

DGAUM / DGPM/DKPM-SATELLITEN-SYMPOSIUM

MACHT KRANKENHAUS KRANK?

Gesundheitsförderliche
und krankmachende Bedingungen
im Klinikalltag –
für Mitarbeiter und deren Patienten



9.3.2018

10:00 - 12:30 Uhr

Hörsaal Klinikum Großhadern

Zusammenfassung DGAUM / DGPM – Satellitensymposium:

MACHT KRANKENHAUS KRANK?

REFERENTEN UND VORSITZENDE

Prof. Dr. med. Peter Angerer
Institut für Arbeits-, Sozial- und
Umweltmedizin
Heinrich Heine Universität Düsseldorf

Sabine Dittmar, MdB
Gesundheitspolitische Sprecherin der
SPD-Bundestagsfraktion

Prof. Dr. phil. Nico Dragano
Institut für Medizinische Soziologie
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Prof. Dr. med. Harald Gündel
Ärztlicher Direktor
Klinik für Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm

Prof. Dr. med. Karl-Walter Jauch
Ärztlicher Direktor
Klinikum der Universität München

Prof. Dr. med. Dennis Nowak
Institut und Poliklinik für Arbeits-, Sozial-
und Umweltmedizin
WHO Collaborating Centre for Occupational
Health
Klinikum der Universität München

Dr. med Imad Maatouk
Zentrum für Psychosoziale Medizin
Universitätsklinikum Heidelberg

Prof. Dr. phil Andreas Müller
Arbeits- und Organisationspsychologie
Fakultät für Bildungswissenschaften
Universität Duisburg-Essen

Prof. Dr. rer. soc. Jochen Schweitzer-Rothers
Außerplanmäßiger Professor, stellvertretender
Institutsleiter, Leiter der Sektion Medizinische
Organisationspsychologie
Universitätsklinikum Heidelberg

PD Dr. phil. Dipl.-Psych. Matthias Weigl
Senior Researcher
Institut für Arbeits-Sozial-und-Umweltmedizin
Klinikum der Universität München

Jörgen Wißler
Geschäftsführer der Asklepios Lungenfach-
klinik München-Gauting

Jürgen Lippl
Gewerkschaftssekretär bei ver.di (trade union)

Ekkehard Ellmann
Leiter des Bereiches stationäre Krankenver-
sorgung bei der AOK Bayern

Dr. med. Manuela Zapf
Leitende Betriebsärztin
Fachärztin für Arbeitsmedizin und Innere
Medizin, Klinikum Augsburg

■ Das Satellitensymposium verfolgte im Kern zwei Fragestellungen:

1. Wie ist es aktuell möglich, gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen im Krankenhaus zu schaffen?
2. Wie sehen die Rahmenbedingungen der Finanzierung im Krankenhausbereich aus, und wie stehen diese im internationalen Vergleich?

In einem Eingangsstatement / Erfahrungsbericht aus der Praxis lenkte Frau Dr. M. Zapf, leitende Betriebsärztin am Klinikum Augsburg, die Aufmerksamkeit auf eine verdoppelte Burnoutrate von Ärzten gegenüber vergleichbar qualifizierten Berufsgruppen, thematisierte aber besonders die hohe Krankheitsrate bei Mitarbeitern der Pflege anhand der Daten des BKK Gesundheitsatlas 2017:

“Gesundheit und Arbeit – Blickpunkt Gesundheitswesen“. Es brauche weniger körperliche, psychische und emotionale Belastungen, um bis zum Rentenalter im Krankenhaus arbeiten zu können („Edelstahl statt altes Eisen“).

■ Forschungsteil:

Peter Angerer / Arbeitsmedizin Düsseldorf

bestätigte, dass auch evidenzbasiert das Risiko für eine psychische Erkrankung bei Ärzten und Pflegekräften mindestens verdoppelt ist. Er wies auf einen weiteren sehr gut abgesicherten Zusammenhang hin: Gute Arbeitsbedingungen haben einen direkten Einfluss auf die Behandlungsqualität. Er stellte innovative und hochstrukturierte Programme zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen am Beispiel der Mayo-Klinik in Rochester vor: Hier würden alle Schritte eines gut geplanten mehrstufigen Betrieblichen Gesundheitsmanagements zudem immer wissenschaftlich evaluiert und publiziert (Shanafelt & Noseworthy, 2017).

Harald Gündel / Psychosomatik Ulm

wies auf eine besondere Verletzlichkeit einer größeren Untergruppe von Klinikmitarbeitern hin: Durch eine persönliche idealistische Grundeinstellung würden bei sich verdichtenden Arbeitsbedingungen leicht eigene Leistungsgrenzen dauerhaft überschritten, was gerade in der Pflege zu einer Fülle chronischer Erkrankungen und einem verfrühten Ausscheiden aus dem Beruf führen könne.

Er stellte das 2017 gestartete BMBF-Verbundprojekt SEEGEN (See-lische Gesundheit am Arbeitsplatz Krankenhaus) vor, dessen Ziel die bestmögliche und evidenzbasierte Förderung von Gesundheit bei Krankenhausbeschäftigten unterschiedlicher Berufsgruppen durch eine komplexe Intervention (gleichzeitiger Fokus auf verschiedenen Lebensphasen und Hierarchiestufen innerhalb eines Krankenhauses) ist.

Das Projekt hat zwei Ziele: Zum einen den empirischen Nachweis der Wirksamkeit von Betrieblicher Gesundheitsförderung im Setting Krankenhaus. Zum anderen auch, viele klinische („qualitative“) Eindrücke, die im Verlauf der dsbzgl. vermutlich europaweit größten Studie in mindestens fünf Kliniken unterschiedlicher Versorgungsintensität und Trägerschaft gesammelt werden, gegen Ende der Studie mit den sog. Gesamtsystemgestaltern des deutschen Krankenhauswesens zu diskutieren und innovative Lösungen vorzuschlagen.

Imad Maatouk / Heidelberg und Andreas Müller / Duisburg-Essen

diskutierten die Herausforderungen, die sich durch den demografischen Wandel für die Pflege im Krankenhaus ergeben. Durch die Alterung der Gesellschaft werden zukünftig weniger und ältere Pflegekräfte eine stetig ansteigende Zahl von Patienten versorgen müssen. Ältere Beschäftigte bringen umfassendes Fachwissen und hohe soziale und emotionale Kompetenzen in Ihre Arbeit ein. Aufgrund von altersbedingten Leitungsveränderungen und einem mit dem Alter ansteigendem Risiko chronisch zu erkranken, sind ältere Beschäftigte aber

auch vulnerabler. Wichtiger denn je sind systematische Weiterbildungen und ein moderner Arbeits- und Gesundheitsschutz im Krankenhaus, um vorzeitige Altersverluste zu vermeiden. Die Vortragenden stellten darüber hinaus ermutigende Studienergebnisse einer Interventionsstudie zum Thema „Gesund-Älter-Werden in der Pflege“ vor (s.u.). Ein wesentliches Ziel dabei ist es, aktiv eine adaptive Veränderung der Arbeitsprofile von Menschen bei der Gestaltung Ihrer Alterungsprozesse zu unterstützen.

Jochen Schweitzer-Rothers, Medizinspsychologe aus Heidelberg

berichtete aus dem präventiven Seminar Dilemmakompetenztraining, dessen Zielgruppe mittlere Führungskräfte im Krankenhausbetrieb sind (Oberärzte, Stationsleitungen, Bereichsleitungen in Verwaltung und Service). Diese prägen das tägliche Klima und die von Mitarbeitern erlebte Führungsqualität in Organisationen spürbarer als obere Führungskräfte. Dilemmata, auf Deutsch Zwickmühlen, sind Entscheidungen zwischen entgegengesetzten Werten und Optionen, für die es keine allseits befriedigenden Lösungen gibt. Im Krankenhaus müssen Führungskräfte oft schwierige Entscheidungen zwischen den gegenläufigen Polen Krankenhaus-Finanzien und Patienten-Behandlungsqualität, Selbstfürsorge und Aufopferung für Patienten, sowie zwischen den unterschiedlichen Interessen der Berufsgruppen Medizin, Pflege, Verwaltung und Service treffen. Ziel sei, eine solche Dualität als systemimmanent unvermeidlich zu akzeptieren und eine eigene, individuelle Balance aktiv zu finden. Hierfür seien ein organisationstheoretisches Verständnis der eigenen Rolle im Krankenhaus, der eigenen Werte, Entscheidungsprämissen und Stressreaktionsmuster als innerer Wegweiser sowie von Verhandlungskompetenzen zentral wichtig, die in den Trainings vermittelt werden sollen.

Mathias Weigl / Arbeitsmedizin München

erläuterte verschiedene erfolgreiche organisationsbezogene Interventionen innerhalb von Arbeitsbereichen und Kliniken durch praktische Beispiele. Die Grundidee dieser verhältnis- bzw. strukturbezogenen

Ansätze: die Beschäftigten selbst sind Experten Ihrer Tätigkeit.

Das Ziel einer beteiligungsorientierten Intervention auf organisationaler Ebene ist es, diese Kenntnisse zur Verbesserung ihrer eigenen Arbeitsbedingungen „ins Boot zu holen“. Dabei zeigt sich immer wieder, dass es nie „die eine ideale Lösung“ im Arbeitsablauf und Organisationsgestaltung in Krankenhaus und Arztpraxis gibt. Zumeist ist ein organisationsspezifisches, gemeinsam erarbeitetes Bündel von Maßnahmen und deren längerfristige Umsetzung erforderlich. Diese strukturellen Maßnahmen gehen zumeist mit mittleren Effekten einher, gleichwohl mit zunehmendem Nachweis positiver Wirksamkeit in der Literatur. Allein die Kombination mit individuellen Ansätzen wie Stressprävention oder Gesundheitsverhalten bleibt eine Leerstelle, wo zukünftige Maßnahmen und Interventionen stärker auch durch wissenschaftliche Begleitungen Evidenz schaffen sollten.

Nico Dragano, Medizinsoziologe aus Düsseldorf

stellte die aktuelle Lage in den Krankenhäusern in den Kontext der Entwicklung der Krankenhausfinanzierung. Im internationalen Vergleich hat Deutschland einen umfangreichen Krankenhausesektor. Um Betten zu reduzieren, wird derzeit aber weniger politisch gesteuert, als vielmehr eine teils verdeckte Marktsteuerung durch ökonomischen Druck praktiziert.

Eine Komponente ist der konstante Rückgang der Investitionsförderung durch die Bundesländer. Fehlende Investitionsmittel müssen entweder aus den Einnahmen der Krankenbehandlung (durch Fallarbeit) oder durch Kredite (folglich Verschuldung und spätere Rückzahlung, ebenfalls aus Falleinnahmen) finanziert werden. Die Fallpauschalen enthalten aber keinen adäquaten Ausgleich für Investitionsmittel. Hinzu kommen strukturelle Finanzierungsprobleme durch die Konstruktion der Fallpauschalen und Fehlanreize, wie z.B. Anreize für eine Mengenausweitung. In der Folge all dieser Prozesse könnte auch eine Intensivierung der Krankenhausarbeit mit Zeitdruck und steigenden psychischen Belastungen stehen. Betroffen sind alle Berufsgruppen,

besonders aber die Pflege, bei der sich die Personalsituation immer weiter verschärft hat. Eine Korrektur von Fehlsteuerungen, eine Reform der Krankenhausplanung und der Investitionskostenfinanzierung könnten auf politischer Ebene für Entlastung sorgen.

■ Praktischer Teil / Perspektiven zentraler Akteure und der Gesamtsystemgestalter

Jörgen Wißler, Geschäftsführer der Lungenfachklinik München-Gauting

betonte aus praktischer wirtschaftlicher Erfahrung an mehreren Klinik-Standorten die zentrale Rolle der Führungskräfte sowohl für Gesundheit und Engagement der Mitarbeiter als auch für die Behandlungsqualität einer Klinik. Er stellte ein sehr ausgefeiltes Programm zur Verbesserung von Mitarbeiterzufriedenheit und -gesundheit vor. Dies beinhaltet u.a. regelmäßige Team-Supervision und Einzel-Coaching, aber auch Wohnraumbeschaffung, Mutter-Kind-Büros, von der Klinik initiierte Kinderkrippen an Feiertagen und Wochenenden sowie regelmäßige Mitarbeitergespräche. Nicht die Klinik mache krank sondern mangelnde Ressourcen und nicht funktionierende Strukturen, gekoppelt mit antiquiertem Führungsverhalten. Zentral sei, Controllingdaten zur Mitarbeitergesundheit und -zufriedenheit häufiger, evtl. sogar monatlich zu erheben (technisch sei dies inzwischen einfach), analog zu finanzbezogenen Controllingdaten.

Auch Karl-Walter Jauch, Ärztlicher Direktor des Klinikums der Universität München,

unterstrich ebenfalls, dass für die einzelnen Kliniken die Führungskultur entscheidend sei. Davon hänge die Behandlungsqualität, aber auch die Zufriedenheit der Mitarbeiter als auch die Wirtschaftlichkeit der Einzelklinik ab. Er zeigte sich zuversichtlich, dass durch Konzentration auf wenige Häuser (ca. 800) die Arbeitsbelastung durch Dienste bewirkt, dass die Attraktivität und Arbeitszufriedenheit bei den Fachkräften den Beruf wieder attraktiver macht.

Jürgen Lippl, ver.di Baden-Württemberg,

vertritt die Meinung, dass die Mittel, die einem Krankenhaus aktuell zur Verfügung stehen, nicht ausreichen: Seit die Personalbemessungszahlen ausgesetzt worden seien, seien zwar die Ärztezahlen absolut gestiegen, die Pflegestellen seien aber erheblich reduziert worden. International gesehen gebe es in Deutschland europaweit am wenigsten Pflegekräfte pro Patient. Es brauche klare Vorgaben zur bedarfsgerechten Personalbemessung und Regelungen für den Fall der Unterschreitung. Personalkosten müssten außerhalb des DRG Systems kalkuliert werden, sonst werde es immer weniger Personal für die gleiche Arbeit. 52% der Pflegekräfte würden in Teilzeit arbeiten, viele würden einen höheren Stellenanteil unter den aktuellen Arbeitsbedingungen nicht aushalten und nebenher noch Nebentätigkeiten ausüben. Hier gebe es eine wesentliche hebbare Personalressource.

Ekkehard Ellmann, Leiter des Bereiches stationäre Krankenversorgung bei der AOK Bayern,

sprach davon, dass sich die Krankenhausfinanzierung in Deutschland in einer sehr widersprüchlichen Situation befinde: Von 2011-2017 habe die AOK Bayern > 20% mehr ausgegeben. Gleichzeitig sei die Investitionsmittelfinanzierung der Länder kontinuierlich reduziert worden. Bei immer geringeren Investitionsmitteln steige der Druck auf die Betriebsmittel immer weiter. D.h., Klinikinvestitionen müssten aus Behandlungserträgen finanziert werden, wofür diese aber nicht kalkuliert wären. Daher müsse zusätzlich gespart und rationalisiert werden. Antragstellung zur Generierung von Investitionsmitteln muss vereinfacht werden. Allein in Bayern gebe es 414 Krankenhäuser, davon 367 Plankrankenhäuser. Die Anzahl sei fragwürdig hoch. Er stellt einige Daten von Bayern und Dänemark vor: Bei 5,7 Mio. Einwohnern (Bayern 12,7 Mio.) verfüge Dänemark über 28 im Vergleich zu 414 Krankenhäusern, über 15.000 im Vergleich zu 74.000 Betten. Dafür würde Dänemark unvergleichbar zu Bayern im Bereich der Investitionskosten finanzieren („Super Hospital Program“), auf Deutschland umgerechnet seien über 10 Milliarden Euro notwendig, zur Verfügung gestellt würden beispiels-

weise in Bayern aber lediglich etwas mehr als 500 Mio. Euro/jährlich. In Deutschland gebe es bei Krankenhausplanung und –finanzierung zu viele Akteure. Er zitiert einen Landrat: „Mein Vorgänger hat ein Krankenhaus geschlossen und ist abgewählt worden, den Fehler mache ich nicht nochmal“.

Kommunalpolitiker, die Krankenhäuser schließen wollen, riskieren ihre Wiederwahl. Bundespolitiker, die dies allzu offen sagen, vermutlich ebenfalls.

Dies Dilemma wird politisch „gelöst“, indem man sie nicht schließt, sondern sie solange einem Wettbewerb aussetzt, den sie nicht gewinnen können, bis man sie schließlich aus reinen Defizitgründen mit größtem Bedauern schließen oder privatisieren „muss“.

Es brauche einen ganz anderen Ansatz und andere Ziele: „Alle müssten sich zusammensetzen, um das hinzubekommen“. Im Koalitionsvertrag würden allerdings einzelne Punkte genannt (z.B. vollständige Refinanzierung von Tarifsteigerungen, Personaluntergrenzen für alle bettenführenden Abteilungen, Personalkosten außerhalb des DRG-Bereiches), ohne dass eine zuvor notwendige Systemdiskussion geführt worden sei. Es fehle eine weitsichtige strukturierte Planung. So wie jetzt sei die Situation nicht zu lösen, die diesbezügliche Initiative müsse jetzt kommen, da die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen gut seien.

In der Podiumsdiskussion wurde noch einmal herausgearbeitet, dass zu geringe Investitionsmittel von Länderseite (Krankenhausfinanzierung ist Ländersache) nicht auf die Beschäftigten im Krankenhaus verlagert werden dürften. Dies umso mehr, als dass eine differenzierte Betriebliche Gesundheitsförderung im Krankenhaus unbedingt sinnvoll, auszubauen und zu evaluieren ist. Manche Krankenhäuser brauche man nicht mehr, könne sie auflösen oder zusammenlegen. Auch Verdi sei für die Gestaltung eines solchen Prozesses offen, fordere aber, dass entsprechende Einsparungen in Form von Verbesserungen der Arbeitsbedingungen bei den Beschäftigten ankommen müsse. Dieser Prozess sei aber nicht nur politisch, sondern auch verfassungsrechtlich nicht einfach.

■ Literatur:

Maatouk I, Müller A, Angerer P, Schmook R, Nikendei C, Herbst K, Gantner M, Herzog W, Gündel H. **Healthy ageing at work- Efficacy of group interventions on the mental health of nurses aged 45 and older: Results of a randomised, controlled trial.** PLoS One. 2018 Jan 19;13(1):e0191000. doi: 10.1371/journal.pone.0191000. eCollection 2018.

Shanafelt TD, Noseworthy JH. Executive Leadership and Physician Well-being:**Nine Organizational Strategies to Promote Engagement and Reduce Burnout.** Mayo Clin Proc. 2017 Jan;92(1):129-146. doi: 10.1016/j.mayocp.2016.10.004. Epub 2016 Nov 18. Review. PubMed PMID: 27871627.