

Krankenhäuser und Kliniken

Ausführliches Branchenbild aus dem Risikoobservatorium der DGUV

1 Hintergrund

Das Gesundheitswesen ist eine Wachstumsbranche. Im Jahr 2015 übten 2,8 Millionen Beschäftigte in Deutschland einen medizinischen Gesundheitsberuf aus. Dabei ist das Personal in den (teil-)stationären Einrichtungen stärker (+ 2,4 %) als in den ambulanten Einrichtungen (+1,9 %) gewachsen. Fast 21 % des Personals im Gesundheitswesen sind in Krankenhäusern tätig [1]. Fast 870 000 Beschäftigte arbeiten in 1.956 Plankrankenhäusern und ihren Nebenbetrieben. Davon sind umgerechnet 154 364 Vollzeitkräfte als ärztliches Personal und 713 680 als nicht ärztliches Personal angestellt. Die Krankenhäuser sind entweder in öffentlicher (577), freigemeinnütziger/kirchlicher (679) oder privater (700) Trägerschaft [2]. 19,2 Millionen Patientinnen und Patienten wurden stationär im Krankenhaus behandelt [3].

Die Branche Krankenhäuser (und Kliniken) wird nach Einschätzung der Präventionsfachleuten von vielen aktuellen gesellschaftlichen Entwicklungen in der nahen Zukunft erheblich beeinflusst, seien es demografische Trends (Alterung der Bevölkerung, Fachkräftemangel) oder Trends, die sich unter die Globalisierung und den Wandel hin zur Dienstleistungsgesellschaft fassen lassen (Ausweitung von Arbeitszeiten und Verantwortung, Arbeitsverdichtung, zunehmende Gewalt, sprachliche und interkulturelle Anforderungen, Migration von Krankheitserregern). Daneben spielen auch „klassische“ Themen wie lange und einseitige Muskel-Skelett-Beanspruchungen künftig weiterhin eine wichtige Rolle, außerdem spezifische Aspekte des Gesundheitswesens, wie zunehmende Resistenzen gegenüber Arzneimitteln oder die vermehrte Exposition gegenüber allergieauslösenden Stoffen.

Tabelle 1 zeigt, welche aktuellen Trends und Entwicklungen die Branche Krankenhäuser und Kliniken hinsichtlich der Sicherheit und Gesundheit in der nahen Zukunft beeinflussen werden. Diese Einschätzungen sowie die im letzten Kapitel zusammengefassten Vorschläge zur Prävention wurden im Rahmen des Risikoobservatoriums der DGUV erhoben und stammen von Präventionsfachleuten der gesetzlichen Unfallversicherung.

Tabelle 1 Rangreihung der bedeutsamsten Entwicklungen im Hinblick auf den Arbeitsschutz der nahen Zukunft in der Branche Krankenhäuser und Kliniken als Ergebnis der Befragungsstufe 2 des Risikoobservatoriums der DGUV, 2017¹

Rang	Entwicklung
1	Arbeitsverdichtung, längere Arbeitszeiten und Verantwortungsausweitung
2	Fachkräftemangel
3	Langanhaltende und/oder einseitige Beanspruchung des Muskel-Skelett-Systems
4	Demografischer Wandel und unausgewogene Altersstruktur
5	Körperliche Gewalt bei versicherten Tätigkeiten
6	Emotionale Anforderungen bei versicherten Tätigkeiten
7	Interkulturelle und sprachliche Anforderungen
8	Sensibilisierende Stoffe
9	Migration von Krankheitserregern
10	Resistenzen gegenüber Desinfektions- und/oder Sterilisationsmitteln
11	Resistenzen gegenüber Arzneimitteln

Diese Entwicklungen zeichnen zusammen ein komplexes Bild der Situation der Beschäftigten in Krankenhäusern, teilweise verstärken sich unterschiedliche Entwicklungen gegenseitig und vergrößern ihre negativen Konsequenzen in vielen Bereichen. So können etwa die hohen physischen, psychischen und emotionalen Belastungen, die Überalterung der Belegschaft, die Verdichtung und Zunahme der Arbeit, hohe interkulturelle Anforderungen und der Fachkräftemangel u. a. negativ zusammenwirken und die Situation des Krankenhauspersonals massiv belasten. Hinzu kommen oftmals ökonomische Restriktionen: 30 % der Krankenhäuser haben 2015 keinen Überschuss erwirtschaftet; mittelfristig gehen sogar mehr als 70 % der Krankenhausmanager von einer Eintrübung der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen aus [4].

Eine Besonderheit des Sektors stellt die enge Beziehung dar, in der Beschäftigte und Betreute stehen. Es geht hier um mehr als eine gewöhnliche berufliche Interaktion: Die Betreuten befinden sich in der Obhut und Verantwortung des Krankenhauspersonals, sind auf Hilfe angewiesen und oft in einer Ausnahmesituation. Gesellschaftliche Veränderungen betreffen meist beide Gruppen, so muss sich etwa eine alternde Belegschaft der Herausforderung stellen, einer ebenso alternden, pflegeintensiveren Klientel gerecht zu werden. Dass die Branche vor Herausforderungen steht, zeigt nicht zuletzt der hohe Krankenstand: Beschäftigte in der Gesundheits- und Krankenpflege

¹ Es gibt zwei Befragungsstufen. Die Präventionsfachleute bewerten in Stufe 1 die Bedeutung von circa 40 Entwicklungen ihrer Branche auf einer Skala von 1 bis 9. Durch statistische Berechnungen (Bildung von Konfidenzintervallen um die Mittelwerte), die berücksichtigen, wie eng die Bewertungen einzelner Entwicklungen beieinanderliegen, werden die bedeutendsten Entwicklungen extrahiert. Ihre Anzahl kann je nach Branche (deutlich) variieren. In Stufe 2 bilden die Präventionsfachleute aus diesen wichtigsten Entwicklungen eine endgültige Rangreihe.

verzeichnen 19,3 Tage Arbeitsunfähigkeit (AU) und liegen damit etwa 20 % über dem Durchschnitt von 16,1 Tagen [5].

2 Problemfelder

2.1 Physische Beanspruchungen des Muskel-Skelett-Systems

Die Arbeit in Krankenhäusern ist geprägt durch hohe physische Belastungen. Auch für die Zukunft werden Muskel-Skelett-Belastungen (MSB) als ein wichtiger Bereich der Prävention gesehen. So liegen bei den AOK-Mitgliedern 2015 nach den Atemwegserkrankungen die Muskel-Skelett-Erkrankungen im Gesundheitswesen mit 34 AU-Fällen je 100 Versichertenjahre an zweiter Stelle [6]. Nach eigener Einschätzung bezeichnen Beschäftigte in der stationären Pflege langanhaltende und/oder einseitige körperliche Beanspruchungen als stärker belastend als dies die restlichen Wirtschaftszweige tun. Dementsprechend sehen über 80 % Verspannungen und Rückenschmerzen im Zusammenhang mit ihrem Arbeitsplatz [6].

Fehltage aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen treten besonders häufig bei den weiblichen Beschäftigten in den Pflegeberufen auf [5]. Die wohl größte Belastung betrifft die Lendenwirbelsäule. Eine älter werdende Patientenschaft, die zudem infolge einer hochkalorischen Ernährung stärker von Übergewicht betroffen ist, verschärft das Problem von Muskel-Skelett-Erkrankungen (MSE) des Pflegepersonals. Neben der Belastung durch Vorbeugen bei der Patientenversorgung stellt auch das Manövrieren mit asymmetrischen Schiebe- und Ziehvorgängen und das Überwinden von Stufen mit einem Rollstuhl ein erhöhtes Risiko für MSE dar [7]. Neben dem medizinischen Personal können auch die Beschäftigten in den Krankenhausgroßküchen von körperlichen Belastungen betroffen sein, in erster Linie durch gedrehte Körperhaltungen.

Ein Fünftel der Arbeitsunfälle im Krankenhaus ist auf eine akute körperliche Überlastung des Bewegungsapparates zurückzuführen. Die Mehrzahl dieser Unfälle beruht auf einer extremen Bewegung mit einer Schädigung an Muskeln, Gelenken oder Organen [8].

Insgesamt ist festzuhalten, dass Muskel-Skelett-Erkrankungen vielfältige Ursachen haben, die über rein physische Belastungen hinausgehen. So gehören auch psychische Belastungen, soziale Beziehungen, Zeit- und Arbeitsplanung und Arbeitsplatzgestaltung zu wichtigen Einflussfaktoren für die Entstehung von Wirbelsäulenerkrankungen bzw. MSE. Präventiv ist ein ganzheitlicher Ansatz erfolgversprechend, der neben praktischen Grundlagen wie etwa dem Erlernen verschiedener Ausgleichs- und Entlastungsübungen und gesundheitsschonenden Bewegungstechniken auch die Wechselwirkungen psychosozialer Einflussfaktoren auf die Rückengesundheit berücksichtigt und durch geeignete Maßnahmen ergänzt [9].

2.2 Beanspruchungen durch gesellschaftliche Trends

Studien zur Prävalenz körperlicher Gewalt liefern stark schwankende Ergebnisse. In einer Befragung der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) gaben 56 % der Beschäftigten in Krankenhäusern an, innerhalb des vorangegangenen Jahres körperliche Gewalt erlebt zu haben [10]. Eine Befragung zu Übergriffen in Notaufnahmen aus dem Jahr 2014 beschreibt sogar das Vorkommen gewalttätiger Ereignisse in 73 % der Einrichtungen innerhalb des vergangenen Jahres [11]. Eine Umfrage bei 567 Gesundheitsfachleuten in zwei Kliniken hat ergeben, dass 23 % des Personals von Betreuten und/oder Angehörigen in den letzten zwölf Monaten körperlich angegriffen worden sind [12].

Die Ursachen für Gewalt und Aggression gegenüber Beschäftigten im Krankenhaus sind vielseitig und oft sehr individuell. Am häufigsten geht Aggression von Patientinnen und Patienten im Alter von

über 65 Jahren aus, die an einer kognitiven Beeinträchtigung, Schmerzen, Alkohol- oder Drogenintoxikationen, Entzugserscheinungen, einer geistigen Behinderung oder einer Verhaltensstörung leiden [12].

Ein Krankenhausaufenthalt ist für die meisten Menschen eine Ausnahmesituation – oft eng verbunden mit Angst und Schmerzen und dem Verlust an Privat- und Intimsphäre. Diese Faktoren begünstigen eine Erhöhung des persönlichen Gewaltpotenzials. Andere Patientinnen und Patienten fühlen sich vom Personal nicht kompetent und freundlich behandelt und versorgt. Gewalthandlungen können durch bauliche, technische und organisatorische Mängel, z. B. ein hohes Patientenaufkommen, laute Behandlungsräume oder Fachkräftemangel, gefördert werden. Schwerpunktmäßig ist das Pflegepersonal von Gewalt betroffen, insbesondere in der Notaufnahme, im Aufwachraum bzw. in der Wachstation (Intermediate Care) und in Intensivstationen, ärztliches und psychotherapeutisches Personal weit weniger.

Auch sexuell geprägte Gewalt gehört zu den Gewalterfahrungen des Krankenhauspersonals. Gerade junge und unerfahrene Kräfte sind häufiger von sexuellen Übergriffen betroffen. Ein solcher Übergriff diskriminiert und demütigt die Betroffenen, weswegen sie ihn oft nicht publik machen. Vermutlich wird daher sexualisierte Gewalt eher unterschätzt.

Studien ergaben, dass zwei Drittel der Gewaltbetroffenen sich nach Übergriffen belastet, ein Drittel sich hochbelastet fühlen. Es kann sogar zu einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) kommen. Physische Symptome sind etwa Schlaflosigkeit oder Bluthochdruck durch die ständige Wachsamkeit und Übererregung, schwere (Stich)Verletzungen sind die Ausnahme [13].

Aber nicht nur körperliche Gewalt, sondern auch der Alltag stellt hohe emotionale Anforderungen an das medizinische Personal. Beschäftigte stehen in ständiger sozialer Interaktion mit den Patientinnen und Patienten. Hier sind Empathie und Sensibilität gefragt. Erschwerend kommen oftmals ein stark gestiegenes Anspruchsdenken und täglich erlebtes respektloses Verhalten hinzu – durch Betreute oder Angehörige. Noch herausfordernder ist die emotionale Inanspruchnahme durch das Erleben stark berührender Ereignisse – auch bei Kindern – wie schwere Krankheiten, Unfälle und Tod, auch durch Suizid.

Administrative Faktoren können zudem als emotionale Bürde wirken. Vor allem sind dies problematische Personal- und Dienstplanungen, ungünstige Schichtenabfolgen, schlecht koordinierte Arbeitsabläufe oder das Fehlen lärmgeschützter Arbeitsplätze und Pausenräume. Die zunehmend schwierigen organisatorischen und politischen Bedingungen wie zunehmender Dokumentationsaufwand, hoher Patientendurchsatz und verkürzte Liegezeiten, Arbeit unter extremem Zeitdruck oder Arbeitsplatzunsicherheit tun ihr Übriges, um die Arbeit emotional belastend zu machen.

In vielen Kliniken herrscht ein denkbar schlechtes Betriebsklima: Vier von hundert Beschäftigten in Krankenpflege und Pflegediensten fühlen sich aktuell an ihrem Arbeitsplatz gemobbt. Und etwa 20 Prozent geben an, im Laufe ihres Arbeitslebens bereits von Mobbing betroffen gewesen zu sein. Damit liegen die Zahlen für das Gesundheitswesen um 60 % über dem deutschen Durchschnitt. Begünstigende Faktoren sind die stark hierarchisch geprägte Struktur des Krankensektors, ein antisozialer und ausgrenzender Führungsstil (besonders des direkten Vorgesetzten) sowie Defizite in der Organisationsgestaltung, besonders angesichts von Zeitdruck und Stress [14].

Die enorme Bedeutung psychischer Belastungen, denen auch die Prävention begegnen muss, spiegelt sich in der Statistik wider: In den jährlichen Gesundheitsberichten der Krankenkassen liegen die psychischen Erkrankungen im Gesundheitswesen, aber auch in anderen Branchen, mittlerweile regelmäßig auf Platz zwei als Ursache für krankheitsbedingte Fehltag, direkt hinter den Muskel-

Skelett-Erkrankungen, mit steigender Tendenz [15]. 30 % aller Pflegekräfte in deutschen Krankenhäusern sind sogar von Burnout betroffen [16].

2.3 Psychische Beanspruchungen durch den demografischen Wandel und die unausgewogene Altersstruktur

Bei einer Fortsetzung der langfristigen demografischen Trends wird die Einwohnerzahl in Deutschland trotz des relativ hohen Zustroms von Flüchtlingen in den vergangenen Jahren von über 80 Millionen auf ca. 70 Millionen im Jahr 2060 abnehmen. Die Alterung der Bevölkerung schlägt sich insbesondere in der Zahl Hochbetagter nieder: In 50 Jahren werden etwa 13 % der Bevölkerung 80 Jahre und älter sein (2013: 5,4 %). Je nach Szenario wird die Zahl der Personen im Erwerbsalter von ca. 49 Mio. im Jahr 2013 auf 34 bis 45 Mio. im Jahr 2060 sinken [17].

Besonders die Gesundheitsbranche ist von den Veränderungen der Altersstruktur der Erwerbstätigen betroffen. Schon jetzt gibt es deutlich weniger jüngere Beschäftigte als in den übrigen Branchen – und dieser Trend wird sich verstärken. So sind aktuell 44,4 % des Personals im Gesundheitswesen in der Altersgruppe bis 39 Jahre (49,5 % bei allen Branchen) und bereits 33,5 % sind über 50 Jahre (28,7 % insgesamt) [6].

Eine gealterte Belegschaft in Krankenhäusern wird künftig mit einer steigenden Zahl an Patientinnen und Patienten konfrontiert sein, die es in den kommenden Jahrzehnten trotz insgesamt rückläufiger Bevölkerungszahlen voraussichtlich geben wird. Insgesamt geht man – mit großen regionalen Unterschieden – von einem Zuwachs der in Krankenhäusern Betreuten um mehr als 12 % auf 21,9 Mio. Fälle im Jahr 2030 aus [18]. Insbesondere altersassoziierte chronische (meist nicht übertragbare) Krankheiten werden künftig häufiger. Ferner ist bei Älteren der Betreuungs- und Pflegeaufwand allgemein höher, beispielsweise aufgrund von Demenz oder eines schlechten Allgemeinzustandes.

Die demografischen Entwicklungen deuten darauf hin, dass sich ein schon bestehender Fachkräftemangel im Gesundheitswesen noch zuspitzen wird. Bereits heute beläuft sich der Ärztemangel auf drei Prozent, ohne Gegenmaßnahmen würde die Lücke bis 2030 auf 15 % steigen [19]. Über 60 % der Kliniken haben Stellenbesetzungsprobleme im ärztlichen Dienst, insbesondere die mittelgroßen Häuser [20].

Laut einer Mitgliederbefragung des Marburger Bundes beklagen zwei Drittel der Ärztinnen und Ärzte, dass für die Behandlung der Patientenschaft nicht ausreichend Zeit zur Verfügung steht [21]. Besonders die neurologischen Abteilungen und Kliniken kämpfen mit massiven Personalproblemen, da sich in zehn Jahren der Anteil von Patientinnen und Patienten, die aus der Notaufnahme stationär in die Neurologie aufgenommen werden, von 40 auf 80 % verdoppelt hat [22].

Die Situation beim Pflegepersonal ist nicht besser: Jedes zweite Krankenhaus hat Stellenbesetzungsprobleme oder Nachwuchsprobleme – 2011 waren es nur 37 %. Die betroffenen Krankenhäuser können im Durchschnitt rund fünf Pflegestellen nicht besetzen [23]. Besonders Gesundheitsfachberufe wie Hebammen sind betroffen [20]. Laut einer internationalen Studie ist eine Pflegefachkraft hierzulande für durchschnittlich 13 Patientinnen und Patienten zuständig – in den Niederlanden sind es sieben, in den USA 5,3 [6].

Der Nachtdienstreport der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft ver.di zeigt, dass infolge von Personalnot – eventuell auch aus finanziellen Gründen – die Nachtdienste in Krankenhäusern stark unterbesetzt sind. Fast zwei Drittel (64 %) der befragten Pflegefachkräfte arbeiten nachts vollkommen allein mit sehr vielen Patientinnen und Patienten und beschreiben diese Arbeitssituation als besonders belastend. Gefährliche Situationen und fehlende Pausen durch Unterbesetzung sind

Ausdruck von zu hoher Arbeitsverdichtung und Überlastung, die dauerhaft auch die Gesundheit der Beschäftigten beeinträchtigen. Einen Indikator für Personalmangel stellen auch Hygienemaßnahmen wie Händedesinfektionen dar, die umso weniger durchgeführt werden, je weniger Personal verfügbar ist [24].

Pflegekräfte sind großen psychischen und physischen Belastungen ausgesetzt. Das zeigt sich auch in einer erhöhten Personalfuktuation, die den Mangel an qualifiziertem Fachpersonal verstärkt. So geht ein Viertel der in der Krankenhauspflege Beschäftigten davon aus, nicht wie bisher üblich bis zum Renteneintritt weiterarbeiten zu können [25]. Viele Auszubildende verlassen schon unmittelbar nach der Ausbildung den Beruf und verstärken somit wiederum den Personalmangel.

2.4 Beanspruchungen durch Globalisierung und politische Trends

Die Arbeit des Klinikpersonals ist geprägt durch Schichtarbeit, häufige Nacharbeit, lange Arbeitszeiten mit oft unzureichendem Pausenregime, hohe Arbeitsintensität und Taktbindung sowie häufige Unterbrechungen. Eine unzureichende Personalausstattung, aber auch ein zunehmender Verwaltungs- und Dokumentationsaufwand können die Belastungen verstärken. Eine Befragung durch das Institut für Qualitätsmessung und Evaluation (IQME) hat ergeben, dass fast drei Viertel des ärztlichen Klinikpersonals sich durch ihre Arbeitszeiten im Krankenhaus in ihrer Gesundheit beeinträchtigt fühlen, besonders durch Schlafstörungen und Müdigkeit [26]. Bei den Pflegebeschäftigten ist die Lage vergleichbar: Über 90 % berichten von Arbeitshetze und Zeitdruck [25]. Die Arbeitsüberlastung und -verdichtung ist oft der Grund für die freiwillige Abwanderung von Pflegerinnen und Pflegern in die Leiharbeit, da dort bei vergleichbarem Verdienst geregeltere Arbeitszeiten und weniger Nacht- und Wochenenddienste vorherrschen [27].

Oftmals ist es üblich, dass Vorgesetzte es ihren Pflgeteams überlassen, sich selbst zu organisieren und die Arbeit untereinander aufzuteilen – nicht selten unter den Bedingungen des Personalmangels. Mit dieser „indirekten Steuerung“ überträgt die Leitung faktisch auch die Verantwortung für die Gesundheit der Beschäftigten auf diese selbst. Es besteht die Gefahr, dass diese zu ihrem Schutz existierende Vorschriften unterlaufen, da sie die Arbeit sonst nicht schaffen würden [5].

Die Ausweitung der Verantwortung zeigt sich auch darin, dass das Pflegepersonal in vielen Fällen Aufgaben übernimmt bzw. übernehmen muss, die außerhalb seines Tätigkeitfeldes und seiner Eignung liegen. In einer Studie der Hans-Böckler-Stiftung haben mehr als 78 % der befragten Pflegekräfte angegeben, in der Vergangenheit Tätigkeiten vom ärztlichen Dienst übernommen zu haben [28].

Die in den vergangenen Jahren drastisch gestiegenen Flüchtlingszahlen wirken sich in zweifacher Sicht auf den Krankenhaussektor aus: Die Zahl der ausländischen Patientinnen und Patienten steigt, aber es gibt auch zunehmend mehr ärztliches und pflegerisches Personal mit ausländischen Wurzeln. Der Anteil der ausländischen Ärztinnen und Ärzte hat sich von 3,6 % im Jahr 1991 auf 8,2 % im Jahr 2014 erhöht. Der Anteil der Erwerbstätigen mit Migrationshintergrund in nicht ärztlichen Gesundheitsberufen lag 2014 mit 14 % noch deutlich darüber [29]. Dieser Trend wird sich wahrscheinlich fortsetzen und stellt die Branche vor vielfältige Herausforderungen, birgt aber auch Chancen, gerade in Bezug auf die demografische Entwicklung und den Personalmangel.

Die Integration ausländischer Ärztinnen und Ärzte in deutschen Krankenhäusern umfasst sowohl sprachliche als auch kulturelle Aspekte. Für das leitende ärztliche Personal sind die mangelnden Deutschkenntnisse ihrer – fachlich qualifizierten – ausländischen Assistentinnen und Assistenten in vielen Fällen problematisch. Die defizitären sprachlichen Fähigkeiten führen im Dialog mit Patientinnen und Patienten oder der Kollegenschaft zu Missverständnissen. Zudem gestaltet sich die Korrektur des Schriftverkehrs aufwendig und zeitintensiv. Und sogar alltägliche Situationen können

eskalieren, wenn etwa Patientinnen und Patienten ausgeprägte Vorbehalte gegen ausländische Ärztinnen und Ärzte hegen, deren Kompetenzen – eventuell in Gegenwart des Pflegepersonals – offen anzweifeln oder es sogar ablehnen, von ihnen behandelt zu werden. Fortbildungen zur sprachlichen und sozialen Integration können ausländischen Ärztinnen und Ärzten den Umgang mit (schwierigen) Betreuten erleichtern und ihre Selbstsicherheit stärken, etwa anhand von Rollenspielen [30].

Bei ausländischen Pflegekräften sind sprachliche Schwierigkeiten meist das gravierendste Problem. Fast zwei Drittel der Krankenhäuser, die Pflegekräfte aus dem Ausland beschäftigen, gaben an, dass Verständigungsprobleme oft vorkommen. Dagegen berichten nur 25 % der Krankenhäuser über häufige fachlich-qualifikatorische Probleme [23]. Weiterhin ist auch die angemessene Leitung und Führung ausländischer Pflegekräfte fordernd: Infolge von Informationsdefiziten, fehlenden Kontakten und Unsicherheit brauchen diese mehr Unterstützung, eventuell auch für den privaten Bereich. Für die Führungskräfte bedeutet das eine steigende Belastung, die sie häufig alleine schultern müssen, da es durch den Fachkräftemangel und eingeschränkte finanzielle Mittel vielen Krankenhäusern schwerfällt, zusätzliches Personal für die Betreuung ausländischer Pflegekräfte zu beschäftigen [31].

Für alle im Krankenhaus Tätigen ist die Versorgung einer wachsenden Zahl von Betreuten mit Migrationshintergrund eine zusätzliche Aufgabe, die hohes Engagement fordert. Die sprachliche Verständigung ist dabei notwendige Voraussetzung für eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Personal und Patientin oder Patient mit Migrationshintergrund. Oftmals ist daher der Einsatz fachlich versierter Dolmetscherinnen und Dolmetscher oder speziell geschulte interner Pflegenden unerlässlich, insbesondere bei psychiatrischen Krankheitsbildern. Die adäquate Versorgung dieser Patientinnen und Patienten erhöht die Anforderungen an das Personal und bedeutet einen zusätzlichen Zeitaufwand.

Vornehmlich das meist enge Verhältnis von Patientinnen oder Patienten zum Pflegepersonal bietet je nach kultureller Prägung viele Reibungspunkte. So kann es etwa vorkommen, dass Krankheiten passiv „erduldet“ und empfohlene Maßnahmen nicht eingehalten werden (mangelnde Compliance) oder dass es ein gesteigertes Bedürfnis nach persönlicher, empathischer Zuwendung sowie übermäßige Schmerzäußerungen gibt. Auch werden Pflegenden mitunter fordernd, unfreundlich und ablehnend behandelt – im Gegensatz zur respektierten Ärzteschaft – oder übliche Besucherregeln nicht eingehalten und so Abläufe massiv gestört. Hohe Arbeitsbelastung, Zeitmangel und auch generelle Kommunikationsdefizite verstärken das Konfliktpotenzial. Grundsätzlich können Fortbildungen (z. B. in transkultureller Psychiatrie) zum Erwerb interkultureller Kompetenzen den Arbeitsalltag erleichtern. In jedem Fall gibt es Anzeichen, dass Krankenhäuser das Thema Kultursensibilität als zunehmend wichtigen Gesichtspunkt für ihre strategische Planung ansehen [32].

2.5 Beanspruchungen durch gesundheitsgefährdende Stoffe

Mit der Globalisierung stark zunehmende Faktoren wie Tourismus, Handel, Wirtschaftsbewegungen und Migration sorgen dafür, dass sich Krankheitserreger über Kontinente hinweg sehr schnell verbreiten können. Auch eine wachsende Zahl von Operationen im Ausland oder die medizinische Behandlung ausländischer Personen in Deutschland tragen zur Ausbreitung von Erregern bei und können zu bisher hierzulande kaum aufgetretenen Krankheiten führen [33].

Mehr als eine Million Flüchtlinge und Migranten sind laut UN-Flüchtlingskommissariat im Jahr 2015 nach Europa gekommen, die meisten von ihnen aus Syrien, Afghanistan und dem Irak. Auch wenn bislang nur wenige repräsentative Daten zur gesundheitlichen Situation von Asylsuchenden und Flüchtlingen in Deutschland zur Verfügung stehen, lässt sich sagen, dass die Gesundheitsprobleme denen der übrigen Bevölkerung ähneln, auch wenn bestimmte Gruppen teilweise eine höhere

Prävalenz aufweisen. Manche von ihnen leiden darüber hinaus an Krankheiten, die in Europa wenig bekannt sind: Tuberkulose, Hepatitis oder Läuse Rückfallfieber, Malaria oder Krätze. Allerdings gibt es kaum Hinweise darauf, dass sich die Krankheitserreger, die Flüchtlinge aus ihren Heimatländern mitbringen, in der Bevölkerung ausbreiten. Einzelne Übertragungen sind bei engem Kontakt – wie etwa medizinischer Betreuung – aber teilweise möglich [34; 35].

Grundsätzlich gelten bei der medizinischen Versorgung von Asylsuchenden dieselben Anforderungen an die Hygiene und persönliche Schutzausrüstung wie bei der Versorgung anderer Personen. Außerdem ist darauf zu achten, dass der Impfschutz der Beschäftigten aufgefrischt wird [36]. Da in Einzelfällen schwere oder sehr seltene Erkrankungen auftreten können, sollte das medizinische Personal über tropenmedizinisches Sachwissen verfügen und auf eine rasche infektiologische Diagnostik und sachkundige Therapie vorbereitet sein [37]. Darüber hinaus ist ausreichend ärztliches und pflegerisches Personal erforderlich, um den erhöhten Untersuchungsbedarf decken zu können und alle Desinfektionsvorschriften einzuhalten.

Flüchtlinge sind oftmals Träger multiresistenter Erreger (MRE). Laut einer aktuellen Metastudie ist in Europa jede vierte geflüchtete Person mit resistenten Bakterien besiedelt oder infiziert [38]. Daher sollen Hygienestandards sicherstellen, dass Patienten aus Risikoländern auf multiresistente Erreger getestet und notfalls isoliert werden. Auch Reisende, die aus Ländern Südostasiens zurückkehren, sind aufgrund der zum Teil katastrophalen sanitärhygienischen Bedingungen häufig mit antibiotikaresistenten Erregern besiedelt, ohne dass sie in Gesundheitseinrichtungen dieser Länder behandelt wurden [39].

Neben dem Aufenthalt in Risiko-(Endemie-)Bereichen gibt es weitere Risikofaktoren für den Erwerb (multi)resistenter Keime, z. B. eine ältere und multimorbide Patientenschaft mit langer Krankenhausverweildauer oder wiederholten Krankenhausaufenthalten. Auch offene Wunden und Druckgeschwüre, eine hohe Komplexität medizinischer Interventionen, häufige chirurgische Eingriffe, Mängel im Hygieneregime, ein vermehrter Einsatz von Kathetern sowie eine hohe Belegung in Verbindung mit unzureichender Personalausstattung begünstigen MRE [40]. Die aktuelle Situation in vielen Kliniken hinsichtlich der demografischen Entwicklung und der personellen Ausstattung lässt befürchten, dass MRE auch künftig von hoher Relevanz sein werden.

Zur Häufigkeit von Infektionen durch multiresistente Erreger (MRE) kursieren unterschiedliche Angaben. Etwa 30 000 bis 35 000 Patienten entwickeln eine nosokomiale, d. h. eine dem Klinikaufenthalt geschuldete Infektion mit einem MRE, davon sind geschätzt zwischen 1000 und 4000 tödlich. Während die letzten Jahrzehnte durch eine zunehmende Ausbreitung grampositiver nosokomialer Infektionserreger wie methicillinresistenter Staphylokokken (MRSA) gekennzeichnet waren, wird seit einigen Jahren eine Zunahme der Resistenzen bei gramnegativen Stäbchenbakterien (MRGN) beobachtet [41]. Eine mögliche Ursache ist der Einsatz von Antibiotika: Die Verbrauchsdichte im stationären Sektor scheint in den letzten zehn Jahren in Deutschland angestiegen zu sein, dabei ist sie auf Intensivstationen etwa doppelt so hoch wie auf Normalstationen [42].

Eine Literaturrecherche hat ergeben, dass die Prävalenz für eine MRSA-Besiedlung bei Beschäftigten im Gesundheitsdienst in Europa außerhalb von Ausbrüchen bei 3,9 % liegt. Unter Krankenschwestern und -pflegern war die MRSA-Trägerschaft mit 8,4 % am höchsten (Studien aus Europa und den USA) gegenüber nur 1,72 % bei der Ärzteschaft und bei 2,58 % bei den übrigen Beschäftigten im Gesundheitswesen [43]. Das zwei- bis dreifach erhöhte Risiko für eine MRSA-Besiedlung beim Pflegepersonal ist einer erhöhten Übertragungsgefahr durch Patientinnen und Patienten geschuldet. Risikotätigkeiten sind alle Pflegemaßnahmen: Wundversorgung, Absaugen, Waschen, Ganzkörperbad, Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme, aber auch Tätigkeiten wie die Umgebungsreinigung und Bettenmachen. Eine Kontamination ist über Hände, Oberflächen, Instrumente und Textilien möglich. Eine Trägerschaft ist oft unauffällig und bleibt unerkannt.

Eine MRSA-Besiedlung kann zu einer Infektion führen. Dabei sind Beschäftigte besonders gefährdet, wenn sie akut erkrankt sind, an chronischer Nierenerkrankung, insulinabhängigen Gefäß-erkrankungen, Hautentzündungen oder chronischen Atemwegserkrankungen leiden, vorher bereits antimikrobiellen Mitteln ausgesetzt waren oder sich invasiven Eingriffen wie Dialyse oder Katheterisierung unterziehen mussten. MRSA ist der vierthäufigste Grund für eine meldepflichtige infektionsbedingte Anzeige [44]. Von den 389 registrierten MRSA-Verdachtsanzeigen wurden allerdings bis 2009 nur 24 Fälle (6 %) als Berufskrankheit anerkannt. Die an MRSA erkrankten Beschäftigten arbeiteten überwiegend in Pflegeheimen und Krankenhäusern. Für die Betroffenen können sich schwerwiegende Konsequenzen bis hin zur einer langjährigen Arbeitsunfähigkeit ergeben [45; 46].

Im Fokus von Monitoring und Forschung müssen außer Antibiotika auch neu auftretende Erreger stehen, wie etwa der Hefepilz *Candida auris*, der lebensgefährliche Blutvergiftungen sowie Harnwegs- und Wundinfektionen verursachen kann und gegen viele Antipilzmittel resistent ist. Viele diagnostische Labors und auch das medizinische Personal sind auf entsprechende Prävention, Erkennung und Behandlung allerdings noch nicht ausreichend vorbereitet [47]. Auch Resistenzen gegen Desinfektionsmittel sind in Krankenhäusern nicht unüblich, im Allgemeinen aber weniger kritisch und seltener als solche gegen Antibiotika.

Die Angst vor einer Infizierung mit gefährlichen Keimen ist bei der Arbeit an den Patientinnen und Patienten immer präsent – besonders wenn es zu engem Körperkontakt kommt, der in den meisten Fällen unvermeidlich ist. Zudem gibt es aufgrund der steigenden Zahl von Betreuten insgesamt auch eine höhere Zahl an infizierten oder besiedelten Patientinnen und Patienten, und es sind mehr oder intensivere Maßnahmen seitens des Personals erforderlich, um weitere Infizierungen zu vermeiden. Es ist deshalb wahrscheinlich, dass das Pflegepersonal hierdurch einer wachsenden psychischen Belastung ausgesetzt ist. Allerdings lässt sich einer Übertragung multiresistenter Keime durch die üblichen Basishygienemaßnahmen entgegenwirken, sofern diese sorgfältig eingesetzt werden. Neben der Händehygiene ist insbesondere die persönliche Schutzausrüstung wichtig, angepasst an die Erregerexposition [48]. Naturgemäß sind derartige Maßnahmen zeitintensiv und erhöhen wiederum den Druck auf das Personal.

Im Jahr 2015 betrafen fast 7300 angezeigte Verdachtsfälle auf eine Berufskrankheit die Haut, das entspricht 57,3 % aller angezeigten Fälle [49]. Ausgelöst werden berufsbedingte Hauterkrankungen unter anderem durch den Kontakt mit Arbeitsstoffen, die sensibilisierend wirken, und das vermehrte Tragen flüssigkeitsdichter Handschuhe. Allergische Reaktionen können unter Umständen die weitere Tätigkeit im Beruf infrage stellen. Allergische Erkrankungen verursachen somit nicht nur massive persönliche Einschränkungen, sondern auch hohe Kosten. Bei der Klassifizierung von sensibilisierenden Substanzen (CLP-Verordnung) unterscheidet man die Sensibilisierung nach Einatmen und durch Hautkontakt.

Zu den häufigsten Allergieauslösern im Krankenhausbereich zählen Naturlatex, Vulkanisationsbeschleuniger und Alterungsschutzmittel in Handschuhen (v. a. Thiurame, Carbamate, Mercaptobenzothiazole) [50]. Duft- und Konservierungsstoffe spielen eine weniger wichtige Rolle, da anders als in der Altenpflege körperpflegerische Tätigkeiten in Kliniken meist nicht ohne Handschuhe ausgeübt werden [51]. Handschuhtragezeiten von sechs Stunden während einer Schicht sind im Krankenhaus schon der Normalfall. Damit sind die Kriterien der Feuchtarbeit erfüllt. Durch die okklusiven Handschuhe kommt es zu einer Veränderung der Hautbarriere und damit zu Erkrankungen. Die meisten BK-Fälle in der Pflege gehen nicht auf Allergene, sondern auf Feuchtarbeit zurück.

Desgleichen können Wirkstoffe aus Flächen- und Instrumentendesinfektionsmitteln Allergien hervorrufen. Und auch Arzneimittel bergen ein sensibilisierendes Potential, z. B. Diclofenac in

antirheumatischen Salben und Gelen, Chlorprotixen in Neuroleptika, Thiomersal in Augentropfen, Methylmethacrylat und Dibenzoylperoxid in Knochenzement [52]. Diverse Antibiotika können ebenfalls Allergien auslösen: Aminoglykoside, β -Lactamantibiotika (Cephalosporine, Penicilline), Makrolide, Peptidantibiotika, Tetracycline [53]. Bei zahlreichen Tätigkeiten mit Arzneistoffen im pflegerischen Bereich wie zum Beispiel beim Umgang mit Infusionslösungen, dem Einreiben mit Dermatika oder dem Mörsern von Tabletten für Sondennahrung sind Beschäftigte einer dermalen und inhalativen Exposition ausgesetzt, die auch bei niedrigen Dosen zu einer Sensibilisierung führen kann.

Auch wenn ungepuderte und latexarme Handschuhe einer Latexallergie entgegenwirken können, ist doch zu befürchten, dass insgesamt infolge einer wachsenden Zahl multimorbider, älterer Patientinnen und Patienten und aufgrund des Personalmangels die Exposition gegenüber sensibilisierenden Stoffen in Schutzhandschuhen zunimmt und die Zahl der Allergien steigt. Eine zukunftsgerichtete Prävention von Dermatosen oder anderen Allergien sollte auch geschlechtsspezifische Aspekte berücksichtigen. So haben beispielsweise Frauen, die ja im Pflegebereich den überwiegenden Anteil der Beschäftigten ausmachen, aus hormonellen Gründen (geringere Talgproduktion) eine ausgeprägtere Disposition für Handekzeme als Männer [54]. Diese tendieren wiederum im Allgemeinen dazu, Hautschutz und Hautpflege (auch im privaten Bereich) eher zu vernachlässigen und ihr Ekzemrisiko auf diese Weise zu erhöhen.

3 Fazit

Die beschriebenen Entwicklungen schaffen vielschichtige physische und psychische Belastungen für Beschäftigte, die oft in Kombination auftreten und sich gegenseitig bedingen. Grundlegend scheint eine hochgradige Arbeitsbelastung der Beschäftigten zu sein, sei es durch lange Arbeitszeiten und verdichtete Arbeit, eine große Verantwortungslast, hohe emotionale Anforderungen und eine dünne Personaldecke zusammen mit einem wachsenden Aufkommen an Patientinnen und Patienten. Hinzukommen – lange bekannte – intensive Belastungen des Muskel-Skelett-Systems, die weiterhin eine wesentliche Rolle spielen, aber auch neue gesellschaftliche Phänomene wie etwa eine erhöhte Neigung zu physischer Gewalt seitens der Betreuten oder der Anspruch, einer steigenden Zahl an Menschen fremder Kulturen gerecht zu werden.

Um für die komplexe Lage in Zukunft gewappnet zu sein, erfordert die zukunftsgerichtete Prävention einen breit gefächerten Ansatz, der die Expertise von Fachleuten aus unterschiedlichen Bereichen und Disziplinen nutzt. Denkbar sind beispielsweise spezielle praxisnahe Angebote zur Gesundheitserhaltung in verschiedenen Bereichen wie Rückenfitness, Ernährung, Entspannung, Stressbewältigung, Resilienz und Regeneration. Diese berücksichtigen einerseits die hohen körperlichen Belastungen und tragen andererseits zum Erhalt der psychischen Gesundheit bei. Bei der Erforschung der Kombinationswirkungen von körperlichen und psychischen Beanspruchungen und der Entwicklung geeigneter Präventionskonzepte sind auch die langen Latenzzeiten von Belastungen zu beachten, die nicht unmittelbar zu Erkrankungen führen, sondern deren Folgen oft erst viele Jahre später zutage treten.

Viele Faktoren, die zu Belastungen der Beschäftigten in Krankenhäusern führen können, entziehen sich dem gesetzlichen Zugriff der Unfallversicherung – man denke an tarifrechtliche Bestimmungen, einen durch Personalmangel geprägten Arbeitsmarkt oder finanzielle Engpässe der Kliniken. Dennoch kann die gesetzliche Unfallversicherung etwa durch Beratung, Information und Lobbyarbeit im Rahmen ihrer Möglichkeiten auf die zuständigen Instanzen einwirken, beispielsweise Sozial- und Tarifpartner, Gewerbeaufsichtsämter, Gesundheitsämter, Hygienekommissionen oder auch das Robert Koch-Institut.

Die hier vorgestellten Ergebnisse lassen sich auch als knappe [Zusammenfassung](#) herunterladen.

Literatur

- [1] 2015: Beschäftigungszuwachs in medizinischen Gesundheitsberufen verlangsamt sich. Hrsg.: Statistisches Bundesamt (Destatis) 2017
https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2017/01/PD17_030_23621.html;jsessionid=EECE3143FBF0299CDF75B93B07146241.cae4 (abgerufen am 15.9.2017)
- [2] Eckdaten der Krankenhausstatistik. Hrsg.: Deutsche Krankenhausgesellschaft (DGK) 2016
http://www.dkgev.de/media/file/27611.Eckdaten_Krankenhausstatistik_Stand_2016-06-10_.pdf (abgerufen am 15.9.2017)
- [3] 19,2 Millionen Patienten 2015 stationär im Krankenhaus behandelt. Hrsg.: Statistisches Bundesamt (Destatis) 2016
https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2016/08/PD16_283_231.html (abgerufen am 15.9.2017)
- [4] Aktuelle wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser in Deutschland: Weitere Therapiemaßnahmen notwendig. Hrsg.: Roland Berger GmbH 2016
https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:iEvA71SW0yMJ:https://www.rolandberger.com/publications/publication_pdf/roland_berger_krankenhaus_restrukturierung_2016_0727.pdf+&cd=2&hl=de&ct=clink&gl=de&client=firefox-b-ab (abgerufen am 10.10.2017)
- [5] BKK Gesundheitsatlas 2017. Hrsg.: K. Kliner, D. Rennert, M. Richter, Berlin 2017
https://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/publikationen/gesundheitsatlas/2017/BKK_Gesundheitsatlas_2017.pdf (abgerufen am 7.11.2018)
- [6] Gesundheitsbelastungen und Fehlzeiten in Gesundheitsberufen. Hrsg.: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) 2016
https://gesundheit-soziales.verdi.de/++file++5852ac2d7713b80194544a82/download/MEYER_WIdO_Gesundheitsberufe.pdf (abgerufen am 15.9.2017)
- [7] Brütting, M.; Hermanns, I.; Nienhaus, A.; Ellegast, R. P.: Muskel-Skelett-Belastungen beim Schieben und Ziehen von Krankenbetten und Rollstühlen. Hrsg.: Gesellschaft für Arbeitswissenschaft e.V. (GfA), 2015 http://www.dguv.de/medien/ifa/de/pub/grl/pdf/2015_049.pdf (abgerufen am 15.9.2017)
- [8] Gesundheitssektor Krankenhaus Zahlen – Daten – Fakten. Hrsg.: Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) 2013 https://www.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Medientypen/Wissenschaft-Forschung/Trendbericht-KH-2013_Download.pdf?__blob=publicationFile (abgerufen am 15.9.2017)
- [9] Prävention von Rückenbeschwerden. Hrsg.: Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) 2012 https://www.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Medientypen/Wissenschaft-Forschung/BGW07-00-001_Praevention-Rueckenbeschwerden-TOPAS-R-Konzept_Download.pdf?__blob=publicationFile (abgerufen am 15.9.2017)
- [10] Nienhaus, A.; Drechsel-Schlund, C.; Schambortski, H.; Schablon, A.: Gewalt und Diskriminierung am Arbeitsplatz. 2016 <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs00103-015-2263-x.pdf> (abgerufen am 15.9.2017)
- [11] Schieron, M.: Gewaltprävention im Krankenhaus 2015
http://www.gesundheitsdienstportal.de/files/Krankenhaus_Gewaltpraevention_2015.pdf (abgerufen am 17.9.2017)

- [12] Konfliktinterventionen in somatischen Akutkliniken. Hrsg.: Berner Fachhochschule und Unfallkasse Nordrhein-Westfalen (UK NRW) 2016 <http://www.gesundheitsdienstportal.de/files/Konfliktinterventionen-UK-NRW-Schlussbericht-final.pdf> (abgerufen am 3.12.2018)
- [13] Gewalt und Aggression gegen Beschäftigte in Betreuungsberufen. Hrsg.: Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) 2016 https://www.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Medientypen/BGW%20Broschueren/BGW08-00-070_Gewalt-und-Aggression-in-Betreuungsberufen_Download.pdf?__blob=publicationFile (abgerufen am 15.9.2017)
- [14] Konfliktmanagement und Mobbingprävention. Hrsg.: Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) 2010 https://www.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Medientypen/BGW%20Broschueren/BGW08-00-040_Konfliktmanagement-und-Mobbingpraevention_Download.pdf?__blob=publicationFile (abgerufen am 15.9.2017)
- [15] Psychische Gesundheit im Fokus. Hrsg.: Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), in Kooperation mit dem BG Klinikum Hamburg und dem BG Klinikum Bergmannstrost Halle 2017 https://www.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Medientypen/BGW%20Broschueren/BGW08-00-042_Psychische-Gesundheit-im-Fokus-bf_Download.pdf?__blob=publicationFile (abgerufen am 15.9.2017)
- [16] Badura, B.: Beschäftigte im Krankenhaus: Was macht krank, was erhält gesund? 2016 https://gesundheit-soziales.verdi.de/++file++5852ac48f1b4cd71019f49dd/download/verdi_Tagung_Berlin_10_11_2016_Badura_neu.pdf (abgerufen am 15.9.2017)
- [17] Bevölkerung Deutschlands bis 2060. Hrsg.: Statistisches Bundesamt (Destatis) 2015 https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressekonferenzen/2015/bevoelkerung/Pr essebroschuere_Bevoelk2060.pdf?__blob=publicationFile (abgerufen am 15.9.2017)
- [18] Studie: Demografischer Wandel treibt Krankenhaus-Ausgaben in die Höhe. Hrsg.: Epoch Times Europe GmbH 2015 <http://www.epochtimes.de/politik/deutschland/studie-demografischer-wandel-treibt-krankenhaus-ausgaben-in-die-hoehe-a1270493.html> (abgerufen am 15.9.2017)
- [19] Fachkräftemangel im Gesundheitswesen. 15.9.2017. ZEIT ONLINE, 2015 <http://www.zeit.de/angebote/beste-arbeitgeber-gesundheit-2015/fachkraeftemangel>
- [20] Die Sicht der Krankenhäuser ist geteilt. Hrsg.: Health&Care Management 2016 <http://www.hcm-magazin.de/die-sicht-der-krankenhaeuser-ist-geteilt/150/25759/342380> (abgerufen am 18.9.2017)
- [21] Umfrage: Ärzte verlangen mehr Personal in Krankenhäusern. 18.9.2017. Deutsches Ärzteblatt, 2017 <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/76808/Umfrage-Aerzte-verlangen-mehr-Personal-in-Krankenhaeusern>
- [22] Unzumutbare Zustände auf der Neurologie. Hrsg.: DocCheck Medical Services GmbH 2017 http://news.doccheck.com/de/newsletter/3916/26731/?utm_source=DC-Newsletter&utm_medium=E-Mail&utm_campaign=Newsletter-DE-DocCheck+News+17.26+%28Donnerstag%29-2017-06-29&user=c00610de8fcacc9cb86d14f016cbdc81&n=3916&d=28&chk=5dad5eac660281f39bf25bf4a868c1b2 (abgerufen am 18.9.2017)
- [23] Krankenhaus Barometer - Umfrage 2015. Hrsg.: Deutsches Krankenhausinstitut e. V. 2015 http://www.dkgev.de/media/file/22334.2015-12-07_Anlage_Krankenhaus-Barometer.pdf (abgerufen am 18.9.2017)
- [24] Nachtdienstreport – Krankenhäuser gefährlich unterbesetzt. Hrsg.: ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft 2015 <https://gesundheit-soziales.verdi.de/themen/mehr-personal/++co++abc7d1a2-c16e-11e6-9424-525400ed87ba> (abgerufen am 18.9.2017)

- [25] Schmidt, A.: Auf Kosten der Gesundheit. Gute Arbeit (2017) Nr. 2, S. 26-29
- [26] Klinikärzte fühlen sich durch lange Arbeitszeiten gesundheitlich beeinträchtigt. Deutsches Ärzteblatt 2013 <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/53690/Klinikaerzte-fuehlen-sich-durch-lange-Arbeitszeiten-gesundheitlich-beeintraechtigt> (abgerufen am 20.9.2017)
- [27] Flucht in Leiharbeit: Rundt appelliert. Hrsg.: Norddeutscher Rundfunk 2017 https://www.ndr.de/der_ndr/presse/mitteilungen/NDR-Ueberlastung-treibt-Krankenpflegekraefte-in-die-Leiharbeit,pressemeldungndr18646.html (abgerufen am 7.11.2018)
- [28] Viele Pflegekräfte übernehmen Aufgaben von Ärzten. Hrsg.: Hans-Böckler-Stiftung 2014 <http://www.sueddeutsche.de/karriere/studie-der-hans-boeckler-stiftung-viele-pflegekraefte-uebernehmen-aufgaben-von-aerzten-1.2107103> (abgerufen am 18.9.2017)
- [29] Ausländische Beschäftigte im Gesundheitswesen nach Herkunftsländern. Hrsg.: Prognos AG, 2015 https://www.bmg.bund.de/fileadmin/Dateien/Downloads/A/Asylsuchende/Bericht_Auslaendische_Beschaefigte_Versand.pdf (abgerufen am 18.9.2017)
- [30] Integration Ausländischer Ärzte: Neben sprachlichen gibt es auch kulturelle Hürden. Deutsches Ärzteblatt 2009 <https://www.aerzteblatt.de/archiv/63648/Integration-Auslaendischer-Aerzte-Neben-sprachlichen-gibt-es-auch-kulturelle-Huerden> (abgerufen am 10.10.2017)
- [31] Arbeitsschutzbezogene Herausforderungen der Beschäftigung ausländischer Pflegekräfte in Deutschland. Hrsg.: Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), 2014 https://www.bgw-online.de/DE/Arbeitssicherheit-Gesundheitsschutz/Grundlagen-Forschung/GPR-Medientypen/Downloads/Migrationshintergrund-Pflegekraft_Download.pdf?__blob=publicationFile (abgerufen am 18.9.2017)
- [32] Das kultursensible Krankenhaus. Hrsg.: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, 2015 <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/975292/729152/faf92058a4f377b8cb7c8ae889d677e5/das-kultursensible-krankenhaus-09-02-2015-download-data.pdf?download=1> (abgerufen am 7.11.2018)
- [33] Gefährliche Mitbringsel aus dem Urlaub. Frankfurter Rundschau 2016 <http://www.fr.de/wissen/krankheitserreger-gefaehrliche-mitbringsel-aus-dem-urlaub-a-331724> (abgerufen am 18.9.2017)
- [34] Die Angst vor kranken Flüchtlingen ist unbegründet: Süddeutsche Zeitung 2016 <http://www.sueddeutsche.de/gesundheit/infektionsmedizin-krank-fluechtlinge-sind-keine-gefahr-fuer-die-bevoelkerung-1.2954388> (abgerufen am 18.9.2017)
- [35] Flüchtlinge: Daten aus Frankfurt am Main. Hrsg.: Deutsches Ärzteblatt 2016 <https://www.aerzteblatt.de/archiv/175061/Fluechtlinge-Daten-aus-Frankfurt-am-Main> (abgerufen am 18.9.2017)
- [36] Asylsuchende und Infektionsschutz. Hrsg.: Robert Koch-Institut 2015 http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/Gesundheitsberichterstattung/Gesundheitsberichterstattung/Infektionsschutz/Content/A/Asylsuchende/Inhalt/Infektionsschutz_allgemein.html (abgerufen am 18.9.2017)
- [37] Für medizinisches Personal: Akut behandlungsbedürftige, für Deutschland ungewöhnliche Infektionskrankheiten, die bei Asylsuchenden auftreten können. Hrsg.: Robert Koch-Institut 2015 http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2015/Ausgaben/38_15_Artikel_Asylsuchende.pdf?__blob=publicationFile (abgerufen am 18.9.2017)

- [38] Metaanalyse: Jeder vierte Migrant hat antibiotika-resistente Bakterien. Hrsg.: Deutscher Ärzteverlag GmbH, Berlin 2018 <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/95373/Metaanalyse-Jeder-vierte-Migrant-hat-antibiotikaresistente-Bakterien> (abgerufen am 7.11.2018)
- [39] Exner, M.: Wo steht die Krankenhaushygiene 2025? Management & Krankenhaus 2016 <http://www.management-krankenhaus.de/topstories/hygiene/wo-steht-die-krankenhaushygiene-2025> (abgerufen am 18.9.2017)
- [40] Krank im Krankenhaus. Hrsg.: Allianz Deutschland AG 2007 http://www.krankenhaushygiene.de/pdfdata/krank_im_krankenhaus2007.pdf (abgerufen am 18.9.2017)
- [41] Antworten auf häufig gestellte Fragen zu Krankenhausinfektionen und Antibiotikaresistenz. Hrsg.: Robert Koch-Institut 2017 http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Antibiotikaresistenz/FAQ/FAQ_node.html (abgerufen am 18.9.2017)
- [42] GERMAP 2015 - Antibiotika-Resistenz und -Verbrauch. Hrsg.: Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit, Paul-Ehrlich-Gesellschaft für Chemotherapie e.V. 2016 <http://www.p-e-g.org/econtext/germap> (abgerufen am 18.9.2017)
- [43] Dulon, M.; Peters, C.; Schablon, A.; Nienhaus, A.: MRSA carriage among healthcare workers in non-outbreak settings in Europe and the United States: a systematic review. Hrsg.: BMC Infectious Diseases, 2014 <https://bmcinfectdis.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2334-14-363> (abgerufen am 10.10.2017)
- [44] Nienhaus, A.; Dulon, M.; Wendeler, D.: Beruflich bedingte Infektionen im Gesundheitswesen. Hrsg.: Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed 2017 <https://www.asu-arbeitsmedizin.com/ASU-2017-1/Beruflich-bedingte-Infektionen-im-Gesundheitswesen,QUIEPTc0NTQwOCZNSUQ9MTEwNTc2.html?UID=3A10D292B2B85EECEF749AE7DA3CFE42773FE2D052E39A> (abgerufen am 12.10.2017)
- [45] Persönliche Schutzausrüstung in Klinik und Praxis Wie viel Schutz brauche ich wofür? Hrsg.: Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit 2014 https://www.aekbv.de/images/stories/aerzte/Hygiene-in-Klinik-und-Praxis/t_20140212_%C3%84KBV_PSA_Janssen.pdf (abgerufen am 12.10.2017)
- [46] Haamann, F.; Dulon, M.; Nienhaus, A.: Berufliche MRSA-Infektionen bei Beschäftigten im Gesundheitsdienst. Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin (ASU) 46 (2011), S. 585-589 https://www.asu-arbeitsmedizin.com/Gentner.dll/asu-2011-10-585-585_MzMyNDAw.PDF?UID=3A10D292B2B85EECEF749AE7DA3CFE427731EFD958E39A
- [47] Candida auris: Hefepilzinfektionen in Deutschland. Hrsg.: Deutsches Ärzteblatt 2017 <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/78073/Candida-auris-Hefepilzinfektionen-in-Deutschland> (abgerufen am 19.9.2017)
- [48] Beruf und Multiresistente Erreger. Hrsg.: Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit 2013 https://www.lgl.bayern.de/downloads/gesundheit/hygiene/doc/2013_lare_symp_5_herr.pdf (abgerufen am 12.10.2017)
- [49] Allergieauslösern auf der Spur. Hrsg.: Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) 2017 https://www.bgw-online.de/DE/Medien-Service/Kundenmagazin/2017_1/Allergieausl%C3%B6sern-auf-der-Spur.html (abgerufen am 19.9.2017)

- [50] Pohrt, U.: Hauterkrankungen und Hautschutz im Gesundheitsdienst. Hrsg.: Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) 2010 https://www.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Medientypen/BGW%20Broschueren/Hauterkrankungen_Hautschutz_Gesundheitsdienst_Download.pdf?__blob=publicationFile (abgerufen am 19.9.2017)
- [51] Berufsbedingte allergische Kontaktekzeme – was Betriebsärzte wissen sollten. Hrsg.: Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin (ASU) 2014 <https://www.asu-arbeitsmedizin.com/ASU-2014-4/Berufsbedingte-allergische-Kontaktekzeme-ndash-was-Betriebsaerzte-wissen-sollten,QUIEPTU4NDg1MSZNSUQ9MTEwNTc2.html?UID=81FCC069ED11589DE05D6C9C6D903E5A2F401E707C6193EF> (abgerufen am 19.9.2017)
- [52] Gefahrstoffe im Krankenhaus. Hrsg.: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV), 2010 <http://publikationen.dguv.de/dguv/pdf/10002/i-8596.pdf> (abgerufen am 19.9.2017)
- [53] Verzeichnis sensibilisierender Stoffe und von Tätigkeiten mit sensibilisierenden Stoffen (TRGS 907). Nr. 49-51, Ausg. 11/2011, GMBI (2011), S. 1019 https://www.baua.de/DE/Angebote/Rechtstexte-und-Technische-Regeln/Regelwerk/TRGS/pdf/TRGS-907.pdf?__blob=publicationFile (abgerufen am 19.9.2017)
- [54] Prävention von Berufsdermatosen: Ein Blick durch die „Geschlechterbrille“. Hrsg.: Institut für interdisziplinäre Dermatologische Prävention und Rehabilitation 2015 http://www.arbeitsschutznachmittag.de/arbeitsschutznachmittag.de/Programm+Download_files/2015_Hansen_Praevention-Berufsdermatosen-Geschlechterbrille.pdf (abgerufen am 16.10.2017)

Autorinnen:

Dr. Ruth Klüser und Ina Neitzner

Institut für Arbeitsschutz der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (IFA), Sankt Augustin