

Menschen für Gesundheit

Die Gesundheitsberufe



Herausgeber
Johannes Georg Gostomzyk
Martina Christine Enke

mit Beiträgen von
O. Bernhard, M. Biederbeck, J. Drexler, B. Drüen,
E. Fuchtmann, J.G. Gostomzyk, M. Kaplan, G. Leybold,
E. Nagel, Th. Remé, A. Wagner-Link und G. Wildeboer

Impressum

© Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.V. (LZG), 2007
Pfarrstraße 3, 80538 München
www-lzg.bayern.de

Die LZG wird gefördert durch das Bayerische Gesundheitsministerium.

Herausgeber:

Prof. Dr. med. Johannes Georg Gostomzyk, Augsburg
Dr. med. Martina Christine Enke, Augsburg

Redaktion:

Martina Enke

Gestaltung und PrePress:

Manfred Dilling, Eurasburg

Druck:

Medienhaus Kastner, Wolnzach

ISBN 978-3-933725-18-9

Die Personenbezeichnungen in diesem Buch beziehen sich, wenn nicht ausdrücklich differenziert, gleichermaßen auf Frauen wie auf Männer. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde jedoch darauf verzichtet, in jedem Fall beide Geschlechter zu benennen.

Menschen für Gesundheit

Die Gesundheitsberufe

Herausgeber
Johannes Georg Gostomzyk
Martina Christine Enke

mit Beiträgen von
O. Bernhard, M. Biederbeck, J. Drexler, B. Drüen,
E. Fuchtmann, J.G. Gostomzyk, M. Kaplan, G. Leybold,
E. Nagel, Th. Remé, A. Wagner-Link und G. Wildeboer

Menschen für Gesundheit – Die Gesundheitsberufe

Inhaltsverzeichnis

Menschen für Gesundheit – Die Gesundheitsberufe Grußwort	9
Dr. Otmar Bernhard Staatssekretär im Bayerischen Gesundheitsministerium	
Menschen für Gesundheit – Die Gesundheitsberufe Grußwort	11
Dr. Max Kaplan Bayerische Landesärztekammer	
Menschen für Gesundheit Weltgesundheitstag 2006 in Bayern Grußwort	15
Prof. Dr. Johannes G. Gostomzyk Landeszentrale für Gesundheit in Bayern	

Gesundheitsgefährdung in Gesundheitsberufen	23
Dr. Thomas Remé Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), Hamburg	
Psychische Befindlichkeit und Belastungen in Gesundheitsberufen	45
Prof. Dr. Engelbert Fuchtmann Katholische Studienstiftung, Fachhochschule München	
Arbeitsmedizinische Vorsorge für Beschäftigte in Gesundheitsberufen	59
Prof. Dr. Hans Drexler Institut und Poliklinik für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg	
Belastungen in den Pflegeberufen und Möglichkeiten der Prävention	69
Dr. Marliese Biederbeck Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, Landesverband Bayern e.V.	
Arbeitsbedingungen in Arzt- und Zahnarztpraxen	89
Gabriele Leybold Verband medizinischer Fachberufe e.V., Landesverband Bayern	

Das Präventionsmodell der Bayerischen Landeszahnärztekammer	101
Dr. Dr. Bernhard Drüen Bayerische Landeszahnärztekammer	
Das Leben und das Leid der Anderen als Beruf Belastungen und Gesundheitsressourcen von Psychotherapeuten	109
Angelika Wagner-Link Berufsverband deutscher Psychologinnen und Psychologen, Landesgruppe Bayern	
Gesundheitsförderung in stationären Einrichtungen Vorgehensweise und Erfahrungen	137
Dr. Gesine Wildeboer AOK Bayern, Betriebliche Gesundheitsförderung, Regensburg	
Menschen für Gesundheit - Die Gesundheitsberufe Ein Schlusswort	157
Prof. Dr. Dr. Eckhard Nagel Institut für Medizinmanagement und Gesund- heitswissenschaften, Universität Bayreuth, und Transplantationszentrum Klinikum Augsburg	

Grußwort

Grußwort zum Weltgesundheitstag 2006

Menschen für Gesundheit – Die Gesundheitsberufe

Otmar Bernhard



Gesundheit ist ein Megatrend des 21. Jahrhunderts, das Gesundheitswesen ein Wachstumsmarkt mit Angeboten aus hoch qualifizierten Händen. Das greift die WHO mit dem Weltgesundheitstag 2006 auf: Weltweit engagieren sich über 35 Millionen Menschen im Gesundheitswesen – sie alle tragen als Ärzte, Pflegekräfte, Therapeuten oder Apotheker dazu bei, die Gesundheit der Bevölkerung zu schützen, im Krankheitsfall wiederherzustellen oder zumindest die Leiden der Betroffenen zu mindern. Ohne den großen persönlichen Einsatz dieser Berufsgruppen wäre das qualitativ hohe Niveau der Gesundheitsversorgung gerade auch in Bayern nicht zu gewährleisten. Deshalb muss es auch in Zukunft attraktiv sein, einen Gesundheitsberuf zu ergreifen.

Das Gesundheitswesen steht vor einer besonderen Herausforderung, denn der demografische Wandel setzt es von zwei Seiten unter Druck: von der Patienten- bzw. Klientenseite und von der Dienstleisterseite. Immer ältere Beschäftigte versorgen immer ältere Patienten.

Nur durch nachhaltige Prävention und Gesundheitsförderung kann langfristig erreicht werden, dass die Menschen ein hohes Alter bei

möglichst guter Gesundheit erleben. Es ist daher ein wichtiges Ziel bayerischer Gesundheitspolitik, Prävention als eine tragende Säule im Gesundheitswesen zu etablieren. Um gesundheitsförderliches Verhalten möglichst frühzeitig im Bewusstsein der Menschen zu verankern, richten sich eine Vielzahl der im Rahmen der bayerischen Gesundheitsinitiative Gesund.Leben.Bayern. geförderten Präventionsprojekte bereits an Kinder und Jugendliche.

Für die Beschäftigten im Gesundheitswesen sind vor allem Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung von Bedeutung: Ziel ist die Gesundheit und Motivation der älteren Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen. Der Erhalt der Gesundheit bis ins gesetzliche Rentenalter ist ebenfalls ein Mittel, um der demografischen Herausforderung zu begegnen. Die „Gesunde Arbeitswelt“ ist deshalb ein wichtiges Handlungsfeld der bayerischen Gesundheitsinitiative. In Projekte zur betrieblichen Gesundheitsförderung hat Bayern allein in diesem Jahr 360.000 Euro investiert.

Der Staat kann hier aber nur Anstoß geben, Projektarbeit und Vernetzung fördern. Die gute und enge Kooperation mit der Bayerischen Landesärztekammer und der Landeszentrale für Gesundheit in Bayern ist auch auf diesem Gebiet entscheidend. Ich freue mich, dass diese beiden Partner im Rahmen des Weltgesundheitstages den „Menschen für Gesundheit“ heute ein Forum bieten.

Dr. Otmar Bernhard

Staatssekretär im Bayerischen Gesundheitsministerium

Grußwort zum Weltgesundheitstag 2006

Menschen für Gesundheit – Die Gesundheitsberufe

Max Kaplan



Sehr geehrte Damen und Herren,

ich freue mich, dass die Bayerische Landesärztekammer (BLÄK) in diesem Jahr gemeinsam mit der Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.V. (LZG) ein Symposium zum Thema „Menschen für Gesundheit – Die Gesundheitsberufe“

veranstaltet. Ganz besonders freue ich mich, dass auch unser Aufsichtsministerium, das Bayerische Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz, mit von der Partie ist. Daher möchte ich an dieser Stelle noch einmal ganz herzlich unserem Minister Dr. Werner Schnappauf danken, dem dieses Thema ein besonderes Anliegen ist. Staatssekretär Dr. Otmar Bernhard wird im Laufe des Tages uns die Grüße des Ministeriums persönlich überbringen.

Der Weltgesundheitstag steht 2006 unter dem Motto „Menschen für Gesundheit – Die Gesundheitsberufe“. Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sind weltweit mehr als 35 Millionen Menschen im Gesundheitssektor beschäftigt. Das Gesundheitswesen zählt mittlerweile zu den wichtigsten Beschäftigungszweigen. Etwa elf Prozent aller Beschäftigten (4,2 Millionen) arbeiten hier in unterschiedlichen Bereichen und

Einrichtungen. Jeder vierte Beschäftigte im Gesundheitswesen (1,1 Millionen) arbeitet in einem Krankenhaus, darunter Ärzte, Assistenz- und Pflegepersonal. In Arzt- und Zahnarztpraxen sind insgesamt 965.000 Personen beschäftigt – dies entspricht ebenfalls knapp einem Viertel aller im Gesundheitswesen Tätigen –, in der (teil-)stationären und ambulanten Pflege insgesamt 679.000. Ihr Sachverstand und ihre Fähigkeiten sind unentbehrlich, wenn es um die Erhaltung und Förderung von Gesundheit geht.

Noch immer aber ist die Verteilung dieser Berufe weltweit sehr ungleich: Kommen beispielsweise in Bayern auf eine Ärztin/einen Arzt 252 Einwohnerinnen/Einwohner, sind es in den ärmeren Regionen der Welt bis zu mehreren 10.000. Allein dies ist per se ein großes Problem.

Doch das Thema „Menschen für Gesundheit – Die Gesundheitsberufe“ ist, wenn auch unter einer anderen Prämisse, für uns in den reichen, gut versorgten Industrienationen auch ein wichtiges Thema, steht doch die Gesundheitsförderung etwa für Ärzte und Pflegepersonal ganz hoch im Kurs. Wie kann man die physische und psychische Belastung reduzieren? Nutzt die betriebliche Gesundheitsförderung in Krankenhäusern älteren Mitarbeitern? Wie können Prävention und Gesundheitsförderung in der niedergelassenen Praxis umgesetzt werden? Wie kann neurologischen und psychischen Erkrankungen – hervorgerufen etwa durch Schichtdienste – bei Angehörigen der Heilberufe vorgebeugt werden, wie können sie therapiert werden? Und schließlich geht es auch darum, die konkreten Infektionsrisiken bei den Beschäftigten im Gesundheitswesen zu reduzieren – ich denke da an Influenza, Hepatitis, Aids u.v.m. Auch gilt es, orthopädische Krankheitsbilder zu vermeiden, die etwa durch häufiges schweres Heben, überlanges Stehen oder Arbeiten in ungesunder Körperhaltung verursacht werden.

Lassen Sie mich noch auf das Thema „Burnout“ kurz eingehen, der sicherlich bei den Heilberuflern oftmals anzutreffen ist. Zeitliche Überbelastung, Dauerstress, niedrige Bezahlung, Unzufriedenheit mit dem Job, Zwiespalt zwischen dem eigenen Anspruch zu helfen und den tatsächlichen Aufgaben – es gibt sicherlich viele Facetten dieses Krankheitsbildes. „Ein Arzt wird nicht krank. Burnout haben nur die anderen“ – unter diesen Druck scheinen immer mehr Kolleginnen und Kollegen zu geraten. Da wird dann die Lebensaufgabe „Arzt“ schnell zur Lebens-Aufgabe mit fatalen Folgen. Und auch der flapsige Spruch „Come in – burn out!“ ist sicherlich für viele Arbeitsplätze im Gesundheitswesen, sei es in Krankenhäusern, Reha-Zentren, Praxen oder weiteren Institutionen, zutreffend.

Immer wieder ist er zu hören, der Begriff vom „Wachstums- und Jobmotor“ Gesundheitswesen. Die Prognosen, welches Beschäftigungspotential der Sektor in naher und fernerer Zukunft tatsächlich in sich birgt, sind zwar uneinheitlich, dennoch positiv. Wirtschaft und Industrie verweisen in den letzten Jahren verstärkt auf das große Beschäftigungspotential und warnen vor einer zu starken finanziellen Knebelung des Sektors. Das ist die eine Seite. Doch auch die Rahmenbedingungen müssen passen. Denn stimmen die Rahmenbedingungen nicht, dann kann auch der beste „Jobmotor Gesundheitswesen“ künftig stottern. Es ist unsere Aufgabe, somatische und psychische Gesundheitsbelastungen gerade für die Angehörigen der Heilberufe abzubauen und möglichst ganz zu vermeiden, vorhandene Erkrankungen adäquat zu therapieren sowie – ganz wichtig – für angemessene Arbeitsbedingungen und Bezahlung zu sorgen.

Mit der heutigen Veranstaltung wollen wir die künftig immer wichtiger werdenden und sich ändernden Aufgaben und Anforderungen der Gesundheitsberufe vor dem Hintergrund weltweiter gesell-

schaftlicher Veränderungen, wie etwa dem demographischen Wandel und dem medizinischen Fortschritt, aufzeigen. Nach einer Bestandsaufnahme und Ist-Analyse am Vormittag geht es uns am Nachmittag darum, Perspektiven für unsere Berufsbranchen aufzuzeigen und zu entwickeln. Ich freue mich, dass wir namhafte Referenten und Experten für die jeweiligen Themenbereiche gewinnen konnten und möchte mich bereits jetzt für die gute Zusammenarbeit mit der LZG bedanken. Ich bin gespannt auf die heutige Veranstaltung und wünsche uns allen viel Informatives und gute Diskussionen.

Dr. med. Max Kaplan
Vizepräsident der Bayerischen Landesärztekammer
Mühlbauerstraße 16, 81677 München
www.blaek.de

Grußwort zum Weltgesundheitstag 2006

Menschen für Gesundheit

Weltgesundheitstag 2006 in Bayern

Johannes G. Gostomzyk



Am 07.04.1948 wurde die Weltgesundheitsorganisation (WHO) gegründet als Sonderorganisation der Vereinten Nationen (UN) mit zunächst 84 Mitgliedsstaaten und Sitz in Genf. Zur Erinnerung daran wird jedes Jahr am 7. April der Weltgesundheitstag mit einem von der WHO formulierten und von den einzelnen Mitgliedsstaaten an die eigene Problemlage adaptierten Motto begangen.

Die zentrale Veranstaltung auf Bundesebene am 6. April 2006 in Berlin fokussierte auf drei relevante Bereiche, die für Menschen in Gesundheitsberufen national und international besondere Herausforderungen darstellen:

1. Steigende Nachfrage nach Gesundheitsleistungen in Europa und deren Bewältigung.
2. Alterung der Bevölkerung, d.h. steigende Lebenserwartung und niedrige Geburtenrate, mit steigendem Anteil chronischer Krankheiten im Krankheitsgeschehen.
3. Ungleiche Verteilung von medizinischer Versorgung, Ressourcen und Chancen für Gesundheit weltweit mit entsprechender Orien-

tierung der Gesundheitsberufe an Arbeitsbedingungen und Gratifikationen.

Die gesundheitliche Situation der im Gesundheitswesen tätigen Menschen wurde damit nur indirekt angesprochen. Sie ist gekennzeichnet durch steigende Leistungsanforderungen an Gesundheitsberufe als Folge der demographischen Entwicklung und der im Zuge der Globalisierung sich verschärfenden sozialen Frage. In Deutschland waren 2004 4,2 Millionen Menschen, d.h. 10,5% aller Beschäftigten, in der Gesundheitswirtschaft tätig. Die Gesundheitsleistungen im engeren Sinn werden von rund 2,2 Millionen Menschen in Gesundheitsberufen erbracht, davon sind ca. 1,1 Millionen in Krankenhäusern tätig.

Beschäftigte in Gesundheitsberufen in Deutschland (Auswahl, 2004):

Berufe	Beschäftigte	davon Frauen	in %
Pflege	710.000	605.000	85,2%
Medizinische Fachangestellte (früher Arzthelferinnen)	511.000	505.000	98,8%
Ärzte	306.000	118.000	38,5%
Altenpflege	296.000	166.000	56,0%
Zahnärzte	65.000	25.000	38,4%

In der politischen Wahrnehmung ist das Gesundheitswesen einerseits ein wenn auch gebremst wachsender, ökonomisch wichtiger Dienstleistungssektor. Andererseits wird die solidarisch finanzierte Gesetzliche Krankenversicherung als Sorgenkind Nummer eins der Sozialpolitik deklariert und als inakzeptable Belastung der

Lohnnebenkosten und damit des Arbeitsmarktes abgewertet. Dagegen kann Deutschland im internationalen Vergleich aber noch immer auf ein auf hohem Niveau effizientes Gesundheitssystem verweisen, allerdings mit erheblichen Zweifeln an seiner nachhaltigen Finanzierbarkeit und mit offensichtlich noch weiter wachsenden Anforderungen zu Lasten der Leistungserbringer. Vor diesem Hintergrund hielten es in Bayern die Landeszentrale für Gesundheit (LZG) und die Landesärztekammer (LÄK) für angemessen, als Schwerpunkt des diesjährigen WGT-Mottos die spezifische gesundheitliche Situation der in Gesundheitsberufen tätigen Menschen mit ihren Berufsvertretern zu diskutieren und nach neuen Wegen und einem Gleichgewicht zwischen individueller und gesellschaftlicher Verantwortung in der Prävention zu suchen.

Die Arbeit im Gesundheitswesen ist keine Garantie für einen gesunden Arbeitsplatz. So soll z.B. das von der WHO initiierte Programm „Gesundes Krankenhaus“ gesundheitsförderliche Bedingungen für die dort Beschäftigten anregen und stärken. Die gesundheitlich relevanten Arbeitsbelastungen sind für einzelne Berufssparten bzw. Dienstleistungen zum Teil typisch, andere ergeben sich aus spezifischen Arbeitsplatzsituationen. Typische Belastungen sind Stress, Belastungen der Haut, schweres Heben, Arbeiten im Schichtdienst, Kampf um Arbeitsplatz (Mobbing) und Karriere, die Doppelbelastung besonders der Frauen durch Beruf und Familie sowie Risiken aus dem Umgang mit Infektionen, Strahlen, Medikamenten usw.

Übergreifend und zunehmend demotivierend für Beschäftigte in den Gesundheitsberufen entwickelt sich das subjektiv erlebte Spannungsverhältnis zwischen Ökonomie und Diakonie. Die permanente Diskussion über die Unterfinanzierung der gesetzlichen Krankenkassen und deren Auswirkungen auf Institutionen, Leistungserbringer und Patienten sowie die Orientierung an Kon-

zepten einer liberalen gewinnorientierten Marktwirtschaft verunsichert viele Bürger. Angetreten waren die Mitarbeiter in Gesundheitsberufen überwiegend mit einer altruistischen Ethik des Helfenwollens, selbstverständlich auch mit der Vorstellung einer ökonomisch gesicherten Existenz. Die gegenwärtige Situation produziert dagegen ängstliche, zum Teil existenzielle Ratlosigkeit. Das Diktat betriebswirtschaftlicher und bürokratischer Zwänge in Praxen, Instituten und Kliniken führt dazu, statt im Teamwork zu agieren, den Mitarbeiter als Konkurrenten zu sehen und gegenüber den Patienten Teilnahme und Empathie zu reduzieren.

Speziell für Ärzte, die traditionell eine hohe Anerkennung in ihrem Beruf erfahren haben, ist der subjektiv empfundene Statusverlust, bedingt durch den von Politik und Verwaltung erzwungenen Verlust an Handlungshoheit über die Ausgestaltung ihres Berufes, eine demotivierende psychosoziale Belastung. Auf dem außerordentlichen Ärztetag (24. Oktober 2006) in Berlin zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) formulierte der Präsident der Bundesärztekammer Hoppe „Diese Reform macht uns krank“. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) startete die Aktion „Geiz macht krank“ (Deutsches Ärzteblatt, Jg. 103, Heft 47 C 2566, 17. November 2006).

Auch für die Gesundheitsberufe sind die bevölkerungsweit nachweisbaren Zusammenhänge von Berufsstatus und Morbiditätsentwicklung anzunehmen, d.h. auch im Gesundheitswesen ist mit einem sozialen Gradienten zu rechnen. Berufe mit niedrigem sozialem Status, also einfache manuelle Berufe bzw. einfache Dienste weisen höhere Morbiditätsraten auf als Berufsgruppen mit hohem Status.

Sind die klassischen Konzepte der Arbeitsmedizin, der Gewerbeaufsicht, der Berufsgenossenschaften und der Arbeitgeberver-

antwortung noch zeitgemäß und ausreichend? Ist nicht in der Arbeitswelt die psychosoziale Belastung, vor allem die Schnittstelle Mensch/Mensch, zum wichtigsten Gesundheitsrisiko geworden mit der Folge, dass psychische Erkrankungen heute der häufigste Grund für vorzeitige Erwerbsunfähigkeit geworden sind? Soll Prävention erfolgreich sein, dann muss sie immer wieder die Frage stellen: Tun wir zur richtigen Zeit das Richtige richtig?

Die Aktualität des Themas Gesundheit der Menschen in Gesundheitsberufen belegen zwei neuere Studien:

Die 2004 durchgeführte Studie „Arbeitszeit und Arbeitszufriedenheit angestellter und beamteter Ärzte in München“, eine Initiative des Ausschusses „Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes“ des Ärztlichen Kreis- und Bezirksverbandes München, basiert auf einer Befragung, zu der 5.461 angestellte und beamtete Ärzte aus Krankenhäusern und Praxen angeschrieben wurden, von denen 2.450 (47%) antworteten (S. Bornheim et al., Gesundheitswesen 2006; 68: 535-544). Es herrscht offenbar eine weit verbreitete Unzufriedenheit mit dem Beruf. 39,8% aller Ärzte hatten immerhin schon einmal darüber nachgedacht, die ärztliche Tätigkeit in Klinik oder Praxis aufzugeben. Als wichtigster Grund für den Aufgabewunsch wurde die hohe Arbeitszeitbelastung (44,6%) genannt. Weitere Gründe waren befristete Anstellungsverhältnisse, Belastungen durch Bereitschaftsdienste u.a.

„Die ökonomische Logik wird zum Maß aller Dinge“ und sie wirkt sich negativ aus auf Patienten und den Arbeitsalltag der Ärzte, so das Ergebnis zweier Studiengruppen aus Bremen/Berlin („Wandel der Medizin und Pflege im DRG-System“) und der Universität Bayreuth („Diakonie und Ökonomie. Die Auswirkungen von DRG und fallpauschaliertem Medizin- und Qualitätsmanagement auf das Handeln in Krankenhäusern. Eine sozialwissenschaftliche

Untersuchung und sozioethische Bewertung“). Die Analyse der Auswirkungen der DRG-Einführung in Krankenhäusern ergaben für Ärzte und Pflegende folgende Veränderungen (DÄ Jg. 103, Heft 46, 17. Nov. 2006):

- Beschleunigung und Verdichtung der Arbeit
- Abnahme der Kommunikation und der mitmenschlichen Kontakte mit Patienten
- Patientenselektion, d.h. Orientierung auf Patienten, „die sich in dem neuen System rechnen“
- Abnahme der Motivation in der Arbeit bis zu Resignation, Depression und Berufsunfähigkeit
- steigende Anspannung durch höhere Transparenz und sinkendes Vertrauen der Patienten in die ärztliche Heilkunst
- Ökonomisierungsfolgen sind längere Arbeitszeiten, schlechtere Bezahlung, miese Bedingungen in Kliniken, wenig Befriedigung aus dem Beruf

Resümee

1. Arbeit darf nicht krank machen. Menschen in Gesundheitsberufen sind häufig gesundheitsbelastenden Arbeitsbedingungen ausgesetzt, an deren Entstehung neben Administration und Bürokratie auch die Gesundheitsberufe selbst bei schlechtem Management in der Aufgabenbewältigung beteiligt sein können. Arbeitsmedizin, Gewerbeaufsicht und Berufsgenossenschaften mit ihren klassischen präventiven Konzepten, insbesondere zu den Berufskrankheiten, treten dem entgegen. Die klassischen Konzepte sollten durch geeignete betrieblich vereinbarte Gesundheitsförderungsmaßnahmen ergänzt werden.

2. Insbesondere die Zunahme psychischer Störungen am Arbeitsplatz mit Entwicklungen in Richtung Schlafstörungen, Depression,

Burn-out-Syndrom, süchtigem Verhalten und Suizid erfordern immer drängender die Etablierung Betrieblicher Gesundheitsförderung unter Beteiligung der Mitarbeiter. Kleinere Betriebe, dazu gehören in der Regel Arztpraxen und Institute, weisen diesbezüglich oft Defizite auf.

3. Die derzeitige Gesundheitspolitik nennt Prävention sehr gerne als einen ihrer Schwerpunkte. Aber sie darf die Gesundheit der im Gesundheitswesen tätigen Menschen nicht vernachlässigen. Wettbewerb, der krank macht, ist dem Grunde nach asozial. In Zukunft, aktuell bei der Umsetzung des GKV-Wettbewerbstärkungsgesetzes, sollte darüber noch aufmerksamer und sensibler gewacht werden.

Prof. Dr. med. Johannes Georg Gostomzyk
Vorsitzender der Landeszentrale für Gesundheit
in Bayern e.V. (LZG)
Pfarrstraße 3, 80538 München
www.lzg-bayern.de

Gesundheitsgefährdung in Gesundheitsberufen

Einleitung

Spektrum der gesundheitlichen Gefährdungen

Gesundheitsgefährdungen durch physikalische Belastungen

Belastungen der Lendenwirbelsäule

Gesundheitliche Gefährdungen durch Strahlenbelastungen

Gesundheitsgefährdungen durch chemische Belastungen

Gefährdung durch Umgang mit Zytostatika

Gesundheitsgefährdung durch Desinfektionsmittel

Gesundheitsgefahren durch Feuchtarbeit

Gefährdungen durch biologische Belastungen

(Infektionserreger)

Berufliche Gefährdung durch Tbc

Berufliche Gefährdung durch Helicobacter pylori

Gesundheitliche Gefährdung durch die blutübertragbaren
Erreger Hepatitis B (HBV), Hepatitis C (HCV) und HIV

Schlussfolgerung

Literatur

Gesundheitsgefährdung in Gesundheitsberufen

Thomas Remé



Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) ist der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung für die Betriebe der Gesundheitsberufe und der Wohlfahrtspflege, soweit sie nicht in öffentlicher Trägerschaft betrieben werden. Zusätzlich sind einige weitere Branchen, wie zum Beispiel das Friseurhandwerk, der BGW subsumiert. Insgesamt sind über 500.000 Betriebe mit mehr als fünf Millionen Beschäftigten gegen Arbeitsunfälle, Unfälle von und zur Arbeit und Berufskrankheiten versichert. Mit Ablösung der Reichsversicherungsordnung durch das Sozialgesetzbuch VII im Jahre 1997 haben die Berufsgenossenschaften zusätzlich den gesetzlichen Auftrag erhalten, arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren der bei ihnen versicherten Branchen zu erforschen und mit allen geeigneten Mitteln zu verhüten. Zu den arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren gehören unter anderem die beruflich bedingten psychomentalen und psychosozialen Belastungen.

Inhalt dieses Aufsatzes ist die Darstellung der sogenannten klassischen Gesundheitsgefährdungen in den Gesundheitsberufen

ohne die psychischen Belastungen, die an anderer Stelle besprochen werden.

Spektrum der gesundheitlichen Gefährdungen

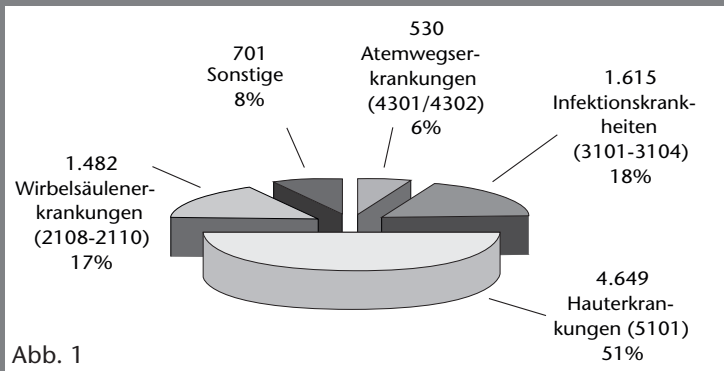
Die beruflichen Gefährdungen in den Gesundheitsberufen sind charakterisiert durch die gesamte Palette der Belastungsarten. Hierdurch unterscheiden sie sich ganz wesentlich von anderen Branchen, die nur Teile von Belastungsarten zu berücksichtigen haben. Die Gefährdungen reichen von den physikalischen Belastungen über die chemischen und biologischen Belastungen bis hin zu den sonstigen arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren, wobei die psychischen Belastungen bei den letzteren ganz im Vordergrund stehen.

Bei den physikalischen Belastungen stehen die Belastungen der Lendenwirbelsäule (besonders bei der Pflege) und Belastungen durch Röntgenstrahlen im Vordergrund. Bei den chemischen Belastungen reicht das Spektrum von der Feuchtarbeit über Desinfektionsmittel, Narkosegase bis hin zu Medikamenten, die kanzerogen, mutagen oder reproduktionstoxisch wirken können. Bei den biologischen Belastungen besteht eine breite Palette von Erregern, die entweder von Mensch zu Mensch oder von Tier zu Mensch übertragen werden können.

Bei den hier nicht besprochenen psycho-mentalen und psychosozialen Belastungen stehen Themen wie Nacht- und Schichtarbeit, hoher Zeitdruck, Umgang mit schwerer Krankheit und Tod, Konfrontation mit psychischer und körperlicher Gewalt im Vordergrund.

Im Jahr 2005 wurden der BGW Hauterkrankungen mit 51%, gefolgt von den Infektionskrankheiten mit 18% und den Erkrankungen der

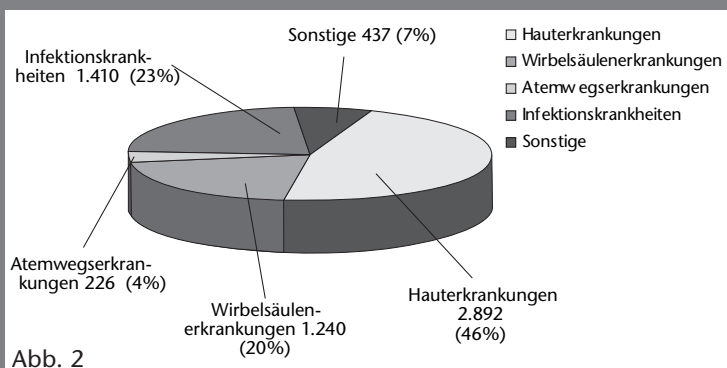
Anzeigen auf Verdacht einer Berufskrankheit (BGW, 2005)



Lendenwirbelsäule mit 17% am häufigsten gemeldet (Abb. 1).

Diese Abbildung spiegelt auch schon das Spektrum der häufigsten Berufskrankheiten der Branche der Gesundheitsberufe wider, bei denen im Jahr 2005 2.892 Hauterkrankungen mit 46%, 1.410 Infektionskrankheiten mit 23% und 1.240 Wirbelsäulenerkrankungen mit 20% verteilt sind (Abbildung 2).

Berufskrankheiten 2005 – Gesundheitswesen



Bei der Vielfalt der gesundheitlichen Gefährdungen für die Gesundheitsberufe können im Rahmen dieses Aufsatzes für die einzelnen Belastungsarten nur die wichtigsten Beispiele besprochen werden. Für die physikalischen Belastungen sind dies die Belastungen des Stütz- und Bewegungsapparates, hier insbesondere der Lendenwirbelsäule, sowie die Strahlenbelastungen durch Röntgenstrahlen. Für die chemischen Belastungen werden als Beispiele die Zytostatikazubereitung, die Desinfektion und die Feuchtarbeit beschrieben. Die biologischen Belastungen werden beispielhaft anhand der Tuberkulose, der blutübertragbaren Virusinfektionen und der Gefährdungen durch *Helicobacter pylori* dargestellt.

Gesundheitsgefährdungen durch physikalische Belastungen

Als häufigste und wichtigste physikalische Belastungen stehen in den Gesundheitsberufen die Belastungen des Stütz- und Bewegungsapparates und hier als anerkannte Berufskrankheit die Beanspruchung der Lendenwirbelsäule im Vordergrund. Exemplarisch werden diese Belastungsart sowie die Strahlenbelastungen durch Röntgeneinrichtungen hier besprochen.

Belastungen der Lendenwirbelsäule

Seit 1994 können bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule (LWS) durch langjähriges Heben oder Tragen schwerer Lasten oder langjährige Tätigkeiten in der extremen Rumpfbeugehaltung als Berufskrankheit unter bestimmten Bedingungen anerkannt werden. Im Vordergrund steht dabei das chronische lokale Lumbalsyndrom oder aber das lumbale Wurzelsyndrom, hervorgerufen durch eine Osteochondrose und/oder eine Protrusion bzw. einen Prolaps der Bandscheiben der unteren LWS. Betroffen hiervon sind bei den Gesundheitsberufen insbesondere die stationäre und ambulante Pflege sowie die

Krankenpflege. Nachdem anfänglich über 4.000 Verdachtsmeldungen einer bandscheibenbedingten Wirbelsäulenerkrankung bei der BGW eingingen, sanken die Meldungen im Jahr 2004 auf 1.295.

Da für die Anerkennung einer Lendenwirbelsäulenerkrankungen als Berufskrankheit die Aufgabe der gefährdenden Tätigkeit – und damit häufig des Berufes – notwendig ist, gleichzeitig aber die Entschädigungsleistungen durch Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) häufig nur zwischen 10% und 20% liegen, hat die BGW von Anfang an ihre Intention auf die Prävention von rückenbelastenden Tätigkeiten und die Rehabilitation bereits Erkrankter ausgerichtet.

Bei vielen Verdachtsmeldungen liegen die eindeutigen medizinischen Kriterien für die Anerkennung einer Berufskrankheit noch nicht vor. Aus den vorliegenden Befunden und dem beruflichen Verlauf lässt sich aber häufig erkennen, dass eine Berufskrankheit bei Fortbestehen der Belastungen droht. Hier hat die BGW im Rahmen des §3 der Berufskrankheitenverordnung ein spezielles Rehabilitationsverfahren mit dem Ziel der Vermeidung des Aufgabezwinges und Verbleib im Beruf entwickelt. In einem dreiwöchigen teilstationären sogenannten „Rückenkolleg“ werden die Betroffenen ausgiebig orthopädisch untersucht, während der Maßnahme kontrolliert und beraten. Dazu erfolgt eine individuell festgelegte physikalische Therapie, Schulung rückengerechten Patiententransfers mittels bestimmter Pflorgetechniken und technischer Hilfsmittel sowie eingehende psychologische und soziale Beratung. Ein Team von Ärzten, Physiotherapeuten, Psychologen und Berufsberatern steht den Teilnehmern des Rückenkollegs zur Verfügung. Zusätzlich besteht nach einem halben Jahr die Möglichkeit eines Refresher-Kurses. Seit Angebot des Rückenkollegs haben über 2.000 Betroffene an dieser Reha-Maßnahme teilgenommen.

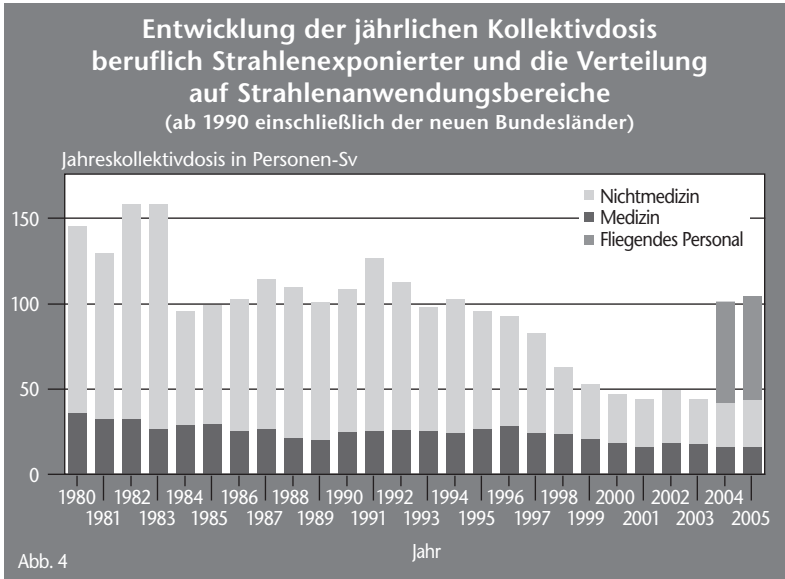
Primärpräventiv bietet die BGW eine ganze Reihe von Angeboten für einen rückengerechten Patiententransfer.

Gesundheitliche Gefährdungen durch Strahlenbelastungen

Etwa 4,2 Millionen Menschen arbeiten in der Bundesrepublik in den Gesundheitsberufen. 5% davon sind beruflich strahlenexponiert, überwiegend durch Röntgeneinrichtungen. Beruflich strahlenschutzüberwacht werden in der Bundesrepublik ca. 250.000 in der Medizin tätige Personen. Dagegen stehen ca. 75.000 Berufstätige in nichtmedizinischen Berufen (vorwiegend aus Kernkraftwerken und der Materialprüfung) sowie etwa 30.000 Personen des fliegenden Personals (Abbildung 3).



Die nächste Abbildung zeigt den Vergleich der jährlichen Kollektivdosis beruflich Strahlenexponierter.



In Abbildung 4 zeigt sich, dass das fliegende Personal die höchste Strahlenbelastung des nicht-medizinischen Personals hat. Das medizinische Personal rangiert dagegen weit im unteren Bereich. Eine Studie der BGW zur retrospektiven Erhebung der Strahlenbelastung medizinischen Personals zeigt, dass die Strahlenexposition im Verlauf der letzten 30 Jahre bei der konventionellen radiologischen Diagnostik deutlich rückgängig ist. Für einige strahlenschutzrelevante Methoden hat sich die Strahlenexposition zum Teil auf unter 1/10 der früheren Dosis reduziert. Dem gegenüber steht die Zunahme der Anzahl röntgendiagnostischen Leistungen. Gleichwohl konnte die Strahlenexposition im Laufe der Jahre durch technische Veränderungen auf ein Minimum reduziert werden. Bei einigen Anwendungen sind aber die Schutzmöglichkeiten gegenüber der lokalen Strahlenexposition – wie z.B. bei der chirurgischen Manipulation und der Durchleuchtungskontrolle – noch unbefriedigend hoch.

Gesundheitsgefährdungen durch chemische Belastungen

Für die chemischen Belastungen in den Gesundheitsberufen werden exemplarisch die Zytostatikazubereitung, die Desinfektion und die Feuchtarbeit beschrieben.

Gefährdung durch Umgang mit Zytostatika

Zytostatika spielen heute in der Onkologie eine weit verbreitete Rolle. Ein Teil dieser Medikamente hat, bedingt durch ihren Angriffsort an den Chromosomen, selber eine kanzerogene, mutagene oder teratogene Wirkung. Bei der Einnahme therapeutischer Dosen und Hochdosen werden sogenannte Zweittumoren beschrieben. Die Gesundheitsberufe können bei der Zubereitung, der Applikation und Pflege zytostatikatherapierter Patienten selbst Teile dieser Medikamente aufnehmen. So konnten in diversen Studien immer wieder Zytostatika oder deren Abbauprodukte im Blut oder Urin des medizinischen Personals in geringen Mengen nachgewiesen werden. Hierbei handelt es sich um Konzentrationen, die im Nanogramm- oder Pikogrammbereich lagen und damit um mehrere Potenzen tiefer als die Konzentration therapeutischer Dosen. Inwieweit diese berufliche Belastung im Low-Level-Bereich tatsächlich eine fassbare toxikologische Wirkung hat, kann bis heute arbeitsmedizinisch nicht genau beschrieben werden. Gleichwohl wird von einem möglichen kanzerogenen, mutagenen und teratogenen Risiko ausgegangen, das im Laufe der Jahre zu erheblichen Anstrengungen zur Expositionsvermeidung geführt hat. Es wird davon ausgegangen, dass aufgrund der verarbeiteten Mengen im Bereich der Zytostatikazubereitung die höchste Exposition besteht. Wesentlich geringer ist schon die Exposition während der Applikation am Patienten und im Weiteren beim Umgang mit zytostatikahaltigen oder metaboliten Ausscheidungen der Patienten. Waren bis vor wenigen Jahren alle drei Expositionsarten überwiegend auf den entsprechenden Stationen im Klinikbetrieb anzutref-

fen, findet die Zubereitung heute überwiegend in gut ausgerüsteten Apotheken mit dafür hochqualifiziertem und geschultem Personal statt. Bei modern ausgerüsteten Arbeitsplätzen mit Laminar-Airflow-Werkbank, entsprechender persönlicher Schutzausrüstung und der Möglichkeit der sicheren Entsorgung von Abfall und Überresten, befindet sich der Arbeitsschutz heute auf einem sehr hohen Niveau, so dass hier von sicheren Arbeitsbedingungen ausgegangen werden kann. Durch Arbeitsplatzmonitoring kann die Arbeitssicherheit kontrolliert und weiter erhöht werden. Hierzu hat die BGW gemeinsam mit dem Institut und Poliklinik für Arbeitsmedizin der Ludwig-Maximilian-Universität München ein diagnostisches Wischprobenverfahren entwickelt, welches die Möglichkeit bietet, die Situation der Verunreinigung mit Zytostatika an den Arbeitsplätzen darzustellen. Dieses Verfahren lässt sich vor Ort von den Mitarbeitern selbst bewerkstelligen. Lediglich die Analyse muss in Speziallabors durchgeführt werden. Die BGW propagiert heute zum Risikomanagement beim Umgang mit Zytostatika dieses Umgebungsmonitoring im Gegensatz zu einem bei den Mitarbeitern durchzuführenden Beanspruchungsmonitoring, welches in der Regel nicht zielführend ist. Das heißt, nicht arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen stehen hier im Vordergrund, sondern Risikomanagement durch Kontrolle der Arbeitsschutzmaßnahmen.

Gesundheitsgefährdung durch Desinfektionsmittel

Bei den Hygienemaßnahmen im Gesundheitswesen werden Desinfektionsmittel erstens zur Haut- und Händedesinfektion, zweitens zur Flächendesinfektion und drittens zur Instrumentendesinfektion angewendet. Die möglichen gesundheitlichen Risiken dieser Verfahren werden nacheinander beschrieben:

1. Haut- und Händedesinfektion

In der Haut- und Händedesinfektion kommen vorwiegend

Desinfektionsmittel auf alkoholischer Basis zur Anwendung. Nur wenige Produkte beinhalten Povidon-Jod bzw. haut- und atemwegssensibilisierende Stoffe wie 4-Chlor-3-Methylphenol oder Cocamidopropyl-Betain. Verwendet man alkoholische Produkte ohne weitere Zusatzstoffe wie Duftstoffe, besteht kein sensibilisierendes Potential. Bei der Händedesinfektion kann die dermale Aufnahme von Alkoholen vernachlässigt werden. Für die inhalative Exposition wird der Arbeitsplatzgrenzwert für Alkohole etwa bei Verdunstung von 68 ml Desinfektionsmitteln erreicht. Dieses entspricht ca. 20 Händedesinfektionen bzw. 1,8 m² Hautdesinfektion. Die normale Händedesinfektion dürfte daher gesundheitlich irrelevant sein. Im chirurgischen OP kann die inhalative Belastung bei chirurgischer Händedesinfektion von mehreren Personen gleichzeitig und großflächiger Hautdesinfektion vom Patienten den Arbeitsplatzgrenzwert erreichen. In der Regel existieren hier jedoch technische Lüftungsbedingungen, die einen Konzentrationsanstieg verhindern. Sowohl toxikologisch als auch dermatologisch ist die Händedesinfektion mit alkoholischen Desinfektionsmitteln bei gesunder Haut aus arbeitsmedizinischer Sicht unproblematisch.

2. Flächendesinfektion

Bei der Flächendesinfektion wird zwischen Sprüh- und Wischdesinfektion unterschieden. Bei der Flächendesinfektion kommen im Gegensatz zur Hautdesinfektion vermehrt haut- und atemwegssensibilisierende Inhaltsstoffe wie Formaldehyd oder Glutaraldehyd zum Einsatz. Insbesondere die Sprühdesinfektion wird dabei arbeitsmedizinisch problematisch gesehen, da durch Aerosolbildung die Inhaltsstoffe vermehrt inhaliert werden und so verstärkt zu einer Atemwegssensibilisierung führen können. Da die Sprühdesinfektion zwar praktischer, aber hygienisch nicht besser als die Wischdesinfektion ist, sollte – wann immer möglich – dem Wischverfahren bei der Flächendesinfektion

Vorrang gegeben werden. Aber auch bei der Wischdesinfektion kann es durch die Verdunstung zu Grenzwertüberschreitungen kommen, so dass auch hier der Arbeitsschutz zu beachten ist. Schon jetzt kann der Luftgrenzwert bei großflächiger Desinfektion mit formaldehydhaltigen Desinfektionsmitteln überschritten werden. Sollte der Schwellenwert weiter herabgesetzt werden, könnte dieses zu Problemen bei der Flächendesinfektion mit formaldehydhaltigen Produkten führen. Die Gefahrstoffverordnung fordert in einem solchen Fall immer die Ersatzstoffprüfung. Für die Flächendesinfektion existieren genügend alternative Produkte z.B. auf der Basis quarternärer Ammoniumverbindungen, die bei der Verdunstung kaum in die Raum verdunsten.

3. Instrumentendesinfektion

Auch in der Instrumentendesinfektion kommen vorwiegend formaldehydhaltige Produkte zu Einsatz. Weitere Inhaltsstoffe sind Glutaraldehyd und Glyoxal. Bei der manuellen Instrumentenreinigung, z.B. von Endoskopen, haben Messungen der BGW ergeben, dass die Formaldehydkonzentrationen höher sein können als bei der Flächendesinfektion. Die manuelle Reinigung führt damit regelmäßig zu höheren kurzzeitigen Belastungen mit den Desinfektionsmitteln. Bei Nutzung von Halbautomaten nehmen diese Belastungen ab. Am geringsten ist sie bei der Nutzung von so genannten Vollautomaten, die daher aus arbeitsmedizinischen Gründen zu bevorzugen sind.

Gesundheitsgefahren durch Feuchtarbeit

Da Wasser bei so genannter Feuchtarbeit wie ein Gefahrstoff zu gesundheitlichen Problemen der Haut führen kann, wird die Feuchtarbeit zu den chemischen Belastungen gerechnet. Die Feuchtarbeit tritt in den Gesundheitsberufen sowohl in der Pflege als auch bei der medizinischen Untersuchung und Behandlung

auf. In der Pflege müssen zum einen die Patienten gewaschen werden, zum anderen wäscht sich das Pflegepersonal aus hygienischen Gründen selbst häufig die Hände unter Nutzung von Handwaschmitteln. Zu guter Letzt werden heute auch in der Pflege sowohl aus hygienischen als auch aus Gründen des Arbeitsschutzes medizinische Einmalhandschuhe als Schutzhandschuhe getragen mit der Möglichkeit der Feuchtigkeitsbildung im Handschuh, was beim längeren, wiederholten Tragen zum Aufquellen der Hornhautschichten führen kann. Insbesondere in der Chirurgie ist das häufige und lang anhaltende Waschen der Hände und Tragen medizinischer Einmalhandschuhe gängiger Alltag.

Berufsdermatologisch ergeben sich daraus zwei Erkrankungsmöglichkeiten:

1. das irritative, kumulativ subtoxische Kontaktekzem und
2. das allergische Kontaktekzem.

Irritatives Kontaktekzem



Die überwiegende Zahl der Meldungen berufsbedingter Hauterkrankungen der Gesundheitsberufe betrifft das irritative Kontaktekzem. Dieses beginnt häufig diskret und daher wenig beachtet in den Zwischenfingertaschenfalten. Es kann sich aber auch bis über die ganze Handfläche erstrecken. Insbesondere bei einer Chronifizierung kann dieses Ekzem zur Aufgabe der Tätigkeit zwingen,

- weil die Haut sonst nicht zur Abheilung kommt.
- weil ab einem bestimmten Ausmaß eine Händedesinfektion, wie sie die Hygiene erfordert, nicht mehr möglich ist.

Das allergische Kontaktekzem entsteht entweder allein durch den Kontakt mit sensibilisierenden Stoffen oder aber sehr häufig als „Zwei-Phasen-Ekzem“ bei vorher bestehendem irritativen Kontaktekzem über die defekte Hautbarriere als sich darauf aufbauendes allergisches Ekzem. Auch das allergische Kontaktekzem kann zur Aufgabe der Tätigkeit zwingen.

Wenn bei der Feuchtarbeit und der medizinischen Hygiene professioneller Hautschutz betrieben wird, lassen sich die Probleme erheblich minimieren bzw. vermeiden. Diese sind:

- Händewaschen so wenig und so kurz wie möglich
- Meidung alkalischer Seifen
- Verwendung dermatologisch weniger bedenklicher Syndets
- Händewaschen nur bei sichtbaren Verschmutzungen
- Nutzung von alkoholhaltigen zusatzstofffreien Händedesinfektionsmitteln

z.B. bei der Untersuchung, Behandlung und Pflege von Patienten, vor der Essenszubereitung und -verteilung, nach der Toilettenbenutzung, nach dem Naseputzen und nach Tragen von Schutzhandschuhen.

Während das häufige Händewaschen zur Entfettung und Zerstörung der Hautbarriere führen kann, aber nur mäßig zur Händedesinfektion beiträgt, führt die Händedesinfektion durch alkoholische Produkte bei richtiger Anwendung zu keinen dermatologischen Problemen.

A und O des Hautschutzes sind die richtige Händedesinfektion, umsichtige Hautreinigung und anschließende Hautpflege durch dermatologisch unbedenkliche Hautpflegemittel.

Gefährdungen durch biologische Belastungen (Infektionserreger)

Das Risiko einer Infektionserkrankung besteht in den Gesundheitsberufen für das gesamte Spektrum der von Mensch zu Mensch oder von Tier zu Mensch übertragbaren Infektionskrankheiten. In der Humanmedizin stehen im besonderen Fokus die so genannten blutübertragbaren Viruserkrankungen wie Hepatitis B, Hepatitis C (und Aids). Bei den über Tröpfcheninfektion übertragbaren Erkrankungen spielt die Tuberkulose als Berufskrankheit die herausragende Rolle.

Das Gesundheitsrisiko durch biologische Belastungen wird anhand der drei Beispiele Tbc, *Helicobacter pylori* (als relativ neu entdeckte Risikoquelle) und blutübertragbare Virusinfektionen (HBV, HCV und HIV) veranschaulicht.

Berufliche Gefährdung durch Tbc

Die Tuberkulose (Tbc) ist seit Jahren in der Bundesrepublik rückläufig. Daher wurde arbeitsmedizinisch unterstellt, dass auch in den Gesundheitsberufen die Tbc nur noch eine untergeordnete Rolle spielt. Die ca. 200 jährlichen Verdachtsmeldungen einer Berufskrankheit wurden, sofern sich nicht ein Umgang mit offener

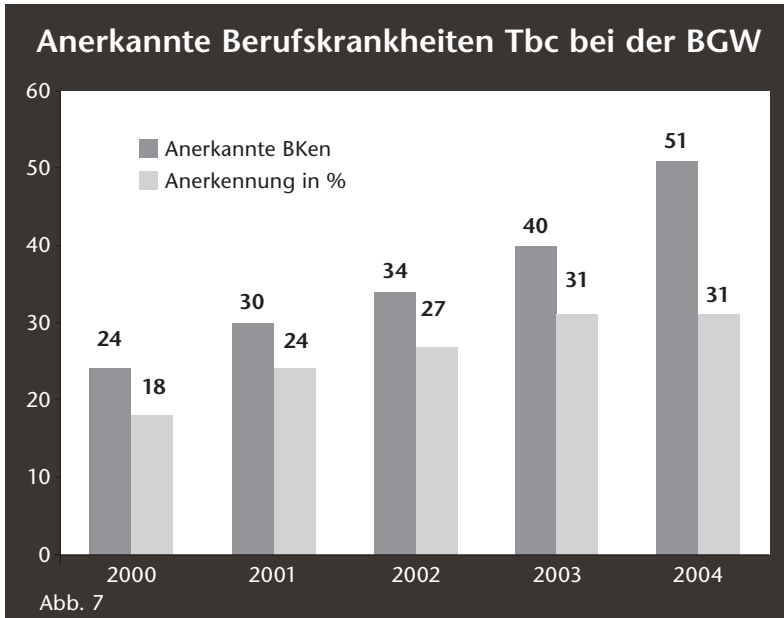
Verdachtsmeldungen beruflich erworbener Infektionskrankheiten bei der BGW

	2003	2004	2005
insgesamt	1.135	2.300	1.553
Scharlach	11	9	12
Tuberkulose	134	191	234
Salmonellose, Para-Typhus	13	5	7
Masern, Röteln, Mumps	5	5	6
Windpocken	2	5	3
Hepatitis Typ A	11	22	6
Hepatitis Typ B	132	130	146
Hepatitis Typ C	238	250	168
Hepatitis Typ D	0	0	0
Hepatitis Typ E	1	3	4
Aids (HIV-Positive u. akut Erkrankte)	3	11	9
Keratoconjunctivitis	18	7	16
Parasitäre Erkrankungen	326	1.234	654
sonstige Infektionskrankheiten	241	428	286

Tuberkulose nachweisen ließ, gutachterlich als reaktivierte, in der Kindheit durchgemachte Tuberkulosen interpretiert und damit als nicht beruflich erworben.

Durch die heutigen neuen Methoden der Genom(Fingerprint)-Analyse lassen sich die direkten Übertragungen durch Vergleich der Mykobakterienstämme besser darstellen. In einer Studie unter Beteiligung der BGW konnte gezeigt werden, dass, im Gegensatz zur früheren Annahme, Tbc-Neuinfektionen im Erwachsenenalter nicht selten, sondern zu über 30% auftreten. Weitere Erkenntnisse aus der Studie sind, dass die Gesundheitsberufe im Gegensatz zur Allgemeinbevölkerung eine Tbc-Infektion unterdurchschnittlich

häufig akquirieren, diese dann aber tatsächlich überdurchschnittlich häufig beruflich erworben wurden. Diese Erkenntnis hat zu einer Änderung der Anerkennung einer Tbc als Berufskrankheit bei der BGW geführt (Abbildung 7).



Berufliche Gefährdung durch Helicobacter pylori

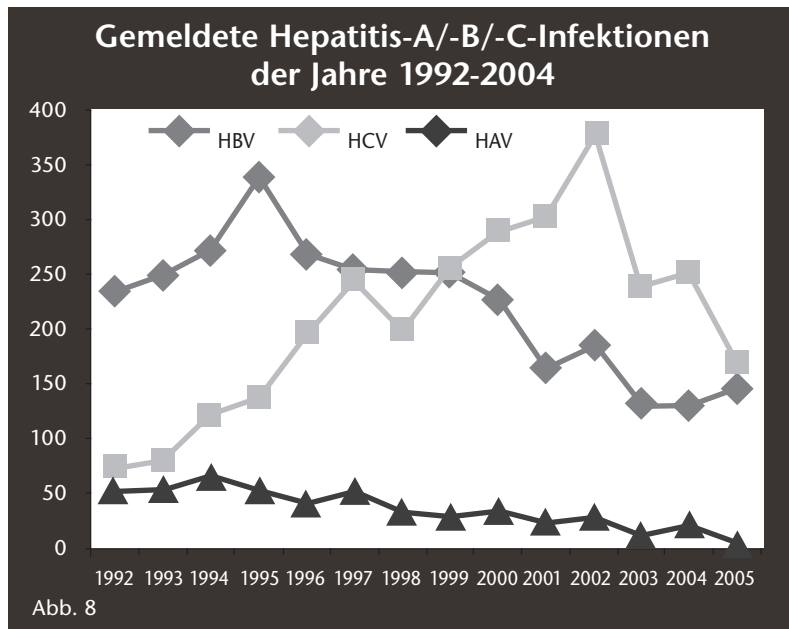
Seit einigen Jahren ist das Bakterium *Helicobacter pylori* als Verursacher des Magengeschwürs bekannt und wird im Weiteren als ein Verursacher des Magenkarzinoms beschrieben und diskutiert. Die Ulcus-Therapie hat sich aufgrund dieser Erkenntnis völlig verändert. Durch eine Literaturanalyse hat die BGW das Risiko für die Gesundheitsberufe untersucht. Als Ergebnis zeigt sich für Gastroenterologen ein erhöhtes Risiko, während beim Assistenzpersonal die Literatur kein ausreichendes Datenmaterial zur Verfügung stellt. Aus diesem Grunde wird bei der BGW nach dem

derzeitigen Erkenntnisstand für die *Helicobacter pylori*-assoziierte Erkrankung bei Gastroenterologen, die regelmäßig gastrokopieren, ein erleichtertes Anerkennungsverfahren als Berufskrankheit durchgeführt.

Insgesamt zeigt dieses Beispiel, wie durch neue Erkenntnisse auch neue Risiken aufgedeckt werden können und gegebenenfalls besondere Maßnahmen des Arbeitsschutzes erforderlich werden können.

Gesundheitliche Gefährdung durch die blutübertragbaren Erreger Hepatitis B (HBV), Hepatitis C (HCV) und HIV

Stand in den 1980er und 1990er Jahren die HBV-Infektion als Infektionsrisiko bei den Gesundheitsberufen im Vordergrund, ist diese heute von den HCV-Infektionen überholt worden (Abb. 8).



Gegen den Hepatitis B-Virus besteht seit Anfang der 1980er Jahre die Möglichkeit der Impfung. Insbesondere seitdem der gut wirksame und gut verträgliche gentechnologisch hergestellte Impfstoff existiert, hat sich die Hepatitis B-Impfung als Prophylaxe in den Gesundheitsberufen sehr gut durchgesetzt. Schwieriger ist hingegen die Situation bei HCV und HIV, die wie HBV identische Übertragungswege haben, gegen die es aber keine Impfprophylaxe gibt.

Die Expositionsmöglichkeiten gegenüber dem blutübertragbaren Erreger bestehen durch

- Verletzungen mit kontaminierten Instrumenten bzw. Injektionsbestecken,
- Benetzung offener Wunden/Schleimhäute mit kontaminierten Flüssigkeiten,
- Transfusion von kontaminiertem Blut/-produkten.

Insbesondere die Verletzung durch mit infektiösem Blut verunreinigte spitze und scharfe Instrumentarien wie Kanülen, Injektionsbestecke und Skalpelle, bergen das größte Risiko zur beruflichen

Prävalenz von anti-HBV-Markern bei medizinischem Personal nach Berufsgruppen

Berufsgruppe	Seropos. %	
	Rücker 1984	Maruna 1990
Allgemeinbevölkerung	5,0	
Gesundheitswesen insgesamt	13,2	/ 10,1
Chirurgie	14,5	/ 12,3
Anaesthesie	32,1	/ 17,7

Abb. 9 (nach Hüsing, B. et al., 1995)

Übertragung. Die beiden Grafiken (Abbildungen 9 und 10) geben einen Überblick über besonders exponierte Gesundheitsberufe gegenüber HBV- und HCV-Erregern.

Prävalenz von anti-HCV-Markern im Gesundheitswesen	
Berufsgruppe	Seropos. %
Allgemeinbevölkerung	0,4
Gesundheitswesen insgesamt	1,1
Pflegepersonal	1,2
Ärzte	2,5

Abb. 10 (nach Hüsing, B. et al.,1995)

Die Prävention gegen blutübertragbare Erreger besteht vorrangig aus:

1. der breit angelegte Impfprophylaxe gegen HBV,
2. dem Einsatz sicherer Injektionssysteme in besonders gefährdeten Bereichen,
3. dem Tragen von Schutzhandschuhen,
4. der professionellen Händedesinfektion.

Schlussfolgerung

Die gesundheitlichen Risiken in den Gesundheitsberufen sind sehr vielfältig und reichen über das gesamte Spektrum der Belastungsarten. Diese können wie bei den Haut- und Atemwegserkrankungen und den Erkrankungen der Lendenwirbelsäule zur Aufgabe der Tätigkeit und damit häufig zur Aufgabe des Berufs mit allen sozialen Folgen führen. Zum Teil können diese gesundheitlichen Belastungen wie bei den Infektionskrankheiten zu schwersten Krankheiten wie Leberentzündung, Leberzirrhose und den tödlich

verlaufenden Leberzellkarzinomen führen. Das Arbeitsschutzniveau bei den Gesundheitsberufen befindet sich in Deutschland, auch im Vergleich zu den europäischen Mitgliedsstaaten, bereits auf einem sehr hohen Niveau. Bei einem professionellen Arbeits- und Gesundheitsschutz sind diese vielfältigen und zum Teil schweren Risiken heute gut vermeidbar, minimierbar oder beherrschbar, so dass die Gesundheitsberufe unter diesen Bedingungen bedenkenlos und mit Freude ausgeübt werden können. Die BGW hat sowohl zur Prävention als auch zur Rehabilitation dieser Risiken und deren Folgen eine Fülle von Hilfen und Maßnahmen entwickelt, die den Unternehmen der Gesundheitsbranche und ihren Mitarbeitern zur Verfügung steht.

Literatur

Diel R, Schneider S, Meywald-Walter K, Ruf CM, Rusch-Gerdes S, Niemann S. Epidemiology of tuberculosis in Hamburg, Germany: long-term population-based analysis applying classical and molecular epidemiological techniques. *J. Clin. Microbiol.* 2000 (40): 532-539.

Diel R, Seidler A, Nienhaus A, Rusch-Gerdes S, Niemann S. Occupational risk of tuberculosis transmission in a low incidence area. *Respir. Res.* 2005 (6): 35.

Eickmann U. Zytostatika: Beurteilung der Gefährdung für die Arbeitnehmer. *Gefahrstoffe – Reinhaltung der Luft* 2000 (60): 1-2.

Ensslin A, Pethran A. Zytostatika-Gefährdung bei Beschäftigten im Gesundheitsdienst – Neue Erkenntnisse. *Arbeitsmedizin-Gesundheitsdienst* 1994: 77-83.

Forschungsbericht „Verringerung der Strahlenexposition an Röntgeneinrichtungen“. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, Hamburg 2006 (unveröffentlicht).

Funck S, Schmaus G, Schierl R. Ein neues Wischproben-Verfahren für das Zytostatikum 5-Fluorouracil. *Arbeitsmedizin Sozialmedizin* 2002 (52): 108-111.

Geschäftsbericht der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, Hamburg 2005.

Hüsing B, Knorr C, Menrad K, Strauß E. Erhebung des Standes der Technik beim nicht beabsichtigten Umgang mit bestimmten biologischen Arbeitsstoffen aus der Sicht des Arbeitsschutzes. Bremerhaven, Wirtschaftsverlag NW Verlag für neue Wissenschaften GmbH, 1995.

Kromark K, Rojahn K, Nienhaus A. Discinduced pathologies of the lumbar spine in nurses. Trauma und Berufskrankheit 2005 (7): 1-6.

Nienhaus A, Brandenburg S, Seidler A. Occupational Helicobacter pylori infections in gastroenterologists and their assistants. Trauma und Berufskrankheit 2006 (8): 129-135.

Nienhaus A, Hauer B, Diel R, Seidler A. Tuberkulose als Berufskrankheit. Atemw.-Lungenkrkh 2004 (30): 333-345.

Nienhaus A, Schablon A, Diel R. Tuberculosis in occupational medicine – Review. Zbl. Arbeitsmed. 2006 (56): 124-131.

Pethran A. Untersuchung einer möglichen Gesundheitsgefährdung durch berufliche Exposition gegenüber Zytostatika. 1HP 694, 1-97. Report, 1998.

Roller M, Eickmann U, Nies E. Krebsrisiko durch beruflichen Umgang mit Zytostatika – Quantitative Betrachtungen. BIA-Report 2006.

Schierl R. Sicherheit bei der Zytostatikaherstellung. Dtsch Apotheker Z 2004 (144): 55-60.

Dr. med. Thomas Remé
Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und
Wohlfahrtspflege (BGW)
Abt. Grundlagen der Prävention und Rehabilitation
Pappelalle 35-37, 22089 Hamburg
Tel. (0 40) 2 02 07 32 00
Fax (0 40) 2 02 07 32 97
E-Mail: thomas.reme@bgw-online.de

Psychische Befindlichkeiten und Belastungen in Gesundheitsberufen

Die Auswirkungen der Gesundheitsreform

Ökonomische und existentielle Kosten

Arbeitsstress und Burn-out

Organisationskonflikte

Kommunikationsprobleme

Besondere Stressoren und arbeitsethische Belastungen

Schlusswort

Literatur

Psychische Befindlichkeiten und Belastungen in Gesundheitsberufen

Engelbert Fuchtmann



In einem Fernsehmagazin wurde kürzlich die Geschichte eines praktischen Arztes gezeigt, der zusätzlich zu seiner Praxistätigkeit in der Woche jeweils am Wochenende nach Südengland fliegt, um dort noch am Samstag und Sonntag in einem medizinischen Notdienst auszuhelfen. Die dafür jeweils verdienten 2000 Euro benötigt er, um seine Praxis im Rheinland halten zu können. Jeder wird hier fragen: Wie lange kann er solch einen zusätzlichen Wochenendstress noch durchhalten? Wieviel Privatleben ist da überhaupt noch möglich?

In einem weiteren Bericht über eine Hamburger Gemeinschaftspraxis, in der in einem luxuriösem Ambiente ausschließlich Privatpatienten eine Art umfassende Wellness-Medizin angeboten wird, sah man lächelnde Ärzte und entspannte Patienten.

Der Spannungsbogen im Gesundheitsbereich ist also groß, den wir ins Auge fassen müssen. Es gibt kaum einen Berufs- und Arbeitsbereich, der eine solche Differenziertheit aufweist. Hier sind nicht nur sehr unterschiedliche Berufsgruppen vertreten –

vom hochspezialisierten Chefarzt über die Krankenschwester bis zur Hilfskraft im Pflegebereich – sondern auch alle Variationen der Organisiertheit, so unter anderem vom ärztlichen „Kleinunternehmer“ über eine caritative, staatlich alimentierte Beratungsstelle für Suchtkranke bis hin zum Megaklinikum in einer Universitätsstadt. Die Frage nach den psychischen Befindlichkeiten und Belastungen des Einzelnen bzw. bestimmter Berufsgruppen im Gesundheitsbereich muss natürlich diese Heterogenität und Vielfalt widerspiegeln und aufgreifen.

Die Auswirkungen der Gesundheitsreform

Eigentlich befindet sich das Gesundheitswesen in permanenter Wandlung. Die Fortschritte in den Gesundheitswissenschaften, aber auch im Bereich der Gesundheitstechnologien – hier z.B. der modernen Medizintechnik – stellen den Einzelnen immer wieder aufs Neue vor große Herausforderungen und Anpassungen. Das Gesundheitswesen ist mit einer der größten Wirtschaftszweige in unserem Land. Hier sind nicht nur viele Menschen beschäftigt, es kostet auch viel, viel Geld. Damit dieses System überhaupt bezahlbar bleibt, sind ständige politische Regulierungen erforderlich. Der Kostendruck im derzeitigen Gesundheitswesen und seine durch die jüngst beschlossene Gesundheitsreform bedingten Auswirkungen werden den beruflichen Druck auf die verschiedenen Berufsgruppen noch weiter erhöhen. Es wird die politisch gewollte Konkurrenz unter bestimmten Akteuren – z.B. Hausärzte vs. Fachärzte, Apotheker vs. Pharmaindustrie, ambulante vs. stationäre Medizin/Therapie, effiziente Krankenhäuser vs. schlechter wirtschaftende Kliniken – noch zunehmen.

Die Gesundheitsreform steht in erster Linie für Ziele nach höherer Effizienz und Kostenregulierung – hier geht es überwiegend um die Gesundheitsökonomie, aber auch um die Verwirklichung der Idee

einer für alle Bürger gleichen Gesundheits-Grundversorgung (politisch nur als „medizinisch notwendige Leistungen“ apostrophiert), auch wenn viele diese Gleichheit als gesundheitspolitische Illusion betrachten. Abgesehen von den wohl weiter steigenden Kosten für die Versicherten stellt sich hier die berechnete Frage, was auf die im Gesundheitsbereich Beschäftigten durch diese Gesundheitsreform belastungsmäßig zukommt. Gemeint sind dabei nicht nur die Fragen nach den Kosten und Regulierungsprozessen, sondern vor allem die seelischen Kosten.

Ökonomische und existentielle Kosten

Als ich kürzlich einen Zahnarzt danach fragte, inwieweit ihn die Schmerzen und Ängste seiner Patienten berühren, bekam ich die treffende Antwort: Dies würde er eher verdrängen, weit wichtiger sei ihm, dass sein Wartezimmer voll sei und er so seinen finanziellen Verpflichtungen nachkommen könne. Gerade der so genannte „ärztliche Kleinunternehmer“ sieht sich zumindest in den Ballungsräumen unter dem Druck der Konkurrenz, mit der Konsequenz, über eine hohe Patientenzahl – im Ärztejargon auch „so und soviel Scheine“ – sein Einkommen und die Existenz der Praxis zu sichern. Ein befreundeter Oberarzt in einer großen Klinik berichtete mir, dass aufgrund von gekürzten Chefarztvergütungen zunehmend das so genannte „Poolgeld“ für die Mitarbeiter geringer werde, eventuell bald ganz entfallen soll. Statt dessen würden die Gewinne aus den privaten Belegbetten von der Verwaltung einbehalten. Und es nimmt keinen Wunder, wenn regelmäßig seitens der Politik die steuerliche Befreiung für Nachtzuschläge z.B. beim Pflegepersonal in Frage gestellt wird. Viele Mitarbeiter im Gesundheitswesen sind besorgt über die Sicherheit ihres Arbeitsplatzes. Kliniken sollen professionell so gemanagt werden, dass Gewinne abgeworfen werden. Durch das Prinzip der Fallpauschalen sollen die Mitarbeiter die Patienten effizient behan-

deln, um so natürlich Kapazitäten für neue Patienten-Ressourcen z.B. „zahlungskräftige ausländische Patienten“ erschließen zu können.

So manche suchen ihr Heil in der Erschließung neuer lukrativerer Gesundheitsmärkte. Schönheits- und Wellnessmedizin liegen voll im Trend. Nicht mehr der Kranke, sondern der Gesunde ist im Visier. Er könnte noch mehr für seine Gesundheit tun im Sinne präventiver Zielsetzung. Vermehrt finden sich Praxisschilder, die sich mit dem Etikett z.B. „Privatzahnmedizin“ zieren. Doch nicht alle werden sich so „luxuriös“ halten können. Viele Gesundheitsberufe – insbesondere in den mittleren und unteren Berufsgruppen – leiden unter diesen ständigen ökonomischen Herausforderungen. Manche Berufsgruppen z.B. im Klinikbereich sind mittlerweile in private Firmen „outgesourct“ worden mit der Folge, dass sie ihre Arbeit vertraglich unter schlechteren Bedingungen fortsetzen müssen. Selbst große caritative Organisationen bauen mittlerweile Personal ab.

Arbeitsstress und Burn-out

Es ist nicht untypisch, dass bei den „helfenden“ oder Sozialberufen zuerst von Stress und Burn-out gesprochen wurde. Im deutschsprachigen Raum hat Schmidtbauers Buch über die seelische Problematik helfender Berufe (1977) eine breite Diskussion angestoßen. Der typische Dauerstress von Stationsärzten mit Arbeitszeiten von 60 und mehr Stunden wurde so lange als normal hingenommen, bis endlich ein europäisches Gerichtsurteil Bereitschaftszeiten als Arbeitszeiten deklarierte. Es geht aber nicht nur um den Arbeitsstress – also quasi die reine Arbeitsmenge, z.B. eine hohe Zahl von Suchtklienten in einer Psychosozialen Beratungs- und Behandlungsstelle – eher bezieht sich der Arbeitsstress auf die Inhalte der Arbeit selbst. Diese so genannte intrinsische

Arbeitsbelastung beinhaltet verschiedene Komponenten: die eigenen Fertigkeiten und Fähigkeiten, die Belastungen durch das organisatorische Umfeld, die Erwartungen der Patienten/Klienten sowie weitere Faktoren wie u.a. Eigen- und Fremderwartungen, Gütekriterien und ethische Aspekte. Ich möchte unter den vielen Stressoren in den Gesundheitsberufen zwei zentrale Faktoren herausgreifen. Es geht dabei einmal um den Faktor der Zeit.

Ärzte, Therapeuten und pflegerische Berufe sind häufig derart beansprucht, dass die Zeit, die sie für ein Gespräch mit dem einzelnen Patienten erübrigen können, äußerst beschränkt ist. Eine Untersuchung, die in den Ulmer Universitätskliniken durchgeführt wurde, hat ergeben, dass der tägliche Zeitaufwand während der Visite für einen Patienten im Durchschnitt 3,7 Minuten betrug, wobei die Konferenz vor dem Krankenzimmer bereits mit eingerechnet ist. Es ist normal, wenn Patienten dies stereotyp beklagen: „Hier hat niemand Zeit für mich, ich bin hier nur eine Nummer.“ Andererseits ist die Situation in den psychotherapeutischen Berufen umgekehrt. Hier hat der Analytiker sogar mehrmals in der Woche jeweils eine volle Stunde Zeit für seinen Patienten. Aber auch hier kann infolge zu hoher Patientenzahl – was auch als Äquivalent für eine zu geringe Therapiestundenvergütung angesehen werden muss – die Arbeitsbelastung zu hoch werden.

Die hohe Arbeitsbelastung in vielen Gesundheitsberufen führt, wie in einer Münchner Krankenhausstudie zur Arbeitszufriedenheit von Ärzten bestätigt wurde, oftmals zu erheblicher emotionaler Erschöpfung sowie auch zu Aversion gegen Patienten, die mit der Arbeitsmenge bzw. -intensität korreliert. Wenn Dauerstress noch mit akutem Einsatzstress z.B. in der Notfallmedizin oder in Konfliktfällen zusammenkommt, sind oftmals negative Stressreaktionen wie u.a. Schlafstörungen, geringe Konzentrationsfähigkeit mit der Tendenz zur Flüchtigkeitsfehlern, mangelnde Gedächtnisleistungen, Unaus-

geglichenheit, Rückzug aus sozialen Beziehungen sowie starke Stimmungsschwankungen die Folge. Laut dieser Studie haben 54% der befragten Ärzte zumindest schon einmal darüber nachgedacht oder haben die feste Absicht, ihren ärztlichen Beruf aufzugeben.

Es erscheint geradezu paradox, dass diejenigen, die für die Gesundheit und „Heilung“ der Bevölkerung professionell zuständig sind, selbst durch gerade diese Tätigkeit und der hier auf sie einwirkenden Stressoren körperlich und psychisch erheblich gefährdet sind.

Es soll an dieser Stelle aber nicht verschwiegen werden, dass nicht nur externe Stressoren wie hohe Arbeitsbelastung, schwierige Arbeitsbedingungen und Konflikte belastend sind, ebenso können persönliche Stressoren die seelische Befindlichkeit beeinträchtigen. Schon traditionell z.B. bei Ärzten sind Einstellungen und Verhaltensmuster wie intensiver Ehrgeiz, Abneigung gegenüber Ineffektivität, Übergenaugigkeit und Ungeduld zu finden – wir sprechen hier von einem Typ-A-Verhaltensmuster – , die einen eigenständigen Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen aufweisen (A. Wagner-Link, 2005).

Chronischer Stress kann in Hochpotenz zum Burn-out-Syndrom (Ausgebranntheits-Syndrom) führen. Dieses Syndrom wurde, wie schon erwähnt, zuerst bei den helfenden Berufen – u.a. bei Krankenschwestern, Ärzten, Sozialarbeitern – beschrieben. Anfangs noch als „Erschöpfung durch Mitgefühl“ bezeichnet, geht es hier doch um eine andauernde, sich schleichend vollziehende Überforderung und Überlastung, die im Sinne einer Selbstausschöpfung über die Grenzen der Gesundheitsschädigung noch hinaus geht.

Organisationskonflikte

Wer heute Ablaufprozesse in großen Universitätskliniken verfolgt, wird mit einer Komplexität der Organisationsstrukturen und Mitarbeiterzahlen konfrontiert, die großen Industriebetrieben ähnlich sind. Die Führung und Steuerung solcher Organisationen ist naturgemäß mit erheblichen Problemen verbunden. Verschiedene Berufsstände treffen hier zusammen: die traditionell hierarchische Führungsstruktur der Medizin vom Assistenzarzt, Stations- und Oberarzt bis zum Chefarzt, bei der Schwesternschaft, den medizinisch-technischen Helfern über die Krankenhausverwaltung bis zu den diversen Hilfs- und technischen Diensten.

Obwohl unausgesprochen das Primat der „Heilung des Kranken“ – und damit auch die medizinische Präferenz – gilt, hat oftmals die Verwaltung der Organisation und der Wirtschaftlichkeit bestimmenden Einfluss. So konkurrieren nicht nur die im Gesundheitsbereich Tätigen untereinander, z.B. Chefarzt vs. Pflegedirektorin, sondern auch die Abteilungen Medizin vs. Abteilungen Management. Es ist klar, dass dabei oftmals Organisations- und Rollenkonflikte den Berufsalltag begleiten.

Neben Entscheidungs- und Führungskonflikten haben vor allem im personalen Bereich Auseinandersetzungen erhebliche Auswirkungen auf die psychische Befindlichkeit. Wer sich hier nicht anpasst, mitfährt und sonst nicht klarkommt, reagiert vielleicht eher mit Rückzugstendenzen und „Dienst nach Vorschrift“, persönlich leidet er unter dieser als Fremdsteuerung erlebten Organisationskultur und flüchtet in Demotivation bis zur Lustlosigkeit. Belastungen aus möglichen Konflikten können auch verdrängt und (nach unten) verschoben werden. Bedeutsam sind auch die so genannten Leitungs- und Teamkonflikte. Hier besteht die Gefahr, dass sozial nicht so durchsetzungsfähige Mitarbeiter unter sozialen Ängsten

leiden bzw. nur eine geringe Mobbingresistenz aufweisen.

Kommunikationsprobleme

Kommunikationsprozesse im Gesundheitswesen sind oftmals stereotyp und nicht interaktiv. Die Genesung läuft über die medizinische Behandlung: Medikamente, Bestrahlungen, Operationen, Massagen usw. Allgemein ist die Abwehr negativer Gefühle wie Sorgen, Ängste, Trauer und Verzweiflung in der Umgebung des Patienten. Die Kommunikation von Arzt und Patient ist oftmals ritualisiert, dient zumeist der Beruhigungs-Diagnostik: „Wie geht es uns heute?“ Der unkundige Patient steht eher in einer inferioreren Beziehung zum heilkundigen Mediziner. Diese Verkürzung der „cura“ in der Kommunikation von Arzt, Pfleger, Techniker in der Kommunikation mit den Patienten zeigt die Verkürzung der psychologischen Seite der Krankheit in unseren „Gesundheits-Versorgungssystemen“.

Krankheit und Gesundheit stehen unter dem Leitbild der modernen Naturwissenschaften. Der Mensch ist eine biologisch-chemische Maschine. Die Reparatur folgt daher den Bedingungen und Regeln naturgesetzlicher Funktionalitäten. Psychologische und soziale Aspekte des Krankseins und Gesundwerdens, von Hoffen und Bangen, von Schmerzen und Leid werden rationalisiert und abgespaltet. Dabei sind alle davon gleichzeitig umgreifend tief betroffen. In diesem Kommunikationsfeld sehen Ärzte und Gesundheits-Mitarbeiter Krankheit und Leiden als eine Betriebsstörung – sich selbst in der Rolle der Reparatere. Die menschliche Kommunikation wird demzufolge funktionalisiert, Dysfunktionalität rationalisiert. Der Arzt redet nicht mit dem Patienten, er redet über ihn. Diese kommunikative Reduktion bildet aber nicht mehr die Wirklichkeit der Handelnden und Behandelten im Gesundheitsbetrieb ab.

Es kommt zu kommunikativen Verzerrungen und Störungen, die viele Betroffene – noch dazu unter den bereits beschriebenen Zeitproblemen – als inhuman empfinden. Es ist bezeichnend für diese „Sprachlosigkeit“ im Gesundheitswesen, dass gerade hier die Ursprünge liegen für kommunikative Entlastungen und Aussprachen mit Hilfe von Balint-Gruppen für die Zusammenarbeit von Ärzten und Krankenschwestern bzw. in den Einzel- und Gruppen-Supervisionen von Therapeuten.

Besondere Stressoren und arbeitsethische Belastungen

In den Motivationsskalen vieler Gesundheitsberufe finden wir nach wie vor das so genannte Helfer-Motiv auf den vorderen Plätzen der Rangplätze. Viele sind „berührt“ vom Leiden und Hilfesuchen der Kranken. Für den Kranken zu sorgen, gehört zum leitenden Thema des modernen Gesundheitswesens. So waren und sind viele fasziniert vom humanitären Glamour in den Gesundheitsberufen. Doch dieser Enthusiasmus wird durch die Realität vielfach gestresst und enttäuscht. Gerade Berufseinsteiger mit ihrem Idealismus erkennen schnell das hier wirkende ungünstige Verhältnis von Anstrengung und Belohnung.

Unter schwierigen Bedingungen werden auch die arbeitsethischen Motive alsbald zerrieben. Insuffizienz-Gefühle können aufgrund des wirtschaftlich notwendigen Patienten-Stroms nicht mehr abgewiesen werden. Es kommt darauf an, ein volles Wartezimmer zu haben, „Scheine zu machen“, die Nummer eins am Praxisort zu sein. Alle im Gesundheitswesen Tätigen stehen im Wettbewerb um das Wohl der Patienten. Wettbewerb bedeutet aber letztlich, dass es Verlierer gibt. Das sind seelisch gesprochen zuerst die Schwächeren, die Empfindlicheren. Sie kommen mit ihren Helfermotiven bei den beschriebenen ökonomischen Gegebenheiten schnell unter die Räder. Darunter fallen auch diejenigen, die nicht bereit sind, ihren

protektiven „Schutzschirm“ zu durchlöchern.

Für manche wird die eigene Helfermotivation sogar noch zur doppelten Falle. Sie verstricken sich im Geflecht der eigenen Insuffizienz: Einerseits wirkt ihre Motivation als Symbiose mit den Leidenden, die man nicht loslassen kann, andererseits fehlen dadurch gerade die notwendigen Energien, um sich selbst ausreichend zu lieben bzw. sein privates Glück zu entfalten. Statt „Helfen und Lieben“ kommt es zu einem „Helfen oder Lieben“ (K. Antons, 1987).

Ein besonderer Stressor soll hier noch am Ende beleuchtet werden. Die Konfrontation mit dem Leiden (Leidkonfrontation) bedarf zum Eigenschutz der besonders bewussten Verarbeitung. Hier kann sich in besonderen Fällen emotionaler Stress aufbauen bzw. ansammeln, die den Konfrontierten herausfordern. Wer seinen alltäglichen (angesammelten) Stress gering halten kann, kann besonders gut in der Lage sein, emotionalen Stress (z.B. Stress bei Einlieferung von Schwerstkranken/-verletzten) auszuhalten. Wenn jedoch durch Dauerstress der notwendige körperlich-seelische Ausgleich blockiert wird, kann zusätzlicher akuter emotionaler Stress zu erheblichen psychischen Problemen wie Hilflosigkeit, Depression und Apathie führen.

Schlusswort

Hier soll nicht den Vorwürfen nachgegangen werden, das gegenwärtige Gesundheitssystem sei für die im Gesundheitswesen Beschäftigten inhuman oder (gesundheitliches) Helfen als Hauptberuf sei dysfunktional. Es gibt viele Betroffene, denen die Arbeit im Gesundheitswesen Erfolg und Befriedigung verschafft, die in der Lage sind, psychisch belastende Stressoren zu bewältigen oder abzuwehren. Es lässt sich aber auch nicht abweisen, dass für viele im Gesundheitswesen Tätige die seelischen Belastungen

und Störungen massiv zugenommen haben.

Als langjähriger Leiter einer Suchtfachambulanz und Fachreferent für Suchtfragen in einem großen Wohlfahrtsverband habe ich des öfteren Mitarbeiter/-innen aus den Gesundheitsberufen ambulant therapiert, ich hatte aber auch selbst rund 50 Mitarbeiter in den eigenen Ambulanzen fachlich zu führen, von denen doch eine nicht unerhebliche Zahl selber über die Dienstjahre hinweg psychisch nur noch gering belastbar war bzw. selbst psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nehmen musste. Um selbst berufsfähig zu bleiben, wurden die eigenen psychischen Defekte mit Abwehr und Vermeidung maskiert.

Die „Helfer“ in den Gesundheitsberufen leben in besonderer Weise von ihren seelischen Ressourcen. Der Spannungsbogen der Belastungen ist dabei sehr unterschiedlich. Dabei muß immer wieder erneut die Frage gestellt werden: Wie verändert der „Gesundheitsberuf“ Schritt für Schritt die Persönlichkeit (J. Fengler, 2001)? Oder die psychologische Frage: Welchen seelischen Preis müssen die im Gesundheitswesen Tätigen letztlich zahlen? Welche Abwehrmechanismen halten einen noch in Balance? Hier werden immer wieder Verhaltensweisen und Einstellungen – besonders bei Medizinern – kritisiert, die man als sog. „deformation professionelle“ kennzeichnet. Dazu zählen bestimmte Formen von Zynismen, maskenhafte Gesten, Ausnutzen des Machtgefälles und der „Retter- und Erlösungszuschreibungen“ durch die Patienten, narzisstische Attitüden jedweder Form, Guruismus bis hin zu den sog. therapeutischen „Gipsbein-Sprüchen“ (z.B. „Sie haben noch nicht verstanden, um was es hier geht!“).

Der Philosoph Peter Sloterdijk hat das Verhältnis der beteiligten Akteure – Helfer und Hilfesuchende – im Gesundheitswesen als das „Duell der Hilflosen“ bezeichnet. Ich möchte die Situation der

Helfer optimistischer wahrnehmen: Es ist ein Dienst, eine Arbeit am Menschen und für den Menschen. Es geht um die Gesundung des Kranken – das ist mehr als ein technisch-operativer Akt. Es wird letztlich ohne wirkliche Hinwendung zum Kranken, der mit seinen Hoffnungen auf Genesung angenommen sein will, für den Helfer selbst problematisch. Ist doch seine eigene seelische Befindlichkeit und Stabilität mit dieser Hinwendung und „Heilssorge“ zum Kranken untrennbar verbunden. In der Begrenzung der Gesundheitshilfe liegt auch die Kunst des Scheiterns, die letztlich auch das eigene (gesundheitliche) Scheitern impliziert.

Literatur

- Anton K (1987). Helfen oder Lieben? Trennung und Scheidung in psychosozialen Berufen. Hamburg.
- Fengler J (2001). Helfen macht müde – Zur Analyse und Bewältigung von Burnout und beruflicher Deformation. München.
- Schmidbauer W (1992). Hilflöse Helfer – Über die seelische Problematik der helfenden Berufe. München.
- Wagner-Link A (2004). Verhaltenstraining zur Stressbewältigung – Arbeitsbuch für Therapeuten und Trainer. München.

Prof. Dr. phil. Engelbert Fuchtmann
Fachhochschule München
Fachbereich Allgemeinwissenschaften
und
Katholische Studienstiftung
Nymphenburger Straße 99
80636 München
Tel. (0 89) 12 65-14 99
E-Mail: efuchtmann@aol.com

Arbeitsmedizinische Vorsorge für Beschäftigte in Gesundheitsberufen

Kasuistik

Berufskrankheiten und arbeitsbedingte Erkrankungen in
Gesundheitsberufen

Arbeitsmedizinische Vorsorge als Instrument der
Individualprävention

Frühtherapie im Rahmen der Arbeitsmedizinischen Vorsorge

Arbeitsmedizinische Vorsorge als Instrument der
Kollektivprävention

Fazit

Literatur

Arbeitsmedizinische Vorsorge für Beschäftigte in Gesundheitsberufen

Hans Drexler



Beschäftigte im Gesundheitsdienst sind vielerlei Gesundheitsgefahren ausgesetzt. Die häufigsten Berufskrankheiten sind Infektionskrankheiten, Hautkrankheiten und Wirbelsäulenerkrankungen. Weitere gesundheitliche Gefährdungen resultieren aus dem Nacht- und Schichtdienst, der Exposition gegenüber physikalischen und chemischen Noxen wie Chemotherapeutika und radioaktiven Stoffen sowie den psychischen Anforderungen, verbunden mit der Gefahr der Entwicklung eines Erschöpfungssyndroms (Burn-out-Syndrom).

Primärpräventive Maßnahmen sollen Gesundheitsgefahren vermeiden oder reduzieren, während sekundärpräventive Maßnahmen aus der Früherkennung von Krankheiten oder Risikofaktoren und der Frühintervention bestehen. Die arbeitsmedizinische Vorsorge ist somit eine sekundärpräventive Maßnahme. Im Rahmen der arbeitsmedizinischen Vorsorge werden prophylaktische Maßnahmen (Impfungen) angeboten. Bei initialen Krankheitserscheinungen wird eine Frühtherapie eingeleitet (z.B. Postexpositionsprophylaxe nach Nadelstichverletzung, Behandlung minimaler Hautveränderungen zur Verhütung eines klinisch manifesten Ekzems).

Oftmals wird der Nutzen präventiver Maßnahmen generell in Frage gestellt, sowohl in Bezug auf deren Effektivität als auch auf deren Wirtschaftlichkeit. Nur wenn die Prävention versagt, kann der Schaden ohne großen Aufwand und ohne weitere Diskussion benannt werden, wie folgende Falldarstellung verdeutlichen soll.

Kasuistik

Eine Verwaltungsangestellte mit Kontakt zu Asylbewerbern u.a. aus Afrika erkrankt an einem Sharp-Syndrom, einer Autoimmunkrankheit. Wegen Gelenkbeschwerden und Allgemeinsymptomen mit Gewichtsabnahme wird eine Intensivierung der Therapie erforderlich, neben Steroiden werden zwei Immunsuppressiva regelmäßig eingenommen. Im Alter von 55 Jahren wird eine Hüftgelenksprothese eingesetzt und es kommt postoperativ zu Komplikationen mit Fisteln und Wundheilungsstörungen. Nachdem die feingewebliche Untersuchung den Verdacht auf eine Tuberkulose begründet hat, werden Tuberkelbakterien eines in Europa seltenen afrikanischen Stammes nachgewiesen. Nach einer weiteren Operation kommt es zu einem epileptischen Anfall, verursacht durch eine tuberkulöse Meningoenzephalitis. Die Patientin wird als Pflegefall entlassen und stirbt drei Jahre später in einem Pflegeheim. Weder sie selbst noch ihr Ehemann waren jemals in Afrika gewesen (Schmid et al. 2003).

Die Patientin war im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit mit neu eingereisten Asylbewerbern ohne jeden Zweifel einer erhöhten Infektionsgefahr bezüglich der Tuberkulose ausgesetzt. Die Schwere der Tuberkuloseerkrankung mit Streuung über die Blutbahn wurde durch die Immunsuppression im Rahmen der Grunderkrankung verursacht. Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen orientieren sich an den berufsgenossenschaftlichen Grundsätzen. Für Tätigkeiten mit Infektionsgefährdung existiert ein solcher

Grundsatz (G 42), nach dem in Deutschland u.a. alle Beschäftigten im Gesundheitsdienst mit unmittelbarem Kontakt zu Patienten untersucht werden müssen. Nach den Empfehlungen in diesem Grundsatz bestehen gesundheitliche Bedenken bei Beschäftigten mit einer veränderten Abwehrlage infolge Behandlung immunsuppressiver oder einer systemischen Dauerbehandlung mit Kortikosteroiden. Eine arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchung war bei der Verstorbenen aber zu keinem Zeitpunkt erfolgt. Dieser tragische Krankheitsverlauf verdeutlicht die Notwendigkeit der arbeitsmedizinischen Vorsorge.

Berufskrankheiten und arbeitsbedingte Erkrankungen in Gesundheitsberufen

Arbeitsbedingte Erkrankungen werden beruflich verursacht oder mitverursacht. Berufskrankheiten hingegen sind Krankheiten, die der Ordnungsgeber als solche bezeichnet. Es muss daher stets zwischen der ärztlichen Diagnose einer arbeitsbedingten Erkrankung und dem rechtlichen Terminus Berufskrankheit differenziert werden. Bei Beschäftigten im Gesundheitsdienst sind Infektionskrankheiten, neben Haut- und Wirbelsäulenerkrankungen, die häufigsten Berufskrankheiten. Unter der Berufskrankheit 3101 werden Infektionskrankheiten anerkannt, wenn der Versicherte im Gesundheitsdienst, in der Wohlfahrtspflege oder in einem Laboratorium tätig oder durch eine andere Tätigkeit der Infektionsgefahr in ähnlichem Maße besonders ausgesetzt war. Dies ist damit eine Position der Berufskrankheitenliste, die in erster Linie für Menschen in Gesundheitsberufen Gültigkeit hat. Im Jahr 2003 wurden insgesamt 418 Berufskrankheiten unter dieser BK-Nummer anerkannt, ein Teil davon durch die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege. In diesem Jahr wurden bei dieser Berufsgenossenschaft 29 Hepatitis-B-Erkrankungen und 110 Hepatitis-C-Erkrankungen dokumentiert. Im Vergleich

dazu gibt das Robert-Koch-Institut an, dass bis einschließlich 2002 insgesamt 44 HIV-Infektionen als Berufskrankheiten anerkannt wurden.

Weitere gesundheitliche Gefährdungen, die insbesondere Beschäftigte im Gesundheitsdienst betreffen, resultieren aus den Belastungen durch Nacht- und Schichtdienst, der Exposition gegenüber physikalischen und chemischen Noxen wie Röntgenstrahlen und Zytostatika und den psychomentalen Belastungen.

Arbeitsmedizinische Vorsorge als Instrument der Individualprävention

Mit Mitteln der Primärprävention sollen Gesundheitsgefährdungen eliminiert, minimiert oder reduziert werden. Die arbeitsmedizinische Vorsorge hingegen ist Sekundärprävention und beinhaltet die Früherkennung von Erkrankungen und die Frühintervention, damit klinisch manifeste Krankheiten verhütet werden, wenn die Gesundheitsgefährdung unvermeidbar ist.

Die Arbeit in der Krankenversorgung ist stets mit Schichtarbeit verbunden. Notärzte, Intensivstationen, aber auch die Allgemeinstationen müssen rund um die Uhr mit Personal besetzt sein. Primärpräventive Maßnahmen, die auf eine Abschaffung des Schichtdienstes abzielen würden, laufen somit ins Leere. Hier erscheint im Rahmen der ärztlichen Vorsorge nur eine Individualprävention möglich zu sein. Die Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e.V. (www.dgaum.de) hat für Schichtarbeit eine Leitlinie erarbeitet, die bei der Entscheidungsfindung hilft. Wenn beispielsweise ein Mitarbeiter an einem schwer einstellbaren Diabetes mellitus leidet oder an einer schwer einstellbaren arteriellen Hypertonie oder ausgeprägte psychische Probleme hat, dann ist er für den Schichtdienst nicht mehr einsatzfähig. An der

Tatsache, dass Schichtarbeit geleistet werden muss und die Arbeit des Mitarbeiters dann von einem Kollegen übernommen werden muss, lässt sich aber sicher derzeit nichts ändern.

Frühtherapie im Rahmen der Arbeitsmedizinischen Vorsorge

Eine wichtige Aufgabe im Rahmen der Sekundärprävention ist die Prophylaxe, ggf. auch die Frühtherapie von Erkrankungen. Typisches Beispiel hierfür sind Maßnahmen, um nach Schnitt- und Stichverletzungen das Risiko für übertragbare Krankheiten zu minimieren. Solche Verletzungen sind bei Beschäftigten in Gesundheitsberufen häufig. Mehr als jeder fünfte Angestellte und fast jeder dritte Medizinstudent hatte einer eigenen Erhebung zufolge jährlich eine Stich- oder Schnittverletzung und jede zweite dieser Verletzungen wurde nicht gemeldet (Schmid et al. 2006). Wichtig in diesem Zusammenhang ist die Seroprävalenz blutübertragbarer Krankheiten bei Patienten, also die Frage, wie häufig ein Mensch Träger einer blutübertragbaren Infektionskrankheit ist. Für die Allgemeinbevölkerung zeigen sich relativ geringe Zahlen, zwischen 0,05% für HIV und 0,6% für die Hepatitiden. Betrachtet man aber Patienten, die im Krankenhaus liegen, tragen diese wesentlich häufiger derartige Keime (bis 3,7% HI-Viren und bis 9,8% Hepatitisserreger) im Blut als Gesunde (Wittmann 2006). Dabei ist das Risiko einer Infektionsübertragung nach einer Verletzung mit Blutkontakt für eine Hepatitis B hoch mit bis zu 30%, für die Hepatitis C deutlich geringer mit etwa 3% und sehr niedrig bei dem HI-Virus mit 0,3%.

Nach einer Schnittverletzung mit infektiösem Material müssen unmittelbar Sofortmaßnahmen eingeleitet werden. Auf einer Internetseite unserer Universität kann sich jeder Beschäftigte am Universitätsklinikum Erlangen rasch und rund um die Uhr informieren. Ein Informationsblatt über die einzuleitenden Sofortmaßnah-

men kann ausgedrückt werden. Darin wird zunächst die adäquate Erstversorgung empfohlen (Wunde ausbluten lassen, Wunde desinfizieren). Es wird angeraten, die Diagnostik bei der Indexperson durchzuführen, also festzustellen, ob der Patient eine blutübertragbare Krankheit hat und danach erfolgt ggf. die Behandlung. Im Falle einer Hepatitis B bei nicht Hepatitis B-Geimpften ist dies die Passivimmunisierung. Bei der Hepatitis C wird kontrolliert, ob eine Serokonversion eintritt, wenn ja, sollte die Frühtherapie eingeleitet werden. Bei der HIV-Infektion erfolgt eine medikamentöse Therapie nach dem aktuellen Stand des Wissens. Der Unfall muss dokumentiert werden und der Beschäftigte sollte mittels serologischer Kontrolluntersuchungen über einen längeren Zeitraum überwacht werden.

Für die Hepatitis B steht ein sicherer und äußerst wirksamer Impfschutz zur Verfügung. Dennoch gibt es infolge von Impflücken immer noch beruflich erworbene Infektionen. Oftmals ist bei Beschäftigten das Wissen über den eigenen Impfstatus sehr lückenhaft. Wir haben bei 1.100 Medizinstudenten untersucht, was denn Medizinstudenten über ihren eigenen Impfstatus wissen. Das Wissen über den Impfstatus lag zwischen 39% für Keuchhusten und 81% für Mumps. Die vollständige Grundimmunisierung war am besten für Poliomyelitis, am schlechtesten für Röteln. Erfreulicherweise sind mittlerweile 60% unserer jungen Medizinstudenten vollständig gegen Hepatitis B grundimmunisiert, bevor sie das Studium an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg aufnehmen (Wallaschofski et al. 2005).

Arbeitsmedizinische Vorsorge als Instrument der Kollektivprävention

Arbeitsmedizinische Vorsorge als wirksames Instrument der Sekundärprävention dient aber nicht nur der Individualprävention, son-

dern hilft auch rechtzeitig Gesundheitsgefahren zu identifizieren, damit primärpräventive Maßnahmen eingeleitet werden können. Wenn ein Arzt im Rahmen der arbeitsmedizinischen Vorsorge gehäuft Erkrankungen oder Beschwerden vorfindet, so muss dies natürlich auch Rückwirkungen auf die Primärprävention haben, also auf die Kollektivprävention. Dies soll an einem großen Erfolg der arbeitsmedizinischen Vorsorge des letzten Jahrzehnts verdeutlicht werden.

Bis Mitte der 1980er Jahre war die Latexallergie relativ selten. Zehn Jahre später, also Mitte der 1990er Jahre, waren Latexproteine bereits die zweithäufigste Ursache allergisch bedingter obstruktiver Atemwegserkrankungen im eigenen Patientenkollektiv (Drexler et al. 1995). Dass es sich dabei um kein isoliertes Problem der Friedrich-Alexander-Universität handelte, zeigt sich allein, wenn man die Publikationen zum Thema Latexallergie verfolgt. Ab Ende der 1980er Jahre erschienen ständig mehr Publikationen, die sich mit dieser Thematik beschäftigten (Drexler und Lehnert 1996).

Gummi besteht aus Naturlatex und Zusatzstoffen. Die Zusatzstoffe verursachen ein Ekzem vom verzögerten Typ. Ekzeme und diese Gummieczeme sind also seit mehr als 100 Jahren bekannt und eine wesentliche Zunahme war auch nicht zu verzeichnen. Neu hingegen war die Soforttypallergie durch Latexproteine mit der Nesselsucht, dem Asthma und der allergischen Rhinitis. Stark gepuderte, wenig ausgewaschene und damit proteinreiche Einmallyatexhandschuhe wurden schnell als Ursache der Zunahme der IgE-vermittelten Latexallergie identifiziert. Der Gesetzgeber wurde entsprechend beraten und hat im Jahr 1998 eine TRGS 540 Sensibilisierende Arbeitsstoffe erlassen. Darin heißt es, gepuderte Latexhandschuhe sind durch puderfreie, allergenarme Latexhandschuhe oder andere geeignete Handschuhe zu ersetzen. Der Erfolg dieser Maßnahme zeigte sich sehr rasch. Nachdem bis zum Jahr 1998 latexverursach-

te Berufskrankheiten zugenommen hatten, kam es zum raschen Rückgang der entsprechenden Verdachtsanzeigen (s. Homepage der BGW). Dies ist ein sehr eindrucksvoller Beleg, wie effektiv zielgerichtete präventive Maßnahmen sein können, und dass die Prävention eben nicht nur ethisch, sondern auch ökonomisch zu rechtfertigen ist.

Fazit

Es gibt für zahlreiche Tätigkeitsbereiche Vorschriften für die arbeitsmedizinische Vorsorge. Als Arbeitsmediziner wird man nicht selten mit der Frage konfrontiert, ob die Maßnahmen im Rahmen der arbeitsmedizinischen Vorsorge denn erforderlich seien oder nicht Ausdruck einer übertriebenen und überflüssigen Vorsorgemedizin. Bei der Argumentation hat man es nicht gerade leicht, denn die Krankheit, die erfolgreich verhütet wird – beispielsweise eine chronische Hepatitis B – ist als Erfolg weit weniger gut sichtbar als die Heilung eines kranken Patienten, was bei der chronischen Hepatitis B, um bei diesem Beispiel zu bleiben, noch immer nicht möglich ist. Leider wird der Wert der Prävention oft erst dann sichtbar, wenn diese versagt hat. Wenn das Kind also in den Brunnen gefallen ist, weil dieser nicht abgedeckt worden war.

Literatur

Drexler H, Heese A, Wrbitzky R, Peters K-P, Strebl H, Lehnert G. Latexallergien bei Beschäftigten im Gesundheitsdienst – Zur klinisch relevanten Aufnahme der Allergene. Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e.V., Rindt-Druck, Fulda (1995), 347-348.

Drexler H, Lehnert G. Latexallergie – Das geht uns alle an. Dtsch. med. Wochenschr. 1996, 121: 1198-1203.

Schmid K, Schoerner C, Drexler H. Beruflich erworbene Tuberkuloseerkrankung bei einer Verwaltungsangestellten. Dtsch. Med. Wochenschr.

2003, 128: 432-434.

Schmid K, Schwager C, Drexler H. Häufigkeit und Management von Nadelstichverletzungen im Bereich eines großen Universitätsklinikums. Verhandlung der Deutschen Gesellschaft für Arbeits- und Umweltmedizin e.V. (im Druck).

Wallaschofski H, Drexler H, Schmid K. Was wissen Medizinstudenten über ihren Impfstatus und wie ist ihr Impfschutz wirklich? Dtsch. Med. Wochenschr. 2005, 130: 1429-1433.

Wittmann A. Kosten von Nadelstichverletzungen und wirtschaftlicher Nutzen neuer Sicherheitsprodukte. Praktische Arbeitsmedizin 2006: 40-41.

Prof. Dr. med. Hans Drexler

Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin

Schillerstraße 25/29, 91054 Erlangen

E-Mail: Hans.Drexler@rzmail.uni-erlangen.de

Belastungen in den Pflegeberufen und Möglichkeiten der Prävention

1. Ausgangssituation
 - 1.1 Anforderungen an die Pflegeberufe
 - 1.2 Die Situation der Pflegeberufe
2. Arbeitsbelastungen
 - 2.1 Belastungen in der ambulanten Pflege
 - 2.2 Belastungen in der stationären Altenpflege
 - 2.3 Belastungen in der stationären Krankenpflege
3. Möglichkeiten der Prävention
 - 3.1 Betriebliche Gesundheitsförderung
 - 3.2 Prävention durch spezifisch weitergebildete Pflegenden
 - 3.3 Prävention durch Verbesserung der Rahmenbedingungen
4. Ableitung von Empfehlungen
5. Literatur

Belastungen in den Pflegeberufen und Möglichkeiten der Prävention

Marliese Biederbeck



1. Ausgangssituation

1.1 Anforderungen an die Pflegeberufe

Ende 2003 erhielten fast 2,08 Millionen Menschen in Deutschland Leistungen der Pflegeversicherung (vgl. Statistisches Bundesamt 2006, Pflegestatistik), d.h. 2,52 % der Bevölkerung waren regelmäßig pflegebedürftig (vgl. Statistisches Bundesamt 2003, Bevölkerungsstatistik). Vier Jahre zuvor lag die Zahl der Leistungsempfänger noch bei 2,01 Millionen Menschen. Seit 1996 ist sie um ca. 350 Tsd. gestiegen (vgl. Statistisches Bundesamt 1998, S.75). „Die Personengruppe, bei der Beeinträchtigungen der alltäglichen Lebensführung in zahlenmäßig bedeutsamen Umfang auftreten, sind ältere Menschen ab 65 Jahren“ (Schneekloth u.a. 1996). Zwei Drittel aller Pflegebedürftigen sind 75 Jahre und älter (vgl. Statistisches Bundesamt 2006, Pflegestatistik). Die mit der Verlängerung der Lebenszeit einhergehende steigende Anzahl von Menschen, die ein hohes und sehr hohes Lebensalter erreichen, führt zu einer Zunahme von Personen mit multimorbiden Krankheitsgeschehen und besonders intensivem Pflegebedarf

(vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2002). Pflegebedürftigkeit ist jedoch nicht nur ein Ergebnis der zunehmenden Zahl älterer Menschen, sondern zudem die Folge der Zunahme chronischer Erkrankungen – insbesondere demenzieller Erkrankungen (vgl. Robert Bosch Stiftung 1996). Während zu Beginn des zwanzigsten Jahrhunderts die Bekämpfung von Infektionskrankheiten, d.h. akuter Erkrankungen, das Gesundheitswesen prägte, stellen chronische Erkrankungen die vorherrschende Krankheitsform der Jahrtausendwende dar. Diese Veränderung, insbesondere aber der damit einhergehende Pflege- und Hilfebedarf, erfordern ein Umdenken der im Gesundheitswesen Tätigen und eine Neuorganisation von Versorgungseinrichtungen, die in ihrem Umfang bisher nur ansatzweise erkannt sind. Sie stellen eine der wesentlichen Herausforderungen an die professionelle Pflege dar.

1,44 Mio. Menschen, das sind mehr als zwei Drittel der pflegebedürftigen Menschen, wurden im Jahr 2003 zu Hause versorgt. Annähernd eine Million Menschen, also fast die Hälfte der beeinträchtigten Personen, werden ausschließlich durch familiäre Pflegepersonen gepflegt. Die Hauptverantwortung im Rahmen der häuslichen Pflege trägt nach wie vor eine im verwandtschaftlichen Sinne familiäre Pflegeperson. Nur in 7% aller Fälle handelt es sich um Nachbarn oder Bekannte. Mit 73 % sind es in erster Linie Frauen, die diese Rolle übernehmen (vgl. Schneekloth/Leven 2003). Bei knapp einem Drittel der Fälle (28%) handelt es sich um ein partnerschaftliches Verhältnis zwischen der pflegenden und der pflegebedürftigen Person. 36% der Hauptpflegeperson sind 65 Jahre und älter. Die hohe Bedeutung der pflegenden Ehepartner und Töchter für die Lebensqualität alter Menschen ist jedoch nicht das Ergebnis freiwilliger Entscheidung und wechselseitiger Aushandlung, sondern der erst wenig entwickelten Infrastruktur Pflege unterstützender Leistungen in der Bundesrepublik Deutschland (vgl. Tesch-Römer et al. 2002). Der Arbeitsmarkt mit

seinen hohen Mobilitätsanforderungen an die Erwerbstätigen, die zunehmende Zahl erwerbstätiger Frauen und der Wertewandel in der Gesellschaft führen zu einer Reduzierung der Zahl pflegender Angehöriger. Der Ausbau professioneller Pflegedienstleistungen ist daher zwingend notwendig.

Auch bedarf es entsprechender Angebote, die auf die besondere Bedarfslage pflegender Familien eingehen. Gräßel (1997) kommt in seiner 1994/95 durchgeführten Untersuchung bei 1.911 Pflegepersonen zu dem Ergebnis, dass „körperliche Beschwerden (...) bei den Hauptpflegepersonen im Vergleich zu den alters- und geschlechtsspezifischen Normwerten der Allgemeinbevölkerung signifikant häufiger und stärker ausgeprägt“ sind. Er weist diesen Zusammenhang nicht nur für die Beschwerdenkomplexe Gliederschmerzen und Erschöpfung, sondern auch für Magen- und Herzbeschwerden nach. Die pflegenden Angehörigen sind zu einem erheblichen Anteil selbst alt und beeinträchtigt. Mit der Pflege des Angehörigen verfolgen sie vielfach individuelle Absichten und greifen meist erst dann auf professionelle Unterstützung zurück, wenn sich die Belastung zugespitzt hat und sie in eine Krise mit ihrem Selbstkonzept geraten sind. Häusliche Pflegearrangements weisen eine hohe Komplexität auf und stellen besondere Anforderungen an die professionelle Pflege, die bisher wenig erforscht sind (vgl. Biederbeck 2006).

1.2 Die Situation der Pflegeberufe

Wie stellt sich die Situation der Pflegeberufe derzeit dar? Unter professioneller Pflege lässt sich ein breites Spektrum unterschiedlich qualifizierter Pflegenden subsumieren. In der Pflegepraxis sind zu einem erheblichen Anteil angelernte PflegehelferInnen tätig. Vielfach werden PflegehelferInnen in entsprechenden Schulungsmaßnahmen mit einer Dauer von sechs Wochen bis hin

zu sechs Monaten für ihre Aufgabe qualifiziert. Teilweise handelt es sich bei dieser Personengruppe um ausschließlich angelernte und somit um ungelernete HelferInnen. Die einjährige Ausbildung zur Kranken- und AltenpflegehelferIn ist in Bayern staatlich geregelt. Erst mit der dreijährigen Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflege bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpflege §1 KrPflG oder zur Altenpflege § 1 AltPflG erwerben die Absolventen die Berufszulassung und werden als Fachkräfte in der Pflege anerkannt. Verschiedene Weiterbildungen ermöglichen den AbsolventInnen der dreijährigen Ausbildung eine fachliche (z.B. Anästhesie und Intensiv) oder funktionsbezogene Qualifizierung (z. B. Stationsleitung). Seit fast 20 Jahren besteht zudem in der Bundesrepublik Deutschland die Möglichkeit, einen akademischen Abschluss im Fachbereich Pflege und Gesundheit, Pflegewissenschaft, Pflegepädagogik oder Pflegemanagement zu erwerben. Ca. 50 Studiengänge werden derzeit in der Bundesrepublik Deutschland angeboten (www.pflegestudium.de). Neben der allgemeinen bzw. Fachhochschulreife wird in der Regel eine pflegerische Ausbildung mit Berufszulassung als Zugangsvoraussetzung benötigt. Die AbsolventInnen dieser Studiengänge qualifizieren sich für wissenschaftliche, lehrende und leitende Aufgaben in der Pflege. Sie arbeiten in Berufsfachschulen für Alten- und Krankenpflege, in Hochschulen, bei Krankenkassen, den Aufsichtsbehörden oder übernehmen leitende Funktionen in Kliniken und Einrichtungen der Pflege. Nur in Ausnahmefällen sind sie in der direkten Pflege tätig.

Mit wenigen modellhaften Ausnahmen ist es in der Bundesrepublik Deutschland bis heute nicht gelungen, die Ausbildung in der Pflege – wie in fast allen europäischen Ländern seit Jahren üblich – auf einem akademischen Niveau anzusiedeln.

Nach wie vor beschreitet die Ausbildung in der Pflege zahlreiche

Sonderwege und kann nicht im gängigen Bildungssystem verortet werden. So existieren verschiedene pflegebezogene Ausbildungsberufe mit uneinheitlichen berufsgesetzlichen Grundlagen nebeneinander, deutsche Ausbildungsabschlüsse werden in den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union nur teilweise anerkannt und es bestehen systematische Abweichungen vom Berufsbildungsgesetz und den für Deutschland typischen dualen Ausbildungsmodellen. Die Schulen werden als Sonderschulen mit relativ niedrigen Qualifikationsstandards für das Lehrpersonal geführt und besonders die Finanzierung der Pflegeausbildung über Leistungen der Sozialversicherungen führt in der Praxis zu erheblichen Problemen (vgl. Ewers 2006).

Aktuelle Statistiken belegen, dass die Zahl der Auszubildenden in der Alten-, Gesundheits- und Kinder-/Krankenpflege kontinuierlich rückläufig ist, während die Zahl der gering und einjährig qualifizierten HelferInnen in der Pflege stetig steigt (vgl. Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung 2006). Besonders die Altenpflege ist von der geringen Qualifikation der Beschäftigten betroffen. In der Heimpersonalverordnung vom 22.07.1998 wurde zum Schutz der BewohnerInnen im §5 die Fachkraftquote auf mindestens 50% festgelegt (vgl. Heimgesetz 2002). Gleichzeitig ist mit dem §6 der Heimpersonalverordnung geregelt, dass als Fachkräfte nur Alten-, Gesundheits- und Kinder- bzw. KrankenpflegerInnen mit Berufszulassung und mindestens dreijähriger Ausbildung anerkannt werden. Das bedeutet, dass jeder zweite Beschäftigte in der stationären Altenpflege gering bis gar nicht qualifiziert ist. Zwischen den wachsenden Anforderungen in der Pflege, die mit dem gesellschaftlichen und demografischen Wandel und den steigenden Zahlen schwer- und schwerstpflegebedürftiger Menschen einhergehen, und der Entwicklung der Pflegeberufe entsteht auf diese Weise eine immer größer werdende Kluft.

2. Arbeitsbelastungen

Arbeitsbelastungen in der Pflege lassen sich nach sektorübergreifenden und spezifischen Belastungen unterscheiden. Sektorübergreifende Belastungen treten unabhängig vom Einsatzort auf und damit sowohl in der stationären Alten- und Krankenpflege als auch im ambulanten Bereich. Hierzu zählen psychische Belastungen, die im Zusammenhang mit der Pflege von schwerstpflegebedürftigen oder sterbenden Menschen auftreten, sowie körperliche Belastungen, die durch das Heben und Tragen entstehen.

Spezifische Belastungen treten dagegen nur abhängig vom Einsatzort auf. In der ambulanten Pflege sind dies beispielsweise Belastungen, die mit der Arbeitsumgebung oder der Wohnung des Klienten zusammen hängen. Wenig klienten- und behindertengerechte Bäder, schlechte Lichtverhältnisse oder fehlende Arbeitsmittel (vgl. DAK-BGW 2006), Schmutz und unangenehme Gerüche tragen wesentlich zum Belastungserleben der Pflegenden bei.

Neben den Belastungen werden von den Betroffenen häufig auch die als positiv erlebten und kompensatorisch wirkenden Ressourcen genannt. Dies sind vor allem die Tätigkeit der Pflege selbst und die damit verbundene Aufgabenvielfalt. Auch die Möglichkeit der Partizipation wird als Ressource wahrgenommen.

2.1 Belastungen in der ambulanten Pflege

Der Gesundheitsreport 2006 (vgl. DAK-BGW 2006) beruht auf einer schriftlichen Befragung von DAK-Mitgliedern der Berufsgruppen Krankenschwester/-pfleger, HelferInnen in der Krankenpflege und Sozialarbeiter/Sozialpfleger, unter die auch die AltenpflegerInnen sowie HelferInnen in der Altenpflege fallen. Eine bundesweite

Zufallsstichprobe aus dieser Grundgesamtheit erhielt im Januar 2005 einen 15-seitigen Fragebogen. Für die Analysen des Berichts wurden nur Antworten von Beschäftigten berücksichtigt, die zum Zeitpunkt der Befragung einer pflegenden Tätigkeit in einem ambulanten Pflegedienst nachgingen. Dieses Kriterium traf auf 728 Personen zu.

Im Gesundheitsreport 2006 werden körperliche und organisationsbedingte Belastungen unterschieden. In der ambulanten Pflege entstehen körperliche Belastungen vor allem dadurch, dass Pflegenden in der Regel als Einzelpersonen die Klienten pflegen und dass Heben und Tragen daher zumeist alleine ausgeführt werden muss, während in der stationären Pflege KollegInnen hinzugezogen werden können. „Die drei häufigsten Belastungen stellen

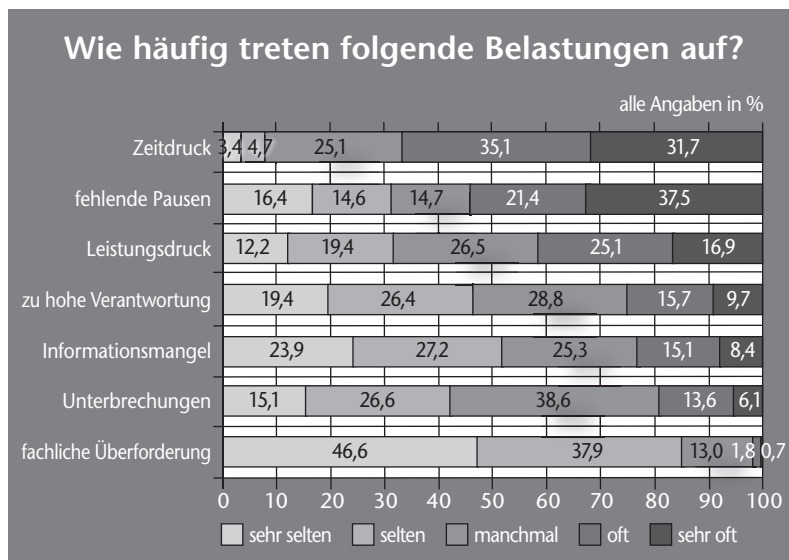


Abb. 1: Organisationsbedingte psychische Belastungen in der ambulanten Pflege. Quelle: DAK-BGW Gesundheitsreport 2006

Zeitdruck, fehlende Pausen und Leistungsdruck dar: 66,8 % der Befragten stehen oft oder sehr oft unter Zeitdruck, 54,3 % können häufig ihre Pausen nicht einhalten, und 42% haben oft den Eindruck, unter Leistungsdruck zu stehen“ (DAK-BGW 2006).

Unterschiede lassen sich erkennen, wenn die Häufigkeit organisationsbedingter Belastungen nach dem Berufsstatus differenziert wird. Leitende Pflegepersonen geben am häufigsten an, zu viel Verantwortung zu tragen und leiden besonders unter den Unterbrechungen ihrer Arbeit. Pflegefachkräfte können im Vergleich zu ihren KollegInnen ihre Pausen am seltensten einhalten und HelferInnen in der Pflege fühlen sich häufiger fachlich überfordert (vgl. DAK-BGW 2006).

Im ambulanten Bereich fühlen sich die Pflegenden speziell dadurch belastet, dass die persönliche Ansprache der Klienten in den vorgesehenen Leistungskomplexen zu kurz kommt und häufig keine Zeit bleibt, um mit den Klienten ein ausführliches Gespräch zu führen. Ein weiterer relevanter Belastungsfaktor ist die zusätzliche Beanspruchung durch Angehörige, die mit der Pflege überlastet sind (vgl. DAK-BGW 2006).

2.2 Belastungen in der stationären Altenpflege

Auch in der stationären Altenpflege wird der hohe Zeitdruck und die Zuständigkeit für zu viele BewohnerInnen von den Pflegenden als besonders belastend erlebt. Es fehlt an Zeit sowohl für die Unterstützung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens als auch für die Behandlungspflege der BewohnerInnen. Ansprüche von BewohnerInnen können nicht immer erfüllt werden, wodurch häufig Konflikte entstehen, die zusätzlich als belastend erlebt werden. Hinzu kommt die mangelnde gesellschaftliche Anerkennung der Altenpflege, die den Pflegenden zu schaffen macht. Die sta-

tionäre Altenpflege weist die höchste Zahl von Krankmeldungen und längsten Ausfallzeiten auf. Daher verwundert es nicht, wenn von den Pflegenden in der stationären Altenpflege auch der Personalmangel aufgrund von krankheitsbedingten Ausfällen als besonders belastend erlebt wird (vgl. BGW 2006).

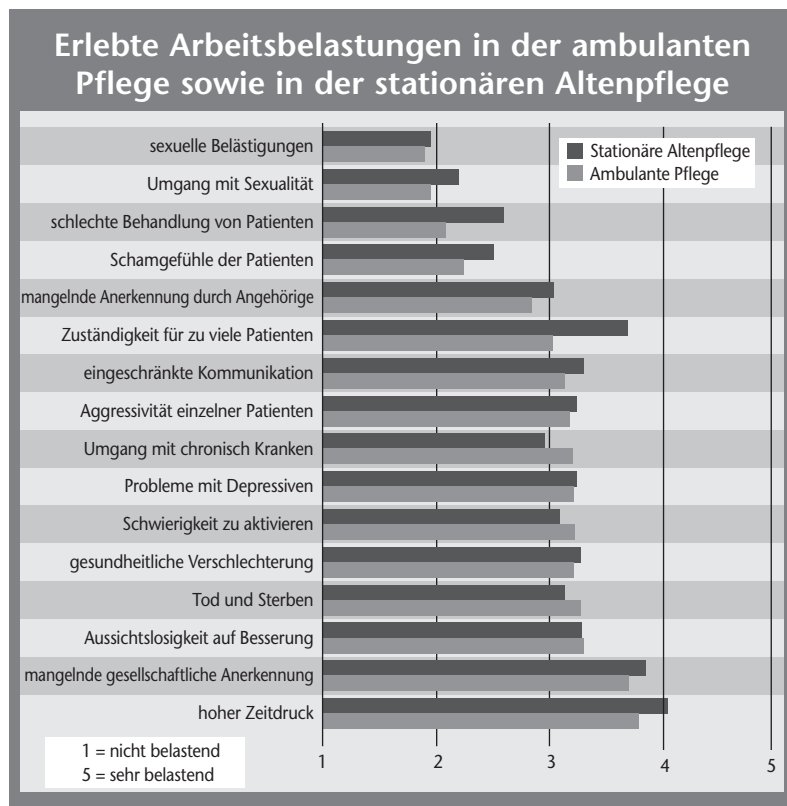


Abb.2: Arbeitsbelastungen in der ambulanten sowie stationären Altenpflege. Quelle: BGW (2006), Aufbruch Pflege

Dem gegenüber stehen die positiv beurteilten Faktoren der Pfl egetätigkeit wie beispielsweise die Möglichkeit, Fertigkeiten und Fähigkeiten ausreichend einsetzen zu können. Die Mehrheit der AltenpflegerInnen hält die ausgeübte Tätigkeit für interessant. Auch zeigt die Untersuchung (vgl. BGW 2006), dass Pflegende in der Altenpflege durchaus Gestaltungsmöglichkeiten haben und dass sie die individuellen Handlungsspielräume positiv beurteilen.

2.3 Belastungen in der stationären Krankenpflege

Auch in der stationären Krankenpflege wird der enorme Zeitdruck und die fehlende Möglichkeit, Pausen einzuhalten, als besonders belastend erlebt (vgl. DAK-BGW 2005). Im Vergleich zur ambulanten Pflege fühlen sich die Pflegenden hier zusätzlich durch die zahl-

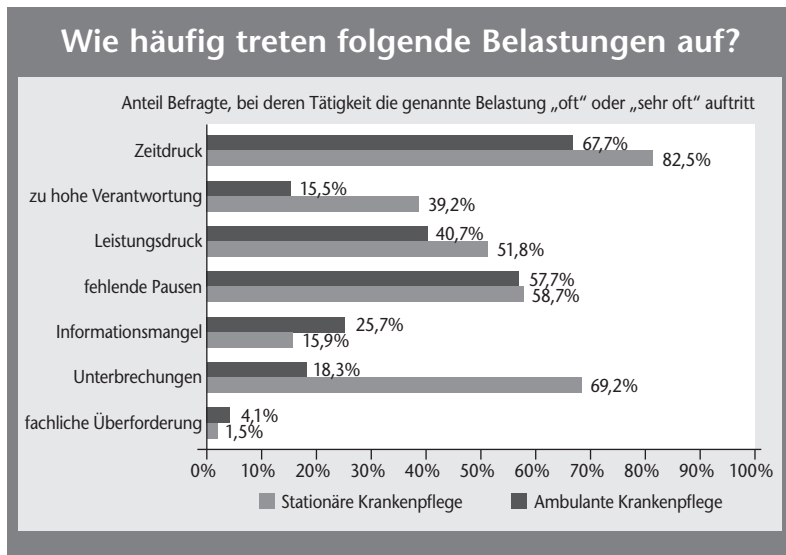


Abb.3: Arbeitsbelastungen in der ambulanten Pflege und der stationären Krankenpflege. Quelle: DAK-BGW Gesundheitsreport 2006

reichen Unterbrechungen des Arbeitsablaufs gestresst. Fast 70% der Befragten antworteten, dass diese Belastung oft oder sehr oft auftritt (vgl. DAK-BGW 2006). Der Vergleich der Untersuchungen in den Jahren 1999 und 2004 zeigt, dass das Arbeitstempo und der Dokumentationsaufwand deutlich zugenommen haben und beides von den Pflegenden sehr negativ bewertet wird. Auch haben die Aufgabenvielfalt und die fachlichen Anforderungen zugenommen. Im Gegensatz zu den ersterwähnten Faktoren wird diese Veränderung von den Pflegenden dagegen eher positiv bewertet. Deutlich zeigt sich auch, dass im untersuchten Zeitraum die Arbeitszufriedenheit besonders der älteren Beschäftigten stark gesunken ist (vgl. DAK-BGW 2005).

Als Fazit im Hinblick auf die Auswirkungen des Strukturwandels in den Krankenhäusern auf die Pflegenden stellen die AutorInnen fest, dass die Chance einer stärkeren Einbindung der Beschäftigten in die Gestaltung und Bewältigung des Wandels nach den Ergebnissen dieser Untersuchung viel zu wenig genutzt werden (vgl. DAK-BGW 2005).

3. Möglichkeiten der Prävention

Als Ansatzpunkte der Prävention werden erstens die Möglichkeiten der Betrieblichen Gesundheitsförderung aufgezeigt. Als zweites werden Präventionsansätze durch besonders geschulte Pflegefachkräfte dargelegt, um drittens auf die Prävention durch die Verbesserung der qualitativen und quantitativen Rahmenbedingungen in der Pflege einzugehen.

3.1 Betriebliche Gesundheitsförderung

Die Betriebliche Gesundheitsförderung unterscheidet Ansätze, die die Verbesserung der Gesundheitssituation der MitarbeiterInnen

zum Ziel haben, von solchen Möglichkeiten, die dazu beitragen, Gesundheitsrisiken zu vermeiden. Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitssituation der MitarbeiterInnen sind auf der Ebene der Organisation beispielsweise die Einrichtung von Gesundheitszirkeln, zu denen sich MitarbeiterInnen in regelmäßigen Abständen treffen und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung erarbeiten. Gesundheitszirkel arbeiten in der gleichen Struktur wie Qualitätszirkel, lediglich das Thema unterscheidet sich. Weitere Maßnahmen auf der Organisationsebene sind die Erweiterung der Handlungsspielräume und die Einführung mitarbeiterorientierter Arbeitszeitregelungen.

Maßnahmen, die dagegen direkt bei den MitarbeiterInnen ansetzen, sind Kommunikationstrainings, Sportangebote, Stressbewältigungsprogramme und Schulungen zum Zeitmanagement.

Zur Vermeidung von Gesundheitsrisiken lassen sich auf der Organisationsebene Maßnahmen zum Arbeits- und Unfallschutz ergreifen oder gesundheitsverträgliche Schichtsysteme einführen. Auch die Analyse von Arbeitsabläufen, um Über-, aber auch Unterforderung möglichst zu vermeiden, dient dazu, Gefährdungen zu verringern.

Als Beispiele für die Vermeidung von Gesundheitsrisiken, die direkt bei den MitarbeiterInnen ansetzen, können Rückenschulungsprogramme, bedarfsgerechte Arbeitsmittel, Suchtpräventionsprogramme und Ernährungsprogramme genannt werden.

Je nach Dringlichkeit und Einrichtungstyp sollte ein entsprechendes Programm bzw. eine entsprechende Maßnahme auf der Grundlage einer systematischen Analyse gewählt und umgesetzt werden.

Betriebliche Gesundheitsförderung		
	Organisationsebene	Mitarbeiterenebene
Verbesserung der Gesundheits-situation der Mitarbeiter	Gesundheitszirkel Handlungsspielräume erweitern Mitarbeiterorientierte Arbeitszeitregelungen	Kommunikationstraining Sportangebote Stressbewältigungsprogramme Schulung zum Zeitmanagement
Vermeidung von Gesundheitsrisiken	Arbeits-/ Unfallschutz Gesundheitsverträgliche Schichtsysteme Abbau von Über- oder Unterforderung durch Umorganisation von Abläufen	Rückenschulungsprogramme Bedarfsgerechte Arbeitsmittel Suchtpräventionsprogramme Ernährungsprogramme

Abb.4: Beispiele für konkrete Vorhaben der betrieblichen Gesundheitsförderung. Quelle: Badura, Ritter und Münch 1997

3.2 Prävention durch spezifisch weitergebildete Pflegende

Neben der betrieblichen Gesundheitsförderung kann als weitere Möglichkeit der Prävention die Schulung von Pflegenden im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung betrachtet werden. Neben zahlreichen Studiengängen mit der Fachrichtung Public Health, Gesundheitswissenschaften und Gesundheitsförderung werden derzeit in der Bundesrepublik Deutschland zwei Weiterbildungen für Pflegende angeboten, die den Schwerpunkt auf die Vermittlung von Prävention und Gesundheitsförderung legen. Hierbei handelt es sich zum einen um die EU-Qualifizierung Public Health in Nursing, die als zweijährige berufsbegleitende Weiterbildung konzipiert ist und mit einem EU-Zertifikat abschließt, welches die Mitgliedsstaaten gegenseitig anerkennen (vgl. DBfK 2001). Das

Ziel dieser Weiterbildung besteht darin, Pflegende für den Bereich öffentliche Gesundheit, Prävention und Gesundheitsförderung zu qualifizieren. Dem Pflegeberuf wird wegen seiner besonderen Nähe zu den PatientInnen eine Schlüsselrolle bei der Stärkung und Entwicklung von gesundheitlichen Ressourcen in der Bevölkerung zugewiesen. Die Projekte der AbsolventInnen dieser Weiterbildung zeigen, dass sich Pflegende besonders im Bereich niedrigheliger Angebote engagieren. So wurden beispielsweise Unterrichte zur Ernährungsberatung in Schulen, ein Bewegungstraining für Migrantinnen oder Hilfen zur Unterstützung von pflegenden Angehörigen entwickelt.

Ein zweites Schulungsprogramm, das speziell für Pflegende entwickelt wurde, zielt auf die Prävention und Gesundheitsförderung von Familien. Diese Weiterbildung beruht auf einer Konzeption der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und wird mit wissenschaftlicher Begleitung durch die Universität Witten-Herdecke im Auftrag des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK) durchgeführt (vgl. Eberl/Schneppl 2006). In Übereinstimmung mit aktuellen gesundheitspolitischen Trends zielt die Familiengesundheitspflege darauf ab, die Kompetenz und Eigenverantwortung des Einzelnen vor allem durch gezielte präventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen in und mit der Familie zu stärken. Die Familiengesundheitspflege konzentriert sich im Gegensatz zur Familienpflege nicht auf die Versorgung von Kindern, wenn die erziehungsberechtigte Person erkrankt ist, sondern auf die Förderung der Gesundheit der Familie als System. Ausgangspunkt ist die Idee, dass kritische Ereignisse bzw. krankmachende Verhaltensweisen Familien als Ganzes betreffen und daher nicht nur die betroffene Person (bspw. das behinderte Kind, die drogenabhängige Mutter oder der alkoholranke Vater), sondern die Familie in den Fokus genommen werden muss. Auch bei dieser Schulungsmaßnahme handelt es sich um eine zweijährige berufsbegleitende Weiterbildung für

Pflegende und Hebammen, die derzeit modellhaft in Essen und München erprobt wird (www.familiengesundheitspflege.de).

3.3 Prävention durch Verbesserung der Rahmenbedingungen

Neben den oben genannten Einzelmaßnahmen ist insgesamt eine Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Pflege und Pflegeberufe anzustreben. Insbesondere im Hinblick auf die Situation der Pflegeberufe und die zahlreichen Sonderwege der Pflegebildung ist eine deutliche Veränderung angezeigt. Der Deutsche Bildungsrat für Pflegeberufe hat im Oktober 2006 sein neues Bildungskonzept vorgestellt (vgl. Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe, 2006). Dieses Bildungskonzept ist die Antwort auf die demografischen und die epidemiologischen Veränderungen im deutschen Gesundheitssystem.



Abb.5: Pflegebildung offensiv

Quelle: Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (Hrsg.) 2006

Zentrales Element des Bildungskonzeptes ist daher eine grundlegende Hochschulausbildung mit generalistischer Struktur. D.h. die Erstausbildung in der professionellen Pflege schließt mit dem akademischen Grad Bachelor in Nursing ab. Darauf aufbauend können zur Ergänzung, Vertiefung und Ausweitung pflegerischer Kompetenz weiterqualifizierende Masterabschlüsse erworben werden. Die Ausbildung zum/zur Pflegelehrer/-in erfolgt in Anwendung der aktuellen Entscheidung der Kultusministerkonferenz über ein konsekutives Bachelor- und Master-Studium in Nursing Education. Neben den hoch qualifizierenden Abschlüssen sollen Bildungschancen für alle durch die Einführung einer zweijährigen Ausbildung zur/zum „Assistentin Pflege/Assistenten Pflege“ erweitert werden. Dieser Abschluss ist allgemeinbildend und führt zum Sekundarabschluss I. Der Abschluss befähigt ausschließlich zu unterstützenden Tätigkeiten. Eigenverantwortliche Pflegeaufgaben dürfen nicht durchgeführt werden. Alle Bildungsangebote müssen horizontale und vertikale Mobilität ermöglichen und fördern.

Neben dieser qualitativen Verbesserung ist aber auch eine verbesserte Personalausstattung in den Einrichtungen der Pflege in quantitativer Hinsicht anzustreben, um den Belastungen in der Pflege angemessen entgegen wirken zu können, die vor allem durch den enormen Zeitdruck und die Zuständigkeit für zu viele Klienten entstehen.

4. Ableitung von Empfehlungen

Aus den dargestellten Ergebnissen zu den Belastungen in den Pflegeberufen und den Möglichkeiten der Prävention lassen sich im Wesentlichen vier Empfehlungen ableiten.

Zum einen bedarf es der Verbesserung der Datenlage über Belastungen in der Pflege insbesondere im Hinblick auf die

Entwicklung der Belastungssituation und die Unterscheidung des Belastungserlebens aufgrund unterschiedlicher Qualifikationen der Pflegenden. Hierzu wird die Einführung der gesetzlichen Registrierung von Pflegenden empfohlen, die als Grundlage der Datenerhebung sowohl über die Zahl als auch den Qualifikationsstatus der Pflegenden Auskunft geben kann und als Instrument zur Planung des Bedarfs dient.

Weiterhin wird der mit den DAK-BGW-Studien eingeführte Perspektivenwechsel von den physischen zu den psychischen Belastungen bei der Erhebung der Arbeitsbelastungen in der Pflege sehr begrüßt und empfohlen, diese neue Sichtweise weiterzuentwickeln. Letztlich können die hohen Ausfallzeiten aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen nicht nur als das Ergebnis der körperlich anspruchsvollen Arbeit in der Pflege, sondern auch als das Ergebnis des enormen Zeit- und Leistungsdrucks interpretiert werden.

Als präventive Maßnahme wird neben dem weiteren Ausbau der betrieblichen Gesundheitsförderung insbesondere die Gesundheitsförderung durch Pflegenden empfohlen. Mit der Schulung von Pflegenden im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung und der Förderung von Gesundheitsprogrammen durch Pflegenden lassen sich vor allem solche Bevölkerungsschichten erreichen, die besonderen Beratungs- und Unterstützungsbedarf aufgrund ungleich verteilter Gesundheitslagen haben. Es wird empfohlen, niedrigschwellige Angebote durch Pflegenden vermehrt zu fördern.

Als wichtigste Maßnahme neben den oben genannten Vorschlägen wird die Verbesserung des Bildungsniveaus der Pflegenden betrachtet. Mit dem Ziel, die Belastungssituation in der Pflege zu reduzieren, wird empfohlen, das Bildungsniveau in der Pflege an

europäische Standards anzugleichen und die Personalausstattung in den Einrichtungen der Pflege auch in quantitativer Hinsicht zu verbessern.

Literatur

Badura B, Ritter W, Münch E. Partnerschaftliche Unternehmenskultur und betriebliche Gesundheitspolitik. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung, 1997.

BGW, Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (Hrsg.). Aufbruch Pflege – Moderne Prävention für Altenpflegekräfte. Hamburg, 2006.

Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung. Statistische Berichte: Die beruflichen Schulen in Bayern. München, 2006.

Biederbeck, Marliese. Interaktion zwischen chronisch kranken Menschen und pflegenden Angehörigen. Bremen, 2006. <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:gbv:46-diss000104085>

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger, unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Bonn, 2002.

DAK-BGW (Hrsg.). Gesundheitsreport 2005 – Stationäre Krankenpflege. Hamburg, 2005.

DAK-BGW (Hrsg.). Gesundheitsreport 2006 – Ambulante Pflege. Hamburg, 2006.

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK). Handbuch zur Fortbildung: „Public Health/Gesundheitsförderung für Pflegenden in der Europäischen Union“. Berlin, 2001.

Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (Hrsg.). Pflegebildung offensiv. München: Elsevier, 2007.

Eberl I, Schnepf W. Familiengesundheitspflege in Deutschland: Konsensfindung als Grundlage. Pflege 2006; 19: 234-243.

Ewers, Michael. Leitmotiv Normalisierung. Duale Studiengänge für Gesundheitsdisziplinen. Vortrag zur Tagung „Verpasst Bayern in der Pflege die Entwicklung?“ Kloster Irsee, 17.-19.07.2006.

Gräßel, Elmar. Belastungen und gesundheitliche Situation der Pflegenden. Querschnittuntersuchung zur häuslichen Pflege bei chronischem Hilfs- und Pflegebedarf im Alter. Frankfurt am Main: Dr. Hänsel-Hohenhausen, 1997.

Heimgesetz (HeimG). Handbuch mit Rechtsverordnungen amtlichen Begründungen. Altötting: KKF-Verlag, 2002.

Robert Bosch Stiftung (Hrsg.). Pflegewissenschaft. Grundlegung für Lehre, Forschung und Praxis. Denkschrift. Gerlingen: Bleicher, 1996

Schneekloth U, Leven I. Hilfe- und Pflegebedürftige in Privathaushalten in Deutschland 2002. Schnellbericht. Erste Ergebnisse der Repräsentativerhebung im Rahmen des Forschungsprojektes „Möglichkeiten und Grenzen einer selbständigen Lebensführung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in privaten Haushalten“ (MUG3) im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. München: Infratest Sozialforschung, 2003.

Schneekloth U et al. Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten, Endbericht: Bericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung“, Stuttgart: Kohlhammer, 1996.

Statistisches Bundesamt. Bevölkerungsstatistik 2003. www.destatis.de

Statistisches Bundesamt. Gesundheitsberichterstattung 2003, Stichwort: Pflegestatistik. www.gbe-bund.de

Statistisches Bundesamt (Hrsg.). Gesundheitsbericht für Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Stuttgart: Metzler-Poeschel, 1998.

Tesch-Römer C, Motel-Klingebiel A, von Kondratowitz H-J. Die Bedeutung der Familie für die Lebensqualität alter Menschen im Gesellschafts- und Kulturvergleich. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2002; 35 (4): 335-342.

Dr. Marliese Biederbeck

Geschäftsführerin des Deutschen Berufsverbandes der
Pflegeberufe (DBfK), Landesverband Bayern e.V.

Romanstraße 67, 80639 München

Tel. (0 89) 1 79 97 00

Fax (0 89) 1 78 56 47

Arbeitsbedingungen in Arzt- und Zahnarztpraxen

Sicherheitstechnische und arbeitsmedizinische Belastungsarten

Gestaltung und Einrichtung der Arbeitsstätte und des Arbeitsplatzes

Psychische Belastungen bedeutender als klassische Berufserkrankungen?

Mobbing

Der Betrieb Praxis als ideales Umfeld für Präventionsmaßnahmen

Quellen

Arbeitsbedingungen in Arzt- und Zahnarztpraxen

Gabriele Leybold



500.000 Kolleginnen sind als Medizinische und Zahnmedizinische Fachangestellte/Arzt- und Zahnarthelferinnen in Arzt- und Zahnarztpraxen beschäftigt und repräsentieren die zweitgrößte Berufsgruppe im Gesundheitswesen. Niedergelassene Ärzte und Zahnärzte bilden die größte Arbeitgebergruppe bei Beschäftigungen im Frauenbereich. Bei den Recherchen zu diesem Vortrag fiel auf, dass wir bei Studien, Untersuchungen, Berichten etc. kaum Berücksichtigung finden. Dabei sollte das besondere Merkmal unserer Berufe, dass nicht wir persönlich, sondern unsere Patienten im Vordergrund unserer Arbeit stehen, uns vorbehalten bleiben – nicht aber von der Gesellschaft, den Medien und schon gar nicht von unserer Gesundheitspolitik als Selbstverständlichkeit angesehen werden.

Auch wenn mein Vortrag nun nicht mit entsprechenden Zahlen und Tabellen geschmückt und untermauert wird, sind meine Kolleginnen in den Praxen spezifischen Gefährdungen und gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt.

Sicherheitstechnische und arbeitsmedizinische Belastungsarten

Während eine strikte Trennung von sicherheitstechnischen und arbeitsmedizinischen Belastungsarten in der betrieblichen Praxis nicht immer möglich ist, hat die psychische Belastung der Praxismitarbeiterinnen gravierend zugenommen.

Eine Praxis mit wenig Angestellten ist noch die Regel, zählt damit zu den Kleinstbetrieben und muss als Ganzes gesehen werden. Was im Praxisalltag bedeutet, dass alle Kolleginnen alle Tätigkeiten ausführen. Während in größeren Betrieben eine klare Arbeitsteilung existiert, lassen kleinere Praxen manches auch mal schleifen, da die personellen und finanziellen Ressourcen vielfach auf Grund der gesundheitspolitischen Situation nicht vorhanden sind. Durch die Vielfältigkeit des Arbeitsspektrums einer Praxis ergeben sich ebenso vielfältige Gefährdungspotentiale.

Gestaltung und Einrichtung der Arbeitsstätte und des Arbeitsplatzes

Eine Gefährdung kann sich beispielsweise durch die Gestaltung und Einrichtung der Arbeitsstätte und des Arbeitsplatzes ergeben und die folgenden Fragen aufwerfen:

- Ist der Arbeitsplatz mit dem richtigen Bildschirm und Schreibtischstuhl ausgestattet?
- Oder wie steht es mit dem Behandlungsstuhl beim Zahnarzt? Warum hat die Zahnmedizinische Fachangestellte häufig Rückenschmerzen?
- Wird bei der Auswahl und dem Einsatz von Arbeitsmitteln, insbesondere Arbeitsstoffen, Maschinen, Geräten und Anlagen sowie dem Umgang damit auf sicherheitstechnische und arbeitsmedizinische Vorgaben geachtet? Werden immer

noch gepuderte Latexhandschuhe bestellt und verwendet?
Welches Blutabnahmesystem wird benutzt? Werden Geräte
und Maschinen richtig bedient?

Bei der Durchführung von Untersuchungen sind Praxismitarbeiterinnen ständig physikalischen, chemischen und biologischen Einwirkungen ausgesetzt.

- Werden die Verordnungen des Strahlenschutzes berücksichtigt?
- Wie steht es mit der Hautdesinfektion und Hautpflege?
- Werden die Vorschriften für die Vorbereitung einer Infusion z.B. mit Zytostatika befolgt?

Bei der Gestaltung von Arbeits- und Fertigungsverfahren, den entsprechenden Arbeitsabläufen und der dafür benötigten Arbeitszeit zeigt sich, wie effektiv diese dann zusammenwirken.

- Sind die Arbeitsabläufe richtig strukturiert?
- Wurde die tatsächlich benötigte Zeit für die Durchführung berücksichtigt? Und steht sie auch wirklich zur Verfügung?

Ein großes Gefährdungspotential verbirgt sich hinter einer unzureichenden Qualifikation und Unterweisung der Beschäftigten.

- Sind in der Praxis überhaupt qualifizierte Mitarbeiterinnen eingestellt?
- Sind die richtigen Mitarbeiterinnen an der richtigen Stelle eingesetzt?
- Haben neue Mitarbeiterinnen eine ausreichende Unterweisung erhalten?

In den beispielhaft aufgeführten Punkten gehen fast immer sicherheitstechnisch und arbeitsmedizinisch zu berücksichtigende Aspekte ineinander über.

Grundsätzliche Gefährdungen bestehen für Praxismitarbeiterinnen durch die Infektionsgefahr, Schnitt- und Stichverletzungen, ionisierende Strahlung, Gefahrstoffe und psychische Belastungen.

Bei den jährlich der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) gemeldeten Zahlen von Arbeitsunfällen und Berufserkrankungen handelt es sich um „normale Werte für Praxen“. Aber wie sieht es wirklich in den Praxen aus? Leider gibt es zu wenig bundeseinheitlich evaluierte Daten. Dennoch stimmen diese mit unseren Erfahrungen aus den Begegnungen und dem Erfahrungsaustausch mit den Kolleginnen aus der Praxis weitestgehend überein.

So erfolgt der Umgang und die Entsorgung von infektiösem Material und beispielsweise Kanülen fast überall vorschriftsmäßig, da hier jeder weiß, das muss sein, das leuchtet ein und wird daher auch befolgt. Und in fast allen Praxen gibt es einen Hygieneplan. Hingegen liegt in den wenigsten Praxen ein Maßnahmenplan gegen und bei Stichverletzungen vor. Leider werden sehr häufig Nadelstichverletzungen sowohl von Kolleginnen als auch von Arbeitgebern verharmlost, nicht gemeldet und die Vorgaben aus der Arbeitsmedizin nicht umgesetzt. Trotz bekannter gesundheitlicher Risiken werden in vielen Praxen immer noch gepuderte Latex-Handschuhe verwendet. Und die Wirklichkeit zeigt auch, dass zwar Hautschutz- und Hautreinigungsmittel in den meisten Praxen vorhanden sind, aber der empfohlene Hautschutzplan, wie z.B. in der TRGS 531 empfohlen, in vielen Praxen noch fehlt. Auch hier werden präventive Maßnahmen aus zeitlichen Gründen nicht eingehalten.

Trotz vorhandener Sensibilität für Impfungen ist die Durchimpfungsrate bei den Kolleginnen nicht befriedigend und lässt zu

wünschen übrig. Hier herrscht wohl das gleiche Phänomen wie bei Schneidern – sie sind schlechter gekleidet als ihre Kunden. Die meisten Mitarbeiterinnen sind zwar gegen Hepatitis B geimpft, wesentlich seltener aber gegen Hepatitis A, Pneumokokken oder sonstige Krankheiten, was ebenfalls mit zuviel zeitlichem Aufwand begründet wird.

In den zuvor aufgeführten Punkten zeigt sich, dass Arbeitsschutz in den Praxen eine untergeordnete Rolle spielt – nur das Notwendigste wird gemacht, aber Prävention bleibt häufig auf der Strecke. Zwar kommen die Ärzte ihrer Pflicht, ihre Mitarbeiterinnen arbeitsmedizinisch untersuchen zu lassen, in der Regel nach, aber damit alleine ist es nicht getan.

Beim derzeitigen Investitionsstau werden irgendwann in den Praxen nur noch überalterte Geräte vorhanden sein und häufig werden schon heute gezielte Maßnahmen erst nach Unfällen oder offensichtlichen Mängeln ergriffen. Und so ist es auch nicht verwunderlich, dass in der heutigen Zeit aus Angst um den Arbeitsplatz Verletzungen, nicht erfolgte Impfungen oder arbeitsmedizinisch ungünstige Bedingungen nicht angesprochen oder gar verheimlicht werden – eine gefährliche Interpretation von Schweigepflicht – und lieber schlechte als gar keine Arbeitsbedingungen hingenommen werden.

So nehmen beispielsweise die Arbeitszeiten am PC zu, der Wunsch, diese und das lange Sitzen zu verkürzen, wird aber nicht angesprochen, denn organisatorische Änderungen sind unbequem und Verbesserungsvorschläge sind häufig mit Kosten verbunden. Waren psychische Belastungen bisher nur vereinzelt zu vermuten, spätestens jetzt werden sie offensichtlich.

Psychische Belastungen bedeutender als klassische Berufserkrankungen?

Dieses Thema ist in den Praxen hoch aktuell. Stress durch Leistungsverdichtung, schlechte Arbeitsbedingungen, veränderten Arbeitszeiten und Arbeitsverträgen, bedingt durch die wirtschaftlichen Lagen der Praxen schafft eine groteske Situation. Es ist viel Arbeit vorhanden, das Personal wird aber immer weniger. Staatliche Reglementierung und Eingriffe schaffen Rahmenbedingungen, die nichts mehr mit einer gestaltenden eigenverantwortlichen Arbeitswelt zu tun haben. In dieser Situation überraschen die Ergebnisse einer Umfrage „Wie schätzen Arzthelferinnen ihre Arbeitsbelastung ein?“ (im Auftrag von „Young Help“, durchgeführt von der Gesellschaft für rationale Psychologie) nicht wirklich. Demnach haben

- 82% der Arzthelferinnen Angst, Fehler zu machen,
- 79% fühlen sich durch die schlechte Laune ihres Chefs richtig gestresst,
- und zwei Drittel der Befragten vermissen die persönliche Anerkennung – und empfinden die monotone Arbeit als belastend, die geprägt wird von zeitraubender Bürokratie, Zeit, die für Patienten verloren geht.

Wie viele Praxen und Mitarbeiterinnen von diesen veränderten Arbeitsbedingungen betroffen sind, zeigt die Teilnahme an bundesweit stattfindenden Aktionen.

Auf Grund der psychischen Belastungen am Arbeitsplatz können viele Kolleginnen Privat- und Arbeitsleben nicht mehr trennen und das Damoklesschwert der Entlassung schwebt über ihnen. Häufig stehen sie vor der Frage „... Bin ich die Nächste die entlassen wird?“ – und was, wenn bereits ein arbeitsloser Ehemann zu Hause sitzt? Von diesen Belastungen sind 500.000 Frauen in niedergelassenen

Praxen betroffen. Wissenschaftliche Evaluierungen hierzu wären wünschenswert, da die gesundheitspolitischen Entscheidungen für die Angestellten an Bedeutung zunehmen. Ist- und Soll-Zustand am Arbeitsplatz weichen heute stark voneinander ab, um so größer ist der Handlungsbedarf an Maßnahmen des Arbeitsschutzes. Während es für sicherheitstechnische Belastungen Vorgaben gibt, ist dieses Verfahren bei den psychischen Belastungen insofern schwieriger, als es keine Grenzwertkonzepte gibt, die als objektive Vergleichsmaßstäbe herangezogen werden können. Jede Mitarbeiterin verfügt über eine individuelle Stressbelastung, die sich sowohl positiv wie negativ auswirken kann.

Eine positive Auswirkung in Form von Zuwachs der Kompetenzen oder einer Weiterentwicklung der Persönlichkeit wird sicher nur möglich sein, wenn eine positive Wertschätzung, gute Unterstützung und ein gutes Arbeitsklima Faktoren darstellen, die andere belastende Bedingungen zum Teil kompensieren. Zu den negativen Folgen gehören psychosomatische Erkrankungen, die häufig durch ein Burn-out-Syndrom oder Mobbing begleitet werden.

Mobbing

War Mobbing bisher eher in Großbetrieben oder Verwaltungsbehörden anzutreffen, so hat die Angst um den Arbeitsplatz und der steigende Konkurrenz- und Leistungsdruck im Gesundheitswesen den idealen Nährboden geschaffen. Die Ursachen für Mobbing in der Praxis finden sich in Mängeln in der Organisation der Arbeit.

- Sie muss unter hohen äußeren Belastungen durchgeführt werden, die Kolleginnen befinden sich zwangsläufig in der ständigen Bereitschaft „Was kommt als Nächstes?“
- Die Praxis ist meist personell unterbesetzt.
- Jede Einzelne muss dadurch eine hohe Verantwortung tragen.
- Die Tätigkeiten werden zu gering vergütet.

Auch das Führungsverhalten der Vorgesetzten ist entscheidend dafür, ob Mobbing in der Praxis eine Chance hat.

- In einigen Fällen geht Mobbing direkt vom Praxisinhaber aus und wird als strategisches Instrument zum Personalabbau genutzt.
- Wenn Mobbing zwischen Kolleginnen entsteht, ist der Vorgesetzte gefragt.

Eine weitere Ursache ist die besondere soziale Stellung der Betroffenen.

- Es trifft oft sozial Schwächere; z.B. Auszubildende, Teilzeitbeschäftigte oder ungelernete Kräfte.
- Auch besondere Merkmale einer Person – wie etwa eine bessere Qualifikation – können den Mobbing-Prozess auslösen.

Aber auch das moralische Niveau des Einzelnen spielt eine Rolle. „Täter“ machen sich nur wenig Gedanken über die Auswirkungen ihres Handelns. Mobbing erfolgt häufig aus persönlicher Unzufriedenheit, die Täter spiegeln ihre eigene psychische Konstellation auf andere und suchen dort Fehler. Zudem verursacht Mobbing auch in einer Praxis wirtschaftlichen Schaden: Ein schlechtes Betriebsklima beeinträchtigt auch die Arbeitsmotivation der anderen Mitarbeiterinnen und wirkt sich damit auf das gesamte Leistungsniveau der Praxis aus.

Der Betrieb Praxis als ideales Umfeld für Präventionsmaßnahmen

Während es in Großbetrieben selbstverständlich ist, präventive Maßnahmen anzubieten oder gar Präventionsbeauftragte zu beschäftigen, wird das ideale Umfeld einer Praxis für Präventionsmaßnahmen nicht genutzt. Weder klassische Präventionsmaßnahmen, z.B. ergonomische Arbeitsplätze, Arbeitsmittel/-

stoffe etc., Schutzimpfungen usw., noch Prävention zu den aktuellen Problemen werden nur annähernd ausreichend praktiziert. „Ein großer Teil der Bemühungen um bessere Qualität konzentriert sich auf das Vermeiden von Fehlern“ (Colin West Mayo-Studie).

Wie könnte es besser werden?

Es werden nicht „pseudoharmonische Kuschelecken“ (Reinhard K. Sprenger, Aufstand des Individuums), sondern die Möglichkeit zur Selbst- und Teamreflexion benötigt.

Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung

Eine Maßnahme wäre auch, die Instrumente von Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung zu nutzen. Die Einführung des Qualitätsmanagements zeigt positive Auswirkungen in den Praxen. Allerdings wird ein Qualitätsmanagement erst in wenigen Praxen durchgeführt, in manchen nur partiell und in anderen bisher noch gar nicht. Auch sollten solche Qualitätsmanagement-Systeme favorisiert werden, die nicht nur eine Verbesserung der Arbeitsabläufe und damit eine Verringerung von Fehlern und Gefahren fördern, sondern auch Prävention und Team-Gespräche berücksichtigen.

Die Unterstützung beruflicher Weiterbildung zur Erlangung fachlicher Kompetenzen wäre ebenso eine Form von Stressprävention, die die psychische Belastung der Mitarbeiterinnen reduzieren könnte.

In Literatur und Studien wird zur Verhinderung von Burn-out die Reduzierung der Arbeitsbelastung empfohlen. Aufgrund der angespannten gesundheitspolitischen Situation, die unsere Arbeitgeber zu Einsparungen zwingt, wird dies kaum umsetzbar sein.

Daher lauten die Forderungen unseres Verbandes:

- Berücksichtigung unserer Berufsgruppe bei wissenschaftlichen Evaluierungen arbeitsmedizinischer Aspekte
- Unterstützung bei der Entwicklung von Präventionsprogrammen für den Kleinbetrieb ärztliche Praxis
- Zielgruppenorientierte Maßnahmen zur Unterstützung der Praxismitarbeiterinnen zur Bewältigung der berufstypischen psychischen Belastungen

Quellen

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege
Dr. H. Neumann, Dr. O. Kaufmann, Landesinstitut für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Freistaat Sachsen
Prof. Dr. Klaus Dörre, Institut für Soziologie der Friedrich-Schiller-Universität Jena

Gabriele Leybold

Vorsitzende des Verbandes medizinischer Fachberufe e.V.,
Landesverband Bayern

Scharnhorststraße 6, 63739 Aschaffenburg

Tel. (0 60 21) 5 83 08 30

Fax (0 60 21) 5 83 08 31

E-Mail: gleybold@vmf-online.de

Das Präventionsmodell der Bayerischen Landeszahnärztekammer

Konzept

Durchführung

Ergebnis

Ausblick

Das Präventionsmodell der Bayerischen Landeszahnärztekammer

Bernhard Drüen



Die Umsetzung der arbeitsmedizinischen und sicherheitstechnischen Beratung gemäß Arbeitssicherheitsgesetz bereitet in Kleinstbetrieben Probleme. Das Einsatzzeitenmodell der Großindustrie ist nicht sinnvoll umsetzbar. Die sich errechnenden Einsatzzeiten sind zu gering, als dass sie noch sinnvolle Arbeit der Sicherheitsfachkräfte ermöglichen. Auch die Zusammenführung der Zeiten mehrerer Jahre ist nicht zielführend, denn es kann nicht sein, dass Betriebsarzt und Sicherheitsfachkraft nur einmal in z.B. drei Jahren einen Betrieb für drei oder vier Stunden beraten.

Zu berücksichtigen ist bei Kleinstbetrieben zudem, dass deren Unternehmer weit näher am Produktionsprozess stehen als in Großunternehmen. Während letztere zumeist Kaufleute oder Juristen sind, sind Unternehmer von Kleinstbetrieben spezifisch tätig, haben eine fachbezogene Ausbildung, die zumeist Arbeitsschutz integriert. Dies ist insbesondere in medizinischen Einrichtungen der Fall. Als weitere Besonderheit sind diese Unternehmer unmittelbar in den Betriebsablauf eingebunden, haben also gleiche Belastungen wie ihre Mitarbeiter.

Betriebsarzt oder die Sicherheitsfachkraft werden zudem Schwierigkeiten haben, Ärzten und Zahnärzten als Fachkräften fachlich ebenbürtig gegenüber zu stehen. Will man als Berater akzeptiert sein, muss ein hohes Wissen des Fachgebietes vorhanden sein, das durch Arbeitsschutzaufgaben ergänzt wird. Dies Wissen wird in Innungen bzw. bei medizinischen Einrichtungen in Kammern vorgehalten. Es bietet sich also an, Aufgaben nach dem Arbeitssicherheitsgesetz (ASIG) auf Kammerebene zu erarbeiten.

Der Vorteil ist nicht allein das vorhandene fachliche Wissen und die damit verbundene Akzeptanz der Zahnärzte, sondern auch ein Synergieeffekt. Zahnarztpraxen sind weitgehend, man kann sagen zu über 95%, in Richtung Technik und Technologie gleich ausgerüstet. Es lohnt sich also, eine Standardzahnarztpraxis als Modell für Arbeitssicherheitsaufgaben aufzubauen, die dann spezifisch abgewandelt werden kann. Damit werden z.B. in Bayern die anstehenden Aufgaben für fast 9.000 Zahnarztpraxen einmal zentral erarbeitet, ein ungeheurer Synergieeffekt, den eine einzelne Sicherheitsfachkraft niemals leisten könnte. Integriert man dann noch Randgebiete der Arbeitssicherheit wie Hygiene, Medizinprodukte, Röntgenverordnung, Umweltschutz und Abfallwirtschaft in das Konzept, ergibt sich ein höchst effektives Instrument zur Umsetzung dieser Aufgaben. So entstand das Präventionsmodell als Alternative zur Regelbetreuung nach ASIG für Zahnarztpraxen. Es wurde gemeinsam mit der Berufsgenossenschaft und dem in Bayern für Arbeitsschutz zuständigen Ministerium abgesprochen und ab 1999 verwirklicht.

Konzept

- Die Aufgaben des Arbeitsschutzes werden zentral in der Bayerischen Landeszahnärztekammer erarbeitet.
- In den Arbeitsschutz werden eng damit verzahnte Themen

wie Hygiene, Medizinprodukte, Röntgen, Umweltaufgaben, Abfallwirtschaft integriert.

- Alle der Kammer angeschlossenen Zahnarztpraxen erhalten die Ausarbeitungen, geordnet nach Kapiteln (z.B. Gefährdungsanalyse, persönliche Schutzausrüstung, Vorsorgeuntersuchung)
- Die Kapitel sind systematisch in Register untergliedert
 - a) Aufgabenbeschreibung
 - b) Arbeitsmaterial (Checklisten, Formblätter, Betriebsanweisungen, Merkblätter)
 - c) Gesetzesauszüge, Literatur
- Wichtige Aufgaben (z.B. Gefährdungsanalyse, siehe nachfolgende Tabelle, Mutterschutz) werden mit dem Ministerium abgesprochen, damit es bei Kontrollen keine Auslegungsprobleme gibt.
- Die Kammer unterhält eine Hotline und informiert über ihre Fachzeitschrift regelmäßig über Aktualitäten und Schwerpunkte.
- Bei Bedarf stehen Betriebsarzt und Sicherheitsfachkraft für Praxisbegehungen zur Verfügung.

Durchführung

- Die Teilnahme am Präventionsmodell steht den Praxisinhabern frei. Sie können auch die Regelbetreuung wählen. Bei Teilnahme am Präventionsmodell entfällt die Bestellung von Sicherheitsfachkraft und Betriebsarzt.
- Für Teilnehmer (Praxisinhaber) am Präventionsmodell besteht Schulungspflicht, in der das Modell erläutert und die Durchführung an Beispielaufgaben dargelegt wird.
- Die Kammer übernimmt keine Kontrollfunktion. Dies führen die Praxisinhaber, die als Sicherheitsverantwortliche fungieren, an Hand von Checklisten selber durch.

Gefährdungsbeurteilung Schnellübersicht

Abkürzungen: **GefStoffV** = Gefahrstoffverordnung

BioStoffV = Biostoffverordnung

Arbeitsplatz	Gefährdung (detailliert in Betriebsanweisungen ausgeführt)	Risiko- gruppe lt. Bio- StoffV	Schutz- stufe lt. Bio- StoffV	Vorsorge- unter- suchung
zahnärztliche Assistenz Assistenzarzt	<ul style="list-style-type: none"> • Infektionsgefahr Hepatitis B und C, HIV • ggf. weitere Infektionen ² • Gefahrstoffe gemäß Gefahrstoffkataster 	„2“ (3) ² ungezielte Tätigkeit ³	„2“ (3) ²	G 42. 10 +11 10= Hep.B 11= Hep.C
Verwaltung	Bildschirmarbeit mit <ul style="list-style-type: none"> • Bewegungsmangel • Augenarbeit • Muskelverspannungen Nacken-Hals • unspezifische Beschwerden (z. B. Kopfschmerzen) 			G 37 bei längerer Bildschirmarbeit, z.B. Arztbriefe, anbieten
Dentallabor	<ul style="list-style-type: none"> • Umgang mit Gefahrstoffen und Stäuben laut Gefahrstoffkataster 			
Reinigung	<ul style="list-style-type: none"> • Umgang mit Gefahrstoffen 			

¹ Die Betriebsanweisung zu Belastungen nach der Biostoffverordnung ist mit Dokument E01b30 realisiert, die für Gefahrstoffe finden sich im Ordner Praxisführung ab E01b11.

² Hepatitis- und Aidsviren gehören laut Definition in Risikogruppe 3, können aber in Gruppe 2 herabgestuft werden, wenn die Keime nicht luftübertragbar sind.

für Zahnarztpraxis (Stempel):

MuSchG = Mutterschutzgesetz

G = Grundsatz für arbeitsmed. Vorsorgeuntersuchung

Schutz- maßnahmen	Unterweisung spätestens nach drei Jahren jedes Thema wiederholen	Mutterschutz Beschäftigungsverbote beachten (siehe Positiv-Negativliste)	erfüllt? Datum erledigt am von
<ul style="list-style-type: none"> • Persönliche Schutzausrüstung lt. Betriebsanweisung • Impfschutz anbieten (Hepatitis B) • ggf. zusätzliche Maßnahmen nach Rückruf beim Gesundheitsamt bei Infektionen² 	<p>jährlich nach:</p> <ul style="list-style-type: none"> § BioStoffV § GefStoffV § Betriebsanweisungen § Hygieneplan 	<p>lt. Positiv-Negativliste bezüglich Infektionsgefahr und Gefahrstoffen</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Wechseltätigkeit • Ausgleichsbewegungen am Arbeitsplatz • optimale Ergonomie • Pausenregelung 	<p>bei Arbeitsbeginn über Ergonomie am Arbeitsplatz</p>	<p>Maßnahmen des Mutterschutzgesetzes bezüglich Ergonomie sind zu beachten (u.a. Heben und Tragen, gebückte Körperhaltung)</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Persönliche Schutzausrüstung lt. Betriebsanweisung • Absaugung bei Entstehung von Stäuben benutzen 	<p>jährlich nach:</p> <ul style="list-style-type: none"> • GefStoffV • Betriebsanweisungen 	<p>lt. Positiv-Negativliste bezüglich Gefahrstoffe</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Persönliche Schutzausrüstung lt. Anordnung der Betriebsanweisung • Mittel niemals mischen • Mittel immer kalt ansetzen 	<p>jährlich nach:</p> <ul style="list-style-type: none"> • GefStoffV • Betriebsanweisungen • Umgang mit Leitern, Tritten 	<ul style="list-style-type: none"> • lt. Positiv-Negativliste bezüglich Gefahrstoffe • Ergonomie (Bücken, Knien) • kein Heben und Tragen von Lasten 	

³ Eine gezielte Tätigkeit besteht bei Behandlungen z.B. ansteckender Tuberkulose (Mycobakterien), Syphilis oder akuter Hepatitiden (Anamnese!). Besondere Maßnahmen sind ggf. beim Gesundheitsamt vor der Behandlung zu erfragen. Der Hausarzt ist u.U. einzuschalten, um die Infektionsgefahr abzuklären und besondere Schutzmaßnahmen bei der Behandlung einzuleiten.

Ergebnis

- Am Präventionsmodell nehmen etwa 80% der bayerischen Zahnarztpraxen teil.
- Die Hotline wird rege genutzt. Es gibt keine Probleme bei der Umsetzung, wenn der Wille zur Bearbeitung der Aufgaben vorhanden ist. Wesentlicher Inhalt der Schulungen ist somit, die Motivation zur Bearbeitung zu erhöhen und Scheu vor Beginn der umfangreich anmutenden Arbeit zu überwinden.
- Die durch die Gewerbeaufsicht im Jahre 2002 durchgeführte Evaluation ergab nahezu hundertprozentige Erfüllung der gesetzlich geforderten Aufgaben. Regionen, in denen nicht nur Praxisinhaber geschult wurden, sondern auch deren Mitarbeiter, waren besonders erfolgreich.

Ausblick

- Das Präventionsmodell wird derzeit in ein Qualitätsmanagement für Zahnarztpraxen integriert.
- Das zu Anfang als Ordner, später als CD verbreitete Arbeitsmaterial wird derzeit in das Internet gestellt und kann somit schneller auf aktuellem Stand gehalten werden.
- Im nächsten Schritt sollen Praxisinhaber durch Terminverfolgung und Bestätigung abgearbeiteter Aufgaben geführt werden. Die Dokumentation wird zukünftig softwaremäßig möglich sein.
- Zusammenfassend zeigte sich, dass wesentlich für den Arbeitsschutz die Motivation von Praxisinhabern ist, die ihre Scheu vor einer ihnen schier umfangreich anmutenden Arbeit ablegen müssen. Zahnarztpraxen stehen mit dem Präventionsmodell heute weit besser in der Erfüllung von Arbeitsschutzaufgaben da als manch andere medizinische Bereiche.

Dr.-Ing. Dr. med. Bernhard Drüen
Christl-Cranz-Straße 4, 85375 Neufahrn
Tel. (0 81 65) 9 39 87-7
Fax (0 81 65) 9 39 87-8
Funk (01 75) 2 60 64 55
E-Mail: bdrueen@t-online.de

Das Leben und das Leid der Anderen als Beruf

Belastungen und Gesundheitsressourcen von Psychotherapeuten

1. Einleitung
 2. Spezifische Belastungen und Stressoren von Psychotherapeuten
 - 2.1 Psychische Belastungen
 - 2.2 Soziale Belastungen
 - 2.3 Belastungen durch Patienten
 - 2.4 Schwierige Patienten-Therapeuten-Beziehung
 - 2.5 Körperliche Belastungen
 - 2.6 Burn-out
 3. Möglichkeiten der Prävention und Burn-out-Prophylaxe
 - 3.1 Das Salutogenese-Modell und Methoden zur Stressbewältigung
 - 3.2 Zufriedenheit im Beruf
 - 3.3 Selbstwirksamkeit und Vertrauen
 - 3.4 Optimismus und Gelassenheit
 - 3.5 Humor
 - 3.6 Verankerung in einer sinnhaften Weltanschauung
 - 3.7 Problemprävention und -lösung
 - 3.8 Qualität der Ausbildung, Supervision und Intervention
 - 3.9 Ausgleich und gesunde Lebensführung
 - 3.10 Gesunde Beziehungen
 - 3.11 Kurzfristige Erleichterungstechniken zur Stressbewältigung
 4. Schlussbemerkung
- Literatur

Das Leben und das Leid der Anderen als Beruf Belastungen und Gesundheitsressourcen von Psychotherapeuten

Angelika Wagner-Link



1. Einleitung

Die Problematik seelischer Belastungen in Helferberufen wird viel beschrieben und beklagt. Das gesellschaftlich und politisch brisante Thema Prävention und Gesundheitsförderung wird jedoch auf in Heilberufen Tätige nur selten übertragen. Erstaunlicherweise beschäftigen sich deutsche psychologische und ärztliche Psychotherapeuten insgesamt nur wenig mit ihrer beruflichen Befindlichkeit und Gesundheit. Es gibt kaum empirische Befunde, die konkrete Aussagen über die körperliche und psychische Gesundheit von Psychotherapeuten treffen.

Die folgenden Ausführungen beschäftigen sich zunächst mit den spezifischen Belastungen von Psychotherapeuten und dann mit möglichen Wegen und Methoden zur Gesunderhaltung in diesem Beruf.

2. Spezifische Belastungen und Stressoren von Psychotherapeuten

Zu den auch Psychotherapeuten betreffende alltäglichen Stressoren unserer Zeit, wie Informationsflut, zunehmende virtuelle Kommunikation, Termindruck, Beschleunigung, Berufsverkehr, Bewegungsmangel u.v.a.m. kommen für Psychotherapeuten berufsspezifische Belastungen hinzu.

2.1 Psychische Belastungen

- *durch den therapeutischen Prozess*

Für einige Psychotherapeuten stellt die lebenslange Beschäftigung mit dem Innenleben von Menschen, die dauernde Reflexion der eigenen Gefühle und die Bearbeitung auch recht negativer Emotionen als ganztägige Beschäftigung eine immense Herausforderung dar. Die andauernde Konfrontation mit komplizierten, leidvollen oder gar traumatischen Themen im Therapieprozess kann ebenso belasten wie die intensive kognitive und emotionale Hinwendung zum Patienten und die erforderliche andauernde Konzentration bei gleichzeitiger Flexibilität durch die Umstellung auf den jeweiligen Patienten. Kommunikation und Beziehungsgestaltung sollen dabei unabhängig von persönlichen Bedürfnissen und dem Grad der Sympathie zum Patienten stets professionell sein. Hinzu kommt die Verantwortung für Heilung oder zumindest Besserung des Krankheitsbildes.

Vielen Therapieprozessen mangelt es zudem (vorübergehend) an sichtbarem Erfolg. Aufgrund fehlender mittelfristiger Rückmeldung entsteht Unsicherheit über die eigene therapeutische Wirksamkeit. Das erhöht nicht unbedingt die Selbstwirksamkeitserwartung (vor allem bei Patienten mit Krankheitsbildern wie Sucht, Borderline-Störungen, Depression).

Auch über die langfristigen Heilungserfolge besteht oft Unklarheit, denn das Therapie-Feedback erfolgt meist – wenn überhaupt – nur direkt nach Therapieabschluss. Eine fundierte – auch posttherapeutische – Evaluation, wie sie häufig in der Verhaltenstherapie praktiziert wird, kann hier Transparenz bringen, Erfolg dokumentieren und Misserfolg systematisch analysieren.

- ***durch irrationale Überzeugungen***

Belastungen sind wie bei ihren Patienten oft auch bei Psychotherapeuten durch sich selbst verursacht. Irrationale Überzeugungen behindern gesunden Optimismus und verhindern Gelassenheit. Psychotherapeuten unterstützen ihre Patienten darin, überzogene Ansprüche an sich selbst abzubauen und irrationale Überzeugungen zu bearbeiten. Das ist auch für den professionellen Helfer selbst wichtig: Überzeugungen wie immer für Patienten da sein zu müssen, Misserfolge nicht akzeptieren zu können oder depressive Attribuierungen des Therapieprozesses, die eigene Wirksamkeit oder Patienten betreffend, belasten.

Einige Psychotherapeuten machen sich zu wenig bewusst, welchem Ausmaß an negativer Energie sie aufgrund ihrer Arbeit ausgesetzt sind und dass die Folge eine emotionale Überbeanspruchung sein kann, oft gepaart mit irrationalen Schuld- und Versagensgefühlen.

Manch einer ist in eine Helferrolle gewachsen, die er nicht mehr los wird und entwickelt ein „überhöhtes Ideal des Helfens“ oder leidet unangemessen mit den Patienten. Andere besitzen ein übermäßiges Pflichtgefühl oder übertriebenen Ehrgeiz.

2.2 Soziale Belastungen

- ***durch Rahmenbedingungen und existenzielle Belastungen***
Zunehmende Bürokratie und Verwaltungsaufwand aufgrund formaler Anforderungen, verbunden mit einer Formularflut und arbeitsintensiven Therapieanträgen, Berichten und Gutachten belasten viele Kollegen. Hinzu kommen existenzielle Belastungen durch unzureichende Honorierungen, Wartezeiten bei Rückerstattung und KV-Vergütung. Beklagt werden außerdem die Unsicherheit und schwierige finanzielle Planung durch wenig transparente Quartalsabrechnung und floatende Punktwerte.

Niedergelassene tragen zudem alle Risiken der Selbständigkeit wie beispielsweise eine unzureichende Alterssicherung.

- ***durch die Erwartungshaltung in der Gesellschaft***
Die gesellschaftliche Erwartungshaltung (und oft auch die der Patienten) verlangt von Psychotherapeuten, dass sie stets präsent, erreichbar und belastbar sind, Omnipräsenz und Omnipotenz beweisen. Dass sie beispielsweise tiefes Verständnis und Empathie für das Leid anderer beweisen, und demzufolge stets auch kurzfristig Menschen in persönlichen Notlagen Termine ermöglichen und auch in ihrer Freizeit erreichbar sind. Zugleich stehen Psychotherapeuten immer noch unter dem Rechtfertigungsdruck, eine echte Alternative zu Psychopharmaka, Lebensbewältigungshilfsangeboten aus dem grauen Markt und zu biomedizinischen Machbarkeitsüberzeugungen zu sein.
- ***durch mangelnde gesellschaftliche Anerkennung***
Der Psychotherapeutenberuf erfährt in Deutschland noch immer Skepsis und wenig Anerkennung. Die Zusammenarbeit

mit den und Wertschätzung durch die ärztlichen Kollegen hat sich in den letzten Jahren zwar deutlich verbessert, ist aber in Zeiten knapp bemessener finanzieller Ressourcen im Gesundheitssystem einem steten Konkurrenzkampf – auch mit Vertretern anderer Heilberufe – ausgesetzt.

Seelische Störungen werden, obwohl sie ständig zunehmen, tabuisiert, die Notwendigkeit einer psychotherapeutischen Behandlung wird vielfach ignoriert, stellt einen Makel dar.

- ***durch soziale Isolierung***

Eine hohe Anzahl von Psychotherapeuten arbeitet alleine in ihrer Praxis ohne Kollegen oder Assistenzpersonal. Sie vermissen den kollegialen Austausch und die Arbeit im Team, leiden unter Einsamkeit und fühlen sich vom realen Leben ausgegrenzt.

2.3 Belastungen durch Patienten

- ***Anzahl der Patienten und der wöchentlichen Sitzungen***

Belastende Aspekte können die Anzahl der behandelten Patienten und die wöchentliche Sitzungszahl sein. Nicht nur für die psychische und physische Gesundheit der Psychotherapeuten, sondern auch auf den Therapieerfolg hat die wöchentliche Sitzungszahl wesentlichen Einfluss. Nach einer umfangreichen Therapiestudie (Vocisano, 2004) haben Psychotherapeuten mit mehr als 20 Stunden deutlich geringeren Therapieerfolg als Kollegen mit geringerer Stundenzahl. Das Bundessozialgericht hält in einem Urteil 36(!) Sitzungsstunden pro Woche für angemessen. Die Realität sieht anders aus: Die durchschnittliche Stundenanzahl liegt bei 18 bis 20 Stunden, nur ein einstelliger Prozentsatz an Praxen leistet mehr als 28/29 Sitzungen pro Woche. Es lässt sich also folgern, dass Niedergelassene mehr als 25 Stunden als eine hohe Zahl empfinden und sich damit

voll ausgelastet fühlen. An dem unrealistischen Maß von 36 Wochenstunden werden die Psychotherapeuten im Rahmen des GKV-Systems immer wieder gemessen und als Wenigleister im Vergleich zu den Ärzten gebrandmarkt.

Für Psychoanalytiker kann die hohe wöchentliche Frequenz von wöchentlich zwei bis drei Therapiesitzungen pro Patient zu emotionaler Belastung führen. Wenn die Patientenzahl aufgrund von Langzeittherapien relativ gering ist, sammeln diese bei Betrachtung der Vielfalt ihres Klientels für jede Klasse allerdings nur wenig Erfahrungen mit Patienten und fühlen sich dadurch möglicherweise unsicher (Jaeggi, 2005). Auf der anderen Seite kann eine hohe Patientenanzahl Stress erzeugen. Hiervon sind vor allem Psychotherapeuten betroffen, die in Kliniken mit hoher Patientenfluktuation arbeiten und obendrein pro Fall nur wenige Sitzungen zur Verfügung haben. Der DAK-Gesundheitsreport von 2005 zeigt, dass psychische Störungen zunehmen und mittlerweile wichtiger Grund für Arbeitsunfähigkeit sind. Die große Nachfrage einerseits bei gleichzeitiger rigider Niederlassungspolitik andererseits bewirkt eine akute Unterversorgung. Aufgrund dieser bürokratischen Verknappung des Angebots entsteht ein massiver Druck auf Psychotherapeuten durch Wartezeiten und die subjektive Verpflichtung, besonders dringliche Fälle trotz zeitlicher Überlastung aufzunehmen.

- ***Krankheitsbild der Patienten***

Auch patientenbedingte Faktoren (z.B. depressiver Rückzug, Selbstmordabsichten, Projektionen) und schwierig zu behandelnde Krankheitsbilder wie Persönlichkeitsstörungen, Borderline-, psychotische oder Suchtpatienten sowie Patienten mit posttraumatischer Belastungsstörung und ihren oft auch ihren Therapeuten belastenden Erlebnissen sind Stressoren.

Bei Traumatherapeuten können Sekundärtraumatisierungen, sogenannte „Ansteckungseffekte“ auftreten, besonders, wenn Psychotherapeuten sich als Erlöser oder Retter empfinden. Compassion stress (Mitgefühlstress) und compassion fatigue (Mitgefühlerschöpfung) können auftreten (Figley, 2002). Hinzu kommen die sich verschlechternden sozioökonomischen Bedingungen, in denen viele Patienten leben, wie z.B. Arbeitslosigkeit, finanzielle und existenzielle Probleme.

2.4 Schwierige Klienten-Therapeuten-Beziehung

Psychotherapeuten kommen mit ihren verschiedensten Patienten unterschiedlich gut zurecht und reagieren in Folge dessen auch zuweilen unangemessen. Anhänglichkeit, ein still-vorwurfsvolles Leiden, passiv-aggressive Forderungen, Unerreichbarkeit, Entgleiten können anstrengen. Ebenso entsteht durch einen vom Kollegen überwiesenen oder gar diesem nahe stehenden Patienten enormer subjektiver Leistungsdruck (Fengler, 2001).

Die Verpflichtung des Psychotherapeuten, auch entgegen innerer und äußerer Widerstände ein empathisches, stabiles Arbeitsbündnis aufzubauen und zu halten, fällt möglicherweise besonders schwer, wenn es sich beim Patienten um eine grenzgestörte Persönlichkeit handelt, die die Grenzen und die Integrität des Psychotherapeuten immer wieder bedroht.

All das beschreibt zwar die normale Arbeitssituation von Psychotherapeuten mit ihren berufsspezifischen Stressoren, wird aber dennoch immer wieder besonders bei fehlender kollegialer Interversion/Supervision als besonders belastend empfunden, insbesondere gegenüber Patienten, die sich den Wirkmöglichkeiten des Psychotherapeuten zu entziehen scheinen und zu Machtverlust

bei Psychotherapeuten führen. Beispielhaft hierfür sind Sucht- und Suizid-Patienten, aber auch so genannte Vorwurfs-Patienten, deren nicht enden wollende Anklagen, Beschuldigungen und Entwertungen heftige Gegenübertragungsgefühle auslösen können. Derzeit ist eine Entwicklung von einerseits zunehmender Sehnsucht nach Bindung und Beziehung und andererseits von wachsender Unfähigkeit, diese Beziehungen einzugehen und aufrechtzuerhalten, zu beobachten. Dies kann zu massivem Stress im therapeutischen Prozess führen (Beck, 1994).

- ***Fehlende Abgrenzung***

Auch die in vielen Therapieverfahren erforderliche und häufig nicht erfolgreiche Abgrenzung des Psychotherapeuten kann eine Belastung darstellen. Vor allem wenn biographische Details des Klienten unangenehm – vielleicht noch nicht bearbeitete – Erinnerungen an eigenes Leid wachrufen und das Erkennen zumindest streckenweiser Gemeinsamkeiten Angst oder andere unangenehme Affekte auslösen kann (Jaeggi, 2005). Besonders unerfahrenen Psychotherapeuten fällt es oft schwer, das richtige Maß von Distanz und Nähe zu finden.

- ***Schwierigkeiten durch persönliche Schwächen***

Eine umfangreiche Liste über Fehlverhalten, Leistungsmängel und Versagen von Psychotherapeuten, die das eigene seelische Befinden in hohem Maße beeinträchtigen, insbesondere dann, wenn Therapierisiken wie Therapieabbrüche aus diesen Gründen einseitig den Patienten zugeschrieben werden, hat Fuchtmann (1994) zusammengestellt. Hierzu zählen u.a. Probleme mit der eigenen Psychohygiene, Defizite in der Arbeitsmotivation, mangelnde Professionalität sowie Persönlichkeitsdefizite und berufsethische Fehlhaltungen.

Gerade die Abwehr und Vermeidung eigener Fehlhaltungen

und Therapierisiken kostet notwendige Kraft und Energie, die allzu oft die eigene seelische Balance verlieren lassen.

2.5 Körperliche Belastungen

Die sitzende Tätigkeit und der Bewegungsmangel sind Risikofaktoren für typische Zivilisationskrankheiten wie koronare Herz-/Kreislaufkrankungen und Rückenbeschwerden.

Eine Gesundheitsbeeinträchtigung durch den eigenen Lebensstil nehmen 40,5% der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapeuten, 34,5% der Psychoanalytiker und 27,6% der Verhaltenstherapeuten wahr. In Bezug auf die Lebenszufriedenheit zeigen sich keine Unterschiede in den Therapeutengruppen. Wohl aber, dass Psychoanalytiker regelmäßiger Sport treiben, jedoch auch mehr Alkohol konsumieren als Psychotherapeuten aus anderen Gruppen (Reimer, Jurkat, Vetter & Raskin, 2005, siehe auch oben).

2.6 Burn-out

Schmidbauer (1992) setzt sich ausführlich mit dem Syndrom der „Hilflosen Helfer“ auseinander. Das Burn-out-Phänomen wird bereits von Freudenberger (1974, 1992) als ein berufsbedingtes Phänomen beschrieben, bei dem besonders sehr engagierte Mitarbeiter im psychosozialen Bereich Symptome von Erschöpfung, Müdigkeit, Rückzug und oft depressive Züge zeigen. Obendrein neigen sie zu Negativismus und Zynismus gegenüber den Klienten. Fengler (2001) wiederum definiert Burn-out als akute oder chronifizierte Anpassungs-Reaktion in der Folge von kurzzeitigem oder langanhaltendem Stress. Der heftige Widerwille gegen die Arbeit, Gefühle des Versagens des Ärgers und Unwillens, Schuldgefühle, Gleichgültigkeit, Unfähigkeit sich auf den Patienten zu konzentrieren, Patienten für ihr Verhalten

zu tadeln und Schlafstörungen sind einige weitere Anzeichen für einen Burn-out-Erlebnis. Maslach (1982) unterscheidet zwischen emotionaler Erschöpfung, Dehumanisierung, Distanzierung von anderen Menschen und ihren Problemen und reduzierter persönlicher Leistungsfähigkeit. Besonders hoch belastet sind Traumatherapeuten und Psychotherapeuten, die sich auf schwierig zu behandelnde Störungsbilder spezialisiert haben, z.B. Sucht, Borderline, psychotische Erkrankungen.

Die für Psychotherapeuten dadurch entstehenden Belastungen führen nicht selten zu psychischen Störungen wie z.B. Angststörungen oder Depressionen. Dabei ist natürlich nicht auszumachen, ob sich zum Beruf des Psychotherapeuten besonders labile Persönlichkeiten hingezogen fühlen oder ob es der Beruf selbst ist, aus dem diese seelischen Probleme erwachsen. Zumindest lässt sich festhalten, dass der Beruf des Psychotherapeuten nicht unbedingt der gesündeste ist oder nicht unbedingt die gesündesten Personen anzieht.

So manche Psychotherapeuten haben die Überzeugung, dass sie – wenn es zu schlimm wird – ja schon wissen, wie sie sich helfen können. Ein Trugschluss, aber diese Überzeugung hilft länger durchzuhalten. Selye (1974) beschreibt das als erhöhte Widerstandsphase, der Zusammenbruch ist dafür dann um so heftiger, wie die gesteigerten Tinnitus-erkrankungen und Suizidraten bei Psychotherapeuten vermuten lassen. Ein weiterer Grund könnte sein, dass die Wahrnehmung überwiegend auf andere, vornehmlich die Patienten ausgerichtet ist, deren Leben und Leiden im Zentrum stehen. Es werden aufgrund der vielen externen Reizinformationen durch den Patienten und seiner Probleme die inneren (eigenen) überlagert und schwerer wahrgenommen: Das Leben der Anderen als Beruf.

3. Möglichkeiten der Prävention und Burn-out-Prophylaxe

3.1 Das Salutogenese-Modell und Methoden zur Stressbewältigung

Wie gut gelingt es Experten – im Gegensatz zum Rest der Bevölkerung – das umfangreiche Wissen und die entsprechenden Fertigkeiten bei sich selbst anzuwenden und nicht nur zu vermitteln? Gesundheit und Wohlbefinden sind letztendlich für Psychotherapeuten doppelt wichtig, denn nur mit gesunder und gut verarbeiteter seelischer Verfassung können sie eine verlässliche Hilfe für Patienten sein.

Ob eine Person eher in Richtung Gesundheit oder eher in Richtung Krankheit geht, hängt unter anderem von biologischen, psychosozialen und gesellschaftlichen Risiken ab, denen jemand ausgesetzt ist. So führt eine sitzende Tätigkeit – falls sie nicht kompensiert wird – zum Risikofaktor „Bewegungsmangel“, die permanente hohe Erwartungshaltung der Klienten kann zur kognitiven und emotionalen Überforderung führen.

Andererseits verfügen Menschen über personale und soziale Schutzfaktoren, welche die Wirkung der Risiken mindern und direkt einen Einfluss auf Gesundheit und Wohlbefinden ausüben können.

Die Reduzierung von Risiken und die Steigerung der Ressourcen sind Ziel der Prävention und Gesundheitsförderung. Wenn die Risiken und Belastungen zunehmen und/oder die Schutzfaktoren abnehmen, steigt die Wahrscheinlichkeit, dass ein Mensch auf dem Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit in Richtung Krankheit geht.

Auch für Psychotherapeuten ist es wichtig, die eigenen Ressourcen zu kennen und aktiv die Gesundheit zu fördern, so wie sie das immer wieder ihren Patienten vermitteln.

Doch Prävention als Vorbeugen von noch nicht oder nur wenig vorhandenen negativen Konsequenzen wie Leistungsabfall oder Krankheit und einer eventuellen verzögerten Belohnung wie „gesund alt sein“ erfordert verhaltenstheoretisch gesehen Einsicht und hohe Selbstdisziplin. Die daraus entstehende Intention-Verhaltenslücke führt auch bei Psychotherapeuten dazu, dass das gesundheitsbewusste Verhalten oft zu spät in Form von Sekundärprävention/Tertiärprävention einsetzt, nämlich erst dann, wenn bereits Schädigungen eingetreten sind und deutlich wird, was verloren gegangen ist.

3.2 Zufriedenheit im Beruf

Hohe Berufszufriedenheit und Verbundenheit zum Beruf zeigen Psychotherapeuten nach einer Studie von Heisig & Littek (2001) durch eine außergewöhnliche hohe Arbeitsmotivation. Die Mehrheit der Psychotherapeuten gibt an, zufrieden bzw. sehr zufrieden mit ihrer Tätigkeit zu sein.

Bekanntlich motivieren weniger die extrinsischen Faktoren wie Geld und Sicherheit zur Arbeit als die intrinsischen Faktoren wie Freude, Neugier, Weiterentwicklung, Selbstverwirklichung, Zielerreichung und Erfolg.

Psychotherapeuten, insbesondere Psychoanalytiker, erleben ihre Motivation, aus der heraus sie ihren Beruf gewählt haben, als ein sehr persönliches und intimes Element, sie sprechen von Berufung und Aha-Erlebnis bei der Entscheidung für den Beruf des Psychotherapeuten (Jaeggi, 2005). Einige dieser Motive können sicher

zum eigenen Vorteil und ohne den Patienten zu schaden befriedigt werden, mit der möglichen Existenz anderer und deren negativer Einfluss auf die eigene und die Patienten-Gesundheit sollten sich Psychotherapeuten unterstützt durch Supervisoren kritisch auseinandersetzen.

In einer Studie der Universität Gießen (Reimer, Jurkat, Vetter & Raskin, 2005) wurden verschiedene Vergleiche zwischen ärztlichen Psychotherapeuten und psychologischen Psychotherapeuten gezogen. In Bezug auf ihre Arbeitssituation waren psychologische Psychotherapeuten bedeutend zufriedener und beurteilten ihre gesundheitliche Verfassung als positiver als ärztliche. 43% der psychologische Psychotherapeuten und 39% der ärztlichen Psychotherapeuten gaben an, mit ihrem Leben sehr zufrieden zu sein. Nur 30% der psychologischen gegenüber 50% der ärztlichen Psychotherapeuten nahmen ihren Lebensstil als gesundheitsbelastend war. Auch die gewählte psychotherapeutische Richtung hat Einfluss auf die Lebensqualität der Psychotherapeuten. Psychoanalytiker sind gefolgt von Verhaltenstherapeuten zufriedener mit der Arbeitssituation als tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapeuten.

3.3 Selbstwirksamkeit und Vertrauen

Selbstwirksamkeit beschreibt die Fähigkeit, die sich eine Person zuschreibt, eine Handlung auf Grund von persönlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten ausführen zu können. Ein solches Vertrauen in die eigenen Kompetenzen und Ressourcen, z.B. dass man sich als Experte fühlt, sich als einflussreich und wirksam erlebt, gibt gerade in schwierigen Therapiesituationen Sicherheit. Auch Vertrauen in Selbstwirksamkeit des/der Patienten, „Wir schaffen das gemeinsam ...“, ist ein Schutz gegen Stress.

Psychotherapeuten können über weite Strecken die therapeutische Beziehung, den therapeutischen Prozess steuern. Zwischen Selbstwirksamkeit und Macht oder gar Allmachtsphantasien/-gefühlen ist manchmal jedoch nur ein schmaler Grat.

Die Kompetenzerwartung bezieht sich auf die persönliche Überzeugung, sich z.B. gesundheitsfördernd verhalten zu können. Ungefähr 86% aus einer Gruppe von 3.000 Psychotherapeuten halten sich selbst im privaten wie öffentlichen Bereichen für „engagiert“, „akzeptierend“ und „intuitiv“ (Jaeggi, 2005).

Auch für die Entwicklung einer gesunden Lebensweise ist es unabdingbar, dass man sich als kompetent für seine Gesundheit empfindet. Menschen mit hoher Kompetenzerwartung (s.o.) sind eher in der Lage, Risikoverhaltensweisen abzubauen und Gesundheitsverhalten über einen längeren Zeitraum aufrecht zu erhalten. Dafür muss man aber auch von der Notwendigkeit überzeugt sein, etwas zu verändern und den festen Entschluss haben, handeln zu wollen.

3.4 Optimismus und Gelassenheit

Grundlegendes Vertrauen in die Zukunft und in andere Menschen sowie eine generalisierte positive Ergebniserwartung, z.B. als positive Auswirkungen auf eigenes Verhalten, führen zu Gelassenheit und Optimismus und sind Schutzfaktoren für die menschliche Gesundheit. Menschen, die trotz Misserfolgen und Rückschlägen die Hoffnung nicht aufgeben, sind gegen Krankheiten gefeierter als Pessimisten. Realistische Kompetenzerwartung hilft zudem bei der Bewältigung von Stress, dem Ertragen von Schmerzen, dem Umgang mit chronischen Leiden und dem Aufbau von Gesundheitsverhaltensweisen. Entscheidend ist, wie Handlungsergebnisse interpretiert werden, d.h. ob man z.B. als Psychotherapeut Therapieerfolge der eigenen Leistung und der der Patienten oder nur dem

Zufall zuschreibt.

Wenn die Ausbildungszeit eines Psychotherapeuten vorüber ist und er nur noch wenig haltgebende Anleitung erfährt, kommen bei vielen Unsicherheit und Zweifel an der eigenen Kompetenz auf. Viele müssen vor allem ihre oft überhöhten Vorstellungen einer therapeutischen Beziehung desillusioniert gerade rücken (Jaeggi, 2005). Einer beruflichen Desillusionierung und fehlendem Optimismus sind wahrscheinlich nicht nur Psychotherapeuten ausgesetzt, aber dort, wo in einer besonders intimen Situation mit Menschen zusammengearbeitet wird, erfolgt oft eine viel problematischere Bewertung von entstandenen Zweifeln und Unsicherheiten, die Gelassenheit schwindet. Viele Psychotherapeuten sind ohnehin nach Meinung meiner Gesprächspartner tendenziell depressiv und neigen zu Pessimismus.

Gesundheitsfördernde Einstellungen wie „Ich darf Fehler machen“, „Ich achte auf meine persönlichen Leistungsgrenzen, ich Sorge für mich“ oder „Arbeit darf auch Spaß machen“ helfen nicht nur den Patienten, sondern auch ihren Therapeuten.

3.5 Humor

Humor kann helfen, schwierige Situationen zu meistern, Stress und Angst abzubauen und die Gesundheit zu stärken – er macht belastende Situationen leichter und nimmt ihnen ihre Strenge. Humorvolle Menschen können schwierige Lebenssituationen, selbst Traumata besser verarbeiten als Humorlose. Humor erleichtert den Perspektivenwechsel, indem man einen Schritt zur Seite tritt und sich selbst und die jeweilige Situation mit heiterer Distanz betrachtet. Er setzt sich über Beschränkungen hinweg, sprengt vorgegebene Regeln und durchbricht Tabus. Dies führt zu Spannungs- und Stressabbau. Anwendungen von Perfektionismus und andere

irrationalen Überzeugungen werden relativiert, Denkblockaden aufgelöst. Kreativität und Effizienz werden gesteigert und neue Lösungswege können leichter gefunden werden. All diese Effekte können humorvollen Psychotherapeuten helfen, ihren anspruchsvollen Beruf professionell auszuüben und sich dabei wohl zu fühlen.

In der Psychotherapie wird Humor von Anbeginn an genutzt. Schon Freud (1905) beschäftigte sich mit Humor, dem „Witz und seiner Beziehung zum Unbewußten“, ebenso Piaget, Ferenczi und andere. Farrelly (1986) und andere haben später eine eigene Humorthherapie entwickelt. Humor hat sich als Interventionsmethode nachweislich bestätigt. So kann er helfen, verfahrenere Situationen zu entkrampfen und ermöglicht, einen neuen Zugang zueinander zu finden und emotionalen Beziehungsstress abzubauen.

Für den Erfolg der Psychotherapie ist bekanntermaßen eine Pendelbewegung zwischen „Sich-Einlassen“ und „Sich-Zurücknehmen“ wesentliche Grundlage. Man kann nicht helfen, wenn man sich nicht einlassen kann, aber auch nicht, wenn man sich nicht immer wieder herausnehmen kann. Diese Pendelbewegung gelingt viel leichter mit Humor und Übertreibung, diese sind wiederum die besten und angenehmsten Wege zur Dezentralisierung des Problems.

3.6 Verankerung in einer sinnhaften Weltanschauung

Viele Psychotherapeuten betonen, dass ihr Beruf sie mit Gefühlen von Sinn und Bedeutsamkeit erfüllt, da sie anderen Menschen über Leid und Schmerz hinweg helfen können. Einen Sinn in der eigenen Tätigkeit zu finden, schützt und stärkt die Gesundheit, subjektiv sinnvolle Aufgaben und Arbeitsziele tragen zu einem lebenswerten Leben bei. Sich persönliche Ziele zu setzen und diese

zu verfolgen, sich einer Sache zu verpflichten und engagiert handeln zu können, sind Merkmale, die sich als schützende Faktoren für die Gesundheit erwiesen haben.

Gesundheitsbegünstigend, besonders in sehr schwierigen Lebens- oder Arbeitssituationen, ist nach Antonovsky (1987) der so genannte Kohärenzsinn, eine Grundhaltung gegenüber der Welt und dem eigenen Leben. Diese Grundhaltung, diese Welt als zusammenhängend und sinnvoll zu erleben, setzt sich aus drei Komponenten zusammen:

1. Verstehbarkeit: Außergewöhnliche oder auch gewöhnliche tägliche Belastungen werden als sinnvoll, nachvollziehbar und erklärbar, nicht chaotisch erlebt
2. Bewältigung: Die Zuversicht, dass Anforderungen mit den vorhandenen eigenen Ressourcen und Hilfen zu bewältigen sind
3. Sinnhaftigkeit: Das Leben hat Sinn und auch große Belastungen können mit Würde überstanden werden

Je stärker sein Kohärenzgefühl ist, desto größer ist die Möglichkeit des Psychotherapeuten, flexibel auf die zahlreichen Anforderungen in seinem Berufsalltag zu reagieren. Das Kohärenzgefühl hat auch Auswirkung auf die Einschätzung von Stress: Belastungen wie beispielsweise mühsame Therapiesitzungen oder Therapieeinbrüche können als Herausforderung umdefiniert und erlebt werden. Für Viktor E. Frankl (1998) ist es zudem eine konkrete Möglichkeit, die Sinnfrage im Leben zu beantworten, wenn man eine echte, persönliche Aufgabe ausfüllt, deren Sinn man als Leistung für die Gemeinschaft interpretiert – so wie das ja viele Psychotherapeuten tun.

Spirituelle und philosophische (z.B. hedonistische) Überzeugungen geben vielen Psychotherapeuten zusätzlich Kraft und helfen bei Lebensschwierigkeiten und Konfrontation mit Leid (Rieländer

2003). Viele Studien belegen, dass Glaube und Spiritualität Gesundheitsfaktoren sind.

3.7 Problemprävention und -lösung

Zahlreichen Belastungen kann vorgebeugt werden oder sie können gelöst werden, indem sie denn als solche erkannt und akzeptiert werden. Psychotherapeuten haben auf den ersten oberflächlichen Blick hin viele Freiräume, die jedoch zum Teil, besonders für in Institutionen arbeitende Kollegen, nicht so leicht nutzbar sind. Diese Diskrepanz macht Unlust. Einiges ist dennoch für viele Psychotherapeuten, insbesondere niedergelassene, machbar. Im Folgenden einige Beispiele:

- ***Individuelles Zeitmanagement und Arbeitspensum***

Es ist vielen Psychotherapeuten möglich, den Tag, die Woche, den Monat und das Jahr nach ihren persönlichen Bedürfnissen zu strukturieren, beispielsweise eine längere Mittagspause einzuplanen oder einen Nachmittag in der Woche freizuhalten, ausreichend Vorbereitungszeit anzusetzen, ein verlängertes Wochenende zu genießen oder einen langen Jahresurlaub zur Regeneration zu machen. Die Regulation einer Work-Life-Balance ist sehr individuell möglich, das ist insbesondere für die vielen Psychotherapeutinnen ein Vorteil, die Familie und Beruf kombinieren.

So mancher könnte sich obendrein mit Techniken der Arbeitsmethodik oder mit Selbstkontrolltechniken für die vielfältigen, oft lästigen Aufgaben rund um die Psychotherapie wie Therapieanträge, Quartalsabrechnung usw. viel Stress ersparen.

- ***Patienten***

Erstaunlich viele Psychotherapeuten in freier Praxis entscheiden

nach wie vor trotz Drucks oder gar Reglementierungen durch die KBV und die einzelnen KVen weitgehend über die Zahl ihrer Patienten und behandeln deutlich weniger Patienten als vom BSG empfohlen.

Um Monotonie zu vermeiden und selbst neugierig zu bleiben, ist es sinnvoll, Patienten mit unterschiedlichen Problemen und Lebenssituationen zu behandeln, sich aber dabei eigener Grenzen, Stärken und Vorlieben, z.B. das Störungsbild oder die Motivation des Patienten betreffend, bewusst zu sein. Psychotherapeuten können obendrein aus den Erfahrungen, Fehlern und Kompetenzen ihrer Klientel lernen.

Die Arbeit mit den Patienten ist originär das, was Psychotherapeuten zufrieden macht. Der intensive Kontakt zu ihnen, die intime Kommunikation, besonders in Langzeittherapien, und der fehlende Zeitdruck während einer Sitzung steigern Konzentration und Aufmerksamkeit und der direkte Patientenkontakt ist oft spannend und interessant, so dass die Zeit schnell vergeht. Bei etlichen Patienten ist die Balance zwischen Einlassen und Abgrenzen elementar für die eigene Gesundheit.

- ***Umfeld***

Ihre Räume können niedergelassene Psychotherapeuten nach ihrem Geschmack einrichten, Psychotherapeuten in Institutionen meist leider nicht. Das Mobiliar sollte natürlich den ergonomischen und Sicherheitsstandards entsprechen. Der Therapieraum ist meist abgeschirmt von Störungen: Man ist frei vom Telefon, andere Verpflichtungen haben keinen Zugang, von außen erfolgt keine Ablenkung. Das ist durchaus ein dem Zeitgeist widersprechender Luxus.

Etliche Psychotherapeuten haben die Praxisräume im eigenen

Haus oder in die Wohnung integriert. Das schafft kurze Wege zum Arbeitsplatz und zur Freizeit, aber birgt auch die Gefahr, dass beides vermischt wird. Ein imaginärer Haken auf dem Weg zur Privatwohnung, an der der Psychotherapeut abgelegt wird, mag helfen.

Für Psychotherapeuten in Institutionen ist neben individueller Verhaltensprävention oft gezielte und von Experten unterstützte Verhältnisprävention zur Änderung krankmachender organisatorischer Bedingungen wie des räumlichen Umfelds, des Führungsstils, der Kommunikation im Haus und anderes mehr wichtig, leider wird dies aber nur selten effektiv realisiert.

- **Aufgaben**

Durch unterschiedliche Patientengruppen und Aufgaben, Gruppen- und Einzelarbeit, Supervision, Austausch mit anderen Experten, Mitarbeit in der Forschung, Gutachtentätigkeit, wird eine Vielfalt von Anforderungen und eine Ausgewogenheit im Aufgabenspektrum geschaffen, die Monotonie vorbeugen kann.

- **Selbstverstärkung und Selbstbelohnung**

Sich selbst belohnen, verstärken tut gut und es macht Psychotherapeuten unabhängig von Außenverstärkung durch Patienten. Ein Selbstlob, positive Gefühle erleben, z.B. stolz sein auf Therapiefortschritte, sich etwas bewusst gönnen und genießen können, kann Burn-out vorbeugen.

- **Erfahrung**

Eine Studie von Willutzki et al. (1999) zum Burn-out-Phänomen von Psychotherapeuten zeigt, dass trotz emotionaler Erschöpfung die Berufszufriedenheit mit steigender Berufserfahrung größer wird. Psychotherapie ist glücklicher-

weise nicht dem Trend des Jugendwahns unterworfen wie viele andere Berufe. Der Heiler/die Heilerin ist archetypisch alt und voller Lebensweisheit durch langjährige Erfahrungen. Nicht zuletzt lernen viele Psychotherapeuten durch die „Fehler“ und Problembewältigungen ihrer Patienten am Modell.

3.8 Qualität der Ausbildung, Supervision und Intervision

Eine gute Ausbildung mit vielen Anteilen an Selbsterfahrung ist sicher wichtiges Rüstzeug für die spätere Praxis. Heute verfügen die meisten Psychotherapeuten über eine sehr gute Ausbildung und umfangreiche Fort- und Weiterbildung, im Vergleich zu Ärzten, Apothekern und anderen Professionen haben sie hier sogar eine herausragende Position (Heisig & Littek, 2003).

Kollegialer Umgang bei Problemen, Intervision oder berufliche Fortbildung gelten ebenso wie Supervision als ein Mittel der Spiegelung, der Unterstützung und der Beruhigung. Gute Supervision stützt die Selbstwirksamkeit und Zuversicht von Psychotherapeuten.

Auch Intervision kann eine unterstützende Rolle spielen. Diese gegenseitige Supervision hat den Vorteil, dass hierarchische Strukturen und finanzielle Aufwendungen wegfallen, eigene Versagensängste, Konflikte und Kompetenzprobleme womöglich ehrlicher geäußert werden können.

3.9 Ausgleich und gesunde Lebensführung

Die Bedeutung von positiven Erlebnissen gilt als grundlegend für die physische und psychische Gesundheit. Unbestritten ist, dass gerade in emotional fordernden Berufen Ausgleich wichtig ist. Für Traumatherapeuten ist der Einsatz individueller Psycho-

hygienetechniken wie Reinigungsrituale und Entlastung durch Austausch und Gespräch essentiell für die eigene Gesundheit und Arbeitsfähigkeit. Pieper untersucht derzeit, welche Techniken Traumatherapeuten mit welchem Erfolg einsetzen.

Viele Psychotherapeuten bedauern jedoch, dass sie sich genau wie ihre Patienten zu wenig Zeit oder Energie zur ausgleichenden Freizeitgestaltung und Selbstfürsorge nehmen.

Die meisten Psychotherapeuten arbeiten partiell, der Leib ist wenig beteiligt, deshalb ist Ganzheitlichkeit und die Kultivierung des Gegenteils (Höfling, 2001) in den Ausgleichaktivitäten essentiell, beispielsweise statt der Fitnessübungen zur Muskelstärkung auf dem Heimtrainer besser Laufen in der Natur oder ein spannendes Tennismatch mit Freunden spielen. Ebenso unterstützen Ausgleichsaktivitäten wie Spielen mit den Kindern, Kreativität, Muße und strukturlose Zeit ohne Freizeitplan die Balance.

Sein heißt wieder mit allen Sinnen wahrnehmen, sich einbetten lassen von Musik, Theater etc., aufgehen in einem kollektiven Erlebnis wie gemeinsamen Sport, um den vielen Fragmentierungen des Alltags ein – wenn auch vorübergehendes – Ganzheitsgefühl entgegenzusetzen. Gemeinschaftserlebnisse sind Korrekturen der Überindividualisierung und Psychotherapeuten sind aufgrund ihrer Ausbildung und ihrer beruflichen Tätigkeit oft Einzelkämpfer. Der Mensch ist aber angeborenermaßen ein Beziehungswesen (zoon politicon nach Aristoteles).

Langfristig erholsam ist sicher Urlaub, möglichst ein längerer Jahresurlaub ohne E-Mail- oder Handy-Kontakt zur Praxis, um wirklich Abstand und Perspektivenwechsel zu ermöglichen. Das erfordert aber die Bereitschaft, loszulassen, abkömmlich zu sein.

Zur eigenen Fürsorge gehört auch ein gesunder Lebensstil mit gesunder Ernährung, ausreichendem Schlaf, moderatem Umgang mit Genussgiften, Körperpflege, ausreichender Bewegung. Das alles sollte möglichst regelmäßig in den Alltag integriert und nicht nur als Versuch der Wiedergutmachung praktiziert werden, wenn das schlechte Gewissen drückt.

3.10 Gesunde Beziehungen

Wichtig sind soziale Unterstützung und Ausgleich in Partnerschaft, Familie oder Freundeskreis. Doch Familie ist auch für Psychotherapeuten keine Einbahnstraße. Im Beruf entgangene Gratifikationen von der Familie oder vom Partner und den Freunden geschenkt zu bekommen, ist gesundheitsstärkend und „tut einfach gut“, aber das private Umfeld will auch etwas vom Psychotherapeuten: Die Person mit ihrer ganzen Präsenz und nicht nur den Psychotherapeuten. Wichtig ist deshalb, dass Probleme aus der psychotherapeutischen Arbeit nicht ins Privatleben getragen werden. Nicht jedem Psychotherapeuten gelingt es, den Therapeuten in der Praxis zu lassen. So mancher ist versucht, die erlernten therapeutischen Fertigkeiten im persönlichem Bereich anzuwenden (Antons, 1987). Viele Psychotherapeuten nehmen auch eine Spaltung zwischen Beruf und Privatleben vor, die sich gerade in so zentralen Dingen wie Beziehungsfähigkeit und Empathie auswirkt. Sie zeigen das in der Psychotherapie erbrachte Maß an Authentizität und Offenheit nicht zu Hause (Jaeggi, 2005). Ein vertieftes Wissen um menschliche Konflikte und die dazugehörigen Abwehrmechanismen scheint sich deshalb auf das Privatleben von Psychotherapeuten nicht unbedingt positiv auszuwirken. Dies zeigen die hohen Scheidungsraten von Psychotherapeuten. Zudem klagten Familienangehörige von Psychotherapeuten häufig über mangelnde Aufmerksamkeit des Psychotherapeuten der Familie gegenüber. Wenn die Kapazität schon durch die therapeutische

Arbeit erschöpft ist, bleibt für die Familie nicht mehr viel übrig. Der Psychotherapeut will sich in seiner Familie, in seiner Freizeit nicht weiter mit den Problemen anderer auseinandersetzen müssen, wertet diese als nicht so gravierend ab. Viele Psychotherapeuten sind sich auch dessen bewusst, dass sie ihr privates Umfeld vernachlässigen, weil sie nur eine begrenzte Kapazität an Fürsorge und Aufmerksamkeit haben, die abends dann ausgeschöpft ist.

Auch Psychotherapeuten müssen social support, z.B. den Kontakt zu Familie und Freunden, pflegen, um diesen dann genießen zu können.

3.11 Kurzfristige Erleichterungstechniken zur Stressbewältigung

Auch die zahlreichen kleine Alltagshelfer und Erleichterungstechniken zur Stressbewältigung für zwischendurch sind nachgewiesenermaßen hilfreich und reduzieren Stress. Dazu zählen:

- ***Kontrollierte Abreaktion***

In Stress-Situationen befindet sich der gesamte Organismus in einem genetisch festgelegten Angriffs- oder Verteidigungszustand. Die im Stress automatisch zur Verfügung gestellte Energie wird bei dieser Technik kontrolliert abgeführt, z.B. durch körperliche Abreaktion und Bewegung zwischen den Sitzungen oder in der Mittagspause.

Auch emotionale Abreaktion erleben viele Psychotherapeuten als erleichternd, z.B. wenn sie bei Kollegen, etwa in der Gemeinschaftspraxis, Frustration oder Ärger kontrolliert loswerden können.

- ***Pausen***
Niedergelassene Psychotherapeuten, leider nicht alle, z.B. in Kliniken angestellte Psychotherapeuten, können kleine Rituale einbauen (die Tasse Tee zwischendurch, der Blick aus dem Fenster auf die blühenden Bäume), zwischen ihren Sitzungen ausreichend kurze und längere (auch Frischluft-) Pausen einplanen, um das Gespräch gedanklich abzuschließen und sich die Zeit für sich selbst zu nehmen, die Wahrnehmung gezielt auf entspannende und positiv besetzte Signale zu lenken anstatt jede Minute zu „nutzen“.
- ***Spontane Entspannung und Ausgleichsbewegungen***
Auch kurzfristige Möglichkeiten der Entspannung wie Kurzformen aus der systematischen Muskelentspannung, dem Autogenen Training, den Atemübungen, den konzentrativen Methoden oder ein Kurzschlaf („Powernapping“) in der sitzungsfreien Zeit helfen, wieder in Balance zu kommen und Anspannung abzubauen. Fast alle Psychotherapeuten beherrschen derartige Methoden und verfügen obendrein über unterstützendes Mobiliar (die Entspannungsliege, die Couch, etc.). Um die sitzenden Tätigkeiten auszugleichen, können Bewegungs- und Dehnungsübungen ausgeführt werden, vielleicht ganz automatisch, weil z.B. die Patientenakte ganz oben oder möglichst weit unten im Schrank deponiert ist.

4. Schlussbemerkung

Das Leben und das Leiden der Anderen als Beruf stellt hohe Anforderungen an den Ausübenden dar, Psychotherapeuten sind zahlreichen berufsspezifischen Belastungen mit der Gefährdung eines Burn-out ausgesetzt. Erfreulicherweise sind dennoch oder gerade deshalb (Belastung als Herausforderung) viele von ihnen mit ihrer Profession zufrieden. Zwei Drittel der psychologischen

und ärztlichen Psychotherapeuten würden aufgrund der gebotenen Vielfalt und des Gefühls, eine sinnvolle Tätigkeit zu verrichten, ihren Beruf aus heutiger Sicht erneut ergreifen wollen. Nicht zuletzt sind Psychotherapeuten auch Experten im Aufspüren und Weiterentwickeln von Gesundheitsressourcen bei ihrer Klientel. Das bedeutet, das Rüstzeug haben sie zur Verfügung – sie müssen es „nur“ auf sich selbst übertragen. Das allerdings ist offensichtlich nicht ganz einfach, erfordert es doch intensive Selbstreflexion und die Bereitschaft, für sich selbst zu sorgen und sich als Helfer auch selbst zu helfen.

Literatur

- Antonovsky A (1987). *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well.* San Francisco: Jossey-Bass.
- Antons K (1987). *Helfen oder Lieben? Trennung und Scheidung in psychosozialen Berufen.* Hamburg: Rowohlt.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). *Was erhält Menschen gesund? – Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert* (2001). *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung.*
- Becker P (1997). *Prävention und Gesundheitsförderung.* In: Schwarzer R. (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie – Ein Lehrbuch.* Göttingen: Hogrefe.
- Fengler J (2001). *Helfen macht müde – Zur Analyse und Bewältigung von Burnout und beruflicher Deformation.* München: Pfeiffer bei Klett-Cotta Verlag.
- Figley CR (2002). *Treating Compassion Fatigue.* New York: Brunner-Routledge.
- Frankl VE (1998). *Ärztliche Seelensorge – Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse.* Frankfurt: Fischer.
- Freud S (1905). *Der Witz und seine Beziehung zum Unbewußten – Humor.* Wien: Deuticke.
- Freudenberger H, North G (1992). *Über das Gefühl des Ausgebranntseins.* Frankfurt: Fischer.
- Fuchtmann E (1994). *Ambulante Suchttherapie.* Freiburg: Lambertus.
- Heisig W, Littek W (2003). *Der schwierige Weg zur Profession. Zur Lage der niedergelassenen Psychologischen Psychotherapeuten im Jahr 2 der neuen Zeit.* *Psychotherapeutenjournal*, 1, 7-19.
- Höfling S (2001). *Prävention als Lebensstil.* In: Gostomzyk JG (Hrsg.),

Innovative Aspekte der Prävention. Schriftenreihe der Landeszentrale für Gesundheit in Bayern (Band 7).

Höfling S (2001). Die gesellschaftliche Positionierung von Psychotherapie. In Peter B, Butollo W, Höfling S (Hrsg.), Zur Zukunft der Psychotherapie. Hypnose und Kognition (Band 18). München: M.E.G.

Jaeggi E (2005). Und wer therapiert die Therapeuten? 2.Aufl., Stuttgart: Klett-Cotta.

Reimer C, Jurkat H, Vetter A, Raskin K (2005). Lebensqualität von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten – eine Vergleichsuntersuchung. Psychotherapeut, 2.

Rieländer M (2003). Seelische Gesundheit durch Beratung und Therapie fördern. In Rieländer M, Scharnhorst J (Hrsg.), Psychologische Berufsfelder zur Förderung von Gesundheit – Neue Chancen entdecken. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.

Schmidbauer W (1992). Hilflöse Helfer – Über die seelische Problematik der helfenden Berufe. München: Rowohlt.

Sonnenmoser M (2005). „Daheim nichts als abschalten“. Deutsches Ärzteblatt (8): 356-357.

Sonnenmoser M. (2005). Die eigenen Probleme in den Griff kriegen. Deutsches Ärzteblatt (8): 501-502.

Wagner-Link A. (2002). Lust statt Last – Einige psychologische Überlegungen zu Gesundheitsförderung und Prävention. Neue Wege in der Prävention; Argumente und Materialien zum Zeitgeschehen (36). München: Hanns-Seidel-Stiftung.

Wagner-Link A (2003). Prävention und die seelische Gesundheit. In: Höfling S, Gieseke O (Hrsg.), Politische Studien: Gesundheit im Alltag. München: Hanns-Seidel-Stiftung.

Wagner-Link A (2004). Verhaltenstraining zur Stressbewältigung – Arbeitsbuch für Therapeuten und Trainer. München: Pfeiffer bei Klett-Cotta Verlag.

Angelika Wagner-Link

Vorsitzende des Berufsverbandes deutscher Psychologinnen und Psychologen, Landesgruppe Bayern, Delegierte und Beauftragte für Prävention in der bayerischen Landeskammer der psychologischen Psychotherapeuten

Institut für Mensch und Management

Zehentbauernstraße 19, 81539 München

Tel. (0 89) 69 67 98, Fax (0 89)69 75 94 95

E-Mail: wagner-link@mensch-und-management.de

Gesundheitsförderung in stationären Einrichtungen

1. **Krankenstandskennzahlen für das Gesundheits- und Sozialwesen**
2. **Typische Vorgehensweise**
3. **Projektbeispiele**
 - 3.1 Johanneshaus, Riedenburg
 - 3.2 Marienstift, Straubing
 - 3.3 Krankenhaus St. Josef, Regensburg
4. **Nutzen der Betrieblichen Gesundheitsförderung**
5. **Fazit**

Gesundheitsförderung in stationären Einrichtungen

Vorgehensweisen und Ergebnisse

Gesine Wildeboer



Die etwa vier Millionen Beschäftigten im deutschen Gesundheitssektor sind hohen Arbeitsanforderungen und Belastungen ausgesetzt. Dies manifestiert sich unter anderem in erhöhten krankheitsbedingten Fehlzeiten in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Bei den Krankheitsarten dominieren nach wie vor die Muskel- und Skeletterkrankungen. Psychische Erkrankungen treten in diesen Bereichen häufiger auf als in anderen Branchen.

Die Entwicklung eines professionell betriebenen Gesundheitsmanagements kann dazu beitragen, gesundheitliche Risiken zu vermindern bzw. zu vermeiden und Gesundheitspotenziale bei den Einzelnen zu mobilisieren.

Die AOK Bayern berät und unterstützt seit Jahren Betriebe bei der Gesundheitsförderung und der Entwicklung von Gesundheitsmanagementsystemen. Von den insgesamt etwa 2.000 Betrieben, die im Jahr 2005 in Kooperation mit der AOK Aktivitäten in der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) durchführten, gehörten

349 (17%) zum Gesundheits- und Sozialwesen. Davon zählten 65% zum Sozialwesen (v.a. Pflegeeinrichtungen) und 35% zum Gesundheitswesen (v.a. Krankenhäuser).

Erfolgreiche betriebliche Gesundheitsförderung setzt voraus, dass Gesundheitsangebote einerseits auf die besonderen Belange und die finanziellen und organisatorischen Möglichkeiten eines Betriebes, andererseits auf die Bedürfnisse seiner Mitarbeiter/-innen abgestimmt werden. Für die Entwicklung solcher betriebspezifischen Programme ist eine fundierte Bestandsaufnahme notwendig. Hierfür leisten die Auswertungen der Arbeitsunfähigkeitsdaten der AOK einen wichtigen Beitrag. Diese Daten werden in der Praxis sowohl betriebsbezogen als auch betriebsübergreifend (z.B. branchenweit) ausgewertet und liefern somit Anhaltspunkte für gezielte Belastungsanalysen.

Das erste Kapitel gibt einen kurzen Überblick über wichtige Krankenstandskennzahlen und die daraus folgenden Erkenntnisse für das Gesundheits- und Sozialwesen. Im zweiten Kapitel folgt die Darstellung einer typischen Vorgehensweise in einem BGF-Projekt, bevor im dritten Kapitel drei Beispiele aus der Praxis erläutert werden. Welchen Nutzen die beteiligten Betriebe aus den BGF-Projekten ziehen, lässt sich an den Befragungsergebnissen der AOK ablesen, die im Kapitel 4 kurz dargestellt sind.

1. Krankenstandskennzahlen für das Gesundheits- und Sozialwesen

Sowohl in der bundesweiten als auch in der bayerischen Wirtschaft ist für die letzten Jahre ein kontinuierlicher Rückgang des Krankenstandes¹ zu verzeichnen. Dies gilt auch für das Gesundheits- und Sozialwesen, in dem der Krankenstand auf Bayernebene zwischen 2001 und 2005 von 4,8% auf 4,1% sank.

Dennoch liegt er in dieser Branche über dem durchschnittlichen „bayerischen“ Krankenstand in Höhe von 3,9%. Beschäftigte im Gesundheits- und Sozialwesen weisen bayernweit einen ebenso hohen Krankenstand auf wie die Beschäftigten im Baugewerbe.

Im Gesundheits- und Sozialwesen werden die meisten Arbeitsunfähigkeitstage (23%) durch Erkrankungen des Muskel-, Skelettsystems verursacht.

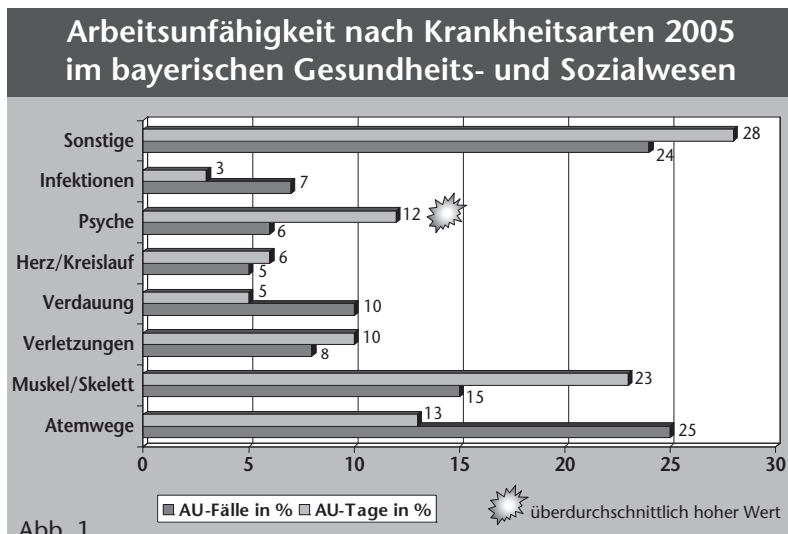
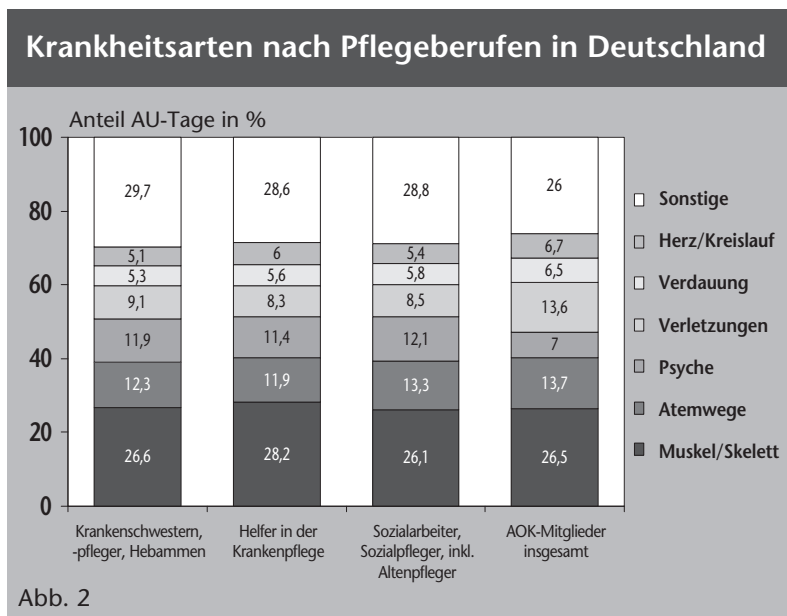


Abbildung 1 zeigt die Verteilung der Arbeitsunfähigkeiten nach Krankheitsarten in dieser Branche für das Jahr 2005. Den zweiten und dritten Rang hinsichtlich der **AU-Tage** nehmen die Atemwegserkrankungen mit 13% und die psychischen Erkrankungen mit 12%

1 Krankenstand = Anteil der im Auswertungszeitraum angefallenen Arbeitsunfähigkeitstage am Kalenderjahr. Datenbasis der Auswertungen sind alle Arbeitsunfähigkeitsfälle, die der AOK per ärztlicher Krankschreibung gemeldet wurden.

ein. Den höchsten Anteil an den **AU-Fällen** verzeichnen mit 25% die Atemwegserkrankungen. Im Vergleich zu allen AOK-versicherten Arbeitnehmern und Arbeitnehmerinnen in Bayern ist der Anteil der psychischen Erkrankungen an den AU-Tagen im Gesundheits- und Sozialwesen deutlich erhöht. Er liegt um vier Prozentpunkte höher als bei der Vergleichsgruppe. Dieses Ergebnis bestätigt den bereits häufig beschriebenen Tatbestand, dass Beschäftigte in Pflegeberufen überproportional von psychosomatischen und psychiatrischen Erkrankungen betroffen sind.²



Aus der Abbildung 2 geht hervor, welche Krankheitsarten für welche Pflegeberufe in Altenpflegeeinrichtungen typisch sind. Die

2 I. Küsgens in: B. Badura, H. Schellschmidt, C. Vetter (Hrsg.) Fehlzeiten-Report 2004, Gesundheitsmanagement in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Springer-Verlag: Berlin, Heidelberg 2005, S. 203.

Helfer/-innen in der Krankenpflege verbuchen mit rund 28% aller AU-Tage den höchsten Anteil an Muskel-, Skeletterkrankungen. **Die Altenpfleger/-innen** weisen einen hohen Anteil an Atemwegserkrankungen und den höchsten Anteil an psychischen Erkrankungen auf. Bei den Verletzungen liegen die **Krankenschwestern** mit rund 9% an der Spitze. Der Anteil der psychischen Erkrankungen ist mit rund 12% bei dieser Berufsgruppe ebenfalls sehr hoch.

2. Typische Vorgehensweise

Generell gilt, dass es keinen Königsweg für alle Einrichtungen gibt, sondern dass jeder Betrieb seinen eigenen Weg finden und gehen muss. Dennoch gibt es Gemeinsamkeiten des Vorgehens und Kriterien für erfolgreiche BGF-Projekte.

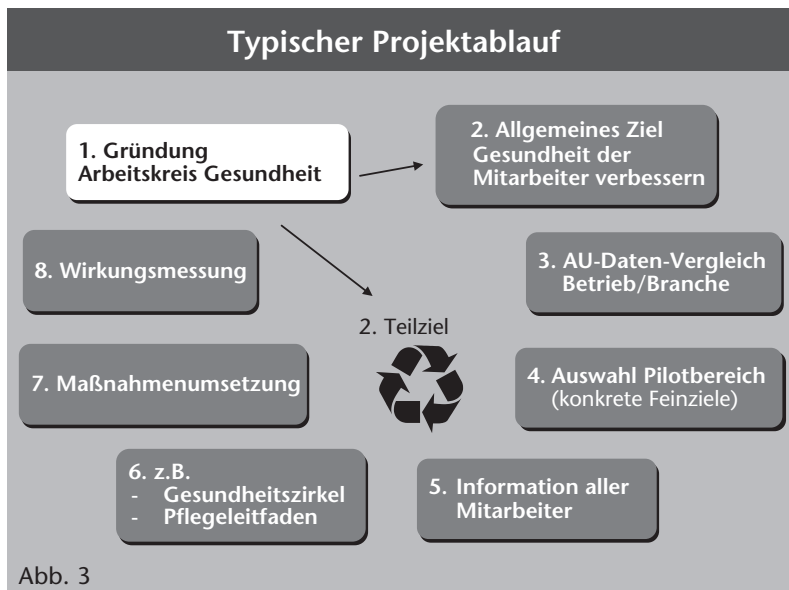


Abb. 3

Betriebliche Gesundheitsförderung sollte sich an einem prozesshaften und umfassenden Verständnis von Gesundheit orientieren. Damit die begonnenen Aktivitäten nicht „im Sande verlaufen“, empfiehlt es sich, das Thema Gesundheit wie in einem Projekt zu bearbeiten (Abbildung 3). Zunächst gilt es zu klären, wer dieses Projekt steuert. Zu diesem Zweck wird in den meisten Fällen ein **Arbeitskreis Gesundheit** eingerichtet, dem die Entscheidungsträger und Gesundheitsexperten im Betrieb sowie Mitglieder des Personal-, Betriebsrates oder der Mitarbeitervertretung angehören. Diesem Gremium obliegt die Planung, Durchführung und Auswertung des Gesundheitsprojektes. Um Aktionismus zu vermeiden, ist es unabdingbar, zunächst die grobe **Zielsetzung** zu formulieren (Wozu dient das Projekt? Was soll erreicht werden?) und in einem weiteren Schritt eine **Bestandsaufnahme** durchzuführen. Dies kann z.B. erfolgen, indem die AU-Daten des jeweiligen Betriebs mit Branchenwerten verglichen werden. Manchmal liegen in der



Praxis bereits Ergebnisse aus dem Qualitätsmanagement oder auch aus Mitarbeiterbefragungen vor, an die gut angeknüpft werden kann. Speziell für Pflegeeinrichtungen eignet sich der **Leitfaden „Gesundheit für Beschäftigte in der Altenpflege“**, den die AOK auf der Basis zahlreicher Beratungsprozesse in Pflegeeinrichtungen entwickelt hat und der in Projekten zum Einsatz kommt, die in Kooperation mit der AOK durchgeführt werden (Abbildung 4).

Die Erfahrungen zeigen, dass

- in den verschiedenen Pflegeeinrichtungen relativ homogene arbeitsbedingte Gesundheitsbelastungen vorhanden sind,
- das Belastungsgeschehen durch ein Zusammenwirken von körperlichen, psychischen und organisatorisch bedingten Belastungen gekennzeichnet ist,
- die engen Rahmenbedingungen in der Pflege den Handlungsspielraum der Beschäftigten begrenzen.

Der Leitfaden ist in der Praxis erprobt und stellt eine Hilfe zur Selbsthilfe dar, d.h. es ist ein Selbstbewertungsverfahren zur Analyse und zielgerichteten Intervention im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements.³

Die Ergebnisse der Ist-Analyse verweisen auf einen oder eventuell auch auf mehrere Pilotbereiche, für die eine Intervention sinnvoll erscheint. So kann die Analyse z.B. ergeben haben, dass die unzureichende Kommunikation zwischen den einzelnen Abteilungen ein wesentlicher Grund für Reibungsverluste und Unzufriedenheit ist.

3 G. Resch, K. Heimerl, V. Weissmann, L. Gunkel in: B. Badura, H. Schellschmidt, C. Vetter (Hrsg.) Fehlzeiten-Report 2004, Gesundheitsmanagement in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen, Springer-Verlag: Berlin, Heidelberg 2005, S. 237.

Spätestens an dieser Stelle – sinnvollerweise gleich bei Start des Projektes – erfolgt die umfassende **Information aller Mitarbeiter/-innen**, um die Motive, Ziele, Nutzen, Ergebnisse der Bestandsaufnahme und die als nächstes ins Auge gefassten Schritte zu erläutern und um die Mitwirkung der Beschäftigten an dem weiteren Prozess zu fördern.

An die Bestandsaufnahme kann sich z.B. die Durchführung eines Gesundheitszirkels in einem bestimmten Arbeitsbereich anschließen. Dieser Mitarbeiterzirkel identifiziert Belastungsschwerpunkte und erarbeitet Verbesserungs- bzw. Lösungsvorschläge. Die Vorschläge werden vom Arbeitskreis bewertet, der auf der Basis dieser und ggf. zusätzlicher Erkenntnisse einen **Maßnahmenplan** entwickelt sowie die Umsetzung organisiert und begleitet.

Jeder Projektzyklus schließt mit einer **Wirkungsmessung** ab, bei der die vorgenommenen Veränderungen und durchgeführten Aktivitäten daraufhin geprüft werden, inwiefern sie zu einer Verbesserung der gesundheitlichen Situation im Betrieb beigetragen haben. Diese Bewertung sollte sowohl aus der Sicht der Organisatoren als auch aus der Sicht der betroffenen Mitarbeiter/-innen erfolgen, was z.B. mit Interviews oder schriftlichen Befragungen erreicht werden kann.

Im Folgenden werden drei Praxisbeispiele skizziert. Dabei liegt der Fokus auf unterschiedlichen Aspekten in den jeweiligen Projekten, um die Vielfältigkeit der Praxis zu demonstrieren.

3. Projektbeispiele

3.1 Johanneshaus

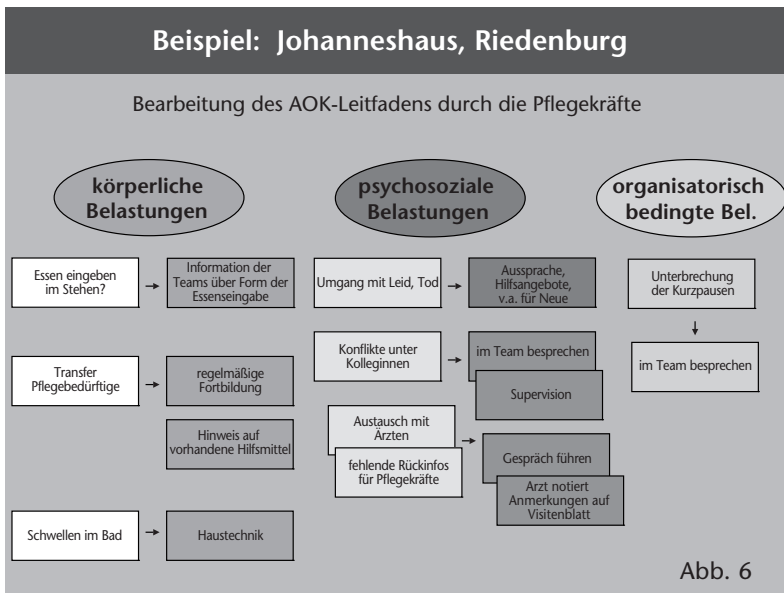
Das Johanneshaus ist ein Senioren-Wohn- und Pflegeheim mit 30 bis 40 Beschäftigten in Riedenburg, Landkreis Kelheim. Im Herbst 2005 wurde der Geschäftsführung und der Pflegedienstleitung der AOK-Pflegeleitfaden vorgestellt. Gleichzeitig erfolgte eine Beratung durch die AOK, wie ein erfolgversprechendes Projekt zur Betrieblichen Gesundheitsförderung im Johanneshaus aussehen könnte. Der Leitung war es wichtig, dass nicht nur die Pflegekräfte, sondern alle Mitarbeiter/-innen in das Projekt einbezogen sein sollten (Abbildung 5). Ab 2006 arbeiteten deshalb zwei Mitarbeitergruppen parallel: die Pflegekräfte auf der einen und die Mitarbeiter/-innen aus der Küche, der Verwaltung und der Reinigung auf der anderen Seite. Die Pflegekräfte bearbeiteten nach einer Einführung den Leitfaden in Eigenregie in ihren

Beispiel: Johanneshaus, Riedenburg	
Einbindung aller Mitarbeiter/-innen	
Pflegekräfte	Mitarbeiter/-innen in der Küche, Reinigung, Verwaltung
identifizierten Belastungen anhand des <u>AOK-Pflegeleitfadens</u> und erarbeiteten 14 Lösungs-/Verbesserungsvorschläge	identifizierten Belastungen im <u>Gesundheitszirkel</u> und erarbeiteten 17 Lösungs-/Verbesserungsvorschläge
Ergebnis: Die erarbeiteten Verbesserungsvorschläge wurden alle umgesetzt bzw. ihre Umsetzung ist in Planung	

Abb. 5

Teamsitzungen. Körperliche Belastungen – z.B. beim Transfer Pflegebedürftiger oder langes Stehen/Gehen – aber auch psychosoziale Belastungen wie z.B. der Umgang mit Leid und Tod wurden als Belastungsschwerpunkte identifiziert. Die Gruppe erarbeitete zahlreiche Lösungs- bzw. Verbesserungsvorschläge (Abbildungen 6 und 7). Dabei kommt der Fortbildung, aber auch den Teambesprechungen eine wichtige Rolle zu.

Speziell zu den körperlichen Belastungen führte eine Fachkraft der AOK eine Bewegungsanalyse durch. Mit Hilfe dieses standardisierten Beobachtungsverfahrens wurden bewegungsbedingte Belastungsschwerpunkte während des Arbeitalltags unter Berücksichtigung der ergonomischen Gegebenheiten herauskristallisiert und Möglichkeiten der Veränderungen aufgezeigt. Die überwiegend stehenden Tätigkeiten wie Patienten waschen, Bett-



Beispiel: Johanneshaus, Riedenburg

Bearbeitung des AOK-Leitfadens durch die Pflegekräfte

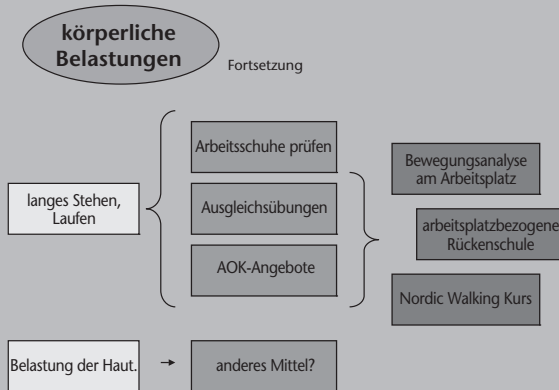


Abb. 7

Rollstuhl-Transfer oder Essen eingeben sind die Hauptarbeiten während des Tagesablaufs. Ein Großteil der Mitarbeiter/-innen in der Pflege verfügt zwar über Kenntnisse von rücken- und gelenkschonenden Arbeitsweisen, kann diese aber während der Alltags-tätigkeiten nicht zielgerichtet ein- bzw. umsetzen. Aus diesem Grunde ist geplant, in Ergänzung zur Bewegungsanalyse dem-nächst eine arbeitsplatzbezogene Rückenschule anzubieten, an der alle Mitarbeiter/-innen teilnehmen können. Bei diesem Rücken- training mit den Schwerpunkten „Heben, Bücken, Tragen, Stehen“ wird speziell auf die unterschiedlichen Arbeitsbelastungen und Personengruppen eingegangen werden. Um auch danach weiterhin „in Bewegung“ zu bleiben, wurde dem Wunsch der Mitarbeiter/-innen Rechnung getragen, einen Nordic Walking- Kurs durchzuführen.

Für die Arbeitsbereiche Küche, Verwaltung und Reinigung entwickelte im Frühjahr 2006 ein Gesundheitszirkel mit fünf Mitarbeiterinnen, der unter der Moderation der AOK viermal tagte, insgesamt 17 Lösungs- bzw. Verbesserungsvorschläge zu bestehenden Belastungen in diesen Arbeitsbereichen. Der Blick wandte sich aber auch den „schönen Dingen“ der Arbeit zu, um sich bewusst zu machen, was als befriedigend empfunden wird und warum man die Tätigkeit im Johanneshaus gern ausübt.

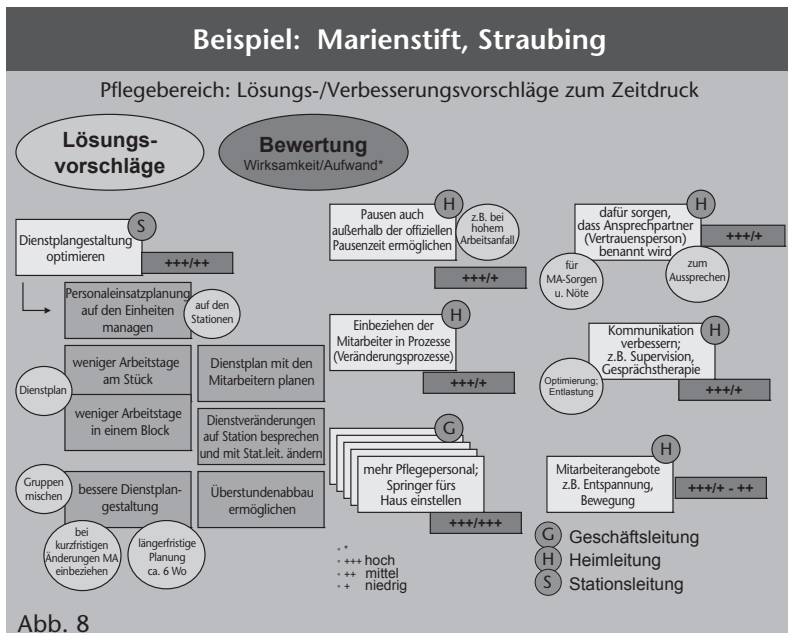
Für alle Mitarbeiter/-innen gleichermaßen wichtig war das Thema „Gesunde Ernährung im Beruf“. In einem Vortrag wurden die Beschäftigten über den Zusammenhang von Gesundheit, Wohlbefinden, Leistungsfähigkeit und einer ausgewogenen Ernährung informiert und zu einer gesundheitsorientierten Ernährungsweise motiviert.

Als Zwischenfazit kann zum jetzigen Zeitpunkt festgehalten werden, dass alle erarbeiteten Lösungs-/Verbesserungsvorschläge umgesetzt wurden bzw. dass ihre Umsetzung geplant ist. Im Januar 2007 findet ein Evaluationsgespräch mit den Verantwortlichen statt, in dem die erzielten Wirkungen erfasst und spezifiziert werden.

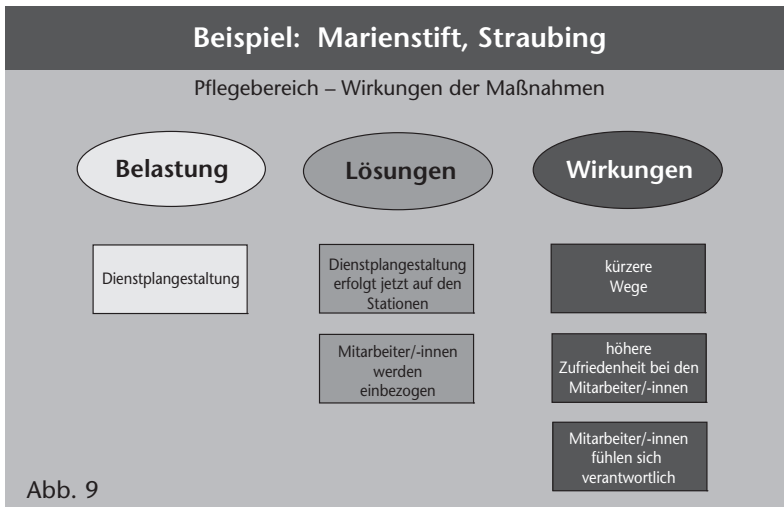
3.2 Marienstift

Das Marienstift ist ein Altenheim des Caritasverbandes für die Stadt Straubing und den Landkreis Straubing-Bogen mit ca. 80 Beschäftigten. 94% der über 100 Bewohner/-innen sind pflegebedürftig. Ende 2005 wurde ein Arbeitskreis Gesundheit eingerichtet, dem außer der Geschäfts- und Pflegeleitung auch der Betriebsarzt, die Fachkraft für Arbeitssicherheit, der Sicherheitsbeauftragte, ein Mitarbeitervertreter sowie die AOK angehören. Die Mitarbeiter/-innen erfuhren gleich im Anschluss an das erste Treffen des

Arbeitskreises in schriftlicher Form über das Vorhaben. Zusätzlich erfolgte zu Beginn des Jahres 2006 eine ausführliche mündliche Information der Belegschaft auf zwei Betriebsversammlungen. Auch im Marienstift wurde die Bestandsaufnahme des Arbeitskreises (AU-Daten der AOK, Wissen des Betriebsarztes, betriebliche Krankenstatistik, Wissen der Mitarbeitervertretung) ergänzt um die Erfahrungen und die Sichtweise der Mitarbeiter/-innen. Im Frühjahr 2006 starteten zwei Gesundheitszirkel unter der Moderation der AOK: der erste mit Mitarbeiter/-innen aus der Küche und der Hauswirtschaft, der zweite mit Mitarbeiter/-innen in der Pflege. Die über beide Zirkel erstellten Ergebnisberichte wurden allen Beschäftigten in den beiden Bereichen auf je einer Betriebsversammlung vorgestellt.



Ein Ausschnitt aus den umfangreichen Ergebnissen beider Zirkel ist in Abbildung 8 dargestellt. Die Pflegekräfte identifizierten insgesamt sieben Belastungsschwerpunkte, wobei nicht die körperlichen Belastungen, sondern Belastungen auf Grund von Zeitdruck und Arbeitsorganisation im Vordergrund standen. So wurde z.B. vorgeschlagen, die Personaleinsatzplanung direkt auf den Stationen zu managen, um die Mitarbeiter/-innen stärker in die Gestaltung einzubeziehen. Dies ist einer der Vorschläge, der bereits umgesetzt ist und zu positiven Wirkungen wie z.B. einer höheren Mitarbeiterzufriedenheit geführt hat (Abbildung 9).



Eine der nächsten Aufgaben des Arbeitskreises wird sein, den Umsetzungsstand der insgesamt fast 40 Lösungs-/Verbesserungsvorschläge aus beiden Zirkeln zu prüfen und die erzielten Wirkungen zu erfassen.

Interessant ist, dass die Mitarbeiter/-innen sowohl im Johanneshaus als auch im Marienstift in allen Zirkeln darauf hingewiesen haben, dass die positiven Aspekte ihrer Arbeit – neben der Existenzsicherung – vor allem darin bestehen, dass sie Kontakt zu anderen Menschen haben und „Menschen helfen“ können. Die entscheidende Rolle für das eigene Wohlbefinden spielt dabei ein gutes Verhältnis zu den Kollegen und Kolleginnen sowie die Anerkennung der geleisteten Arbeit.

3.3 Krankenhaus St. Josef

Das Caritas-Krankenhaus St. Josef in Regensburg ist ein Haus der Schwerpunktversorgung mit sieben Fachabteilungen. Das Krankenhaus hat 700 Mitarbeiter/-innen und 331 Krankbetten. Außerdem sind Lehrstühle für Urologie und Gynäkologie/ Geburtshilfe angeschlossen. Seit etlichen Jahren arbeitet St. Josef im Rahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung mit der AOK zusammen.

Um aussagekräftige Kennzahlen zur gesundheitlichen Situation der Mitarbeiter/-innen zu erhalten, erstellt die AOK jährliche Gesundheitsberichte, auf deren Basis unterschiedliche Maßnahmen durchgeführt wurden. So führte z.B. die Anschaffung einer neuen Schneidemaschine in der Klinikküche zu einem Rückgang der Unfallzahlen.

Als 2002 die Arbeitsunfähigkeitszeiten im hauswirtschaftlichen Dienst auf Grund der hohen körperlichen Belastungen deutlich anstiegen, entschloss sich das Unternehmen, einen Gesundheitszirkel unter Moderation der AOK durchzuführen.

Trotz hoher Arbeitszufriedenheit ergaben sich mehrere Belastungsschwerpunkte. Sie betrafen die Kommunikation mit anderen

Beispiel: Krankenhaus St. Josef, Regensburg

Hauswirtschaftlicher Dienst -36 Verbesserungsvorschläge

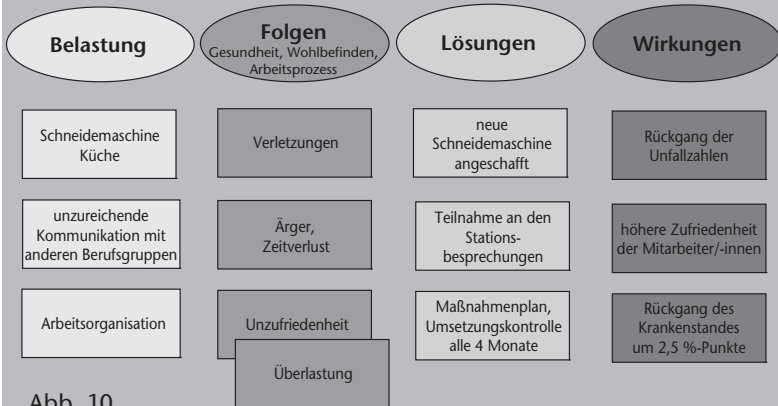


Abb. 10

Berufsgruppen, die Arbeitsorganisation, das Betriebsklima unter Kollegen bzw. Kolleginnen und das Patientenverhalten. Einen Ausschnitt hierzu zeigt die Abbildung 10. Die Umsetzung vieler Verbesserungsvorschläge hat dazu geführt, dass sich die gesundheitliche Situation der Beschäftigten deutlich verbessert hat. So begrüßten z.B. die Mitarbeiter/-innen, dass sie nun an den Stationsbesprechungen teilnehmen können.

Nach Abstimmung mit den Unternehmensverantwortlichen wurde ein Maßnahmenplan erarbeitet, dessen Umsetzung intern alle vier Monate kontrolliert und ggf. modifiziert wird. Der Erfolg der auf Dauer angelegten Betrieblichen Gesundheitsförderung spiegelte sich wider in einem seit langem stabil niedrigen Krankenstand bei der Gesamtbelegschaft.

Nutzen der Betrieblichen Gesundheitsförderung

Befragung der AOK Bayern von 172 Unternehmen seit Dezember 2004

Zufriedenheit mit	2005	2004	
... dem Projektergebnis	86,5%	81,9%	hohe bis sehr hohe Zufriedenheit
... der AOK-Unterstützung	98,1%	96,3%	

	hoher bis sehr hoher Nutzen	mittlerer Nutzen
Kommunikation verbessert	73,7%	22,8%
Gesundheitskompetenz/-verhalten der Mitarbeiter verbessert	73,6%	23,6%
Physische Belastungen reduziert	70,1%	22,8%
Strukturen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM) entwickelt	67,1%	28,0%
Arbeitssicherheit erhöht	64,6%	24,7%
Gesundheitsangebote für Mitarbeiter ermöglicht	62,6%	27,6%
Mitwirkungsmöglichkeiten für Mitarbeiter verbessert	62,6%	28,6%
BGM-Prozesse entwickelt	61,6%	37,3%

Abb. 11

Die Zirkelarbeit mit den Mitarbeiterinnen des hauswirtschaftlichen Dienstes war ebenfalls sehr erfolgreich. Der Krankenstand konnte in diesem Bereich um 2,5 Prozentpunkte gesenkt werden.^{4 5}

4. Nutzen der Betrieblichen Gesundheitsförderung

Jedes von der AOK betreute BGF-Projekt wird einer Wirkungsmessung unterzogen. Im Jahr 2005 waren 86,5% der befragten Unternehmen sehr zufrieden mit dem Projektergebnis (Abbildung 11). Dabei wurde den Projekten attestiert, dass sie insbesondere

4 Eine Darstellung dieses Projektes ist enthalten im „AOK-Servive – Gesunde Unternehmen, 12 erfolgreiche Praxisbeispiele zur Betrieblichen Gesundheitsförderung in Bayern“.

5 siehe auch: U. Jahnle in PFLEGEAKTUELL, Fachzeitschrift des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe, Mai 2005, S.280.

re dazu beigetragen hätten, die Kommunikation im Betrieb und die Gesundheitskompetenz bzw. -verhalten der Mitarbeiter/-innen zu verbessern. Fast drei Viertel der Befragten sehen in diesen beiden Kategorien den höchsten Nutzen. Durch die umgesetzten Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung konnten außerdem die physischen Belastungen der Belegschaft deutlich reduziert werden. In 70,1% der befragten Unternehmen wurde darin von den Verantwortlichen ein hoher bis sehr hoher Nutzen gesehen.

5. Fazit

Die gleiche Professionalität, mit der Mitarbeiter/-innen im Gesundheitswesen für die Gesundheit und das Wohlbefinden anderer tätig sind, sollte auch für die Gesundheitsberufe selber gelten. Projekte der Betrieblichen Gesundheitsförderung können dazu beitragen, akute Belastungen zu verringern, das Wohlbefinden im Beruf zu erhöhen und die Gesundheitsressourcen zu stärken. Inwieweit dies auch nachhaltig gelingt, hängt im wesentlichen davon ab, ob aus den „Modellphasen“ gelernt und der Prozess kontinuierlich weitergeführt wird, z.B. durch eine Integration in die Betriebsorganisation. Nur wer Gesundheitsförderung – auch am Arbeitsplatz – als permanente Aufgabe versteht, wird in diesem wichtigen Handlungsfeld langfristig erfolgreich sein.

Dr. Gesine Wildeboer
AOK Bayern - Die Gesundheitskasse
Zentrale - Gesundheitsförderung
Bruderwöhrdstraße 9, 93055 Regensburg
Tel. (09 41) 7 96 06-4 56
Fax (09 41) 7 96 06-74 56
E-Mail: gesine.wildeboer@by.aok.de

Menschen für Gesundheit – Die Gesundheitsberufe Ein Schlusswort

1. Einführung
2. Ökonomische Anreizsysteme
3. Humanvermögen
4. Ökonomie im klinischen Alltag
5. Ausblick

Literatur

Menschen für Gesundheit – Die Gesundheitsberufe Ein Schlusswort

Eckhard Nagel, Jeanine Staber



1. Einführung

Der Mensch steht im Mittelpunkt des Gesundheitswesens: Gesundheitsversorgung für den kranken Menschen durch den Menschen, dessen Berufung die Gesundheit des Mitmenschen ist. Doch dieses zwischenmenschliche Verhältnis wird scheinbar immer stärker durchdrungen von einer ökonomischen Sachlogik, die den ärztlichen und pflegerischen Handlungsspielraum im klinischen Alltag einengt.

2. Ökonomische Anreizsysteme

Im Jahre 2004 betrug die Ausgaben für Gesundheit in Deutschland 234 Milliarden Euro. Das entsprach 10,6% des Bruttoinlandsprodukts. Das bedeutet, etwa ein Zehntel der wirtschaftlichen Wertschöpfung in Deutschland erfolgte im Bereich Gesundheit.

Von den 234 Milliarden Euro Gesundheitsausgaben im Jahre 2004 wurden ca. 56% durch die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) getragen. Das heißt, gut 130 Milliarden Euro für Gesundheit wurden solidarisch finanziert.

Die Gesundheitsausgaben in Deutschland sind seit 1995 jährlich um durchschnittlich 2,6% gestiegen, überproportional im Vergleich zur Inflationsrate. Ob man von einer Kostenexplosion sprechen kann, wie man häufig liest, ist fraglich.

Eine generelle Ausgabensteigerung im Gesundheitswesen, insbesondere auch in der GKV, ist für sich genommen nicht dramatisch, solange der Steigerung der Ausgaben adäquate Einnahmen gegenüberstehen. Das ist in Deutschland jedoch nicht der Fall. Aufgrund sinkender (Voll-)Beschäftigungszahlen bei gleichzeitig steigender Arbeitslosen- und Rentnerquote geht die Grundlohnsumme, die die Finanzierungsbasis für die GKV in Deutschland ist, zurück. Wir stehen also dem Phänomen sinkender Einnahmen bei gleichzeitiger Steigerung der Ausgaben in der GKV gegenüber. Da die Gesetzliche Krankenkasse bzw. die sie lenkende Gesundheitspolitik keinen direkten Einfluss auf die Einnahmen hat, wird versucht, die Ausgaben zu begrenzen, um der sozialrechtlichen Forderung sowie dem gesundheitspolitischen Ziel der Beitragsatzstabilität gerecht zu werden. Der Versuch der Begrenzung der Leistungsausgaben in der GKV soll durch Steuerung über ökonomische Anreizsysteme erfolgen. Ökonomische Anreizsysteme werden mit dem Ziel der Rationalisierung und der Steigerung der Effizienz etabliert.

In der ökonomischen Theorie geht man vom Menschenbild des homo oeconomicus aus. Der homo oeconomicus ist ein Modell zur Erklärung von menschlichem Verhalten unter gegebenen ökonomischen Rahmenbedingungen. Dabei wird angenommen, dass die Individuen rational aus Eigeninteresse mit dem Ziel

der Nutzenmaximierung handeln. Die Individuen nehmen bei Entscheidungen jeweils eine Abwägung des von ihnen erwarteten subjektiven Nutzens gegenüber den damit verbundenen Kosten auf Basis ihrer Präferenzen vor. Aus dieser Bewertung wird die subjektiv optimale Handlung ermittelt.

Die Steuerung menschlichen Verhaltens erfolgt in der ökonomischen Theorie über Anreizsysteme. Ein Anreizsystem umfasst dabei alle für das individuelle Handeln wahrgenommenen entscheidungserheblichen Tatsachen, die das Individuum in Kosten und Nutzen klassifiziert. Anreize ergeben sich beispielsweise aus formellen Ge- und Verboten (z.B. Gesetze), Knappheitsphänomenen wie Geld (Budgetrestriktion) und Zeit (Zeitrestriktionen) sowie informellen Regeln und Verhaltensweisen in sozialen Gruppen (z.B. Berufsethos, Gewissen).

Diese Anreizsysteme sind ein Teil der strukturellen Bedingungen, unter denen die Akteure im Gesundheitswesen handeln. Die Akteure im Gesundheitswesen sind neben den Patienten auch die Gesundheitsberufe.

3. Humanvermögen

In Deutschland waren im Jahre 2004 ca. 4,2 Millionen Menschen im Gesundheitswesen beschäftigt. Sie bilden die Gruppe der Gesundheitsberufe. Das entspricht ca. 10,6% der in Deutschland insgesamt Beschäftigten. Von den 4,2 Millionen Beschäftigten waren ca. drei Millionen Frauen. Das Gesundheitswesen ist in Deutschland neben einem großen Wirtschaftssektor auch ein bedeutender Arbeitsmarkt. Insgesamt waren ca. 2,2 Millionen Menschen in konkreter Gesundheitsdienstleistung tätig, z.B. Ärzte, Pflegende. Die Vergütung dieser Leistungserbringer ist ein wesentlicher Kostenfaktor im Gesundheitswesen. So beliefen

sich zum Beispiel die Personalkosten im Krankenhaus auf ca. 65% der Gesamtkosten im Krankenhausesektor, die bei ungefähr 46 Milliarden Euro liegen.

Jedoch ist es zu einseitig, Personal lediglich als Kostenfaktor zu sehen. Denn die Beschäftigten sind die zentrale Wertschöpfungseinheit im Gesundheitswesen. Das heißt, sie sind es, die durch ihre Tätigkeit auf der Mikroebene auch die Erlöse generieren. Erst durch die medizinische Versorgung von Menschen durch Menschen kann das Krankenhaus DRGs (abrechnungsbezogene Fallgruppen, „diagnosis related groups“) als abrechnungsfähigen Erlös geltend machen. Gesamtwirtschaftlich betrachtet tragen die Beschäftigten zudem zur Wertschöpfung und somit zum Wirtschaftswachstum bei. Das bedeutet, der tätige Mensch ist (im makroökonomischen Sinne) der entscheidende Produktionsfaktor im Gesundheitswesen. Der Mitarbeiter im mikroökonomischen Sinne ist eine wichtige Ressource, er ist das Humanvermögen in einem Unternehmen. Von ihm hängen die Quantität und die Qualität der erbrachten Gesundheitsleistungen ab.

Hinzu kommt, dass der Produktionsfaktor „Arbeit“, d.h. die menschliche Tätigkeit, nicht in hohem Maße durch andere Produktionsfaktoren wie technische Geräte, Kapital substituiert werden kann. Denn Krankenversorgung ist und wird trotz medizinisch-technischen Fortschritts auch weiterhin eine in hohem Maße an Personen gebundene Tätigkeit (Dienstleistung) sein – am Menschen (Patient) und durch den Menschen (Leistungserbringer). Diese Krankenversorgung ist jedoch nicht nur durch medizinisches und pflegerisches Handeln geprägt, sondern in entscheidendem Maße auch durch menschliche Zuwendung. Zuwendung zum Menschen ist auch Bestandteil der ärztlichen und pflegerischen Fürsorge und prägt somit die Qualität der Leistung. Im Englischen gibt es im Kontext der Patientenbehandlung den Begriff „Caring“.

Er steht nicht einfach für die Versorgung von Kranken, sondern für die Sorge um den Kranken, um den Patienten – für das »sich kümmern« um den Einzelnen.

Jedoch entspringen Zuwendung und Fürsorge nicht der ökonomischen Sachlogik. Sie basieren nicht wie bei einer „normalen“ Dienstleistung in erster Linie auf dem Vertragsdenken, das von einer Tauschbeziehung zwischen Leistungserbringer und Leistungsempfänger ausgeht. Sie basieren auf Mitmenschlichkeit, bei der Zuwendung nicht erst verdient werden muss, da der Kranke als hilfsbedürftiger Nächster in Anbetracht seiner Würde Fürsorge erwarten kann. Doch was geschieht nun, wenn im klinischen Alltag außerökonomische und ökonomische Sachlogik aufeinander treffen?

4. Ökonomie im klinischen Alltag

Zu fragen ist zunächst, wie die ökonomische Sachlogik als ein Anreizsystem, das Verhalten steuern soll, Einzug in die Praxis erhält bzw. erhalten hat. Zu welchen unterschiedlichen Ergebnissen führen unterschiedliche Anreizsysteme? Wie wirkt sich ein ökonomisches Anreizsystem im Gesundheitswesen, z.B. im klinischen Alltag, aus? Und was konkret bewirken etwa diagnosis related groups (DRGs) im Krankenhaus?

Zu diesem Zwecke wird am Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften ein Forschungsprojekt mit Namen „Diakonie und Ökonomie“ durchgeführt. Das Projekt ist im Bereich der qualitativen Sozialforschung anzusiedeln. Ziele des Projektes sind die Untersuchung der Auswirkungen von DRG und Qualitätsmanagement im Krankenhaus auf:

- das Handeln der verschiedenen Professionen, ihrem Selbstverständnis und ihren Strategien,

- Veränderungen der Strukturen und Prozesse in der Organisation,
- die Qualität der medizinischen Versorgung,
- das Krankenhausmanagement.

Zu diesem Zwecke wurden 80 leitfadengestützte Interviews mit verschiedenen Professionen im Krankenhaus geführt. Mitarbeitende Ärzte, Pfleger, Verwaltungsangestellte und Sozialarbeiter, Seelsorgende wurden befragt.

Als vorläufiges Ergebnis ist zunächst festzuhalten, dass die DRG Symptomträger eines schon sehr viel länger andauernden Ökonomisierungsprozesses im Gesundheitssystem sind. Sie bilden die Probleme des Systems in zweierlei Hinsicht ab: Auf der einen Seite besteht der Wunsch nach Kostensenkung auf der Ausgabenseite und profitabler Wirtschaftsweise der Krankenhäuser. Auf der anderen Seite sieht sich das Krankenhaus einem gleichzeitig expandierenden Anspruch seitens der Patienten und der Gesellschaft nach Qualität gegenüber.

Methodologisch ist anzumerken, dass die direkten Auswirkungen der DRG für sich nur schwer zu identifizieren sind. Sie lassen sich kaum isoliert herausfiltern, denn sie sind interdependent mit anderen gesundheitspolitischen Maßnahmen.

Des Weiteren führt eine DRG-basierte Vergütung zu einer Veränderung der Hierarchie im Krankenhaus. Stichwortartig lassen sie sich als Entmachtung der Chefarztposition, Verunsicherung des ärztlichen Personals, Aufstieg der Manager und Betriebswirte, Abwertung der Pflege skizzieren. Diese Entwicklungen können interpretiert werden als Niederschlagen der Ökonomisierung im Gesundheitswesen auf Ebene des Akteurs. Auf diese Weise haben DRG bereits jetzt weitreichende Einflüsse auf das Professionsver-

ständnis der Gesundheitsberufe. Insgesamt lassen sich Tendenzen zur Deprofessionalisierung und zur Demoralisierung feststellen.

DRG und die zunehmende ökonomische Ausrichtung allgemein vermindern mitmenschliche Kontakte der Versorgenden zu ihren Patienten. Sowohl die Kommunikation zu den Patienten als auch die Kommunikation zwischen den Mitarbeitenden werden zunehmend durch die ökonomische Logik getaktet. Jedoch betonen die befragten Mitarbeitenden fast durchweg, dass sie gerne mehr Zeit für ihre Patienten hätten. Die Verminderung mitmenschlicher Kontakte wird noch verstärkt durch Verpflichtungen zu zeitaufwändigen Dokumentationen. Leistungsdokumentation und Arbeitsverdichtung führen somit zu einer Distanzierung des sorgenden Personals von den umsorgten Personen. Ökonomisch induzierter Stress und Druck mindern aufs Ganze gesehen die Qualität der Leistungen.

Des Weiteren kann gesagt werden, dass der Patient zunehmend zum „Produktionsfaktor“ wird, der möglichst gewinnbringend eingesetzt werden muss. Das heißt, er ist nicht mehr empfangendes Subjekt der Fürsorge, sondern „Objekt“ zur Generierung von Erlösen und Gewinnen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die primär an betriebswirtschaftlichen Zielen ausgerichteten gesundheitspolitischen Vorgaben die ärztliche Entscheidungsfindung durchdringen – und somit das Verhältnis zum Patienten verändern. Der ärztliche und der pflegerische Handlungsspielraum im klinischen Alltag werden eingeengt. Es bleibt wenig Zeit für ruhiges Nachdenken und integrative Überlegungen.

Diese Gedanken und (vorläufigen) Forschungsergebnisse aufgreifend, lässt sich feststellen, dass sich die Professionen im Krankenhaus

in einem Spannungsfeld befinden. Auf der einen Seite haben die Professionen Verantwortung gegenüber ihrem Patienten: Sie haben als Agenten eine spezifische Verantwortung für ihren individuellen Patienten, ihm eine möglichst optimale medizinische Versorgung zukommen zu lassen. Dieser individuelle ethischen Verantwortung steht auf der anderen Seite die Verantwortung gegenüber der Gesellschaft zum Teil entgegen: Denn die Professionen sind zugleich Akteure in dem ökonomischen System, und als solche haben sie auch die finanzielle Seite der medizinischen Leistung zu berücksichtigen und gegenüber der Gesellschaft zu verantworten.

Dieses Spannungsfeld der Professionen bleibt nicht ohne Wirkung auf den einzelnen Akteur, den Mitarbeitenden im Krankenhaus. Wenn nämlich die intendierten Wirkungsweisen der ökonomischen Anreizreizsysteme nicht kompatibel sind mit anderen handlungsleitenden Einstellungen der Akteure (z.B. Berufsethos, sozialrechtliche Verpflichtungen), schlägt sich das auch auf die Arbeitsweise der Akteure nieder, zum einen auf die Qualität der Leistung. Zum anderen wirkt das Arbeiten in einem Spannungsfeld auch auf das physische und psychische Wohlbefinden der Mitarbeiter, und zwar negativ, wenn Gewissenskonflikte, Resignation, Stress oder Burn-out-Symptome zu Tage treten.

5. Ausblick

Es stellt sich somit die Frage nach dem Verhältnis von Medizin und Ökonomie (neu). Faktisch ist es immer schon so gewesen, dass ärztliches Handeln begrenzt wurde – durch die vorhandene Zeit, die Leistungsfähigkeit eines Arztes oder den Stand des medizinischen Wissens. Dass medizinisches Handeln auch durch ökonomische Faktoren begrenzt wird, ist also an sich nichts Neues. Neu scheint hingegen die Qualität dieser Restriktion zu sein: In den gegenwärtigen Diskursen scheint die ökonomische Rationalität zur allgemei-

nen Leitkategorie zu avancieren – und alle anderen Rationalitäten in den Hintergrund zu drängen, z.B. Medizin, Ethik und Technik. Das Argument „Das können wir uns nicht leisten“ wird sozusagen zum „Totschlagargument“ gegenüber den anderen Rationalitäten. Hier zeigen sich ganz deutlich die Tendenzen zur Ökonomisierung im Gesundheitswesen. In einer empirischen Untersuchung zur Transformation des Gesundheitssystems durch die DRGs heißt es: „Ökonomisierung meint [...] die Tendenz zur Überformung der Dienstleistungsorientierung durch ökonomische Kalküle und Ziele [...] Verfolgt man diese Entwicklungslinie bis zum Horizont, dann zeichnet sich eine Umkehrung der Zweck-Mittel-Relation ab: Geld wäre nicht mehr Mittel zum Zweck der Versorgung von Kranken, sondern die Versorgung von Kranken wäre Mittel zum Zweck der Erzielung und Optimierung von Erlösen“.

Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen ist natürlich auch ethisch relevant. Die finanziellen Ressourcen des Solidarsystems „Gesetzliche Krankenversicherung“ sollen nicht unnützlich alloziiert werden. Die Versicherten haben einen Anspruch darauf, dass ihre Beiträge zu dem Zwecke verwendet werden, zu dem sie entrichtet werden: Erhaltung, Wiederherstellung oder Verbesserung ihrer Gesundheit (§ 1 SGB V).

Wenn jedoch die sozialen Beziehungen ausschließlich nach dem Muster ökonomischer Tauschverhältnisse strukturiert sind, läuft etwas grundlegend verkehrt.

„Die Humanität einer Gesellschaft, die unter Kostendruck geraten ist, zeigt sich gerade daran, wie sie mit den schwächsten Gliedern der Bevölkerung umgeht.“

Literatur

Kühn, Hagen/Simon, Matthias. Anpassungsprozesse der Krankenhäuser an die prospektive Finanzierung, Berlin 2001.
Statistisches Bundesamt (2005). Gesundheitsberichterstattung des Bundes. <http://www.gbe-bund.de>.

Prof. Dr. med. Dr. phil. Eckhard Nagel
Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften
Universität Bayreuth
Prieserstraße 2, 95444 Bayreuth
Tel. (09 21) 55 48 01
E-Mail: eckhard.nagel@uni-bayreuth.de
www.img.uni-bayreuth.de
und
Klinikum Augsburg
Transplantationszentrum
Stenglinstraße 2, 86156 Augsburg
www.klinikum-augsburg.de
E-Mail: Eckhard.Nagel@klinikum-augsburg.de

Jeanine Staber
Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften
Universität Bayreuth
Prieserstraße 2, 95444 Bayreuth
Tel. (09 21) 55 48 15
E-Mail: jeanine.staber@uni-bayreuth.de

