

Abstracts zu Plenarvorträgen

Mittwoch 11.9.2019

Wohin entwickelt sich die Krankenhauslandschaft? Gedanken und Überlegungen aus Sicht eines geschäftsführenden Krankenhausdirektors

Rudolf Mintrop

Vorsitzender der Geschäftsführung, Klinikum Dortmund

Die Themen im Krankenhausbereich schichten sich übereinander: 20 Jahre lang ist viel privatisiert worden; jedes dritte Krankenhaus und jedes fünfte Klinikbett wird nun gewinnorientiert betrieben. Falsche Preissignale im Fallpauschalensystem in Verbindung mit der Deckungsbeitragsrechnung haben zu Fehlsteuerungen in der Patientenversorgung geführt.

In den letzten Jahren ist es dem Gesetzgeber dann vor allem um die "Qualität" im Krankenhaus gegangen. Die überbordende Bürokratie, die Qualitätspolizei und wachsende Nachweispflichten sind da; die Evaluation der Ergebnisse findet nicht statt. Die Struktur der stationären Versorgung (v.a. zu viele kleine, unspezialisierte Kliniken) hat sich kaum verändert.

Das soll sich nun mit Geld ändern: Krankenhausstrukturfonds. Und nun (neuer Minister, neuer Ehrgeiz) erneuter Themenwechsel: Fachkräftemangel führt zum Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (= Selbstkostendeckung nur in der Pflege) und vielen weiteren Verordnungen. Der Arbeitsmarkt ist leergefegt. Das System ist nur noch begrenzt steuerbar. Der Vortrag will aus Sicht eines geschäftsführenden Direktors eines großen städtischen Klinikums aufzeigen, vor welchen Problemen wir stehen und welche Lösungsansätze, in denen die Gesundheit der Mitarbeiter eine wichtige Komponente ist, dringlich befördert werden müssen.

"Mehr von uns ist besser für alle!" Krankenhausbeschäftigte wehren sich gegen ihre Arbeitsbedingungen

Alexandra Willer

Pflegefachkraft, Personalratsvorsitzende, Universitätsklinikum Essen

Zeitdruck, Erschöpfung, Burnout, Berufsausstieg: Die Arbeitsbedingungen in der Pflege sind in Deutschland – nicht zuletzt durch Personalnotstand – oft schlechter als in anderen Industrienationen, wie eine aktuelle Vergleichsstudie der Hans-Böckler-Stiftung in Düsseldorf zeigt. Wie Kliniken mit Beschäftigten tarifvertragsvergleichbare Entlastungsregelungen und Personalmindestbesetzungsvereinbarungen treffen können, soll in diesem Vortrag aufgezeigt werden. Kern der so genannten schuldrechtlichen Vereinbarung ist ein kaskadenhaft aufgebautes Konsequenzmanagement, das eine Nichtbelegung von Betten vorsieht, wenn nicht genug Personal für die Versorgung der Patienten zur Verfügung steht.

Die "Psychosomatische Sprechstunde" im Betrieb – Konzept und Erfahrungen

Dr. Elisabeth Balint

Ärztin und Projektmanagerin, Kompetenzzentrum Ulm für seelische Gesundheit am Arbeitsplatz (LPCU), Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Uniklinikum Ulm

Die "Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb" ist ein Konzept der Frühintervention mit dem Ziel, dass Beschäftigte mit psychischen oder psychosomatischen Problemen frühzeitig professionelle Hilfe erhalten. Die raschere Erstdiagnostik, Therapieempfehlung und ggf. Kurzintervention als in der Regelversorgung möglich soll helfen, die Arbeitsfähigkeit von Beschäftigten in kritischen Phasen zu erhalten und einer Chronifizierung vorzu-

beugen. Dazu wird eine enge Kooperation mit betrieblichen Partnern wie Betriebsärzten genutzt. Im Vortrag werden mögliche Rahmenbedingungen, inhaltliche Spezifika sowie erste Forschungsergebnisse zur Evaluation des Konzepts vorgestellt.

Psychoneuroimmunologie – wie Psychosoziales die Aktivität des Immunsystems verändern kann und was das für eine moderne Arbeitswelt bedeutet

Julian Hannemann M.A.

M.Sc. (Psychologie), Leopold Franzens- Universität Innsbruck

Erkenntnisse aus dem Forschungsbereich der Psychoneuroimmunologie (PNI) zeigen, dass sämtliche Systeme des Organismus (u.a. Nerven-, Immun-, Hormonsystem) nicht nur untereinander, sondern auch untrennbar mit der biopsychosozialen Umwelt, in der wir leben und arbeiten, vernetzt sind. Dabei wird chronisch-psychischen Belastungen eine zentrale Rolle in der Entstehung und Aufrechterhaltung körperlicher Erkrankungen zugeschrieben. Diese erweiterte Perspektive auf Gesundheit und Krankheit erfordert eine kritische Reflexion aktueller gesellschaftlicher Entwicklungen – nicht zuletzt auch in Bezug auf die moderne Arbeitswelt.

Die Kooperationsbeziehung von Betriebsarzt und Hausarzt: Risiken benennen – Chancen nutzen

Dr. Martin Honeck

Facharzt für Allgemeinmedizin, Praxis für Allgemein- und Betriebsmedizin, Todtnau

Chronische Erkrankungen, die Folgen arbeitsbedingter Belastungen und eine älter werdende Gesellschaft stellen auch Herausforderungen für die Allgemein- und die Arbeitsmedizin dar. Für die angemessene Behandlung von erwerbstätigen Patienten, bei der Rehabilitation und Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess ist eine gute Zusammenarbeit zwischen Haus- und Betriebsarzt vielfach essentiell. Welche Erfahrungen machen Haus- mit Betriebsärzten? Welche Erwartungen haben sie? Und: was erwartet der Patient / der Arbeitnehmer? Was der Arbeitgeber? Welche Spannungsfelder ergeben sich daraus und wie kann man ihnen begegnen?

Im Vortrag kommen auch Erfahrungen zu Vor- und Nachteilen zur Sprache, die aus einer Personalunion aus Haus- und Betriebsarzt resultieren. Themen sind hier die vorteilhafte Kenntnis sowohl des Arbeitsplatzes, der häuslichen Bedingungen und Vorerkrankungen, die sog. "gelebte Anamnese", aber auch das Problemfeld "Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung", die für die Arbeitsmedizin per definitionem ausgeklammert wurde.

"Be a Flu Fighter" - Strategien für die Grippeimpfung im Gesundheitsdienst

Dr. Gesa Horst-Schaper

Leitende Betriebsärztin, Institut für Arbeitsmedizin, Arbeitssicherheit und Umwelt, Klinikum Braunschweig

Der Arbeitsschutz für Beschäftigte im Gesundheitsdienst schließt auch das Impfangebot gegen die saisonale Grippe ein. Trotzdem wird hier von einer unbefriedigend niedrigen Impfkzeptanz berichtet. Neben dem erwünschten Effekt für die Beschäftigten gehen Studien davon aus, dass sich daraus auch eine geringere Mortalität für die Patienten im Sinne einer Herdenimmunität ergibt.

Da die Grippesaison 2017/2018 das Dilemma zwischen Schutzmöglichkeiten und Impfkzeptanz besonders deutlich machte, wurde im Klinikum Braunschweig ein Projekt zur Steigerung der Teilnahmequoten aufgelegt. Es hatte zum Ziel, die Teilnahmequote an der Impfung auf mindestens 40% zu erhöhen. Anders als in den Vorjahren, in denen ausschließlich die Betriebsärzte impften, wurde ein multimodaler Ansatz gewählt mit betriebsärztli-

che Impfsprechstunden, aufsuchenden Impfangboten in den einzelnen Kliniken, attraktiven Anreizsystemen und entsprechender Pressearbeit.

Dadurch konnte die Teilnahmequote gegenüber den Vorjahren nahezu vervierfacht werden und war auch höher als nach dem Auftreten von neuen Erregern wie der Vogel- oder der Schweinegrippe. Im Vortrag werden Empfehlungen für das Vorgehen bei dem multimodalen Ansatz gegeben und Effekte berichtet.

Freitag 13.9.2019

Zur alternativen bedarfsorientierten Betreuung von Klein- und Mittelbetrieben – was wissen wir über ihre Qualität?

Prof. Dr. Ulrich Bolm-Audorff

Leitender Landesgewerbearzt Hessen, Regierungspräsidium Darmstadt, Wiesbaden

In den Jahren 2006-2019 hat der Landesgewerbearzt in Hessen 926 zufällig ausgewählte Betriebe, darunter 41 Krankenhäuser, 40 Rettungsdienste, 50 Arztpraxen, 86 Altenheime und 53 ambulante Pflegedienste, bezüglich der Gefährdungsbeurteilung nach dem Arbeitsschutzgesetz, der Durchführung der arbeitsmedizinischen Vorsorge sowie der Umsetzung der berufsgenossenschaftlichen Vorschrift 2 Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit (BGVA 2/DGUV V2) begangen.

Die Häufigkeit von Arbeitsschutzmängeln (fehlende Gefährdungsbeurteilung, fehlende arbeitsmedizinische Pflichtvorsorge oder fehlendes schriftliches Angebot der arbeitsmedizinischen Angebotsvorsorge) wurde in den 146 Betrieben, die nach dem Unternehmermodell (Anlage 3 DGUV V2) betreut wurden, mit den übrigen Betreuungsmodellen verglichen. Es wurden Prävalenzratios für die Häufigkeit von Arbeitsschutzmängeln mit der Cox-Regression berechnet und für die Branche des Betriebes mit dem Programm SPSS 25 von IBM adjustiert.

Ergebnisse: In Betrieben mit 1-11 Beschäftigten fanden sich nach Adjustierung für Branche keine signifikanten Unterschiede zwischen den verschiedenen Betreuungsmodellen. Nur Betriebe ohne Betreuung wiesen signifikant um den Faktor 1,8 häufiger eine fehlende Gefährdungsbeurteilung auf. In Betrieben mit 11-50 Beschäftigten zeigten Betriebe, die nach dem Unternehmermodell betreut werden, im Vergleich zu Betrieben, die nach Anlage 2 betreut werden, signifikant häufiger eine fehlende Gefährdungsbeurteilung, eine fehlende Durchführung der Pflichtvorsorge bzw. ein fehlendes schriftliches Angebot der Angebotsvorsorge (adjustiertes Risiko 1,71, 1,99 und 1,66).

Bewertung: Wegen der signifikant häufigeren Mängel in Betrieben mit 11-50 Beschäftigten, empfehlen wir, dass das Unternehmermodell nicht mehr angewendet werden sollte.

Arbeitsschutz in Arztpraxen

Sylvester Siegmann

Senior Scientist, Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Seit Oktober 2005 besteht für Arztpraxen in Deutschland neben der Regelbetreuung die Möglichkeit, an der alternativen, bedarfsorientierten Betreuung nach DGUV Vorschrift 2 teilzunehmen.

Im Oktober 2006 hat die Ärztekammer Nordrhein zur Umsetzung der alternativen, bedarfsorientierten Betreuung das "Unternehmermodell- Arztpraxen" (Unternehmermodell-AP / UM-AP) beschlossen und im Januar 2007 eine "Fachkundige Stelle Unternehmermodell-AP" eingerichtet. Teilnehmen dürfen ausschließlich Arztpraxen der Humanmedizin.

Voraussetzung für die Teilnahme am Unternehmermodell-AP ist die Teilnahme an Motivations- und Informationsmaßnahmen (MIM) nach der DGUV- Vorschrift 2, die von der Nordrheinischen Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung angeboten werden. Bis zum Absolvieren der MIM unterliegt die Arztpraxis der Regelbetreu-

ung. Da es sich bei den Teilnehmern alleinig um niedergelassene Ärzte handelt, ist die MIM an diese Berufsgruppe angepasst und findet auf hohem Niveau statt. Ärzte verfügen auf Grund ihrer Ausbildung und ihrer beruflichen Tätigkeit über ein fundiertes Wissen z.B. im Bereich des Infektionsschutzes, einem der Hauptrisikofelder in Arztpraxen.

Mittlerweile nehmen knapp 2.500 Arztpraxen am UM-AP teil. Die Rückmeldungen der Teilnehmer und auch der zuständigen Berufsgenossenschaft Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) sind durchweg positiv. In dem Beitrag werden die Erfahrungen von über 10 Jahren zu den Arbeitsschutzproblemen in Arztpraxen vorgestellt.

Multiresistente Erreger bei Beschäftigten im Gesundheitsdienst

Prof. Dr. Albert Nienhaus

Leiter der Abteilung Arbeitsmedizin, Gefahrstoffe und Gesundheitswissenschaften (AGG) Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), Hamburg

Beschäftigte im Gesundheitsdienst haben ein erhöhtes Risiko für eine Besiedlung oder Infektion mit grampositivem Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA). Ob auch ein erhöhtes Risiko für die Besiedlung mit Vancomycin-resistenten Enterokokken (VRE) und gramnegativen Erregern besteht, ist bislang unbekannt. In einem systematischen Literaturreview wurde daher untersucht, ob Beschäftigte im Gesundheitsdienst neben MRSA auch ein erhöhtes Infektionsrisiko gegenüber anderen multiresistenten Erregern (MRE) haben.

Insgesamt konnten 24 Studien in das Review eingeschlossen werden. Diese wurden überwiegend als Querschnittstudien im Krankenhausbereich und in der Altenpflege durchgeführt. Die Studien waren heterogen nicht nur beim Umfang der Studiengruppe sondern auch in Bezug auf die Untersuchungsmethode, die Kontrollgruppe und die untersuchten MRE und deren Prävalenz. Die am häufigsten untersuchten Erreger waren neben MRSA (0,9-14,5%), ESBL-Bildner (2,6-48,5%) und VRE (0-5,3%).

Es gibt nur wenige Studien zu MRE-Untersuchungen bei Beschäftigten im Gesundheitsdienst. Häufig wurden nur wenig Beschäftigte untersucht und nur selten hatten die Studien eine gute Qualität. Eine Aussage zum Infektionsrisiko ist nur für MRSA, nicht aber für die übrigen MRE möglich. Der Umgang mit MRE bei Beschäftigten im Rahmen der arbeitsmedizinischen Vorsorge ist daher zu diskutieren.

Michaelis, Freiburg / Eickmann, Köln: Chirurgischer Rauch – Gefährdungswahrnehmung und Umsetzung von Schutzmaßnahmen im OP

Dr. Martina Michaelis

Senior Scientist, Freiburger Forschungsstelle Arbeits- und Sozialmedizin (FFAS), Freiburg

Prof. Dr. Udo Eickmann

Leiter des Bereichs Gefahrstoffe und Toxikologie, Abteilung Arbeitsmedizin, Gefahrstoffe und Gesundheitswissenschaften, BGW, Köln

Chirurgische Rauchgase entstehen bei einer intensiven thermischen Einwirkung auf menschliches Gewebe, wie sie bei Laserbehandlungen oder dem Einsatz von elektrochirurgischen Instrumenten regelmäßig vorkommt. Die Rauchgase stellen ein Vielkomponentengemisch von Gefahrstoffen mit diversen negativen Eigenschaften auf den Menschen dar, die Einzelstoffe können übelriechend, reizend, ätzend oder toxisch, aber auch krebserzeugend, keimzellmutagen oder reproduktionstoxisch sein. Zudem können die Rauchgase als Träger für Infektionserreger (z.B. ganze Zellen, Viren) fungieren.

Daher sind seit 2014 in der Technischen Regel für Gefahrstoffe (TRGS) 525 "Gefahrstoffe in medizinischen Einrichtungen" erstmals auch Schutzmaßnahmen bei Tätigkeiten vorgesehen, bei denen chirurgische Rauchgase entstehen. Dazu gehören z.B. eine Gefährdungsbeurteilung inklusive der Betrachtung relevanter Einflussgrößen, technische Lüftungsmaßnahmen wie z.B. Lokalabsaugungen und ggf. eine persönliche Schutzausrüstung (z.B.

FFP2-Masken).

Nicht bekannt ist bislang, in welchem Ausmaß der empfohlene Arbeits- und Gesundheitsschutz überhaupt vorhanden ist und eingehalten wird und welche Barrieren in der betrieblichen Praxis eine angemessene Umsetzung verhindern.

Zu diesen Fragen wurde 2018 durch die Freiburger Forschungsstelle Arbeits- und Sozialmedizin (FFAS) eine Online-Befragung von betroffenen Berufsgruppen durchgeführt. Es wurde darüber hinaus ermittelt, wie die Gefährdung durch chirurgische Rauchgase von den Beschäftigten wahrgenommen wird.

Im Vortrag werden die Vorgaben der TRGS 525 für chirurgische Rauchgase vorgestellt und über die Ergebnisse der Befragung berichtet.

Tropenerkrankungen auf dem Vormarsch

Dr. Alfred L. Bissinger

Leiter der Ambulanz und des diagnostischen Labors, Medizinische Universitätsklinik, Institut für Tropenmedizin, Wilhelmstr. 27, 72074 Tübingen

Akute Erkrankungen kurz nach Reiserückkehr aus tropischen Ländern, aber auch chronische bzw. rezidivierende Beschwerden mit Fernreisen in der weiter zurück reichenden Anamnese führen teils zu einer veränderten Wahrnehmung der potenziellen Differenzialdiagnosen durch die betrauten ärztlichen Fachkräfte, gelegentlich können auch Medienberichte zu Folgen der Globalisierung und Klimaveränderung zu Verunsicherung bzgl. der Differenzialdiagnostik führen.

Immer wieder kommen Fälle vor, bei denen Tropenkrankheiten erst sehr spät erkannt werden, manchmal werden ubiquitäre Infektionen bei der Diagnostik vernachlässigt.

Unklarheit bzgl. der adäquaten Diagnostik, schwer zu interpretierende Laborergebnisse und fehlende Erfahrung mit den Therapieoptionen und den Krankheitsverläufen sind zusätzliche Herausforderungen.

Wir wollen Aspekte zu relevanten Tropenkrankheiten beitragen, Hinweise zu pragmatischem Vorgehen anbieten und versuchen, für Ihre Fragen und eine gerne lebhaft Diskussions zur Verfügung zu stehen.

Medizinische Berufe beim Übergang von der Arbeit in den Ruhestand – Ergebnisse der lidA-Studie

Prof. Dr. Hans Martin Hasselhorn

Leiter des Fachgebiets Arbeitswissenschaft, Bergische Universität Wuppertal

Die sogenannte Babyboomer-Generation bildet heute die größte Erwerbsgruppe in der Bundesrepublik. Seit 2011 begleitet die repräsentative lidA-Studie (www.lida-studie.de) die Babyboomer-Jahrgänge 1959 und 1965 auf ihrem Weg von der Arbeit in den Ruhestand. Die Ergebnisse legen nahe: Fast alle erwerbstätigen Babyboomer dieses Alters stehen noch mit beiden Beinen fest im Arbeitsleben. Gleichzeitig möchte aber über die Hälfte von ihnen so früh wie möglich aus dem Erwerbsleben ausscheiden, und nur jede/r Zehnte würde gerne bis zum gesetzlich vorgesehenen Renteneintrittsalter arbeiten. Dies zeigt, dass in Deutschland – allen hohen Erwerbsquoten Älterer zum Trotz – nach wie vor eine ausgeprägte "Kultur des Frühausstiegs" vorherrscht.

Die Faktoren, die darüber entscheiden, wie lange man erwerbstätig ist, sind zahlreich und in aller Regel eng miteinander verwoben. Über die Arbeitswelt hinaus sind hier von ganz besonderer Bedeutung die Erwerbsmotivation sowie die Arbeitsfähigkeit, jeweils in ihrem Wechselspiel mit der Gesundheit.

Aufgrund ihrer Größe ermöglicht die lidA-Studie den detaillierten Blick auf Tätigkeitsgruppen, so auch auf die

medizinischen Berufe. Wie erwartet, ist die Erwerbsmotivation bei Ärztinnen und Ärzten relativ hoch und in den Pflegeberufen besonders niedrig. Medizintechnische Berufe liegen dazwischen. Diese deutlichen Unterschiede zwischen den Erwerbsgruppen bleiben weitgehend bestehen, wenn statistisch für Bildungstand, Geschlecht und auch Alter kontrolliert wird. Folglich werden es weitere Faktoren sein, die sie begründen. So sind Ursachen in den jeweiligen Arbeitsbedingungen dieser Berufsgruppen zu vermuten, deren Verschiedenheit offensichtlich ist. Dies soll im Beitrag zur Diskussion gestellt werden.