

SELBSTMANAGEMENT

Der ideale Arbeitstag auf Station ist möglich!



Eine Medizinerkarriere beginnt größtenteils mit dem Erlernen der Stationsarbeit. Unliebsam wird diese durch strukturelle und kulturelle Defizite. Für einen selbstbestimmten Arbeitstag sowie weniger Fremdbestimmung, Wartezeit und Stress sorgen Termine und synchronisierte Prozesse.

Stress, Fremdbestimmung und Überforderung dominieren den Alltag junger Ärztinnen und Ärzte. Aktuelle Daten sind alarmierend: 90 Prozent der jungen Kolleginnen und Kollegen beklagen Stressbelastung, 27 Prozent haben depressive Symptome, 11 Prozent gar Suizidgedanken.

Klassische, organisatorische Paradigmen

Das Erlernen der Stationsarbeit wird durch zahlreiche Herausforderungen unliebsam. Zum einen gibt es in den Kliniken oft strukturelle Defizite, die administrativ bedingt sind, beispielsweise Redundanzen und Mehrarbeit aufgrund von Digitalisierungsbrüchen. Auch übernehmen Ärztinnen und Ärzte häufig Mehrarbeit oder nichtärztliche Tätigkeiten, weil das Personal nicht reicht. Zum anderen kommen kulturelle Diskrepanzen hinzu, die auf klassischen Generationskonflikten basieren. Die meisten strukturellen und kulturellen Defizite führen dazu, dass Ärztinnen und Ärzte eine unzureichende Selbstwirksamkeit empfinden.

Beispiele für klassische, organisatorische Paradigmen in den Kliniken sind:

- Der Arbeitstag beginnt mit einer Abteilungsbesprechung um 8 Uhr.
- Die Mittagspause ist vom Mitarbeitenden selbst zu organisieren.
- Die Patientenvisite folgt den Zimmernummern.

Alle drei Paradigmen sind bedingt durch tradierte Gewohnheiten, Rituale und Systeme und damit Teil der ärztlichen Sozia-

lisation. So ist eine selbst organisierte Mittagspause für klinisch unerfahrenere Kolleginnen und Kollegen schwer umsetzbar, insbesondere wenn erfahrenere selbst keine Mittagspause machen.

Erste Abteilungsbesprechung um 12.30 Uhr

Doch gibt es Alternativen, die darauf abzielen, sich einem idealen, weil selbstbestimmten und selbstwirksamen Arbeitstag auf der Station anzunähern. So hat es Vorteile, die erste Abteilungsbesprechung des Tages nicht um 8 Uhr, sondern um 12.30 Uhr abzuhalten. Das übergeordnete Ziel der ersten Besprechung des Tages ist es, den Informationsstand der Berufsgruppen zu synchronisieren. Ärzteschaft und Pflegende besprechen sich mit dem Belegungs- und Case-Management. Dieses Treffen kann auch virtuell sein. Auf der Leinwand oder am Bildschirm können die Beteiligten am klinischen Informationssystem aufgenommene Patienten, klinische Verläufe und geplante Entlassungen besprechen. Auch Fortbildungen, Verweildauern und Problemfälle finden Platz in diesem Forum und erübrigen separate Termine.

Im Gegensatz zum 8-Uhr-Termin sind mittags alle Patienten visitiert, Vorbefunde organisiert und gesichtet, bestenfalls Konzepte erarbeitet und anberaumt. Das sind die wichtigsten Voraussetzungen für die Evaluation und Entscheidungsfindung. Weiterer Vorteil dieser Uhrzeit: Sie ermöglicht eine gemeinschaftliche und festgelegte Mittagspause als Voraussetzung für eine punktgenaue Wiederaufnahme der Arbeit in den Abteilungen. Hemmschuh dafür, eine Auszeit am Mittag einzurichten, sind entkop-

pelte Termine und zögerliches Wiederaufnehmen der Arbeit. Sind jedoch alle darauf eingestellt, dass Punkt 13.30 Uhr in den Funktionsabteilungen alles weitergeht, ist eine gemeinsame Mittagspause regenerativ und fördert den Gemeinschaftssinn.

Optimale Vorbereitung auf den Folgetag

Eine zweite Besprechung um 16 Uhr bereitet die Visite und die Funktionsdiagnostik des Folgetages optimal vor (Funktionsplanbesprechung). Nachdem die Mitarbeitenden in der zweiten Tageshälfte alle Neuaufnahmen gesehen und die Dokumentationen abgeschlossen haben, kann der Folgetag vorbereitet werden. Sinnvoll ist, die Patienten gemeinsam mit den Pflegenden in drei Kategorien einer Entlassungsampel einzuteilen:

- Kategorie „rot“: Patient wird sicher am Folgetag entlassen
- Kategorie „gelb“: Patient wird möglicherweise entlassen, Befunde/Untersuchungen stehen aus
- Kategorie „grün“: Patient wird nicht am Folgetag entlassen

So sind alle Behandelnden für den kommenden Morgen vorbereitet: Ärzte schließen die Dokumentation der sicher und potenziell zu entlassenden Patienten rechtzeitig ab, ausstehende Untersuchungen der Patienten in der Kategorie „gelb“ werden als „Frühuntersuchung“ angemeldet, sodass diese zwischen 8 und 9 Uhr in die Funktionsabteilungen abgerufen werden können. Die Behandelnden können im Verlauf des frühen Vormittags über die Entlassung entscheiden. Auch sonntags sollte der Dienststart diese zu priorisierenden Patienten planen.

Ein sorgfältig vorbereiteter und öffentlich zugänglicher Funktionsplan sorgt an jedem Morgen für einen reibungslosen Start in den Tag. Die frühmorgendliche Blutentnahme und Visite kann en bloc ohne Unterbrechungen durch Rückfragen stattfinden. Patienten der Kategorie „rot“ können zuerst visitiert und mit dem am Vortag vorbereiteten Brief früh entlassen werden. Diese Betten werden früher belegbar, und der Aufnahmeprozess neuer Patienten zieht sich nicht unnötig in den Tag hinein. Pflegende, Dienstärzte und neue Patientinnen werden es danken. Und Ärztinnen und Ärzte können zeitig die Station verlassen oder die Aufnahmeuntersuchung auf der Station terminieren, ohne auf die Bettenaufbereitung, die Zimmerreinigung, den Transportdienst, die Neuaufnahmen warten zu müssen.

Supervision, Dokumentation, Dienstübergabe

Einem idealen Tag auf Station könnte man als Fixpunkte in der Tagesstruktur noch Zeiten für Supervision, Dokumentation und für die Dienstübergabe hinzufügen. Die Vereinbarung von Terminen mit fester Uhrzeit ergeben in diesen drei Kontexten Sinn, weil man die Verfügbarkeit von Menschen und Arbeitsplätzen für diese Aufgaben proaktiv synchronisieren muss.

Der Tag auf Station könnte durch diese Fixpunkte nun etwas spastisch wirken, und Freunde der Freistilarbeit werden sicher mehr Platz für Flexibilität und Spontaneität einfordern. Doch sind unerwartete und dringliche Einschübe in einer Tagesstruktur besser zu kompensieren als ohne diese. Die Arbeit am und im idealen Tag auf Station kann letztlich Grundlage sein für mehr Selbstwirksamkeit sowohl im Beruf als auch im Privaten.

Prof. Dr. med. Alexander Ghanem

Chefarzt Innere Medizin II

Kardiologie & internistische Intensivmedizin

Asklepios Klinik Nord

22417 Hamburg

KURZ NOTIERT

Spezifische Trainings für mehr Cybersicherheit in Kliniken



Foto: Sikov/stock.adobe.com

Die Universität Göttingen hat zusammen mit der Universitätsmedizin Göttingen, der Universität Hohenheim und 13 deutschen Krankenhäusern ein Verbundprojekt zur Cybersicherheit gestartet. Ziel ist es, Mitarbeitende für einen bewussteren Umgang mit Technologien im Kontext kritischer Infrastrukturen zu qualifizieren. Das Bundesministerium für Gesundheit fördert das Projekt über eine Dauer von drei Jahren mit 609 000 Euro.

Das Team des Projekts „KISK: Kompetenzorientierte und stellenspezifische IT-Sicherheit für Mitarbeitende in Krankenhäusern“ will ein mitarbeiterorientiertes Konzept für cybersicheres Verhalten entwickeln. Zunächst geht es darum, zu identifizieren, welche Kompetenzen beim Thema Cybersicherheit fehlen. Danach werden stellenspezifische Kompetenzprofile definiert, jeweils für verschiedene Berufsgruppen wie Beschäftigte in der Patientenbetreuung, der Verwaltung oder medizinisch-technische Berufe. Anschließend konzipiert das Team bedarfsorientierte Trainings und evaluiert, ob diese der Bedrohungslage der Beschäftigten gerecht werden. Die Ergebnisse sollen allen Kliniken als Blaupause dienen, Mitarbeitende kompetenzorientiert zu qualifizieren.

„One-size-fits-all-Ansätze, bei denen alle dasselbe Training erhalten, haben ausgedient“, sagte Dr. Simon Trang, Juniorprofessor für Informationssicherheit und Compliance der Universität Göttingen. Cyberangriffe wie „WannaCry“ oder „Emotet“ hätten gezeigt, dass inzwischen auch Kliniken in den Fokus von Cyberkriminellen gerückt seien. Das gefährde nicht nur die Datensicherheit. Auch könnten digitalisierte Abläufe in Krankenhäusern derart gestört werden, dass dies die Gesundheitsversorgung einschränke.

Zudem werden die Methoden der Angreifer offenbar immer ausgefeilter. „Früher waren oft leicht zu erkennende Phishing-Mails ein typischer Angriffsvektor“, sagte Dr. Holger Beck, Informationssicherheitsbeauftragter der Universitätsmedizin Göttingen. „Heute sehen wir, dass sich Angreifer präzise über Zielpersonen, ihren Arbeitskontext und ihre IT informieren und diese dann zielgerichtet angreifen.“ **sg**