

# das Krankenhaus



## Dialog zwischen Medizin und Technik

Fast 5 000 Aussteller aus 70 Nationen auf der Medica 2016

## Risikoadjustierung von Qualitätsindikatoren

Entlastungspotenziale durch Versorgungsassistenten

Psychische Belastungen am Arbeitsplatz

Die ZNA im „Boundaryless Hospital“

# das Krankenhaus November.2016

## Editorial

- 945 **PsychVVG auf der Zielgeraden**  
*DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum*

## Politik

- 949 **Schiedsamtentscheidung zum Entlassmanagement**  
*„Bürokratischer Super-GAU“: 100 000 Arbeitstage mehr*
- 949 **G-BA-Unparteiische lehnen Referentenentwurf des GKV-SVSG ab**
- 950 **Verpflichtende Personalvorgaben kontraproduktiv**

## Qualitätssicherung

- 954 **Risikoadjustierung von Qualitätsindikatoren**  
*Eine Positionsbestimmung der DKG-Expertengruppe „Qualitätsmessung und Risikoadjustierung“  
Prof. Dr. Andreas Becker/Prof. Dr. Jürgen Stausberg/  
Burkhard Fischer/Dr. Dirk Carstanjen/  
Prof. Dr. Maria Weyermann*

## Krankenhauslogistik

- 964 **Entlastungspotenziale durch Versorgungsassistenten**  
*Eine Bewertung am Beispiel der Rhein-Kreis Neuss Kliniken  
Sandra Müller/Felix Miedaner/Ann-Kathrin Wittig*

## Personalmanagement

- 968 **Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen am Arbeitsplatz Klinik**  
*Wolfram Schön/Simon Hahnzog*

## Organisation

- 976 **Zentrale Notaufnahme: Drehscheibe im „Boundaryless Hospital“**  
*Wilfried von Eiff*

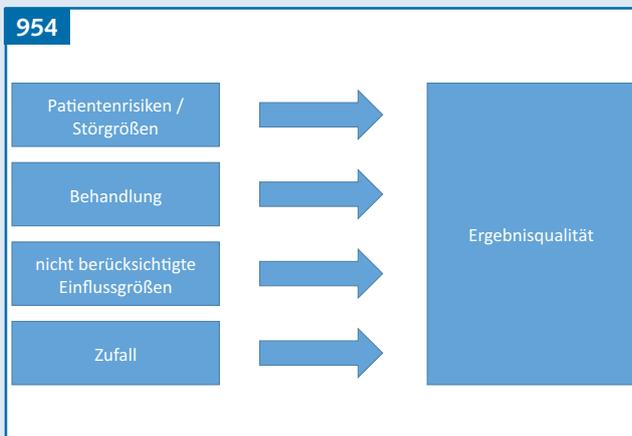
## Notfallversorgung

- 980 **Das Manchester-Triage-System**  
*Standards für die Ersteinschätzung in der Notaufnahme*
- 1023 **Biersdorfer Gespräche: Notfallaufnahme im Krankenhaus: Plädoyer für zielgerechtes Management und effiziente Strukturen**  
*Dr. Harald Clade*

## Recht

- 984 **Kartellrechtliche Bewertung von Krankenhauskooperationen**  
*Teil 1  
Claudia Mareck*
- 991 **Rechtsprechung: Aufklärung fremdsprachiger Patienten durch laienhaften Übersetzer**  
*Andrea Hauser*

954



Qualität ist ein zentraler Topos des Krankenhausstrukturgesetzes. Schlechte Qualität in der Krankenhausversorgung soll künftig mit Vergütungsabschlägen bestraft, Qualitätsindikatoren in der Krankenhausplanung der Länder berücksichtigt werden.

Ein wichtiger Ausdruck einer Qualitätskultur aber ist ein fairer Vergleich. Dies soll die Risikoadjustierung gewährleisten: indem eine unterschiedliche Verteilung von Störgrößen in den Krankenhäusern ausgeglichen wird. Der Beitrag skizziert Einflussgrößen und Kriterien, die ein Verfahren zur Risikoadjustierung im Qualitätsvergleich von Kliniken berücksichtigen sollte.

- 994 **Recht und Praxis: Mitversicherung der Arbeitnehmer im Krankenhaus**  
*Prof. Dr. Karl Otto Bergmann/Dr. Carolin Wever*
- 996 **Steuerrecht: Fallstricke bei Satzungsänderungen durch steuerbegünstigte Körperschaften**  
*Peter Binger/Thorsten Pietsch*
- 998 **Abgabe von Zytostatika – Neues BMF-Schreiben zur umsatzsteuerlichen Behandlung**  
*Denis Korneev/Katharina Herrmann*

**International**

- 1002 **England: NHS – Ein Heiligtum in Not**  
*Katrin Rüter de Escobar*
- 1005 **Deutsch-englische Beziehungen – seit Jahrzehnten gewachsen**  
*Dr. Doris Voit*

**Qualitätsmanagement**

- 1006 **16. KTQ-Forum: Stabiles Fundament im Wettbewerb**  
*Katrin Rüter de Escobar*

**Informationstechnologie**

- 1012 **eHealth-Kongress 2016**  
*Anja Wunsch*
- 1013 **Krankenhaus-IT im Wandel**  
*Anja Wunsch*

**Aktuelle Informationen**

- 1017 **Kongressberichte: 12. Personalkongress der Krankenhäuser 2016**  
*Annette Affhüppe*

- 1020 **Innovationsforum der Deutschen Hochschulmedizin**  
*Annette Affhüppe*
- 1028 **Bau/Sanierung**
- 1032 **Qualitätssicherung/Zertifizierung**
- 1035 **Organspende**
- 1036 **Aus den Mitgliedsverbänden**
- 1037 **Nachrichten**
- 1041 **Namen und Nachrichten**
- 1045 **Veranstaltungen**
- 1046 **Impressum**
- 1048 **39. Deutscher Krankenhaustag – Themenübersicht**

 Bücher: 990

**Medica-Spezial**

- 1050 **Medica 2016: Dialog zwischen Medizin und Technik**
- 1053 **Aktuelle Produktinformationen**
- 1055 **Unternehmens-/Marktentwicklung**
- 1057 **Messen/Firmenveranstaltungen**

**Stellenmarkt**

1059

*Titelbild: Medica/Preview*



Wolfram Schön/Simon Hahnzog

# Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen am Arbeitsplatz Klinik

*Ungünstige Arbeitsbedingungen und übermäßige psychische Belastungen können Auslöser für Stress und psychische Erkrankungen sein. Deshalb verpflichtet der Gesetzgeber seit 2014 explizit alle Arbeitsorganisationen eine Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung durchzuführen. In einer von den Autoren durchgeführten Projektstudie wurde erhoben, in welchem Umfang hessische Kliniken der Grund- und Regelversorgung das Thema Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen bereits aufgegriffen haben und wie die Krankenhäuser dieses operativ umsetzen.*

Die Arbeitswelt unterliegt ständigen Veränderungen. Aktuell verschwimmen mehr und mehr die Grenzen zwischen Arbeit und Freizeit. Durch die digitale Revolution und die weltweite Vernetzung von Arbeitsorganisationen ist die Forderung nach ständiger Erreichbarkeit zur Norm geworden. Zunehmende Belastungen wie diese zeigen im unternehmerischen Alltag Wirkung, nicht zuletzt in Statistiken zu Fehlzeiten aufgrund von psychisch bedingten Erkrankungen.

Auf Grundlage der EU-Rahmenrichtlinie 89/391/EWG verpflichtet der Gesetzgeber seit dem Jahr 2014 alle Arbeitsorganisationen qua Gesetz (§ 5 ArbSchG, Ziffer 6), eine Gefährdungsbeurteilung ausdrücklich auch der psychischen Belastungen durchzuführen. Hintergrund des Gesetzes ist die Erkennung, Vorbeugung und Reduktion von psychischen Gesundheitsrisiken am Arbeitsplatz. Im Sinne des ArbSchG geht es zum einen um die Beurteilung der Arbeit und der Abläufe und zum anderen um deren Gestaltung. Explizit geht es nicht um die Beurteilung der psychischen Verfassung oder der Gesundheit der Mitarbeiter. Unternehmen haben Konzepte zu entwickeln, um psychische Belastungen zu beurteilen, zu dokumentieren und entsprechende Maßnahmen zum Schutze der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu treffen. Die Einhaltung der Durchführung überprüft dabei die staatliche Arbeitsschutzverwaltung bzw. die Gewerbeaufsicht.

Durchführungsempfehlungen und Leitfäden der operativen Schritte einer Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen sind im Internet verfügbar. Exemplarisch ist die aktuelle, aus dem Jahr 2016 stammende Empfehlung der GDA-Träger zur Umsetzung der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen in **►Tabelle 1** dargestellt.<sup>1)</sup>

## 80 Mio. Fehltag durch psychische Erkrankungen

Eine Arbeitswelt ohne psychische Anforderungen ist ebenso wenig denkbar wie Arbeit ohne jegliche körperliche Anstrengung. Nicht jede psychische Belastung führt zu einer psychischen Erkrankung, jedoch steigt das Risiko mit steigender Be-

lastung. Obwohl die Steigerungsraten bei den Fehlzeiten in den letzten Jahren moderat verliefen, nimmt der Anteil psychisch bedingter Krankschreibungen überproportional zu. So betrug laut Gesundheitsreport 2016 der Techniker Krankenkasse<sup>2)</sup> die relative Veränderung der Fehlzeiten aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen im Zeitraum 2000 bis 2015 rund 190 Prozent. Etwa 15 Prozent aller betrieblichen Fehltag gehen inzwischen auf psychische Erkrankungen zurück. Die Angaben der Bundesregierung auf die kleine Anfrage 18/8442 vom 30. Mai 2016 weisen einen signifikanten Anstieg psychischer Erkrankungen aus und beziffern den volkswirtschaftlichen Schaden durch psychische Erkrankungen für das Jahr 2014 mit 79,4 Mio. Arbeitsunfähigkeitstagen (AU-Tage) und einem Anteil von 14,6 Prozent in Bezug auf die AU-Tage aller Diagnosegruppen. 1999 betrug die Summe 25,7 Mio. AU-Tage mit einem Anteil von 5,4 Prozent. Psychische Erkrankungen sind nach Muskel- und Skelett-Erkrankungen der inzwischen zweithäufigste Grund für Arbeitsunfähigkeit. 42 Prozent und damit fast jede zweite Frühverrentung erfolgt aktuell aufgrund psychischer Fehlbelastungen.

## Wo liegen die Ursachen?

Psychische Belastung bei der Arbeit umfasst nach Beck<sup>1)</sup> eine Vielzahl unterschiedlicher psychisch bedeutsamer Einflüsse, die als Indikatoren herangezogen werden können. Beck nennt

**Tabelle 1: Umsetzungsschritte einer Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen (Beck 2016)**

Schritt 1:	Festlegung von Tätigkeiten und Bereichen
Schritt 2:	Ermittlung der psychischen Belastungen
Schritt 3:	Beurteilung der psychischen Belastungen der Arbeit
Schritt 4:	Entwicklung und Umsetzung von Maßnahmen
Schritt 5:	Wirksamkeitskontrolle
Schritt 6:	Aktualisierung und Fortschreibung
Schritt 7:	Dokumentation

die Arbeitsintensität, die soziale Unterstützung am Arbeitsplatz, die Dauer, die Lage und Verteilung der Arbeitszeit, den hohen Zeit- und Leistungsdruck, ungünstig gestaltete Schichtarbeit, häufige Störungen des Arbeitsablaufes und soziale Komponenten. Der letztgenannte Punkt umfasst die Eigenverantwortlichkeit und den Handlungsspielraum am Arbeitsplatz wie auch gestalterische Möglichkeiten innerhalb des Arbeitsprozesses und des Arbeitsumfeldes. Rollenstress und Rollenunklarheit sind ebenfalls zu beachtende Risikofaktoren.

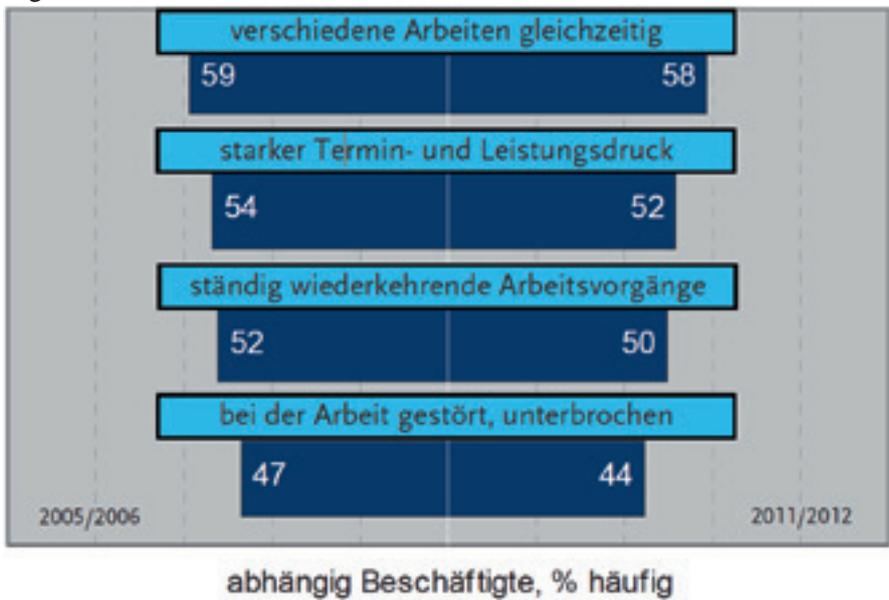
Der „Stressreport 2012“ der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin<sup>3)</sup> (BAuA) ermittelte die Entwicklung psychischer Anforderungen im Zeitraum zwischen 2005/06 und 2011/12 (vergleiche ► **Abbildung 1**). Klarer Spitzenreiter dieser psychischen Anforderungen war mit 58 Prozent das Thema Multitasking, gefolgt von starkem Termin- und Leistungsdruck (52 Prozent), ständig wiederkehrenden Arbeitsvorgängen (50 Prozent) und Störungen und Unterbrechungen bei der Arbeit (44 Prozent). Restrukturierungen wurden im gleichen Report ebenfalls als Ursache und Quelle psychischer Belastungen identifiziert.

### Bedeutung für Unternehmen und Krankenhäuser

Die Auswirkungen psychischer Belastung können eine Vielzahl von direkten Auswirkungen auf ein Unternehmen haben, so zum Beispiel die Störung des Arbeitsablaufes durch Fehlzeiten, Umorganisation, durch die Zunahme der Unzufriedenheit von Mitarbeitern, die Erhöhung persönlicher Arbeitsbelastung einzelner Mitarbeiter durch Fehlzeiten von Kolleginnen und Kollegen einer Abteilung. Des Weiteren könnten sich für Unternehmen erhebliche finanzielle Risiken aus einer Nichtbearbeitung dieses Themas ergeben, besonders aufgrund von Regressforderungen von Seiten der Rentenversicherungen oder der Berufsgenossenschaften<sup>4)</sup>. Die Gesamtkosten für Entgeltfortzahlung, Therapie- oder Rehabilitationsmaßnahmen liegen bei psychischen Erkrankungen eines Mitarbeiters, insbesondere aufgrund der langen Arbeitsunfähigkeitszeiten und langwieriger Wiedereingliederung schnell im sechsstelligen Euro-Bereich<sup>4)</sup>. Trotz der oben genannten Zahlen und der klaren Gesetzeslage wird entsprechend einer Studie von Lenßen<sup>5)</sup> aus dem Jahr 2015 die Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen lediglich von etwa 16 Prozent der deutschen Betriebe umgesetzt.

Neben der Erfüllung arbeitsschutzrechtlicher Pflichten eröffnen sich für Unternehmen auch positive Aspekte. Abwesende Mitarbeiter können nicht am Wertschöpfungsprozess teil-

**Abbildung 1: Entwicklung psychischer Anforderungen in zeitlicher Entwicklung 2005/06 und 2011/12 (aus: „Stressreport Deutschland 2012 – Die wichtigsten Ergebnisse“<sup>3)</sup>)**



nehmen und verursachen letztendlich eine Steigerung der Belastung von Kolleginnen und Kollegen im Unternehmen. Durch Maßnahmen zur Reduktion psychischer Belastungen kann eine Reduktion der Arbeitsunfähigkeitstage und eine Er-



**APOLLON**  
Hochschule

**BACHELOR & MASTER PER FERNSTUDIUM!**

ALLE BACHELOR AUCH OHNE ABITUR!

**Bachelor Sozialmanagement (B. A.)**

- Bachelor Angewandte Psychologie (B. Sc.) – ohne NC!
- Bachelor Gesundheitsökonomie (B. A.)
- Bachelor Pflegemanagement (B. A.)
- Master Gesundheitsökonomie (M. A.)
- Master of Health Management (MaHM) ► 420 CME-Punkte
- Zertifikatskurse
  - U. a. Ernährungsberater, Gerontologie, Public Health, Betriebliches Gesundheitsmanagement

Kostenlose Infos: **0800 3427655** (gebührenfrei)

apollon-hochschule.de

Ein Unternehmen der Klett Gruppe

AN072

**Abbildung 2:** Umsetzung einer GBpsych in den befragten hessischen Kliniken der Grund- und Regelversorgung (16 Teilnehmer)



worten, in welchem Umfang in hessischen Kliniken der Grund- und Regelversorgung eine Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen durchgeführt wird. Des Weiteren wurde eruiert, welche Analysetools genutzt werden, welcher Nutzen antizipiert wird und welche Maßnahmen ergriffen wurden, um psychische Belastungen zu reduzieren.

Von insgesamt 54 hessischen Kliniken der Grund- und Regelversorgung (< 500 Betten) wurden 30 nach dem Zufallsprinzip kontaktiert. 16 Kliniken konnten anschließend in die Stichprobe aufgenommen werden, in der mittels teilstrukturierter Telefoninterviews Verantwortliche aus den Bereichen Arbeitssicherheit, Personal bzw. Betriebsrat befragt wurden. Aufgrund des Umfangs und der Regionalität der Befragung lassen sich keine allgemeingültigen Schlüsse ableiten. Dennoch erlaubt die Stuserhebung einen Einblick in den aktuellen Stand der Imple-

mentierung der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen am Arbeitsplatz „Klinik“.

mentierung der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen am Arbeitsplatz „Klinik“.

## Psychische Belastungen am Arbeitsplatz Klinik

Der Arbeitsplatz Klinik ist geprägt durch besondere Arbeitsherausforderungen im Spannungsfeld der Patientenbetreuung, der zunehmenden betriebswirtschaftlichen Anforderungen und der Interaktion unterschiedlicher Berufsgruppen, mit durchaus sehr unterschiedlichen Belastungsprofilen. In der Ärzteschaft können dies Zeitdruck und Schichtarbeit, lange Arbeitszeiten, hohe Arbeitsintensität, Stress durch unvorhergesehene Akut- und Notfälle, ständiger Schulungs- und Weiterbildungsdruck und der inzwischen hohe administrative Verwaltungsaufwand sein. Konfliktpotenziale gerade im Umgang mit der Pflege können ebenfalls als belastend wahrgenommen werden. Bei Pflegekräften stehen Abgrenzungskonflikte zur Ärzteschaft, Konfliktpotenziale innerhalb der eigenen Berufsgruppe, Rollenkonflikte und Rollenverständnis, mangelnde Anerkennung der persönlichen Tätigkeit in Klinik und Gesellschaft, ein hoher Zeitdruck und Schichtarbeit und der hohe Anteil fremdbestimmter Tätigkeiten (Anordnung durch Ärzteschaft) im Mittelpunkt der Belastungen. Häufige Störungen durch „offene Stationszimmer“ sind ebenfalls eine nicht zu unterschätzende Belastung.

## Die Projektstudie

Die diesem Artikel zugrunde liegende Projektstudie wurde 2016 als Stuserhebung angelegt und sollte die Frage beant-

## Implementierung der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen

Jede zweite befragte Klinik führt eine Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung (GBpsych) durch (vergleiche ► **Abbildung 2**). Ein Drittel gab an, zwar keine GBpsych durchzuführen, sich allerdings in der Projektphase zu befinden. Drei Kliniken haben keine GBpsych implementiert.

Diese drei Kliniken beschrieben als Ursache neben Ressourcenmangel auch die Tatsache, dass „solche“ Projekte trotz des verpflichtenden Charakters anderen Herausforderungen „zum Opfer fallen“. Zitat: „Wir haben einfach andere Probleme.“

## Motivation und Nutzenerwartung

Eine Klinik in der Projektphase und zwei Kliniken mit keinerlei GBpsych-Aktivitäten gaben an, „keinerlei Idee“ zu haben, was eine GBpsych bringen könnte oder sollte. Eine Klinik, die eine GBpsych implementiert hat, äußerte sich wie folgt: „Der Nutzen besteht darin zu wissen, wo Belastungen sind. Es müssen Maßnahmen abgeleitet werden, es werden im Nachhinein aber keine Größen wie Reduktion der AU-Tage oder der Steigerung der Mitarbeiterzufriedenheit gemessen. Wir möchten prinzipiell die Arbeitsfähigkeit der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen erhalten.“

Insgesamt kristallisierten sich drei übergeordnete Nutzen- bzw. Motivationsbereiche heraus. Am häufigsten wurden mit

acht Nennungen mitarbeiterorientierter Aspekte genannt. Rechtliche Überlegungen wurden als Durchführungsmotivation siebenmal genannt. Wirtschaftliche und effizienzbezogene Aspekte wurden viermal genannt.

### Beteiligte Berufsgruppen

Insgesamt dominiert mit zehn von zwölf Nennungen die Berufsgruppe „Pflege“ als Beteiligte einer GBpsych, gefolgt von der Ärzteschaft mit acht Nennungen (vergleiche ► **Abbildung 3**).

Zwei von vier Kliniken in der Projektphase betonten, die GBpsych über alle Berufsgruppen hinweg implementieren zu wollen. Dieses Ergebnis kann dahingehend interpretiert werden, dass Kliniken aufgrund von Informationen und Äußerungen aus einzelnen Berufsgruppen das Thema erstmals aufgreifen und in den „anfragenden“ Berufsgruppen dann auch mit der GBpsych starten. Dass der Bereich Pflege als häufigste Zielgruppe genannt wird, erstaunt nicht. Die Pflege ist zumeist berufspolitisch gut aufgestellt, ist offensiv im Vertreten von berufsgruppenspezifischen Interessen und hat zudem über die Pflegedienstleitung ein Sprachrohr in der Geschäftsleitung. Insgesamt sollte aber eine GpB über alle Berufsgruppen hinweg implementiert werden.

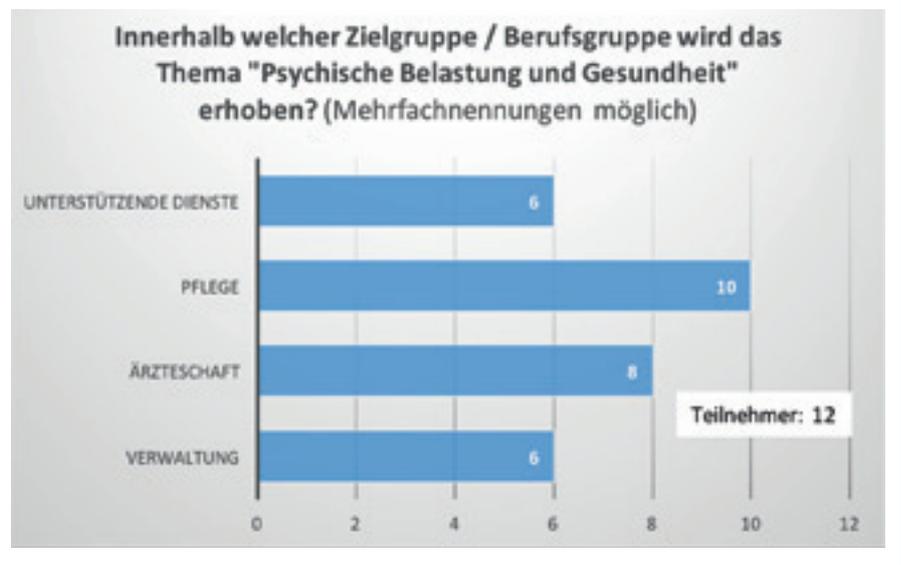
### Methoden der Bestandsaufnahme

Der Bestandsaufnahme kommt eine wesentliche Bedeutung innerhalb der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen zu. Nur auf der Basis einer fundierten Ist-Stands-Erhebung sind wirkungsvolle Programme und Maßnahmen zu entwickeln.

Zwölf der dreizehn Kliniken mit einer existierenden oder einer in der Projektphase befindlichen Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen gaben an, Mitarbeiterbefragungen (Fragebögen) für die Erhebung einzusetzen bzw. einsetzen zu wollen (vergleiche ► **Abbildung 4**). Fünf dieser Kliniken arbeiten ausschließlich mit dieser Methode. Moderierte Workshops werden von insgesamt vier Kliniken durchgeführt, in drei Kliniken in Kombination mit vorgelagerten Mitarbeiterbefragungen. Workshops werden in Einzelfällen und in Abhängigkeit der Abteilungssituation, aber auch

durchaus als kritisch angesehen. Ein Befragter betonte: „Probleme gibt es dann, wenn in Abteilungen über psychische Belastungen geredet wird. Ein Fragebogen ist da neutraler“. Begehungen und Beobachtungen werden von jeweils drei Kliniken durchgeführt. Bei Begehungen ist zu berücksichtigen, dass die Erkennung von psychischen Belastungen durchaus schwierig ist. Interviews werden in den drei Kliniken, die eine Begehung durchführen, bei erkannten psychischen Belastungen immer nachgeschaltet. ►

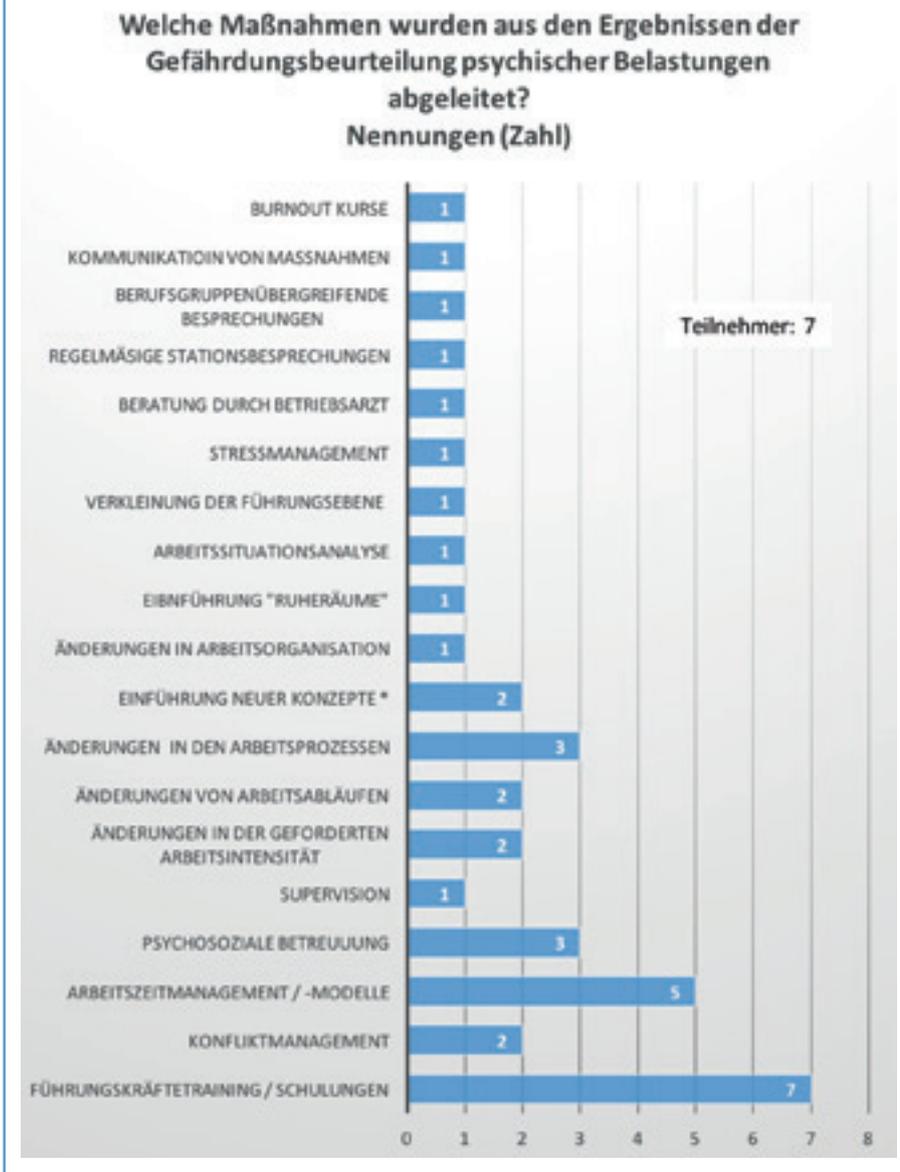
**Abbildung 3:** Berufsgruppenspezifische Verteilung der implementierten oder geplanten GBpsych



**Abbildung 4:** Darstellung der genutzten oder geplanten Methoden zur Bestandsaufnahme der psychischen Belastungen am Arbeitsplatz. (Teilnahme: 13 Kliniken, Mehrfachnennungen möglich)



**Abbildung 5:** Darstellung der Maßnahmen, die entsprechend der Bestandsaufnahme der GBpsych abgeleitet und implementiert wurden. (Teilnahme: 7 Kliniken; alle mit einer implementierten Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen. Mehrfachnennungen waren möglich)



gen die Bedeutung des Themas Arbeitszeit als Ursache psychischer Belastungen. Auch Beck<sup>1)</sup> (Beck 2016) bezeichnet die Arbeitszeit, insbesondere ungünstig gestaltete Schichtarbeit und Dauer, die Lage und Verteilung der Arbeitszeit, als „bedeutsame Einflüsse“ für das Auftreten psychischer Belastungen. Das Thema „Springer- und Nachtdienste“ ist eine stete Herausforderung im Bereich der psychischen Belastung in Kliniken. ► **Abbildung 5** benennt die Maßnahmen, die von den befragten Kliniken, die eine GBpsych implementiert haben, abgeleitet und implementiert wurden.

Änderungen in den Arbeitsprozessen wurden in drei Fällen genannt. Die Arbeitsabläufe in der Klinik, gerade durch die hohe Zahl von Abteilungs- und Berufsgruppenschnittstellen, können als psychisch belastend wahrgenommen werden. Des Weiteren wurden berufsgruppenübergreifende Meetings genannt, die der Erörterung von Arbeitsabläufen, aber auch der Diskussion von Konfliktpotenzialen zwischen den Berufsgruppen dienen.

Eine psychosoziale Betreuung wurde als etablierte Maßnahme dreimal genannt. Eine Möglichkeit, die Folgen von psychischen Belastungen zu mindern bzw. den persönlichen Umgang mit psychischen Belastungen positiv anzugehen.

**Wirksamkeitskontrolle eingeleiteter Maßnahmen**

Wirksamkeitskontrollen werden in 40 Prozent der befragten Kliniken durchgeführt. Weitere fünf Kliniken, die eine Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen implementiert haben oder sich in der Projektphase befinden, planen, eine Wirksamkeitskontrolle durchzuführen. Das ArbSchG beschreibt die Wirksamkeitsmessung als eine „Grundpflicht“ des Arbeitgebers (§ 3 Absatz 1 ArbSchG). Dafür bedarf es eine Analyse durchzuführen, ob sich die psychische Belastungssituation nach Umsetzung der Maßnahmen in der gewünschten Weise verändert hat oder nicht.

**Verantwortlichkeiten und Ressourcen**

In 13 von 16 befragten Kliniken sind Mitarbeiter aus dem Bereich Arbeitssicherheit operativ für die Umsetzung der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen zuständig. In den

**Maßnahmen innerhalb der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen**

Sämtliche Kliniken, die sich zu dieser Frage äußerten, führen Führungskräfte-Trainings und -schulungen durch. Dies legt nahe, dass die Führungskräfte eine zentrale Rolle im Gesamtkontext einer GBpsych spielen. Die Informationen an die Mitarbeiter in derartigen Projekten und Befragungen werden über die Führungskraft eingespiegelt, deshalb ist eine Schulung durchaus sinnvoll. Allerdings kann die Nennung des Führungskräfte-Trainings auch so interpretiert werden, dass Führungskräfte gegebenenfalls als Auslöser psychischer Belastungen verstanden werden.

Maßnahmen zum Arbeitszeitmanagement und Arbeitszeitmodelle werden von fünf Teilnehmern genannt und bele-

befragten Kliniken gab es neben den operativ Verantwortlichen auch „QM-Leistungsteams“ oder „Arbeitsausschüsse“. Diese hatten koordinative Aufgaben inne und setzten sich zu meist aus Vertretern der Geschäftsleitung, der Arbeitssicherheit, dem Betriebsrat und nicht selten auch dem betriebsärztlichen Dienst zusammen.

► **Abbildung 6** zeigt die Verteilung der als GBpsych-projektverantwortlich deklarierten Funktionen in der Klinik. Mehrfachnennungen waren möglich.

Nach den Ressourcen befragt, gaben insgesamt fünf von 12 Kliniken an, nur interne Ressourcen zu nutzen. Vier Kliniken setzen auf eine Kombination aus internen und externen Ressourcen. Die übrigen drei Kliniken setzen in der Durchführung ausschließlich auf den Einsatz von externen Ressourcen.

Nach den Ressourcen befragt, gaben insgesamt fünf von 12 Kliniken an, nur interne Ressourcen zu nutzen. Vier Kliniken setzen auf eine Kombination aus internen und externen Ressourcen. Die übrigen drei Kliniken setzen in der Durchführung ausschließlich auf den Einsatz von externen Ressourcen.

### Diskussion und Handlungsempfehlungen

Der gesetzlichen Forderung nach einer Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung sind sich die befragten Kliniken bewusst, dennoch führen nur acht der 16 befragten Kliniken eine Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen aktuell bereits durch. Fünf Kliniken gaben an, zwar keine GBpsych durchzuführen, sich allerdings in der Projektphase zu befinden. Drei Kliniken haben keine GBpsych implementiert.

Die Motivation, eine GBpsych durchzuführen, ist breit gefächert. Insgesamt kristallisierten sich drei übergeordnete Nutzen- bzw. Motivationsbereiche heraus: wirtschaftliche und effi-

zienzbezogene Aspekte, mitarbeiterorientierten Aspekte und rechtliche Überlegungen.

Die Entscheidung, in welchen Mitarbeitergruppen eine GBpsych implementiert wird, scheint nicht immer strukturiert, sondern entstehenden Bedarfssituationen geschuldet zu sein. Insgesamt dominiert die Berufsgruppe „Pflege“ als Beteiligte einer GBpsych, gefolgt von der Ärzteschaft. Insgesamt sollte eine GBpsych aber über alle Berufsgruppen hinweg implementiert werden – schon aus Gründen der Gleichbehandlung. Zudem macht das Arbeitsschutzgesetz keine Unterschiede zwischen unterschiedlichen Berufsgruppen in der Umsetzung der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen. Hier haben auch Kliniken mit einer implementierten GBpsych noch Nachholbedarf.

Alle Kliniken, die eine Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen implementiert haben, führen auch Maßnahmen durch, um diese Belastungen zu reduzieren. Vier Kli-

**Abbildung 6:** Tabellarische Darstellung der Verteilung der für GBpsych-Projekte verantwortlichen Funktionen in der Klinik

Wer ist in Ihrer Klinik Projektverantwortlicher für die Projekte der "Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen?" (Mehrfachnennungen möglich)		
Antworten	Nennungen (Zahl)	Anteil Teilnehmer (%)
Geschäftsleitung (Stabsstelle)	5	45
Abteilung Arbeitssicherheit *	5	45
Betriebsärztlicher Dienst / Betriebsarzt	6	55
Abteilung "Human Ressource"	1	9
PDL**	1	9
Arbeitsausschuss	2	18
QMB	1	9
Betriebsrat	3	27
Teilnehmer	11	
k.A.	5	

\* Fachkraft Arbeitssicherheit  
\*\* Pflegedienstleitung

feel the spirit of excellence

**RICHARD WOLF**

spirit of excellence

... with all your senses!

**MEDICA**

Richard Wolf auf der MEDICA 2016  
Stand A 42 in Halle 10

f g+ YouTube www.richard-wolf.com

niken führen eine Wirksamkeitskontrolle der eingeleiteten Maßnahmen durch. Insgesamt stellt der Komplex „Ableitung von geeigneten Maßnahmen und deren Wirksamkeitsmessung“ durchaus eine Herausforderung für die Kliniken dar. Hier könnten BAuA oder GDA weitere Unterstützung leisten oder externe Berater zum Einsatz kommen. In den Leitfäden Beck<sup>1)</sup> und Bechmann<sup>6)</sup> sollte dieses Thema nicht nur beschrieben, sondern mit Beispielen und Methoden der Erarbeitung praktisch veranschaulicht werden.

Insgesamt kann den an der Befragung teilnehmenden Kliniken konstatiert werden, dass strukturiert an das Thema „psychische Belastung“ herangegangen wird. Die Bestandsaufnahme ist Basis für die Erkennung psychischer Belastungen und Fundament für alle darauf aufbauenden Maßnahmen zur Reduktion psychischer Belastung. Eine offene Kommunikation über die Ziele und den Ablauf ist von größter Bedeutung für das Vertrauen der Mitarbeiter in die Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen und die Sinnhaftigkeit des gesamten Projektes. Die Einbeziehung des Betriebsrates, der dabei ohnehin ein Mitbestimmungsrecht hat (§ 87 Absatz 1 Nr. 7 BetrVG), ist ein wichtiger Erfolgsfaktor für den Projekterfolg. Durch eine vollständige Information der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erhält das Thema Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen einen positiven Charakter. Es ist uneindeutig als ein Projekt „FÜR“ die Mitarbeiterschaft zu positionieren.

## Anmerkungen

- 1) Beck, D. (2016): „Arbeitsschutz in der Praxis – Empfehlungen zur Umsetzung der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen. Berlin, Deutschland: GDA/BMfAS, Seite 4. Zugriff am 6. Januar 2016 unter <http://gda-psyche.de/downloads/Publikationen>.
- 2) Grobe, T. (2013): Gesundheitsreport 2016 – Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK. Hamburg, Deutschland: Techniker Krankenkasse.
- 3) Lohmann-Haislah, A. (2012): Stressreport Deutschland 2012. Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Dortmund, Deutschland: Zugriff am 1. Januar 2016 unter [http://www.baua.de/de/Publikationen/Fachbeitraege/Gd68.html;jsessionid=93C21917A52B4B421F0426390B4B6619.1\\_cid333](http://www.baua.de/de/Publikationen/Fachbeitraege/Gd68.html;jsessionid=93C21917A52B4B421F0426390B4B6619.1_cid333).
- 4) Hahnzog, S. (2015): Psychische Gefährdungsbeurteilung. Wiesbaden, Deutschland: Verlag Springer Fachmedien, Seite 1.
- 5) Lenßen, K. (2015): Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen am Arbeitsplatz (GBpsych): Ein Präventionsansatz mit rechtlichem Rahmen und vielfältigem Nutzen, Köln, Deutschland: Gesprächspsychologie und Personenzentrierte Beratung 4/15, Seite 198–205, GwG-Verlag. Zugriff am 1. Januar 2016 unter [https://www.gwg-ev.org/sites/default/files/shop\\_downloads/GPB\\_4-2015%20Lenßen.pdf](https://www.gwg-ev.org/sites/default/files/shop_downloads/GPB_4-2015%20Lenßen.pdf).
- 6) Bechmann, S. (2011): Motivation und Hemmnisse für Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM). Dresden, Deutschland: iga.Report 20. Zugriff am 6. Januar 2016 unter <http://iga-info.de/veroeffentlichungen/igareporte/igareport-20>.

## Anschrift der Verfasser

Dr. Wolfram Schön, DSC HealthCare Managementberatung, An der Alten Synagoge 7, 65183 Wiesbaden, [wolfram.schoen@email.de](mailto:wolfram.schoen@email.de)  
Prof. Dr. Simon Hahnzog, Tegernseer Landstraße 98, 81539 München ■

## Studie zur elektronischen Patientenakte im Ausland

Die Stiftung Münch hat den Stand der Einführung einer elektronischen Patientenakte (ePA) in Dänemark, Israel und Österreich untersucht und analysiert, ob von Unternehmen wie Apple oder Kaiser Permanente (USA) entwickelte ePA-Anwendungen losgelöst von nationalen Strategien genutzt werden können. Die dabei entwickelte European Score Card zeigt mit einem Ampelschema, wo die einzelnen Länder bei der Implementierung stehen und ermöglicht damit einen Vergleich von 20 europäischen Ländern. Deutschland ist bei der Implementierung der ePA lediglich auf Platz 10, liegt also im Mittelfeld. Die Spitzenplätze belegen Dänemark, Schweden und Estland.

Die Studie belegt, dass in Ländern mit einer gut etablierten ePA eine klare Vorgabe des Gesetzgebers die Basis für die erfolgreiche Einführung war. Damit Deutschland zu den führenden Ländern aufschließen und von den Vorteilen einer ePA profitieren kann, ist deshalb eine langfristige, nationale E-Health-Strategie erforderlich und der politische Wille, die Durchführung des Projekts zum Erfolg zu führen. Bei der Umsetzung müssen dann modulare und pragmatische Ansätze im Vordergrund stehen. In den Entwicklungsprozess müssen außerdem Erfahrungen und Fehler aus anderen Ländern einfließen können. Für den Aufbau flächendeckender Strukturen sind zudem erhebliche Investitionen erforderlich. Ein weiterer wesentlicher Punkt für eine erfolgreiche Umsetzung ist schließlich eine Kommunikationsstrategie, um sowohl die

Bürger als auch die Leistungserbringer von den Vorteilen einer ePA zu überzeugen.

Die ePA kann Effektivität und Effizienz der Versorgung steigern und bietet ein breites Anwendungsspektrum, von dem Patienten, Ärzte und Krankenkassen gleichermaßen profitieren. Sie ermöglicht effizientere Arbeitsprozesse, verringert die administrative Belastung des medizinischen Personals und ermöglicht somit mehr Zeit für die unmittelbare Patientenversorgung. Sie verbessert die Versorgung durch die Nutzung entscheidungsunterstützender Systeme und kann unnötige (Doppel-) Untersuchungen und Folgebehandlungen reduzieren. Durch den Zugriff auf ihre persönlichen Gesundheitsdaten erhöht sich auch das Empowerment der Patienten.

„Die Einführung einer ePA hierzulande ist überfällig“, so **Stephan Holzinger**, Vorstandsvorsitzender der Stiftung, „wir verlieren nicht nur weiter den Anschluss im internationalen Vergleich. Viel entscheidender ist es, dass mit ihr ein wesentlicher Hebel zur dringend erforderlichen Verbesserung der Effizienz des deutschen Gesundheitswesens nicht genutzt wird.“ Die ePA ist ein zentrales Element des von der Stiftung Münch verfolgten Reformansatzes der sogenannten Netzwerkmedizin.

Die Studie wurde im Auftrag der Stiftung Münch vom Institut für Angewandte Versorgungsforschung (inav) unter der Leitung von Professor Volker Amelung durchgeführt.

Weitere Informationen: [www.stiftung-muench.org](http://www.stiftung-muench.org) ■