

Der Mensch im Mittelpunkt einer sich wandelnden Arbeitskultur in der Medizin

Wir gemeinsam mit diversen Blickwinkeln

K. Engelmann¹, M. Valtink², A. Lohse³,
M. Sedlmayr⁴, F. Bathelt⁴, I. Reinecke⁴,
B. Sedlmayr⁴, A. Röhle⁵, E. Bibrack⁵

Einleitung

Gesellschaftlich stehen Bereiche mit einem hohen sozialen Engagement, Bildung, Lehre und Wissenschaft, wie die Medizin, vor einem Wandel. Die medizinische Versorgung ist vor allem aus Sicht gesetzlich Versicherter in den letzten Jahren spürbar schlechter geworden. Auch Ärztinnen und Ärzte kritisieren vermehrt das deutsche Gesundheitssystem und die Arbeitswelt Medizin [1]: Ärztemangel, Kostendruck, fehlende Unterstützung durch die Gesundheitspolitik sowie die wenig vorbereitete Digitalisierung verschlechtern die Situation in den Krankenhäusern [1–4]. Wie kann das „System Medizin“ mit seinen zum Teil isoliert voneinander arbeitenden Organisationsformen zukunftsfähig bleiben angesichts gesellschaftlicher Megatrends

und Herausforderungen, die sich aus Demographie, Digitalisierung, zunehmender Diversifikation und dem immer rascher voranschreitenden medizinisch-technischen Fortschritt ergeben? Verschiedene Blickwinkel sind nötig, um sich dieser komplexen Aufgabe zu nähern.

Medizin findet in Organisationen statt, zum Beispiel in einem Krankenhaus, welche aus Mitgliedern bestehen, die austauschbar sein müssen, aber auch Individuen mit eigenen Bedürfnissen sind [5]. Diese Dualität als Individuum und konvertiblem Mitglied darf nicht vernachlässigt, sondern muss mitgedacht werden. In der Medizin wurden

den Blick auf die im Gesundheitssystem arbeitenden Menschen. Innere Faktoren oder Soft Skills blieben mangels geeigneter organisationspezifischer Möglichkeiten unberücksichtigt, obwohl die Aufgaben und Ziele der Organisation nur mit ihren verschiedenen Mitgliedern bewältigt und erreicht werden können.

Politik sowie Patientinnen und Patienten fordern eine individualisiertere Medizin, unter anderem weil Forschungsentwicklungen sich rascher, innovativer und mit zunehmender Therapieviefalt zeigen. Hier braucht es den gemeinsamen Blick auf Daten für bessere Versorgung und klinische Forschung durch

Megatrends sind zum Beispiel Individualisierung, Urbanisierung, Neo-Ökologie, Silver Society, Gesundheit, Sicherheit, Konnektivität, Gender Shift, Network

aus: Health Trend Map 2020, www.zukunftsinstitut.de/healthreport

aufgrund des ökonomischen Drucks zunehmend prozessual und abgrenzend gestaltete, hierarchische Vorgehensweisen entwickelt, zum Beispiel wurden in Krankenhäusern Kernprozesse der Krankenversorgung aufgeteilt. Dadurch wurden Aufgaben und Berufsgruppen separiert und notwendiges interprofessionelles Arbeiten erschwert, beispielhaft ist das inzwischen aus verschiedenen Richtungen kritisierte Fallpauschalen-System [6, 7]. So entstanden auch wirtschaftlich abgegrenzte Sektoren für verschiedene Versorgungsformen, zum Beispiel ambulant und stationär, mit entsprechendem wirtschaftlichem Erfolg, aber ohne

interdisziplinäres und interprofessionelles, teambasiertes Arbeiten. Entsprechend kann auch die Digitalisierung nur gemeinsam vorangebracht werden. Wir müssen daher den Blick auf die Menschen in der Arbeitswelt Medizin mit Krankenversorgung, Forschung, Lehre und Digitalisierung lenken, um mit einem gemeinsamen Verständnis und aus diverseren Blickwinkeln gezielter und umfassender behandeln zu können. Beispielhaft für einen dafür notwendigen, stärker vernetzten und interdisziplinären Datenaustausch ist das durch die Medizininformatikinitiative [8] finanzierte Projekt MiHUBx (siehe „Digitalisierung“).

¹ Augenklinik am Klinikum Chemnitz gGmbH

² Stabstelle Gleichstellungs- und Diversity Management, Medizinische Fakultät der Technischen Universität Dresden

³ Technische Universität Chemnitz, Professur Arbeitswissenschaft und Innovationsmanagement, Cluster Innovation Management

⁴ Institut für Medizinische Informatik und Biometrie, Medizinische Fakultät der Technischen Universität Dresden

⁵ MITZ – Medizinisch-Interprofessionelles Trainingszentrum, Medizinische Fakultät der Technischen Universität Dresden

Organisation

Wenn sich die Behandelnden in ein System ohne ausreichenden Raum zur persönlichen oder teamgestützten Entwicklung einfügen müssen, ist ein gemeinsamer Blick auf Patientinnen und Patienten schwierig. Ausbildung, Innovation und Entwicklung sind kaum zu bewältigen in einer Medizin, die seit Jahren einem fortschreitenden ökonomischen Systemwandel unterworfen ist und natürliche Bedürfnisse der Personen im Behandlungs- und Arbeitspro-

Menschen, wie eine Studie der Klinik Wartenburg in Bayern zur chronotyporientierten Personalplanung zeigt [11]. In der Medizin müssen äußere und innere Faktoren gleichberechtigt berücksichtigt werden. Mitsprache und Mitentscheiden und damit auch Zufriedenheit finden keinen Raum in einer Struktur, in welcher nur mit Mühe und hohem Aufwand der zunehmenden Komplexität und den Herausforderungen durch gesellschaftliche Megatrends begegnet werden kann.

same und in Wechselwirkung stehende, aber getrennt verantwortete Wertschöpfung, die Arbeit am Menschen. Dadurch entstehen Konflikte zwischen pflegenden und ärztlichen Kräften, die aufwändige Kommunikations- und Entscheidungsprozesse erfordern. Zudem sind weitere an der Wertschöpfung beteiligte Akteure wie Haus- und Fachärzte oft zu wenig integriert [12]. Die inhomogene bis fehlende Digitalisierung, überbürdende und veraltete Bürokratie sowie ungenügende Berücksichtigung ärztlicher Werte und Vorstellungen führen bei Ärztinnen und Ärzten zu Erschöpfung bis hin zum Burn-Out und Drop-Out [13]. Evaluierungen anhand einfach messbarer Faktoren zur Steigerung der Effizienz sichern dem Menschen mit seinen Werten in der Medizin keine ausreichende Zufriedenheit [14]. Die Akteure des Gesundheitswesens müssen gemeinsam Änderungen fördern, um Ärztinnen und Ärzten, Pflegepersonal, Auszubildende, Studierende und nichtmedizinisches Personal in den Zielen und Visionen zu verbinden.

Sozialpsychologisch gleichen sich Menschen in ihren Bedürfnissen, wie modellhaft in der Maslowschen Bedürfnispyramide erklärt wird. Diese inneren Faktoren werden in den meisten Organisationsformen anerkannt, aber nicht immer genügend berücksichtigt, zum Beispiel ist die Work-Life-Balance außerhalb der Organisation Krankenhaus eher gewährleistet. In der Klinik

„Die aus meiner Sicht zwei größten Herausforderungen für ärztliches Personal hängen eng miteinander zusammen: Der immense Zeitaufwand, der mit Dokumentation, Arztbriefen, Hinterher-telefonieren verbracht wird und dann für angemessene Arzt-Patienten-Interaktionen fehlt und die katastrophale technische Infrastruktur im Gesundheitswesen, die verhindern, dass oben genannte Aufgaben effizienter erledigt werden können.“

J. Steinhäuser, Medizinstudent im PJ, Technische Universität Dresden

zess, zum Beispiel Übernahme von Verantwortung, Selbstwertgefühl und Wissensgenerierung, kaum berücksichtigt. Das Krankenhaus ist ein Element des Gesundheitsmarktes geworden und unterliegt ökonomischen Anforderungen. Es ist aber auch ein Ort, in dem Menschen für Menschen eintreten und täglich füreinander individuell und qualitätsbewusst handeln wollen und müssen. Finden diese Werte zu wenig Berücksichtigung, folgt der Abstieg und Ausstieg aus dem nicht auf den Menschen ausgerichteten System [9, 10]. Aber wie können individuelle Bedürfnisse in einer großen Organisation beachtet werden? Ein Beispiel: Über viele Jahre wurden im pflegenden und ärztlichen Bereich Schichtpräferenzen, zum Beispiel anhand des individuellen Biorhythmus oder familiärer Bedürfnisse, kaum beachtet. Heute werden Präferenzen durch Selbstorganisation im Team wieder berücksichtigt. Dies stärkt Zufriedenheit und Arbeitskraft der

Gegebenheiten und Herausforderungen

Bürokratie und Burn-Out in der Organisation Krankenhaus – wie kommen wir da heraus?

Die meisten Krankenhäuser haben eine unzeitgemäße, traditionell lineare Organisationsstruktur mit hierarchischer Diktion vom scheinbar Höhergestellten zum scheinbar Niedergestellten. Personengebundene Entwicklungen trennen zum Beispiel Pflege und ärztlicher Bereich. Dies erschwert die gemein-

„Lehre, Praxis, Forschung fußen auf veralteten Strukturen und Denkweisen. Die Engagierten zerreiben sich zwischen Neugestaltung des Medizinstudiums, Versorgung der Patientinnen und Patienten, Feierabendforschung, unbezahlten Überstunden und Diensten, die nicht als Arbeitszeit gelten. Dazu sind sie bei der Anerkennung von Weiterbildungszeiten abhängig von Chefs und Kammern. Medizin muss die Bedürfnisse der Patienten und der Medizinerinnen und Mediziner beachten.“

A. Röhle, Ärztin und Dozentin, MITZ Medizinische Fakultät Technische Universität Dresden

dagegen sind individuelle Bedürfnisse wie Übernahme von Verantwortung oder selbstverwirklichendes Arbeiten unter anderem aufgrund getrennter Bereiche kaum möglich. Eine Änderung der (Führungs-)Strukturen in der Medizin hin zu mehr Wertschätzung individueller Bedürfnisse kann helfen, Arbeitsbedingungen gesünder und nachhaltiger zu entwickeln. Gesellschaft, Politik und Ärzte müssen gemeinsam die Qualität von Prozessen und Entwicklungen durch Einbeziehung diverser Blickwinkel steigern [15].

Die Medizin wird individueller und diverser – und nun?

Diversität beschreibt sichtbare und nicht-sichtbare Aspekte, zum Beispiel Gender, Alter/Lebenserfahrungen, Ethnie/Herkunft, sozialer Stand, Behinderungen/Beeinträchtigungen, und findet sich sowohl im medizinischen Personal als auch in den Patientinnen und Patienten. Obwohl Diversität in der Medizin eine besondere Rolle spielt, ist sie überwiegend androzentriert gestaltet. Aber Patientinnen und Patienten sind nicht (wie in den meisten Lehrbüchern dargestellt) männlich konnotierte Neutra und zum Beispiel Frauen sind keine kleinen Männer. Es macht einen Unterschied, ob ein Patient oder eine Patientin von einem Arzt oder einer Ärztin behandelt wird, vor allem auch für FLINTA*¹. Unterschiede gezielt anzuerkennen und zu adressieren ist sowohl in der Versorgung als auch für die in der Medizin Beschäftigten essenziell. Dies anzuerkennen, erhöht die Qualität der

¹ FLINTA* steht für Frauen, Lesben, intergeschlechtliche, nichtbinäre, trans- und agender Personen, wobei der Stern all die Personen inkludiert, die sich nicht unter einem der Buchstaben wiederfinden, aber wegen ihrer Geschlechtsidentität in der heteronormativen Mehrheitsgesellschaft ebenfalls marginalisiert werden.

„Mehr Frauen für Karrieren in Führungspositionen zu begeistern und den wissenschaftlichen Nachwuchs in diesem Bereich stark machen, dazu benötigt es ein Umfeld, das es jungen Medizinerinnen und Mediziner ermöglicht, Wissenschaft und Praxis gut miteinander zu verbinden.“

Prof. E. Troost, Dekanin Medizinische Fakultät der Technischen Universität Dresden

Medizin in Forschung, Lehre und Versorgung und damit auch ihre gesamtgesellschaftliche Relevanz.

Nachhaltigkeit, Sinnhaftigkeit und Relevanz sind die positiven Impulse für die nachfolgenden Generationen forschender Ärztinnen und Ärzte. Eine zukunftsfähige Arbeitswelt erfordert divers zusammengesetzte Teams, stärkere Vernetzung und ein agil aufgebautes Ökosystem anstelle eines einschränkenden Top-Down, um Teamentscheidungen, Kreativität und Motivation zu fördern. Dies erfordert zusätzliche Kriterien bei der Personalauswahl der Führungskräfte: Entscheidungen für Führungspersonen dürfen nicht nur an quantifizierbare Leistungszahlen geknüpft werden, sondern auch anhand ihrer Soft und Social Skills, also wie gut sie die ihnen unterstellten Personen mit Wertschätzung, einer selbstverständlichen Fehlerkultur und transparenter, angstfreier Kommunikation stärken können. Um junge Ärztinnen und Ärzte für die Medizin zu begeistern, darf Kompetenz nicht auf messbare Zahlen reduziert und auf ökonomisch bedingte Konkurrenz gesetzt werden, sondern Teams müssen sich durch Vernetzung, Interprofessionalität, Einbindung in Entscheidungsprozesse und Diversität auszeichnen, um dem Drop-Out wirkungsvoll zu begegnen.

Digitalisierung – Fluch oder Segen?

Aktuelle Probleme und zukünftige Chancen

Digitalisierung und künstliche Intelligenz können in der Medizin Arbeitsab-

läufe in hoher Qualität automatisieren und optimieren. Dies ermöglicht den Beschäftigten in Versorgung und Forschung mehr Zeit für wertschöpfende Arbeiten. Auch komplexere Funktionalitäten mit einem zusätzlichen Mehrwert für Patientinnen und Patienten, zum Beispiel Systeme zur Unterstützung der Rekrutierung für Studien, Wissen zu Therapieerfolgen, prospektiver Diagnostik und Therapieentscheidungen wie beispielsweise in der Onkologie und Radiologie, können bereitgestellt werden. Über Harmonisierung von Daten und Anbindung von Kliniken und niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen können IT-Lösungen die Kommunikation verbessern für eine schnellere und passgenauere Behandlung. Neben Effizienzsteigerung und Erhöhung der Sicherheit kann Digitalisierung somit auch eine Basis für gemeinsame Forschung schaffen, den wissenschaftlichen Austausch unterstützen und bisher gebundene Kapazitäten freisetzen für eine menschliche Medizin auf höchstem Niveau.

Die Medizininformatik Initiative [16] und das mit der COVID-19-Pandemie entstandene Netzwerk Universitätsmedizin [17] bieten Chancen zum Aufbrechen lokaler Datensilos. Dagegen werden bestehende Maßnahmen auf Landes-, Bundes- und Europaebene, zum Beispiel das Krankenhaus-Zukunftsgesetz, der European Health Data Space und die Telematikinfrastruktur, aufgrund eines ungünstigen Kosten-Nutzen-Verhältnisses, hohem Umstellungsaufwand, Fehleranfälligkeit der IT-Systeme oder mangelnder

Kommunikation zwischen Herstellern und Anwendern kaum genutzt [18, 19]. Die Ablehnung verwundert nicht, da Ärztinnen und Ärzten diese Systeme ohne Mitsprache „aufgezwungen“ wurden oder sie keinen Mehrwert und Nutzen darin erkennen. Wesentlich für den Erfolg neuer digitaler Lösungen ist die Akzeptanz der Anwender, daher müssen diese in die Konzeption einbezogen und Systeme anhand ihrer konkreten Bedürfnisse entwickelt werden. Die Anwenderinnen und Anwender wiederum müssen digitale Kompetenzen für die Anwendung der Systeme entwickeln. Interdisziplinäre Zusammenarbeit ist hier der Schlüssel zum Erfolg, auch um dem massiven Genderbias in der digitalen Welt zu begegnen [20].

Interdisziplinäre Zusammenarbeit als Schlüssel zum Erfolg

Damit Ärztinnen und Ärzte vom Digitalisierungsschwing profitieren können, müssen die Anwendungen anwenderzentriert gestaltet und optimal in den Arbeitsprozess eingebunden sein. In interdisziplinären Teams bringen Entwickler beziehungsweise Informatiker ihre technischen Kompetenzen ein, Anwender spezifisches Wissen über ihre Arbeitsprozesse und ihr Arbeitsumfeld, Arbeits-, Sozial- und Geisteswissenschaftler tragen zur systematischen Prozesserfassung, strukturierter Prozessdarstellung und ergonomischen Systemgestaltung bei. Eine die Disziplinen übergreifende Kommunikation ist unbedingte Voraussetzung, aber auch Herausforderung, und erfordert Offenheit, Respekt und Wertschätzung, Reflektieren anderer Sichtweisen, Akzeptanz von geeigneteren Methoden aus anderen Disziplinen und Zeit für gemeinsames Lernen. Ein positives Beispiel ist das sogenannte „Agile Usability Engineering“ [21], bei welchem ausgehend von einer Analyse der Anwenderinnen und Anwender, Arbeitsprozesse und Arbeitsumgebung

die Bedürfnisse abgeleitet und als Nutzungsanforderungen spezifiziert werden. In kurzen Entwicklungszyklen werden Lösungen entwickelt und mit den Anwendern zwischenevaluert. Bedürfnisse, Bedarfe, Hindernisse, aber auch persönliche und organisatorische Barrieren werden über empirische Akzeptanzerhebungen [22, 23] frühzeitig und kontinuierlich erkannt, um entsprechende Lösungen zu entwickeln. Ein Beispiel dafür ist der „Medical Informatics Hub in Saxony – MiHUBx“ – einer von sechs regionalen Knotenpunkten der digitalen Medizin-Infrastruktur in Deutschland [8]. MiHUBx soll die wegberaubende Arbeit der Medizininformatik-Initiative aus den Unikliniken in alle Bereiche des Gesundheitssystems integrieren: von der örtlichen Hausarztpraxis über das regionale Krankenhaus bis zur angeschlossenen Rehabilitations- und Pflegeeinrichtung. Die technischen Arbeiten im MiHUBx werden begleitet durch Befragungen, Interviews und Arbeitstreffen, um kontinuierlich alle Stakeholder (Entwickler, medizinisches Personal, Forschende, Patienten) einzubinden, fortlaufend die Akzeptanz zu evaluieren und den Erfolg sicherzustellen. Ergänzend werden Konzepte zur Stärkung der digitalen Kompetenzen der Anwenderinnen und Anwender entwickelt und eine Infrastruktur für Lehrinhalte, Aus- und Weiterbildungsangebote geschaffen.

Ausblick

Die neue Arbeitswelt wird professionell begleitet und interprofessionell betrieben. Moral und Ethik, Nutzen und Qualität, Arbeitsinnovation und Philosophie werden in Entscheidungsfindungen durch innovative Teams einbezogen, separierende Strukturen sind aufgebrochen. Ausgewogene Work-Life-Balance und Diversitätskompetenz fördern die Kreativität und Motivation.

I. Die Medizin der Zukunft ist ein gemeinsames Konstrukt aus

Praxis, Forschung und Lehre unter der Prämisse von Sinnhaftigkeit, Anwendbarkeit, Nachhaltigkeit und gesellschaftlichen Werten. Sie ist überwiegend weiblich, nutzt KI und Telemedizin. Medizinerinnen und Mediziner arbeiten in Teams für die individualisierte Behandlung der Patientinnen und Patienten.

- II. Die Forschung der Zukunft ändert den Kodex zu einer guten wissenschaftlichen Praxis und bewertet Forschungsideen stärker. Sie reduziert das Primat der Kennzahlen und nutzt ein Diversity-Management zur Neugestaltung von Werte-orientierten Kriterien.
- III. Die Lehre der Zukunft ist eng verknüpft mit Praxis und Forschung und ist ein iterativer, dynamischer Prozess. Dem exponentiell wachsenden Fachwissen begegnet sie mit methodischen überfachlichen Kompetenzen. Sie vermittelt die Fähigkeit zur Selbstreflexion, lebenslangem Lernen und der Nutzung digitaler Ressourcen und trainiert verstärkt soziale, emotionale und kommunikative Kompetenzen. ■

Langfassung des Beitrages und Literatur unter www.slaek.de → Presse/ÖA → Ärzteblatt



Korrespondierende Autorin
Prof. Dr. med. habil. Katrin Engelmann
Augenklinik am Klinikum Chemnitz gGmbH
Flemmingstraße 2, 09116 Chemnitz
E-Mail: k.engelmann@skc.de