---

Die Analyse des Interviewmaterials erfolgte computergestützt mit der QDA-Software quintexA. Dieses Programm unterstützt qualitativ Forschende während der Datenanalyse und zeichnet sich durch Textnähe im gesamten Analyseprozess aus. Es erleichtert methodenadaptiert die Strukturierung sowie Dokumentation der Textanalyse und ermöglicht die Kategorienbildung direkt am Material [119]. Durch die Verwendung von quintexA konnte, im Vergleich zum Kodieren mit Papier und Bleistift, der Analyseablauf vereinfacht sowie der erforderliche Zeitaufwand deutlich reduziert werden.

Für die Aufbereitung und statistische Analyse der im Kurzfragebogen erhobenen Daten wurde SPSS Version 27 verwendet. Da die Kategorien zur Zufriedenheit ordinal verteilte Merkmale waren, entfiel die Überprüfung auf Normalverteilung [120]. Der Vergleich zweier verteilungsfreier, unabhängiger Stichproben erfolgte in diesem Fall mit Hilfe des Mann-Whitney-U-Tests. Sollten mehr als zwei unverbundene Stichproben bezüglich eines Merkmals untersucht werden, so wurde der Kruskal-Wallis-Test eingesetzt [91]. Das jeweils verwendete Testverfahren ist unter der Ergebnisdarstellung konkret angegeben.

### III. ERGEBNISSE

Der folgende Abschnitt ist zweigegliedert und enthält die Ergebnisse der Zeiterhebungsstudie und die Analysen der qualitativen Befragung klinikinterner Ärzte. Die Darstellung erfolgt in den nachfolgenden Kapiteln separat und orientiert sich an der Chronologie des Studienablaufs.

#### 3.1 ZEITERHEBUNGSSTUDIE „DOKUMENTATION IM STATIONSALLTAG“

##### 3.1.1 CHARAKTERISIERUNG DER STICHPROBE

Für die jeweils dreitägige Hospitation konnten neun Ärzte des Klinikum Südstadt Rostock gewonnen werden (vgl. Tabelle 3). Die Fachrichtungen Innere Medizin, Allgemeinchirurgie sowie Anästhesie und Intensivmedizin wurden zu gleichen Anteilen berücksichtigt und durch je drei Ärzte vertreten. Durch die Teilnahme vier männlicher und fünf weiblicher Ärzte konnte im Hinblick auf die Geschlechterverteilung ein annähernd ausgewogenes Verhältnis erreicht werden. Die Berufserfahrung lag zwischen drei und 25 Jahren und betrug durchschnittlich elf Jahre. Eine abgeschlossene Facharztausbildung besaßen 56 % der Teilnehmer.

		Anzahl
<b>Fachrichtung</b>	Innere Medizin	3
	Allgemeinchirurgie	3
	Anästhesie und Intensivmedizin	3
<b>Geschlecht</b>	Männlich	4
	Weiblich	5
<b>Alter</b>	< 40 Jahre	5
	≥ 40 Jahre	4
<b>Position</b>	Assistenzarzt	4
	Facharzt	5
<b>Berufserfahrung</b>	< 7 Jahre	3
	7 – 14 Jahre	4
	> 14 Jahre	2
<b>Gesamt</b>		<b>9</b>

Tabelle 3: Profil der hospitierten Ärzte

##### 3.1.2 DOKUMENTATION

Die Gesamtdokumentationszeit ermittelte sich aus den Zeiten für Arztbriefherstellung, papierbasierter und elektronischer Aktendokumentation sowie anderer interner Dokumentation.

Die Arztbriefherstellung benötigte im Schnitt 30,2 Minuten, wovon 67,4 % computerbasiert erfolgten. Mit 11,5 % hatte das Ausdrucken und Signieren daran den geringsten Zeitanteil, gefolgt von dem Diktieren mit 21,2 %. Auf die Dokumentation am PC entfiel der größte Anteil der Gesamtdokumentation mit 35,6 %, auf die papiernere Aktendokumentation hingegen 21,4 %.

Für anderweitige Dokumentation, wie z. B. die Erstellung von Übergabeprotokollen, wurden durchschnittlich 10,6 % benötigt. Einen Überblick bietet Tabelle 4.

Aus den einzelnen Aktivitäten ergab sich pro Arbeitstag ein durchschnittlicher Dokumentationsumfang von 93,1 Minuten. Dies entsprach 19,4 % der ärztlichen Arbeitszeit.

	N	Min. (min)	Max. (min)	$\bar{x}$ (min)	SD
Arztbrief_gesamt	9	24,7	40,5	30,2	5,0
- Arztbrief_diktirt	9	,0	23,1	6,4	8,1
- Arztbrief_PC	9	5,6	28,7	20,3	7,8
- Arztbrief_Papier	9	1,4	5,1	3,5	1,3
Doku_Papierakte	9	,8	53,2	19,9	16,8
Doku_PC	9	4,7	60,1	33,2	19,0
Doku_sonstige	9	4,0	21,1	9,8	6,1
<b>Gesamtdokumentation</b>	<b>9</b>	<b>62,3</b>	<b>136,7</b>	<b>93,1</b>	<b>23,4</b>

Tabelle 4: Überblick Dokumentationszeiten

Um den Einfluss unterschiedlicher Parameter auf den Dokumentationsumfang zu untersuchen, wurde dafür nur die Gesamtdokumentationszeit berücksichtigt.

*Der zeitliche Dokumentationsaufwand ist bei Ärztinnen und Ärzten auf vergleichbarem Niveau.*  
Die Gesamtdokumentationszeit fiel bei den Ärzten mit durchschnittlich 97,6 Minuten höher aus als bei den Ärztinnen (89,5 min). Der Gruppenvergleich ergab keinen signifikanten geschlechterabhängigen Unterschied für die Gesamtdokumentationszeit,  $t(7) = 0,49$ ;  $p = .638$ .

*Das ärztliche Alter nimmt keinen Einfluss auf den Dokumentationsumfang.*

Der Dokumentationsumfang der hospitierten Ärzte, die jünger als vierzig Jahre waren, lag durchschnittlich bei 94,6 Minuten. Er fiel damit nur geringfügig größer aus als in der Gruppe der älteren Probanden, welche im Mittel 91,3 Minuten dokumentierten. Im Gruppenvergleich zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen beiden Altersgruppen,  $t(7) = 0,20$ ;  $p = .849$ .

*Die Dokumentationszeit bleibt von der beruflichen Position unbeeinflusst.*

Im Hinblick auf die Position zeigte sich, dass Assistenzärzte höhere Dokumentationszeiten aufweisen als Probanden mit bereits abgeschlossener Facharztausbildung (vgl. Tabelle 5). Dieser Unterschied zeigte sich im Gruppenvergleich als nicht signifikant,  $t(7) = 0,44$ ;  $p = .849$ .

*Die Berufserfahrung übt keinen Einfluss auf den zeitlichen Dokumentationsumfang aus.*

Bei der Überprüfung der Gesamtdokumentationszeit in Abhängigkeit von der Berufserfahrung zeigten sich vor allem für die Gruppen mit geringer und mäßiger Berufserfahrung annähernd

gleiche Werte. Lediglich Ärzte mit einer Berufstätigkeit über 14 Jahren hatten durchschnittlich höhere Dokumentationszeiten als die beiden anderen Gruppen (vgl. Tabelle 5). Der Gruppenvergleich ergab diesbezüglich keine signifikanten Gruppenunterschiede,  $H(2) = 0$ ;  $p = 1$ .

*Internisten weisen den höchsten Dokumentationsaufwand auf.*

Internisten wiesen mit durchschnittlich 120,2 Minuten einen höheren Dokumentationsumfang auf als die Kollegen der anderen Fachrichtungen. Für die einzelnen Fachrichtungen zeigte sich ein statistisch signifikanter Unterschied im Hinblick auf die Gesamtdokumentationsdauer,  $F(2,6) = 10,07$ ;  $p = .012$ , sodass weitere post-hoc Tests notwendig waren. Es ergab sich ein signifikanter Unterschied zwischen den Fachrichtungen Innere Medizin und Chirurgie ( $p = 0,037$ ) sowie zwischen den Fachrichtungen Innere Medizin und Anästhesie ( $p = 0,018$ ).

Parameter	Beschreibung	Gesamtdokumentation (min)				p – Wert
		Min.	Max.	$\bar{x} \pm SD$	Mdn* [Q1/Q3]	
<b>Geschlecht</b>	Männlich (n = 4)	62,3	136,7	97,6 ± 31,9	-----	0.638 <sup>T</sup>
	Weiblich (n = 5)	72,7	116,6	89,5 ± 17,2	-----	
<b>Alter</b>	< 40 Jahre (n = 5)	72,7	116,6	94,6 ± 17,6	-----	0.849 <sup>T</sup>
	≥ 40 Jahre (n = 4)	62,3	136,7	91,3 ± 32,2	-----	
<b>Position</b>	Assistenzarzt (n = 4)	72,7	116,6	97,2 ± 19,2	-----	0.670 <sup>T</sup>
	Facharzt (n = 5)	62,3	136,7	89,8 ± 28,1	-----	
<b>Berufserfahrung</b>	< 7 Jahre (n = 3)	72,7	107,4	90,7 ± 17,4	92,1 [72,7 / - ]	1.000 <sup>K</sup>
	7 - 14 Jahre (n = 4)	76,7	116,6	91,7 ± 17,4	86,8 [78,6 / 109,8]	
	> 14 Jahre (n = 2)	62,3	136,7	99,5 ± 52,6	99,5 [62,3 / - ]	
<b>Fachrichtung</b>	Innere Medizin (n = 3)	107,4	136,7	120,2 ± 15,0	-----	0.012 <sup>A</sup>
	Chirurgie (n = 3)	72,7	92,1	83,0 ± 9,8	-----	
	Anästhesie (n = 3)	62,3	89,4	76,1 ± 13,6	-----	

\* Angabe des Medians nur bei fehlender Normalverteilung der Daten

T, t-Test für unabhängige Stichproben; K, Kruskal-Wallis-Test; A, einfaktorielle ANOVA

Tabelle 5: Vergleich der Dokumentationszeiten in Abhängigkeit von vers. Parametern

### 3.1.3 COMPUTERARBEITSZEIT

Die Gesamtarbeitszeit am Computer ergab sich aus den ermittelten Werten für die computerbasierte Dokumentation, Arztbriefherstellung und allgemeiner PC-Arbeit. Durchschnittlich betrug diese 123,5 Minuten und entsprach damit 25,7 % der täglichen Arbeitszeit. Wie die Tabelle 6 zeigt, entfiel davon der größte Anteil mit 56,7 % auf die dokumentationsfreie Nutzung der elektronischen Ressource, wie z. B. bei der Begutachtung von CT-Bildern oder Laborwerten. Die computerbasierte Dokumentation und Arztbriefherstellung hatten mit nur 26,9 % bzw. 16,5 % einen deutlich geringeren Anteil an der ärztlichen PC-Arbeitszeit.

	N	Min. (min)	Max. (min)	$\bar{x}$ (min)	SD
Arztbrief_PC	9	5,6	28,7	20,3	7,8
Doku_PC	9	4,7	60,1	33,2	19,0
PC_dokufrei	9	39,8	115,0	70,0	24,4
<b>PC-Gesamtzeit</b>	<b>9</b>	<b>56,1</b>	<b>198,9</b>	<b>123,5</b>	<b>44,4</b>

Tabelle 6: Überblick computerbezogene Arbeitszeit

In den Fachrichtungen Innere Medizin sowie Anästhesie und Intensivmedizin umfassten die Zeiten für computergestützte Tätigkeiten mehr als ein Viertel des Arbeitstages. Bei den Chirurgen fiel dieser Anteil deutlich geringer aus, wie Tabelle 7 zeigt. Im Gruppenvergleich war erkenntlich, dass die Computerarbeitszeit durch die Fachrichtung beeinflusst wird,  $H(2) = 7,200$ ;  $p = .004$ . Die im Anschluss durchgeführten paarweise Vergleiche zeigten, dass sich nur die PC-Zeiten zwischen den Fachrichtungen Innere Medizin und Chirurgie signifikant unterschieden,  $z = 2,683$ ;  $p = .022$ . Hierbei handelt es sich um einen starken Effekt nach Cohen [121] mit  $r = 1.095$ . Dagegen ergab sich kein signifikanter Einfluss von Geschlecht, Alter, beruflicher Position und Berufserfahrung auf die computerbasierte Arbeitszeit der hospitierten Ärzte ( $p > 0,05$ ). Einen Überblick zu den erhobenen Daten bietet Tabelle 7.

Parameter	Beschreibung	PC-Gesamtzeit (min)				p – Wert
		Min.	Max.	$\bar{x} \pm SD$	Mdn* [Q1/Q3]	
<b>Geschlecht</b>	Männlich (n = 4)	89,1	198,9	142,6 $\pm$ 45,0	-----	0.275 <sup>T</sup>
	Weiblich (n = 5)	56,1	144,9	108,2 $\pm$ 42,0	-----	
<b>Alter</b>	< 40 Jahre (n = 5)	56,1	145,4	100,9 $\pm$ 42,0	89,1 [62,7 / 145,2]	0.413 <sup>M</sup>
	$\geq$ 40 Jahre (n = 4)	135,1	198,9	151,6 $\pm$ 136,2	136,2 [135,2 / 183,4]	
<b>Position</b>	Assistenzarzt (n = 4)	56,1	145,4	103,9 $\pm$ 47,9	-----	0.263 <sup>T</sup>
	Facharzt (n = 5)	89,1	198,9	139,1 $\pm$ 39,1	-----	
<b>Berufserfah- rung</b>	< 7 Jahre (n = 3)	56,1	145,4	90,2 $\pm$ 48,2	69,2 [56,1 / -]	0.338 <sup>K</sup>
	7 - 14 Jahre (n = 4)	89,1	144,9	126,2 $\pm$ 25,1	135,4 [100,6 / 142,6]	
	> 14 Jahre (n = 2)	136,8	198,9	167,9 $\pm$ 23,9	167,9 [136,8 / -]	
<b>Fachrich- tung</b>	Innere Medizin (n = 3)	144,9	198,9	163,1 $\pm$ 31,0	145,4 [144,9 / -]	0.004 <sup>K</sup>
	Chirurgie (n = 3)	56,1	89,1	71,5 $\pm$ 16,6	69,2 [56,1 / -]	
	Anästhesie (n = 3)	135,1	136,8	135,8 $\pm$ 0,9	135,6 [135,1 / -]	

\* Angabe des Medians nur bei fehlender Normalverteilung der Daten

T, t-Test für unabhängige Stichproben; M, Mann-Whitney-U-Test; K, Kruskal-Wallis-Test

Tabelle 7: Vergleich der PC-Arbeitszeiten in Abhängigkeit von vers. Parametern

### 3.1.4 ARBEITSZEIT MIT DIREKTEM PATIENTENKONTAKT

Für die Ermittlung der ärztlichen Arbeitszeit im direkten Patientenkontakt wurden die Zeiten für gemeinsame Gespräche (z. B. Aufklärungsgespräche) und patientenbezogene Untersuchungen (z. B. Blutentnahme, körperliche Untersuchung) addiert. Bei den Chirurgen wurde zusätzlich die Operationstätigkeit miteingerechnet. Bei Berücksichtigung dieser verbrachten die hospitalisierten Ärzte 80,7 Minuten im direkten Umgang mit den Patienten, welches 16,8 % ihres Arbeitstages entsprach. Der operationsbedingte Patientenkontakt erreichte dabei mit 58,0 % den größten Anteil. Die Kommunikation und Untersuchung des Patienten betrug jeweils nur ungefähr ein Fünftel der patientenbezogenen Arbeitszeit (vgl. Tabelle 8).

Um den stationsgebundenen Patientenkontakt fachrichtungsspezifisch beurteilen zu können, wurde zusätzlich die Patientenzeit ohne Berücksichtigung der Operationsdauer ermittelt. Sie betrug durchschnittlich 33,8 Minuten und umfasste damit lediglich 7 % des Arbeitstages.

In den folgenden Analysen wurden beide Varianten der ermittelten Patientenzeit berücksichtigt und die einzelnen Ergebnisse dargestellt.

	N	Min. (min)	Max. (min)	$\bar{x}$ (min)	SD
Pat_Untersuchung	9	,6	38,4	16,3	12,8
Pat_Gespräch	9	4,8	37,5	17,6	11,6
OP	9	,0	170,6	46,8	71,6
<b>Patientenzeit inkl. OP</b>	<b>9</b>	<b>12,4</b>	<b>193,0</b>	<b>80,7</b>	<b>62,9</b>
<b>Patientenzeit exkl. OP</b>	<b>9</b>	<b>5,7</b>	<b>68,6</b>	<b>33,8</b>	<b>22,7</b>

Tabelle 8: Überblick patientenbezogene Arbeitszeit

#### *Ärztinnen und Ärzte verbringen gleich viel Zeit am Patienten.*

Unter Berücksichtigung der Operationszeiten verbrachten Ärztinnen mehr Zeit im direkten Umgang mit den Patientinnen und Patienten als ihre männlichen Kollegen (vgl. Tabelle 9). Der Gruppenvergleich ergab jedoch keinen signifikanten Unterschied zwischen beiden Geschlechtern,  $t(7) = -0,54$ ;  $p = .605$ . Bei Betrachtung des Zeitaufwands für den stationsbezogenen Patientenkontakt ohne Einfluss der Operationstätigkeit wird deutlich, dass dieser bei den hospitalisierten Männern nur geringfügig höher ausfiel als bei den Frauen, ebenfalls ohne einen signifikanten Unterschied,  $t(7) = 0,54$ ;  $p = .607$  (vgl. Tabelle 10).

#### *Jüngere Ärzte haben einen höheren patientenbezogenen Arbeitszeitanteil.*

In Tabelle 9 ist ersichtlich, dass Ärzte, die jünger als 40 Jahre waren, bei Berücksichtigung der Operationstätigkeit mehr als das Vierfache der Zeit am Patienten verbrachten, die bei älteren Kollegen beobachtet wurde. Dieser Unterschied war signifikant,  $t(4,73) = 3,73$ ;  $p = .015$ . Die Patientenzeit war in der Gruppe der Unter-40-Jährigen im Mittel 93,6 Minuten länger. Wurde

die patientenbezogene Arbeitszeit ohne Anrechnung eventueller OP-Zeiten betrachtet, verringerte sich diese bei den jüngeren Ärzten um 69 %, die Werte der Kollegen über 40 Jahren blieben hingegen unverändert (vgl. Tabelle 10). Diesbezüglich wurde kein signifikanter Unterschied zwischen den Altersgruppen erkannt,  $t(7) = 0,58$ ;  $p = .578$ .

*Assistenzärzte verbringen mehr Arbeitszeit im Umgang mit Patienten.*

Die Studie zeigte, dass Assistenzärzte mehr Arbeitszeit im Umgang mit Patienten verbringen als Ärzte mit bereits abgeschlossener Weiterbildung. Bei Berücksichtigung der Operationszeit erreichten jene das 3,5-fache der Zeit, die bei Fachärzten ermittelt wurde (vgl. Tabelle 9). Im Gruppenvergleich zeigte sich ein statistischer Trend,  $U = 2,000$ ;  $z = -1,960$ ;  $p = .063$ . Ohne Berücksichtigung von operativen Tätigkeiten fiel der positionsbedingte Unterschied der patientenbezogenen Arbeitszeit deutlich geringer aus (vgl. Tabelle 10). Es konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den Positionen nachgewiesen werden,  $t(3,78) = 0,77$ ;  $p = .485$ .

*Mit steigender Berufserfahrung sinkt die Arbeitszeit mit unmittelbarem Patientenkontakt.*

Bei der Analyse der Patientenzeit inklusive OP nahm diese mit zunehmenden Tätigkeitsjahren ab. Während in der Gruppe mit geringer Berufserfahrung im Median 141,5 Minuten für patientenbezogene Tätigkeiten ermittelt wurden, betrug sie bei Probanden mit mittlerer Berufserfahrung lediglich ein Drittel davon. Der Zeitaufwand fiel bei Ärzten mit mehr als 14 Tätigkeitsjahren am geringsten aus (vgl. Tabelle 9). Der Gruppenvergleich ergab zwar keinen signifikanten Unterschied, jedoch einen statistischen Trend,  $H(2) = 4,811$ ;  $p = .076$ . Wie Tabelle 10 zeigt, fiel die patientenbezogene Arbeitszeit ohne OP-Tätigkeit in allen Gruppen ähnlich aus. Während die Werte für die berufserfahrensten Ärzte gleich blieben, reduzierten sich diese vor allem bei mäßiger und geringer Berufserfahrung. Aus dem Gruppenvergleich ging jedoch kein signifikanter Unterschied hervor,  $H(2) = 0,544$ ;  $p = .811$ .

*Die Fachrichtung bestimmt die Dauer des Patientenkontakts.*

Die patientenbezogene Arbeitszeit fiel bei Berücksichtigung operativer Tätigkeiten bei den Chirurgen deutlich höher aus als in den anderen Fachrichtungen,  $H(2) = 7,200$ ;  $p = .004$  (vgl. Tabelle 9). Die paarweisen Vergleiche ergaben einen signifikanten Unterschied der patientenbezogenen Arbeitszeit zwischen Chirurgie und Anästhesie,  $z = 2,683$ ;  $p = .022$ . Dabei handelt es sich um einen starken Effekt nach Cohen [121] mit  $r = 1,095$ . Bei Bestimmung der Patientenzeit ohne OP-Tätigkeit wiesen Internisten mit 12,8 % des Arbeitstages den meisten Patientenkontakt auf. Wie Tabelle 10 zeigt, fiel dieser in den anderen Fachrichtungen deutlich geringer aus. Die Anästhesisten verbrachten durchschnittlich 4,6 % ihrer Arbeitszeit direkt am Patienten, die Chirurgen 3,7 %. Für die einzelnen Fachrichtungen wurde ein signifikanter Unterschied im Hinblick auf die Patientenzeit ohne Berücksichtigung der Operationszeit nachgewiesen,  $F(2,6) = 16,50$ ;  $p = .004$ , sodass weitere Post-hoc-Tests notwendig waren. Es ergab sich

ein signifikanter Unterschied sowohl zwischen den Fachrichtungen Innere Medizin und Chirurgie ( $p = 0,006$ ) als auch zwischen Innerer Medizin und Anästhesie ( $p = 0,010$ ).

Parameter	Beschreibung	Zeit am Patienten (min) inklusive Operationszeit				p – Wert
		Min.	Max.	$\bar{x} \pm SD$	Mdn* [Q1/Q3]	
<b>Geschlecht</b>	Männlich (n = 4)	12,4	140,3	67,4 $\pm$ 53,9	----	0,605 <sup>T</sup>
	Weiblich (n = 5)	26,3	193,0	91,3 $\pm$ 73,6	----	
<b>Alter</b>	< 40 Jahre (n = 5)	67,9	193,0	122,3 $\pm$ 53,7	----	0,015 <sup>W</sup>
	$\geq$ 40 Jahre (n = 4)	12,4	48,2	28,7 $\pm$ 14,7	----	
<b>Position</b>	Assistenzarzt (n = 4)	67,9	193,0	117,8 $\pm$ 60,9	105,1 [68,1 / 180,1]	0,063 <sup>M</sup>
	Facharzt (n = 5)	12,4	140,3	51,0 $\pm$ 51,5	27,8 [19,4 / 94,3]	
<b>Berufserfahrung</b>	< 7 Jahre (n = 3)	68,6	193,0	134,4 $\pm$ 62,5	141,5 [68,6 / -]	0,076 <sup>K</sup>
	7 - 14 Jahre (n = 4)	26,3	140,3	65,6 $\pm$ 53,4	47,9 [26,7 / 122,2]	
	> 14 Jahre (n = 2)	12,4	48,2	30,3 $\pm$ 25,3	30,3 [12,4 / -]	
<b>Fachrichtung</b>	Innere Medizin (n = 3)	48,2	68,6	61,6 $\pm$ 11,6	67,9 [48,2 / -]	0,004 <sup>K</sup>
	Chirurgie (n = 3)	140,3	193,0	158,3 $\pm$ 30,1	141,5 [140,3 / -]	
	Anästhesie (n = 3)	12,4	27,8	22,2 $\pm$ 8,5	26,3 [12,4 / -]	

\* Angabe des Medians nur bei fehlender Normalverteilung der Daten

T, t-Test für unabhängige Stichproben; W, Welch-Test; M, Mann-Whitney-U-Test; K, Kruskal-Wallis-Test

Tabelle 9: Vergleich der Patientenzeit inkl. OP in Abhängigkeit von vers. Parametern

Parameter	Beschreibung	Zeit am Patienten (min) exklusive Operationszeit				p – Wert
		Min.	Max.	$\bar{x} \pm SD$	Mdn* [Q1/Q3]	
<b>Geschlecht</b>	Männlich (n = 4)	12,4	68,6	38,6 $\pm$ 24,9	----	0,607 <sup>T</sup>
	Weiblich (n = 5)	5,7	67,9	30,0 $\pm$ 22,9	----	
<b>Alter</b>	< 40 Jahre (n = 5)	5,7	68,6	38,0 $\pm$ 28,6	----	0,578 <sup>T</sup>
	$\geq$ 40 Jahre (n = 4)	12,4	48,2	28,7 $\pm$ 28,7	----	
<b>Position</b>	Assistenzarzt (n = 4)	5,7	68,6	41,2 $\pm$ 32,0	----	0,485 <sup>T</sup>
	Facharzt (n = 5)	12,4	48,2	28,0 $\pm$ 12,9	----	
<b>Berufserfahrung</b>	< 7 Jahre (n = 3)	5,7	68,6	32,2 $\pm$ 32,6	22,4 [5,7 / -]	0,811 <sup>K</sup>
	7 - 14 Jahre (n = 4)	25,2	67,9	36,8 $\pm$ 20,8	27,1 [25,5 / 57,9]	
	> 14 Jahre (n = 2)	12,4	48,2	30,3 $\pm$ 25,3	30,3 [12,4 / -]	
<b>Fachrichtung</b>	Innere Medizin (n = 3)	48,2	68,6	61,6 $\pm$ 11,6	----	0,004 <sup>A</sup>
	Chirurgie (n = 3)	5,7	25,2	17,8 $\pm$ 10,5	----	
	Anästhesie (n = 3)	12,4	27,8	22,2 $\pm$ 8,5	----	

\* Angabe des Medians nur bei fehlender Normalverteilung der Daten

T, t-Test für unabhängige Stichproben; K, Kruskal-Wallis-Test; A, einfaktorielle ANOVA

Tabelle 10: Vergleich der Patientenzeit exkl. OP in Abhängigkeit von vers. Parametern

### 3.2 QUALITATIVE INTERVIEWSTUDIE

#### 3.2.1 CHARAKTERISIERUNG DER STICHPROBE

Für die Teilnahme an der Interviewstudie konnten insgesamt 18 Ärzte aus vier regionalen Krankenhäusern unterschiedlicher Versorgungsstufen gewonnen werden. Davon stellte die Warnowklinik Bützow zwei Ärzte der Fachrichtung Innere Medizin (11 %). Aus dem Sana Krankenhaus Bad Doberan nahmen vier Internisten und ein Unfallchirurg an der Befragung teil (28 %). Im Klinikum Südstadt Rostock konnten ebenfalls fünf Ärzte (28 %) interviewt werden, wovon einer unfallchirurgisch und je zwei internistisch sowie allgemeinchirurgisch tätig waren. An der Universitätsmedizin erklärten sich sechs Gynäkologen (33 %) für die Teilnahme an der Studie bereit. Infolge der Überzahl weiblicher Kollegen im Fachbereich Gynäkologie ergab sich bei den Interviews eine Frauenquote von 67 %, dennoch konnten sechs männliche Ärzte befragt werden. Die Berufserfahrung betrug zwischen sieben und 26 Jahren und lag im Durchschnitt bei 15 Jahren. Daraus ergab sich eine Facharztquote von 72 %. Oberärzte und Assistenzärzte waren mit 17 % bzw. 11 % repräsentiert (vgl. Tabelle 11).

		Anzahl
<b>Klinik</b>	Warnowklinik Bützow	2
	Sana Krankenhaus Bad Doberan	5
	Klinikum Südstadt Rostock	5
	Universitätsmedizin Rostock	6
<b>Fachrichtung</b>	Innere Medizin	8
	Allgemeinchirurgie	2
	Unfallchirurgie	2
	Gynäkologie	6
<b>Geschlecht</b>	Männlich	6
	Weiblich	12
<b>Alter</b>	< 40 Jahre	8
	40 – 45 Jahre	6
	> 45 Jahre	4
<b>Position</b>	Assistenzarzt	2
	Facharzt	13
	Oberarzt	3
<b>Berufserfahrung</b>	< 10 Jahre	5
	10 – 20 Jahre	8
	> 20 Jahre	5

Tabelle 11: Profil der Interviewteilnehmer

#### 3.2.2 GESETZLICHER EINFLUSS AUF DIE MEDIZINISCHE VERSORGUNGSQUALITÄT

Die Interviews begannen mit einer allgemein formulierten Einstiegsfrage. Die Ärzte sollten beurteilen, ob sich durch die ausgewählten Gesetze Qualitätsveränderungen der medizinischen Versorgung ergaben. Zwei der Befragten äußerten sich dazu positiv und sahen infolgedessen

resultierende Verbesserungen. Dabei sei die Gesetzgebung unabdingbar für die Gewährleistung optimaler Versorgungsqualität:

*„Medizin ist kein starres Korsett, sondern etwas, wo eine Weiterentwicklung stattfindet und entsprechend eine Gesetzgebung wichtig ist, um die Qualität hochzuhalten in den Kliniken.“ [KSüC-3]*

Ein Drittel der Interviewteilnehmer hingegen waren der Ansicht, dass diese Gesetze keinen qualitativen Einfluss auf die medizinische Patientenversorgung haben.

*„Aber ich denke, die medizinische Qualität hat sich durch die Gesetze nicht verändert. Also ich denke nicht, dass sie schlechter geworden ist, aber ich glaube auch, dass sie nicht besser geworden ist.“ [KBal-9]*

Der Großteil entzog sich allerdings einer direkten Beantwortung der Einstiegsfrage. Sie beschrieben allgemeine Auswirkungen der Gesetzgebung auf die klinische Arbeit, wie z. B. den Anstieg von Dokumentation und Arbeitsbelastung in den letzten Jahren. Die zunehmende Bürokratisierung in der Medizin führe zu einem geringeren Patientenkontakt.

*„Das Problem ist aber, dass die Dokumentation, die sich daraus ergibt, eben enorm viel Arbeit generiert, die eigentlich dann den medizinischen Mitarbeitern die Zeit dann nehmen für eigentliche Arbeit am Patienten.“ [KSüC-7]*

Besonders häufig wurden in diesem Zusammenhang das Patientenrechtegesetz und das Entlassmanagement erwähnt, welche mit einem zusätzlichen Arbeits- und Zeitaufwand verbunden seien. Oft bereite die Umsetzung mitunter Schwierigkeiten. KBül-5 hingegen fühlte sich durch die erlassenen Gesetze nicht in ihrer ärztlichen Tätigkeit beeinträchtigt. Eine andere Ärztin berichtete positiv von erleichterten Arbeitsabläufen, die durch die zunehmende Technisierung ermöglicht würden.

### **3.2.3 PATIENTENRECHTEGESETZ**

---

Bereits vor dem Einzug der ärztlichen Dokumentationspflicht ins Bürgerliche Gesetzbuch sei die Dokumentation schon immer ein wichtiger Bestandteil der ärztlichen Tätigkeit. Sie diene der Nachvollziehbarkeit medizinischer Maßnahmen und letztendlich auch der Absicherung. „Gute Dokumentation“ [KUnG-18] sei ein Benefit für alle. Sie sichere eine gewisse Behandlungsqualität, von der auch Patienten profitieren, und diene im Klagefall als Grundlage für eine strukturierte Auseinandersetzung. Allerdings sei der Dokumentationsaufwand in den letzten Jahren gestiegen und wurde im Vergleich zu seinem Nutzen als zu hoch bewertet. Der Arztberuf werde zunehmend „bürokratisiert“ [KSüC-7]. Die Dokumentation nach den gesetzlichen Vorgaben sei im Stationsalltag schwierig und nicht während der eigentlichen Arbeitszeit

---

umsetzbar, wie KBal-13 anmerkte. So würden aus Zeitgründen häufig medizinische Maßnahmen trotz ihrer Durchführung nicht dokumentiert:

*„Es ist schwierig, die Dokumentation jeden Tag dann auch wirklich so durchzuführen, wie man es letztlich gemacht hat. Vieles läuft nebenbei. [...] Und das ist das größere Problem, dass man es macht, dass man aber die Dokumentation nicht schafft, weil es einfach zeitlich in dem Moment nicht möglich ist.“ [KBal-13]*

Neben dem erhöhten Zeit- und Arbeitsaufwand sei für die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben auch eine achtsame, konzentrierte Arbeitsweise notwendig. Ein Interviewteilnehmer bezweifelte jedoch eine daraus resultierende ärztliche Arbeitsbelastung und verteidigte die Maßnahmen des Gesetzes aus den bereits genannten Gründen.

Ein kleiner Teil der Ärzte gab an, dass sich mit Einführung des PRGs ihre Dokumentations- und Aufklärungsweise verändert hätte. Die Aufklärungsgespräche würden seitdem noch ausführlicher durchgeführt und auf den Aufklärungsbögen entsprechend dokumentiert. Andere hingegen bezweifelten dies. Sie hatten bei sich keine Änderung der Aufklärungsweise oder deren Genauigkeit im Vergleich zu früher bemerkt:

*„An sich ist es natürlich für die Patienten erfreulich, dass man auch garantiert, dass Sie eben aufgeklärt werden, [...] Also ein schöner Grundgedanke, aber im Praktischen, glaube ich, [...] dass ich jetzt nicht anders arbeite oder aufkläre, als ich das vorher getan hätte, nur dass es eben mehr Zeit in Anspruch nimmt.“ [KUnG-20]*

KUnG-8 sah die seit der Einführung des PRGs geltende Beweislastregel zum Nachteil des Arztes. Aus Angst vor rechtlichen Konsequenzen würden Ärzte in ihrer Tätigkeit und ihrem Handeln zunehmend verunsichert. Ob infolge des Patientenrechtegesetzes die Klagebereitschaft erhöht sei, wurde kontrovers diskutiert. Während eine Gynäkologin dies ausdrücklich negierte, hatte eine Chirurgin einen leichten Anstieg diesbezüglich festgestellt. In einem Interview wurde eine mögliche räumliche Beeinflussung thematisiert und vermutet, dass Patienten in städtischen Kliniken eine höhere Klagebereitschaft aufweisen als im ländlichen Raum.

Für Patienten wurde das Gesetz von den meisten Interviewteilnehmern als positiv bewertet. Diese profitieren seitdem von der Stärkung ihrer Rechte und des Selbstbewusstseins sowie von einer verbesserten Informationslage. Durch die Gewährleistung einer umfangreichen Aufklärung mit einer Bedenkzeit von mindestens 24 Stunden, soll der Patient ausreichend informiert und im Entscheidungsprozess unterstützt werden. Kritische Stimmen wiesen jedoch darauf hin, dass die Informationsmenge die Patienten überlade und zunehmend verunsichere. Die Aufklärung über mögliche Eingriffsnebenwirkungen würde sie zusätzlich mit ihren Ängsten konfrontieren, weswegen diese oft abgelehnt werde. Die mit dem PRG eingeführte Bedenkzeit habe aber weder eine Veränderung im Entscheidungsverhalten des Patienten, noch eine höhere Ablehnungsquote bewirkt, wie eine Stationsärztin zum Ausdruck brachte.

KSüC-3 bezeichnete das Patientenrechtegesetz als Grundlage für etwaige Rechtsstreitigkeiten zwischen Behandler und Patient. Im Konfliktfall könne der Patient auf „validierte Dokumentation“ [KSüC-3] zurückgreifen und diese für seine Argumentation nutzen. Im Vergleich zu früher sei der Aktenzugriff deutlich einfacher möglich, was vor allem in der Geburtshilfe großes Interesse hervorbringe, wie KUnG-15 bemerkte:

*„Die Anfragen für die Akten sind in der Geburtshilfe, glaube ich, noch zehnmal mehr als irgendwo anders, weil die Leute ihr Pathogramm, ihren Geburtsbericht, für ihr Fotoalbum haben wollen.“ [KUnG-15]*

Andere Teilnehmer hatten diesbezüglich kein verstärktes Patienteninteresse registriert. Eine junge Gynäkologin bezweifelte jedoch, dass der Großteil der Patienten über die Bedeutung des Gesetzes und die dadurch geltenden Rechtsansprüche informiert sei. Der „Papierkrieg“ [KSüC-7] mit etlichen Kopien und erforderlichen Unterschriften seitens des Patienten würde oft negativ bewertet. Auch der gesteigerte ärztliche Dokumentationsaufwand wirke sich nachteilig auf den Patienten aus, wie in vielen Interviews deutlich wurde:

*„Sodass in meinen Augen eigentlich damit der Patient sich auch in gewisser Weise ein Eigentümer schießt. Einfach, weil viel mehr Zeit, die man sonst vielleicht am und mit dem Patienten und in der Behandlung hätte investieren können, jetzt umgeleitet wird und ich sag es mal ganz allgemein, für Papierkram letztendlich draufgeht.“ [KBal-9]*

Die Möglichkeit einer Aufklärungskopie wurde für den Patienten als positiv gewertet. Somit sei es ihm möglich, bei späterem Interesse die Aufklärung erneut nachzulesen. Aus ärztlicher Sicht gelte die Ausstellung der Kopie, positiv betrachtet, als zusätzliche Absicherung. Außerdem sichere dies, nach KSüC-7, die Transparenz einer medizinischen Behandlung. Da die Anfertigung der Kopien in den Tätigkeitsbereich des aufklärenden Arztes falle, resultiere daraus ein zusätzlicher Arbeits- und Zeitaufwand, der häufig als Belastung angesehen wurde. Der erforderliche Aufwand wurde im Vergleich zum Nutzen der Patientenkopie eher negativ beurteilt. Einige Ärzte bezweifelten, dass Patienten die angefertigten Kopien für einen möglichen Klagefall aufbewahren. Der gesteigerte Papierverbrauch sei deswegen ökonomisch, als auch ökologisch, negativ zu bewerten, wie eine Gynäkologin anmerkte. Sie beschrieb, dass die explizite Nachfrage zur Aufklärungskopie die Patienten verunsichere und deswegen häufig, auch aus Komplettierungsgründen, bejaht werde. Eine andere Ärztin gab zu, diesbezüglich Patienten bei ihrer Entscheidung zu beeinflussen:

*„Eigentlich muss man ein offenes Gespräch führen und das ist schon komisch, wenn ich eigentlich den Patienten dazu bringen soll, dass er mir unterschreibt, dass er keine Kopie von dem ganzen Kram möchte.“ [KUnG-15]*

Auf die Frage, ob sich infolge des PRGs Veränderungen für die Arzt-Patienten-Beziehung ergaben, resultierten unterschiedliche Antworten. Die Hälfte der Teilnehmer sprach sich gegen eine Änderung des Arzt-Patienten-Verhältnisses aus.

*„Das Arzt-Patienten-Verhältnis muss sich daran messen, dass mit einer gewissen Empathie, mit einer gewissen Sorgfältigkeit interagiert wird. Ich glaube nicht, dass Rechtsveränderungen in diesem Bereich dazu führen, zumindestens bei mir.“ [KSüC-3]*

Jedoch gab es Ärzte, die seit Einführung des PRGs Veränderungen diesbezüglich bemerkten. Infolge der zunehmenden Dokumentationstätigkeit sei die Distanz zwischen Arzt und Patient größer geworden. KSül-2 empfand, dass Patienten zunehmend fordernder werden. KUnG-18 betonte die Wichtigkeit einer guten Arzt-Patienten-Beziehung für den Heilungsverlauf. Sie entzog sich aber, wie vier weitere Teilnehmer, einer konkreten Beantwortung dieser Frage.

Im Hinblick auf die Klinikverwaltung wurde häufig von einem organisatorischen Mehraufwand gesprochen. Nach Einschätzung der Experten habe sie seit dem einen zunehmenden Bürokratieaufwand zu bewältigen. Die Einstellung von zusätzlichem Personal, die Bereitstellung geeigneter Ressourcen für Dokumentation und Aktenaufbewahrung sowie die notwendige Absicherung für Klagefälle bedeuten zusätzlich eine finanzielle Belastung für die Klinik. Wie KUnG-15 anmerkte, sei die Liquidität einer Klinik von der Fertigstellung der Patientenakte und damit indirekt von der Dokumentationsgeschwindigkeit der behandelnden Ärzte abhängig. Je schneller eine Akte vollständig dokumentiert sei, umso zügiger könne sie abgerechnet werden. Dadurch entstehe ein gewisser Druck auf die Behandler. Weiterhin sei die Verwaltung für die Überprüfung der Dokumentationsvorgaben und Sanktionen bei Nichtbeachtung zuständig.

### **3.2.4 BEITRAGSSCHULDENGESETZ**

---

Die mit dem Beitragsschuldengesetz einhergehende Überprüfung abgerechneter medizinischer Leistungen durch den MDK wurde von elf Interviewteilnehmern als notwendig erachtet.

*„Ich denke, dass wir in der Marktwirtschaft, in der wir uns befinden und die auch Einzug hält logischerweise in unsere Krankenhauswirtschaft, dass da eine gewisse Kontrolle durch den MDK okay ist. [...] Grundsätzlich sind [...] Kontrollinstanzen [...] notwendig, um eine gewisse Willkür innerhalb der Kliniken in diesen Dingen vorzubeugen und um die Prozesse zu optimieren.“ [KSüC-3]*

Die Wirtschaftsorientierung von Kliniken, die Vermeidung unnötiger Diagnostik und Therapie sowie die damit verbundene Kostenreduktion fürs Gesundheitssystem rechtfertige die MDK-Überprüfung. Ein Experte beschrieb außerdem eine Effizienzsteigerung, welche durch Prozessoptimierungen und komprimierte Behandlungsdauern erreicht werde. Allerdings führe das Gesetz zu einer Diskrepanz zwischen der Wirtschaftlichkeit einer Klinik und einer individuellen Patientenbehandlung, wodurch ein Gewissenskonflikt für die behandelnden Ärzte entstehe.

---

Kritisiert wurde auch die Umsetzung der gesetzlichen Maßnahmen. Zwei Probanden thematisierten eine mangelnde Objektivität seitens der Gutachter, welche KUnG-8 durch eine erhöhte Anfragenfrequenz nach einem Wechsel dieser begründete. In den meisten Interviews wurde der MDK als Interessenvertreter der Krankenkassen gesehen, der auf eine Reduktion der Behandlungskosten abziele. Dies beeinträchtige sein Ansehen bei den Leistungserbringern. Seit Einführung des Beitragsschuldengesetzes seien die MDK-Anfragen, nach Aussage einer Chirurgin, merklich angestiegen. In der Chirurgie und Gynäkologie seien Anfragen bezüglich der Verweildauer häufig. In der Inneren Medizin käme es zur Überprüfung von Kodierungen. Eine Ärztin gab an, dass kostenintensive Behandlungsfälle eher angefragt würden. Die Aufwand-Nutzen-Relation der MDK-Überprüfungen wurde von KSüC-7 kritisch bewertet:

*„Und im Endeffekt glaube ich sogar, dass es auf beiden Seiten ein Plus-Minus-Null-Geschäft ist. [...] ich glaub, summa summarum profitiert eigentlich keiner davon, [...] und man hat dann [...] diesen [...] Verwaltungsapparat dazwischen, der sowohl den Kassen als auch uns, extrem viel Zeit kostet [...], als auch eben Ressourcen verbraucht, als auch [...] finanzielle Mittel einfach verschwendet.“ [KSüC-7]*

Für die Ärzte resultiere eine zusätzliche Arbeitsbelastung. Die Beantwortung der Anfragen sei zeit- und arbeitsaufwändig sowie häufig mit einem frustrierten Ausgang verbunden, wie KBül-6 angab. Jeder sei zu einer genaueren Dokumentation angehalten, um im eventuellen Regressfall die stationäre Behandlung des Patienten begründen zu können. Eine Gynäkologin befürchtete, dass durch den zunehmenden Bürokratieaufwand ärztlicher Nachwuchs abgeschreckt werden könnte, klinisch tätig zu werden. Die ärztliche Arbeitsweise im stationären Sektor habe sich in den letzten Jahren verändert und sei laut KBal-12 wirtschaftlicher orientiert. Dies sahen mehrere Interviewteilnehmer kritisch. Ärztliche Entscheidungen sollten unter medizinischen Aspekten und nicht aufgrund wirtschaftlicher Interessen erfolgen:

*„Und wir dürfen nicht vergessen, unsere Aufgabe ist, Menschen zu helfen und sie zu heilen im besten Fall oder ihr Leid zu lindern. Und unsere Aufgabe ist nicht, das letzte Bett zu belegen oder eine möglichst effiziente Kontrolle.“ [KUnG-18]*

KBül-5 beschrieb, dass der Entschluss, einen Patienten aufzunehmen, nicht nur durch medizinische Indikationen, sondern auch durch soziale Aspekte oder regionale Gegebenheiten beeinflusst werde. Infolge des Fachärztemangels sei besonders in ländlichen Gebieten die ambulante Versorgung erschwert, sodass Patienten stationär von der besseren Verfügbarkeit medizinischer Leistungen profitieren. Ein Internist sprach von einer „Dienstleistung“ [KSül-1] für ambulant tätige Kollegen. Soziale Gründe, wie z. B. zur Organisation der häuslichen Versorgung bei älteren Patienten, würden häufig zur Klinikaufnahme führen. Manche Entscheidungen seien ein „Bauchgefühl“ [KBal-13] aufgrund langjähriger Berufserfahrung. Da der MDK bei der Begutachtung diese Gegebenheiten nicht berücksichtige, sei dies häufig mit einem

finanziellen Verlust für die Klinik verbunden. Für die Behandler entstehe ein Gewissenskonflikt zwischen eigenem Ermessen und genehmigten stationären Behandlungsanlässen. KSül-2 sah sich dadurch in der ärztlichen Handlungsfreiheit stark eingeschränkt.

Weiterhin wurde kritisiert, dass Fallpauschalen und Verweildauern die Individualität des Patienten nicht berücksichtigen, welches vor allem bei Multimorbidität zu Problemen führe. Die Organisation eines Pflegeheimplatzes oder postoperative Nacharbeiten im Rahmen der Zertifizierung seien oft unvereinbar mit den vorgegebenen Verweildauern. Die Nichteinhaltung der Grenzverweildauer führe zu Vergütungsabzügen, welche zum Wohle des Patienten von den Ärzten in Kauf genommen würde. Sie forderten, dass der stationäre Aufenthalt eines Patienten nicht von finanziellen Interessen, sondern von seinem Gesundheitszustand abhängig sein sollte. Die Entscheidungen des MDKs sollten nicht nur aktenbasiert, sondern unter Berücksichtigung des Individuums erfolgen.

Die Auswirkungen des Beitragsschuldengesetzes für die Patienten bewerteten 61 % der Experten als nachteilig. KUnG-8 gab eine kurzzeitige Verschlechterung der Patientenversorgung durch die Abschaffung des präoperativen Aufenthaltes an. Frühzeitige Entlassungen aufgrund der Einhaltung vorgegebener Grenzverweildauern seien aus Patientensicht negativ zu werten:

*„Die Patienten wollen mit einem bestmöglichen Outcome wieder die Klinik verlassen. [...] Ich glaube, dass die nicht davon profitieren, dass man so schnell wie möglich hiermit durch sein muss. Jedenfalls nicht alle.“ [KSül-2]*

Ein Kollege beschrieb die, durch den ökonomischen Druck bedingte, „blutige Entlassung“ [KBal-9] als Gefährdung des Patientenwohls. Drei Teilnehmer hingegen bewerteten die Auswirkungen neutral und sahen keine gravierenden Veränderungen in der stationären Patientenversorgung. Vier Ärzte enthielten sich gänzlich einer Positionierung zu dieser Thematik.

Für die Klinikverwaltung wurde das Beitragsschuldengesetz mit finanziellem Verlust und erhöhtem Personalaufwand assoziiert. Um die Fallabrechnung und den damit verbundenen bürokratischen Mehraufwand bewältigen zu können, seien zusätzlich Codierer und medizinische Dokumentationsangestellte notwendig. Die MDK-Anfragen würden das ärztliche Personal beanspruchen, welches für die Gewährleistung der akuten Patientenversorgung fehle. Eine weitere Auswirkung des Gesetzes sei eine ausgeprägte Wirtschaftsorientierung der Kliniken. Die Einhaltung der Liegezeiten werde durch die Verwaltung kritisch überprüft. Trotz Kapazitätseinschränkungen, wie z. B. verringerte Bettenzahlen, würden hohe Behandlungszahlen gefordert, um konstante finanzielle Einnahmen und damit die Liquidität der Klinik sicherzustellen.

### 3.2.5 DOKUMENTATION

---

Bei der Befragung wurde die enorme Bedeutung der Dokumentation im Klinikalltag deutlich. Sie sei das „*Ein und Alles*“ [KBal-9] und stelle einen Großteil der ärztlichen Tätigkeit dar. Für

---

die Nachvollziehbarkeit der durchgeführten Maßnahmen während des stationären Aufenthaltes gelte sie als unverzichtbar und diene als Abrechnungsgrundlage. Ebenfalls sollte der Aspekt der ärztlichen Absicherung berücksichtigt werden:

*„Wer schreibt, der bleibt. Also, das, was nicht dokumentiert wird, ist nicht gemacht. Also [...], je besser man dokumentiert hat, umso besser ist man abgesichert.“ [KUnG- 17]*

Die Qualität der ärztlichen Dokumentation wurde von einer Gynäkologin als „mangelhaft“ [KUnG-15] bezeichnet, wie sie durch regelmäßige Bearbeitung von MDK-Anfragen bemerke. Der „Papierkrieg“ [KUnG-15] nehme jedoch einen Großteil ihrer Arbeitszeit ein. Auch die anderen beschrieben die Dokumentation als zeitaufwändige Tätigkeit. Dabei variere die Dokumentationszeit in Abhängigkeit von Fachrichtung und OP-Einsatz. Dokumentationsbedingt würden häufig Überstunden absolviert. Ein Gynäkologe bewertete die Dokumentation als hohe Arbeitsbelastung und sah, durch nicht rechtzeitig fertiggestellte Befunde, eine sich entwickelnde Unzufriedenheit für alle Beteiligten. Er empfand, dass der Dokumentationsumfang im Vergleich zu früher angestiegen sei und äußerte diesbezüglich den Wunsch nach Unterstützung, z. B. durch Medizinstudierende. Zusätzlich habe die Arbeitszeit am Computer in den letzten Jahren stark zugenommen, welche sich nachteilig auf den Patientenkontakt auswirke:

*„Also sobald die Patienten kamen auf Station [...], wurde gleich schon der Entlassungsbrief angelegt und eigentlich hatte man den Eindruck, dass die Ärzte eher eine Beziehung mit dem Computer haben als mit den Patienten.“ [KUnG-8]*

Der tägliche Dokumentationsaufwand wurde auf 5 – 70 % der Arbeitszeit geschätzt, wobei die Mehrheit maximal 30 % angab. Vier Ärzte waren der Meinung, dass die Dokumentation mindestens die Hälfte ihres Arbeitstages ausmache. Zwei universitär tätige Kollegen gaben keine Prozentzahl an, bewerteten den Dokumentationsaufwand aber insgesamt als zu hoch.

Die Frage, ob die Digitalisierung eine Möglichkeit wäre, den damit verbundenen Arbeitsaufwand zu verringern, bejahten 56 % der Interviewteilnehmer. Einige Ärzte arbeiteten bereits mit digitalen Krankenakten und konnten von ihren bisherigen Erfahrungen berichten. Als Vorteil nannten sie den ortsungebundenen, elektronischen Zugriff auf die Patientenakte, wodurch eine Zeitersparnis resultiere:

*„Wenn ich da einen Anruf bekomme, muss ich nicht, wie vorher, auf die Station laufen und dort was in die Akte, das spart Zeit, ne, sondern kann an dem PC, wo ich gerade bin, ob auf Station oder in der Notaufnahme, einen Akteneintrag machen.“ [KSül-2]*

Ein weiterer Pluspunkt sei die Lesbarkeit der eingetragenen Vermerke im Vergleich zur handschriftlichen Dokumentation. Dies verbessere die Nachvollziehbarkeit und verringere zugleich einen damit verbundenen Informationsverlust. Da im System die Möglichkeit bestehe, Anamnesedaten aus vorherigen Aufenthalten des Patienten zu speichern, würde erneutes Abfragen

und Dokumentieren überflüssig. Dabei erfordere die elektronische Krankenakte eine gründliche Aktenpflege. Es resultiere daraus allerdings eine behandlerabhängige Qualität, wie ein langjährig tätiger Internist anmerkte.

Ein Drittel der Experten verneinten die Digitalisierung als Möglichkeit zur Reduktion des Dokumentationsaufwandes. Da KBül-6 mit handschriftlicher Dokumentation groß geworden sei, sehe er in der Digitalisierung eher einen Benefit für junge Kollegen. Auch KBal-12 bevorzugte, handschriftlich zu dokumentieren. Dies sei für sie im Vergleich zu computer-basierter Dokumentation weniger zeitaufwändig und schneller möglich, da sie keine Zehn-Finger-Schreibweise beherrsche. Eine weitere Ärztin bezweifelte ebenfalls die Zeitersparnis. Neben Übertragungsfehlern wurde auch eine Verschlechterung der Dokumentationsqualität befürchtet.

### **3.2.6 E-HEALTH-GESETZ UND DIGITALISIERUNG**

---

Die Digitalisierung, die durch das E-Health-Gesetz vorangetrieben werden sollte, entwickle sich nach Einschätzung der Experten nur zögerlich. Als mögliche Gründe nannten sie Datenschutzbestimmungen, auftretende Funktionseinschränkungen digitaler Software sowie die mangelnde Akzeptanz seitens der älteren Bevölkerung. Nach der Anlaufphase werde sie allerdings ein Benefit für Ärzte und Patienten und zukünftig für die Medizin essentiell.

Für die Ärzte ergebe sich infolge der Digitalisierung eine Reduktion des Arbeits- und Zeitaufwandes. Sie könne Arbeitsprozesse optimieren, Behandlungsabläufe einfacher organisieren und Kommunikation verbessern. Dieser Zeitgewinn könne für eine Intensivierung des Patientenkontakts genutzt werden. Eine Internistin bewertete den schnelleren Zugriff auf diagnostische Befunde als Vorteil:

*„Ich meine, manchmal ist es schon leichter jetzt am Computer zu arbeiten, man kann die Röntgenbilder [...] einfach mal schnell aufladen, das hatte man früher nicht.“ [KBal-12]*

Die Hinterlegung medizinisch relevanter Informationen auf der elektronischen Gesundheitskarte wurde von den meisten Ärzten begrüßt. Es erleichtere den Zugang zur Krankengeschichte und somit das stationäre Aufnahme-prozedere. KUnG-8 war es wichtig, dass auf der Versichertenkarte Diagnosen und aktuelle Medikamentenpläne hinterlegt werden. Dies würde in Notfallsituationen einen schnellen Zugriff auf wichtige medizinische Informationen ermöglichen, wovon auch der Patient profitiere. Ebenfalls wäre die Hinterlegung von Impfnachweisen und bereits erfolgter Diagnostik vorteilhaft. So könnten Doppeluntersuchungen vermieden und der unnötige Verbrauch von Ressourcen, wie z. B. Tetanusimpfungen, reduziert werden.

Laut KSüC-3 verbessere sich infolge der Digitalisierung die Dokumentationsqualität. Dies sei durch die bessere Lesbarkeit der digitalen Akteneinträge und die Reduktion von Übertragungsfehlern bedingt. Eine Internistin bezweifelte dies allerdings:

*„Es sollen weniger Fehler passieren, weil man dann nicht mehr so viele Pläne schreibt und damit Übertragungsfehler vermieden werden sollen, aber das muss, glaube ich, erst noch bewiesen werden, dass das wirklich so ist. Bislang habe ich das nie erlebt. Die Medikamente hier laufen immer noch schräg.“ [KBa1-13]*

Andere charakterisierten die digitale Dokumentation als zeitaufwändig und sahen den Patientenkontakt dadurch noch mehr reduziert. Laut KBaC-11 sei die Erstellung des elektronischen Medikationsplanes infolge der Programmkomplexität deutlich aufwändiger. Oftmals würden technische Probleme und Softwarefehler die Umsetzung erschweren. Eine Internistin gab die Abhängigkeit von der Verfügbarkeit technischer Ressourcen und Energiereserven zu bedenken. Die Etablierung eines einheitlichen Systems sah KSÜC-7 problematisch und befürchtete Kompatibilitätsprobleme beim Datenaustausch verschiedener medizinischer Institutionen. Auf die Frage, wie die Experten die Auswirkungen des E-Health-Gesetzes für Patienten einschätzen, resultierten unterschiedliche Antworten. KUnG-20 sah die Speicherung patientenrelevanter medizinischer Daten auf der Gesundheitskarte kritisch:

*„Also ich als Patient würde nicht wollen, dass [...] alles Relevante auf meiner Chipkarte ist, die ich überall mit mir rumtrage und dementsprechend auch verlieren kann, also da hätte ich schon Bedenken.“ [KUnG-20]*

Sie befürwortete ein Selbstbestimmungsrecht des Patienten, welches Zugriffsberechtigungen regelt und zu speichernden Daten festlegt. Andere Befragte sprachen in diesem Zusammenhang von einer zunehmenden Transparenz des Patienten. KSÜC-7 beschrieb eine mögliche Skepsis der älteren Generation bezüglich der Digitalisierung, bezweifelte jedoch, dass sie die Auswirkungen in der Klinik bemerken. Im Gegenzug profitiere der Patient von der schnelleren Informationsübermittlung, besseren Koordination und Vernetzung medizinischer Instanzen. Bei Verlust der Versichertenkarte befürchteten die Experten, dass Unbefugte Zugang zu den sensiblen Daten bekommen könnten oder ein Datenverlust resultiere. Diesbezüglich fragten sich die Ärzte, ob Daten-Backups möglich wären und wie der Zugriff durch Dritte geregelt sei. Allgemein wurde deutlich, dass der Datenschutz deswegen unbedingt notwendig sei. Für die Klinik resultiere ein erhöhter finanzieller Investitionsbedarf. Zusätzlich zur Bereitstellung der benötigten Technik sei die Digitalisierung mit einem erhöhten Personalaufwand verbunden. Dies begründete KSÜl-14 damit, dass geschultes IT-Personal erforderlich sei, um die Funktionsfähigkeit und Kompatibilität der digitalen Systeme sicherzustellen. Der reduzierte Papierverbrauch und die Schonung medizinischer Ressourcen wurden dabei positiv bewertet.

### **3.2.7 QUALITÄTSMANAGEMENT IM KRANKENHAUS (KHSG & G-BA-QM-RICHTLINIE)**

---

Durch die Einführung des Krankenhausstrukturgesetzes und der G-BA-Qualitätsmanagementrichtlinie 2016 wurde das Qualitätsmanagement wichtiger Bestandteil der klinischen

---

Arbeitsweise. QM sei „*ein moderner Begriff, von dem jeder was anderes versteht*“ [KBül-6]. Ein Chirurg definierte dies wie folgt:

*„Qualitätsmanagement heißt, dass man im Prinzip seine eigene Arbeit dokumentiert und dann eben auch hinterfragt oder überprüft, ne. Dass man sich regelmäßig mit dem Ergebnis seiner eigenen Arbeit eben befasst und das ist wichtig.“ [KSüC-14]*

Durch die Überprüfung würden Fehler und ihre Ursachen detektiert, behoben und der Prozess optimiert. Dies beeinflusse die Patientenversorgung positiv und führe zu einer gewissenhafteren Arbeitsweise seitens der Ärzte. KSüC-3 erachtete das QM und die damit verbundene Dokumentation als grundsätzlich notwendig. Die Vorgabe einheitlicher Behandlungsstandards stelle eine gewisse Grundqualität der medizinischen Versorgung sicher, welches positiv von der Mehrheit der Befragten bewertet wurde. Dies ermögliche, unabhängig von räumlichen Gegebenheiten, eine Gleichbehandlung aller Patienten.

Zur Gewährleistung einer optimalen Patientenversorgung gehöre, nach Ansicht einiger Ärzte, eine gewisse Expertise, welche durch die Vorgabe von Mindestbehandlungszahlen sichergestellt werde. Des Weiteren habe die Klinikstruktur Einfluss auf die Behandlungsqualität:

*„Also, die Menschen wollen es zwar nicht wahrhaben, weil irgendwo ist es natürlich gewünscht, das kleine Krankenhaus direkt vor der Tür zu haben, aber dass dieses Krankenhaus ganz einfach nicht die Qualität wie ein großes Haus mit Spezialisten vorhalten kann, das verdrängen die meisten dann dort, ne.“ [KUnG-17]*

Häufig wurde in den Interviews infolge des QMs eine Vergleichbarkeit zwischen den Kliniken angesprochen. Besonders in den operativen Fachbereichen werde dies durch die damit verbundene Statistikerstellung und Ergebnisbeurteilung durchgeführter Operationen erreicht.

Die geforderte leitliniengerechte Behandlung und Einhaltung vorgegebener Qualitätskriterien erhöhe zusätzlich die Patientensicherheit. Standardisierte Handlungsanweisungen, SOPs, seien besonders für unerfahrene Kollegen wertvolle Hilfsmittel. Sie würden die ärztliche Vorgehensweise erleichtern, den Behandlungsprozess strukturieren und die „*Konzentration aufs Wesentliche*“ [KSül-1] ermöglichen. Zwei Internisten äußerten jedoch Bedenken gegenüber der Standardisierbarkeit der Patientenversorgung und sahen sich in ihrer ärztlichen Entscheidungsfreiheit eingeschränkt. Es gehöre zur „*ärztlichen Kunst*“ [KBal-9] aus verschiedenen Therapiemöglichkeiten die geeignetste für den Patienten auszuwählen. Durch standardisierte Behandlungsvorgaben sei dies nicht mehr möglich. KBa-13 zweifelte allerdings an einer einheitlichen Umsetzung der vorgegebenen Behandlungsstandards.

Einige Ärzte assoziierten das Qualitätsmanagement mit dem Ausfüllen der QS-Med-Bögen und bezeichneten dies als „*Arbeitsbeschäftigungsmaßnahme*“ [KUnG-8]. Überhaupt stelle die Qualitätssicherung im Klinikalltag eine zusätzliche Arbeitsbelastung dar:

*„Eigentlich ist es was Positives. Man möchte eine gewisse Qualität irgendwie gewährleisten und das Ganze dann in irgendeiner Art und Weise verwalten, das muss man auch sicherlich, aber so unter uns Medizinern, die eigentlich am Patienten arbeiten möchten [...], ist das ein Klotz am Bein, auf Deutsch gesagt.“ [KSüC-7]*

In den letzten Jahren habe der damit verbundene Dokumentations- und Zeitaufwand deutlich zugenommen. Trotz des Mehraufwandes betrachtete der Großteil der Ärzte das QM als lohnenswert für eine bessere Patientenversorgung.

Die praktische Umsetzung wurde hingegen von den meisten negativ bewertet. Sie kritisierten die fehlende Fokusorientierung und stellten die Praxisrelevanz mancher Qualitätskriterien in Frage. KBaC-11 zweifelte an der Aussagekraft des QMs als Qualitätsindikator, da dieses nur Teilbereiche und somit die Qualität unvollständig abbilde. Zusätzlich werde dies durch Falschangaben oder Statistikmanipulationen beeinträchtigt, worunter die Vergleichbarkeit leide. KBal-9 sprach in diesem Zusammenhang von einer „Scheinobjektivität“ [KBal-9]. Er stellte die grundsätzliche Anwendbarkeit der Qualitätssicherung in der Medizin in Frage. Manche Vorgänge seien durch den Menschen als Individuum und der Komplexität des Körpers beeinflusst und nicht durch vorgegebene Abläufe steuerbar. Deswegen sei es problematisch, dass bei der Ermittlung der Behandlungsqualität keine patientenbedingten Faktoren, wie z. B. Alter oder Multimorbidität, berücksichtigt würden:

*„Gut, wenn grobe und eklatante Fehler passieren, die kann man natürlich damit ausmerzen, aber der beste Chirurg mit den besten Hygienemaßnahmen kann trotzdem eine Wundinfektion bekommen, ohne dass er das irgendwie verschuldet hat.“ [KBal-9]*

Eine Gynäkologin bemängelte, dass es bei Nichteinhaltung der Qualitätsvorgaben keine weitreichenden Konsequenzen gäbe. Sie bezeichnete die Geldstrafen, die bei Verstößen oder Nichteinreichung der QM-Daten fällig würden, als unzureichend und forderte härtere Sanktionen, wie z. B. ein Teilnahmeverbot an der Patientenversorgung. Auch sei der Einfluss von QM-Verantwortlichen auf Verwaltungsentscheidungen viel zu gering.

Die Notwendigkeit des QMs wurde von einigen Teilnehmern kritisch hinterfragt. Der Arzt sollte bestrebt sein, für Patienten die bestmögliche Behandlung nach aktuellem Forschungsstand zu gewährleisten. Aufgrund der stetigen Weiterentwicklung der Medizin sah KBal-9 die Verpflichtung zur ständigen Weiterbildung als selbstverständlich. KUnG-19 befürchtete jedoch, dass dies nicht ohne gesetzliche Grundlage funktioniere.

Im Rahmen des Qualitätsmanagements wurde ebenfalls die Zertifizierung der Kliniken thematisiert. Sie sei eine Art der Qualitätssicherung, bei der die Einhaltung gewisser Standards und Mindestfallzahlen gefordert werde, um eine optimale Behandlungsqualität sicherzustellen. Grundvoraussetzung dafür seien ein vernünftiges QM und eine transparente Arbeitsweise.

Während die Hälfte der Befragten die Zertifizierung überwiegend positiv für die Patientenversorgung bewertete, bezeichneten kritische Stimmen sie als übertrieben oder gar überflüssig. Infolge des gesetzlich vorgegebenen Qualitätsmanagements sei, laut einer Gynäkologin, bereits eine gute Versorgungsqualität sichergestellt. Sie bewertete die Zertifizierung als kosten-, zeit- sowie arbeitsaufwändig und sah somit keinen zusätzlichen Nutzen für die Patienten. KSüC-3 thematisierte den häufig angesprochenen Dokumentationsaufwand, welcher aufgrund des Personalmangels auch zu einer Reduktion des Patientenkontaktes führe:

*„Die Zertifizierung bedeutet, neben den positiven Dingen wie Prozessoptimierung und Verbesserung der Patientenversorgung, einen überproportionalen Mehraufwand, bürokratischen Mehraufwand, der enorm ist und [...] einen von der täglichen Arbeit mit den Patienten zum Teil abhält. Zertifizierung ist extrem zeitaufwändig und bedarf personeller Ressourcen, die von den Kliniken nicht bereitgestellt werden.“ [KSüC-3]*

Für die Klinik diene die Zertifizierung in erster Linie der Außenwirkung. Sie erhöhe das Ansehen bei den Patienten, sei häufig ein Auswahlkriterium und steigere die finanziellen Einnahmen. KUnG-19 jedoch sah in den Zertifizierungen keine Garantie für die beste Behandlungsqualität. Die Assoziation von Zertifizierung und besserer Versorgungsqualität wurde kritisch betrachtet, weil infolge wirtschaftlicher Interessen Statistikmanipulationen befürchtet wurden. Laut einer Internistin sei trotz guter Behandlungsqualität für kleine Abteilungen oder Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung das Erreichen einer Zertifizierung erschwert. Sie selbst war auf einer Station tätig, die aufgrund einer zu geringen Bettenzahl nicht zertifiziert werden konnte. Dementsprechend sah KBaC-11 eine zunehmende Zentralisierung der Medizin. Sie bezweifelte eine bessere Behandlungsqualität in großen Kliniken, vermutete dort die Patienten „in der Masse abgefertigt“ [KBaC-11] und sah individuelle medizinische Versorgung eher in kleinen Krankenhäusern. KSüC-7 hingegen begrüßte die, durch die Zertifizierung vorangetriebene, Spezialisierung in den einzelnen Fachrichtungen.

### **3.2.8 ENTLASSMANAGEMENT**

---

Von den ausgewählten Gesetzen habe sich das Entlassmanagement am stärksten auf die ärztliche Arbeit ausgewirkt. Die Umsetzung dieser Maßnahmen assoziierten zwei Drittel der Befragten mit einem deutlichen Mehraufwand. Bereits zu Beginn des stationären Aufenthaltes sei eine intensive Auseinandersetzung mit der häuslichen Versorgung des Patienten und gegebenenfalls ihre Organisation erforderlich. Dies umfasst ebenfalls die zeitnahe Erstellung von Arztbrief und Medikamentenplan. Insgesamt sei dadurch die Entlassung deutlich umfangreicher. KSül-1 schätzte den zusätzlich benötigten Zeitaufwand auf 15 Minuten. In anderen Interviews wurde dies patientenabhängig mit Werten zwischen fünf und sechzig Minuten beziffert. Eine Gynäkologin sah 5 – 10 % ihrer Arbeitszeit beansprucht, weswegen ein gutes Zeit-

und Patientenmanagement unbedingt erforderlich sei. Infolge des erhöhten Zeit- und Personalaufwandes sei die Umsetzung der Maßnahmen gefährdet:

*„Gute Idee, aber für die Umsetzung braucht man Zeit und Personal. Und es wird jetzt nicht mehr Zeit und Personal gestattet, [...]. Und da haben wir eben keine Sprechstundenhilfe, die uns die Rezepte ausdrückt. Das müssen wir dann selbst machen und dann verweist man doch eher wieder auf den Niedergelassenen.“ [KUnG-20]*

Als weitere Ursachen für das nur teilweise umgesetzte Entlassmanagement wurde eine unzureichende Technikausstattung und mangelnde Erfahrung bezüglich der Verordnungen von Heil- und Hilfsmitteln genannt. Durch ständige Änderungen der klinikinternen Vorgehensweise, würden häufig die benötigten Medikamente direkt aus dem Stationsbedarf mitgegeben.

Auf die Frage, ob sich durch das Entlassmanagement die Nachsorge des Patienten verbessert habe, resultierten unterschiedliche Antworten. Ein Chirurg charakterisierte das Entlassprocedere als deutlich strukturierter und wertete dies als Verbesserung der Versorgungsqualität. Sein Kollege hingegen bezweifelte relevante Auswirkungen:

*„In Kliniken, die diese Dinge aber vorher auch schon bewusst und verantwortungsvoll angegangen sind, verbessert sich durch das Entlassmanagement nicht relevant etwas, zumindestens nicht in Bezug auf die Nachsorge.“ [KSüC3]*

Etwa die Hälfte der Befragten gab an, bereits vor Einführung des Rahmenvertrages die gewünschten Maßnahmen in den Kliniken umgesetzt zu haben. Durch die gesetzlichen Vorgaben würden „Selbstverständlichkeiten“ [KSül-1], wie z. B. Heimplatzorganisation oder rechtzeitige Arztbriefherstellung, geregelt. Kritische Stimmen äußerten Zweifel an seiner Notwendigkeit und fühlten sich, auch infolge des erhöhten Dokumentationsaufwandes, zusätzlich unter Druck gesetzt. Eine langjährig tätige Internistin betrachtete das Entlassmanagement hingegen nicht als Arbeitsbelastung. Sie empfand die Maßnahmen in ihrer Klinik als gut umgesetzt und wertete den damit einhergehenden Aufwand als vertretbar.

Für die Patienten diene das Entlassmanagement zur Sicherstellung der ambulanten, poststationären Versorgung, wovon besonders die ältere Bevölkerung profitiere. Die unmittelbare Vorstellung beim Hausarzt nach Entlassung sei aufgrund einer überbrückenden Medikamentenversorgung meist nicht notwendig. Dies reduziere die Stressbelastung des Patienten und sei bei Entlassungen zum Wochenende von Vorteil. Der Patient profitiere des Weiteren von der zügigeren fachärztlichen Anbindung, welche den Behandlungsverlauf positiv beeinflussen könne. Eine geriatrisch tätige Ärztin sah das Entlassmanagement auch als Entlastung für die betreuenden Angehörigen. Sie würden z. B. bei der Organisation eines Heimplatzes oder der Beantragung des Pflegegrades durch den Sozialdienst der Klinik unterstützt. Die Wiederaufnahmequote aufgrund häuslicher Versorgungsprobleme habe sich dadurch deutlich minimiert.

Ärzte aus Fachbereichen, in denen das Entlassmanagement nur unzureichend oder gar nicht umgesetzt wurde, enthielten sich einer Beurteilung der patientenbezogenen Auswirkungen. Die Mehrheit der Befragten sahen die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten infolge des Entlassmanagements als unverändert. Die Kooperation und Kommunikation zwischen Klinik- und Hausärzten sei bereits vorher wichtig gewesen. Zwei Interviewteilnehmer gaben jedoch an, seitdem noch intensiver mit den Hausärzten zusammen zu arbeiten. Einige bezeichneten das Entlassmanagement für ambulant tätige Kollegen als Arbeitserleichterung. Eine Gynäkologin befürchtete, in das hausärztliche Tätigkeitsspektrum einzugreifen und damit einen Patienten- sowie finanziellen Verlust dieser Ärzte zu bedingen. Eine Internistin sah das Engagement der Hausärzte beeinträchtigt und fühlte sich von ihnen ausgenutzt:

*„Das ist alles wunderschön und entbindet die Angehörigen von weiteren Tätigkeiten [...] ebenso wie die Hausärzte [...]. Wir reden nicht von Reha [...] oder irgend sowas, was dann auch übers Entlassmanagement läuft oder irgendwelche Hilfsmittel [...]. Nein [...]. Ich rede von dem anderen Zeug, was schon lange hätte gemacht werden können. Muss jetzt ins Pflegeheim, geht nicht mehr nach Hause und so was.“ [KBal-11]*

Ihr Kollege konnte jedoch keine Veränderung der Arbeitsweise von niedergelassenen Ärzten bezüglich der Patientennachsorge feststellen. Er hielt sie trotz dessen für unverändert engagiert. Auch KUnG-19 schätzte die Arbeit der Hausärzte und forderte, dass diese weiterhin die primäre Koordinationsstelle für die ambulante Versorgung bleiben sollten.

### 3.2.9 EU-DSGVO

---

Die Intention der EU-Datenschutzgrundverordnung, den Schutz der Patientendaten vor unbefugtem Datenzugriff, wurde von allen Befragten als sinnvoll und notwendig erachtet. Dabei sei dies in den Kliniken nicht neu erfunden, sondern infolge des Gesetzes intensiviert worden:

*„Also bei uns ist es jetzt [...], dass die Arztzimmer abgeschlossen werden, dass da Keiner Zugriff hat. Man achtet so ein bisschen mehr darauf, dass keine [...] Kurven [...] offiziell herumliegen. Aber auch das ist [...] nicht[s], was man jetzt groß neu machen muss, ne.“ [KBül-5]*

Ein Großteil berichtete jedoch, dass sie seit Einführung der EU-DSGVO für einen bewussteren Umgang mit Patientendaten sensibilisiert seien. Es würde seitdem noch mehr auf das Einverständnis zur Informationsweitergabe an Angehörige geachtet. Da Ärzte sich bei Nichteinhaltung der gesetzlichen Vorgaben in einer „*anklagefähigen Position*“ [KBaC-11] befinden und mit juristischen Konsequenzen rechnen müssen, diene das schriftliche Einverständnis der ärztlichen Absicherung. In den Gesprächen wurde deutlich, dass die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben nicht einheitlich erfolgt. Ein Internist befürchtete, dass er, aufgrund unzureichender

Kenntnis, diese fehlerhaft umsetze. Die Auswirkungen der Datenschutzgrundverordnung beschrieb ein langjährig tätiger Internist wie folgt:

*„Datenschutz muss sein, bin ich auch Verfechter davon, aber das treibt solche merkwürdigen Blüten, dass wirklich unsere Arbeit dadurch behindert wird [...]. Also insofern gute Idee, schlechte Umsetzung.“ [KBal-9]*

Die Einsicht der Notwendigkeit dessen kollidiere allerdings mit dem Wunsch eines einfachen Zugriffs auf Patientendaten. Besonders die Befundanforderung sei durch die EU-DSGVO komplizierter geworden. Ein müheloser Datenaustausch zwischen verschiedenen Behandlern sei nicht mehr möglich, es erfordere das schriftliche Einverständnis des Patienten:

*„Wenn man [...] Befunde benötigt [...] dann muss man da noch Einwilligungserklärungen hin und her faxen und also, das ist im Alltag sehr hinderlich.“ [KUnG-17]*

Die resultierende zeitliche Verzögerung und erschwerte Zusammenarbeit verschiedener Institutionen wirken sich nachteilig auf die Behandlung des Patienten aus. Für den Arzt entstehe durch die Zuständigkeit für Befundanforderung sowie für Daten- und Informationsweitergabe eine verstärkte Arbeitsbelastung. Viele Interviewteilnehmer kritisierten die Sinnhaftigkeit mancher Vorgaben der EU-DSGVO. Als Beispiele wurden das Aufrufen der Patienten ohne Namenbekanntgabe und das erforderliche Patienteneinverständnis zur Befundweitergabe an den Hausarzt genannt. KBal-10 sah in Notfallsituationen die gesetzlichen Vorgaben nur eingeschränkt anwendbar. Einige Experten beschrieben ein gewisses Konfliktpotenzial zwischen Datenschutz und Digitalisierung im medizinischen Bereich:

*„Also, [...] zum einen haben wir das Internet und wollen gerne Briefe per E-Mail zum Hausarzt schicken können, auch in Zukunft, damit die Kommunikation einfacher wird, zum anderen müssen wir dann wieder diesen Datenschutz als Gegenspieler wieder einführen, das ist ein bisschen schwierig zu werten, finde ich, ne.“ [KBal-12]*

KSüC-14 äußerte, dass die rigide Umsetzung der EU-DSGVO in Deutschland die Digitalisierung behindere und im Vergleich zu skandinavischen Ländern ihre Entwicklung verzögere. Der Großteil der Studienteilnehmer sah für den Patienten neben der Datensicherheit auch einen erhöhten Bürokratieaufwand. Die Befundweiterleitung an den Hausarzt werde von den meisten Patienten als selbstverständlich angesehen. Deswegen sei die Einverständniserklärung bei Aufnahme unnötig. Aufgrund der Vielzahl an Dokumenten würden die meisten Patienten, trotz Verständnisproblemen, diese ohne Gegenlesen unterzeichnen.

Die Frage zu Auswirkungen der EU-DSGVO auf die Klinikverwaltung beantworteten nur drei Ärzte. Sie sei dafür zuständig, notwendige Ressourcen für die Umsetzung der Datenschutzvorgaben bereitzustellen, wodurch vermehrt Kosten anfallen würden. Außerdem müsse diese

die Einhaltung der Datenschutzvorgaben kontrollieren. Alle anderen verwiesen auf Verwaltungsmitarbeiter zur Klärung dieser Frage.

### 3.2.10 PERSÖNLICHE VORSTELLUNGEN

---

Zum Abschluss des Interviews wurden die Teilnehmer gefragt, was sie ändern oder beibehalten würden, wenn sie selbst Einfluss auf die Gesetzgebung hätten. Ein Internist wies darauf hin, dass die Auswirkung der Gesetze auf die Versorgungsqualität nicht nur von ihrer Umsetzung, sondern auch von den Teilnehmenden abhängig sei:

*„Und alle Gesetze sind nur so gut, wie sie letzten Endes von den[en], die daran beteiligt sind, auch ausgeführt sind, ne. Ich kann zig Hygieneordnungen erlassen, wenn ich mir selber, ganz ehrlich, die Hände auch nicht desinfiziere.“ [KSül-1]*

Gemeinsames Handeln und eine bessere Umsetzung der Maßnahmen könnten seiner Ansicht nach die Versorgungsqualität wesentlich erhöhen. Laut KBal-9 sei diese bereits auf einem hohen Niveau und sollte auf diesem gehalten werden. Allgemein wurde die Patientenversorgung als gut und erhaltenswert beurteilt. Die finanziellen Einschränkungen infolge des DRG-Vergütungssystems wurden kritisiert und seine Überarbeitung gefordert. KUnG-20 plädierte sogar für dessen Abschaffung. Auch KBal-9 forderte eine Änderung der Finanzierungsstruktur zur Vermeidung des zunehmenden Ökonomieeinflusses im Gesundheitswesen:

*„Einfach eine faire, angemessene Bezahlung, [...] dass wirklich sämtliche ökonomische Zwänge vom Krankenhaus genommen werden, damit man Entscheidungen medizinisch treffen kann und nicht, [...] mit einem [...] ökonomischen Hintergedanken.“ [KBal-9]*

In diesem Zusammenhang wurde die MDK-Überprüfung thematisiert. Während KSüC-7 die Abschaffung forderte, empfahl KUnG-20 eine Überarbeitung dieser. KUnG-15 schlug vor, die untere Grenzverweildauer zur Entlastung des MDKs abzuschaffen. Andere forderten, die stationäre Aufenthaltsdauer nur vom ganzheitlichen Zustand des Patienten abhängig zu machen. Für KUnG-18 war außerdem eine Gleichbehandlung der Patienten, unabhängig ihrer Zugehörigkeit zu einer privaten oder gesetzlichen Krankenkasse, wichtig. Sie empfand die Krankenkassenanzahl zu hoch und sprach sich für eine Reduzierung dieser aus.

Der häufigste Änderungswunsch war jedoch die Reduktion des Bürokratieaufwandes:

*„Bürokratie abbauen, aber es ist schwierig. [...] Ich glaube, wenn man das mit Generationen vor mir vergleicht, ist es schon eine sehr deutliche Verlagerung zu einfach Schreibtätigkeit [...] und nicht unbedingt immer zum Guten des Patienten.“ [KUnG-17]*

Es wurde kritisiert, dass der Patientenkontakt unter der zunehmenden Dokumentationstätigkeit leide und daher mehr Zeit für die Betreuung der Patienten gefordert. Durch die Übernahme von Dokumentationstätigkeiten durch Dritte oder die elektronische Patientendokumentation

---

könne dies realisiert werden. Da die Digitalisierung als Möglichkeit zur Arbeitserleichterung gesehen wurde, sei ihre Weiterentwicklung enorm wichtig. Im Hinblick auf die Arbeitsbedingungen im stationären Sektor äußerten einige Experten Änderungswünsche. Neben attraktiveren Arbeitsbedingungen und einer fairen Entlohnung für Klinikpersonal thematisierten sie eine Erhöhung des Personalschlüssels. Ein Stationsarzt forderte außerdem eine gesetzmäßig verpflichtende *„lückenlose Arbeitszeiterfassung von Angestellten in der Klinik“* [KSüC-3]. Als besonders erhaltenswert wurde bei der Befragung der Datenschutz angesehen. KSüC-14 empfahl dessen Anpassung an die fortschreitende Digitalisierung. Auch das E-Health-Gesetz, das Entlassmanagement sowie das Patientenrechtegesetz wurden als notwendig erachtet. Aufgrund eines unvollständigen Überblicks über die Gesetze äußerten hingegen drei Ärztinnen keine Änderungswünsche. KBal-12 erklärte ihre Entscheidung mit der Anpassungsfähigkeit:

*„Also man gewöhnt sich an die neuen Gesetze [...]. Man ändert dann seine Handlungen [...]. Man ist anpassungsfähig, [...] und letztendlich, wenn man es dann einmal auch so macht, dann ist es auch wieder okay, ne.“* [KBal-12]

### **3.2.11 BEURTEILUNG VON ARBEITZUFRIEDENHEIT, PATIENTENKONTAKT & DOKUMENTATION**

---

Am Ende der Befragung sollte mithilfe eines Fragebogens eine Einschätzung zur momentanen Arbeitszufriedenheit abgegeben werden. Von den sechs Wertkategorien wurden dafür nur vier genutzt, wobei die Extreme „sehr zufrieden“ und „sehr unzufrieden“ nicht verwendet wurden. Die Hälfte der 18 Befragten war mit ihrer täglichen Arbeit „zufrieden“, ein Drittel „eher zufrieden“. Zwei Ärzte gaben an, diesbezüglich „eher unzufrieden“ sein. Die Kategorie „unzufrieden“ wurde nur einmal angekreuzt.

Des Weiteren sollte der derzeitige Arzt-Patienten-Kontakt eingeschätzt werden, welcher von 50 % der Ärzte mit „gut“ bewertet wurde. Einmal wurde er als „sehr gut“ eingeschätzt. Je drei Teilnehmer bezeichneten den ärztlichen Patientenkontakt als „befriedigend“ bzw. „ausreichend“. Die schlechteste Bewertung wurde zweimal mit „mangelhaft“ abgegeben. „Ungenügend“ blieb von den Probanden unangekreuzt.

Die letzte Frage umfasste die Beurteilung des Dokumentationsaufwandes. Lediglich ein Teilnehmer schätzte diesen als „eher gering“ ein, alle anderen betrachteten ihn als erhöht. Am häufigsten wurde er als „eher hoch“ (44,4 %) charakterisiert, gefolgt von „zu hoch“ (27,8 %) und „hoch“ (22,2 %). Die Wertkategorien „gering“ und „zu gering“ wurden nicht angekreuzt. Mittels SPSS wurde ein möglicher Einfluss von Geschlecht, Alter, Fachrichtung, Position, Berufserfahrung und Klinikgröße auf die Beurteilung der Kategorien untersucht. Die durchgeführten nichtparametrischen Tests konnten diesbezüglich keine signifikanten Unterschiede nachweisen. Die Ergebnisse und verwendeten Testverfahren sind in Tabelle 12 dargestellt.

	Testverfahren	Beurteilung		
		Arbeits-zufriedenheit	Patienten-kontakt	Dokumentations-aufwand
<b>Geschlecht</b>	Mann-Whitney-U-Test	U = 35,50; z = -0,510; p = .964.	U = 25,00; z = -1,107; p = .335.	U = 31,50; z = -0,449; p = .682.
<b>Alter</b>	Kruskal-Wallis-Test	H(2) = 2,274; p = .310	H(2) = 1,015; p = .609	H(2) = 3,672; p = .169
<b>Fachrichtung</b>	Kruskal-Wallis-Test	H(3) = 0,540; p = .890	H(3) = 2,391; p = .544	H(3) = 4,712; p = .196
<b>Position</b>	Kruskal-Wallis-Test	H(2) = 0,078; p = .982	H(2) = 3,653; p = .181	H(2) = 0,147; p = .957
<b>Berufserfahrung</b>	Kruskal-Wallis-Test	H(2) = 2,815; p = .261	H(2) = 2,620; p = .281	H(2) = 3,982; p = .144
<b>Klinikgröße</b>	Kruskal-Wallis-Test	H(3) = 1,939; p = .654	H(3) = 4,768; p = .191	H(3) = 4,462; p = .221

Tabelle 12: Ergebnisse nichtparametrischer Tests

Abschließend wurden die Teilnehmer gebeten, Einflussfaktoren für ihre Zufriedenheit im Stationsalltag zu notieren. Am häufigsten wurde in diesem Zusammenhang ein kollegiales, interdisziplinäres Miteinander genannt. Neben flachen Hierarchien und guter Kommunikation sei auch ein gutaufgestelltes pflegerisches sowie ärztliches Personalmanagement von existentieller Bedeutung. KBül-5 schätzte besonders die familiäre Teamatmosphäre in kleinen Kliniken. Ein weiterer, häufig angeführter Punkt war das Arbeitspensum. Durch die Einhaltung der Regelarbeitszeit könne die Zufriedenheit der Ärzte positiv beeinflusst werden. Des Weiteren seien strukturierte Tagesabläufe mit der Möglichkeit zur Eigenorganisation der Stationsarbeit wichtig. Ein abwechslungsreiches Tätigkeitsspektrum, ausreichend Zeit für die Patienten sowie eine Verringerung von Dokumentations- und Computerarbeitszeit waren weitere genannte Einflussfaktoren. KBal-9 äußerte abschließend, dass die Wertschätzung seitens Patienten und Angehörigen einen unermesslichen Beitrag für die Zufriedenheit kliniktätiger Ärzte leiste.

## **IV. DISKUSSION**

---

Da das vorliegende Promotionsvorhaben aus zwei voneinander unabhängigen Studien besteht, werden die Ergebnisse im folgenden Kapitel separat diskutiert und mit ähnlichen Untersuchungen verglichen. Die Konsequenzen, die sich daraus für klinisch tätige Ärzte ergeben, werden ebenfalls näher beleuchtet. Anschließend folgt die Betrachtung von Stärken und Schwächen der einzelnen Untersuchungen. Ein Ausblick über den noch bestehenden Forschungsbedarf und Anregungen für weitere Studien schließen das Kapitel letztendlich ab.

### **4.1 ZEITERHEBUNGSSTUDIE**

---

Die Zeiterhebungsstudie zielte darauf ab, die Arbeitszeitverteilung von Ärzten im stationären Sektor genauer zu untersuchen, da in Deutschland zu dieser Thematik bisher nur wenige Studien existieren [50; 62]. Mittels mehrfacher Hospitation von Internisten, Chirurgen und Anästhesisten wurden die Tätigkeitszeiten für ärztliche Dokumentation, Computerarbeit und Patientenkontakt während eines achtstündigen Arbeitstages erfasst.

#### **4.1.1 ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE UND EINORDNUNG IN DEN AKTUELLEN FORSCHUNGSSTAND**

##### **4.1.1.1 DOKUMENTATION**

---

Die Gesamtdokumentationszeit betrug fachrichtungsübergreifend durchschnittlich 93,1 Minuten (19,4 % der Arbeitszeit), wovon der größte Anteil computerbasiert erfolgte. Die elektronischen Aktendokumentation erzielte davon mit 35,6 % den Höchstwert, dicht gefolgt von der Arztbriefherstellung mit 32,4 %, welche überwiegend (67,4 %) am PC erfolgte. Das Dokumentieren in Papierform betrug ein Fünftel der ermittelten Zeit. Lediglich 10,6 % wurden für anderweitige Dokumentation, wie z. B. die Erstellung von Übergabeprotokollen, benötigt.

Die höchste Gesamtdokumentationszeit wurde mit 120,2 Minuten (25 % der Arbeitszeit) bei den Internisten festgestellt. Wesentlich geringer fiel die dokumentationsbezogene Arbeitszeit in den anderen beiden Fachrichtungen aus. Die Chirurgen dokumentierten durchschnittlich 82,9 Minuten (17 % der Arbeitszeit), Anästhesisten benötigten dafür im Mittel 76,1 Minuten (16 % der Arbeitszeit). Müller und Blum untersuchten 2003 den Dokumentationsaufwand chirurgisch und internistisch tätiger Klinikärzte. Im Vergleich zu den vorliegenden Daten fielen die Zeiten ihrer Untersuchung deutlich höher aus. Die Gesamtdokumentationszeit betrug bei dieser Studie in der Inneren Medizin 194,9 Minuten (41 % der Arbeitszeit) und in der Chirurgie 161,9 Minuten (34 % der Arbeitszeit) [49]. Während diese Daten auf Schätzwerten aus einer Fragebogenerhebung basierten, erfolgte für die vorliegende Arbeit eine Echtzeitanalyse mittels Beobachtung. Befragungen gelten im Hinblick auf Zeiterhebungen als ungenau und

---

sind, aufgrund des Phänomens der sozialen Erwünschtheit, anfällig für Verzerrungen. Häufig wird bei diesen die simultane Ausführung mehrerer Tätigkeiten nicht berücksichtigt, wodurch Überschätzungen der dafür benötigten Zeit resultieren [77, S. 397; 84, S. 161]. Als weiterer Grund für abweichende Dokumentationszeiten wäre die fehlende Aktualität der Studie von Müller und Blum denkbar. Infolge der zunehmenden Digitalisierung sowie dem Einsatz von Codierern und Schreibkräften könnten Ärzte bei der Dokumentation entlastet worden sein. Der prozentuale Unterschied des dokumentationsbezogenen Arbeitszeitanteils zwischen Innerer Medizin und Chirurgie war hingegen bei beiden Erhebungen annähernd gleich (7 – 8 %). Die höchste Dokumentationsdauer wurde, wie in der Studie von Müller und Blum, bei den Internisten festgestellt. Daraus lässt sich die Hypothese generieren, dass von den untersuchten Fachrichtungen internistisch tätige Ärzte den höchsten Dokumentationsaufwand aufweisen. Die Differenz zwischen der Gesamtdokumentationsdauer in der Inneren Medizin und den anderen Fachrichtungen gilt in der vorliegenden Untersuchung als statistisch signifikant. Ein Einfluss von Geschlecht, Alter, Position oder Berufserfahrung konnte nicht nachgewiesen werden.

### **4.1.1.2 COMPUTERARBEITSZEIT**

---

Die Computerarbeitszeit betrug durchschnittlich 123,5 Minuten und entsprach damit 25,7 % der täglichen Arbeitszeit. Der Großteil davon (56,7 %) entfiel auf die dokumentationsfreie Nutzung des PCs, wie z. B. bei der Begutachtung von Laborwerten oder CT-Bildern. Die computerbasierte Dokumentation (26,9 %) und Arztbrieferstellung (16,5 %) hatten an der ärztlichen Bildschirmarbeitszeit einen erheblich geringeren Anteil.

Die hospitierten Internisten und Anästhesisten verbrachten täglich mehr als zwei Stunden ihres Arbeitstages vor dem Computer, die Chirurgen lediglich 71,5 Minuten. Ihre deutlich geringere Computernutzung, welche sich signifikant von den Internisten unterschied, könnte durch die Verwendung der klassischen Papierakte und ihre OP-Tätigkeit resultieren. Da die chirurgische Abteilung noch kein elektronisches Patientendatenmanagementsystem nutzte, sind die Bildschirmarbeitszeiten der einzelnen Fachbereiche nur bedingt vergleichbar. Mit zunehmender Digitalisierung im Gesundheitssystem muss auch in operativen Fachbereichen mit einer erhöhten ärztlichen PC-Arbeitszeit gerechnet werden.

Eine amerikanische Studie untersuchte 2012 an zwei Kliniken in Baltimore die Arbeitszeitverteilung internistisch tätiger Ärzte, wobei 40 % auf Computertätigkeiten entfielen [55]. Ähnliche zeitliche Dimensionen wurden in der vorliegenden Zeiterhebungsstudie ermittelt. Internisten verbrachten, mit durchschnittlich 163,1 Minuten, 34 % ihres Arbeitstages vor dem PC. In der Literatur finden sich nur wenige Daten zur Computernutzung stationär tätiger Ärzte, meist aus dem US-amerikanischen Raum. In den Erhebungen liegt diese durchschnittlich zwischen 40

und 51 % [54; 56; 57]. Die Abweichung zu den vorliegenden Ergebnissen lässt sich infolge des höheren Digitalisierungsgrades des Gesundheitswesens der USA erklären [122].

Etwaige Abhängigkeiten der ermittelten Computerarbeitszeit von Geschlecht, Alter, Position und Berufserfahrung konnten in der Studie nicht detektiert werden.

### **4.1.1.3 ARBEITSZEIT MIT DIREKTEM PATIENTENKONTAKT**

---

Die patientenbezogene Arbeitszeit verbrachten die hospitierten Ärzte im direkten Patientenkontakt, wie z. B. im persönlichen Gespräch oder bei körperlichen Untersuchungen. Zusätzlich wurde bei den Chirurgen die Operationstätigkeit einkalkuliert. Da jedoch nur ein Drittel der Teilnehmer chirurgisch tätig war, wurde eine Überschätzung der fachrichtungsübergreifenden Patientenzeit befürchtet. Aus diesem Grund wurde zusätzlich die Patientenzeit ohne Berücksichtigung der Operationsdauer ermittelt. Im Folgenden werden beide Varianten diskutiert.

Bei Beachtung der OP-Tätigkeit verbrachten die Ärzte durchschnittlich 80,7 Minuten (16,8 % der Arbeitszeit) im direkten Umgang mit den Patienten. Davon entfiel der größte Anteil (58,0 %) auf den operationsbasierten Patientenkontakt. Die Kommunikation sowie die Untersuchung am Patienten betrug lediglich je ein Fünftel der ermittelten Gesamtzeit. Die Patientenzeit ohne Berücksichtigung der OP-Tätigkeit fiel mit 33,8 Minuten deutlich geringer aus. Sie umfasste damit lediglich 7 % des ärztlichen Arbeitstages und bestand zu ungefähr gleichen Anteilen aus Patientengesprächen und Untersuchungen.

Fachrichtungsspezifisch konnte der größte patientenbezogene Arbeitszeitanteil, wie auch in der Studie von Rosta und Aasland, bei den Chirurgen nachgewiesen werden [64]. Durchschnittlich verbrachten sie 158,3 Minuten (33 % der Arbeitszeit) in der Patientenversorgung. Bei den Internisten fiel diese Zeit mit 61,6 Minuten (12,8 % der Arbeitszeit) deutlich geringer aus. Die niedrigste patientenbezogene Arbeitszeit wurde bei den Anästhesisten auf der Intensivstation, mit 22,2 Minuten (4,6 % der Arbeitszeit), festgestellt. Der Unterschied zwischen Anästhesie und den beiden anderen Fachrichtungen gilt als signifikant.

Wurde die Operationstätigkeit nicht berücksichtigt, reduzierte sich die Patientenzeit lediglich bei den Chirurgen auf durchschnittlich 17,8 Minuten (3,7 % der Arbeitszeit). Daraus ergibt sich ein zeitlich signifikanter Unterschied von Anästhesie sowie Chirurgie zur Inneren Medizin.

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass der patientenbezogene Arbeitszeitanteil sehr stark von der Fachrichtung beeinflusst wird. Eine Beurteilung dieser Werte und der Vergleich mit Literaturangaben sollte deshalb, wenn möglich, immer fachrichtungsspezifisch erfolgen.

Ein weiterer Unterschied zeigte sich bei altersabhängiger Betrachtung unter Berücksichtigung der Operationstätigkeit. Ärzte, die jünger als 40 Jahre waren, verbrachten mit durchschnittlich 122,3 Minuten die vierfache Zeit der älteren Kollegen am Patienten. Da alle teilnehmenden Chirurgen zur jüngeren Altersgruppe zählten, gilt infolge ihres hohen patientenbezogenen

Arbeitszeitanteils diese Darstellung als verzerrt. Die Altersabhängigkeit wurde anschließend ohne Einkalkulation der OP-Zeiten überprüft. Bei den jüngeren Ärzten verringerte sich die patientenbezogene Arbeitszeit auf 38,0 Minuten. Der Wert der älteren Kollegen blieb mit 28,7 Minuten gleich. Für diese Differenz konnte keine Signifikanz nachgewiesen werden.

Tipping et al. verglichen 2010 in einem Review verschiedene Studien zur Arbeitszeitverteilung klinisch tätiger Ärzte aus den Jahren 1961 bis 2008. Die ermittelten Werte für den patientenbezogenen Arbeitszeitanteil schwankten in den Erhebungen zwischen 8,5 und 41 %. Die große Spannweite ergab sich infolge unterschiedlicher Forschungsmethodik und -qualität sowie durch die Erhebung in verschiedenen Klinikstrukturen und Fachbereichen [62]. Zur Arbeitszeitverteilung von Ärzten in deutschen Kliniken existieren bisher nur wenige Studien. 2017 erfolgte eine großangelegte Zeiterhebungsstudie im Universitätsklinikum Freiburg, die sich mittels Multimomentaufnahme über sieben Fachbereiche erstreckte. Wolff et al. erkannten, dass Ärzte im stationären Setting mehr als die Hälfte ihres Arbeitstages fernab vom Patienten verbringen. Bei Berücksichtigung von ambulanten und sonstigen Tätigkeiten, wie z. B. Wegzeiten oder Lehre, betrug der durchschnittliche Arbeitszeitanteil für die direkte stationäre Patientenversorgung 24,4 % und für Dokumentationstätigkeiten 17,5 % [50]. Ein Vergleich dieser Werte mit den vorliegenden Daten erscheint jedoch schwierig, da in der Freiburger Studie die Fachbereiche Allgemeinchirurgie, Innere Medizin und Anästhesie nicht berücksichtigt wurden. In den meisten Abteilungen fiel der Patientenkontakt, im Gegensatz zur Zeiterhebungsstudie der Autorin, zeitmäßig höher als die Dokumentation aus. Die Abweichungen zwischen beiden Studien ergeben sich möglicherweise durch unterschiedliche Erhebungsmethoden (zufällige Tätigkeitsabfrage vs. permanente Beobachtung), anderen Tätigkeitsbereich-Definitionen sowie verschiedenen Studienpopulationen.

### **4.1.2 STÄRKEN UND SCHWÄCHEN DER ZEITERHEBUNGSSTUDIE**

---

In den letzten Jahren entwickelte sich, mit zunehmender Leistungsverdichtung im Gesundheitswesen, ein gesteigertes Interesse an Arbeitszeitanalysen klinisch tätiger Ärzte. Besonders häufig wurde das Verhältnis zwischen Dokumentation und ärztlichem Patientenkontakt untersucht, wobei die Bürokratie von den meisten Ärzten als belastend empfunden wurde [46]. In Deutschland existieren dazu bisher nur wenige Studien. Die ärztliche Bildschirmarbeitszeit wurde nur selten separat betrachtet. Sie sollte aber mit zunehmender Digitalisierung im Gesundheitssystem bei solchen Untersuchungen berücksichtigt werden.

In der vorliegenden Arbeit konnte, neben dem Dokumentationsumfang und Patientenkontakt, auch die Computerarbeitszeit von Ärzten eines städtischen Klinikums ermittelt und verglichen werden. Dabei zeigte sich das häufig angesprochene Missverhältnis zwischen patientennahen und administrativen Tätigkeiten.

Infolge der Komplexität des Forschungsdesigns und des hohen Kosten- und Zeitaufwandes ergeben sich Einschränkungen in ihrer Repräsentativität. Aufgrund der geringen Fallzahl sind die Ergebnisse im Sinne der qualitativen Forschung hypothesengenerierend. Eine Verallgemeinerung der Daten ist somit nicht ohne weiteres möglich.

Durch unvorhergesehene Umstände können Abweichungen im tägliche Arbeitsablauf resultieren, welche bei Arbeitszeitanalysen berücksichtigt werden müssen. Um diesen Einfluss zu minimieren und ein höchstmögliches Maß an Standardisierung zu gewährleisten, erfolgte die Hospitation eines Arztes mehrfach. Die Datenerhebung wurde von Dienstag bis Donnerstag durchgeführt, da diese Tage ein ähnliches Arbeitsaufkommen aufweisen [88, S. 290]. Bei den Chirurgen wurden zwischen den Arbeitstagen erhebliche Abweichungen bezüglich bestimmter Tätigkeiten (z. B. OP-Einsatz, Dokumentation) festgestellt. In der Anästhesie musste die Datenerhebung aufgrund von Flugeinsätzen mehrfach auf einen anderen Tag verlegt werden. Die dreitägige Hospitation führte dazu, dass sich die Ärzte an die Beobachtungssituation gewöhnten. Somit konnte der Hawthorne-Effekt, welcher eine Verhaltensänderung bei Menschen infolge einer Studienteilnahme bedeutet, minimiert werden. Anfängliche Befürchtungen, die Studie werde im Auftrag der Klinikverwaltung durchgeführt, konnten durch umfangreiche Vorgespräche und eine garantierte Datenanonymisierung beseitigt werden.

Die Daten wurden lediglich durch die Autorin erhoben, sodass die Durchführung möglicherweise einem subjektiven Einfluss unterliegt. Dies ermöglicht jedoch eine gleiche Vorgehensweise bei jeder Erhebung, wodurch Informationsverluste verringert werden. Hervorzuheben ist außerdem die Detailtiefe der erfassten Tätigkeitskategorien.

Es ist zu berücksichtigen, dass infolge der freiwilligen Studienteilnahme eine eingeschränkte Allgemeingültigkeit resultiert. Es kann nicht sicher ausgeschlossen werden, dass dadurch bei der Rekrutierung der Ärzte eine Selektion stattfand. Trotzdem konnte ein zufriedenstellender Querschnitt klinisch tätiger Ärzte, mit einem ausgeglichenen Verhältnis der einzelnen Untergruppen (Fachrichtung, Alter, Geschlecht, Berufserfahrung, Position), abgebildet werden.

Da auf allen teilnehmenden Stationen Medizinstudierende im Praktischen Jahr (PJler) eingesetzt waren, könnte infolgedessen die patientenbezogene Arbeitszeit der hospitierten Ärzte verringert sein. Erfahrungsgemäß übernehmen sie ärztliche Tätigkeiten mit direktem Patientenkontakt. Weiterhin muss berücksichtigt werden, dass die chirurgische Abteilung im Erhebungszeitraum, vergleichsweise zu den anderen beiden Fachrichtungen, kein elektronisches Patientendatenmanagementsystem verwendete. Infolgedessen ergeben sich bei den Chirurgen im Vergleich geringere Werte der computerbasierten Dokumentation und Bildschirmarbeitszeit. Bei Verwendung eines elektronischen Patientendatenmanagementsystems wäre mit einer Zunahme der Computerarbeitszeit und elektronischen Dokumentation zu rechnen. Eine Unterschätzung der chirurgischen Bildschirmarbeitszeit resultiert womöglich infolge der nicht berücksichtigten laparoskopischen Eingriffe, bei denen Ärzte die meiste Zeit auf den Monitor

blicken. Dieser Umstand sollte bei weiteren Arbeitszeitanalysen operativ tätiger Ärzte Beachtung finden. Des Weiteren muss darauf hingewiesen werden, dass eine Zeitermittlung durch Beobachtungsintervalle nicht die Genauigkeit einer Stoppuhr liefert. Dies verhindert jedoch, dass sich die Teilnehmer aufgrund der Zeitmessung unter Druck gesetzt fühlten und ermöglichte die Berücksichtigung zeitlich paralleler Aktivitäten. Im Hinblick auf die erforderliche Präzision und praktische Umsetzung war für diese Studie ein Fünf-Minuten-Takt optimal.

## **4.2 INTERVIEWSTUDIE**

---

Für diese Studie wurden 18 stationstätige Ärzte vier verschiedener Kliniken M-Vs zu den Auswirkungen ausgewählter Gesetze der Jahre 2013 bis 2017 auf ihre klinische Tätigkeit befragt. Sie beurteilten deren Konsequenzen, übten persönliche Kritik und bewerteten die Relevanz dieser Verordnungen für den Klinikalltag. Mittels des inkludierten Fragebogens konnten Aussagen bezüglich ihrer derzeitigen Arbeitszufriedenheit abgeleitet werden.

### **4.2.1 GESETZLICHE AUSWIRKUNGEN AUF DIE VERSORGUNGSQUALITÄT**

---

Der offen gewählte Einstieg, welcher nach den gesetzlichen Auswirkungen auf die medizinische Versorgungsqualität fragte, generierte einen individuellen Gesprächsfluss. Während die Antworten einiger Ärzte diesbezüglich recht kurz ausfielen, thematisierten andere die zunehmende Arbeitsbelastung. Besonders häufig wurde auf den steigenden Dokumentationsaufwand und den geringer werdenden Patientenkontakt verwiesen, welche ein „Gefährdungspotenzial“ für die ärztliche Arbeitszufriedenheit darstellen [46]. In diesem Zusammenhang wurden oftmals das Patientenrechtegesetz und Entlassmanagement angesprochen, welche vermutlich den Stationsalltag klinisch tätiger Ärzte am meisten beeinflussen.

Letztendlich konnte durch die Einstiegsfrage keine eindeutige Aussage zum Einfluss der Gesetze auf die Qualität der medizinischen Versorgung gewonnen werden. Während zwei Teilnehmer infolgedessen Verbesserungen sahen, schätzte ein Drittel die Qualität als unverändert ein. Der Großteil der Experten entzog sich jedoch einer direkten Beantwortung dieser Frage, da ihnen infolge von Zeitmangel keine tiefgründigere Auseinandersetzung mit der Thematik möglich war. Eine Abhängigkeit von der Klinikstruktur zeigte sich diesbezüglich nicht.

#### 4.2.2 PATIENTENRECHTEGESETZ

Bei der Befragung wurden die Studienteilnehmer gebeten, Vor- und Nachteile des PRGs für Arzt, Patient und Klinikverwaltung zu eruieren. Die Tabelle 13 bietet dazu einen Überblick:

	Pro	Kontra
<b>Arzt</b>	Behandlungstransparenz <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nachvollziehbarkeit ärztlicher Entscheidungen</li> <li>• Juristische Absicherung</li> </ul>	Klagebereitschaft <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beweislastregel zum Nachteil des Arztes</li> <li>• Ärztl. Verunsicherung</li> </ul>
	Sorgfältige Dokumentation & Aufklärung	Erhöhte Dokumentationsanforderungen <ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeits-/Zeitaufwand</li> <li>• Reduktion Patientenkontakt</li> </ul> vermehrter Einsatz für fachfremde Tätigkeiten
<b>Patient</b>	Stärkung Patientenrechte im Klagefall <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vereinfachter Aktenzugriff</li> </ul>	vermehrt schriftliches Einverständnis seitens des Patienten erforderlich
	Gewährleistung umfangreicher Aufklärung & ausreichender Bedenkzeit	Faktenüberladung, Verunsicherung des Patienten, reduzierter Arzt-Patienten-Kontakt
<b>Klinikverwaltung</b>		finanzieller Kostenaufwand <ul style="list-style-type: none"> <li>• Absicherung im Klagefall</li> <li>• Personal</li> <li>• Aktenaufbewahrung</li> </ul>

Tabelle 13: Vor- und Nachteile des Patientenrechtegesetzes

Während das Gesetz für die Patienten größtenteils neutral bewertet wurde, imponierte aus ärztlicher und verwaltungstechnischer Sicht ein eher negativer Eindruck. Neben dem finanziellen Aufwand für die Klinik wurde der PRG-bedingte Dokumentationsanstieg beklagt. Die Ärzte befürchteten infolgedessen einen Rückgang ihrer Arbeitszeit mit direktem Patientenkontakt, negierten aber daraus resultierende Veränderungen im Arzt-Patienten-Verhältnis. Medien berichteten zuletzt zunehmend über den Wandel des Arztberufes von einer patientenzentrierten zur überwiegend administrativen Arbeitsweise und forderten die Nutzung ärztlicher Ressourcen im Sinne des ursprünglichen Berufsbildes [7].

Das Patientenrechtegesetz ist nicht allein für die Zunahme des ärztlichen Dokumentationsaufwandes der letzten Jahre verantwortlich. Es hat jedoch durch die Integration der ärztlichen Dokumentationspflicht ins Bürgerliche Gesetzbuch und die Beweislastregelung einen entscheidenden Grundstein dafür gelegt. Für eine entsprechende Absicherung im Klagefall ist eine umfangreiche, qualitativ hochwertige Dokumentation erforderlich. Die dafür benötigte Zeit geht zu Lasten der patientennahen Versorgung. Um sich vor etwaigen Rechtsansprüchen abzusichern, würde dies jeder Arzt in Kauf nehmen.

### 4.2.3 BEITRAGSSCHULDENGESETZ

---

Die Überprüfung der Abrechnung von Pflegesätzen und Fehlbelegungen der Krankenhäuser, wofür der MDK seit Einführung des Beitragsschuldengesetzes verantwortlich ist, wurde von der Mehrheit der befragten Ärzte als notwendig angesehen. Als Gründe dafür nannten sie die zunehmende Wirtschaftsorientierung der Kliniken sowie die Vermeidung von unnötiger Diagnostik und Therapie zur Kostenreduktion im Gesundheitssystem. Sie teilten damit die Meinung von Florian Lanz, Pressesprecher des GKV-Spitzenverbandes [21]. Die Umsetzung wurde allerdings kritisiert. Dem MDK wurde vorgeworfen, nicht als neutrale Institution, sondern als Interessenvertreter der GKV zu agieren und auf eine Reduktion der Behandlungskosten abzu zielen. Bundesweit bedeute dies für die Kliniken einen jährlichen Verlust von 2,2 Milliarden Euro, Tendenz steigend [22]. In Kombination mit dem erhöhten Personalaufwand wird eine vermehrte finanzielle Belastung der Krankenhäuser befürchtet [21].

Seit Einführung des Beitragsschuldengesetzes hatten die Studienteilnehmer einen Anstieg der Fallanfragen bemerkt, wodurch eine zusätzliche Arbeitsbelastung resultiere. Infolge der geforderten lückenlosen Dokumentation für den eventuellen Regressfall, steigt der Bürokratieaufwand für alle Beteiligten. Die dafür benötigte Zeit fehlt letztendlich für die Patientenversorgung. Für zusätzlichen Unmut sorgt der häufig frustrane Ausgang nach zeitaufwändiger Beantwortung der Anfragen sowie die zunehmend von den Kliniken geforderte wirtschaftliche Arbeitsweise. Ärztliche Entscheidungen sollten unabhängig von finanziellen Interessen zum Wohle des Patienten getroffen werden. In der Realität unterliegen angestellte Ärzte den Weisungen des Arbeitgebers, Grenzverweildauern einzuhalten und finanzielle Einbußen bei der Patientenbehandlung zu minimieren. Erschwerend kommt hinzu, dass der MDK bei der Fallbeurteilung individuelle Umstände des Patienten, wie z. B. Alter, Multimorbidität, soziale und regionale Gegebenheiten, nicht berücksichtigt und nur nach Aktenlage entscheidet [21; 22]. Aus diesem Grund bewerteten 61 % der befragten Experten die MDK-Überprüfung als nachteilig für den Patienten. Für die Ärzte resultiert infolgedessen ein Gewissenskonflikt zwischen der Behandlung nach ökonomischen Vorgaben und dem Anspruch an eine individuelle Patientenbehandlung. Die ärztliche Handlungsfreiheit ist eingeschränkt. Die Experten bekräftigten aber, ihre Entscheidungen im Sinne des Berufsethos patientenwohlorientiert zu treffen und etwaige Konsequenzen, wie z. B. Vergütungsabzüge, in Kauf zu nehmen.

Zusammenfassend wird die MDK-Überprüfung, aufgrund der zunehmenden Profitorientierung von Klinikkonzernen, für erforderlich gehalten. Dennoch sollten die Rahmenbedingungen und Vorgehensweise diesbezüglich überarbeitet werden. Die Beurteilung der Notwendigkeit eines stationären Aufenthaltes sollte unter Berücksichtigung von individuellen Gegebenheiten des Patienten und regionalen ambulanten Versorgungsdefiziten erfolgen. Der vielfach geforderten Neutralität der Kontrollinstanz wurde am 1. Januar 2020 mit dem MDK-Reformgesetz

---

stattgegeben [123]. Seit Juni 2021 wird der Medizinische Dienst als eigenständige Körperschaft des öffentlichen Rechts, unabhängig von der GKV, organisiert [124]. Ob sich dadurch die von den Ärzten gewünschten Verbesserungen ergeben, bleibt zunächst abzuwarten.

#### **4.2.4 DOKUMENTATION**

---

Die Dokumentation bedeutete für die Experten Segen und Fluch zugleich. Einerseits schätzten sie diese für die Nachvollziehbarkeit ärztlicher Handlungen, die juristische Absicherung und als Abrechnungsgrundlage. Andererseits wurde der zunehmende „*Papierkrieg*“ [KUnG-15] infolge des damit verbundenen Aufwandes mit Überstunden und Unzufriedenheit assoziiert.

Bei der Befragung wurde der tägliche Dokumentationsaufwand mit 5 – 70 % der Arbeitszeit angegeben. Die Mehrheit sah dafür maximal 30 % der Tätigkeitszeit verwendet. Die universitär tätigen Gynäkologen schätzten ihre Dokumentationstätigkeit mit einem Arbeitszeitanteil von 30 – 70 % am höchsten ein. Beim Vergleich mit deutschsprachigen Literaturangaben findet sich eine Übereinstimmung mit den Studienergebnissen von Wolff et al., welche bei Gynäkologen im Universitätsklinikum Freiburg einen Dokumentationsanteil von 31 % ergab [50]. Da Dokumentationstätigkeiten häufig negativ bewertet werden, muss bei Befragungen diesbezüglich mit einer zeitmäßigen Überschätzung gerechnet werden [63]. Auch bei der vorliegenden Interviewstudie lässt sich dieser Verdacht äußern.

Bei den internistisch und chirurgisch tätigen Ärzten bot es sich an, die Schätzungswerte mit denen der Zeiterhebungsstudie zu vergleichen. Die Internisten vermuteten, dass sie zwischen 12,5 – 50 % ihrer Arbeitszeit dokumentieren. Tatsächlich verbrachten ihre hospitierten Kollegen durchschnittlich ein Viertel des Arbeitstages mit Dokumentationstätigkeiten. Infolge fachspezifischer Besonderheiten, wie z. B. kürzere Epikrisen und Operationstätigkeit, schätzten die Chirurgen ihren Dokumentationsanteil mit 5 – 25 % geringer ein. Beim Vergleich mit den Werten der Beobachtungsstudie wird ersichtlich, dass die dafür ermittelte Zeit mit 17 % innerhalb dieser Spannweite liegt.

Der Dokumentationsaufwand wurde überwiegend als erhöht bewertet. Drei der fünf Ärzte, welchen diesen als „zu hoch“ empfanden, waren universitär tätig. Ein Zusammenhang zwischen dem erhöhten Patientenaufkommen in Unikliniken und einer höheren ärztlichen Dokumentations- und Arbeitsbelastung kann nur vermutet werden. Diese These wird von der Aussage eines Assistenzarztes gestützt, welcher als Einziger den Dokumentationsaufwand als „eher gering“ einschätzte. Er hatte kürzlich von einem Maximalversorger zu einem Krankenhaus der Regelversorgung gewechselt und gab nun eine deutlich niedrigere Arbeitsbelastung an.

Ob die Digitalisierung den dokumentationsbedingten Arbeitsaufwand verringern kann, wurde diskrepanz beurteilt. Für eine Reduktion sprachen sich 56 % der Experten aus, ein Drittel vermutete keinen bedeutenden Einfluss. Lediglich zwei Teilnehmer befürchteten infolgedessen

eine Zunahme des Arbeitsaufwandes. In einer Umfrage des Marburger Bundes stimmten 40 % der Ärzte für eine Arbeitsvereinfachung infolge der Digitalisierung, 21 % lehnten dies ab [125].

#### 4.2.5 E-HEALTH-GESETZ, DIGITALISIERUNG & EU-DSGVO

Im Hinblick auf das E-Health-Gesetz äußerten sich die Interviewteilnehmer zu den Vor- und Nachteilen der Digitalisierung. Dabei bewerteten sie diese hauptsächlich aus ärztlicher Sicht, leiteten aber auf Nachfrage auch Konsequenzen für Patienten und Klinikverwaltung ab. Die folgende Tabelle 14 stellt die positiven und negativen Aspekte der Ärzte gegenüber:

Pro	Kontra
Zeitersparnis <ul style="list-style-type: none"> <li>• Optimierung von Arbeitsprozessen</li> <li>• erleichterte Kommunikation zwischen vers. med. Bereichen</li> <li>• Schnelligkeit elektronischer Datenübertragung</li> <li>• ubiquitärer Zugriff auf ePDMS</li> </ul>	verzögerte Entwicklung <ul style="list-style-type: none"> <li>• uneinheitlicher Einsatz digitaler Programme innerhalb der Kliniken</li> <li>• Datenschutzproblematik</li> </ul>
erleichterter Zugang zu med. Informationen des Patienten <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elektronische Gesundheitskarte</li> <li>• Elektronischer Medikamentenplan</li> <li>• ePDMS</li> </ul>	Einschränkungen der Funktionsfähigkeit <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hard-/Softwareprobleme</li> <li>• Kompatibilitätsprobleme vers. Systeme</li> </ul>
Reduktion des Verbrauchs unnötiger Ressourcen <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vermeidung von Überdiagnostik/-therapie</li> <li>• Reduktion Papierverbrauch</li> </ul>	Abhängigkeit von Technik- und Energieressourcen
Verbesserung der Dokumentationsqualität <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lesbarkeit digitaler Akteneinträge</li> <li>• Reduktion Übertragungsfehler</li> </ul>	Höherer Zeitaufwand digitaler vs. handschriftlicher Dokumentation <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reduktion Patientenkontakt</li> </ul>

Tabelle 14: Vor- und Nachteile der Digitalisierung im Gesundheitswesen

Trotz der mehrheitlichen Assoziation mit Arbeitserleichterungen und einem Patientenbenefit sah die Mehrheit der Befragten die, durch die Digitalisierung resultierende, Transparenz des Patienten und die Gewährleistung der Datensicherheit eher kritisch. Zu einem Gewissenskonflikt führten der Wunsch nach einem vereinfachten Zugriff auf Patientendaten sowie die Einsicht in die Notwendigkeit des Datenschutzes. Verdeutlicht wurde dies besonders bei der Beurteilung des E-Health-Gesetzes aus Patientensicht. Bezüglich der Speicherung medizinischer Informationen auf der elektronischen Gesundheitskarte wurden Diagnosen, Medikamentenpläne und Epikrisen favorisiert, jedoch mehrfach ein Mitbestimmungsrecht des Patienten zwecks Zugriffsberechtigungen gefordert. Der Schutz personenbezogener Daten wurde aufgrund dessen als sinnvoll erachtet. Die praktische Umsetzung der EU-DSGVO sei allerdings problematisch und defizitär. Die Experten kritisierten die erschwerte Kooperation verschiedener Instanzen des Gesundheitswesens und befürchteten infolgedessen Verzögerungen im Behandlungsablauf. Die Interviews verdeutlichen, dass zwischen der Digitalisierung und dem

Datenschutz ein gewisses Konfliktpotenzial besteht. Die rigide Umsetzung der EU-DSGVO behindere nach Ansicht mehrerer Experten die Digitalisierung in Deutschland. Die im internationalen Vergleich verzögerte Entwicklung wird auch in der deutschsprachigen Literatur stark kritisiert. Laut Lux erfolge die Dokumentation im Bereich der stationären Versorgung häufig noch papierbasiert. Die Nutzung digitaler Infrastruktur wird zum gegenwärtigen Zeitpunkt als eher gering eingeschätzt. Nach seiner Ansicht sind nicht nur hohe Datenschutzerfordernungen, sondern auch politische und gesellschaftliche Einflüsse dafür verantwortlich. Gesetzliche Verordnungen, fehlende monetäre Anreize sowie die Vielschichtigkeit des deutschen Gesundheitssystems würden den digitalen Fortschritt gefährden. Kliniken fürchten den erhöhten Investitionsbedarf. Weitere Gründe seien regionale und generationsspezifische Defizite bei der Nutzung und Akzeptanz digitaler Infrastruktur [32, S. 10 ff.].

Bei den Studienteilnehmern zeigte sich eine individuelle, tendenziell eher positive, Haltung zur Digitalisierung im Gesundheitswesen. Eine Altersabhängigkeit konnte diesbezüglich nicht festgestellt werden. Es lässt sich aber vermuten, dass junge Mediziner vom Aufwachsen im digitalen Zeitalter profitieren, während von der älteren Arztgeneration Flexibilität gefordert ist. Die gewohnte Arbeitsweise muss an neue Gegebenheiten angepasst werden, welches mit einem gewissen Lernaufwand und auch Unmut verbunden sein kann. Da die Digitalisierung zukünftig verstärkt den ärztlichen Arbeitsalltag und die medizinische Versorgung beeinflussen wird, müssen sich die Ärzte damit bestmöglich arrangieren.

Zum Zeitpunkt der Interviewerhebung (06/2019 – 05/2020) befand sich die Digitalisierung im deutschen Gesundheitssystem am Anfang ihrer Entwicklung. Anwendungsprobleme, technische Unstimmigkeiten und Verzögerungen prägten diese Phase. Mit ihrer Etablierung könnte möglicherweise in einigen Jahren eine vollkommen andere Beurteilung durch Ärzte resultieren.

#### **4.2.6 QUALITÄTSMANAGEMENT IM KRANKENHAUS (KHSG & G-BA-QM-RICHTLINIE)**

---

Der GKV-Spitzenverband kritisierte 2012 die Versorgungsqualität im deutschen Gesundheitssystem als uneinheitlich. Für eine verbesserte Patientenversorgung forderte er einen Ausbau der Qualitätssicherung ohne zusätzlichen Bürokratieaufwand [36]. Mit der Einführung des Krankenhausstrukturgesetzes und der G-BA-Qualitätsmanagementrichtlinie rückte 2016 zunehmend die Qualität der stationären Versorgung in den Fokus der Gesetzgebung. Für Ärzte wurde somit das Qualitätsmanagement ein wichtiger Bestandteil der klinischen Arbeitsweise. Um den Interviewteilnehmern den Einstieg in die Thematik zu erleichtern, wurden sie zunächst nach ihren Assoziationen zum QM befragt, welche in Abbildung 12 dargestellt sind.



Abbildung 12: Mindmap Assoziationen zum Qualitätsmanagement

Dass das QM „ein moderner Begriff [ist], von dem jeder was anderes versteht“ [KBül-6], konnte nach Analyse der Interviews nicht bestätigt werden. Ein Großteil der Experten assoziierte dieses mit einheitlichen Behandlungsstandards und der Sicherstellung einer gewissen Versorgungsqualität. Zwölf Ärzte sahen positive Auswirkungen für die Patienten, wie z. B. die erhöhte Patientensicherheit infolge der geforderten leitliniengerechten Behandlung und Fehleranalyse. Zusätzlich soll die Vorgabe von Mindestfallzahlen eine gewisse Expertise der Klinik sicherstellen und Eingriffskomplikationen vermeiden. Die infolgedessen zunehmende Zentralisierung der Medizin war unter den Studienteilnehmern umstritten. Überwiegend Ärzte kleinerer Krankenhäuser fühlten sich bezüglich ihrer Arbeitsleistung diskriminiert. Sie schätzten ihre Behandlungsqualität nicht schlechter als in großen Kliniken ein und sahen eher die Möglichkeit individualmedizinisch tätig zu werden. Kritisiert wurde außerdem, dass bei der Ermittlung der Behandlungsqualität keine patientenbedingten Faktoren berücksichtigt würden, da der Heilungsprozess durch die Individualität und Komplexität des menschlichen Körpers beeinflusst werde. Die Möglichkeit der Zertifizierung wurde von den Medizinern, unabhängig von der Tätigkeit in einem zertifizierten Fachbereich, kontrovers diskutiert. Während einige infolge der zunehmenden Zentralisierung und Spezialisierung medizinischer Leistungen die Versorgungsqualität verbessert sahen, bezeichneten andere dies als überflüssig. Ihrer Ansicht nach sei das QM ausreichend für die Sicherstellung einer optimalen Behandlungsqualität.

Trotz des finanziellen Aufwandes und der benötigten Personalressourcen würden Kliniken von der gestärkten Außenwirkung durch die Zertifizierung profitieren. Sie führt zu Wettbewerbsvorteilen im interklinischen Konkurrenzkampf um die Patienten [38; 39]. Der zunehmende Missbrauch der Zertifizierung zu Marketingzwecken ist jedoch, aufgrund der damit einhergehenden Arbeitsbelastung des Klinikpersonals, umstritten. Die Politik sei durch den „Finanzierungsdruck im Gesundheitswesen“ eigens für diesen Umstand verantwortlich [38].

Für Ärzte wurde die Qualitätssicherung mit einem erhöhten Arbeits-, Zeit- und Bürokratieaufwand assoziiert. Die Forderung des GKV-Spitzenverbandes, den Ausbau der Qualitätssicherung ohne Schaffung zusätzlicher Bürokratielasten umzusetzen, konnte demzufolge nicht realisiert werden. Es resultiert dadurch eine weitere, gesetzlich induzierte Reduktion der patientenbezogenen Arbeitszeit. Ein kleiner Teil der Interviewteilnehmer fühlte sich außerdem durch die Vorgabe von Behandlungsstandards in ihrer Handlungsfreiheit eingeschränkt. Costa bemängelt ebenfalls, dass die „*ärztliche Kunst*“ infolge des Qualitätsmanagements zunehmend an Bedeutung verliere und bezweifelt dessen Notwendigkeit. Für eine optimale Patientenbehandlung seien Engagement, Menschlichkeit, Zuwendung, Kenntnisse, Geschick und vor allem Erfahrung notwendig [39]. Andere hingegen werteten das Qualitätsmanagement als wichtigen Bestandteil der ärztlichen Tätigkeit und als Chance zur Gewährleistung einer hochwertigen Versorgungsqualität. Jeder Arzt sollte bestrebt sein, seine Behandlung, unabhängig von gesetzlichen Vorgaben, qualitätsorientiert und leitliniengerecht durchzuführen sowie regelmäßig zu evaluieren. Eine aktive Mitarbeit an der Gestaltung der Qualitätssicherung seitens der Behandler wäre zukünftig wünschenswert [38].

Trotz der Kontroversen in der Literatur scheint das Qualitätsmanagement als lohnenswert für eine bessere Patientenversorgung, wobei dessen Umsetzung ausbaufähig bleibt. Bei der Weiterentwicklung der QM-Maßnahmen sollte deswegen auf eine konsequente Beteiligung des Klinikpersonals geachtet und für Entlastungen von Dokumentationstätigkeiten gesorgt werden.

### **4.2.7 ENTLASSMANAGEMENT**

---

Das Entlassmanagement bildete den zweiten großen Themenkomplex, auf welchen die Ärzte bereits während der Einstiegsfrage selbstständig genauer eingingen. Ein Internist begründete dies damit, dass sich der Rahmenvertrag im Vergleich zu den anderen Gesetzen am stärksten auf den Stationsalltag ausgewirkt habe. Somit kann davon ausgegangen werden, dass die Experten bei der Befragung von ihren eigenen Erfahrungen berichten konnten.

In den Interviews, wie auch in der deutschsprachigen Literatur, wurde das Entlassmanagement kontrovers beurteilt. Die Intention, den Übergang von stationärer zu ambulanter Versorgung zu verbessern, wird gelobt [25]. Der damit verbundene „administrative Overload“ wurde hingegen von den Ärzten kritisiert. Bereits vor Einführung warnte der Marburger Bund vor einer

vermehrten Arbeitsbelastung des Klinikpersonals. Auch die Ärztekammern hatten den resultierenden Bürokratieaufwand zum Anlass genommen, die Abschaffung des Entlassmanagements zu fordern [26–28].

Ein Teil der Befragten bewertete das Entlassprocedere, durch die notwendige, intensive Auseinandersetzung u.a. mit der häuslichen Versorgung des Patienten, im Vergleich zu früher als deutlich aufwändiger. Dennoch gab es auch Ärzte, die seit Einführung des Entlassmanagement keine wesentlichen Veränderungen ihrer Vorgehensweise diesbezüglich bemerkten. Sie begründeten es mit einer bereits vorher gut organisierten Entlassung. Dies unterstützt die Aussage des Marburger Bundes, dass ein geregelter Übergang des Patienten in die ambulante Versorgung auch formlos möglich sei [27].

Auf die Frage, wieviel Arbeitszeit durch das Entlassmanagement beansprucht wird, äußerten sich drei Ärzte konkret und schätzten diese auf 2 – 10 %. Andere gaben die dafür benötigte Zeit pro Patient an, wobei diese zwischen fünf und sechzig Minuten schwankte. Durchschnittlich ergab sich daraus ein patientenbezogener Zeitaufwand von 23,6 Minuten. Laut einer Berechnung der Deutschen Krankenhausgesellschaft erfordert die korrekte Umsetzung des Entlassmanagements rund 100.000 zusätzliche Arbeitstage pro Jahr [27].

Bei der Befragung wurde deutlich, dass zum Erhebungszeitpunkt in jeder Klinik noch Defizite bei der korrekten Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben existierten. Hierfür wurden die mangelnde Technikausstattung der Stationen, fehlende Personalressourcen, Zeitmangel sowie die unzureichende Erfahrung stationär tätiger Ärzte in Ausstellung ambulanter Verordnungen angeführt. Ständig wechselnde Vorgaben seitens der Klinik würden das Ganze erschweren und ärztliche Flexibilität erfordern. In der Literatur wird die Umsetzbarkeit der Neuregelungen ebenfalls stark kritisiert. Dr. med. Hans-Albert Gehle, Vorsitzender des Marburger Bundes, bezeichnete die Vorgaben zum Entlassmanagement als „realitätsfern“. Er befürchtete Probleme bei der Erreichbarkeit von Hausarztpraxen und Krankenkassen für die erforderliche Kommunikation. Weiterhin beeinträchtigte fehlendes Personal im Bereich des Sozialdienstes und der Ärztemangel seiner Ansicht nach die Umsetzung der geforderten Maßnahmen [25].

Aus Patientensicht bewerteten die Studienteilnehmer das Entlassmanagement überwiegend positiv. Hervorgehoben wurde die verbesserte Versorgungsqualität, von der ältere Patienten profitieren würden. Durch die bereits während des Klinikaufenthaltes organisierte häusliche und fachärztliche Versorgung sowie die überbrückende Medikamentenbereitstellung reduziere den Stress für Patienten und Angehörige. Wiederaufnahmen infolge häuslicher Versorgungsprobleme würden infolgedessen minimiert. Nachteilig sei lediglich das erforderliche schriftliche Einverständnis des Patienten.

Die Frage, ob das Entlassmanagement zu relevanten Veränderungen in der Zusammenarbeit mit niedergelassenen Kollegen führt, wurde von der Mehrheit negiert. Die Kooperation und Kommunikation zwischen Klinik- und Hausärzten sei bereits vorher gut gewesen,

---

möglicherweise sei sie dadurch noch intensiviert worden. Ein kleiner Teil der Befragten sah das Entlassmanagement als Entlastung der Hausärzte und somit zu ihrem eigenen Nachteil.

#### **4.2.8 PERSÖNLICHE VORSTELLUNGEN**

---

Die Abschlussfrage zielte darauf ab, ein Resümee über die angesprochenen Gesetze zu ziehen und Änderungsvorschläge zu unterbreiten. Am häufigsten forderten die Ärzte die Reduktion des Bürokratieaufwandes. Dies könnte infolge der Digitalisierung und Unterstützung durch medizinische Dokumentationsassistenten erreicht werden und ihnen mehr Patientenzeit verschaffen. Als ebenfalls verbesserungswürdig wurden die Arbeitsbedingungen im stationären Sektor gesehen. Für das Klinikpersonal wurde eine faire Entlohnung, die Erhöhung der Personalschlüssel und die Möglichkeit zur Arbeitszeiterfassung gefordert. Diese Resultate bestätigen die Ergebnisse einer Umfrage des Marburger Bundes von 2017 [8].

Des Weiteren wurde die Finanzierungsstruktur der deutschen Kliniken diskutiert. Einige Ärzte äußerten Kritik am DRG-System und forderten eine Überarbeitung oder gar Abschaffung. Auch in der Literatur ist dieses umstritten. Laut Simon ist das DRG-System für die zunehmende Privatisierung der Kliniken verantwortlich [126]. Die Profitorientierung von Privatkonzernen führe durch Personaleinsparungen zu verschlechterten Arbeitsbedingungen. Ärzte seien angehalten, Behandlungen nach ökonomischen Vorgaben der Kliniken auszurichten. Dies führe zu einer Verminderung der Versorgungsqualität und erfordere deshalb die Abschaffung der DRGs [126]. In den Interviews wurde in diesem Zusammenhang auch die Überarbeitung der MDK-Überprüfung gefordert. Da diese Thematik bereits ausführlich im Kapitel 4.2.3 erörtert wurde, wird an dieser Stelle darauf verwiesen.

Insgesamt schätzten die Studienteilnehmer die Qualität der medizinischen Versorgung in Deutschland als gut und erhaltenswert ein. Kritisiert wurde jedoch der Einfluss des Versichererstatus auf das Leistungsangebot der medizinischen Versorgung, welcher eine Gleichbehandlung aller Patienten verhindere. Aus ihrer Sicht sollte zukünftig die Patientenbehandlung, unabhängig von wirtschaftlichen Interessen, lediglich von gesundheitlichen Aspekten beeinflusst sein. Eine Verstaatlichung der Kliniken könnte dafür, nach Ansicht einer Gynäkologin, die Lösung sein. Der Wunsch nach Rekommunalisierung der deutschen Krankenhäuser findet seit der Corona-Pandemie auch zunehmend in der Politik Anklang [127].

Von den angesprochenen Verordnungen wurde der Datenschutz, vor dem Hintergrund der fortschreitenden Digitalisierung, als besonders erhaltenswert angesehen. Das Entlassmanagement und das Patientenrechtegesetz wurden trotz des damit verbundenen Aufwandes ebenfalls als lohnenswert für eine bessere Patientenversorgung angeführt.

Neue gesetzliche Regelungen werden zu Beginn meist kritisch betrachtet und verurteilt, da sie mit Änderungen der gewohnten Routine einhergehen. Durch die tägliche Konfrontation mit

ihnen stellt sich im Laufe der Zeit der Gewöhnungseffekt ein. Dennoch ist von den Ärzten eine flexible Arbeitsweise gefordert, um den wechselnden Herausforderungen im Arbeitsalltag gerecht zu werden. Eine gewisse Anpassungsfähigkeit sollte deshalb Grundvoraussetzung eines jeden Mediziners sein.

#### **4.2.9 ARBEITSZUFRIEDENHEIT**

---

In einer Umfrage des Marburger Bundes wurden die Arbeitsbedingungen in deutschen Kliniken für „mittelmäßig bis schlecht“ befunden. Jeder fünfte klinisch tätige Arzt denke infolge zunehmender Arbeitsbelastung, Zeitdruck und steigendem Dokumentationsaufwand über die Aufgabe seiner Tätigkeit nach [7; 8]. Bisher erhielt die ärztliche Arbeitszufriedenheit in deutschen Studien nur wenig Beachtung. Dabei stelle sie ein komplexes Konstrukt dar, welche, durch Physician Factors determiniert, die medizinische Versorgung wesentlich beeinflusse [60].

In der Interviewstudie wurde die Arbeitszufriedenheit überwiegend positiv bewertet. Die Hälfte der Studienteilnehmer war mit ihren derzeitigen Arbeitsbedingungen „zufrieden“, ein Drittel „eher zufrieden“. Als „eher unzufrieden“ beschrieben sich zwei der 18 Befragten, lediglich war einer mit seiner gegenwärtigen Tätigkeit „unzufrieden“. Die Extreme „sehr zufrieden“ und „sehr unzufrieden“ wurden nicht verwendet. Die Hypothese, dass Ärzte in kleinen Krankenhäusern zufriedener sind als in großen Kliniken, konnte in der vorliegenden Studie nicht bestätigt werden. Es zeigten sich auch keine signifikanten Unterschiede in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht, Fachrichtung, Position und Berufserfahrung.

Der Kontakt zwischen Arzt und Patient im Stationsalltag wurde von 50 % der Experten als „gut“ bewertet, einmal als „sehr gut“. Für „befriedigend“ sowie „ausreichend“ hielten ihn jeweils 16,7 %. Zwei Mediziner beurteilten die Arzt-Patienten-Interaktion als mangelhaft. Überwiegend imponierte ein positiv eingestellter Eindruck bezüglich des Arzt-Patienten-Kontaktes.

Besonders negativ wurde der Dokumentationsaufwand bewertet. Lediglich ein Arzt schätzte diesen als „eher gering“ ein, alle anderen betrachteten ihn als erhöht. Am häufigsten (44,4 %) wurde er als „eher hoch“ charakterisiert, gefolgt von „zu hoch“ mit 27,8 % und „hoch“ mit 22,2 %. Ein erhöhter Dokumentationsaufwand stelle für Ärzte eine zunehmende Arbeitsbelastung dar und raube ihnen die Zeit für die medizinische Behandlung des Patienten, weswegen er häufig mit Arbeitsunzufriedenheit assoziiert wird [8; 46].

Obwohl in den Interviews die ärztliche Unzufriedenheit infolge des erhöhten Dokumentationsaufwandes und zu geringen Patientenkontaktes dominierte, konnte dies mittels Fragebogen nicht objektiviert werden. Sie waren dennoch überwiegend zufrieden mit ihrer Klinik­tätigkeit. Es scheint, dass sie mögliche Defizite und Belastungssituationen bis zu einem gewissen Grad gut kompensieren können. Diese psychische Widerstandsfähigkeit wird auch als Resilienz bezeichnet [73]. Ärzte gelten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung als besonders resilient

[128]. Sie benötigen diese Fähigkeit, um bei steigenden Arbeitsanforderungen im Stationsalltag einem Burn-Out vorzubeugen. Als wichtigster Resilienzfaktor werden zwischenmenschliche Beziehungen angesehen [128]. Das kollegiale Miteinander und die Zusammenarbeit im Team hat einen großen Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit. Je besser das Betriebsklima ist, desto zufriedener und resilienter sind die einzelnen Individuen. Aus diesem Grund wurde in den Interviews und in der Studie von Buxel das Betriebsklima als wichtigste Bedingung für die ärztliche Arbeitszufriedenheit genannt [72].

Ein weiterer, häufig geäußelter Faktor war die Arbeitsbelastung. Aus früheren Studien geht diese als Hauptursache für die Unzufriedenheit der Ärzteschaft hervor [8; 72; 75]. Eine hohe Arbeitsbelastung gefährde nicht nur die ärztliche Gesundheit, sondern möglicherweise auch die des Patienten. Zeitdruck und ein enormes Arbeitspensum würden die Arbeitsqualität mindern und die Fehlerquote erhöhen, was fatale Folgen haben kann [74]. Deshalb forderten die Befragten ein sinnvolles Personalmanagement mit angepasstem Personalschlüssel, weniger administrative Tätigkeiten und mehr Zeit für Patienten. Die täglich anfallende Arbeit sollte in der Regelarbeitszeit schaffbar sein und Überstunden minimiert werden, welches die Work-Life-Balance der Ärzte positiv beeinflussen kann. Ebenfalls wünschenswert wäre eine selbstbestimmte Arbeitsweise mit Möglichkeit zur Eigenorganisation der Stationsarbeit im Sinne der ursprünglichen Berufsautonomie. Nicht zuletzt ist die Zufriedenheit der Ärzte von der Wertschätzung ihrer täglichen Arbeitsleistung von Seiten der Kollegen, Vorgesetzten und Patienten geprägt. Zufriedene Mediziner stellen infolge einer besseren Arbeitsqualität einen Benefit für die medizinische Versorgung dar, wovon letztendlich Patient und Klinik profitieren. Die Arbeitszufriedenheit liegt jedoch nicht nur in der Verantwortung des Arztes, der Arbeitgeber muss ebenso entsprechende Maßnahmen für ein zufriedenstellendes Arbeiten gewährleisten.

#### **4.2.10 STÄRKEN UND SCHWÄCHEN DER STUDIE**

---

Die Literaturberichte und Umfragen der letzten Jahre zeigen, dass es sich bei den Auswirkungen gesetzlicher Verordnungen auf die tägliche Arbeit und Zufriedenheit von Klinikärzten weiterhin um eine äußerst aktuelle Thematik handelt. Die Forderung nach einer Reduktion des Bürokratieaufwandes scheint noch nicht erfüllt und wird weiterhin in den Medien thematisiert. Die anhaltend hohe Arbeitsbelastung im stationären Sektor gilt als Hauptursache für die Aufgabe der ärztlichen Tätigkeit [7].

Diese Interviewstudie ermöglichte einen umfassenden Einblick in die subjektive Beurteilung der ausgewählten Gesetze und derzeitige Arbeitssituation stationär tätiger Ärzte in Rostock und Umgebung. Von den Experten konnten infolge ihrer Erfahrungen konstruktive Verbesserungsvorschläge bezüglich einzelner Gesetze gewonnen werden. Es muss jedoch beachtet

werden, dass aufgrund der Stichprobengröße die Repräsentativität der Aussagen einschränkt ist. Vielmehr sind die Ergebnisse im Sinne qualitativer Forschung hypothesengenerierend.

Die Rekrutierung der Studienärzte stellte aufgrund ihrer Arbeitsbelastung eine Herausforderung dar. Zusätzlich wurde die Probandengewinnung durch die Beschränkung auf Ärzte, die bereits vor 2013 klinisch tätig waren, erschwert. Dies führte dazu, dass in Kliniken mit hohem Jungmedizineranteil oder geringer ärztlicher Personalkapazität auf andere Fachbereiche und stationstätige Oberärzte ausgewichen werden musste. Die Datenerhebung in der Universitätsmedizin Rostock wurde außerdem durch die Corona-Pandemie negativ beeinflusst. Aufgrund geltender Kontaktbeschränkungen war eine Befragung universitär tätiger Ärzte nur in der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe möglich. Diese Abteilung ist an das Klinikum Südstadt Rostock angegliedert, in welchem die Autorin während der Pandemie tätig war. Dieser Umstand führte auch dazu, dass infolge der überwiegend weiblichen Ärzte in der Gynäkologie für diese Studie kein ausgeglichenes Geschlechterverhältnis erreicht werden konnte.

Allgemein unterscheiden sich die Studienteilnehmer bezüglich Alter, Geschlecht, Fachrichtung, Berufserfahrung und Klinikzugehörigkeit. Diese Diversität ermöglicht, ein breites Spektrum expertenbasierter Meinungen und Erfahrungen abzubilden und erzeugt dadurch eine hohe Inhaltsvalidität sowie einen tiefgründigeren Informationsgewinn [93].

Bei der Rekrutierung der Interviewteilnehmer konnte nicht ausgeschlossen werden, dass infolge der freiwilligen Teilnahme und fehlender monetärer Anreize eine Selektion erfolgte. Die Hypothese, dass vermehrt unzufriedene Ärzte an der Befragung teilnehmen, um auf Missstände im Gesundheitssystem hinzuweisen, bestätigte sich jedoch nicht.

Möglicherweise wurde das Antwortverhalten der Ärzte durch die elektronische Aufzeichnung der Gespräche mittels Diktiergerät negativ beeinflusst. Eine Tonbandaufnahme kann die natürliche Gesprächssituation beeinträchtigen und bei den Befragten die Tendenz verstärken, sozial erwünscht zu antworten [117]. Sie gilt allerdings für eine genaue, unverzerrte Darstellung der Aussagen als unverzichtbar.

Da die Interviewdurchführung und Auswertung durch die Autorin erfolgten, kann ein subjektiver Einfluss nicht sicher ausgeschlossen werden. Dies stellt jedoch bei jeder Erhebung die gleiche Vorgehensweise und einen engen Bezug zum Datenmaterial sicher, wodurch, im Vergleich zur Fremdanalyse, Informationsverluste verringert werden. Eine Beeinflussung der Ergebnisse durch individuelle Erfahrungen der Autorin ist aufgrund der Fragestellung und damaligen Position als Medizinstudierende höchst unwahrscheinlich.

### 4.3 AUSBLICK

---

Infolge des zunehmenden Ärztemangels und dem damit verbundenen Bedarfs einer effektiven Nutzung des ärztlichen Arbeitspotenzials werden zukünftig Arbeitszeitanalysen an Bedeutung gewinnen. Aus diesem Grund kann diese Arbeit, trotz kleiner Studienpopulation im Rostocker Raum, als Grundlage für weiterführende Untersuchungen zu dieser Thematik dienen. Dabei bietet es sich an, die Erhebung auf andere Bundesländer und Fachrichtungen auszuweiten und eine größere Teilnehmerzahl in quantitativen Studien zu berücksichtigen.

Es zeigte sich, dass Dokumentation und Computerarbeit einen großen Anteil der klinischen Tätigkeit von Ärzten darstellen und vermutlich durch ihre Progredienz zu einem weiteren Rückgang des ärztlichen Patientenkontaktes führen werden. In den Interviews forderten die Ärzte deshalb eine Entlastung von Bürokratieaufgaben, welche auch in der Literatur seit Jahren verstärkt thematisiert wird. Die unterbreiteten Verbesserungsvorschläge, wie z. B. die Digitalisierung und Unterstützung durch medizinische Dokumentationsassistenten, bedürfen allerdings weiterer Forschung hinsichtlich Effizienz und Effektivität, wobei auch der damit verbundene personelle und finanzielle Aufwand geklärt werden sollte.

Auch die zunehmend propagierte Unattraktivität der Klinikarbeitsplätze für die Generation Y bietet Anhalt für weitere Studien. Neben einer veränderten ärztlichen Anspruchshaltung bezüglich der Arbeitsbedingungen (z. B. flexible Dienstgestaltung, Teilzeit) sollten weitere Gründe und mögliche Lösungsstrategien evaluiert werden. In Zukunft wird es wichtig sein, die verbleibenden ärztlichen Ressourcen entsprechend des ursprünglichen Berufsbildes sinnvoll einzusetzen. Ein ausuferndes Missverhältnis zwischen administrativen und patientennahen Aufgaben sollte vermieden werden. Möglicherweise kann dadurch ein wegweisender Beitrag zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen von Klinikärzten geleistet und ihre Arbeitszufriedenheit positiv beeinflusst werden, wovon letztendlich auch die Patientenversorgung profitieren würde.

## V. ZUSAMMENFASSUNG

---

Die vorliegende Arbeit griff das aktuelle Interesse an der Arbeitssituation stationär tätiger Ärzte in deutschen Kliniken auf und untersuchte diese im regionalen Setting vor dem Hintergrund zunehmender Arbeitsbelastung und ausgewählter Gesetze der Jahre 2013 bis 2017.

Das Ziel der Studie bestand darin, zu dieser Thematik individuelle, ärztliche Sichtweisen abzubilden sowie die Arbeitszeitverteilung im Stationsalltag der Ärzte genauer zu analysieren.

Das Forschungsvorhaben wurde dafür aus zwei Teilstudien aufgebaut. Den Anfang bildete eine Arbeitszeitanalyse im Klinikum Südstadt Rostock. In dieser wurden je drei Internisten, Chirurgen und Anästhesisten für drei Arbeitstage hospitiert und ihre Tätigkeiten zeitmäßig in einem Beobachtungsprotokoll festgehalten. Der Fokus lag dabei auf den Tätigkeitszeiten für Dokumentation, Computernutzung und Patientenkontakt.

In der darauffolgenden Interviewstudie wurden 18 stationär tätige Ärzte, aus vier regionalen Kliniken unterschiedlicher Versorgungsstruktur, befragt. Den Schwerpunkt der Untersuchung bildete ihre Expertise bezüglich ausgewählter Gesetze und deren Einfluss auf die ärztliche Praxis. Anschließend erfolgte computergestützt die Transkription des Interviewmaterials und die Auswertung mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring.

Durchschnittlich betrug die Gesamtdokumentationszeit 93 Minuten, die Internisten dokumentierten dabei am längsten. Die ärztliche Computernutzung erreichte im Schnitt 124 Minuten, welche bei den Chirurgen am niedrigsten ausfiel. Deutlich geringer fiel die patientenbezogene Arbeitszeit aus. Sie betrug lediglich 33,8 Minuten, erhöhte sich jedoch bei Berücksichtigung von chirurgischen OP-Tätigkeiten auf 80,7 Minuten.

In den Interviews konnte die, in den Medien vielfach thematisierte, Arbeitsbelastung im stationären Sektor bestätigt werden. Aufgrund des erhöhten Dokumentationsaufwandes und zu geringem Patientenkontakt kam es am häufigsten zu Beschwerden. Weiterhin wurden die Finanzierungsstruktur und zunehmende Ökonomisierung im Gesundheitswesen sowie die dadurch schwindende Autonomie im Arztberuf kritisiert. Trotz der beklagten Missstände zeigten sich die interviewten Ärzte überwiegend zufrieden mit ihrer klinischen Tätigkeit.

Die Interviewaussagen sowie die vorliegende Arbeitszeitanalyse offenbarten ein ausuferndes Missverhältnis zwischen administrativen und patientennahen Tätigkeiten im stationären Sektor. Zusätzlich beeinflussen gesetzliche und wirtschaftliche Rahmenbedingungen zunehmend die medizinische Versorgung zum Nachteil von Patienten und Ärzten. Für die Behebung dieser Dilemmata ist es notwendig, Lösungsstrategien zu erarbeiten, um die verbleibenden ärztlichen Ressourcen sinnvoll zu nutzen und ein hohes Niveau der Versorgungsqualität sicherzustellen.

**VI. THESEN**

---

1. Innerklinisch weisen Internisten den höchsten Dokumentationsaufwand auf.
2. Die ärztliche Gesamtdokumentationsdauer ist unbeeinflusst von Geschlecht, Alter, Position und Berufserfahrung.
3. Elektronische Patientenmanagementsysteme und die Digitalisierung haben Einfluss auf die computerbasierte Arbeitszeit und erhöhen diese.
4. Die patientenbezogene Arbeitszeit ist fachrichtungsabhängig. Den höchsten Arbeitszeitanteil im direkten Patientenkontakt haben Chirurgen infolge ihrer OP-Tätigkeit.
5. Im Vergleich zu früher haben Ärzte heutzutage weniger Zeit für Empathie, Wertschätzung und offenem Zuhören gegenüber dem Patienten.
6. Der Einsatz von Medizinstudierenden auf Station verringert die patientenbezogene Arbeitszeit eines Arztes.
7. Die dokumentationsbezogene Arbeitszeit ist größer als die patientenbezogene. Eine Ausnahme bilden die Chirurgen infolge ihrer OP-Tätigkeit.
8. Aufgrund zunehmender Profitorientierung der Kliniken ist die Überprüfung der Abrechnung durch den Medizinischen Dienst notwendig. Er sollte als Kontrollinstanz eine neutrale Rolle im Bewertungsprozess einnehmen.
9. Für die Ärzteschaft sind MD-Überprüfungen mit einem erhöhten Arbeits- und Dokumentationsaufwand verbunden, zum Nachteil der Patientenversorgung.
10. Die zunehmend vom Arbeitgeber geforderte ökonomischen Arbeitsweise schränkt Ärzte in ihrer Berufsautonomie ein. Ärztliche Entscheidungen sollten, unabhängig von finanziellen Interessen, zum Wohle des Patienten getroffen werden.
11. Der Dokumentationsaufwand wird von den meisten Ärzten als erhöht bezeichnet und als Belastung ihrer täglichen Arbeit angesehen.
12. Kliniken mit erhöhtem Patientenaufkommen könnten mit einer höheren ärztlichen Dokumentations- und Arbeitsbelastung verbunden sein.
13. Die Digitalisierung könnte durch ihre Etablierung eine Möglichkeit zur Arbeitsaufwandsreduktion darstellen. Die Gewährleistung des Datenschutzes ist dafür unabdingbar.

14. Die Qualitätssicherung ist für Ärzte mit einer erhöhten Arbeitsbelastung verbunden, aber dennoch lohnenswert für eine bessere Patientenversorgung.
15. Die Umsetzung der Qualitätssicherung ist verbesserungsfähig. Die Weiterentwicklung sollte unter Einbezug des Klinikpersonals und unter Reduktion des Bürokratieaufwandes erfolgen.
16. Das Entlassmanagement beeinflusst, von den ausgewählten Gesetzen, den Stationsalltag am meisten. Für Ärzte resultieren infolgedessen zusätzliche administrative Aufgaben. Die Umsetzung ist häufig defizitär.
17. Der Zeitumfang für das Entlassmanagement beträgt schätzungsweise 24 Minuten pro Patient bzw. 2 – 10 % der Arbeitszeit.
18. Der Bürokratieaufwand, die Arbeitsbedingungen im stationären Sektor und die Krankenhausfinanzierung sind verbesserungsfähig. Erhaltenswert sind hingegen die Digitalisierung sowie der damit verbundene Datenschutz, das Patientenrechtegesetz und Entlassmanagement.
19. Unabhängig von der Klinikstruktur ist der Großteil der interviewten Ärzte insgesamt zufrieden mit der täglichen Arbeit.

**VII. LITERATUR**

---

1. Dilcher B, Hammerschlag L, Hrsg. Klinikalltag und Arbeitszufriedenheit: Die Verbindung von Prozessoptimierung und strategischem Personalmanagement im Krankenhaus. 2. Aufl. Wiesbaden: Springer Gabler; 2013.
2. Hoppe J-D. Die Patient-Arzt-Beziehung im 21. Jahrhundert. In: Katzenmeier C, Bergdolt K, Hrsg. Das Bild des Arztes im 21. Jahrhundert. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2009. S. 1–7 (vol. 1).
3. Wienke A, Dierks C, Hrsg. Zwischen Hippokrates und Staatsmedizin: Der Arzt am Beginn des 21. Jahrhundert. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2008.
4. Katzenmeier C, Bergdolt K, Hrsg. Das Bild des Arztes im 21. Jahrhundert. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2009. ( Bd. 1).
5. Laufs A. Die jüngere Entwicklung des Arztberufs im Spiegel des Rechts: IV. Paradigmenwechsel. In: Katzenmeier C, Bergdolt K, Hrsg. Das Bild des Arztes im 21. Jahrhundert. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2009. S. 9–19 (vol. 1).
6. Maio G. Wieviel Ökonomie verträgt die Medizin?: Plädoyer für eine neue Aufwertung der medizinischen Logik. Hessisches Ärzteblatt 2013; 74(8). S. 614–20.
7. Marburger Bund. MB-Monitor 2019; 2019 [Stand: 04.04.2022]. Verfügbar unter: <https://www.marburger-bund.de/mb-monitor-2019>.
8. Marburger Bund. MB-Monitor 2017; 2017 [Stand: 04.04.2022]. Verfügbar unter: <https://www.marburger-bund.de/mb-monitor-2017>.
9. Schmidt C. Generation Y: Der alte Arzt hat ausgedient. FAZ 27.04.2012 [Stand: 04.04.2022]. Verfügbar unter: [https://www.faz.net/aktuell/wissen/medizin-ernaehrung/generation-y-der-alte-arzt-hat-ausgedient-11729029.html?printPagedArticle=true#pageIndex\\_2](https://www.faz.net/aktuell/wissen/medizin-ernaehrung/generation-y-der-alte-arzt-hat-ausgedient-11729029.html?printPagedArticle=true#pageIndex_2).
10. Maio G. Dienst am Menschen oder Kunden-Dienst? Ethische Grundreflexionen zur sich wandelnden ärztlichen Identität. In: Katzenmeier C, Bergdolt K, Hrsg. Das Bild des Arztes im 21. Jahrhundert. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2009. S. 21–35 (vol. 1).
11. AOK-Bundesverband. Gesetzgebungskalender Gesundheitspolitik: Abgeschlossene Gesetzesvorhaben; 2022 [Stand: 14.07.2022]. Verfügbar unter: <https://www.aok-bv.de/hintergrund/gesetze/index.html>.

12. Deutscher Bundestag. DIP - Dokumentations- und Informationssystem für Parlamentsmaterialien; 2022 [Stand: 19.07.2022]. Verfügbar unter: <https://dip.bundestag.de/>.
13. Rüdell E. Patientenrechtegesetz - aus politischer Sicht. In: Arbeitsgemeinschaft Rechtsanwälte im Medizinrecht e.V., Hrsg. Qualitätsmängel im Arzthaftungsprozess - Brauchen wir ein Patientenrechtegesetz? Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2012. 89 - 93 (MedR Schriftenreihe Medizinrecht).
14. Deutscher Bundestag. Antrag für ein modernes Patientenrechtegesetz; 3.3.2010.
15. Bundesgesundheitsministerium. Patientenrechtegesetz; 2014 [Stand: 14.07.2022]. Verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/patientenrechtegesetz.html>.
16. Müller S, Wedlich S. Patientenrechtegesetz: Beweislasten im Arzthaftungsprozess. Deutsches Ärzteblatt 2013; 110(44). A2070 - A2076 [Stand: 22.07.2022]. Verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/148514/Patientenrechtegesetz-Beweislasten-im-Arzthaftungsprozess>.
17. Sozialverband VdK Deutschland e.V. Das Patientenrechtegesetz erfüllt die Erwartungen kaum; 2013 [Stand: 22.07.2022]. Verfügbar unter: [https://www.vdk.de/deutschland/pages/themen/64958/patientenrechtegesetz\\_erfuellt\\_erwartungen\\_kaum](https://www.vdk.de/deutschland/pages/themen/64958/patientenrechtegesetz_erfuellt_erwartungen_kaum).
18. Buchner B. Sinn und Unsinn eines Patientenrechtegesetzes. In: Arbeitsgemeinschaft Rechtsanwälte im Medizinrecht e.V., Hrsg. Qualitätsmängel im Arzthaftungsprozess - Brauchen wir ein Patientenrechtegesetz? Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2012. S. 95–101 (MedR Schriftenreihe Medizinrecht).
19. Dürr I. Patientenrechtegesetz - Was Ärzte nun beachten müssen: Für Ärzte wächst der bürokratische Aufwand; 2013 [Stand: 22.07.2022]. Verfügbar unter: <https://www.doctors.today/a/was-aerzte-nun-beachten-muessen-1582609>.
20. Deutscher Bundestag. Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitrags-schulden in der Krankenversicherung. In: Bundesgesetzblatt. S. 2423–30.
21. Balling S. Medizin nach dem Gusto der Kassen?: MDK-Prüfungen im Krankenhaus [DRG-System]. f&w 2018; (10/2018). S. 876 [Stand: 08.05.2022]. Verfügbar unter: <https://www.bibliomedmanager.de/fw/artikel/36389-medizin-nach-dem-gusto-der-kassen>.
22. Albert F. Wie viel Kliniken durch den MDK verlieren: Klinik-Stresstest: Bibliomed-Verlag; 2019 [Stand: 08.05.2022]. Verfügbar unter: <https://www.bibliomedmanager.de/news/37687-wie-viel-kliniken-durch-den-mdk-verlieren>.

23. Gemeinsamer Bundesausschuss. Zeitleiste - den G-BA betreffende Gesetze; 2022 [Stand: 24.07.2022]. Verfügbar unter: <https://www.g-ba.de/service/informationen-grafiken/>.
24. Reimbursement Institute. Entlassmanagement; 2021 [Stand: 27.07.2022]. Verfügbar unter: <https://reimbursement.institute/glossar/entlassmanagement/#>.
25. Osterloh F. Entlassmanagement: Kontroverse um Neuregelungen. Deutsches Ärzteblatt 2017; 114(50). A2381–2382 [Stand: 02.05.2022]. Verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/195439/Entlassmanagement-Kontroverse-um-Neuregelungen>.
26. aerzteblatt.de. Ärztekammer und Marburger Bund kritisieren Bürokratie beim Entlassmanagement; 2017 [Stand: 02.05.2022]. Verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/83164/Aerztekammer-und-Marburger-Bund-kritisieren-Buerokratie-beim-Entlassmanagement>.
27. Marburger Bund. Botzlar: Bürokratie bindet Zeit und Arbeitskraft der Ärzte [Pressemitteilung Entlassmanagement]; 2017 [Stand: 02.05.2022]. Verfügbar unter: <https://www.marburger-bund.de/bundesverband/pressemitteilung/botzlar-buerokratie-bindet-zeit-und-arbeitskraft-der-aerzte>.
28. aerzteblatt.de. Bayerische Landesärztekammer will schlankeres Entlassmanagement; 2018 [Stand: 02.05.2022]. Verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/sw/Entlassmanagement?s=&p=1&n=1&nid=99445>.
29. Bundesgesundheitsministerium. E-Health-Gesetz; 2022 [Stand: 14.07.2022]. Verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/e-health-gesetz.html>.
30. Kassenärztliche Bundesvereinigung, Hrsg. E-Health: Informationen zur digitalen Vernetzung, zur Finanzierung und zu gesetzlichen Vorgaben; 2017.
31. Fraunhofer-Institut für System- und Innovationsforschung. Wie kann die Digitalisierung des Gesundheitssystems beschleunigt werden?; 2022 [Stand: 28.07.2022]. Verfügbar unter: <https://www.isi.fraunhofer.de/de/presse/2022/presseinfo-06-efi-Digitalisierung-Gesundheitssystem.html>.
32. Lux T. E-Health: Begriff, Umsetzungsbarrieren, Nachhaltigkeit und Nutzen. In: Haring R, Hrsg. Gesundheit digital. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2019. S. 2–13.

33. Bundesgesundheitsministerium. Krankenhausstrukturgesetz (KHSG); 2017 [Stand: 14.07.2022]. Verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/k/krankenhausstrukturgesetz-khsg.html>.
34. Gemeinsamer Bundesausschuss. Wer wir sind - Der Gemeinsame Bundesausschuss; 2022 [Stand: 24.07.2022]. Verfügbar unter: <https://www.g-ba.de/ueber-den-gba/wer-wir-sind/>.
35. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V., Hrsg. Stellungnahme des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) zur Erörterung des Referentenentwurfs eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG). Berlin; 2015.
36. GKV-Spitzenverband. Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung; 2012.
37. Gemeinsamer Bundesausschuss. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinernes Qualitätsmanagement für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren, Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte sowie zugelassene Krankenhäuser: Qualitätsmanagement-Richtlinie (QM-RL). In: Bundesanzeiger.
38. Bach O, Eberlein-Gonska M. Integraler Bestandteil der Führungsstrategie: Qualitätsmanagement – unbequem und unermüdlich; oder vom Mut, Alltägliches infrage zu stellen! [Pro & Kontra - Qualitätsmanagement im Krankenhaus]. Deutsches Ärzteblatt 2014; 111(38). A1558-A1559.
39. Costa S-D. Nicht zum Nutzen des Patienten: Qualitätsmanagement ist für die Medizin ähnlich nützlich wie die Ornithologie für die Vögel. [Pro und Kontra - Qualitätsmanagement im Krankenhaus]. Deutsches Ärzteblatt 2014; 111(38). S. 1556–7.
40. Tauss J. Beratung zum Tätigkeitsbericht 2003 und 2004 des Bundesbeauftragten für den Datenschutz: 20. Tätigkeitsbericht. In: Deutscher Bundestag, Hrsg. Plenarprotokoll 16/91. Berlin; 2007. S. 9244–5.
41. Bundesministerium des Innern und für Heimat. Datenschutz-Grundverordnung: Was sind Ziele und wesentliche Neuerungen der Datenschutz-Grundverordnung?; 2018 [Stand: 25.07.2022]. Verfügbar unter: <https://www.bmi.bund.de/Shared-Docs/faqs/DE/themen/it-digitalpolitik/datenschutz/datenschutzgrundvo-liste.html>.

42. Europäisches Parlament, Rat der Europäischen Union. VERORDNUNG (EU) 2016/679 vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung): EU-DSGVO; 2016.
43. Die EU-DSGVO kommt - was ist bei der Einführung zu beachten? Management & Krankenhaus 2017; 36(11). S. 21 [Stand: 25.07.2022]. Verfügbar unter: <https://www.management-krankenhaus.de/topstories/it-kommunikation/die-eu-dsgvo-kommt-was-ist-bei-der-einfuehrung-zu-beachten>.
44. Bergmann KO, Wever C. Ärztliche Dokumentationspflicht– Wirkung, Umfang und Grenzen. In: Bergmann KO, Wever C, Hrsg. Die Arzthaftung. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2014. S. 147–67.
45. Wenzel F, Bernsmann K, Geilen G, Walter U. Das Recht der medizinischen Behandlung. In: Wenzel F, Hrsg. Handbuch des Fachanwalts Medizinrecht. 3. Aufl. Köln: Luchterhand; 2013.
46. Thanner M, Drack G, Hornung R. Expense for Clinical Documentation of Inpatients: Extent and Hierarchal Differences for the Example of a Gynaecological Department in Switzerland. Geburtshilfe Frauenheilkd 2015; 75(12). S. 1264–9.
47. Beckmann K, Jud S, Hein A, Heusinger K, Bayer C, Schwenk M et al. Dokumentation in der gynäkologischen Onkologie. Gynäkologe 2010; 43(5). S. 400–10.
48. Staufer F, Staufer A. Verwaltungsarbeit in Klinik und Praxis. Gynäkologe 2011; 44(5). S. 368–74.
49. Müller U, Blum K. Krankenhausärzte: Enormer Dokumentationsaufwand. Deutsches Ärzteblatt 2003; 100(23). A1581.
50. Wolff J, Auber G, Schober T, Schwär F, Hoffmann K, Metzger M et al. Work-Time Distribution of Physicians at a German University Hospital. Dtsch Arztebl Int 2017; 114(42). S. 705–11.
51. Asaro PV, Boxerman SB. Effects of computerized provider order entry and nursing documentation on workflow. Academic Emergency Medicine 2008; 15(10). S. 908–15.
52. Alkureishi MA, Lee WW, Lyons M, Press VG, Imam S, Nkansah-Amankra A et al. Impact of Electronic Medical Record Use on the Patient-Doctor Relationship and Communication: A Systematic Review. J Gen Intern Med 2016; 31(5). S. 548–60.

53. Ratanawongsa N, Barton JL, Lyles CR, Wu M, Yelin EH, Martinez D et al. Association Between Clinician Computer Use and Communication With Patients in Safety-Net Clinics. *JAMA internal medicine* 2016; 176(1). S. 125–8.
  54. Fletcher KE, Visotcky AM, Slagle JM, Tarima S, Weinger MB, Schapira MM. The composition of intern work while on call. *J Gen Intern Med* 2012; 27(11). S. 1432–7.
  55. Block L, Habicht R, Wu AW, Desai SV, Wang K, Silva KN et al. In the wake of the 2003 and 2011 duty hours regulations, how do internal medicine interns spend their time? *J Gen Intern Med* 2013; 28(8). S. 1042–7.
  56. Mamykina L, Vawdrey DK, Hripcsak G. How Do Residents Spend Their Shift Time? A Time and Motion Study With a Particular Focus on the Use of Computers. *Acad Med* 2016; 91(6). S. 827–32.
  57. Wenger N, Méan M, Castioni J, Marques-Vidal P, Waeber G, Garnier A. Allocation of Internal Medicine Resident Time in a Swiss Hospital: A Time and Motion Study of Day and Evening Shifts. *Ann Intern Med* 2017; 166(8). S. 579–86.
  58. Dugdale DC, Epstein R, Pantilat SZ. Time and the patient-physician relationship. *J Gen Intern Med* 1999; 14(Suppl 1). S. 34–40.
  59. Bovier PA, Perneger TV. Predictors of work satisfaction among physicians. *European journal of public health* 2003; 13(4). S. 299–305.
  60. Gothe H, Köster A-D, Storz P, Nolting H-D, Häussler B. Arbeits- und Berufszufriedenheit von Ärzten: Eine Übersicht der internationalen Literatur. *Deutsches Ärzteblatt* 2007; 104(20). 1394-1399.
  61. Rosta J. Arbeidstid og helse henger sammen. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2016; 136(5). S. 461.
  62. Tipping MD, Forth VE, Magill DB, Englert K, Williams MV. Systematic review of time studies evaluating physicians in the hospital setting. *J Hosp Med* 2010; 5(6). S. 353–9.
  63. Becker G, Kempf DE, Xander CJ, Momm F, Olschewski M, Blum HE. Four minutes for a patient, twenty seconds for a relative - an observational study at a university hospital. *BMC health services research* 2010; 10. S. 94.
  64. Rosta J, Aasland OG. Legers arbeidstid og tid til pasientarbeid i perioden 1994 - 2014. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2016; 136(16). S. 1355–9.
  65. Flintrop J. Krankenhäuser zwischen Medizin und Ökonomie: Die Suche nach dem richtigen Maß. *Deutsches Ärzteblatt* 2014; 111(45). A1929-1931.
  66. Hoppock R. *Job satisfaction*. New York: Harper; 1935.
-

67. Locke EA. The nature and causes of job satisfaction. In: Dunnette MD, Hrsg. Handbook of industrial and organizational psychology. Chicago: Rand McNally College Pub. Co; 1976. S. 1297–351.
68. Bruggemann A, Groskurth P, Ulich E. Arbeitszufriedenheit. Bern, Stuttgart, Wien: Huber; 1975. (Schriften zur Arbeitspsychologie Nr. 17).
69. Oechsler WA. Personal und Arbeit: Einführung in die Personalwirtschaft unter Einbeziehung des Arbeitsrechts. 6., völlig überarb. und erw. Aufl. München, Wien: Oldenbourg; 1997. (Oldenbourgs Lehr- und Handbücher der Wirtschafts- und Sozialwissenschaften).
70. Dilcher B, Hammerschlag L, Althoff J. Effiziente Strukturen und attraktive Arbeitsplätze im Krankenhaus? Das muss kein Widerspruch sein! In: Dilcher B, Hammerschlag L, Hrsg. Klinikalltag und Arbeitszufriedenheit: Die Verbindung von Prozessoptimierung und strategischem Personalmanagement im Krankenhaus. 2. Aufl. Wiesbaden: Springer Gabler; 2013. S. 3–20.
71. Fleischer W. Wege aus dem Jammertal: Arbeitszufriedenheit von Klinikärzten. Deutsches Ärzteblatt 2010; 107(22). S. 1131–2.
72. Buxel H. Arbeitsplatzbedingungen und -zufriedenheit von Ärztinnen und Ärzten in Krankenhäusern: Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. Münster: Fachhochschule Münster; 2012.
73. Gawlytta R, Rosendahl J. Was ist Resilienz und wie kann sie gemessen werden? Public Health Forum 2015; 23(4). S. 212–4.
74. Awa WL, Plaumann M, Walter U. Burnout prevention: a review of intervention programs. Patient Educ Couns 2010; 78(2). S. 184–90.
75. Jurkat HB, Reimer C. Arbeitsbelastung und Lebenszufriedenheit bei berufstätigen Medizinern in Abhängigkeit von der Fachrichtung. Schweizerische Ärztezeitung 2001; 82(32/33). S. 1745–50.
76. Marburger Bund. MB-Monitor 2015; 2015 [Stand: 04.04.2022]. Verfügbar unter: <https://www.marburger-bund.de/bundesverband/themen/marburger-bund-umfragen/mb-monitor-2015>.
77. Häder M. Empirische Sozialforschung: Eine Einführung. 4th ed. 2019; 2019.

78. Kelle U. Die Integration qualitativer und quantitativer Methoden in der empirischen Sozialforschung: Theoretische Grundlagen und methodologische Konzepte. 2. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden; 2008.
79. Witt H. Forschungsstrategien bei quantitativer und qualitativer Sozialforschung: Forum Qualitative Sozialforschung / Forum Qualitative Social Research 2(1), Art.8 [Stand: 19.04.2020]. Verfügbar unter: <https://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/969/2114>.
80. Lamnek S, Krell C. Qualitative Sozialforschung. 5., überarb. Aufl. Weinheim: Beltz; 2010. (Grundlagen Psychologie).
81. Kluge S, Kelle U, Heinz WR, Hrsg. Methodeninnovation in der Lebenslaufforschung: Integration qualitativer und quantitativer Verfahren in der Lebenslauf- und Biographieforschung. Weinheim: Juventa-Verl.; 2001. (Statuspassagen und Lebenslauf/ hrsg. von Walter R. Heinz ; Bd. 4).
82. Mayring P. Einführung in die qualitative Sozialforschung: Eine Anleitung zu qualitativem Denken. 6., überarbeitete Auflage. Weinheim, Basel: Beltz; 2016.
83. Flick U. Triangulation. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2011.
84. Ehling M. Konzeption für eine Zeitbudgeterhebung der Bundesstatistik — Methodik: Stichprobenplan, Interview und Tagebuchaufzeichnung. In: Schweitzer Rv, Hrsg. Zeitbudgeterhebungen: Ziele, Methoden und neue Konzepte. Stuttgart: Metzler-Poeschel; 1990. S. 154–68 (Schriftenreihe Forum der Bundesstatistik; vol. 13).
85. Gershuny J. International Comparisons of Time Budget Surveys — Methods and Opportunities. In: Schweitzer Rv, Hrsg. Zeitbudgeterhebungen: Ziele, Methoden und neue Konzepte. Stuttgart: Metzler-Poeschel; 1990. S. 23–53 (Schriftenreihe Forum der Bundesstatistik; vol. 13).
86. Haugg K. Die bisherige Erfassung des Zeitbudgets von Personen und Familien - Zielsetzungen und ausgewählte Forschungsergebnisse. In: Schweitzer Rv, Hrsg. Zeitbudgeterhebungen: Ziele, Methoden und neue Konzepte. Stuttgart: Metzler-Poeschel; 1990. S. 76–87 (Schriftenreihe Forum der Bundesstatistik; vol. 13).
87. Klauber J. Krankenhaus-Report 2016: Schwerpunkt: Ambulant im Krankenhaus ; Mit Online-Zugang. 1. Aufl. s.l.: Schattauer GmbH Verlag für Medizin und Naturwissenschaften; 2016.

88. Kraus T, Zenner J, Mieth M, V Frankenberg M, Mehrabi A, Schemmer P et al. Stellenwert einer allgemeinen chirurgischen Hochschulambulanz für die medizinische Patientenversorgung Eine ergänzende Erhebung zur "Deutschen Hochschulambulanzenstudie". *Der Chirurg; Zeitschrift für alle Gebiete der operativen Medizin* 2005; 76(3). S. 284–300.
89. Ebermann E. *Grundlagen statistischer Auswertungsverfahren*: Universität Wien; 2010 [Stand: 03.06.2020]. Verfügbar unter: <https://www.univie.ac.at/ksa/elearning/cp/quantitative/quantitative-sitemap.html>.
90. Kundt G, Krentz H, Glass Ä. *Epidemiologie und medizinische Biometrie: Eine kurzgefasste übersichtliche Einführung mit Prüfungsfragen und Übungsaufgaben*. 11. überarbeitete Auflage. Aachen: Shaker Verlag; 2016. (Berichte aus der Statistik).
91. Universität Zürich. *Datenanalyse mit SPSS: Zentrale Tendenz*; 2018 [Stand: 03.06.2020]. Verfügbar unter: [https://www.methodenberatung.uzh.ch/de/datenanalyse\\_spss/unterschiede/zentral.html](https://www.methodenberatung.uzh.ch/de/datenanalyse_spss/unterschiede/zentral.html).
92. Bortz J, Döring N. *Qualitative Methoden*. In: Bortz J, Döring N, Hrsg. *Forschungsmethoden und Evaluation*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2006. S. 295–350 (Springer-Lehrbuch).
93. Flick U, Kardorff Ev, Keupp H, Hrsg. *Handbuch qualitative Sozialforschung: Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen*. 2. Auflage. Weinheim: Beltz; 1995. (Grundlagen Psychologie).
94. Helfferich C. *Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. 4. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH Wiesbaden; 2011.
95. Misoch S. *Qualitative Interviews*. Berlin, München, Boston: DE GRUYTER; 2015.
96. Hopf C. *Qualitative Interviews in der Sozialforschung: Ein Überblick*. In: Flick U, Kardorff Ev, Keupp H, Hrsg. *Handbuch qualitative Sozialforschung: Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen*. 2. Auflage. Weinheim: Beltz; 1995. S. 177 (Grundlagen Psychologie).
97. Meuser M, Nagel U. *Das Experteninterview — konzeptionelle Grundlagen und methodische Anlage*. In: Pickel S, Jahn D, Lauth H-J, Pickel G, Hrsg. *Methoden der vergleichenden Politik- und Sozialwissenschaft: Neue Entwicklungen und Anwendungen*. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden; 2009. S. 465–79.

98. Helfferich C. Leitfaden- und Experteninterviews. In: Baur N, Blasius J, Hrsg. Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; 2019. S. 669–86.
99. Bogner A, Littig B, Menz W. Interviews mit Experten. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; 2014.
100. Kaiser R. Qualitative Experteninterviews. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; 2014.
101. Akremi L. Stichprobenziehung in der qualitativen Sozialforschung. In: Baur N, Blasius J, Hrsg. Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; 2019. S. 313–31.
102. Coyne IT. Sampling in qualitative research. Purposeful and theoretical sampling; merging or clear boundaries? *J Adv Nurs* 1997; 26(3). S. 623–30.
103. Patton MQ. Qualitative evaluation and research methods. 2. ed., [Nachdr.]. Newbury Park, Calif.: Sage; 1990.
104. Gerlinger T. Versorgungsbedarf-Leistungserbringung-Leistungsanbieter: Bundeszentrale für politische Bildung; 2014 [Stand: 09.06.2020]. Verfügbar unter: <https://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72010/versorgungsbedarf>.
105. Bertaux D, Hrsg. Biography and society: The life history approach in the social sciences. Beverly Hills, Calif.: Sage; 1981. (Sage studies in international sociology; Bd. 23).
106. Züll C. Offene Fragen. In: GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften, Hrsg. SDM-Survey Guidelines. Mannheim; 2014.
107. Menold N, Bogner K. Gestaltung von Ratingskalen in Fragebögen. In: GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften, Hrsg. SDM-Survey Guidelines. Mannheim; 2014.
108. Krosnick JA, Fabrigar LR. Designing Rating Scales for Effective Measurement in Surveys. In: Lyberg L, Biemer P, Collins M, Leeuw Ed, Dippo C, Schwarz N et al., Hrsg. Survey measurement and process quality. New York, Chichester, Weinheim: Wiley Interscience; 1997. S. 141–64 (Wiley series in probability and statistics Applied probability and statistics).
109. Hill PB. Methoden der empirischen Sozialforschung. In: Kopp J, Steinbach A, Hrsg. Grundbegriffe der Soziologie. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; 2018. S. 301–12.

110. Kuckartz U. Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 3., überarbeitete Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa; 2016. (Grundlagentexte Methoden).
111. Vogel D, Funck BJ. Immer nur die zweitbeste Lösung? Protokolle als Dokumentationsmethode für qualitative Interviews: Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research; 2017 19(1), Art.7. Verfügbar unter: <https://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/2716/4181>.
112. Dresing T, Pehl T, Hrsg. Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse: Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. 8. Auflage. Marburg: Eigenverlag; 2018 [Stand: 06.04.2020].
113. Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse. In: Mey G, Mruck K, Hrsg. Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. 1. Aufl. s.l.: VS Verlag für Sozialwissenschaften (GWV); 2010. S. 601–13.
114. Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse. In: Flick U, Kardorff Ev, Steinke I, Hrsg. Qualitative Forschung: Ein Handbuch. 13. Auflage, Originalausgabe. Reinbek bei Hamburg: rowohlt's enzyklopädie im Rowohlt Taschenbuch Verlag; 2019. S. 468–75 (Rororo Rowohlt's Enzyklopädie; vol. 55628).
115. Mayring P, Fenzl T. Qualitative Inhaltsanalyse. In: Baur N, Blasius J, Hrsg. Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; 2019. S. 633–48.
116. Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. Neuausgabe. s.l.: Beltz Verlagsgruppe; 2010.
117. Gläser J, Laudel G. Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse: Lehrbuch. 4. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag; 2010. (Lehrbuch).
118. Stangl W. Online Lexikon für Psychologie und Pädagogik: Abstraktionsniveau; 2020 [Stand: 22.06.2020]. Verfügbar unter: <https://lexikon.stangl.eu/6911/abstraktionsniveau/>.
119. Weber KM. Methodologische Verortung [Stand: 21.06.2020]. Verfügbar unter: <https://quintexa.de/methodologische-verortung>.
120. Keller D. Statistischer Vergleich von zwei Gruppen; 2013 [Stand: 13.01.2021]. Verfügbar unter: <https://statistik-und-beratung.de/2013/07/statistischer-vergleich-von-zwei-gruppen/>.
121. Cohen J. A power primer. Psychological Bulletin 1992; 112(1). S. 155–9.

122. Baierlein J. Grad der Digitalisierung im Gesundheitswesen im Branchenvergleich – Hinderungsgründe und Chancen. In: Pfannstiel MA, Da-Cruz P, Mehlich H, Hrsg. Digitale Transformation von Dienstleistungen im Gesundheitswesen II. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; 2017. S. 1–11.
123. Bundesgesundheitsministerium. Medizinischer Dienst soll unabhängiger, transparenter und effektiver arbeiten: Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen – MDK-Reformgesetz; 2019 [Stand: 08.05.2022]. Verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/mdk-reformgesetz.html>.
124. Medizinischer Dienst. Fragen und Antworten zur MDK-Reform; 2022 [Stand: 09.05.2022]. Verfügbar unter: <https://www.medizinischerdienst.de/medizinischerdienst/mdk-reform/>.
125. Marburger Bund. MB-Umfrage "Digitales Krankenhaus" 2017; 2017 [Stand: 04.04.2022]. Verfügbar unter: <https://www.marburger-bund.de/mb-umfrage-digitales-krankenhaus-2017>.
126. Simon M. Das DRG-Fallpauschalensystem für Krankenhäuser: Kritische Bestandsaufnahme und Eckpunkte für eine Reform der Krankenhausfinanzierung jenseits des DRG-Systems: Hans Böckler Stiftung; 2020. Working Paper Forschungsförderung 196.
127. Voigt C. Mehr Staat bei Krankenhäusern und Kliniken?; 2022 [Stand: 21.05.2022]. Verfügbar unter: <https://www.mdr.de/nachrichten/deutschland/politik/finanzierung-krankenhaus-system-100.html>.
128. Bühring P, Osterloh F, Reichardt A. Resilienz: Selbstschutz in der Pandemie. Deutsches Ärzteblatt 2021; 118(13). A665–A668.

**VIII. ANHANG**

---

Anhang 1:	Überblick über klinikrelevante Gesetze von 2013 – 2017 .....	95
Anhang 2:	Übersicht Tätigkeitskategorien Beobachtungsprotokoll .....	96
Anhang 3:	Protokoll Zeiterhebungsstudie .....	97
Anhang 4:	Studieninformation Zeiterhebungsstudie .....	100
Anhang 5:	Einwilligungserklärung Zeiterhebungsstudie.....	101
Anhang 6:	Interviewleitfaden .....	102
Anhang 7:	Studieninformation Interviewstudie.....	104
Anhang 8:	Einwilligungserklärung Interviewstudie .....	106
Anhang 9:	Kurzfragebogen .....	107
Anhang 10:	Interviewprotokoll .....	108
Anhang 11:	Transkriptionsregeln nach Dresing & Pehl [112, S. 21 f.].....	109
Anhang 12:	Z-Regeln nach Mayring [116, S. 70].....	110

Anhang 1: Überblick über klinikrelevante Gesetze von 2013 – 2017

<b>2013</b>	<b>Inkrafttreten</b>
Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten	26.02.2013
Gesetz zur Durchführung der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) und zur Änderung weiterer Gesetze	29.03.2013
Gesetz zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und zur Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister (Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz - KFRG)	09.04.2013
Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung inkl. Änderung des Transplantationsgesetzes (Artikel 5d)	01.08.2013
Drittes Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften	13.08.2013
<b>2014</b>	
Gesetz zum Ausbau der Hilfen für Schwangere und zur Regelung der vertraulichen Geburt	01.05.2014
Erstes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Erstes Pflegestärkungsgesetz - PSG I)	19.12.2014
<b>2015</b>	
Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf	01.01.2015
GKV-Finanzstruktur- und Qualitätsweiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG)	01.01.2015
Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz - GKV-VSG)	23.07.2015
Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz - PräVG)	25.07.2015
Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz - HPG)	08.12.2015
Gesetz zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung	10.12.2015
Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen sowie zur Änderung weiterer Gesetze	29.12.2015
<b>2016</b>	
Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz - KHSG)	01.01.2016
Zweites Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz - PSG II)	01.01.2016
EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO)	24.05.2016
Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen	04.06.2016
Gesetz zur Errichtung eines Transplantationsregisters und zur Änderung weiterer Gesetze	01.11.2016
Viertes Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften	24.12.2016
<b>2017</b>	
Drittes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz - PSG III)	01.01.2017
Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)	01.01.2017
Gesetz zur Verbesserung der Handlungsfähigkeit der Selbstverwaltung der Spitzenorganisationen in der gesetzlichen Krankenversicherung sowie zur Stärkung der über sie geführten Aufsicht (GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz)	01.03.2017
Gesetz zur Stärkung der Arzneimittelversorgung in der GKV (GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz - AMVSG)	13.05.2017
Gesetz zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebezubereitungen und zur Änderung anderer Vorschriften	29.07.2017
Rahmenvertrag zum Entlassmanagement	01.10.2017

Anhang 2: Übersicht Tätigkeitskategorien Beobachtungsprotokoll

Kategorie	Inhalt
<i>Teambesprechung/Übergabe</i>	Besprechung mit ärztlichen Kollegen
<i>Telefonat</i>	Telefonische Gespräche bzw. der Versuch, jemanden telefonisch zu erreichen Hinweis: Handelt es sich um ein telefonisches Gespräch mit Angehörigen: zusätzliches Kreuz + Vermerk Telefonat bei <i>Gespräch mit Angehörigen</i>
<i>Arztbrief</i>	Diktieren (Vermerk: diktiert) Überarbeiten am PC (Vermerk: PC) Ausdruck lesen (Vermerk: Papier), bei Unterschrift zusätzlich <i>Doku Akte</i> ankreuzen Hinweis: Sollten während eines Zeitintervalls 2 vers. Arztbrieffähigkeiten geschehen, so werden beide vermerkt.
<i>Doku Akte</i>	Dokumentation bezüglich des Patienten in handschriftlicher Form: Konsilanforderungen, Reha-Anträge, Heimplatzanträge, schriftliche Aufklärungen, Unterschriften seitens des Arztes
<i>Doku PC</i>	Alle elektronischen Dokumentationsformen: Konsilanforderungen am PC, Einträge in elektronische Patientenakte (Visitendokumentation, Anordnungen...), Erstellung der Patientenliste für Röntgendemonstration/Tumorboard
<i>Doku and.</i>	Handschriftliche Notizen auf der Stationsliste/ Übergabeplan für diensthabenden Arzt
<i>Allg. PC-Arbeit – dokufrei</i>	Nutzen des Intra- und Internets Einsicht in elektronische Patientenakte Begutachtung von radiologischen Bildern
<i>Visite</i>	Visite (Extrakategorie)
<i>Vorbereitung Untersuchung/Blutentnahme/pVK</i>	Bereitstellen und Vorbereiten der Utensilien Ankleiden für MRSA-Zimmer
<i>Untersuchung/Blutentnahme/pVK etc.</i>	Selbsterklärend, auch bei Auskultation etc. anzukreuzen (v.a. während Visite)
<i>OP</i>	OP-Tätigkeit
<i>Patientengespräch/Aufklärung</i>	Arzt-Patientengespräche v.a. während Visite Aufklärungs-/Entlassungsgespräche
<i>Gespräch mit Angehörigen</i>	Gespräch mit Angehörigen Hinweis: Handelt es sich um ein telefonisches Gespräch mit Angehörigen: zusätzliches Kreuz bei <i>Telefonat</i> + Vermerk Telefonat bei <i>Gespräch mit Angehörigen</i>
<i>Pause</i>	Pause Toilettengang: „T“ bei <i>Pause</i> eintragen
<i>Sonstiges</i>	Tätigkeiten, die keinen anderen Kategorien zugeordnet werden können <ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Gespräch Pflorgeteam</li> <li>➔ Gespräch Sozialdienst/Physiotherapeuten</li> <li>➔ Akteneinsicht (Papierakte)</li> <li>➔ Botengang (Akten holen/wegbringen)</li> <li>➔ Faxen/Kopieren</li> <li>➔ Gang über Station (Wegezeit)</li> <li>➔ Tee/Kaffee/Snack</li> </ul>



ANHANG

Zeit	Team bespre- chung/ Über- gabe	Te- lefon- at	Arzt- brief	Doku			Allg. PC- Arbeit -dokufrei	V i s i t e	Vorbereitung Untersuch- ung/ Blut- entnahme/ pVK	Unter- suchung Pat./ Blut- entnahme/ pVK etc.	O P	Pat.ge- spräch / Aufklär- ung	Gespräch mit Ange- hörigen	P a u s e	Sonstiges
				A k t e	P C	A n d									
<b>10.00</b>															
.05															
.10															
.15															
.20															
.25															
.30															
.35															
.40															
.45															
.50															
.55															
<b>11.00</b>															
.05															
.10															
.15															
.20															
.25															
.30															
.35															
.40															
.45															
.50															
.55															
<b>12.00</b>															
.05															
.10															
.15															
.20															
.25															
.30															
.35															
.40															
.45															
.50															
.55															
<b>13.00</b>															
.05															
.10															
.15															
.20															
.25															
.30															
.35															
.40															
.45															
.50															
.55															

ANHANG

Zeit	Team besprechung/Übergabe	Telefonat	Arztbrief	Doku			Allg. PC-Arbeit -dokufrei	Visite	Vorbereitung Untersuchung/ Blutentnahme/ pVK	Untersuchung Pat./ Blutentnahme/ pVK etc.	OP	Pat.gespräch / Aufklärung	Gespräch mit Angehörigen	Pausen	Sonstiges
				Akte	PC	And									
14.00															
.05															
.10															
.15															
.20															
.25															
.30															
.35															
.40															
.45															
.50															
.55															
15.00															
.05															
.10															
.15															
.20															
.25															
.30															
.35															
.40															
.45															
.50															
.55															
16.00															
.05															
.10															
.15															
.20															
.25															
.30															
.35															
.40															
.45															
.50															
.55															
17.00															

Anmerkungen:

## Anhang 4: Studieninformation Zeiterhebungsstudie

### **Studieninformation**

Sehr geehrte Ärztin, sehr geehrter Arzt,

Sie sind ausgewählt, an einer Studie zur Dokumentation im Stationsalltag teilzunehmen. Diese Studie ist Bestandteil meiner Promotionsarbeit „Einfluss gesetzlicher Vereinbarungen auf die ärztliche Praxis in regionalen Krankenhäusern“.

#### **Was ist das für eine Studie?**

Es handelt sich hierbei um eine Zeiterhebungsstudie, welche zur Beantwortung folgender Fragestellungen dient:

- Wie viel Arbeitszeit verbringt der Arzt täglich vorm PC?
- Wie viel Zeit entfällt auf den Umgang mit den Patienten?
- Wie umfangreich gestaltet sich der Dokumentationsaufwand?

#### **Wozu dient die Studie?**

Die Studie soll dazu beitragen, die hohe Arbeitsbelastung der Ärzte in Bezug auf Dokumentation darzustellen und quantitative Werte dafür zu ermitteln.

#### **Wie wird die Studie durchgeführt?**

Pro Arzt ist eine Beobachtungszeit von 3x 8h vorgesehen (Di,Mi,Do), in welcher er durch mich hospitiert wird. In einem Protokoll (Ankreuzbogen) werden die Tätigkeiten des Arztes zeitabhängig notiert.

#### **Was heißt das für Sie?**

Sie werden an drei Tagen für jeweils 8 Stunden hospitiert, d.h. von mir bei Ihren ärztlichen Tätigkeiten begleitet. Dabei müssen Sie weder einen erhöhten Arbeitsaufwand noch Behinderungen in Ihrer täglichen Arbeit befürchten.

*Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig. Sie können Ihre Zustimmung jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen.*

#### **Was passiert mit den erhobenen Daten?**

Die gesammelten Daten werden im Rahmen meiner Promotionsarbeit in pseudonymisierter Form elektronisch gespeichert und ausgewertet.

In etwaigen Veröffentlichungen der Studie werden Sie nicht namentlich erwähnt.

Die erhobenen Daten unterliegen den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes in der geltenden Fassung. Sie sind gegen unbefugten Zugriff gesichert und werden nicht an Dritte weitergegeben.

#### **Weitere Fragen?**

Für weitere Fragen zur Studie stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung!

Luisa Pawliczek

Anhang 5: Einwilligungserklärung Zeiterhebungsstudie

**Einwilligungserklärung**

Name:

Geburtsdatum:

Code:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass meine Teilnahme an der Zeiterhebungsstudie „*Dokumentation im Stationsalltag*“ freiwillig erfolgt. Ich bin über die Studie aufgeklärt worden und konnte Fragen stellen, die zufriedenstellend beantwortet wurden. Außerdem habe ich die schriftliche Studieninformation erhalten.

**Ich wurde darüber aufgeklärt und stimme zu, dass meine in der Studie erhobenen Daten in pseudonymisierter Form aufgezeichnet, ausgewertet und ggf. auch in pseudonymisierter Form weitergegeben werden können. Dritte erhalten jedoch keinen Einblick in personenbezogene Unterlagen. Bei der Veröffentlichung von Ergebnissen der Studie wird mein Name ebenfalls nicht genannt.**

Ich bin darüber informiert, dass ich jederzeit und ohne Angabe von Gründen meine Einwilligung widerrufen kann, ohne dass für mich daraus Nachteile entstehen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arzt/Ärztin

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift L.Pawliczek (Studienleiterin)

Anhang 6: Interviewleitfaden

Themenkomplex	Interviewfrage
<p><i>Von 2013 bis 2017 wurden im deutschen Gesundheitssystem weit mehr als 20 Gesetze erlassen, die sich auf die Arbeit in Krankenhäusern auswirken. Das Patientenrechtegesetz vom Februar 2013, das umstrittene Krankenhausstrukturgesetz vom 01.01.2016 oder der Rahmenvertrag zum Entlassmanagement im GKV-VSG seit Oktober 2017 sind nur einige Beispiele der gesetzlichen Verordnungen in den letzten Jahren.</i></p>	
<p><b>Individuelle Meinung bezüglich der allgemeinen Gesetzgebung</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Auswirkungen der Gesetze auf die Qualität der medizinischen Versorgung?</li> <li>➤ Bedeutung für die Fachrichtung?</li> </ul>
<p><i>Das Patientenrechtegesetz wurde erlassen, um im Gesundheitssektor für mehr Rechtssicherheit zu sorgen. Die vorher bereits bestehende ärztliche Dokumentationspflicht fand Einzug ins Bürgerliche Gesetzbuch. Spezielle Regelungen zur Dokumentation und Akteneinsicht, die Informations- und Aufklärungspflicht sowie die Beweislastregel für Ärzte sind dafür nur beispielhafte Auszüge.</i></p>	
<p><b>Patientenrechtegesetz</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Vor- und Nachteile?</li> <li>➤ Bedeutung für den Patienten (positiv/negativ)?</li> <li>➤ Veränderungen Arzt-Patienten-Verhältnis?</li> <li>➤ Konsequenzen für die Krankenhausverwaltung?</li> </ul>
<p><i>Mit dem Beitragsschuldengesetz vom 01. August 2013 wurde der MDK beauftragt, die Abrechnung von Pflegesätzen und Fehlbelegungen der Krankenhäuser zu kontrollieren. Die Einhaltung des §17c KHG (kein Patient wird stationär aufgenommen, der keine stationäre Behandlung benötigt) sowie die Abrechnung der Fallpauschalen werden durch den MDK seitdem kritisch überprüft und hinterfragt.</i></p>	
<p><b>Beitragsschuldengesetz</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Persönliche Beurteilung des Gesetzes?</li> <li>➤ Auswirkungen krankenhausintern?</li> <li>➤ Folgen für die Klinikverwaltung?</li> <li>➤ Bedeutung für den Patienten?</li> <li>➤ Konfliktpotenzial?</li> </ul>
<p><i>Die ärztliche Dokumentation ist fest im Patientenrechtegesetz als auch im Krankenhausstrukturgesetz verankert. Sie ist ein wichtiger Bestandteil im täglichen Umgang mit den Patienten als auch im Bereich der Qualitätssicherung.</i></p>	
<p><b>Dokumentation + Digitalisierung</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Schätzfrage: Täglicher Zeitaufwand für Dokumentation?</li> <li>➤ Digitalisierung als Möglichkeit der Arbeitsaufwandverringereung?</li> </ul>
<p><i>Das E-Health-Gesetz, in Kraft getreten am 29. Dezember 2015, hat das Ziel, die Digitalisierung im Gesundheitswesen voranzutreiben. Wesentliche Punkte sind die Einführung des elektronischen Medikationsplanes und notfallrelevanter medizinischer Informationen auf der eGK, Förderung des eArztbriefes und der elektronischen Patientenakte.</i></p>	
<p><b>E-Health-Gesetz + Digitalisierung</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Persönliche Einstellung zur Digitalisierung?</li> <li>➤ Erleichterungen/Hindernisse/Probleme?</li> <li>➤ Bedeutung für den Patienten?</li> <li>➤ Auswirkungen auf das Krankenhausmanagement?</li> </ul>

Themenkomplex	Interviewfrage
<p><i>Durch das Krankenhausstrukturgesetz vom 01.01.2016 wurde der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) noch umfassender in die Weiterentwicklung und Stärkung der Qualitätssicherung eingebunden. Dadurch soll die Qualität der medizinischen Versorgung gewährleistet und Kliniken vergleichbar werden.</i></p>	
<p><b>Krankenhausstrukturgesetz Qualitätssicherung</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Auswirkungen auf Klinikalltag?</li> <li>➤ Positive Veränderungen auf Verwaltungsebene?</li> </ul>
<p><i>Seit der G-BA Qualitätsmanagementrichtlinie, in Kraft getreten am 16.11.2016, gibt es grundsätzliche Anforderungen an ein internes Qualitätsmanagement. Dies soll die Patientenversorgung verbessern und zur Organisationsentwicklung beitragen.</i></p>	
<p><b>Qualitätsmanagement/G-BA Zertifizierung</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Qualitätsmanagement + Bedeutung für Fachbereich?</li> <li>➤ Vor- und Nachteile der Qualitätssicherung?</li> <li>➤ Bedeutung für den Patienten?</li> <li>➤ Bewertung der Zertifizierung + Bedeutung für die Ärzteschaft?</li> </ul>
<p><i>Seit dem 1.Oktober 2017 sind Krankenhäuser verpflichtet, für ihre Patienten nach dem stationären Aufenthalt ein Entlassmanagement zu organisieren.</i></p>	
<p><b>Entlassmanagement</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Persönliche Meinung zum Rahmenvertrag?</li> <li>➤ Mehraufwand? Inwiefern? Zeitumfang?</li> <li>➤ Einfluss auf die Nachsorge des Patienten? Veränderungen der Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten?</li> </ul>
<p><i>Die EU-Datenschutzgrundverordnung, die bereits im Mai 2016 in Kraft getreten ist, findet nun seit dem 25.05.2018 Anwendung.</i></p>	
<p><b>EU-DSGV</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Vor- und Nachteile?</li> <li>➤ Folgen für Krankenhausverwaltung?</li> <li>➤ Bedeutung für den Patienten?</li> </ul>
<p><i>Stellen Sie sich vor, Sie hätten persönlich Einfluss auf die Gesetzgebung.</i></p>	
<p><b>Persönliche Vorstellungen</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Änderungswünsche?</li> <li>➤ Was sollte so bleiben?</li> </ul>

## Anhang 7: Studieninformation Interviewstudie

### **Studieninformation**

#### **Sehr geehrte Ärztin, sehr geehrter Arzt,**

Sie sind ausgewählt, an einem Interview zum Thema „*Einfluss gesetzlicher Vereinbarungen auf die ärztliche Praxis in regionalen Krankenhäusern*“ im Rahmen meiner Promotionsarbeit teilzunehmen.

#### **Was ist das für eine Studie?**

Diese vorwiegend qualitative Interviewstudie soll untersuchen, welche Auswirkungen sechs ausgewählte Gesetze der Jahre 2013 bis 2017 auf die tägliche Arbeit von Ärzten und Ärztinnen im stationären Bereich haben. Dazu sollen Ärzte/Ärztinnen verschiedener Fachrichtungen, Positionen und Altersgruppen aus Krankenhäusern unterschiedlicher Versorgungsstufen interviewt und später verglichen werden.

#### **Fragestellungen:**

- Welche Auswirkungen haben ausgewählte Gesetze auf die Qualität der medizinischen Versorgung?
- Resultieren aus den Verordnungen Veränderungen im täglichen Arbeitsablauf/ für das Arzt-Patienten-Verhältnis?
- Wie bewerten die Ärzte die einzelnen Gesetze hinsichtlich Vor- und Nachteilen, Bedeutung für die Patienten und für die Krankenhausverwaltung?
- Was bedeutet das Ganze für die Zufriedenheit der Mediziner?
- Wie unterscheiden sich die Ansichten der Ärzte in Abhängigkeit von der Versorgungsstruktur des Krankenhauses?

#### **Wozu dient die Studie?**

Die Studie soll darüber Aussagen treffen, wie Klinikärzte und –ärztinnen ausgewählte Gesetze und deren Auswirkungen auf die tägliche Stationsarbeit beurteilen. Auch möchten wir Aussagen darüber treffen, wie zufrieden die Ärzte der regionalen Krankenhäuser sind und auf eventuelle Missstände aufmerksam machen.

#### **Wie wird die Studie durchgeführt?**

Es wird ein leitfadenorientiertes Interview durchgeführt, welches im direkten Gespräch mit dem Teilnehmer stattfindet. Die Befragung wird elektronisch aufgezeichnet und im Anschluss in eine schriftliche Form transkribiert und ausgewertet.

### **Was heißt das für Sie?**

Im Rahmen des Interviews werden Sie zu 10 Themenkomplexen befragt und das Gespräch mittels elektronischer Medien aufgezeichnet. Die Interviewdauer beläuft sich auf circa 25 – 30 Minuten. Hierfür sind keine juristischen Vorkenntnisse erforderlich. Anschließend füllen Sie noch einen Kurzfragebogen aus.

*Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig. Sie können Ihre Zustimmung jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen.*

### **Was passiert mit den erhobenen Daten?**

Im Anschluss an das Gespräch wird das aufgenommene Interview in eine schriftliche Form transkribiert, in pseudonymisierter Form elektronisch gespeichert und im Rahmen meiner Promotionsarbeit ausgewertet.

In etwaigen Veröffentlichungen der Studie werden Sie nicht namentlich erwähnt.

Die erhobenen Daten unterliegen den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes in der geltenden Fassung. Sie sind gegen unbefugten Zugriff gesichert und werden nicht an Dritte weitergegeben.

### **Weitere Fragen?**

Für weitere Fragen zur Studie stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung!

Luisa Pawliczek

Anhang 8: Einwilligungserklärung Interviewstudie

**Einwilligungserklärung**

Name:

Geburtsdatum:

Code:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass meine Teilnahme an dem Interview *„Einfluss gesetzlicher Vereinbarungen auf die ärztliche Praxis in regionalen Krankenhäusern“* freiwillig erfolgt. Ich bin über die Studie aufgeklärt worden und konnte Fragen stellen, die zufriedenstellend beantwortet wurden. Außerdem habe ich die schriftliche Studieninformation erhalten.

**Ich wurde darüber aufgeklärt und stimme zu, dass meine in der Studie erhobenen Daten in pseudonymisierter Form aufgezeichnet, ausgewertet und ggf. auch in pseudonymisierter Form weitergegeben werden können. Dritte erhalten jedoch keinen Einblick in personenbezogene Unterlagen. Bei der Veröffentlichung von Ergebnissen der Studie wird mein Name ebenfalls nicht genannt.**

Ich bin darüber informiert, dass ich jederzeit und ohne Angabe von Gründen meine Einwilligung widerrufen kann, ohne dass für mich daraus Nachteile entstehen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arzt/Ärztin

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift L.Pawliczek (Studienleiterin)

Anhang 9: Kurzfragebogen

**Kurzfragebogen zur Interviewerhebung**

„Einfluss gesetzlicher Vereinbarungen auf die ärztliche Praxis in regionalen Krankenhäusern“

Identifizierungscode:

Geschlecht:  Männlich  Weiblich

Alter:  <30 J.  30 – 45 J.  46 – 60 J.  >60 J.

Fachrichtung:

Position:

Als Arzt/Ärztin tätig seit: \_\_ / \_\_\_\_ (Monat/Jahr)

Wie zufrieden sind Sie momentan in Bezug auf Ihre tägliche Arbeit?

sehr unzufrieden	unzufrieden	eher unzufrieden	eher zufrieden	zufrieden	sehr zufrieden
------------------	-------------	------------------	----------------	-----------	----------------

Wie bewerten Sie zurzeit den Umgang mit Patienten?

ungenügend	mangelhaft	ausreichend	befriedigend	gut	sehr gut
------------	------------	-------------	--------------	-----	----------

Wie beurteilen Sie aktuell den Dokumentationsaufwand?

zu hoch	hoch	eher hoch	eher gering	gering	zu gering
---------	------	-----------	-------------	--------	-----------

Wodurch wird Ihre Zufriedenheit im Stationsalltag bedingt? *Bitte stichpunktartig notieren.*

**Vielen Dank für Ihre Teilnahme!**

Anhang 10: Interviewprotokoll

**Protokollbogen**

*„Einfluss gesetzlicher Vereinbarungen auf die ärztliche Praxis in regionalen Krankenhäusern“*

Interviewnummer:

Datum:

Identifizierungscode:

Dauer des Interviews:

Ort/Räumlichkeit:

Der Befragte wirkte:

aufmerksam

gelassen

aufgeschlossen

unkonzentriert

gestresst/nervös

desinteressiert

Sonstiges:

Gesprächsatmosphäre:

angenehm

locker

angespannt

unruhig

Sonstiges:

Gab es Probleme bei bestimmten Fragen?

ja

nein

Wenn ja, bei welchen und warum?

Wurde das Gespräch unterbrochen?

ja

nein

Wenn ja, wodurch?

Anhang 11: Transkriptionsregeln nach Dresing & Pehl [112, S. 21 f.]

1. Es wird wörtlich transkribiert, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend.
2. Wortverschleifungen werden an das Schriftdeutsch angenähert. „So ´n Buch“ wird zu „so ein Buch“ und „hamma“ wird zu „haben wir“. Die Satzform wird beibehalten, auch wenn sie syntaktische Fehler beinhaltet, z.B.: „Bin ich nach Kaufhaus gegangen.“
3. Dialekte werden möglichst wortgenau ins Hochdeutsche übersetzt. Wenn keine eindeutige Übersetzung möglich ist, wird der Dialekt beibehalten, z.B.: „Ich gehe heuer auf das Oktoberfest.“
4. Umgangssprachliche Artikel wie „gell, gelle, ne“ werden transkribiert.
5. Stottern wird geglättet bzw. ausgelassen, abgebrochene Wörter werden ignoriert. Wortdoppelungen werden nur erfasst, wenn sie als Stilmittel zur Betonung genutzt werden: „Das ist mir sehr, sehr wichtig.“
6. Halbsätze, denen die Vollendung fehlt, werden mit dem Abbruchzeichen „/“ gekennzeichnet.
7. Interpunktion wird zugunsten der Lesbarkeit geglättet, d.h., bei kurzem Senken der Stimme oder nicht eindeutiger Betonung wird eher ein Punkt als ein Komma gesetzt. Sinneinheiten sollten beibehalten werden.
8. Rezeptionssignale wie „hm, aha, ja, genau“, die den Redefluss der anderen Person nicht unterbrechen, werden nicht transkribiert. Sie werden dann transkribiert, wenn sie als direkte Antwort auf eine Frage genannt werden.
9. Pausen ab ca. 3 Sekunden werden durch (...) markiert.
10. Besonders betonte Wörter oder Äußerungen werden durch VERSALIEN gekennzeichnet.
11. Jeder Sprecherbeitrag erhält eigene Absätze. Zwischen den Sprechern gibt es eine freie, leere Zeile. Auch kurze Einwürfe werden in einem separaten Absatz transkribiert. Mindestens am Ende eines Absatzes werden Zeitmarken eingefügt.
12. Emotionale nonverbale Äußerungen der befragten Person und des Interviewers, welche die Aussage unterstützen oder verdeutlichen (wie lachen oder seufzen), werden beim Einsatz in Klammern notiert.
13. Unverständliche Wörter werden mit „(unv.)“ gekennzeichnet. Längere unverständliche Passagen werden möglichst mit der Ursache versehen: „(unv., Mikrofön rauscht)“. Vermutet man einen Wortlaut, wird die Passage mit einem Fragezeichen in Klammern gesetzt, z.B. „(Axt?)“. Unverständliche Stellen werden mit einer Zeitmarke versehen, wenn innerhalb von einer Minute keine weitere Zeitmarke gesetzt ist.
14. Die interviewende Person wird durch ein „I:“, die befragte Person durch ein „B:“ gekennzeichnet. Bei mehreren Interviewpartnern (z.B. Gruppendiskussion) wird dem Kürzel „B“ eine entsprechende Kennnummer oder ein Name zugeordnet („B1:“, „Peter:“).
15. Das Transkript wird als Rich Text Format (RTF-Datei) gespeichert. Die Benennung der Datei erfolgt entsprechend dem Mediendateinamen (ohne Endung wav, mp3), beispielsweise: Interview\_04022011.rtf oder Interview\_schmitt.rtf.

Anhang 12: Z-Regeln nach Mayring [116, S. 70]

**Z1: Paraphrasierung**

- Z1.1: Streiche alle nicht (oder wenig) inhaltstragenden Textbestandteile wie ausschmück-ende, wiederholende, verdeutlichende Wendungen!
- Z1.2: Übersetze die inhaltstragenden Textstellen auf eine einheitliche Sprachebene!
- Z1.3: Transformiere sie auf eine grammatikalische Kurzform!

**Z2: Generalisierung auf das Abstraktionsniveau**

- Z2.1: Generalisiere die Gegenstände der Paraphrasen auf die definierte Abstraktions-ebene, so dass die alten Gegenstände in den neu formulierten impliziert sind!
- Z2.2: Generalisiere die Satzaussagen (Prädikate) auf die gleiche Weise!
- Z2.3: Belasse die Paraphrasen, die über dem angestrebten Abstraktionsniveau liegen!
- Z2.4: Nimm theoretische Vorannahmen bei Zweifelsfällen zu Hilfe!

**Z3: Erste Reduktion**

- Z3.1: Streiche bedeutungsgleiche Paraphrasen innerhalb der Auswertungseinheiten!
- Z3.2: Streiche Paraphrasen, die auf dem neuen Abstraktionsniveau nicht als wesentlich inhaltstragend erachtet werden!
- Z3.3: Übernehme die Paraphrasen, die weiterhin als zentral inhaltstragend erachtet werden (Selektion)!
- Z3.4: Nimm theoretische Vorannahmen bei Zweifelsfällen zu Hilfe!

**Z4: Zweite Reduktion**

- Z4.1: Fasse Paraphrasen mit gleichem (ähnlichem) Gegenstand und ähnlicher Aussage zu einer Paraphrase (Bündelung) zusammen!
- Z4.2: Fasse Paraphrasen mit mehreren Aussagen zu einem Gegenstand zusammen (Konstruktion/Integration)!
- Z4.3: Fasse Paraphrasen mit gleichem (ähnlichem) Gegenstand und verschiedener Aussage zu einer Paraphrase zusammen (Konstruktion/Integration)!
- Z4.4: Nimm theoretische Vorannahmen bei Zweifelsfällen zu Hilfe!

**IX. EIDESSTÄTLICHE VERSICHERUNG**

---

Ich versichere eidesstattlich durch eigenhändige Unterschrift, dass ich die Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus Veröffentlichungen entnommen sind, habe ich als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit ist noch nicht veröffentlicht und ist in gleicher oder ähnlicher Weise noch nicht als Studienleistung zur Anerkennung oder Bewertung vorgelegt worden. Ich weiß, dass bei Abgabe einer falschen Versicherung die Prüfung als nicht bestanden zu gelten hat.

Rostock

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Vollständige Unterschrift)

**X. DANKSAGUNG**

---

Zuallererst möchte ich mich bei meinem Doktorvater Herrn Prof. Dr. med. habil. Hans-Christof Schober für die Vergabe des Themas und die Ermöglichung dieser Dissertation sowie die Betreuung und Unterstützung während des gesamten Forschungsprozesses bedanken.

Weiterer Dank gilt Frau Änne Glass sowie Frau Anne Hornung vom Institut für Biostatistik und Informatik in Medizin und Altersforschung der Universitätsmedizin Rostock, Frau Monique Neubauer vom Institut für Allgemeine Pädagogik und Sozialpädagogik der Universität Rostock sowie Frau Dr. rer. pol. Christina Westphal vom Max-Planck-Institut für demografische Forschung Rostock, für die Statistik- und Methodenberatung anlässlich beider Studienvorhaben.

Ebenso möchte ich Frau Runa Schmidt, Qualitäts- und Risikomanagementbeauftragte, und Frau Dorit Große-Freese, Juristin, vom Klinikum Südstadt Rostock für die Unterstützung bei der Auswahl bedeutender gesetzlicher Verordnungen im Rahmen der Interviewstudie danken.

Großer Dank gilt den Ärztinnen und Ärzten, die an der Interview- und Zeiterhebungsstudie teilgenommen haben. Ohne ihr Engagement wäre diese Arbeit niemals zu Stande gekommen.

Ich möchte mich ebenfalls bei meiner Familie für die liebevolle, bedingungslose Unterstützung während des gesamten Studiums und bei der Fertigstellung der Dissertation bedanken. Besonderer Dank gilt meiner Mutter sowie meiner Schwester für das Korrekturlesen. Ihr Interesse und Durchhaltevermögen haben maßgeblich zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen.

Ganz besonders möchte ich mich bei meinem Lebensgefährten bedanken, welcher mich durch alle Höhen und Tiefen von Studium und Dissertation begleitet hat. Er gab mir in stürmischen Zeiten stets Rückhalt und mit unserem gemeinsamen Sohn die notwendige Motivation, die Arbeit zeitnah fertigzustellen.

**XI. CURRICULUM VITAE**

---

*Der Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.*