

Pilotprojekt am Klinikum Aschaffenburg-Alzenau ermöglicht selbstorganisierte Zusammenarbeit im Krankenhaus

Meine Station

Viele Pflegekräfte brennen für ihren Beruf, reiben sich aber an den bestehenden Arbeitsbedingungen auf. Deshalb hat das Klinikum Aschaffenburg-Alzenau das Pilotprojekt ‚Meine Station‘ ins Leben gerufen. Wie die selbstorganisierte Zusammenarbeit auf der Station funktioniert und was sich für die Patientinnen und Patienten verändert hat, zeigt der folgende Erfahrungsbericht.

Der Satz ‚Ich arbeite gerne in der Pflege, aber die Bedingungen machen mich kaputt‘ gilt für sehr viele Menschen in Pflegeberufen. Aus dieser Verzweiflung heraus ist am Klinikum Aschaffenburg-Alzenau das Projekt für selbstorganisierte Zusammenarbeit im Krankenhaus entstanden. Denn mehr und mehr wird

deutlich, dass klassische Organisationsstrukturen mit strengen Hierarchien, Bürokratie und Kontrollmechanismen nicht mehr funktionieren. Es werden Entscheidungen von oben getroffen, die die Bedürfnisse der Pflegekräfte nicht miteinbeziehen, die deren Arbeit nicht wertschätzen und keinen Raum zur Mitgestaltung geben. Das Gesundheitssystem wurde zunehmend ökonomisiert und das Bereichernde am Pflege- und Gesundheitsberuf nimmt immer weiter ab. Für das Projekt ‚Meine Station‘ hat sich ein komplett neues Team zusammengefunden. Bewerben konnten sich alle medizinischen Professionen. Im Gegensatz zu klassisch aufgebauten Stationen gestaltet das Stations-team die Arbeitsbedingungen überwiegend selbst, trifft Entscheidungen

gemeinsam und kann so die eigenen Bedürfnisse bestmöglich in den Arbeitsalltag integrieren. Auch die Teamzusammensetzung der neuen Station wurde von Anfang an selbst organisiert. Neben der Möglichkeit, Strukturveränderungen vornehmen zu können, spielt die Erweiterung innerer Kompetenzen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eine zentrale Rolle.

Patienten aktiv beteiligen

Ein Ziel ist es, die Abläufe auf der Station so zu verändern, dass die Patientinnen und Patienten aktiv in ihren Behandlungs- und Heilungsprozess mit einbezogen werden. So gibt es beispielsweise keine Visite mehr im Patientenzimmer, stattdessen findet eine Visitenprechstunde statt, die von den Patientinnen und Patienten, sofern es ihr Gesundheitszustand zulässt, aktiv besucht wird. Auch das Essen wird nicht mehr regulär am Bett serviert, sondern die Patientinnen und Patienten haben die Möglichkeit, gemeinsam im Bistro



Das Klinikum Aschaffenburg-Alzenau hat ein Projekt initiiert, das die Arbeitsbedingungen vor allem für die Pflege in deutschen Krankenhäusern verbessern soll.

Bilder: Klinikum Aschaffenburg-Alzenau



Auf Station C03 gestaltet das Stationsteam die Arbeitsbedingungen überwiegend selbst, trifft Entscheidungen gemeinsam und arbeitet bedürfnisorientiert.

zu essen. Gleiches gilt für die Medikamente: Die Patienten holen ihre Medikamente morgens im Visitenzimmer ab und kommen proaktiv zum Messen ihrer Vitalzeichen zur Pflege. Die Idee dahinter: Um sie möglichst gut auf die neue Situation nach der OP im häuslichen Umfeld vorzubereiten, werden die Patienten so bald wie möglich aktiv am Heilungsprozess beteiligt und gleichzeitig wird die Mobilisation gefördert. Auch Patientenschulungen vor dem Krankenhausaufenthalt gehören zum Programm. Damit sollen die Betroffenen medizinisch, inhaltlich, mental und physisch auf den bevor-

stehenden Eingriff und den stationären Aufenthalt vorbereitet werden. Die Besonderheit: Die Schulungen werden komplett vom Team selbst konzipiert. Die fachlichen Voraussetzungen dafür werden durch interne Weiterbildungen der jeweiligen Experten aus dem Team gewährleistet.

Keine klassische Leitung mehr

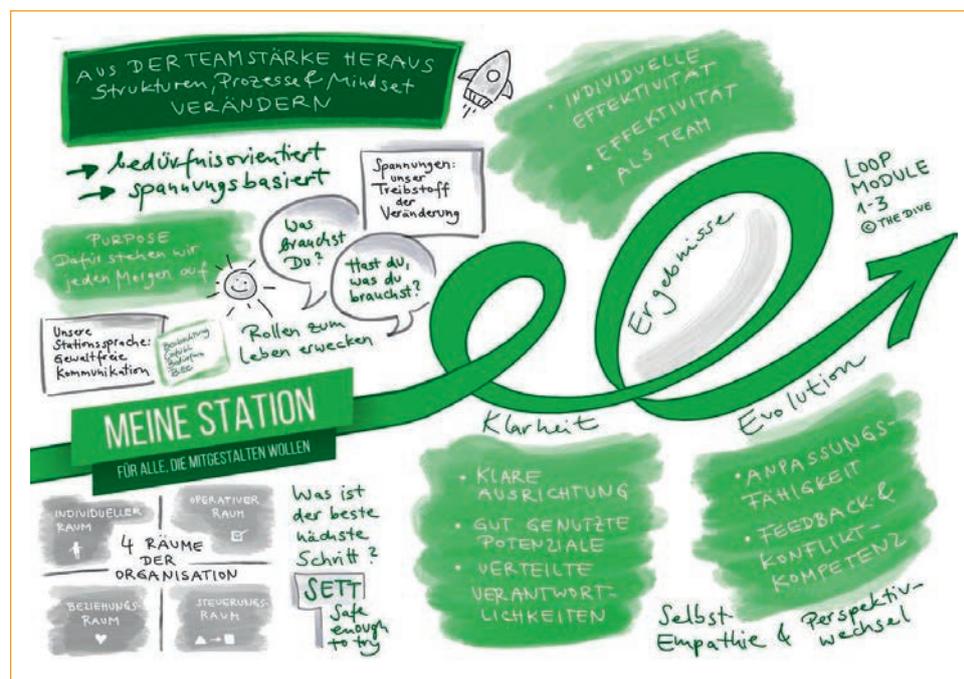
Im Gegensatz zu herkömmlichen Arbeitsmodellen, in denen Aufgaben und Verantwortlichkeiten an feste Stellen oder Positionen gebunden sind, werden im rollenbasierten

Arbeiten Verantwortlichkeiten stärken- und kompetenzbasiert auf die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verteilt. In regelmäßigen Einzelgesprächen mit den sogenannten Flow-Managerinnen werden die Kolleginnen und Kollegen gemeinsam eingeschätzt. Über nachfolgendes Feedback an die Gruppe ‚Fortbildung‘ kann die fachliche Kompetenz gezielt gefördert und aufgebaut werden.

‚Meine Station‘ verfügt über keine klassische Stationsleitung mehr, die für administrative Aufgaben wie die Dienst- und Urlaubsplanung zuständig ist. Stattdessen werden sämtliche Aufgaben auf verschiedene Teammitglieder verteilt. So werden Hierarchieebenen aufgelockert und gleichzeitig erhöht sich die Transparenz im Team. Ein gewisses Maß an Hierarchie ist jedoch auch im neuen Konzept weiterhin nötig. Es handelt sich aber nicht mehr um eine Menschen-Hierarchie, die auf der Basis von Positionen beruht, sondern um eine Rollen- oder Purpose-Hierarchie. Die Rollen selbst werden im Rahmen des Governance-Prozesses erstellt, verändert und auch besetzt. Im Governance-Meeting wird nicht über den Strukturaufbau, sondern auch über zukünftige Veränderungen von Rollen und Regeln

The Loop Approach von TheDive

Bei dem Teamentwicklungsprozess lernen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Prinzipien, Tools und Methoden der selbstorganisierten Zusammenarbeit kennen und erarbeiten gemeinsam, wie sie als Team zusammenarbeiten möchten. Der Fokus liegt auf der interprofessionellen Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe, synergetischen Tagesabläufen und Strukturen, die sowohl auf die Bedürfnisse der Belegschaft als auch der Patientinnen und Patienten ausgelegt sind. Besonders am Vorgehen ist, dass die Strukturen und Prozesse nicht von oben herab oder gar von extern diktiert, sondern von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter selbst entwickelt und angepasst werden.



Die Loop-Module in der Übersicht

der Zusammenarbeit entschieden. Dazu werden ausgearbeitete Veränderungsvorschläge eingebracht, Unklarheiten definiert und im Konsent – Widersprüche sind dabei im Gegensatz zum Konsens Teil der Lösung – beschlossen, sofern keine echten Gefahren durch diesen Vorschlag entstehen.

So können Veränderungen nach dem Motto ‚Good enough for now and safe enough to try‘ schnell und schrittweise umgesetzt werden. Dadurch können alle Beteiligten gleichermaßen ihre Vorstellungen in die Abläufe einbringen und die Strukturen und Prozesse vom Team fürs Team gestaltet werden. Das ermöglicht Veränderungen und eine schnelle und flexible Anpassung von Prozessen, um auch auf unerwartete Ereignisse reagieren zu können.

Neue Formen des Austauschs

Um trotz der neuen Vorgehensweisen im Arbeitsalltag einen reibungslosen Ablauf zu gewährleisten, bedarf es vor allem auch Veränderungen in der Kommunikation untereinander. Deshalb wurde ein gemeinsamer Check-in eingeführt, der bei jedem Schichtwechsel stattfindet und allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Raum bietet, sich mitzuteilen. Die Beteiligten erhalten die Chance, eine Einschätzung abzugeben oder gegebenenfalls Rücksicht auf Andere zu nehmen. Beim Check-out, der sich an denselben Prinzipien orientiert, besteht die Möglichkeit für eine kurze, persönliche Reflexion. Das erhöht das ‚Wirgefühl‘ und die Resilienz aller durch ein gemeinsames Abschlussritual zum Feierabend.

Auszeichnung

Der Bayerische Gesundheitsminister Klaus Holetschek hat im September dem Team des Pilotprojekts ‚Meine Station‘ die Barbara-Stamm-Medaille verliehen. Projektinitiator Prof. Dr. med. Hubertus Schmitz-Winnenthal, Chefarzt der Chirurgischen Klinik I, nahm die Medaille beim Besuch des Ministers stellvertretend für das gesamte Projektteam entgegen.

Der Freistaat Bayern verleiht die Barbara-Stamm-Medaille in Gedenken an die 2022 verstorbene Landespolitikerin Barbara Stamm. Die Landtagspräsidentin a. D. setzte sich auch abseits ihrer politischen Ämter stark für die sozial Schwachen in der Gesellschaft ein. Die Medaille wird an Personen verliehen, die mit ihren Ideen und ihrem Handeln Lösungen für gesellschaftliche Missstände gefunden und vorangetrieben haben.



Ein Teammitglied des Projekts bereitet ein Governance-Meeting vor. Dort können alle gleichermaßen ihre Vorstellungen in die Abläufe einbringen und die Strukturen und Prozesse vom Team fürs Team gestalten.

Verbunden mit der täglichen Übergabe zwischen Früh- und Spätdienst findet das Sync-Meeting statt. Diese Treffen wurden in der Ausbildungsphase speziell geschult und sind eines der Kernthemen des Projekts. Sie bieten Raum, alle relevanten Informationen durch eine klare Struktur und eine Moderation effizient auszutauschen und aktuelle Spannungen zu bearbeiten. Jeder Mensch erlebt Spannungen in seinem Alltag, die dadurch entstehen, dass der gewünschte Soll-Zustand vom Ist-Zustand abweicht. Das können Probleme, Fragen, aber auch Ideen oder Komplimente sein. Solchen Spannungen wird oftmals nicht der notwendige Raum gegeben. Unausgesprochen stauen sie sich immer weiter an und führen zu Frustration und Hilflosigkeit. Das spannungsbasierte Arbeiten wird mit der zentralen Frage ‚Was brauchst Du?‘

unterstützt und hilft, Spannungen zu lösen. Mit der Methode wird nicht nur die Eigenverantwortung gefördert, sondern auch wichtiger Wandel initiiert – weg von der Problem-, hin zur Lösungsorientierung.

Gewaltfreie Kommunikation

Gerade wenn man neue Wege geht und etwas ausprobier, passiert es im Arbeitsalltag immer wieder, dass etwas nicht so funktioniert, wie vorab definiert. Hier können schnell Konflikte entstehen. Mit der gewaltfreien Kommunikation hat das Team eine neue Sprache gelernt, um Konflikte mit Empathie anzusprechen, wertschätzendes Feedback zu geben und unerfüllte Bedürfnisse anzusprechen. Neben einer gemeinsamen Haltung stärkt das Team damit sein Vertrauen. Aber wie mit jeder neuen Sprache braucht es Übung und Zeit, bis man sich gut verständigen kann.

Stefanie Schwinger

Kontakt

Klinikum Aschaffenburg-Alzenau
Stefanie Schwinger
Jan Heeger
Am Hasenkopf 1
63739 Aschaffenburg
meine-station@klinikum-ab-alz.de
www.klinikum-ab-alz.de

Auswege bei psychischer Belastung und Hilfe für erkrankte Ärztinnen und Ärzte

Wenn Helfer zu Patienten werden

Häufiger als bei der Allgemeinbevölkerung leiden Ärztinnen und Ärzte unter depressiven Störungen. Angsterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen, ADHS oder Substanzmissbrauch treten zudem meist komorbid auf. Besonders betroffen sind Notfall- und Allgemeinmediziner, Internisten, Neurologen, Psychiater und Psychotherapeuten. Oft begeben sich die Medizinerinnen und Mediziner sehr spät in Behandlung, der Rollenwechsel vom Helfer zum Patienten fällt schwer. Spezialisierte Kliniken können helfen.

Als Mitglied der ärztlichen Profession gelobe ich feierlich, (...) ich werde auf meine eigene Gesundheit, mein Wohlergehen und meine Fähigkeiten achten, um eine Behandlung auf höchstem Niveau leisten zu können“, heißt es in der Neufassung des Genfer Gelöbnisses aus dem Jahr 2017 [1]. Viele Ärztinnen und Ärzte finden sich häufig jedoch eher in



Oberärztin Dr. Maxi Braun leitet das spezielle Angebot. Die ausgebildete Fachärztin für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychotherapeutische Medizin ist eine der wenigen Expertinnen auf dem Gebiet der Ärztengesundheit in Deutschland. Bild: Carolin Jacklin

der folgenden Anekdote wieder: Ein Spaziergänger beobachtet einen Holzfäller, der mit sehr viel Mühe einen Baumstamm zersägt. Er fragt, warum er nicht eine Pause mache

und seine Säge schärfe. Der Holzfäller zischt gepresst zwischen den Zähnen hervor: „Keine Zeit.“ Wie dem Holzfäller geht es auch vielen Ärztinnen und Ärzten – sie gehen in ihrer Tätigkeit über ihre Kraftreserven hinaus und nehmen sich zu wenig Zeit dafür, diese wieder aufzufüllen. So zeigt eine Übersichtsarbeit von Maxi Braun und Petra Beschoner [2] mit 3,3 bis 8,2 Prozent hohe Werte für emotionale Erschöpfung als Kernkomponente von Burn-out bei deutschen Ärztinnen und Ärzten unterschiedlicher somatischer Fachrichtungen. Hinweise für eine leichte Depressivität fanden sich bei 7,8 bis 11,5 Prozent und für eine klinisch relevante Depressivität bei 3,1 bis 17,4 Prozent [2]. Ärztinnen sind von Depressivität deutlich mehr betroffen als Ärzte [3]. Hinsichtlich eines risikoreichen Alkoholkonsums variieren die Prävalenzzahlen von sechs bis 40 Prozent deutlich, ein Großteil der Angaben liegt um die 20 Prozent. Ärzte weisen hier deutlich höhere Werte auf als Ärztinnen [2]. Gleichzeitig gibt es Hinweise darauf, dass die Zufriedenheit im Arbeitskontext und die eigene Gesundheit einen nicht unerheblichen Einfluss auf die Güte der Patientenversorgung haben [4, 5, 6]. Darüber hinaus wird eine enge Korrelation zwischen verschiedenen Dimensionen von Burn-out und medizinischen Fehlern benannt [7]. In Zeiten eines zunehmenden Fachkräftemangels kann es nur im Interesse sowohl der Kliniken und Krankenhäuser als auch der Allgemeinheit sein, die Gesundheit und somit auch verfügbare Arbeitskraft von Ärztinnen und Ärzten zu erhalten.

Was können Kliniken tun?

Was können Krankenhäuser unternehmen, um die Gesundheit ihrer Ärztinnen und Ärzte zu stärken und zu erhalten? Institutionelle



Die Psychosomatische Klinik Kloster Dießen bietet ein spezifisches Angebot für Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die sich über ihre Grenzen hinaus verausgabt haben und darüber psychosomatisch erkrankt sind. Bild: Peter Kierzkowski

Interventionen können beispielsweise eine Verminderung der Aufgabendichte, Arbeitszeiten mit weniger Unterbrechungen, eine verlässlichere Dienstplangestaltung und Veränderungen der gesamten Organisation sein [8]. Individuelle Maßnahmen wie Balint- oder Ifa-Gruppenarbeit, Supervision, Ressourcen- und Stärkenorientierung, Coaching und Problemlösetrainings können ebenfalls eine Burn-out-Symptomatik deutlich reduzieren und somit einer tatsächlichen Manifestation psychischer Erkrankungen vorbeugen [9]. Bedauerlicherweise zählen beide Interventionsmöglichkeiten deutschlandweit nicht zum Standard. Obendrein werden individuelle Angebote zu selten freiwillig in Anspruch genommen.

Was können Betroffene tun, um nicht auszubrennen?

Nur selten wird man im ärztlichen Alltag am Ende des Tages alle Aufgaben erledigt haben. Es erscheint wichtig, ein Bewusstsein dafür zu schaffen, dass einer Vielzahl unterschiedlichster Anforderungen letztlich endliche Ressourcen gegenüberstehen. Essenziell ist an dieser Stelle das Thema ‚Zeitmanagement‘ und damit einhergehend das Setzen von Grenzen.

Hilfreich für beides ist das sogenannte Eisenhower-Prinzip (siehe Abb. 1): Viele Ärztinnen und Ärzte erleben täglich einen hohen Anteil an A-Aufgaben, die dringlich und gleichzeitig zumindest im Erleben gefühlt wichtig erscheinen. Dies gilt insbesondere für Anforderungen, die von Dritten (Patienten oder Kollegen) an sie herangetragen werden. Meist wird wenig bis keine Zeit für die sogenannten B-Aufgaben eingeplant, deren Erledigung deutlich mehr (persönliche) Weiterentwicklung und Erfüllung verspricht. Fragen, die sich daraus ergeben können, sind beispielsweise:

- A-Quadrant: Wie lässt sich die Fremdbestimmung durch Krisen vermeiden oder kontrollieren?
- B-Quadrant: Wie lassen sich wichtige Aufgaben routinemäßig priorisieren?
- C-Quadrant: Wie lassen sich Aufgaben möglichst automatisieren, delegieren oder gar eliminieren?
- D-Quadrant: Wie bemerke ich, dass ich mich im D-Quadranten befinde? Und: Wie kann ich die Zeit darin möglichst gering halten?

Ungestörtes Arbeiten lässt sich mit Blick auf die Unterbrechungsfor-schung durch das Festlegen und Kommunizieren von Zeiten, in denen nicht gestört werden darf, durch das Legen anspruchsvoller

Aufgaben an den Tagesbeginn und das Einrichten fester Zeitfenster, zum Beispiel für die Bearbeitung von E-Mails, sichern.

Achtsamkeit

Auch gibt es vermehrt Hinweise dafür, dass Achtsamkeit im Arbeitsalltag sowohl aktuelles Erleben von Stress reduzieren als auch das Burn-out-Risiko senken kann [10]. Daraus ergibt sich konkret die Frage, wie sich Achtsamkeit in den Arbeitstag integrieren lässt. Gibt es beispielsweise Möglichkeiten, im Patienten-Kontakt achtsam zu sein oder Pausen für sich regenerativ zu nutzen?

Typische Schemata von Ärztinnen und Ärzten sind emotionale Vernachlässigung, Aufopferung und unerbittliche Ansprüche [11]. Vor diesem Hintergrund ist neben dem Erforschen und bewusst haben der eigenen, dem helfenden Beruf zugrunde liegenden Motive, beispielsweise das Praktizieren von Selbstmitgefühls-Übungen vielversprechend. Denn ihnen liegt eine achtsame, selbst-freundliche und selbst-mitfühlende Haltung zugrunde, in der die Universalität menschlichen Leidens und menschlicher Fehlbarkeit grundsätzlich anerkannt wird [12].

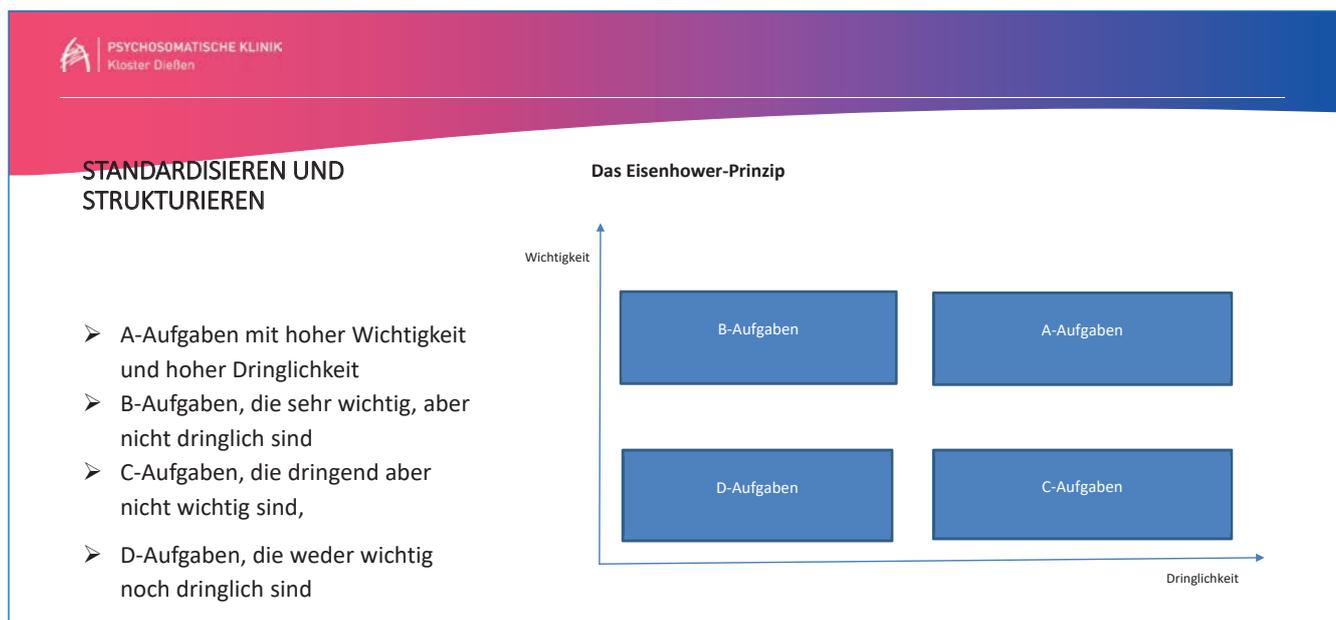


Abb. 1 (Eisenhower-Prinzip): Durch die gezielte Einteilung in vier Kategorien anhand der zwei Parameter Wichtigkeit und Dringlichkeit soll die Entscheidung vereinfacht werden, mit welcher Aufgabe man sich als nächstes beschäftigt.

Bild: Dr. Maxi Braun



Ärztinnen und Ärzte erhalten eine Behandlung, in der sie sich in die Patientenrolle begeben und das eigene Rollenverständnis als Helfer hinterfragen können. Das gesamte an der Behandlung beteiligte Personal wird diesbezüglich regelmäßig geschult.

Bild: Peter Kierzkowski

Was tun, wenn eine Behandlung unumgänglich ist?

Da informelle Konsultationen, Selbstdiagnostik und Selbsttherapie sehr häufig stattfinden, begeben sich die Betroffenen oftmals zu spät in Behandlung. Der Rollenwechsel vom Helfenden zum Patienten stellt Behandler sowie Betroffene immer wieder vor große Schwierigkeiten. Ärztinnen und Ärzte benötigen jedoch eine Behandlung, in der sie sich in die Patientenrolle begeben und das eigene Rollenverständnis als Helfer oder Helferin hinterfragen können. Für Helfer-Patienten ist der Rollenwechsel oftmals sehr schambehaftet und stellt das eigene Selbstbild in Frage. Auch das Bild der Angehörigen ist oft schwer korri-

gierbar: Es kann nicht sein, was nicht sein darf.

Vor Herausforderungen stehen aber auch die Behandlerinnen und Behandler. Die Helfer-Patienten werden eventuell als bedrohlich erlebt – zeigt deren Erkrankung doch auch die eigene Verwundbarkeit. Zusätzlich kann Verunsicherung im Hinblick auf die eigene Kompetenz entstehen, auch vor dem Hintergrund der üblichen Krankenhaushierarchien oder unterschiedlichen Fachdisziplinen. Nicht zuletzt gerät das co-therapeutische Team aufgrund eines traditionellen Rollenverständnisses oftmals in eine freundlich-submissive bis distanziert-submissive Position, in der beispielsweise Übervorsichtigkeit und Verunsicherung wenig Behandlungsspielraum lassen.

Psychosomatische Klinik Kloster Dießen

Die moderne Klinik im ehemaligen Kloster St. Vinzenz am Ammersee verfügt über ein Team aus über 80 engagierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Ein spezifisches Angebot richtet sich an Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die sich im Beruf und/oder Privatleben über ihre Grenzen hinaus verausgabt haben und darüber psychosomatisch erkrankt sind.

Im Rahmen eines Therapieplans kommen zum Einsatz: psychologische Testverfahren inklusive Persönlichkeitsdiagnostik, individualisierte Psychotherapie im Einzelgespräch, störungsspezifische Gruppenpsychotherapie, Ärzte- und Psychotherapeutengruppe mit rollenspezifischen Themen, achtsamkeitsbasierte Verfahren wie Yoga und Meditation, Bewegungs-, Kunst- und Musiktherapie, sozialarbeiterische Betreuung und co-therapeutische Bezugspflege, kultur-, natur- und tiergestützte Therapie.



Auch kunst-, natur- und tiergestützte Therapien gehören zum Spektrum der Klinik. Die Ruhe des ehemaligen Klosters am Ammersee trägt einen wichtigen Teil zur seelischen Gesundheit bei.

Bilder: Dagmar Kübler

Beispiel Depression

Depressive Störungen kommen bei Ärztinnen und Ärzten am häufigsten vor, nachfolgend beispielhaft die Symptomatik und mögliche Behandlungsziele:

Mögliche Symptome:

- Niedergeschlagene, depressive Stimmung, Interessenverlust und Antriebslosigkeit
- Freudlosigkeit
- starke bio-physische Erschöpfung
- ausgeprägte Selbstzweifel und Zukunftsängste
- Schlafstörungen
- körperliche Schmerzen und muskuläre Verspannungen
- erhöhte Reizbarkeit
- sozialer Rückzug
- zynischer und emotional distanzierter Umgang mit Patienten

- selbstschädigendes Verhalten, z.B. in Form von Selbstmedikation mit Genuss- und Suchtmitteln oder auch selbst verordneten Medikamenten
- Suizidgedanken

Potenzielle Behandlungsziele:

- Reduktion des aktuellen seelischen und körperlichen Belastungsniveaus sowie der Symptome der psychischen Erkrankung
- Erkennen persönlicher Erlebens- und Verhaltensmuster im biografischen Kontext
- Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit
- Förderung der Emotionswahrnehmung und -regulation (viele Ärzte und Ärztinnen sind tendenziell eher emotionsvermeidend)
- Wiedererleben und Stärkung persönlicher Ressourcen sowie Etablierung sinnstiftender, gesunder Verhaltensweisen

Fazit

Ärztinnen und Ärzte als Patienten sind (nicht nur in der Psychotherapie) eine besondere Klientel. Daher benötigen sie eine Behandlung, in der sie zum einen ihre Helferrolle und möglicherweise damit verbundene Schwierigkeiten bearbeiten können, und zum anderen von einem geschulten Team als Patienten anerkannt und behandelt werden. In Deutschland mangelt es hierfür an einem entsprechenden Problembewusstsein, an niederschweligen Interventionsmöglichkeiten und an spezialisierten ambulanten und stationären psychotherapeutischen Angeboten. Leider gibt es nur wenige Kliniken, die auf die Behandlung von Ärztinnen und Ärzten spezialisiert sind. ■

Kontakt

Psychosomatische Klinik
Kloster Dießen GmbH & Co. KG
OÄ Dr. Maxi Braun
Klosterhof 20
86911 Dießen am Ammersee
Tel.: +49 8807 2251-0
maxi.braun@artemed.de
www.psychosomatik-diessen.de

Literatur

Ausführliche Literaturliste online: www.ktm-journal.de/files/benutzer/Archiv/Redaktionsauszuege/2023/Redaktionsauszuege_KTM_10_2023.pdf

Wenn Helfer zu Patienten werden

Literatur

1. 68. Generalversammlung des Weltärztebundes (Oktober 2017), Chicago (USA), www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/International/Deklaration_von_Genf_DE_2017.pdf (letzter Zugriff: 3. August 2020)
2. Braun, M., Beschoner, P. (2022): Psychische Gesundheit somatisch tätiger Ärzt:innen in Deutschland. *Ärztliche Psychotherapie*, 17(4), S. 272–278, doi: 10.21706/aep-17-4-272
3. Beschoner, P., Braun, M., Schönfeldt-Lecuona, C. et al. (2016): Gender-Aspekte bei Ärztinnen und Ärzten. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 10/2016: S. 1343–1350
4. Gothe, H., Köster, A. D., Storz, P. et al. (2007): Arbeits- und Berufszufriedenheit von deutschen Ärzten. *Dtsch Arztebl*, 104: S. 1394–1399
5. Wallace, J. E., Lemaire, J. B., Ghali, W. A. (2009): Physician Wellness: a Missing Quality Indicator. *Lancet*, 374: S. 1714–1721
6. Jerg-Bretzke, L., Traue, H. C., Fenkl, M. et al. (2018): „Die Galle von Zimmer 5“ – Zynische Abgrenzung im Zusammenhang mit Arbeitszufriedenheit bei Ärzt_Innen. *Deutscher Kongress für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, Berlin 2018, <https://docplayer.org/75229284-Psychosomatik-als-erspektive.html> (zugegriffen: 3. August 2020)
7. Shanafelt, T. D., Balch, C. M., Bechamps, G. et al. (2010): Burnout and Medical Errors Among American Surgeons. *Ann Surg*, 251: S. 995-1000
8. Panagioti, M., Panagopoulou, E., Bower, P. (2017): Controlled Interventions to Reduce Burnout in Physicians: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Jama Int Med*, 177: 195–205
9. Ruotsalainen, J. H., Verbeek, J. H., Mariné, A. et al. (2015): Preventing Occupational Stress in Healthcare Workers. *Cochrane Database Syst Rev* 4, CD002892, doi: 10.1002/14651858.CD002892.pub3
10. Fendel, J. C., Bürkle, J. J., Göritz, A. S. (2021): Mindfulness-Based Interventions to Reduce Burnout and Stress in Physicians: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Acad Med*. 96(5): S. 751–764, doi: 10.1097/ACM.0000000000003936
11. Simpson, S., Simionato, G., Smout, M. et al. (2017): Burnout Amongst Clinical and Counselling Psychologist: The Role of Early Maladaptive Schemas and Coping Modes as Vulnerability Factors. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 26 (1): S. 35–46
12. Neff, K. D., Knox, M. C., Long, P. et al. (2020): Caring for Others Without Losing Yourself: An Adaptation of the Mindful Self-Compassion Program for Healthcare Communities. *Journal of Clin Psychol.*, 76 (9): S. 1543–1562

Titelstory: Namhafte Einrichtungen setzen auf reibungslosen Informationsaustausch gegen Personalnotstand im Gesundheitsbereich

Mitarbeiter-Apps mit Mehrwert

Rund um die Uhr im Einsatz, kaum personelle Ressourcen und fehlende Wertschätzung – das pflegerische und medizinische Personal in den Kliniken arbeitet am Limit. Einige Häuser vertrauen daher auf eine Mitarbeiter-App, um für eine entspanntere Lage zu sorgen. Ein Blick ins Nachbarland Österreich lohnt sich.

Immer mehr Personal in den Kliniken und Krankenhäusern arbeitet heute an der Belastungsgrenze. Nicht wenige denken über den Wechsel in eine andere Branche nach und vielfach ist das im Zuge der Corona-Pandemie bereits geschehen. Bitterer Beigeschmack: Die personelle Notlage zeigt einen Abwärtstrend bei der Patienten-

versorgung. Um das Personal nachhaltig zu entlasten und organisatorische Abläufe zu vereinfachen, setzen in Österreich namhafte Institutionen wie die Barmherzigen Brüder oder die Tauernkliniken GmbH auf eine neue Kommunikation mittels Mitarbeiter-App. Denn der reibungslose Informationsaustausch ist auch für die medizinische Versorgung sehr wichtig. Daher ist es essenziell, den Zugang zu notwendigen Informationen so einfach wie möglich zu gestalten. Hier setzt die ‚mach MITarbeiter-App Lolyo‘ an. Sie versorgt das gesamte Personal bereichsübergreifend zu jeder Zeit über das Smartphone mit den wichtigsten Informationen. Die Wege der Informationsweitergabe ver-

kürzen sich und sowohl Teams als auch organisatorische Abläufe lassen sich einfacher koordinieren. Das entlastet das Personal und führt zu besseren Arbeitsbedingungen – stets unter der Voraussetzung höchster Datensicherheit und DSGVO-Konformität.

Weniger Fluktuation dank Wertschätzung

Geht es um die Gesundheit von Menschen, ist Vertrauen in die Kolleginnen und Kollegen unerlässlich. Es kann aber nur dort entstehen, wo Wertschätzung und Kommunikation Hand in Hand gehen. Das interne Social Media, über das alle untereinander kommunizieren können, bietet dafür einen wichtigen Raum. Zugleich fördert der Austausch via Chat, Pinnwand oder Newsfeed Potenziale und stärkt das Gemeinschaftsgefühl innerhalb der Belegschaft – selbst dann, wenn sich nicht alle zur selben Zeit im Dienst befinden. Auch Konflikte lassen sich mittels App gut vermeiden oder klären. Der Klinik der Barmherzigen Brüder Wien geht es auch um die Stärkung des Gemeinschaftsgefühls. „Mit der App ist es möglich, unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter – egal ob sie in der Pflege, als Arzt oder im Management arbeiten – nicht nur zu informieren und zu unterhalten, sondern auch dank Chat-Funktion miteinander zu verbinden und eben diesen Teamspirit entstehen zu lassen“, sagt Ivan Jukic, Generalleiter Barmherzige Brüder Wien. Neben über 300 Kunden aus verschiedensten Branchen setzen mehr als 25 renommierte Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen derzeit auf Lolyo, um die gesamte Belegschaft vom Büro über die Stationen bis hin zum Krankentransport direkt per Smartphone zu vernetzen. Lolyo sorgt als innovatives Social-Intranet für hohe Teilnahmeraten, eine übersichtliche Nutzerführung, ein einfaches Handling und ein spezielles Motivationsystem. Features wie die Job-Empfehlungsfunktion und das Automation-Tool unterstützen zudem die HR-Verantwortlichen.



Bild: cycoders

Um das Personal in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen nachhaltig zu entlasten, setzen immer mehr Häuser auf die Verbesserung der internen Kommunikation mittels Mitarbeiter-App.

Mitarbeiter-App eröffnet Potenziale

Seit Herbst 2019 ist die Mitarbeiter-App BB2Go („Barmherzige Brüder to Go“) von Lolyo im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Wien im Einsatz. Seit Frühjahr 2020 nutzen auch die weiteren acht Einrichtungen des Hospitalordens die App als wichtigstes Tool der internen Kommunikation.

Die App war von Anfang beliebt, wie die Nutzerzahlen belegen: 30 Prozent des Personals waren vom Launch an mit dabei, Ende 2019 lag die Nutzungsrate bereits bei 60 Prozent. Während der Corona-Pandemie, als im Krankenhaus auf Schichtdienste und in der Verwaltung teilweise auf Homeoffice umgestellt wurde, entwickelte sich die Mitarbeiter-App schnell zum Hauptkommunikationskanal. „In Spitzenzeiten nutzen in Wien 98 Prozent aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die App. Heute, im Mai 2023, liegt die Nutzungsrate bei 92 Prozent“, so Patrick Schlager, Leiter der Kommunikation am Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien. Weil ein Großteil des Personals im Krankenhaus keinen fixen Desktop-Arbeitsplatz hat, bietet die App eine unkomplizierte Möglichkeit, die gesamte Belegschaft einfach und direkt über das Smartphone zu erreichen. Wichtigster Erfolgsfaktor: der Dialog. „Man muss die Menschen einbeziehen und ihre Anregungen auch umsetzen“, sagt Schlager. „Durch Umfragen, über die Pinnwand oder durch persönliche Chats bekommt man mithilfe der App ein sehr gutes Stimmungsbild. Darauf gilt es dann auch entsprechend zu reagieren.“

Offener Umgang sorgt für Akzeptanz

Die Einführung der App erfolgte in enger Abstimmung mit dem Betriebsrat. „Wir sind von Anfang an sehr offen mit dem Launch der App und den enthaltenen Funktionen umgegangen, um etwaige Bedenken in Bezug auf Datenschutz oder Ähnliches aus dem Weg zu räumen.



Patrick Schlager, Leiter der Kommunikation am Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien: „In der App werden auch die Dienstpläne der einzelnen Stationen veröffentlicht. Dadurch können sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter selbst organisieren, direkt vernetzen oder Dienste tauschen.“ Bild: Ludwig Schedl

Daten zu Nutzungs- und Interaktionszahlen erheben wir zwar, aber nur, um unsere Inhalte laufend zu verbessern und an die Vorlieben der Nutzer anzupassen“, so Patrick Schlager. So gab es beim Roll-out eine ausführliche FAQ-Liste, die auch Datenschutzfragen beantwortete. Bedenken oder Sorgen diesbezüglich gab es laut Schlager nicht.

Die wichtigsten Anwendungsbereiche der Mitarbeiter-App lassen sich in vier Kategorien einteilen:

- Kommunikation an die Mitarbeiter von Umbauplänen bis zu Personal-News,
- Kurz- und mittelfristige Informationen über Speisepläne, Dienstpläne, Aktionen in der Cafeteria, Gewinnspiele oder Stellenanzeigen,
- organisatorische Belange wie Parkplatz-Sharing-Funktion, Eventmanagement-Tool etc.,
- Dialog-Funktion mit Chat, Umfragen oder Gewinnspielen.

Neben den bewährten Funktionen hat das Redaktionsteam des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder Wien gemeinsam mit dem Lolyo-Team maßgeschneiderte Funktionen entwickelt. So können beispielsweise mit der übersichtlichen Parkplatz-Sharing-Funktion leerstehende Parkplätze, etwa weil die Hauptmieter gerade keinen Dienst haben, was an Wochenenden häufig vorkommt, an Kolleginnen und Kollegen weitergegeben werden. „Man gibt bekannt, wann der Parkplatz verfügbar ist und jemand anderer kann ihn über



Im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Wien hat man sehr gute Erfahrungen mit der Mitarbeiter-App BB2Go („Barmherzige Brüder to Go“) von Lolyo gemacht. Sie entlastet das Personal in vielen Bereichen und vereinfacht die Abläufe.

Bild: KH Barmherzige Brüder Wien

die App gegen eine kleine Gebühr von maximal zwei Euro pro Tag buchen“, so Schlager. Die Funktion werde gut angenommen. Auch in Sachen Recruiting hat BB2Go positive Effekte mit sich gebracht. Dafür ist eine eigens entwickelte Job-Empfehlungsfunktion integriert, die das Personal selbst zu Recruitern macht. Ist eine freie Stelle zu besetzen, wird sie in den eigenen sozialen Netzwerken geteilt. Diese Form des ‚Social Recruitings‘ erweitert den Bewerberpool und erleichtert das On-Boarding in den Betrieb. „Die Bereitschaft der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die Stelleninserate zu verbreiten, ist so groß, dass die Kosten für Stelleninserate deutlich gesunken sind“, erzählt Patrick Schlager.

Engagement aktiver User wird belohnt

Wer interagiert besonders häufig in der App? Wer kommentiert am meisten? Wer verteilt am meisten Likes? Diese Informationen lassen



Ivan Jukic, Generalleiter Barmherzige Brüder Wien: „Mit der App ist es möglich, das Personal aller Bereiche nicht nur zu informieren und zu unterhalten, sondern dank Chat-Funktion auch miteinander zu verbinden und den Teamgeist zu fördern.“

Bild: Christian Jungwirth

sich im Backend der Mitarbeiter-App sehr einfach auswerten, sodass einmal jährlich die engagiertesten Nutzerinnen und Nutzer bei der Weihnachtsfeier ausgezeichnet werden. „Diese kleine Preisverleihung kommt sehr gut an und motiviert übers ganze Jahr hinweg, sich in der App zu beteiligen“, so Schlager.

Aber auch auf der Station liefert die Mitarbeiter-App wertvolle Unterstützung – ein Aspekt, der anfangs nicht bedacht wurde, aber sehr willkommen ist. „In der App werden auch die Dienstpläne der einzelnen Stationen veröffentlicht. Dadurch können sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter selbst organisieren, direkt vernetzen oder Dienste tauschen. Dadurch hat sich die Mitarbeiterzufriedenheit wesentlich verbessert, weil sich alle mehr einbezogen fühlen und mehr Mitbestimmungsmöglichkeit haben“, sagt Schlager. Die Planungsmöglichkeit spielt auch als Recruiting-Argument eine wichtige Rolle. „Neben Dienstplanflexibilität ist auch die Dienstplansicherheit für die medizinischen und pflegenden Berufe essenziell. Beides können wir durch die Mitarbeiter-App gewährleisten“, so der Kommunikationschef. Ein weiterer, nicht erwarteter Nebeneffekt hat sich in der Krankenhauskantine eingestellt: Das Personal kann vorab via App das Mittagsmenü einsehen, was bei der Speisenplanung hilft. Dadurch konnten unter anderem die Speiseabfälle in den vergangenen zwei Jahren um 45 Prozent reduziert werden – nicht nur ein Kostenfaktor, sondern auch ein Plus im Sinne der Nachhaltigkeit.

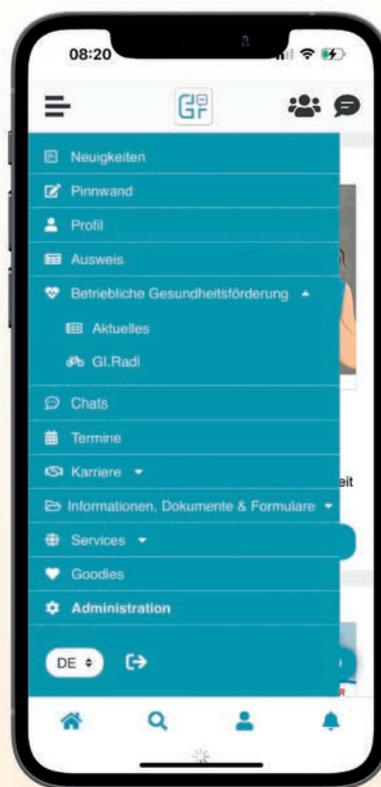
Tools helfen allen Abteilungen

Hunderte Veranstaltungen – von Ärztefortbildungen über Kommunikationstrainings bis hin zu Yoga- und Kochkursen – werden im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien jährlich durchgeführt. Die Anmeldung hat sich durch die App erheblich vereinfacht: das Event-Tool öffnen und sich sekundenaktuell anmelden. Eine Reminderfunktion ermöglicht auf Wunsch eine Push-Benachrichtigung vor Beginn. „Durch diese Vereinfachung haben wir rund 30 Prozent mehr Zulauf bei unseren internen Veranstaltungen und die Termintreue ist wesentlich höher geworden“, berichtet Patrick Schlager. Seit über 40 Jahren bildet die Pflegeakademie der Barmherzigen



Seit November 2022 bietet die App Gerti dem Personal des österreichischen Tauernklinikums mit den Standorten Zell am See und Mittersill eine vielfältige und interessante Mischung aus Unternehmensnews und Unterhaltung.

Bild: Doris Koch/Tauernklinikum



Bilder: Doris Koch/Tauernklinikum

DGKP Herbert Hettegger, Fachbereichsleitung Hygiene im Tauernklinikum: „Ich lade mir die App herunter, weil ich meinen Gehaltszettel und Dienstplan jederzeit und schnell abrufen kann. Auch die Übersicht mit allen aktuellen, relevanten Infos und (Hygiene-)Richtlinien finde ich super.“

Brüder Wien Pflegekräfte aus- und weiter. Die Kommunikation zwischen Lehrkräften sowie Studentinnen

und Studenten erfolgt seit einiger Zeit ebenfalls über BB2Go. Allerdings werden hier eigene Inhalte

transportiert. „Wir haben für die Pflegeakademie eine eigene App-Welt geschaffen, weil hier natürlich nicht alle Krankenhausinformationen relevant sind, manche aber doch, wie etwa die Speisepläne oder Neuigkeiten aus dem Krankenhaus“, so Schlager. Durch die Erweiterung der App auf die Pflegeakademie ist es gelungen, die Studenten noch besser in die Kommunikation einzubinden. Das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien bietet auch eine Gehörlosenambulanz. Dort arbeiten Menschen, die selbst gehörlos sind. „Einer der für mich berührendsten Effekte der Mitarbeiter-App BB2Go ist die Möglichkeit für diese Personen, an der internen Kommunikation aktiv teilzunehmen“, sagt Patrick Schlager. War die Mitarbeitergruppe vor Einführung der App auf die Kommunikation per E-Mail angewiesen, können heute einfach schnelle Chat-Nachrichten verschickt werden. Der Austausch ist direkter und unmittelbarer geworden.

Onboarding-Tool als nächster Schritt

Die Weiterentwicklung der Mitarbeiter-App ist ein laufender Prozess. Derzeit arbeitet das Kommunikationsteam an der Implementierung eines Onboarding-Tools, das den Start in den neuen Job automatisiert begleitet und auf die ersten Tage nach Dienstbeginn vorbereitet. Stationen und Abteilungen stellen sich mit ihren Teammitgliedern in kleinen Videos vor, zudem werden die wichtigsten Informationen automatisch ausgespielt. Vom Lageplan über die beste Zeit zum Mittagessen bis hin zum richtigen Ansprechpartner und Parkmöglichkeiten erhalten neue Teammitglieder alles für einen erfolgreichen Arbeitsbeginn. Darüber hinaus können über die App fehlende Unterlagen, Daten, Fotos oder kurzfristig notwendige Informa-



Marie Wiede, Auszubildende im medizinischen Sekretariat im Tauernklinikum: „Mit der App kann ich mich immer und überall auf den neuesten Stand bringen. Egal, ob ich Einsicht in den aktuellen Dienstplan benötige oder meine Mitarbeiterkarte für Vergünstigungen vorzeigen will – das und vieles mehr kann ich bequem auf meinem Handy abrufen.“

Bilder: Doris Koch/Tauernklinikum

tionen einfach und unkompliziert ausgetauscht werden. Wie viel Zeit und Arbeitskraft braucht es, um die App mit aktuellen Inhalten zu füllen? Laut Kommunikationschef Schlager nicht allzu viel. Die App erleichtere den Austausch, sodass vom Personal sehr viel Inhalt geliefert werde: Fotos von Jubiläumsfeiern und Auszeichnungen oder auch lustige Videos kommen über die Chat-Funktion, was die Redaktionsarbeit gut bewältigbar macht.

Interne Kommunikation stärken

Als einer der größten Arbeitgeber im Salzburger Pinzgau beschäftigt die Gesundheit Innergebirg GmbH knapp 1.200 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in drei Krankenhäusern, in Therapie- und Diagnostikeinrichtungen sowie in einer Gesundheits- und Krankenpflegeschule. Die meisten sind in der Tauernkliniken GmbH mit den Standorten Zell am See und

Mittersill beschäftigt. Seit November 2022 bietet die App Gerti dem Personal eine vielfältige und interessante Mischung aus Unternehmensnews und Unterhaltung. Unterstützt wird das Projekt mit Mitteln aus dem Fonds ‚Gesundes Österreich‘.

Im Zuge des Projekts ‚Gesund arbeiten‘ im Tauernklinikum wurde von 2019 bis 2021 im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung und in Kooperation mit der Universität Graz eine umfangreiche Mitarbeiterbefragung durchgeführt. Dabei stellte sich heraus, dass im Bereich interne Kommunikation und Information großer Handlungsbedarf besteht, nicht zuletzt wegen der Verteilung der Mitarbeiter auf drei Standorte und auf die unterschiedlichen Tätigkeitsbereiche Medizin, Pflege und Verwaltung. Etwa 80 Prozent des Personals hat keinen direkten Zugang zu einem PC und arbeitet in unregelmäßigen Diensten, wodurch vor allem übergreifende Besprechungen nicht oder kaum möglich waren. Die Kommunikation über E-Mail bot keine Chancengerechtigkeit für alle Mitarbeiter und die Erzeugung eines Wir-Gefühls war nicht einfach. Bis zur Einführung der App. „Gerti ist zu unserem alltäglichen Kommunikationstool geworden. Die App ist ein praktisches Werkzeug für die interne Kommunikation über unsere Standorte hinweg, um unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf transparente Weise zu erreichen“, sagt Projektleiterin Stella Kolowratek, Stabstelle für HR-Projekte.

Erfolgreiches ‚Go live‘

Um die App gut einzuführen und ihre Inhalte bestmöglich darzustellen, wurden aus den unterschiedlichen Tätigkeitsbereichen des Klinikverbunds ein bis zwei Vertreter ins Content-Userteam geholt – von der Pflege, über die Ärzteschaft bis hin zur Technikabteilung und der Verwaltung. Der Gruppe wurde die App bereits vor dem ‚Go live‘ mit allen



Möglichkeiten und Vorteilen präsentiert. Nach einer Testphase wurden auf Basis der Rückmeldungen Verbesserungswünsche eingearbeitet, bevor Gerti auch den Führungskräften vorgestellt wurde. Auf einer der regelmäßig stattfindenden Informationsveranstaltungen präsentierte die Geschäftsführung dann allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern die App und stand für Fragen zur Verfügung. Um den Launch in der Anfangsphase zu unterstützen, wurde ein Goodie-System eingeführt: Durch (Inter-)Aktion in der App – kommentieren, liken oder an Umfragen teilnehmen – konnten Punkte gesammelt und anschließend beispielsweise für Massagen oder bioelektrische Impedanzanalysen (BIA) eingelöst werden. Personalleiter Bernhard Stachel ist vom Goodie-System überzeugt. „Die Interaktion in Gerti macht ohnehin Spaß, wird durch das Punkte sammeln für unterschiedliche Goodies aber nochmal attraktiver. Ich habe bereits Punkte für eine BIA-Messung eingelöst und war sehr zufrieden mit dem einfachen Prozess“, so Stachel.

Gerti heute

Aktuell nutzen etwa 80 Prozent des Personals Gerti, um jederzeit und von jedem Ort aus an der hausinternen Kommunikation teilzunehmen, Feedback zu geben und auf wichtige Services wie den Dienstplan oder Gehaltsabrechnungen zuzugreifen. „Allgemeine und breitflächig zu kommunizierende Informationen veröffentlichen wir hauptsächlich über Gerti. Jeder hat die gleiche Möglichkeit, jederzeit und überall mit Kolleginnen und Kollegen zu kommunizieren“, so Magdalena Strauss, Assistentin der Geschäftsführung. Mithilfe der Umfragefunktion kann man sich aktiv und niederschwellig an Projekten beteiligen und mitbestimmen. Nach Durchführung einer Umfrage zum Mobilitätsverhalten wurde zum Beispiel die Initiative ‚GI.Radl(t)‘ ins Leben gerufen. Dabei hat das Personal der Gesundheit Innergebirg die

Möglichkeit, sich ein Wunschradd bei einem der regionalen Kooperationspartner auszusuchen und mittels Brutto-Gehaltsumwandlung um bis zu 60 Prozent günstiger zu erwerben. Rund anderthalb Monate nach Start der Aktion wurden bereits 100 Anträge registriert und bearbeitet. GI.Radl(t) reduziert nicht nur den ökologischen Fußabdruck, sondern stärkt auch Gesundheit und Engagement der teilnehmenden Mitarbeiter.

Neben Posts aus dem Contentplan steigt auch die Zahl der Beiträge an der Pinnwand. Damit wird die Entwicklung einer Eigendynamik aus der Mitte heraus deutlich.



Stella Kolowratek, Stabstelle für HR-Projekte am Tauernklinikum: „Gerti ist zu unserem alltäglichen Kommunikationstool geworden. Die App ist ein praktisches Werkzeug für die interne Kommunikation über unsere Standorte hinweg.“

Bild: René R. Wenzel

Durch zahlreiche, in Gerti eingebettete allgemeine Informationen zur Gesundheit Innergebirg und deren Tochtergesellschaften unterstützt die App außerdem neues Personal beim Onboarding. „Wir haben Gerti gleich an unserem ersten Tag im Tauernklinikum auf unseren Smartphones installiert und waren begeistert von den umfassenden Informationen. Besonders die Übersicht über die häufig gestellten Fragen, etwa zur Essensbestellung, hat sämtliche offenen Punkte schnell und einfach beantwortet“, sagen Matthias Christ und Tobias Euler-Rolle, beide Famulanten in der Abteilung Orthopädie und Traumatologie.



Bild: René R. Wenzel

Bernhard Stachel, Personalleiter Tauernklinikum: „Die Interaktion in Gerti macht Spaß und wird durch das Punkte sammeln für unterschiedliche Goodies nochmal attraktiver.“

Gerti morgen

Gerti wurde innerhalb eines Jahres zum wichtigsten Kommunikationstool innerhalb der Gesundheit Innergebirg GmbH. Mithilfe der direkten Feedback- und einfachen Umfragemöglichkeit soll die Belegschaft auch in Zukunft breitflächig in Projektentscheidungen miteinbezogen werden, um bestmöglich in ihrem Interesse zu handeln.

„Ich bin sehr dankbar, dass wir mit der Unterstützung des Fonds ‚Gesundes Österreich‘ und Gerti einen weiteren, großen Schritt in Richtung einer nachhaltigen, breitflächigen Kommunikation gehen konnten. Wichtig sind nun die kontinuierliche Weiterentwicklung der App und die Integration weiterer Services für unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter“, sagt Franz Öller, Geschäftsführer der Gesundheit Innergebirg GmbH. ■

Kontakt

Konvent der Barmherzigen Brüder
Patrick Schlager
Johannes-von-Gott-Platz 8
A-1020 Wien
Tel.: +43 1 21121-0
patrick.schlager@bbwien.at
www.bbwien.at

Gesundheit Innergebirg GmbH
Paracelsusstraße 8
A-5700 Zell am See
Tel.: +43 6542 777-0
marketing@gesundheit-innergebirg.at
www.gesundheit-innergebirg.at

Mitarbeiter-App:
www.lolyo.de

Fortschreitende digitale Transformation macht Differenzierung von IT-Positionen in Kliniken notwendig

IT neu ausrichten

Mit zunehmender Digitalisierung stehen Kliniken auch vor der Aufgabe, ihre IT-Struktur anzupassen. Spätestens wenn vermehrt künstliche Intelligenz zum Einsatz kommt, hat die IT-Leitung als ‚Mädchen für alles‘ ausgedient. Stattdessen empfiehlt es sich, getrennte Stellen für Datensicherheit, den Betrieb der IT-Infrastruktur mitsamt Medizinern sowie für die Gestaltung und Umsetzung der digitalen Transformation zu schaffen.

Mit den Anreizen des Krankenhauszukunftsgesetzes (KHZG) nimmt die Digitalisierung im deutschen Gesundheitswesen an Fahrt auf. Das bedeutet aber auch, dass die bestehenden IT-Infrastrukturen angepasst, erweitert oder neu aufgestellt werden müssen. Prozesse sind darauf hin zu untersuchen, inwieweit Digitalisierung hier verbessern oder ersetzen kann.

Für diese Themen ist eine verantwortliche Führung unabdingbar. War es noch bis vor kurzem üblich, sämtliche IT-Themen unter einer IT-Leitung als Führung zusammenzufassen, so finden sich jetzt zunehmend Stellenangebote, die mit einem C beginnen: CIO, CDO, CDIO, CISO, CMDO. Aber welche konkreten Themen stecken eigentlich hinter diesen Titeln? Welche Befugnisse und Aufgaben?

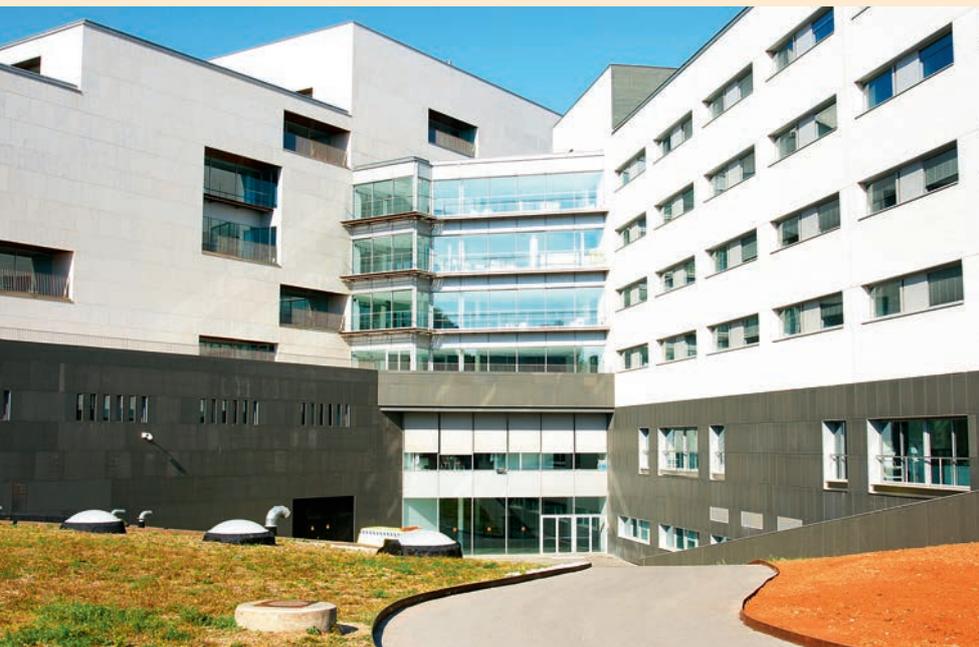
Oft fehlt es an der strategischen Neuausrichtung

Der Trend, die IT-Leitung in CIO (Chief Information Officer) umzubenennen, ist schon etwas länger zu beobachten. Allerdings stellt sich bei genauerer Betrachtung heraus, dass sich die Titel zwar verändern, die Aufgaben aber immer noch dieselben sind. Was fehlt sind

häufig die strategische Ausrichtung und das Budget einer C-Level-Position. Ohnehin sind echte C-Level-Positionen in der IT, die dem medizinischen und kaufmännischen Vorstand gleichgestellt sind, im deutschen Krankenhausbereich bislang so gut wie nicht zu finden. Immer häufiger findet man Häuser, die beide Verantwortungen an eine Person koppeln, die quasi CIO und CDO (Chief Digital Officer) zum CDIO (Chief Digital Information Officer) zusammenfassen, obwohl beides nur schwer vereinbar ist und ein solcher Titel auch nicht verwendet wird. Um die passende Führungskraft für die Bewältigung der notwendigen Aufgaben in der Bereitstellung von IT und in der Digitalisierung zu gewinnen, ist es wichtig, die einzelnen Themen klar voneinander abzugrenzen – auch wenn es hier bestimmt kein One-fits-all gibt.

Differenzierung CIO und CDO

Der Chief Information Officer ist für den stabilen und effizienten Betrieb der IT verantwortlich. Er betreut die komplette IT-Infrastruktur nebst der eingesetzten Software und die in die IT eingebundenen Medizingeräte. Das heißt, die IT muss sicherstellen, dass alles technisch einwandfrei funktioniert. Zudem sorgt der CIO dafür, dass die Infrastruktur so aufgestellt ist, dass sie sowohl den aktuellen als auch den vorhersehbar zukünftigen Ansprüchen genügt. Der Chief Digital Officer ist hingegen für Gestaltung und Umsetzung der digitalen Transformation zuständig. Er beantwortet die Frage, ob und inwieweit Krankenhaus-Prozesse digitalisiert werden können und ist für die daraus resultierenden Datenströme verantwortlich. Hinzu kommt, dass sich durch die Digitalisierung zwangsläufig das Datenaufkommen erhöht. Und spätestens dann, wenn KI zum Einsatz kommt, taucht die Frage auf, ob ein eigenes Rechenzentrum oder eine Cloud-Lösung besser geeignet sind. Am Ende sind Digitalisierung und KI eben auch eine Frage der Skalierbarkeit von Speichern.



Mit der zunehmenden Digitalisierung müssen Krankenhäuser ihre bestehenden IT-Infrastrukturen anpassen, erweitern oder neu aufstellen. Für diese Themen ist eine verantwortliche Führung unabdingbar.

Bild: stock.adobe.com/sanguer



Bild: stock.adobe.com/Blue Planet Studio

Um die passende Führungskraft für die Bewältigung der notwendigen Aufgaben zu gewinnen, ist es wichtig, die einzelnen Themen der Digitalisierung klar voneinander abzugrenzen.

Wer ist für die Sicherheit der Daten verantwortlich?

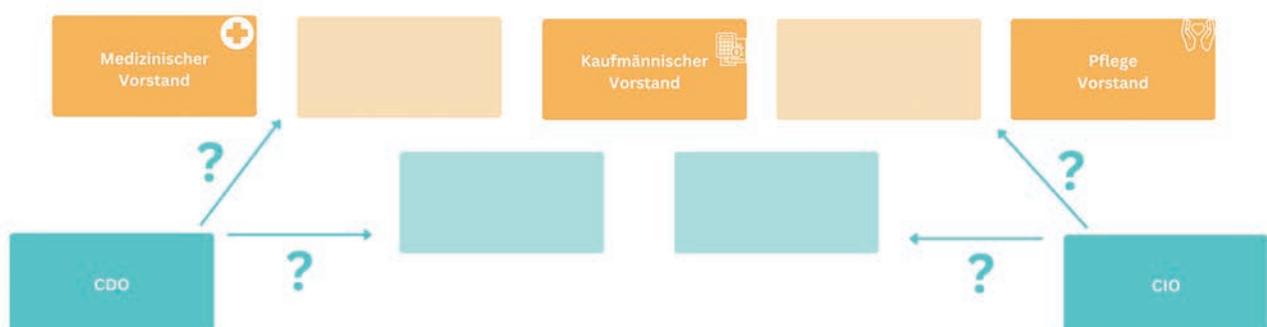
Im Krankenhaus kommen dann noch sämtliche sicherheitsrelevanten Fragestellungen hinzu. Es geht immerhin um Patientendaten, die besonders schützenswert sind. So ist es auch nicht ungewöhnlich, dass sich insbesondere in Großkrankenhäusern ein drittes C zu CDO und CIO gesellt: der CISO (Chief Information Security Officer), der für die Datensicherheit verantwortlich ist. Er muss, um für entsprechende Sicherheit sorgen zu können, eine unabhängige Position einnehmen. Genau hier stellt sich die Frage, wer die Schuld trägt, wenn ein sicherheitsrelevantes Ereignis eintritt: der

CISO oder der CIO aufgrund nicht bereitgestellter IT-Infrastruktur? Deshalb lässt sich behaupten, dass ein CIO, der gleichzeitig auch CDO ist, immer darauf achten wird, Digitalisierung nur in dem Maß zuzulassen, wie es die IT-Infrastruktur auch bewältigen kann und diese nicht überfordert.

Es ist die Frage, ob ein solcher ‚CDIO‘ tatsächlich die gleichen Visionen entwickelt wie ein CDO, der sich einzig und allein auf die Digitalisierung und deren Möglichkeiten fokussiert. Auf der anderen Seite kann der CDO eher visionär unterwegs sein, aber nicht die IT-Wirklichkeit des Hauses treffen. Im besten Fall entsteht ein positiver Dialog zwischen beiden Positionsinhabern.

Digitalisierung muss von allen unterstützt werden

Der CIO muss ein deutlich höheres Maß an technischem Verständnis in Bezug auf Hard- und Software haben als ein CDO, der im Gegenzug ein viel höheres Verständnis für die Abläufe in Krankenhäusern mitbringen muss. Denn wichtig ist nicht nur die Digitalisierung an sich, sondern das ausreichende Maß an Commitment innerhalb der unterschiedlichen Berufsgruppen, das der CDO erzeugen muss, um Digitalisierung umzusetzen. Denn diese Verpflichtung muss vom gesamten Personal im Haus mitgetragen werden. Ein digitaler Prozess kann noch so gut sein, wenn er von den nah am Patienten arbeitenden Berufsgruppen nicht unterstützt wird, wird die Digitalisierung scheitern. Deshalb ist es für die Krankenhausführung wichtig, eine genaue Bestandsaufnahme oder ein konkretes Ist-Bild darüber zu haben, welche Themen es in der eigenen Krankenhaus-IT und den krankenhauseigenen Prozessen tatsächlich schon gibt und welche noch unbesetzt sind, bevor man sich damit beschäftigt, einen CIO oder CDO für das Haus zu gewinnen.



Stellt man CIO oder CDO den Vorständen oder der Geschäftsführung gleich? Wenn nicht: An wen berichten CIO oder CDO? Sinnvoll erscheint, sie der medizinischen Geschäftsführung oder dem medizinischen Vorstand zu unterstellen.

Bild: DHR Global

Verortung der Positionen

Es bleibt die Frage, wie diese Position am Besten in der Organisation verortet werden kann. Stellt man den CIO oder den CDO den Vorständen oder der Geschäftsführung gleich? Und wenn nicht: An wen berichten CIO oder CDO? Sinnvoll erscheint, sie der medizinischen Geschäftsführung oder dem medizinischen Vorstand zu unterstellen. Schließlich geht es hier um prozessuale Abläufe in der Patientenversorgung. Es stellt sich dann jedoch die Frage, ob in dieser Konstellation der CDO auch die digitalen Prozesse vor und nach der Aufnahme der Patienten und mit den Personengruppen, die nicht Patienten sind, ausreichend berücksichtigt. In jedem Fall sollten sich CDO und CIO auf Augenhöhe begegnen, damit nicht die eine Seite die andere schon qua Organigramm übersteuern kann. Sonst besteht die Gefahr, dass es zu ineffizienten oder schlicht nicht durchführbaren Projekten kommt. Beide Positionen beinhalten ein hohes Maß an strategischen Themen. Ihre Abteilungen sollten deshalb eine ausreichende Anzahl an Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern

haben, um zu gewährleisten, dass Projekte erfolgreich gestaltet werden können. Andernfalls bleiben die Positionen lediglich ‚IT-Leitung‘, die nur einen schicken neuen Titel erhält, inhaltlich jedoch nicht ausreichend strategisch agieren kann oder nicht über die Arbeitskräfte verfügt, um strategische Projekte auch umsetzen zu können. Ein CIO aus den USA, der unterschiedliche Krankenhaus-IT-Strukturen in Deutschland betrachtet hat, konnte sehr schnell und klar benennen, welche IT-Abteilung von einem ‚echten‘ CIO mit wirklich strategischem Einfluss geleitet und geführt wird und welche IT-Abteilung mit nur sehr wenig Strategie, dafür aber mit sehr viel operativen Problemen befasst ist. Dass dies von externen Experten so schnell verstanden und erkannt werden kann, sollte den Führungskräften in den Häusern deutlich machen, wie wichtig es ist, sich über den Zuschnitt von IT und die digitalen Führungspositionen rechtzeitig und ausreichend Gedanken zu machen. Denn nur selten gelingt es, ein falsch ausgerichtetes Profil nachträglich zu verändern. Im schlimmsten Fall wurde die

falsche Person eingestellt. Eine solche Fehlbesetzung auf diesem Gehaltsniveau wird in jedem Fall schmerzhaft sein.

Ein weiterer Aspekt ist, dass die Medizintechnik zunehmend näher an die IT heranrückt. Deshalb sind entsprechende Spezialisten einem CIO oder CDO zuzuteilen. In einigen Häusern ist dies bereits geschehen, wenn auch noch nicht in allen.

Branchenfremde Positionsbesetzung

In Besetzungsverfahren zu CDO und CIO wird immer wieder die Frage gestellt, ob auch Personen außerhalb des Gesundheitswesens für solche Positionen geeignet sind. Eine allgemeingültige Antwort lässt sich nicht geben. Dennoch ist zu bedenken, dass je strategischer die Position ausgerichtet ist und je mehr Spezialisten dieser Führungskraft zugeordnet sind, desto wichtiger ist das grundsätzliche Strukturwissen im Bereich Digitalisierung und IT, weniger das Spezialistenwissen im Gesundheitsbereich. Andere Branchen und auch andere Länder sind deutlich weiter. Gelingt es, eine Führungskraft von dort für die eigene Klinik zu gewinnen, wird es dennoch einen gewissen Kulturschock im Dialog mit den patientennahen Berufsgruppen geben. Das ist nichts, was sich nicht verstehen oder nicht erfahren ließe, dennoch sollte dieser Aspekt bekannt sein und in einem strukturierten Onboarding-Prozess berücksichtigt werden.

Patrick A. Haberland



Bild: stock.adobe.com/WavebreakMediaMicro

Ein digitaler Prozess kann noch so gut sein, wenn ihn die nah am Patienten arbeitenden Berufsgruppen nicht unterstützen, wird die Digitalisierung scheitern.

Kontakt

DHR Global
 Patrick A. Haberland
 Managing Partner Life Sciences Europe
 Hanauer Landstraße 151–153
 60314 Frankfurt am Main
 Tel.: +49 69 8740318-20
 phaberland@dhrglobal.com
 www.dhrglobal.com

Jüdisches Krankenhaus Berlin setzt Patientendatenmanagementsystem nun auch auf den Normalstationen ein

Konsequent digital dokumentieren

Pflege und Behandlung werden im Jüdischen Krankenhaus Berlin immer weiter digitalisiert. Ziel ist es, sämtliche kurvenrelevanten Patientendaten des ärztlichen Dienstes, der Pflege und der Therapie elektronisch in einem System zentral zu erheben und im gesamten Krankenhaus strukturiert auszutauschen. Seit mehr als fünf Jahren laufen die Intensivstationen und die Stroke Unit bereits digital – nun werden sukzessive alle Normalstationen und die OP-Protokollierung umgestellt.

Das die papierbasierte Patientenakte schon längst nicht mehr zeitgemäß ist, davon ist Jessica Maaß überzeugt. „Wir wollen eine konsequente Digitalisierung für unser Krankenhaus. Unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter möchten alle Patientinnen und Patienten bestmöglich in einem modernen Arbeitsumfeld versorgen“, so die Klinikmanagerin des Jüdischen Kranken-

hauses Berlin (JKB). „Dazu gehört auch, dass Patienteninformationen im gesamten Krankenhaus jederzeit und gut lesbar verfügbar und für alle Beteiligten des ärztlichen Dienstes, der Pflege, der Therapie, des Sozialdienstes und des Medizincontrollings unproblematisch abrufbar sind.“

Mit den aktuell zur Verfügung stehenden Fördermitteln aus dem Krankenhauszukunftsfond und dem EU-Förderprogramm NextGenerationEU kann das JKB jetzt überfällige Investitionen tätigen und die Digitalisierung beschleunigen. Um die Systemlandschaft möglichst einfach zu halten, wurde für die weitere Digitalisierung auf die gezielte Weiterentwicklung eines im JKB bewährten Systems gesetzt: Das Patientendatenmanagementsystem (PDMS) von Philips kommt bereits seit über fünf Jahren in der Intensivmedizin und auf der Stroke Unit zum Einsatz. Es hat seinen Mehrwert somit im Livebetrieb

bereits bewiesen und die Nutzerakzeptanz ist laut JKB hoch. Das PDMS soll nun in angepasster Version auf allen anderen Stationen und im OP installiert werden. Dafür wurde ein interdisziplinäres Projektteam gebildet, in dem der ärztliche Dienst, die Pflege, die Therapie, das Medizincontrolling, die IT und die Unternehmensentwicklung vertreten sind. Bei der Projektplanung und Umsetzung wird es von externen Beratern unterstützt.

Konzeption und Planung

Um besser zu verstehen, wie das PDMS die heutigen und zukünftigen Anforderungen bestmöglich unterstützen kann, hat Philips eine Workflowanalyse im gesamten Haus durchgeführt. „Das hat uns einen guten Überblick darüber gegeben, was verändert werden muss, damit zukünftig alles ideal ineinandergreift“, sagt Jörg Lohmann, Projektmanager, Philips GmbH DACH.

Nächster Schritt zur Weiterentwicklung des PDMS für die Allgemeinstationen bestand darin, die bestehende Konfiguration und Dokumentation an die neuen Anforderungen anzugleichen. Das bedeutete konkret, sowohl die medizinische Datenstruktur zu überarbeiten als auch sie aus Sicht der Abrechnung und an die Anforderungen des Medizincontrollings anzupassen, die durch die Einführung des Leistungserbringerportals (LE-Portal) entstehen. Die ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Inhalte der Dokumentation wurden standardisiert, um den Bedarf aller Stationen gleichermaßen abzudecken und den zukünftigen Aufwand für die Systempflege zu minimieren. Als Blaupause zog das Projektteam den Bedarf der Kardiologie und der Neurologischen Frührehabilitation Phase B (NFR-B) heran. Alle daraus entstandenen Dokumente wurden gemäß den aktuellen und zukünftigen Anforderungen der Datenübermittlung an den Medizinischen Dienst klassifiziert. Abschließend wurde das Berechtigungskonzept angepasst: Neue Standardrollen und -berechtigungen mussten festgelegt und weitere Schnittstellen definiert werden,



Das Jüdische Krankenhaus Berlin, Akademisches Lehrkrankenhaus der Charité – Universitätsmedizin Berlin, dokumentiert zukünftig auf allen Stationen digital.

Bilder: JKB



Dr. med. Dávid Vadász, Oberarzt in der Klinik für Neurologie, bereitet die Visite vor. Über den Dokumentationswagen hat er direkt am Patientenbett Zugriff auf die im JKB verfügbaren Befunde und weitere Informationssysteme.

die neben den bereits vorhandenen zum PDMS auf den Intensivstationen, der Stroke Unit und zum KIS notwendig wurden. Insbesondere beim Design neuer Schnittstellen galt es, die Standards für einen interoperablen Datenaustausch umzusetzen.

Test and learn

Die Umsetzung aller Punkte aus der Konzeptions- und Planungsphase erfolgte zeitnah in einzelnen Themenblöcken. Der Ablauf war für alle Einzelkomponenten gleich: Auf ein Review des Umsetzungsvorschlags folgten der Testlauf und die Rückmeldung durch das Projektteam. Alle Beteiligten arbeiteten eng zusammen und investierten viel Zeit in diese Phase, um größere Anpassungen im späteren Livebetrieb zu vermeiden, was auch gelungen ist. Mit dem Abnahmetest konnte die Testphase erfolgreich abgeschlossen werden.

Für die Pilotierung im Echtbetrieb wurden die NFR-B und eine kardiologische Station ausgewählt. Mit dem ‚Go live‘ stellten die Stationen von der Papier- auf die elektronische Dokumentation um – unterstützt durch neue Visiten- und Pflegedokumentationswagen. In den ersten Tagen begleiteten tägliche Meetings

mit dem gesamten Projektteam die Umstellung und Philips stand für Korrekturen unmittelbar vor Ort zur Verfügung.

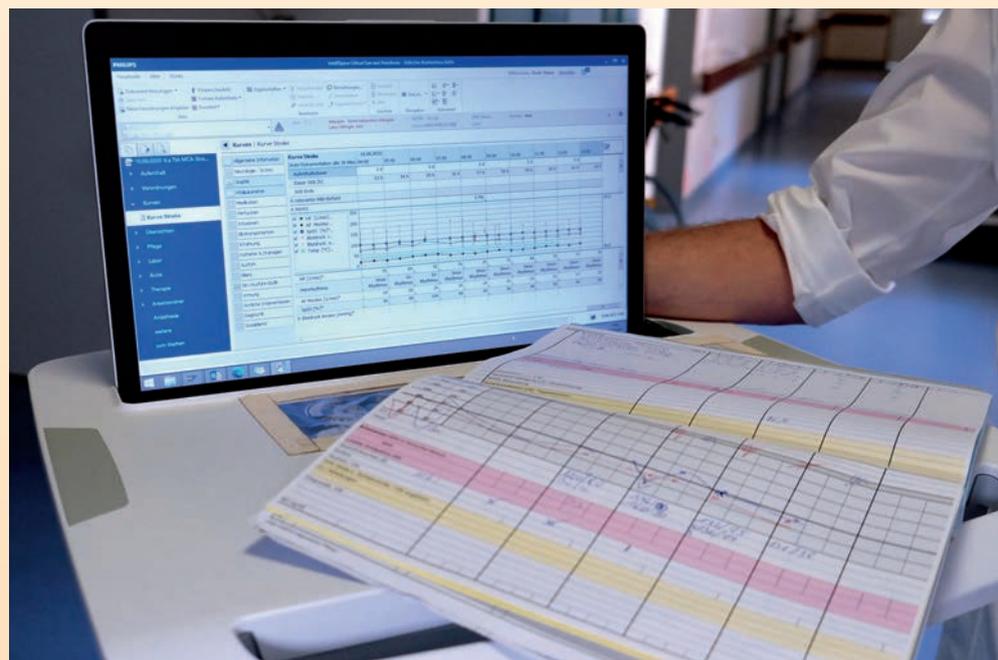
Die NFR-B und die kardiologische Station laufen seit April 2023 störungsfrei im Livebetrieb. Bis Jahresende werden alle weiteren somatischen Normalstationen angeschlossen. Darüber hinaus wird das PDMS im Laufe des Jahres auch für die OP-Protokollierung und die weitere Dokumentation in der Anästhesie implementiert. Die Psychiatrie soll baldmöglichst folgen.

„Unsere Arbeit läuft seit dem Produktivstart ausgezeichnet und die digitale Akte ist stimmig. Die Akzeptanz des neuen Systems ist zudem durchgängig hoch. Die Kolleginnen und Kollegen warten schon darauf, dass auch die anderen Stationen digital werden“, sagen Dr. Faina Sojref, Oberärztin der Klinik für Innere Medizin – Kardiologie, Angiologie und Intensivmedizin, und Dr. med. Dávid Vadász, Oberarzt der Klinik für Neurologie. Damit steht dem Roll-out auf allen somatischen Normalstationen nichts mehr im Weg. Um sicherzustellen, dass die Umstellung auf die digitale Dokumentation gelingt, ist ein durchdachtes Schulungskonzept essenziell. Daher wurden Key User und

JKB-interne Trainerinnen und Trainer ausgewählt, die Philips intensiv auf dem neuen System angeleitet hat. Zusätzlich erhielten ausgewählte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eine Konfigurationsschulung. Zukünftig ist es Aufgabe der hauseigenen Schulungsteams, die Beschäftigten mit dem System vertraut zu machen.

Medikation digital managen

Fester Bestandteil der zukünftigen Roadmap zur Digitalisierung und momentan in Planung ist die Verknüpfung der Medikationsdaten aus dem PDMS mit einem digitalen Medikationsmanagement. So soll die Arzneimitteltherapiesicherheit verbessert werden. Außerdem ist die enge Verzahnung mit den Behandlungsinformationen aus der Zentralen Notaufnahme ein zentraler Punkt sämtlicher Aktivitäten. Das JKB ist gemäß den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern ein Notfallkrankenhaus der Stufe 2 (erweiterte Notfallversorgung).



Alte und neue Welt: Papierakten gehören im JKB der Vergangenheit an. Das System entlastet die Teams bei Routinedokumentationsaufgaben wie der manuellen Kurvenführung oder der händischen Bilanzierung.



Das neue PDMS erleichtert auch die Arbeit des Teams der Neurologischen Frührehabilitation Phase B. Therapiekordinatorin Annika Höche: „Die Therapiedokumentation geht mit dem neuen PDMS jetzt viel schneller. Das ist für uns eine spürbare Arbeiterleichterung.“

Spürbare Arbeiterleichterung

Das Anschließen der Normalstationen an das PDMS ist ein wichtiger Meilenstein für die Digitalisierung des Hauses. Es erleichtert der Pflege und der Ärzteschaft die Arbeit und verbessert die Qualität der Patientenversorgung. „Die aufwändige Therapiedokumentation insbesondere für unsere Patientinnen und Patienten der neurologischen Frührehabilitation geht jetzt schneller. Das ist für uns eine spürbare Arbeiterleichterung. Außerdem haben wir

eine übersichtlichere und einheitlichere Dokumentation – ein immenser Vorteil in der Zusammenarbeit großer Teams“, so Annika Höche, Therapiekordinatorin an der Klinik für Neurologie.

Das System entlastet die Teams darüber hinaus bei Routinedokumentationsaufgaben. Manuelle Kurvenführung oder händische Bilanzierung entfallen. Zudem harmonisiert das PDMS auch die Pflegeanamnese, die Pflegeplanung und die Pflegedokumentation für alle Stationen des JKB. Durch die digitale Eingabe der Informationen erhöht sich

zudem die Sicherheit in der Arzneimitteltherapie, da bei einer Medikamentenanordnung keine Handschrift mehr entziffert werden muss, das System unvollständige Anordnungen nicht zulässt und bei der Dosisberechnung assistiert. Mit der Integration von Geräten, beispielsweise von Vitaldatenmonitoren oder apparativen Lungenunterstützungsverfahren, fließen weitere Daten automatisiert ins System. Das komplettiert den Patientendatensatz und spart dem medizinischen Personal wertvolle Zeit. Die Sammlung nicht nur der Informationen aus dem PDMS, sondern aller Patientendaten in der digitalen Patientenakte erhöht die Sicherheit der Behandlungsdokumentation und verbessert die Therapiesteuerung. Die flexiblere Darstellung von Parametern ermöglicht es, verschiedene pathophysiologische Zusammenhänge zu erkennen und Scores stärker zu nutzen.

Darüber hinaus unterstützt das System die Einführung von Behandlungs- und Pflegestandards zur lokalen Adaption von Leitlinien und es fördert Interdisziplinarität durch den berufsgruppenübergreifenden Einsatz. Direkt am Bett ist ein Zugriff auf die im JKB verfügbaren Befunde und weitere Informationssysteme möglich, wie etwa die Rote Liste. Die moderne IT-Infrastruktur verbessert so die Entscheidungsgrundlage für alle klinischen Arbeitsplätze. ■

Vorteile des neuen PDMS

... für die medizinische Versorgung:

Mit dem neuen System gehören Papierakten der Vergangenheit an. Die digitale Patientenakte ist immer verfügbar und lässt sich von mehreren Personen gleichzeitig bearbeiten oder auswerten. Der Personenkreis umfasst neben dem medizinischen Personal auch das Controlling für die Abrechnung. Damit entsteht eine vollständige, gut les- und nachvollziehbare Dokumentation, die dem ärztlichen und pflegenden Personal stets gleichzeitig zur Verfügung steht.

... für Administration und Wirtschaftlichkeit:

Die Anforderungen an die medizinische Dokumentation wachsen stetig, etwa durch die Forderung nach Leistungsnachweisen oder Nachweisen der Umsetzung neuer Vorschriften. Auch für das Qualitäts- und Risikomanagement ist eine stringente und konsistente Dokumentation unerlässlich. Das neue System unterstützt diese Anforderungen deutlich besser: Es speichert jede Maßnahme und Kodierung bis hin zur Abrechnung, die im MD-Prüfungsfall zügig und unstrittig nachvollziehbar ist. So entsteht ein verlässlicher und auswertbarer Datenpool, der zu Transparenz und zur Vollständigkeit der Leistungserfassung beiträgt und sowohl den Personaleinsatz als auch die Materialerfassung strukturiert. Darüber hinaus entsteht eine bessere Informationsgrundlage für die Kommunikation mit Patientinnen, Patienten und deren Angehörigen.

Kontakt

Philips GmbH
Röntgenstraße 22
22335 Hamburg
Tel.: +49 40 2899-2211
unternehmenskommunikation@philips.com
www.philips.de/healthcare

Jüdisches Krankenhaus Berlin SöR
Unternehmenskommunikation
Gilad Ben-Nachum
Heinz-Galinski-Straße 1
13347 Berlin-Mitte
Tel.: +49 30 4994-2137
gilad.ben-nachum@jkb-online.de
www.juedisches-krankenhaus.de

Eberswalder Werner Forßmann Klinikum führt für mehr Patientensicherheit technisches Frühwarnsystem ein

Komplikationen frühzeitig vermeiden

Sicherheit und Früherkennung in der Patientenbehandlung nehmen stetig an Bedeutung zu. Studien belegen den Nutzen technischer Früherkennungssysteme zur Steigerung der Patientensicherheit. Das GLG Werner Forßmann Klinikum Eberswalde hat mit dem ‚Early Warning Score‘ ein System eingeführt, das sich langsam verschlechternde Gesundheitszustände durch die Kombination verschiedener Vitalparameter frühzeitig erkennt. Die Pilotphase auf der Station für Orthopädie, Unfall- und Handchirurgie zeigt erste Erfolge.

Mit dem Early Warning Score (EWS) will das Klinikum Patienten mit sich verschlechternden Gesundheitszuständen frühzeitig detektieren und mögliche Komplikationen im Behandlungs-



Dr. med. Thomas Ihmann, Chefarzt der Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie: „Die Hardware war bereits verfügbar und die Pflegekräfte im Umgang damit vertraut.“

Bild: GLG/Gericke

verlauf rechtzeitig erkennen, um im interdisziplinären und interprofessionellen Team gemeinsam

wirksame Gegenmaßnahmen ergreifen zu können. So sollen ungeplante Intensivaufenthalte reduziert und damit die Verweildauer bei elektiven Eingriffen gesichert werden. Zusätzlich soll die notwendige Dokumentationsqualität weiter gesteigert werden. Das Frühwarnsystem errechnet anhand verschiedener Vitalparameter einen Score, der entsprechende Handlungsanweisungen für Pflegekräfte und Ärzte ausgibt.

Nutzen schon lange bekannt

Zu Beginn des Projekts stand eine umfangreiche Literaturrecherche: So gibt es bereits amerikanische Studien aus den 1990er-Jahren, die belegen, dass Frühwarnsysteme effizient Komplikationen vorhersagen können. In Europa fanden diese Ergebnisse bislang nur in wenigen Pilotprojekten Beachtung. Die Schweizer Stiftung für Patientensicherheit hat dazu im Jahr 2018 eine Empfehlung veröffentlicht [1], in der unter anderem wissenschaftliche Belege dafür herangetragen werden, dass sich die Vitalparameter bereits Stunden vor einem akuten Ereignis verschlechtern können [2]. Patienten, bei denen es beispielsweise zu einem Herz-Kreislauf-Stillstand kommt, weisen dabei oftmals viele Stunden vorher bereits erste kritische Abweichungen bei den Vitalparametern Blutdruck, Herz- und Atemfrequenz auf, die in ihrer Kombination häufig so nicht interpretiert werden [3]. Die zeitnahe Identifikation und das adäquate Management dieser Komplikationen haben einen wesentlichen Einfluss auf die Verweildauer der Patienten im Krankenhaus.



Bild: GLG/Wilthner

Komplikationen im Behandlungsprozess vermeiden: Das GLG Werner Forßmann Klinikum Eberswalde hat ein Pilotprojekt initiiert, bei dem mithilfe eines Frühwarn-Scores sich verschlechternde Vitalparameter rechtzeitig ermittelt werden, um darauf zeitnah reagieren zu können.

Komplikationen vermeiden

Unvorhergesehene Reanimationen und Komplikationen im Behandlungsprozess, die früher noch als unvermeidbar oder schicksalhaft galten, sollten heute nicht mehr akzeptiert werden. Früher kam es vor, dass die Pflegekraft den diensthabenden Arzt informierte, dass sie den Zustand eines Patienten als ‚komisch‘ oder aus dem Bauchgefühl heraus als ‚schlecht‘ einschätzte. Heute können diese Aussagen mit messbaren und validen Kennzahlen untermauert werden. „Unsere Patienten begeben sich in die Hände gut ausgebildeter Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte und erwarten, dass diese die entsprechenden Kompetenzen haben, solche kritischen Ereignisse frühzeitig zu erkennen. Deshalb haben wir dieses Frühwarnsystem eingeführt“,



Qualitätsmanagementbeauftragter Eric Lange: „Das System arbeitet ohne Mehraufwand für die beteiligten Berufsgruppen und führt vor allem bei den Pflegekräften zu einer hohen Akzeptanz.“

Bild: privat

berichtet Eric Lange, Qualitätsmanagementbeauftragter im Zentralbereich Qualitäts- und Projektmanagement des Klinikums. Projektleiter Dr. med. Thomas Ihmann, Chefarzt der Klinik

für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie, ergänzt: „Die Hardware war bereits verfügbar und die Pflegekräfte im Umgang damit vertraut. Somit waren der Schritt in Richtung dieses Frühwarnsystems und der Ausbau der Potenziale, die diese Geräte mit sich bringen, folgerichtig und notwendig.“

Feste Handlungsanweisungen

In der Literatur werden verschiedene Frühwarnsysteme beschrieben. Am Klinikum in Eberswalde wird der ‚National Early Warning Score‘ angewendet, ergänzt durch den Parameter Ruhschmerz. Mit der Hardware, den Spot-Monitoren, sind die Pflegekräfte bereits seit 2019 umfassend vertraut. Lediglich für die automatische Erfassung der Atemfrequenz war ein Upgrade der vorhandenen Geräte notwendig.

Der Frühwarn-Score wird mindestens einmal täglich und dann je nach Ergebnis auch öfters ermittelt, wodurch frühzeitig auf sich verändernde Parameter anhand festgelegter Handlungsanweisungen sowohl für den Pflege- als auch den ärztlichen Dienst reagiert werden kann. Verschlechtert sich der Gesundheitszustand eines Patienten auf einer peripheren Bettenstation, kann dem nun frühzeitig entgegenwirkt werden. „Das System arbeitet ohne Mehraufwand für die beteiligten Berufsgruppen und führt vor allem bei den Pflegekräften zu einer hohen Akzeptanz“, berichtet Eric Lange. Eng verbunden mit dem Projekt sind auch die Medizintechniker, die in Abstimmung mit den Informatikern und der Pilotstation die Gerätekonfiguration programmiert haben.

Automatische Dokumentation

Aktuell wird das Projekt, das unter anderem mit Mittel aus dem Krankenhauszukunftsfond (KHZF) finanziert wird, ausgewertet. „Wir haben festgestellt, dass es in der Anwendung

Score	3	2	1	0	1	2	3
Atemfrequenz		≤ 8		9-16	17-20	21-29	≥ 30
Herzfrequenz				51-100	101-110	111-129	≥ 130
SPO2				≥ 94%	90-93 %	85-89 %	≤ 84 %
Systolischer Blutdruck	≤ 70	71-80	81-100	101-199		≥ 200	
Vigilanz			Verwirrt	Klarheit (Wach)	Ansprache	Schmerzreaktion	Keine Reaktion
Temperatur		≤ 35°C	35,1-36°C	36,1-37,5°C	37,6-38,1°C	37,6-38,1°C	> 38,1°C
Schmerz				0-3	4-5	6-8	9-10

Score	0	1-3	4-5	≥ 6
Klinisches Risiko		Niedrig	Mittel	Hoch
Monitoring Frequenz	≤ 24h *	1x pro Schicht *	4x täglich *	≤ 30 Min *
Reaktion		Beurteilung des Patienten durch Pflegefachkraft & Entscheidung, ob Monitoring Frequenz weiter wie bisher oder reduziert Information durch Pflegefachkraft an Dienstarzt und ggf. Maßnahmen	Pflegefachkraft informiert sofort den Dienstarzt dringende Beurteilung des Patienten durch den Dienstarzt	Pflegefachkraft informiert sofort den Dienstarzt Dienstarzt entscheidet, ob der diensthabende Intensivmediziner (1577) informiert werden muss sofortige Beurteilung des Patienten durch Dienstarzt & ggf. diensthabenden Intensivmediziner
Zeitspanne bis zur Patientenbeurteilung durch den Arzt	1x 24h	1x 24h	Innerhalb 30 Min.	sofort

Early Warning Score: Das Frühwarnsystem errechnet anhand verschiedener Vitalparameter einen Score, der entsprechende Handlungsanweisungen für die Ärzteschaft und das Pflegepersonal ausgibt.



Bild: GLG/Mildner

keinen Grund gibt, die Vitalparameter ohne den EWS zu ermitteln“, so Dr. Thomas Ihmann. „Unsere Pflegekräfte heben den Dokumentationsnutzen hervor, da die erfassten Vitalparameter automatisch in die elektronische Patientenakte übermittelt werden. Die Atemfrequenz

Vitalparameter können sich bereits Stunden vor einem akuten Ereignis verschlechtern. Die zeitnahe Identifikation und entsprechende Gegenmaßnahmen haben einen wesentlichen Einfluss auf die Verweildauer der Patienten.

wird dabei ebenfalls automatisch über einen Fingerclip von der Puls-welle abgeleitet.“
Dadurch ergibt sich auch ein Nutzen für weitere Scores, wie zum Beispiel den CRB-65, der zur Dokumentation der ambulant erworbenen Pneumonie angeraten wird, oder dem qSofa-Score, der in der S3-Leitlinie ‚Sepsis – Prävention, Diagnose, Therapie und Nachsorge‘ empfohlen wird. „Die Anwendung des Frühwarnscores hat das Bewusstsein für klinisches Risikomanagement weiter gesteigert“, ist sich Dr. Ihmann sicher. ■

Literatur

1. Stiftung Patientensicherheit Schweiz (2018): Empfehlungen zur Einführung und zum Betreiben eines Frühwarnsystems zur Detektion sich unbemerkt verschlechternder erwachsener Patienten. Stiftung Patientensicherheit Schweiz (Hrsg.)
2. Barwise, A., Thongprayoon, C., Gajic, O. et al. (2016): Delayed Rapid Response Team Activation ist Associated with Increased Hospital Mortality, Mobility and Length of Stay in a Tertiary Care Institution. *Crit care Med*, 44(1): S. 54–63
3. Koch, T., Heller, A., Schewe, J. (2019): Medizinische Einsatzteams. Prävention und optimierte Versorgung innerklinischer Notfälle, Scoringsysteme, Fallbeispiele. Springer-Verlag

Kontakt

GLG Werner Forßmann Klinikum
Eberswalde GmbH
Qualitätsmanagement
Eric Lange
Rudolf-Breitscheid-Straße 100
16225 Eberswalde
Tel.: +49 3334 69-1455
eric.lange@klinikum-barnim.de
www.klinikum-barnim.de

Ausstellung ‚Das Kranke(n)haus‘ in München zeigt positive und vorbildhafte Beispiele heilender Architektur

Der Mensch im Fokus

Im 20. Jahrhundert war der Bau von Krankenhäusern immer stärker von den Faktoren Effizienz, Ökonomie, Flexibilität und Rationalisierung geprägt. Das hat sich längst geändert. Aber noch immer fehlt es an Wahrnehmung und politischem Willen, die Wirksamkeit gesundheitsfördernder Architektur anzuerkennen und sie anzuwenden. Was möglich ist, zeigt die Ausstellung ‚Das Kranke(n)haus. Wie Architektur heilen hilft‘ in München noch bis Ende Januar 2024.

Der Krankenhausbau hat als architektonischer Typus eine lange und komplexe Entwicklungsgeschichte, die stark mit den rasanten medizinischen Fortschritten korreliert. Im 20. Jahrhundert rückten Effizienz, Ökonomie, Flexibilität und Rationalisierung stark in den Vordergrund und Kliniken mutierten zu hochtechnisierten Maschinen. Wesentliche Bedürfnisse und Empfindungen der Kranken und

Pflegenden traten dabei zunehmend in den Hintergrund; die psychosozialen Konsequenzen dieser Entwicklung wiegen schwer. Die aus Nordamerika stammenden und auch in Europa erfolgreich adaptierten Ansätze einer ‚Healing Architecture‘ haben jedoch in den letzten Jahren den Anstoß gegeben, den Krankenhausbau zu reformieren und den Menschen wieder in den Mittelpunkt von Entwurf und Planung zu rücken. Aber obwohl es bereits einige erfolgreiche Beispiele heilender Architektur gibt, fehlt es noch immer an öffentlicher Wahrnehmung und dem politischen Willen, die deutlichen Ergebnisse einer gesundheitswirksamen Architektur (Evidence Based Design) in der Breite anzuwenden und neue Anforderungen für den Krankenhausbau zu formulieren. Dazu ist ein grundsätzliches Umdenken über die Rolle der Architektur im Gesundheitswesen und über die Aufgaben und Möglichkeiten des Klinikbaus notwendig.



Blick in die Ausstellung, die sich – unterteilt in die drei räumlichen Abschnitte Experiment, Evidenz und Exchange (Austausch) – der Frage nähert, wie Architektur heilen hilft.

Anstoß und Anregung

Die Ausstellung ‚Das Kranke(n)haus. Wie Architektur heilen hilft‘ im Architekturmuseum der Technischen Universität München will Anstoß und Anregung für dieses Umdenken sein. In den drei räumlichen Abschnitten

Die Ausstellung ‚Das Kranke(n)haus. Wie Architektur heilen hilft‘ ist bis 21. Januar 2024 im Architekturmuseum der TU München zu sehen.



Details zur Ausstellung

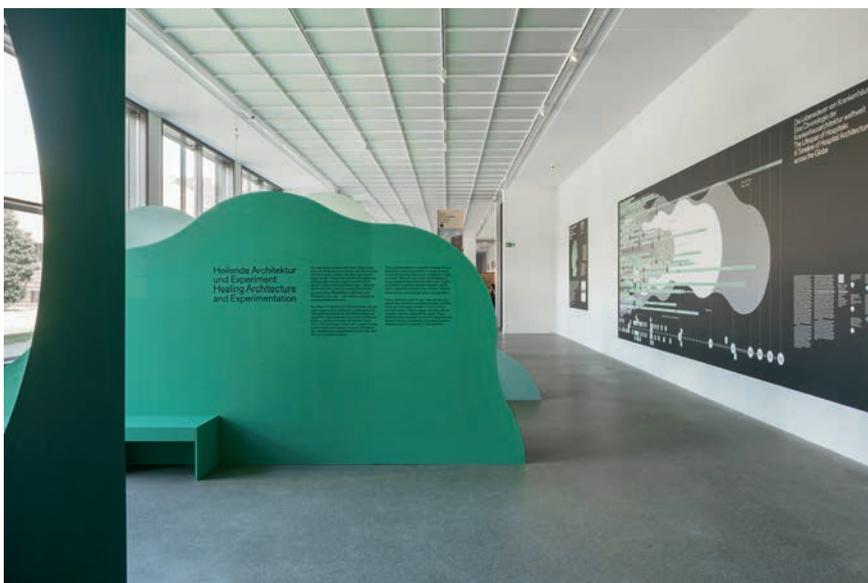
- Laufzeit: 12. Juli 2023 bis 21. Januar 2024
- Ort: Architekturmuseum der Technischen Universität München (Pinakothek der Moderne), Barer Straße 40, 80333 München
- diverse (Themen-)Veranstaltungen und Führungen, Themen und Termine unter www.architekturmuseum.de
- Öffnungszeiten: Dienstag bis Sonntag 10.00 bis 18.00 Uhr, Donnerstag 10.00 bis 20.00 Uhr, montags geschlossen
- Eintrittspreise: 10 € (regulär), 7 € (reduziert), 1 € (sonntags), Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren frei
- Schirmherrschaft: Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach
- Kuratorinnen/Kurator: Tanja C. Vollmer, Andres Lepik, Lisa Luksch

Ein Katalog zur Ausstellung ist in deutscher und englischer Sprache erschienen: ‚Das Kranke(n)haus. Wie Architektur heilen hilft‘, ISBN 978-3-96680-025-9 (Deutsch), ISBN 978-3-96680-024-2 (Englisch)

Experiment, Evidenz und Exchange (Austausch) nähert sie sich der Frage, wie Architektur heilen hilft. Den Auftakt bilden beispielgebende Architekturen von Therapie- und Nachsorgeeinrichtungen. Aus der Sicht der Planenden sind diese Häuser weniger stark reglementiert, technisiert und komplex als Krankenhausbauten. Das öffnet zeitliche und strukturelle Möglichkeiten zur vertieften Auseinandersetzung mit den Krankheitsbildern und Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten. Diese Einrichtungen sind deshalb seit Langem erfolgreiche Experimentierfelder heilender Architektur. In Verbindung mit großen atmosphärischen Innenaufnahmen

werden unter anderem das Rehab in Basel von Herzog & de Meuron (2002) und die Maggie's Cancer Caring Centres von Zaha Hadid (2006), OMA (2011) und Foster + Partners (2015) gezeigt.

Im Zentrum der Betrachtung stehen die evidenzbasierte Gestaltung (Evidence Based Design) von Krankenhäusern und sieben Faktoren der Krankenhausarchitektur. Die sogenannten Umgebungsvariablen beeinflussen, ob schwer und chronisch Kranke im Krankenhaus schädigenden Stress erleben. Ziel einer heilenden Architektur ist es, durch den gestalterischen Einsatz dieser sieben Wirkfaktoren Stress abzubauen oder zu vermeiden.



Den Auftakt der Ausstellung bilden Beispiele von Therapie- und Nachsorgeeinrichtungen, die schon seit Langem erfolgreiche Experimentierfelder heilender Architektur sind.



Kein gewöhnlicher Krankenhausbau:
Die Architektur des Friendship Hospital
Satkhira in Bangladesh stellt den
Menschen in den Fokus.

Bild: Asif Salman

Die heilenden Sieben

Gemma Koppen und Tanja C. Vollmer definierten 2022 die ‚heilenden Sieben‘ als Ergebnis ihrer über mehr als ein Jahrzehnt geführten wissenschaftlichen Untersuchungen zum Einfluss der Krankenhausumgebung auf die Stresswahrnehmung schwer und chronisch Kranker. In der Ausstellung übernehmen Orientierung, Geruchskulisse, Geräuschkulisse, Privatheit und Rückzugsraum, Power Points, Aussicht und Weitsicht sowie Menschliches Maß eine prüfende, ordnende und reflektorische Rolle.

In einem ausstellungsvorbereitenden Lehrforschungsprojekt an der Technischen Universität München wurden Masterstudierende angeleitet, herausragende nationale und internationale Krankenhausprojekte anhand der ‚heilenden Sieben‘ zu analysieren. Ziel war es, zu prüfen, inwiefern sich der Anspruch der Entwürfe belegen lässt, heilende Architektur zu sein. 13 beispielgebende Projekte zeigt die Ausstellung und ordnet sie thematisch jeweils der Variable zu, die dem Analyseergebnis entspricht. Narrative Isometrien (Wimmelbilder) machen die Ergebnisse einsichtig und ermöglichen, die Entwurfsentscheidungen der einzelnen Büros zu reflektieren. Zu den gezeigten Projekten gehören unter anderen das deutsche Kreiskrankenhaus Agatharied (Nickl und Partner Architekten, 1998), das Friendship Hospital Satkhira in Bangladesch (Kashef Chowdhury/Urbana, 2018), das Prinzessin Máxima Zentrum für pädiatrische Onkologie im niederländischen Utrecht (Liag architekten + baumanagement, 2018) und das schweizerische Bürgerspital Solothurn (Silvia Gmür Reto Gmür Architekten, 2021). Im dritten Ausstellungsraum, dem Forum, laden die Kuratoren die Besucher ein, in den Dialog zu treten: miteinander, mit Expertinnen und Experten, in Vorträgen, Debatten und Workshops und anhand offener Fragestellungen an den Wänden. Über die Dauer der Ausstellung wird der Raum in verschiedensten Formaten bespielt. Seine Gestaltung wächst mit deren Ergebnissen und den interaktiven Beiträgen. Die Installationen ‚making sense‘ der norwegischen Künstlerin und Geruchsforscherin Sissel Tolaas machen ‚heilende Gerüche‘ für die



Im Forum sind Besucherinnen und Besucher eingeladen, in Vorträgen, Debatten und Workshops und anhand offener Fragestellungen an den Wänden miteinander und mit Experten in Dialog zu treten. Bild: Architekturmuseum der TUM/Sebastian Schels

Besucherinnen und Besucher erfahrbar. Zudem wurde eine Bibliothek zum Thema eingerichtet, filmische Beiträge vertiefen das Thema weiter. Gemeinsam sollen bestehende Standards von Krankenhausplanung und -entwurf hinterfragt, neue Lösungen diskutiert und der Gesundheitsbau der Zukunft menschenzentriert gestaltet werden. ■

Kontakt

Technische Universität München
Architekturmuseum
Lisa Luksch
Arcisstraße 21
80333 München
Mobil: +49 176 31356748
luksch@architekturmuseum.de
www.architekturmuseum.de



Das Kreiskrankenhaus Agatharied wirbt mit dem Slogan ‚Meine Heimat. Mein Krankenhaus‘. Es besticht durch helle, freundliche Räume und Gänge, in denen sich Patienten und Besucher sofort problemlos orientieren können.

Bild: Stefan Müller-Naumann