

V. Starker | E. van Amern | M. Riegel

# The Focused Hospital



Wie konzentriertes  
und fokussiertes  
Arbeiten in Kliniken  
gelingt



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Vera Starker, Elsa van Amern, Maike Riegel

**The Focused Hospital**



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft



Vera Starker, Elsa van Amern, Maike Riegel

# The Focused Hospital

Wie konzentriertes und fokussiertes  
Arbeiten in Kliniken gelingt

mit Gastbeiträgen von

Prof. Dr. Alexander Ghanem | Dr. Katharina Roos  
Micha Kämpfer & Jenn Christison | David-Ruben Thies  
Dr. Klaus Klother & Olaf Kaiser | Prof. Raymond Meier



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG  
Unterbaumstr. 4  
10117 Berlin  
www.mwv-berlin.de

ISBN 978-3-95466-791-8

**Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Informationen sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin, 2023

Dieses Werk ist einschließlich aller seiner Teile urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften. Im vorliegenden Werk wird zur allgemeinen Bezeichnung von Personen nur die männliche Form verwendet, gemeint sind immer alle Geschlechter, sofern nicht gesondert angegeben. Sofern Beitragende in ihren Texten gendergerechte Formulierungen wünschen, übernehmen wir diese in den entsprechenden Beiträgen oder Werken.

Die Verfasser haben große Mühe darauf verwandt, die fachlichen Inhalte auf den Stand der Wissenschaft bei Drucklegung zu bringen. Dennoch sind Irrtümer oder Druckfehler nie auszuschließen. Daher kann der Verlag für Angaben zum diagnostischen oder therapeutischen Vorgehen (zum Beispiel Dosierungsanweisungen oder Applikationsformen) keine Gewähr übernehmen. Derartige Angaben müssen vom Leser im Einzelfall anhand der Produktinformation der jeweiligen Hersteller und anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden. Eventuelle Errata zum Download finden Sie jederzeit aktuell auf der Verlags-Website.

Lektorat: Susanne Schulten, Schöne Worte  
Layout & Satz: Julia Krämer, Joanna Wilkans  
Herstellung: zweiband.media GmbH, Berlin

Zuschriften und Kritik an:

MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Unterbaumstr. 4, 10117 Berlin, [lektorat@mwv-berlin.de](mailto:lektorat@mwv-berlin.de)

# Die Autorinnen und Autoren

## Vera Starker

ist Wirtschaftspsychologin, MBA in systemischer Organisationsentwicklung und Experte für Veränderungsprozesse in Organisationen.

## Elsa van Amern

ist Autorin, Psychologin (Dipl.), Coach, NLP-Lehrtrainerin, systemische Beraterin und Kunsttherapeutin sowie Inhaberin des IMAP Instituts für Mensch, Arbeit & Psychologie.

## Maike Riegel

ist Psychologin (B. Sc.), Medizinethikerin und Kulturwissenschaftlerin (M. A.).

## Perspektiven aus der Praxis

**Prof. Dr. Alexander Ghanem** ist Chefarzt in den Asklepios Kliniken und Facharzt für Innere Medizin, Facharzt für Innere Medizin und Angiologie, Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie sowie Sachbuchautor.

**Dr. Katharina Roos** ist Geschäftsführerin der Netzwert Partner GmbH und Experte für Befragungen und Organisationsentwicklung, u. a. im klinischen Bereich.

**Micha Kämpfer** ist Wirtschafts- und Politikwissenschaftler (Universitäten St. Gallen und Sciences Po Paris). Seit 2013 fokussiert er auf die Begleitung von Veränderungsprojekten im Gesundheitswesen.

**Jenn Christison** ist Beraterin für Leistungsverbesserung mit einem Hintergrund in Soziologie, Ethik und Verhaltenswissenschaften (Universität Washington). Seit 15 Jahren begleitet sie Verbesserungsmaßnahmen u. a. in der Luft- und Raumfahrt sowie im Gesundheitswesen.

**David-Ruben Thies** ist Geschäftsführer der Waldkliniken Eisenberg und Pflegefachkraft. Seine Klinik wurde mehrfach ausgezeichnet.

**Dr. theol. Klaus Klothner**, Stabsstelle Christliche Unternehmenskultur der Kath. St. Paulus Gesellschaft Dortmund. Er trägt dazu bei, dass der christliche Geist in den Einrichtungen und Diensten auch morgen noch spürbar sein wird.

**Olaf Kaiser**, Ev. Pfarrer, Krankenhauseelsorger im St. Johannes Hospital Dortmund. Er sorgt seit mehr als zehn Jahren für Patienten im Krankenhaus und ist Vorsitzender des Ethikkomitees.

**Prof. Raymond Meier** wurde 2012 mit einem Lehrstuhl für Brand Identity an die Media Design Hochschule, Berlin, berufen. Er ist überdies zertifizierter und staatlich anerkannter Qi Gong Instructor, ausgebildet am San Bao Institut, Berlin.



Menschen arbeiten in der Universitätsmedizin, weil sie das gemeinsame Ziel eint, Spitzenmedizin durch Forschung, Heilen, Lehre und Translation anbieten zu können. Um dieses Ziel erreichen zu können, sind zumindest signifikante Phasen fokussierten, unterbrechungsfreien Arbeitens erforderlich. Die gewachsenen Strukturen, bürokratische Anforderungen, Prozesse, die nicht end-to-end digitalisiert sind und wenig ausgeprägte, flexible und zeitgemäße Dienstplanungen über Berufsgruppen hinweg und orientiert am Arbeitsziel, erschweren fokussiertes Arbeiten. Das führt dazu, dass Mitarbeitende müde, überlastet und wenig erfüllt arbeiten und dadurch die aktive Bindung an ihren Job und Arbeitgeber niedrig ist. Nicht umsonst wird lebhaft über die Berufsflucht in allen medizinischen Bereichen diskutiert. Es ist daher unerlässlich, sich mit der Frage der Defragmentierung von Arbeit auseinanderzusetzen. Auch klar ist, dass die Lösungsansätze so vielfältig sein müssen, wie die Fragestellungen, denn gewachsene Strukturen bringen individuelle Herausforderungen mit sich. Was alle Lösungen gemeinsam haben sollten, ist, dass sie dem Gesundheitspersonal den Weg frei räumen, um sich auf ihre Kerntätigkeiten zu fokussieren. Das gilt für eine Universitätsmedizin insbesondere, da weitere Freiräume für Translation, Forschung und Lehre in der Medizin und – wenn auch im Aufbruch – in den Gesundheitsfachberufen erhalten und geschaffen werden müssen. Interessant ist der im vorliegenden Buch beschriebene Focused-Hospital-Ansatz deshalb vor allem deswegen, weil er sehr systematisch und strukturiert vorgeht und maßgeblich auf die Gestaltung von innen heraus setzt und nur reduziert auf externe Beratung angewiesen ist. So ist eine breite Mitgestaltung des Gesundheitspersonals bei der Gestaltung der Arbeitsbedingungen möglich. Und Partizipation an der Mitgestaltung besserer Arbeitsbedingungen und deren gezielte Förderung ist zu Recht ein Kernelement von New Work, dem sich jede Organisation im digitalen Zeitalter widmen sollte. Ich wünsche Ihnen eine inspirierende Lektüre!

**Carla Eysel, Vorständin Personal und Pflege Charité Universitätsmedizin Berlin**

Berlin im September 2022



„Meine liebsten Dinge im Leben sind **kostenlos**. Es ist doch klar, dass unsere wertvollste Ressource unsere **Zeit** ist.“

– Steve Jobs

Lkw-Fahrer und -Fahrerinnen müssen nach viereinhalb Stunden Fahrtzeit eine Pause von mindestens 45 Minuten einlegen. Fluglotsen arbeiten an den größeren Flughäfen maximal zwei Stunden am Stück und haben dann Pause, die selbstverständlich bezahlt wird. Der Grund dafür? Das Gehirn kann sich nicht über Stunden am Stück ohne Pausen konzentrieren und die benannten Tätigkeiten weisen ein hohes Gefahrenpotenzial für Menschen auf.

Für Ärzte und Ärztinnen gibt es jedoch keine vergleichbaren Regelungen, da der „konzentrationsintensive Teil ihrer Tätigkeit“ nicht berücksichtigt wird – und das, obwohl sie unmittelbar am Menschen und mit Menschen, teils in Hochrisikosituationen, arbeiten. Die im Arbeitszeitgesetz geregelte 48-Stunden-Grenze darf nur überschritten werden, wenn es sich um regelmäßige Bereitschaftsdienste in erheblichem Umfang handelt. Die sogenannte „Opt-out“-Regelung bedeutet jedoch faktisch einen teilweisen Verzicht auf diese gesetzlich garantierten Arbeitnehmerrechte. Nach ihr wird die 48-Stunden-Grenze obsolet.<sup>1</sup>

Der Marburger Bund hat sich im Mai 2019 nach zähen Verhandlungsrunden mit der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (VAK) auf einen neuen Tarifvertrag geeinigt. Unter anderem sieht dieser Tarifabschluss eine Senkung der wöchentlichen Höchstarbeitszeit von 58 auf 56 Stunden bei einer Opt-out-Vereinbarung vor. Grundsätzlich ist laut der EU-Verordnung die Obergrenze von 60 Stunden für alle Klinikbetreiber verpflichtend. Allerdings gilt die durchschnittliche Betrachtung der letzten sechs Monate bzw. 24 Wochen. Aber möchten Sie wirklich von einem Arzt operiert werden, der seit 24 Stunden im Dienst ist? Wahrscheinlich nicht mehr, wenn Sie dieses Buch gelesen und verstanden haben, wie unser Gehirn auf Pausenverzicht, häufige Arbeitsunterbrechungen und Multitasking reagiert.

Diese Praxis im Umgang mit ärztlichem, aber auch pflegendem Personal und die daraus resultierende Gefährdung der Patientensicherheit hat sich durch den Personalmangel etabliert und wird durch ihn von Arbeitgeberseite immer wieder gerechtfertigt. Zu wenig Personal und zu geringe bzw. ausbleibende Finanzierung für verwaltende Tätigkeiten führen dazu, dass „man nicht anders kann in den Schichtplanungen“. Und den Preis zahlt das Gesundheitspersonal.

Naturgemäß ist die Arbeit in Krankenhäusern von einer hohen Anzahl von Unterbrechungen geprägt. Studien zeigen insbesondere auf Intensivstationen eine sehr hohe Fragmentierungsquote auf. Ärztinnen und Ärzte in Notaufnahmen werden – wie eine mehrtägige Beobachtung ergab – durchschnittlich alle vier Minuten durch einen Telefonanruf oder eine Rückfrage in ihrer Tätigkeit unterbrochen. Drei Viertel dieser Anrufe beziehungsweise Nachfragen bezogen sich jedoch auf Probleme, die entfallen würden, wenn die Prozesse verbessert und in Teilen noch weiter standardisiert wären. Über Fragmentierung und Multitasking kommt es – neben der zeitlichen Überbeanspruchung – auch zu emotionaler Erschöpfung und zu einem messbaren Nachlassen der Konzentrationsfähigkeit, was zwangsläufig zu Fehlern führt. Auch in Deutschland, wo es keine Fehlermeldepflicht gibt, gab es 2020 – laut einer Statistik des Medizinischen Dienstes – 9293 fachärztliche Gutachten zu vermuteten Behandlungsfehlern im Krankenhaus. In jedem fünften Fall war der Fehler ursächlich für den Schaden.<sup>2</sup> Der Begriff „Behandlungsfehler“ kann alles bedeuten von falschen Laborwerten über Verwechslungen bis hin zur Amputation der falschen Gliedmaßen. In knapp 3 % der Fälle hat der Fehler wesentlich zum Versterben des Patienten beigetragen. 0,9 Promille Alkohol im Blut und eine Schicht, die bereits 18 Stunden dauert, sind in ihren – möglicherweise fatalen – Auswirkungen durchaus vergleichbar. Das durch Arbeitsfragmentierung einsetzende Multitasking führt zu hohen Anforderungen an Aufmerksamkeits- und Konzentrationsprozesse. Überdies stören häufige Unterbrechungen den Arbeitsfluss und erfordern zusätzlichen Aufwand, um das Aufgabenziel in der beabsichtigten Zeit doch noch zu erreichen.

Diese Belastung kann sowohl Leistungseinbußen als auch ein erhöhtes Beanspruchungserleben erklären. Eine umfangreiche Studie des Bundesamtes für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin im klinischen Umfeld von 2019<sup>3</sup> identifizierte Unterbrechungen und Multitasking-Anforderungen als eine tägliche Belastungsquelle und bedeutenden Stressor mit einem deutlichen negativen Effekt auf Befinden und Leistung.

Die Art und Weise, wie in Medizin und Pflege gearbeitet wird, führt also nicht nur zur Verschwendung von Zeit und von Leistungsenergie, sondern ist darüber hinaus

auch gefährlich – für die Patienten und für das betroffene Personal selbst, das durch Fragmentierung erschöpft wird – ein Missstand, der durch optimierte Prozesse, die Einführung von gehirngerechterem Arbeiten und systematischer Stärkung von Resilienzfaktoren messbar zu entschärfen wäre. Erschwerend kommt die Verpflichtung zu regelmäßigen Überstunden und zusätzlichen Diensten hinzu. Bereits junge Beschäftigte der klinischen Versorgung erleben Gesundheitsgefährdungen, so zeigt es eine Studie der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) von 2019. Belastungssyndrome, Burnout-Symptome und Überarbeitung treten nicht nur bei langjährig engagierten, sondern zunehmend auch bei jungen Beschäftigten auf.<sup>4</sup>

Wer nun (mittlerweile nahezu reflexhaft) an die Lösung der Problematik über Digitalisierung denkt, sieht sich enttäuscht.<sup>5</sup> Denn wie eine Studie im Jahr 2022 ermittelte, löst ein höherer Digitalisierungsgrad sogar eine noch höhere Fragmentierung und vermehrtes Multitasking aus.<sup>6</sup> Daher kann die Lösung nur im gezielten Aufbau von Wissen rund um die Phänomene Fragmentierung und Multitasking und in der Prozessarbeit an sich liegen – also der Defragmentierung des Arbeitsalltags und der gleichzeitigen systematischen psychosozialen Stärkung des Gesundheitspersonals. Dann kann die Digitalisierung der defragmentierten Prozesse optimale Entlastung bieten. Aber sie löst das Problem eben nicht von allein.

Hinzu kommen emotionale Herausforderungen wie der ständige Umgang mit Tod, Sterben, Leid und Misserfolgen in einem Klima, das wesentlich durch hohes Tempo, Einzelkämpfertum und Hierarchiedenken bestimmt ist.<sup>7</sup> Auch jüngste Krisen wie die Covid-19-Pandemie treffen auf fehlende strukturell implementierte psychosoziale Unterstützungsangebote für Behandelnde und medizinische Teams. Die Sektionen „Perspektive Resilienz“, „Pflegeforschung und Pflegequalität“ und „Psychologische Versorgungsstrukturen in der Intensivmedizin“ der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) setzen sich mit Nachdruck für die Implementierung spezifischer Angebote und die Entwicklung von Standards für innerklinische Krisenhilfen für Beschäftigte, Patienten, Angehörige und Hinterbliebene ein.<sup>8</sup>

Wenn uns der Erhalt der Leistungsfähigkeit und Gesundheit des ärztlichen und pflegenden Personals sowie anderer Gesundheitsfachberufe am Herzen liegt, muss die Art, wie im digitalen Zeitalter in Kliniken gearbeitet wird, verändert werden. Gesundheit und Leistungsfähigkeit, Fokussierung und konzentriertes Heilen und Pflegen sind untrennbar mit der Gewährleistung einer hohen Sicherheit für die Patienten verbunden, denn großes Engagement und hohe Motivation können nicht den

Umstand kompensieren, dass bestimmte Leistungsgrenzen permanent überschritten werden müssen. Ebenso ist eine systematisch und strukturell verankerte Resilienzförderung die Basis für Leistungsfähigkeit und Gesunderhaltung im Umgang mit – sich künftig mehrenden – Krisen, Großschadensereignissen und steigendem Aggressionspotenzial auf Patienten- und Angehörigenseite.

Wir wollen Ihnen daher mit diesem Buch das Focused-Hospital-Modell vorstellen und Sie dazu inspirieren, Ihren Klinikalltag systematisch von vielen unnötigen und im Ergebnis erschöpfenden Störungen zu entlasten, sodass ein messbar höheres Maß an Konzentration und Fokussierung für alle Berufsgruppen ermöglicht wird. Dazu zählen mittelbar ebenfalls ein neues Verständnis von Führung, die strukturelle Implementierung von Empowerment, die psychosozialen Unterstützungsstrukturen und weitere Maßnahmen. Die systematische Defragmentierung des Arbeitsalltags bei gleichzeitiger Fokussierung stärkender Strukturen stellt eine bedeutende Chance dar, um das tägliche Arbeitserleben des Gesundheitspersonals im klinischen Umfeld stressreduzierter zu gestalten und Leistungsfähigkeit, Wohlbefinden sowie Patientensicherheit zu erhöhen.

**Vera Starker, Elsa van Amern, Maike Riegel**

Berlin im September 2022

## Referenzen

- 1 Struck et al., 2022
- 2 München, 2022
- 3 Baethge et al., 2019
- 4 Jöllenbeck, 2019
- 5 Manzeschke & Brink, 2022
- 6 Süß et al., 2022
- 7 Hinzmann et al., 2019
- 8 Arndt, 2020

<b>Geleitwort</b> .....	VII
<b>Vorwort</b> .....	IX
<b>1. Einleitung</b> .....	3
<b>2. Die Arbeit hat sich verändert</b> .....	11
2.1    Wo liegt der Fokus in der klinischen Arbeit? .....	18
2.2    Löst die Digitalisierung alle unsere Probleme? .....	24
2.3    Folgen von Arbeitsunterbrechungen und Multitasking .....	27
<b>3. Das fokussierte Krankenhaus – The Focused Hospital</b> .....	35
3.1    Das Focused-Hospital-Modell .....	35
3.2    Relevanz des systemischen Ansatzes .....	36
3.3    Die Haltung .....	40
3.4    Umgang mit Komplexität .....	44
3.5    Die einzelnen Focused-Hospital-Modell-Dimensionen .....	46
3.5.1    Arbeitsorganisation .....	46
3.5.2    Führung .....	50
3.5.3    Kooperation .....	67
3.5.4    Eigenes Verhalten .....	80
3.5.5    Kultur .....	95
<b>4. Wie Veränderungskraft entsteht</b> .....	127
<b>5. Effekte des Focused-Hospital-Modells</b> .....	141
<b>6. Der Prozess</b> .....	149
<b>7. Verhältnis zu anderen Ansätzen</b> .....	155

<b>8. Perspektiven aus der Praxis</b> .....	163
8.1 Welche Relevanz hat Selbstmanagement im Kontext „New Work“? .....	163
<i>Prof. Dr. Alexander Ghanem</i>	
8.2 Wie Navigation in Veränderung gelingt .....	169
<i>Dr. Katharina Roos</i>	
8.3 Kontinuierliche Verbesserung durch Focused Hospital: Die Lehren des Lean Management .....	173
<i>Micha Kämpfer und Jenn Christison</i>	
8.4 Die glücklichsten Patienten – und die glücklichsten Mitarbeiter .....	190
<i>David-Ruben Thies</i>	
8.5 Klinische Ethik als Vorbild für „konzentriertes Arbeiten im Krankenhaus“?! .....	194
<i>Dr. theol. Klaus Klother und Olaf Kaiser</i>	
8.6 Der Funke im System – Selbstfürsorge als Grundlage für einen erfolgreichen Veränderungsprozess .....	198
<i>Prof. Raymond Meier</i>	
Quellenverzeichnis .....	206
Die Autorinnen und Autoren .....	216

- Abb. 1: Beeinflussbarkeit von Herausforderungen im Gesundheitswesen, Starker (2022)
- Abb. 2: Taylorwanne in Anlehnung an Niels Pfläging, Komplexithoden
- Abb. 3: VUCA-Modell
- Abb. 4: Menschliche Bedürfnisse in einer veränderten Arbeitswelt
- Abb. 5: Fokus im klinischen Alltag
- Abb. 6: Größte Stressoren im klinischen Alltag
- Abb. 7: Beispielhafte Darstellung des Fragmentierungspotenzials
- Abb. 8: Verlauf von Kommunikations- und Entscheidungsprozessen
- Abb. 9: Zusammenhang zwischen Digitalisierungsgrad, Fragmentierungsquote und Stresserleben, Starker et al. 2022
- Abb. 10: Auswirkungen von Fragmentierung und Multitasking
- Abb. 11: The Focused-Hospital-Modell, Starker et al. (2022)
- Abb. 12: Die Lernende Organisation in Anlehnung an Peter Senge (1990)
- Abb. 13: Menschenbild X und Y, inhaltlich nach Pfläging & Hermann
- Abb. 14: Die Focused-Hospital-Haltung
- Abb. 15: Kompetenzen im Umgang mit Komplexität, Starker (2020)
- Abb. 16: Dimensionen der Arbeitsorganisation in einem Focused Hospital
- Abb. 17: Handlungsfeld Arbeitsorganisation im TFH-Prozess
- Abb. 18: Dimensionen der Führung in einem Focused Hospital
- Abb. 19: The Full-Range Leadership Model (2009)
- Abb. 20: Multiple Perspektiven von Führung, Starker (2020)
- Abb. 21: Die zehn wichtigsten Arbeitsbedingungen für die Rückkehr bzw. Stundenerhöhung in der Pflege
- Abb. 22: Hybride Lernarchitektur, van Amern (2022)
- Abb. 23: Psychologisches Empowerment nach Gretchen Spreitzer
- Abb. 24: Handlungsfeld Führung im TFH-Prozess
- Abb. 25: Dimensionen der Kooperation in einem Focused Hospital
- Abb. 26: Von der Einfluss- und Machtorientierung zum kooperativen Fokus
- Abb. 27: Unterschiedliche Führungs-Logiken
- Abb. 28: Systemische Verschiebungen durch die Einführung von Selbstorganisation
- Abb. 29: Value-based Healthcare (VBHC) in Anlehnung an Michael Porter und Elizabeth Teisberg, Harvard University
- Abb. 30: Co-kreative Kooperationslogik in Anlehnung an Prahalad und Ramaswamy
- Abb. 31: Die sechs Phasen des Design Thinking nach Winograd, Leifer & Kelley
- Abb. 32: Transformation der Verwaltung
- Abb. 33: Vier Ansatzpunkte für eine nutzen- und nutzerzentrierte Transformation der Verwaltung
- Abb. 34: Handlungsfeld Kooperation im TFH-Prozess
- Abb. 35: Handlungsfeld Eigenes Verhalten im TFH-Prozess
- Abb. 36: Differenz zwischen Multi- und Singletasking, Nils Wartenkin
- Abb. 37: Innere Antreiber
- Abb. 38: Prinzip der Aufmerksamkeitsfokussierung
- Abb. 39: Drama Dreieck in Anlehnung an Stephen Karpman
- Abb. 40: Handlungsfeld Eigenes Verhalten im TFH-Prozess
- Abb. 41: Handlungsfeld Kultur im TFH-Prozess
- Abb. 42: Strukturelles Empowerment
- Abb. 43: Salutogenese nach Aaron Antonovsky (1970)
- Abb. 44: Stärkung der Resilienz von Behandelnden nach Wu et al. & Strametz
- Abb. 45: Peer-Support-Modell des PSU-Teams, Hinzmann et al.
- Abb. 46: Fig. 1 Duchek's capability-based conceptualisation of organisational resilience
- Abb. 47: PROMs, Bertelsmann Stiftung (2021)
- Abb. 48: Modell der Psychologischen Sicherheit nach Amy Edmondson, Harvard University
- Abb. 49: Modell der Psychologischen Sicherheit nach Amy Edmondson, Harvard University
- Abb. 50: Phasen der DuPont™-Bradley-Kurve™
- Abb. 51: Faktoren, die Psychologische Sicherheit unterstützen nach O'Donovan und McAuliffe
- Abb. 52: Konfliktarten

- Abb. 53: Konfliktmodell nach Friedrich Glasl (1980)
- Abb. 54: Bereitschaft zur Zusammenarbeit nach dem Thomas Kilman Konflikt Modell
- Abb. 55: Klassische innere Antreiber in Konflikten
- Abb. 56: Handlungsfeld Kultur im TFH-Prozess
- Abb. 57: (Unwillkürliche) Vermeidungsreaktion bei negativ erlebter Veränderungshistorie, Starker (2021)
- Abb. 58: Der Unterschied zwischen Sense of urgency und sinngetriebener Transformation
- Abb. 59: Sinngetriebene Transformation
- Abb. 60: Eisbergmodell in Anlehnung an Ruch & Zimbardo (1974)
- Abb. 61: Veränderungskraft entsteht aus dem Ziel heraus, Starker (2021)
- Abb. 62: Prinzip des Musterwechsels in einem TFH-Prozess, Wimmer (2012), erweitert nach Väth (2021), erweitert nach Starker (2021)
- Abb. 63: Veränderungsprinzipien
- Abb. 64: Das Yerkes-Dodson-Gesetz nach Yerkes & Dodson (1908)
- Abb. 65: Effekte des Focused-Hospital-Modells
- Abb. 66: Einflussmodell, Starker (2019) in Anlehnung an Stephen R. Covey „The Seven Habits of Highly Effective People“
- Abb. 67: Der TFH-Prozess, Starker (2020)
- Abb. 68: Vergleich der Ansätze
- Abb. 69: Selbstmanagement-Modell nach Ghanem (2021)
- Abb. 70: Prozessdarstellung TFH-Standortbefragung
- Abb. 71: Die fünf Prinzipien von Lean in Anlehnung an Womack & Jones (1996)
- Abb. 72: Die 8 Verschwendungen (eigene Darstellung nach Kämpfer)
- Abb. 73: Störungsprotokoll (eigene Darstellung nach Kämpfer)
- Abb. 74: Grafik Verteidigungslinien auf der Pflegestation (eigene Darstellung nach Kämpfer in Anlehnung an Neuman (1996))
- Abb. 75: Tagesplan als Schutzmechanismus (eigene Darstellung nach Kämpfer)
- Abb. 76: Treiberbaum „Kooperation“ (eigene Darstellung nach Kämpfer)
- Abb. 77: Flight-or-Fight-Modus



# 1. Einleitung



# 1

## Einleitung

*Ich werde auf meine **eigene Gesundheit, mein Wohlergehen und meine Fähigkeiten achten, um eine Behandlung auf höchstem Niveau leisten zu können.***

*– Deklaration von Genf – Das ärztliche Gelöbnis 2017<sup>1</sup>*

Warum sollte ein Krankenhaus ein Focused Hospital werden? Der Diskurs über die Veränderung des Gesundheitswesens wird durch Fragen der Finanzierung, die Strukturereinigung und den Fachkräftemangel dominiert. Alle sind sich darüber einig, dass das Gesundheitswesen dringend große Reformen braucht, und spätestens seit der Corona-Pandemie stehen die Kliniken im Mittelpunkt der Krise. Die aktuellen Strukturen verschleifen das hoch engagierte Personal und immer mehr Mitarbeitende verlassen die Kliniken.

Einer 2017 durchgeführten Online-Befragung der BGW<sup>2</sup> zufolge leiden auch Nachwuchsärztinnen und -ärzte bereits unter Burnout-Symptomen, woraus ein weiterer psychisch belastender Faktor resultiert: Viele von ihnen haben den Eindruck, dass unter ihrer persönlichen beruflichen Belastung auch die Patientenversorgung leidet. Das Ausmaß der Betroffenheit ist enorm. „Mehr als 70 % der jungen Angestellten im Krankenhaus zeigen Burnout-Symptome, und jeder Fünfte gab sogar an, aufgrund von arbeitsbedingtem Stress bereits Medikamente eingenommen zu haben“, berichtet Dr. med. Kevin Schulte, Sprecher des Jungen Forums des Berufsverbandes Deutscher Internisten (BDI) und Co-Autor der Studie gegenüber dem Deutschen Ärzte-

blatt.<sup>3</sup> „Das ist wirklich erschreckend und ein deutliches Zeichen dafür, dass es sich bei den betroffenen Kollegen nicht um Einzelfälle handelt, die den körperlichen und psychischen Belastungen im Krankenhaus nicht gewachsen sind“, betont der Internist. „Viele Kollegen müssen aufgrund der gesetzten Rahmenbedingungen eine Versorgung leisten, die ihrem persönlichen moralischen Werteempfinden widerspricht.“ Bestätigt wird dies über eine DAK-Erhebung aus 2020<sup>4</sup>, nach der das Gesundheitswesen als trauriger Sieger die Abweichung vom DAK-Durchschnitt bei psychischen Erkrankungen mit 43 % anführt. Eine neue britische Studie aus dem Jahr 2018 bezeichnet Burnout unter Ärzten gar als „Epidemie“. „Alle Studien, ob national oder international, belegen einen Anstieg“, berichtet Dr. med. Hans-Peter Unger, Chefarzt des Zentrums für seelische Gesundheit am Asklepios Klinikum Harburg.

Herbert Freudenberger, der das Burnout-Konzept 1974<sup>5</sup> erstmals veröffentlichte, beschrieb dieses Syndrom zuerst für soziale Berufe.

### *Bis zu 8 % der Pflegenden, Ärzte und Ärztinnen haben bereits Suchtprobleme wegen Arbeitsstress.<sup>6,7</sup>*

Eine ausgeprägte Arbeitsethik, und diese lässt sich wohl für das gesamte pflegende und medizinische Personal bestätigen, führt häufig zur Verleugnung eigener Bedürfnisse. Ganze 43 Jahre nach Freudenbergers Erstausschlag bestätigen sich seine Annahmen erneut. Die BGW-Befragung von 2017<sup>8</sup> nennt Überengagement als einen relevanten unabhängigen Risikofaktor für einen reduzierten Gesundheitszustand und ein hohes Burnout-Risiko für Ärzte, Ärztinnen und Pflegende. Trotz des Anteils von 40,1 % der Teilnehmer mit einem erhöhten Burn-out-Risiko soll die Burn-out-Gefährdung für Anästhesisten in Deutschland nicht größer sein als für andere Berufsgruppen, wie im Rahmen einer Untersuchung von Heinke et al. ermittelt wurde.<sup>9</sup> Wobei Krankenhausanästhesisten gemäß dieser Untersuchung im Vergleich zu nicht im Krankenhaus angestellten Anästhesisten (niedergelassene und freiberuflich tätige Anästhesisten) eine höhere Gefährdung aufweisen, an Burn-out zu erkranken. Lediglich Anästhesiologische Assistenzärzte und Anästhesistinnen sind laut dieser Erhebung gefährdeter als der deutsche Querschnitt. Aber ist das ein Ergebnis, das Beruhigung erzeugt? Aus unserer Sicht in keinem Fall, denn eine Gefährdungsrate von 40 % sollte, egal in welchem Beruf, inakzeptabel sein. Erst recht in einem Hochrisikoberuf.

Ungeachtet der Frage, ob und wie sich das Phänomen des Ausgebrannt-Seins zwischen Modeerscheinung und Krankheitsäquivalent wissenschaftlich definieren lässt, beschreibt es prägnant das, was die Betroffenen als Folgen chronischer sozioemotio-

naler und psychomentaler Belastungen, erleben. Sie werden davon krank. Darüber hinaus kann chronische Überlastung bei Mitarbeitenden im Gesundheitswesen dazu führen, dass die Patientenversorgung beeinträchtigt, wenn nicht gar gefährdet ist. Die Thematik Burnout im Gesundheitsbereich wird intensiv in der angelsächsischen Literatur untersucht.<sup>10</sup>

Noch kritischer wird es bei den Suiziden. Nach Auswertung der Daten in einer Meta-analyse steht fest: Mehr als jeder sechste Mediziner denkt im Laufe seines Lebens an Suizid.<sup>11</sup> Die Suizidrate unter deutschen Ärzten ist im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung um das 3,4-fache erhöht; unter deutschen Ärztinnen sogar um das 5,7-fache.<sup>12</sup> Trotz der hohen Belastung für die Beschäftigten ist ihre (seelische) Gesundheitserhaltung in der Krankenhaus-Finanzierung nicht durchgängig budgetiert. Die finanzielle Ausstattung, die das SGB V ermöglicht, führt nicht zu einer relevanten Inanspruchnahme.

Zudem (oder vielleicht auch deshalb?) gibt es ausgeprägte Selbststigmatisierungstendenzen bei Mitarbeitenden im Gesundheitswesen im Hinblick auf die eigene Hilfsbedürftigkeit.<sup>13</sup> Insbesondere bei Ärztinnen und Ärzten auf Intensivstationen sind deutliche Hemmungen, die eigene Unterstützungsbedürftigkeit zu äußern und transparent zu machen, die Regel. Und der Pflege wird – weist sie auf die gesundheitlichen Risiken hin – nicht selten vorgeworfen, zu „jammern“.

Die Corona-Pandemie erhöht die Belastung um ein Vielfaches.<sup>14</sup> Die DGIIN befragte im April 2021 1.321 Personen, darunter Pflegende (57 %), Rettungs-/Notfallsanitäterinnen und -sanitäter (5 %), sonstige Berufsgruppen (3 %) sowie Ärztinnen und Ärzte (35 %). Mehr als 30 % der nichtärztlichen Mitarbeitenden auf den Intensivstationen, in den Notaufnahmen und im Rettungsdienst wollen ihren Beruf in den nächsten zwölf Monaten verlassen und fast die Hälfte der Pflegenden möchte weniger arbeiten.<sup>15</sup> Bestätigt werden diese Ergebnisse durch eine Umfrage des Marburger Bundes aus 2022. Ein Fünftel der Ärztinnen und Ärzte (23,5 %) in kommunalen Krankenhäusern sieht die berufliche Zukunft außerhalb des Krankenhauses, 56,5 % sind noch unentschieden und nur 20 % planen „definitiv“ keinen konkreten Tätigkeitswechsel.<sup>16</sup>

72 % der Befragten geben an, im Zuge der dritten Welle der Corona-Pandemie überlastet gewesen zu sein und 96 % fühlen sich von den politischen Entscheidungsträgern in der täglichen Arbeit im Stich gelassen. 94 % der befragten nichtärztlichen Mitarbeitenden sehen nach drei Corona-Wellen weder die Intensiv- und Notfallmedizin noch den Rettungsdienst strukturell und personell für die Zukunft ausreichend belastbar aufgestellt. 96 % der Befragten aus den nichtärztlichen Berufen glauben nicht, dass die Politik diesen Personalmangel beheben kann. Auch den Krankenhäusern (83 %)