

9 Verbesserte Kooperation zwischen Ärzten und Pflegenden – strategische Potenziale für das Krankenhaus

Knut Dahlgaard, Peter Stratmeyer und Constanze Sörensen

9.1 Krisensymptome der Kooperation und gesundheitspolitische Reformbestrebungen – ein Auftrag an die Krankenhäuser

9.1.1 Politische Reformbestrebungen zu mehr Kooperation im Krankenhaus

Für die stationäre Krankenhausversorgung wurden in 2013 Ausgaben in Höhe von 78 Mrd. Euro in Deutschland getätigt. Dies waren 3,2 % mehr als im Jahr 2012 (Statistisches Bundesamt, 2014). Vielfältige Trends – wie zum Beispiel das kürzere Verweilen der Patientinnen im Krankenhaus, die stetige Erhöhung der Fallzahlen, die Zunahme von Teilzeit und geringfügiger Beschäftigung, die zusätzlichen Dokumentationspflichten –, führten in den letzten zwanzig Jahren dazu, dass sich Veränderungen in der Personalstruktur eines Krankenhauses ergaben. Insgesamt sind heute weniger Personen in den Krankenhäusern beschäftigt und müssen eine zunehmende Arbeitsverdichtung bewältigen.

Zukünftige Strukturveränderungen müssen, um den warnenden Meldungen über die hohe Arbeitsbelastung und die mit der Minderbesetzung der Pflegenden verbundenen Risiken in der Patientenversorgung entgegenzuwirken, einen besonderen Entlastungs- und Motivationseffekt für Pflegende enthalten. Der Handlungsbedarf zur Verbesserung der Pflegepersonalausstattung wird auch von politischer Seite angegangen. So sieht das Bund-Länder-Eckpunktepapier zur Krankenhausreform 2015 erneut die Einrichtung eines Pflegestellenförderprogramms vor (Bundesministerium für Gesundheit, 2014). Das Gesamtvolumen dafür beträgt 660 Mio. € für den Zeitraum von drei Jahren, mit der Aussicht auf Verstetigung.

Eine zukünftige Berücksichtigung von Personalkosten im G-DRG-System könnte so dazu führen, dass die Betreuungsintensität durch das Behandlungsteam in deutschen Krankenhäusern zunimmt. Diese intensiviertere personenbezogene Leistungserbringung erfordert eine sehr enge Kooperation und Kommunikation zwischen den wesentlichen Leistungserbringern. Jedoch weisen Krankenhäuser häufig eine Reihe von Defiziten auf, »die im Prozess der Entwicklung einer verbesserten Arbeitsteilung neu gestaltet werden sollten:

- die Verteilung der Tätigkeiten zwischen den Berufsgruppen entspricht nicht den demografischen, strukturellen und innovationsbedingten Anforderungen,

- hinsichtlich der Arbeitsteilung zwischen den Gesundheitsberufen, insbesondere zwischen Ärzten und der Pflege, besteht ein hohes Maß an Rechtsunsicherheit,
- die interprofessionelle Standardisierung ist zu wenig ausgeprägt, wodurch Zusammenarbeit und Delegation erheblich erschwert werden,
- es zeigt sich eine nicht immer effiziente Arztzentriertheit der Krankenversorgung und
- die Ausbildungen der Gesundheitsberufe bereiten nicht adäquat auf die Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen vor« (SVR 2007, Absatz 13).

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen erstellt alle zwei Jahre ein Gutachten, in dem insbesondere die Entwicklungsmöglichkeiten in der gesundheitlichen Versorgung unter Berücksichtigung vorhandener Wirtschaftlichkeitsreserven aufgezeigt werden. Insbesondere in dem Gutachten von 2007 geht der Sachverständigenrat auf die Themenbereiche Kooperation und Verantwortung als Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung ein. Im Vordergrund steht eine neue Verteilung der Zuständigkeiten der Gesundheitsberufe bei der Arbeit für den Patienten (vgl. SVR, 2007).

9.1.2 Krisensymptome der Kooperation im Krankenhaus

Festzustellen ist, dass die Politik und auch Krankenhaus-Leitungen den Bedarf für Veränderungen deutlich wahrnehmen, die Anknüpfungspunkte jedoch stark variieren. Die Herausforderungen, die durch den demografischen Wandel zu stärkerer Patienten- und Prozessorientierung führen, schlagen sich zunächst häufig in strukturellen Veränderungen wie beispielsweise einer Zentralisierung der Patientenaufnahme oder dem Aufbau eines Belegungsmanagements nieder. Die Fortsetzung der Prozessorientierung, auch auf den Stationen, kommt aber häufig noch zu kurz. Es ist aufgrund historischer Handlungsprogrammatiken (z. B. durch die dominierende Figur des Chefarztes) schwer, ärztliche Leitungsstrukturen zu verändern, da diese häufig eine stärkere Wirkung zeigen als neue Reformprojekte der Krankenhausleitung. Das Leistungsspektrum der Ärzte umfasst neben Leitungsaufgaben auch ein direktes Involvement in der Patientenversorgung. Anders hingegen sehen die Leitungsstrukturen in der Pflege aus. Die klassische Pflegedirektion übernimmt übergreifend, patientenfern Leitungsaufgaben zur Führung und Organisation der Pflege in den Fachabteilungen. Die Entwicklung patientennaher kooperativer Prozesssteams bestehend aus Ärzten und Pflegenden, gestaltet sich aufgrund dieser unterschiedlichen Aufbauorganisationen der Berufsgruppen als eine große Herausforderung.

Es zeigt sich auch, dass eine klare patientenbezogene Zuständigkeit trotz der zunehmenden Zahl des Arztpersonals, insbesondere im Assistenz- und Stationsbereich, durch die Anforderungen des Arbeitszeitgesetzes sowie durch die zusätzlichen Aufgaben, die Ärzte in Funktionsabteilungen übernehmen müssen, nicht durchgehalten werden. Dadurch wechseln die ärztlichen Ansprechpartner

für Pflegende stetig (Dahlgaard und Stratmeyer 2006c, S. 30-42). Das System der Bereichspflege, bei dem die Pflegepersonen für die Zeit ihrer Anwesenheit die Verantwortung für mehrere Patientenzimmer übernehmen, zeigt nicht die Zuständigkeit einer Pflegefachkraft über die Schicht hinaus an. So haben Patienten bei ihrem Aufenthalt häufig eine Vielzahl an Ansprechpartnern aus dem Pflegedienst. Diese beiden Tendenzen wirken sich auf die Kontinuität¹² der ärztlichen und pflegerischen Patientenversorgung aus. Zudem können erhebliche Informationsdefizite zwischen den Berufsgruppen entstehen, da Absprachen zwischen dem pflegerischen und medizinischen Dienst oder im therapeutischen Team nicht koordiniert werden. Diese organisatorischen Reibungsverluste binden personelle Ressourcen, insbesondere auf der Ebene der Pflegenden, die für notwendige und dringliche pflegerische Tätigkeiten benötigt werden. Es fehlen auf den Stationen effektive Regelwerke, die die Aufgabenbereiche und Zuständigkeiten eindeutig klären, die Behandlungspfade für Standardprozesse für eine grundlegende Orientierung definieren, die Dienstzeiten zwischen den Akteursgruppen besser abstimmen, die innovative strukturelle Arbeitsbedingungen zur Schnittstellenharmonisierung einführen sowie Lösungskonzepte, die eine zielgerichtete patientenbezogene Fallsteuerung und eine strategische Kompetenzentwicklung von Pflegefachkräften ermöglichen (Dahlgaard und Stratmeyer 2007, S. 80-82). Der Aufbau und die Sicherung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Mitarbeiterinnen spielt auf den Stationen eine zunehmende gewichtige Rolle (Weigl et al. 2012, S. 283). Die Rollenausführung von Leitungs- oder Expertenfunktionen in der Pflege wird sehr unterschiedlich wahrgenommen und priorisiert und somit muss die Durchsetzung neuer Stellentypen und die Akzeptanz durch herkömmliche Berufsgruppen auch erst gelernt werden.

9.1.3 Merkmale effektiver, interprofessioneller Kooperation

Bei der Patientenversorgung im Krankenhaus spielt die Zusammenarbeit interprofessioneller Teams eine entscheidende Rolle. Die Zusammenarbeit wird in verschiedenen Ausprägungen im stationären Alltag gelebt: vom Informations- oder Ideenaustausch bis hin zu einer gemeinsamen oder arbeitsteiligen Aufgabenbearbeitung. Sie kann durch temporär zusammengesetzte oder stabile Teams erfolgen und besteht aus zwei oder mehr interagierenden Personen, die ein gemeinsames Ziel verfolgen, jedoch die eigene Rolle und Entscheidungskompetenzen wahrnehmen (Antoni 2010, S. 18-24 und Passauer-Baierl et al. 2014, S. 293-298).

Die Herausforderungen einer interprofessionellen Kooperation bestehen insbesondere in Kommunikations- und Sprachschwierigkeiten, die durch die jeweilige Fachsprache, disziplinspezifische Methoden oder gegenseitige Vorurteile zu

Missverständnissen oder einer erschwerten gemeinsamen Formulierung von Problemsicht und Lösungsansatz führen (Defila und Di Giulio, 1998). Stark professionell und fachdisziplinär geprägte Wissensstrukturen, Normen, Einstellungen und unterschiedliche Aufbauorganisationen führen zu Hierarchien im Krankenhaus, die unterschiedliche Zielprioritäten setzen. Dadurch kommt es beispielsweise bei der Visite zu lückenhaften Informationsweitergaben (Antoni 2010, S. 18-24).

Die Effektivität interprofessioneller Kooperation hängt im Wesentlichen von folgenden Merkmalen der Teamarbeit ab (Passauer-Baierl et al. 2014):

1. *Kommunikation*: Das Behandlungsteam teilt und tauscht Informationen. Dabei sind Informationsprozesse wie Visiten, Besprechungen und die Sicherstellung von Ansprechbarkeit so zu gestalten, dass die Informationsweitergabe effektiv ist (Dahlgaard und Stratmeyer 2006a, S. 47-54).
2. *Koordination*: Es werden kooperative Zuständigkeitsregelungen verfasst, die für die jeweilige Berufsgruppe klärt, wann, wo, wer etwas wie tut. Es werden Arbeitsschritte und Verantwortlichkeiten festgelegt. Diese können autonom getrennt und unabhängig, dann aber in Kenntnis und unter Bezugnahme auf die komplementäre Planung oder Durchführung der jeweils anderen Berufsgruppe stattfinden (kooperative Arbeitsteilung), oder es können Art und Umfang der Übernahme von Steuerungs- und Überwachungsaufgaben zwischen den Professionen ausgehandelt und personell zugeordnet werden (Dahlgaard und Stratmeyer 2006a, S. 54-56).
3. *Formalisierung*: Die Teamarbeit kann unterstützt werden, indem relevante Prozeduren kurz und prägnant schriftlich formuliert werden. So sind nicht ständig neue Regelungen aufzustellen, über die andere erneut informiert werden müssen (Dahlgaard und Stratmeyer 2006c, S. 61-66).
4. *Unterstützendes Verhalten*: Die Reaktion auf Anfragen und Bedürfnisse von Kollegen ist wertschätzend und durch gegenseitige Unterstützung geprägt.
5. *Führung*: Durch eine entsprechend auf Kooperation hin ausgestaltete Krankenhauskultur kann zielorientiert Einfluss auf das Handeln im Behandlungs- und Pflegeteam während der Zusammenarbeit genommen werden. Dazu ist als erster Schritt die Analyse der Kooperationskultur des Hauses und der vorhandenen Potenziale aller Berufsgruppen vorzunehmen, um daraus Möglichkeiten der Förderung kommunikativer und kooperativer Kompetenzen abzuleiten (Dahlgaard und Stratmeyer 2008, S. 69-72).
6. *Situatives Bewusstsein*: Begleitend zu oben genannten Merkmalen ist es für alle Beschäftigten wichtig, aufmerksam gegenüber den Aktivitäten der Kolleginnen, der Gesamtsituation und den Patienten zu sein.

Durch prozessunterstützende und kooperative Lösungsansätze, die die Merkmale funktionierender Zusammenarbeit aufgreifen, können Krankenhäuser ihre Kooperations-Potenziale strategisch weiterentwickeln. Auftretende Defizite der Kommunikation und Teamarbeit, wie Spannungen durch unterschiedliche Erwartungen innerhalb der Arbeitsteams oder hohe Arbeitsbelastungen durch verstärktes Stresserleben, können durch eine systematische interprofessionelle

¹² Die patientenbezogenen Zuständigkeiten können zum Beispiel durch eine Messung der ärztlichen und pflegerischen Ansprechpartner der Patienten im Laufe ihres Krankenhausaufenthalts untersucht werden (Bundesministerium für Gesundheit 2013, S. 23).

Kompetenzentwicklung reduziert werden. Verzögerungen und Wartezeiten durch Ablaufprobleme können durch nutzenstiftende Kooperationsformen minimiert werden.

9.2 Die medizinische Fachabteilung als zentraler Ort der medizinisch-pflegerischen Leistungsprozesse

9.2.1 Effizienz durch Restrukturierung der arbeitsteiligen Leistungsprozesse

Die Behandlungsbereiche in Krankenhäusern sind üblicherweise entweder in klassische medizinische Fachabteilungen oder – heute zunehmend verbreitet – in Behandlungszentren gegliedert. Der Vorteil eines Zentrums ist, dass »eng miteinander arbeitende Fachgebiete/Fachabteilungen räumlich und strukturell zusammengefasst werden (z. B. Neurologie/Neurochirurgie, Gastroenterologie/Viszeralchirurgie etc.)« (Roeder 2010, S. 337-344). Der Verschmelzungsgrad von Fachabteilungen zu einem gemeinsamen Zentrum kann dabei von unterschiedlicher Intensität sein und im Extremfall bis zum vollständigen Aufgehen von Fachabteilungen innerhalb eines Zentrums reichen. Üblich ist aber wohl, dass die Fachabteilungsstrukturen erhalten bleiben (ebd.). Allen Zentrums-konzepten gemein ist das Ziel, Effizienzsteigerung durch Synergien – gemeinsame Nutzung der bettenführenden Einheiten, Funktionsdiagnostik etc. – zu erreichen (ebd.).

Die bloße Addition von ehemaligen Fachabteilungen zu einem Zentrum reicht aber nicht aus. Die Potenziale der Zentralisierung kommen erst zur Entfaltung, wenn sie mit einer stärkeren Ablauforientierung einhergehen. »Seit Jahrzehnten werden die Prozesse in den Krankenhäusern um den Arzt als Dreh- und Angelpunkt des medizinischen Geschehens organisiert« (Gottschalk 2014, S. 274-276). Da die ärztlichen Leistungen selber stark variieren und stör anfällig sind, müssen sich alle anderen an der Versorgung beteiligten Akteure ihrerseits mit »äußerster Flexibilität« anpassen, woraus Ablaufstörungen und Wartezeiten teilweise vom ganzen Versorgungsteam auf den Stationen und Funktionsabteilungen resultieren (ebd.). Durch unzureichende Klärung von Aufgaben und Verantwortlichkeiten innerhalb der und zwischen den Berufsgruppen kommt es gleichsam zum Stillstand, aufwändige Nachfragen und Rückkoppelungen werden notwendig. Projektergebnisse zeigen, dass sich durch eine »qualifikations-adaptierte Aufgabenteilung innerhalb des gesamten Behandlungsteams« erhebliche wirtschaftliche Vorteile generieren lassen (Roeder et al. 2012, S. 190-193).

9.2.2 Leitorientierungen des kooperativen Prozessmanagements

Angesichts dieser Optimierungsreserven sollten Restrukturierungen von Krankenhäusern immer das Ziel zur Prozessoptimierung und Verbesserung der intra- und interprofessionellen kooperativen Arbeitsteilung verfolgen. Beim »Ko-

operativem Prozessmanagement im Krankenhaus« (KoPM®) handelt es sich um ein theoretisch begründetes, praktisch erprobtes (Dahlgaard und Stratmeyer, 2014) und evaluiertes Organisationsmodell, das diesen beiden Anforderungen gerecht wird. Ausgangspunkt des Modells ist die Prozessanforderung – also die Versorgung des Patienten entlang des Prozesses von der Aufnahme, über Diagnostik, Therapie und Pflege bis zur Entlassung bzw. Überleitung. Ansatzpunkt von KoPM® ist die medizinische Fachabteilung oder das medizinische Zentrum, der Ort, an dem die Patientenversorgung geplant, gemanagt und überwacht wird. Im Fokus stehen die zentralen Kernprozesse der medizinischen und pflegerischen Versorgung, die zu einem integrierten Versorgungsprozess verbunden werden. Dementsprechend sind es die Ärzte und Pflegekräfte einer Abteilung, deren Kooperationsbeziehungen über alle Hierarchieebenen bewertet und neu konfiguriert werden. KoPM® ist ein Managementmodell, das die Prozessverantwortung auf den unterschiedlichen Ebenen möglichst umfassend und widerspruchsfrei Funktionsträgern im Arzt- und Pflegedienst zuweist. Im Ergebnis profitieren die Patienten, die die Krankenhausversorgung aus »einem Guss« erleben und über die gesamte Dauer ihres Aufenthalts feste Ansprechpartner (Arzt und Pflegekraft) haben und direkt in wichtige Kommunikationsprozesse eingebunden sind. Die Ärzte der Abteilung können sich auf die Aufgaben konzentrieren, für die sie qualifiziert sind und die ihrer Intention entsprechen – die medizinische Versorgung. Das Arbeitsprofil von Pflegenden erfährt durch erweiterte Aufgaben und Kompetenzen in der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie im Fallmanagement eine deutliche Attraktivitätsverbesserung. So steigt die Arbeitszufriedenheit in beiden Berufsgruppen. KoPM® ist ein Rahmenmodell, das von definierten Prämissen zufriedentstellender und produktiver Zusammenarbeit der Berufsgruppen ausgeht und aus einer konstruktiven Verknüpfung von Prozessmanagement, Bezugspersonenkonzept (Primary Nursing) und Case Management besteht. Die Ziele lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- *Attraktivitätssteigerung* des Pflege-Berufes durch Übernahme hochwertiger Aufgaben für engagierte und qualifizierte Pflegenden,
- *Entlastung* des Arztdienstes von Aufgaben, die nicht zu seinem »Kernbereich« gehören,
- *Delegation* von medizinisch-diagnostischen und -therapeutischen Teilprozessen an Pflegenden, die nicht Ärzten vorbehalten sind,
- *Prozessoptimierung* durch Fallsteuerung »aus einer Hand«,
- *Patientenorientierung* durch Versorgungskontinuität, Ansprechbarkeit und Definition eines eigenständigen pflegerischen Versorgungsauftrags (Pflegekonzept).

Das KoPM®-Modell eignet sich für Umstrukturierungen unterschiedlicher Reichweite von der Restrukturierung einzelner Schlüsselprozesse wie bspw. Aufnahme-, Entlassung- oder Visitenprozess bis zur Abteilungsreorganisation. Es zeigt sich, dass durch kleine Projekte partielle Verbesserungen erreicht werden, nachhaltige Erfolge aber limitiert bleiben, da die durch Berufssäulen ge-

prägte Organisationsprogrammatis nicht verändert wird. Im Weiteren werden die Grundstrukturen des Modells zur Restrukturierung einer Abteilung bzw. eines Zentrums vorgestellt.

9.2.3 Inhalte des Organisationsmodells

Zur Umsetzung des Modells bedarf es einer Strukturorganisation, die in der Lage ist, nachhaltig das kooperative Leistungsgeschehen auf einer stabilen Grundlage zu etablieren. Zur Verdeutlichung soll beispielhaft das Strukturmodell dienen, das in einem Projekt Krankenhaus entwickelt wurde und als Grundlage der Reorganisation diente (► Abb. 9.1).

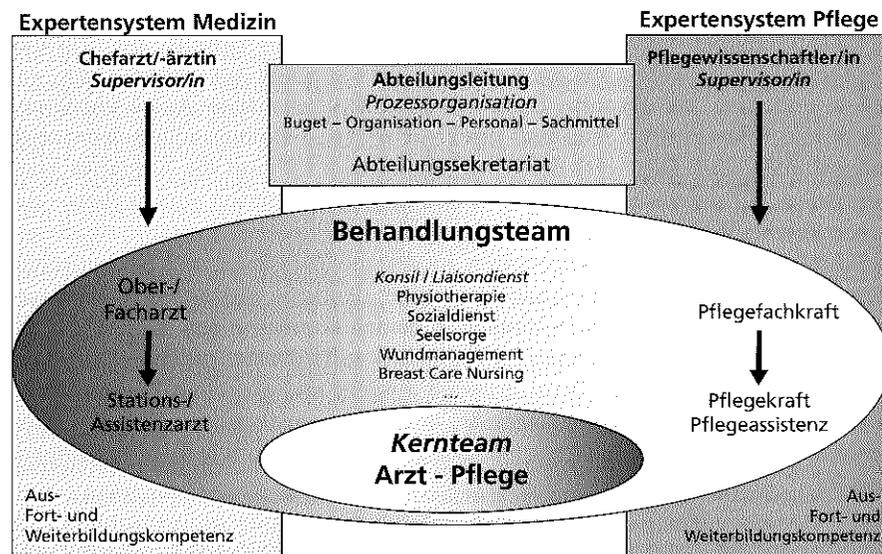


Abb. 9.1: Kooperatives Organisationsmodell einer Abteilung
Quelle: Düsenberg 2014 (S. 105)

Grundannahme der neuen Organisation ist, dass Medizin und Pflege zwei sich ergänzende Bereiche darstellen – nicht gleichartig, aber doch gleichwertig mit jeweils eigenen zu verantwortenden Leistungsbeiträgen in der Gesamtversorgung. Während die Ärzte hier auf eine sehr lange, historisch gewachsene und im Prinzip durchaus funktionale Struktur zurückgreifen können, in der die kontinuierliche Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung fest verankert ist und sich die Verantwortung für die Patientenversorgung über alle Hierarchieebenen erstreckt, verfügt die Pflege gleichermaßen über eine hierarchische Gliederung. Die Hauptaufgabe der Pflegedienstleitung erstreckt sich indes auf die Organisation des Personaleinsatzes und der Personalbeschaffung. Fachliche Verantwortung für die Patientenversorgung endet auf der Ebene der Pflege-

teams. Das Pflegemanagement hat hier lediglich Aufgaben der administrativen Steuerung bspw. zur Einführung von Pflegestandards.

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels steigt besonders der pflegerisch relevante Versorgungsbedarf chronisch Kranker. Die sich rapide entwickelnde Pflegewissenschaft hält auch zunehmend Kenntnisse und Verfahren zur adäquaten pflegerisch-therapeutischen Versorgung, insbesondere dieser Gruppe bereit, die – wie in der Medizin – organisationale Anknüpfungspunkte benötigt, um handlungswirksam zu werden. Das in der Abbildung 9.1 dargestellte Organisationsmodell stellt die Entwicklung der Fachlichkeit in Verbindung mit Personalentwicklung daher ins Zentrum beider *Expertensysteme*. Die besonders fachlich versierte Pflegewissenschaftlerin ist die strategische Managerin des Pflegeprozesses. Sie gibt die verbindlichen fachlichen Standards heraus und verfügt über Instrumente der Qualitätsüberwachung, gleichermaßen wie es der Chefarzt für den Medizinprozess darstellt.

Neuartig an dem Strukturmodell ist die Leitungsorganisation der Abteilung. Während sowohl im Arzt- als auch im Pflegedienst eine deutliche Konzentration auf fachliche Fragen der Patientenversorgung vorhanden ist, werden die Aufgaben der organisatorischen Leitung der neu zu schaffenden Funktion einer *Abteilungsleitung* überantwortet. Während die Behandlungsteams die Verantwortung für die Behandlungsergebnisse tragen, ist der Abteilungsleitung in erster Linie die Verantwortung für die Prozessorganisation übertragen. Ihre Aufgaben beziehen sich auf die Unterstützung der Leistungsprozesse durch Sicherstellung der erforderlichen Ressourcen. Mit dieser funktionalen Arbeitsteilung sind erhebliche Vorteile verbunden:

- Fachliche Aufgaben der Patientenversorgung geraten nicht mehr in inhaltliche und zeitliche Konkurrenz zur organisatorischen und administrativen Steuerung der Abteilung. Beides sind wichtige Leitungsfunktionen, die aber unterschiedlichen Stellen zugewiesen werden.
- Die durch berufsständische Partialinteressen geprägte Sicht auf die Ressourcenverteilung wird durch eine berufsübergreifende Gesamtsicht auf die Bedarfe und Ressourcensituation der Abteilung gelenkt.
- Es gibt eine zentrale Stelle, die die schnittstellenübergreifenden Gesamtprozesse der Abteilung in den Blick nimmt und für eine auf die Prozessanfordernis orientierte angemessene Verteilung der Ressourcen sorgt.

Die Funktion der Abteilungsleitung – insbesondere im Hinblick auf den besonders sensiblen Bereich der Personalausstattung und -disposition – kann selbstredend nur in enger Kooperation mit den Verantwortlichen der Expertensysteme wahrgenommen werden, die entsprechende regelmäßige Kommunikationsverfahren sicherstellen.

In der Konsequenz bedeutet dieses Strukturmodell auch eine Differenzierung bei den Führungsaufgaben. Die fachliche Führung verbleibt in den beiden Berufshierarchien: Chef-, Ober- und Assistenzarzt einerseits, Pflegewissenschaftliche Leitung, Bezugspflegende, Pflegefach- und Pflegeassistentenkräfte andererseits. Die disziplinarische Führung geht indes an die Abteilungsleitung über.

Rahmen ihrer – auch personellen – Ressourcenverantwortung über. Es gibt durchaus gute Beispiele, dass eine Abteilungsleitung bspw. die Weiterbildungsplanung für Assistenzärzte zur hohen Zufriedenheit auch der ärztlichen Leitungskräfte organisiert.

Das operative Prozessmanagement ist patientennah einem *Kernteam*, bestehend aus Bezugsarzt und Bezugspflegerin überantwortet (► Abb. 9.1). Sie tragen gemeinsam die Verantwortung über den gesamten Patientenaufenthalt rund um die Uhr von der Aufnahme bis zur Entlassung. Beide gestalten gemeinsam mit dem Patienten die tägliche Visite und gewährleisten, dass medizinische und pflegerische Fragen möglichst im direkten Kontakt mit dem Patienten geklärt werden. Zur Unterstützung des Kernteams stehen in beiden Berufsgruppen Ärzte bzw. Pfleger zur Verfügung, die insbesondere bei Abwesenheit des Kernteams die Versorgung gewährleisten. Zum *Behandlungsteam* gehören zudem weitere Experten, die Teilprozesse übernehmen: Konsiliar- und Liaisondienste, Sozialarbeiterinnen, Physiotherapeuten, Wundmanagerinnen usw.

Die Ziele der Erhöhung der Arbeitszufriedenheit von Ärzten und Pflegenden lassen sich durch die Neukonfiguration ihrer Arbeitsteilung erreichen. Ärzte bemängeln den großen Anteil an nichtmedizinischen Aufgaben (Merz und Oberlander, 2008) und mangelnde Unterstützung durch Pfleger (Hibbeler, 2011), während Pfleger mangelnde Anerkennung ihrer fachlichen Expertise und schlechte Erreichbarkeit der Ärzte beklagen (Hibbeler, 2011).

In der Abbildung 9.1 ist das kooperative Verhältnis schematisch dargestellt. Der Bezugsarzt ist auch im juristischen Sinne verantwortlich für die gesamte Patientenversorgung der ihm zugewiesenen Patienten (*Fallverantwortung*) und zuständig für das *Management der medizinischen Versorgung* – Planung, Durchführung und Überwachung von Diagnostik und Therapie. Die Bezugspflegerin übernimmt die Funktion einer *Primary Nurse Case Managerin* (PNCM) (Ewers 2000, S.61), die sich in vier Aufgabenschwerpunkten aufteilt.

- In der Funktion der PNCM überwacht und steuert sie den gesamten Versorgungsprozess der zugewiesenen Patienten von der Aufnahme bis zu Entlassung. Sie hat dabei die jeweiligen diagnosebezogenen Grenzverweildauern ihrer Patienten im Blick. Sie stimmt sich in der täglichen gemeinsamen Visite eng mit dem Bezugsarzt ab und leitet selbständig alle erforderlichen Schritte für Überleitung oder Entlassung ein.
- Im *Medizinprozess* übernimmt sie erweiterte Aufgaben per Delegation. Im Interesse möglichst reibungsloser Prozesse sollten ihr dabei diagnostische und therapeutische Teilprozesse überantwortet werden und nicht lediglich einzelne Tätigkeiten wie bspw. Blutentnahmen. Die Spielräume sind bereits heute gegeben (z. B. Schmerz- und Wundmanagement) und werden sich in den nächsten Jahren weiter ausdehnen.¹³

13 Die »Richtlinie über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben« nach § 63 Abs. 3c SGB V vom 20. Oktober 2011 (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2011) darf als Meilenstein betrachtet

- In einem Projekt Krankenhaus wurden darüber hinaus Prozesse der präoperativen Vorbereitung und postoperativen Überwachung der Patienten den Pflegenden weitgehend selbständig übertragen. Zur Vermeidung von Medikationsfehlern übernehmen die Bezugspflegerinnen auch Aufgaben im Medikationsmonitoring und sind befugt, entsprechende Laboruntersuchungen zu initiieren. Ärzte profitieren davon, da ihre Arbeit durch weniger Nachfragen, Anordnungen u. ä. gestört wird, und sie können im besten Teamsinne darauf vertrauen, dass Pfleger ihre fachliche Aufmerksamkeit auch auf die medizinische Versorgung ausdehnen.
- Der zweite Aufgabenbereich der Primary Nurse Case Managerin liegt im *Fallmanagement* und in der *Prozesskoordination*, die sie in enger Abstimmung mit dem Bezugsarzt wahrnimmt. Im regelmäßigen direkten Kontakt mit dem Patienten plant und überwacht sie den gesamten Prozess von Diagnostik, Behandlung und Pflege und sorgt damit maßgeblich für eine kontinuierliche Versorgung. Sie ist Hauptansprechpartnerin für alle an der Behandlung und Pflege beteiligten Berufsgruppen, plant und leitet Fallkonferenzen und ist Hauptbezugsperson für Angehörige. Sie koordiniert Aufnahmen und plant die Entlassungen. Zu ihren Aufgaben gehört die Prüfung und Überwachung von Tagesabläufen, Anordnungen, Befundeingängen sowie die ordnungsgemäße Dokumentation.
- Pflege hat sich in ihrer historischen Entwicklung relativ stark darüber definiert, nicht Teil der Medizin zu sein, sondern eine eigenständige Profession (z. B. Lorenz, 2000). Auch aus formalen juristischen Gründen wurde dabei jede begriffliche Nähe zur Medizin vermieden. Der *Pflegeprozess* ist Ausdruck dieser Andersartigkeit, indem Kernbegriffe wie Diagnostik und Therapie – vermeintliche Hoheitsgebiete der Medizin – durch »Informationssammlung«, »Planung und Durchführung von Pflegemaßnahmen« ersetzt werden. Bei genauer Betrachtung verschwinden indes die Unterschiede. Dem Medizin- und Pflegeprozess wohnt ein gleichartiger zielgerichteter Handlungsprozess inne, der – eigentlich nicht überraschend – den Grundfunktionen managerialen Handelns entspricht: Zielsetzung, Planung, Realisation und Kontrolle (Dahlgaard und Stratmeyer 2006b, S. 50ff). Voraussetzung ist allerdings, dass eine inhaltlich-konzeptionelle Beschreibung des pflegerischen Versorgungsauftrages besteht, die medizinisch-therapeutisches Handeln unterstützt und ergänzt. Medizin und Pflege werden so zu zwei sich gegenseitig ergänzenden Teilleistungen. Der eigenständige professionelle Arbeitsbereich der Pflege trachtet danach, die Patienten darin zu unterstützen, die durch Krankheit oder Pflegedürftigkeit vorübergehend oder dauerhaft erlittenen Beeinträchtigungen zu bewältigen (z. B. Woog, 1998 und Lubkin, 2002).

werden, heilkundliche Aufgaben – im wenn auch noch sehr bescheidenen Maße – auf Pflegekräfte zu übertragen. Zwar werden in der Richtlinie Aufgaben genannt, die nach gängiger Praxis ohnehin oftmals von Pflegenden übernommen werden, aber dies erfolgte eben zumindest in einer juristischen

Im Rahmen eines umfangreichen Krankenhausprojekts zur Einführung des kooperativen Prozessmanagements wurde, dieser beschriebenen Intention folgend, eine grundlegende Revision des Pflegeprozesses vorgenommen. Die Pflegeanamnese wurde inhaltlich auf die Anforderungen der Krankheitsbewältigung, insbesondere von chronisch Kranken fokussiert. Die Ergebnisse der Anamnese münden analog zur Medizin in Pflege Diagnosen ein (Heuwinkel et al. 2006). Pflegephänomene, die indes sehr eng im Zusammenhang mit medizinischer Diagnostik und Therapie stehen (bspw. Nahrungskarenz oder Immobilität nach einem chirurgischem Eingriff), werden dem Medizinprozess zugeordnet, was zu einer deutlichen Profilschärfung, Übersichtlichkeit und Entschlackung des von den Bezugspflegenden autonom zu verantwortenden Pflegeprozesses führt.

Die Erfahrung zeigt, dass die beschriebenen Rollenänderungen erhebliche Auswirkungen auf den Pflegedienst haben. Die Differenzierung der fachlichen Verantwortung für die Patientenversorgung mit eindeutiger Zuweisung von Führungsverantwortung an die Bezugspflegenden bedarf einer intensiven Begleitung des Teams und einer Absicherung über Formalisierungen (Stellen- bzw. Funktionsbeschreibungen).

9.3 Aufgaben der Krankenhausleitung

In diesem Abschnitt soll beleuchtet werden, welche Implikationen die Anwendung des kooperativen Prozessmodells im Krankenhaus für die Krankenhausleitung hat, welche Voraussetzungen geschaffen werden müssen und wie ein solcher Prozess unterstützt werden kann.

9.3.1 Kooperationsverbesserung als strategische Aufgabenstellung der Krankenhausleitung

Eine Kooperation zwischen Ärzten und Pflegenden im Krankenhaus wird seit Jahrzehnten praktiziert, kann aber nicht immer als bewährt bezeichnet werden. Eine Vielzahl von kritischen Entwicklungen, die bereits skizziert worden sind, treten immer wieder auf. Auch wenn einige Akteure diesen Zustand unbefriedigender Kooperation nach Jahren als offenbar unvermeidlich und zum Krankenhausalltag zugehörig empfinden, würde sich doch jeder »normale« Betrieb bei derartigen Kooperationsproblemen in seiner »Produktionsabteilung« daran machen, diesen Zustand nachhaltig zu verbessern. Schließlich haben diese Probleme wesentlichen Einfluss auf die Qualität und Effizienz der Prozesse sowie last not least auf die Arbeitszufriedenheit der Akteure.

Obwohl der Patient wie vielfach betont im Mittelpunkt der Bemühungen steht, reicht das allein offenbar nicht hin, um eine sachgerechte Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegenden sicherzustellen. Die Ausgangsbedingungen für eine Kooperation im medizinisch-pflegerischen Arbeitsprozess sind nicht einfach. Es bestehen deutliche Unterschiede zwischen der Organisation und Führung von Arzt- und Pflegedienst, die nachfolgend noch einmal kurz zusammengefasst werden (Dahlegaard und Stratmeyer 2006a, S. 14 ff.).

- In die Aufbauorganisation des Krankenhauses sind die Bereiche unterschiedlich eingebunden. Der ärztliche Dienst ist in Fachabteilungen untergliedert, die jeweils von einer einzelnen ärztlichen Leitung (Chefarzt) in Bezug auf die inhaltliche Verantwortung für die medizinische Versorgung relativ autonom geleitet werden. Der Pflegedienst dagegen wird übergreifend koordiniert und geführt; die Pflegedienstleitung bzw. die Pflegedirektorin ordnet den medizinischen Fachabteilungen Pflegepersonal zu.
- Auf diese Weise stehen dezentrale fachliche Verantwortung und zentrale Personaldisposition in einem dauerhaften Spannungsverhältnis, und das bei Prozessen, die unmittelbare Kooperation, Koordination und Kommunikation am Patienten erfordern.
- Entsprechend der zentralen Ausrichtung des Pflegebereichs sind die Verfahren des Personalmanagements im Pflegebereich relativ ausdifferenziert (z. B. bei der Personaleinsatzplanung und bei der Personalentwicklung). Der ärztliche Bereich dagegen weist einen relativ geringen Organisations- und Strukturierungsgrad auf (z. B. im Bereich Personaleinsatzplanung).
- Die Personalstärken auf Station sind von vornherein unterschiedlich. So arbeitet häufig eine Stationsärztin mit mehreren Pflegenden zusammen. Schon daraus ergeben sich Engpassprobleme hinsichtlich der Verfügbarkeit ärztlichen Know-hows bei der Patientenversorgung und Strukturprobleme der Sicherstellung einer ausreichenden Kommunikation, weil die Stationsärzte vielfach noch in andere Aufgabenstellungen eingebunden sind (z. B. Funktionsdiagnostik; Operationen).
- Arbeitszeiten und Dienstformen sind unterschiedlich, bisweilen auch die Einstellung zu Fragen der Arbeitszeit und der Dokumentation geleisteter Arbeitszeiten. In einigen medizinischen Fachabteilungen dokumentieren Ärzte nicht alle geleisteten Überstunden, während dies im Pflegebereich anders ist. – Es ist zu beobachten, dass sich die Einstellungen vieler jüngerer Ärzte zu Fragen der Arbeitszeitorganisation verändern und Anforderungen an verlässliche und familiengerechte Arbeitszeiten zunehmen.
- Schließlich tragen auch Statusunterschiede, Verdienstunterschiede, unterschiedliche Karrieremuster (z. B. Facharztweiterbildung als passagere Ausbildungsphase) und auch nicht kooperationsförderliche Einstellungen und Verhaltensweisen zu Konflikten zwischen den Berufsgruppen bei.

Derartige Kooperationsprobleme lassen sich nicht immer an objektiven Daten ablesen – weil diese häufig schlicht nicht erhoben werden. So hat das KoPM[®]-Zentrum in mehreren Projekten festgestellt, dass unnötige Doppelarbeiten bei der Datenerfassung in der Patientenaufnahme bestehen. Dieses Beispiel kann gut illustrieren, wie sich ungeklärte Zuständigkeiten im Prozess auf die Effizienz auswirken (Redundanz reduziert Effizienz), auf das Verhältnis zwischen Patient und Arzt/Pflegender (*»Das hat mich doch schon der Arzt gefragt!«*) und auf die Kooperation zwischen beiden (*»Nun weiß ich es wieder nicht: Hat er das dem Patienten jetzt schon gesagt oder nicht?«*).

Das Krankenhaus hat wenig Erfahrungen und wenig Tradition, mit Arbeitsstörungen unterhalb der CIRS (Critical Incident Reporting System)-Schwelle

umzugehen. Daten (wie z. B. Umfang der Kritik an Arbeitszeitregelungen, Beschwerden; Fluktuation aufgrund des Kooperationsklimas) stehen nicht oder nur vereinzelt als Problemindikatoren zur Verfügung. Erhebungen von Wartezeiten z. B. sind nicht beliebt, sie gelten als der Versuch, *bad apples* zu identifizieren und Schuldige zu suchen. Dabei wären Daten eine gute Grundlage für eine unparteiische Systemanalyse, die auf dem gemeinsamen Wunsch beider Berufsgruppen beruht, ihre Kooperation zu verbessern.

Hier ist die strategische Verantwortung der Krankenhausleitung auf unterschiedliche Weise gefordert. Zum einen muss sie natürlich Indikatoren für »Problemabteilungen« definieren, mit deren Hilfe sich maßgebliche Kooperationsprobleme feststellen und im Anschluss beheben lassen. Am Horizont entsteht ein personalwirtschaftliches Frühwarnsystem, das den Führungskräften und der Krankenhausleitung Daten übermittelt, mit deren Hilfe sich das Ausmaß von Kooperationsproblemen abschätzen ließe.

Zum anderen geht es natürlich darum, Anlässe und Kapazitäten für eine Bearbeitung dieser Probleme bereitzustellen. Dabei geht es nicht nur um einzelne »Problemabteilungen«; alle medizinisch geleiteten Fachabteilungen können aufgrund der Praktizierung des KoPM®-Ansatzes Verbesserungen erreichen. Insofern ist durchaus geraten, mit Abteilungen zu beginnen, deren Leitungen (Leitende/r Ärztin/Arzt; Pflegerische Leitung) motiviert sind und gemeinsam übereinkommen, den Pfad der Kooperationsverbesserung zu beschreiten.

Im folgenden Abschnitt wird skizziert, wie ein derartiger Veränderungsprozess in einer Krankenhausabteilung initiiert und als Projekt durchgeführt werden kann.

9.3.2 Das Change-Projekt »Verbesserung der Kooperation« – Anforderungen und Empfehlungen

Das Ziel eines initiierten Veränderungsprojekts kann nicht nur darin bestehen, vorhandene Ineffizienz bei der Durchführung patientenbezogener Prozesse zu beseitigen. Das Thema der Kooperationsverbesserung mit Hilfe des KoPM®-Ansatzes bietet darüber hinaus größere Potenziale, die in Abschnitt 9.2.1 dargestellt worden sind:

- eine Entlastung des Arztdienstes durch Übernahme von patientennahen Funktionen durch hochqualifizierte Pflegenden,
- eine Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufes durch die Übernahme dieser komplexen Aufgaben sowie
- eine Verbesserung der Patientenorientierung durch einen definiert pflegerischen Versorgungsauftrag und eine Fallsteuerung aus einer Hand.

Mittlerweile ist die Durchführung von Projekten in vielen Krankenhäusern Alltag. Bei näherem Hinsehen sind allerdings nicht immer alle klassischen Merkmale eines effizienten Projektmanagements erfüllt. Deshalb werden im Folgen-

den spezifische Anforderungen an das Projektmanagement beschrieben, die mit der Durchführung von Kooperationsprojekten verbunden sind.

Die grundsätzliche Anlage eines Projekts

Um ein Veränderungsprojekt zur Kooperationsverbesserung gewinnbringend durchführen zu können, muss ein solches Projekt von eventuellen negativen Anmutungen entlastet werden. Es darf nicht der Eindruck erweckt werden, die Krankenhausleitung dränge *schlechte* Abteilungen zu einem Kooperationsprojekt. Vielmehr bietet das Projekt allen die Chance, die bestehende Kooperation zwischen Arztdienst und Pflege in einer Krankenhausabteilung weiter zu verbessern. Veränderungsprojekte können auf diese Weise ein positives Image erhalten, sodass sich Abteilungen und die Führungskräfte sowie die Mitarbeiterinnen beteiligen wollen.

Das Instrument des Projektmanagements vermittelt die Idee, dass derartige Aktivitäten eine zeitlich begrenzte, vorübergehende Unterstützung darstellen – eine Art Starthilfe oder auch Hilfe zur Selbsthilfe. Ansonsten ist die Optimierung von Arbeitsprozessen natürlich integraler Dauerbestandteil der Arbeit, ähnlich wie beim Qualitätszirkelansatz. Durch das Projekt wird ein Bewusstsein dafür geschaffen, dass eine initiativ Verbesserte von Arbeitsprozessen in einem zeitlich begrenzten Verfahren ermöglicht und dies von der Krankenhausleitung unterstützt wird.

Die Herangehensweise bestünde darin, dass Krankenhausleitungen besondere Anreize für einzelne Abteilungen schaffen, etwas zur Verbesserung ihrer kooperativen Arbeitsorganisation zu tun – unabhängig vom Stand ihrer bisherigen Kooperationsfähigkeit. Die Organisationsform der Veränderung könnte durchaus in einem Wettbewerbsmodell bestehen, und Abteilungen können sich für die Durchführung eines Projektes bewerben (unter Angabe der Ziele, der beteiligten Akteure und der Ressourcen).

Unparteiische Diagnose und situationsadäquate Interventionen

Auch wenn [natürlich] die Beteiligten ein Vorverständnis über die vorhandenen Probleme der Kooperation und Potenziale der Verbesserung mitbringen, ist es sehr notwendig, eine Diagnosephase vorzuschalten, in der ein unparteiischer Blick auf den Stand der Kooperation zwischen Ärzten und Pflegenden geworfen wird.

Das KoPM®-Diagnoseinstrument in Form einer schriftliche Befragung von Ärzten und Pflegenden aller Hierarchieebenen der Abteilung (Dahlgard und Stratmeyer 2006a, S. 61 ff.) liefert eine grundlegende Einschätzung der Kooperationsqualität in Bezug auf

- den Diagnostik-, Behandlungs- und Pflegeprozess,
- den Aufnahme- und Entlassungsprozess,
- das Ausmaß an Patientenorientierung,

- Informationsprozesse,
- Zuständigkeitsregelungen sowie
- den Stand der Kooperation und Führung

in der Abteilung. Das KoPM[®]-Diagnoseinstrument misst nicht den Grad der Kooperationsfähigkeit, sondern identifiziert einzelne Problembereiche, die besonders einer Verbesserung durch entsprechende Interventionen bedürfen. Die Veröffentlichung der Ergebnisse und gemeinsame Priorisierung der Handlungsfelder ist bereits vorbereitender Teil der Intervention. – Offene Punkte bzw. blinde Flecken werden durch ergänzende Interviews mit einzelnen Repräsentanten beider Berufsgruppen geklärt. Durch teilnehmende Beobachtungen können Prinzipien der Arbeitsteilung und Abläufe der Patientenversorgung ergänzend ausgewertet werden.

Ergebnis dieser Diagnosephase ist eine Stärken-Schwächen-Analyse, die die Ausrichtung und das gesamte Ausmaß des Optimierungsbedarfes erkennen lässt.

Professionelles Projektmanagement

An dieser Stelle wird nicht das Einmaleins des Projektmanagements erläutert¹⁴, vielmehr geht es darum, auf einige Spezifika der Durchführung von Kooperationsprojekten aufmerksam zu machen:

- Eine strategische Einbindung des Veränderungsprojekts ist angeraten. Es geht nicht nur darum, eine Abteilung *in Ruhe vor sich hin* Verbesserungen der Kooperation entwerfen zu lassen. Die Krankenhausleitung muss einen förmlichen Projektauftrag erteilen und Ressourcen zur Verfügung stellen; die Ziele des Projekts werden in den Zusammenhang der Krankenhauszielsetzungen eingeordnet.
- Eine begleitende krankenhauserne Öffentlichteitarbeit muss positive Ausstrahlungseffekte für die Abteilungen erzielen.
- Ausdruck dieser Unterstützung der Krankenhausleitung für das Veränderungsprojekt kann die Einrichtung einer Projektleitungsgruppe sein, in der die fachliche Beurteilung von Projektinterventionen und -erfolg vorgenommen werden.
- Die Leitung des Projekts hat in jedem Fall eine Schlüsselfunktion für den Projekterfolg. Was läge näher, als der Verbesserung der Kooperation zwischen Ärzten und Pflegenden durch eine kollegiale Projektleitung Ausdruck zu geben, die aus einem Arzt (z. B. einem Oberarzt der Abteilung) und einer Pflegenden (z. B. der Pflegedienstleitung der Abteilung) besteht?

14 Vgl. z. B. die empfehlenswerten Darstellungen von Projektmanagement – Handbuch Angewandte Psychologie für Führungskräfte (Vetter 2013, S. 217-249) sowie Projektmanagement mit System – Organisation, Methoden, Steuerung (Kraus und Westermann, 2010).

- In diesem Zusammenhang muss das Kooperationsprojekt unbedingt von dem Eindruck befreit werden, dass man viel Zeit übrig haben müsse, wenn man sich daran beteiligen wolle. Umgekehrte Erfahrungen haben einige KoPM[®]-Krankenhausprojekte erbracht: Auch Ärzte bringen die Zeit für die Projektarbeit auf und arbeiten engagiert mit, wenn die Projektarbeit zweckmäßig organisiert ist und die Ärzte erkennen können, welche unmittelbaren Verbesserungsmöglichkeiten für *ihre* Arbeit das Projekt bringen kann.
- Anfang und Ende des Projekts haben hohen Symbolcharakter. »Sage mir, wie Du ein Projekt beginnst, und ich sage Dir, wie es endet.« Kurz gesagt wären entsprechende produktive Verstärkungen
 - ein offizieller Startschuss durch die Krankenhausleitung, der die Bedeutung des Projekts verdeutlicht,
 - eine projektbegleitende Öffentlichkeitsarbeit,
 - eine formative und summative Evaluation als konstitutiver Bestandteil der eigentlichen Projektarbeit und
 - eine Entschließung der Krankenhausleitung, wie mit dem Ergebnis der Projektarbeit umgegangen werden soll.

9.4 Ausblick

Der demografische Wandel führt schon heute zu großen Veränderungen hinsichtlich des Arbeitskräfteangebots für Krankenhäuser und so auch zur Suche nach effizienten Lösungsansätzen für die Gestaltung der medizinisch-pflegerischen Leistungsprozesse und einer Verbesserung der Teamarbeit in Krankenhausabteilungen.

Politische Reformbestrebungen greifen diese Thematik auf und versuchen beispielsweise über die Einrichtung eines Pflegestellenförderprogramms, mit dem die allgemeine Pflege dauerhaft gestärkt werden soll (Bundesministerium für Gesundheit, 2014), einen Steuerungsanreiz für Krankenhäuser zu setzen, damit diese die Erhöhung der Personalausstattung im Pflegedienst als Chance begreifen, mit geeigneten Organisationskonzepten eine Neukonfiguration der kooperativen Arbeitsteilung zu verknüpfen. Für eine solche Umsteuerung bietet das KoPM[®]-Modell einen geeigneten Organisationsrahmen. Dabei stehen die Kernprozesse der medizinischen und pflegerischen Versorgung im Vordergrund und werden zu einem integrierten Versorgungsprozess, der durch eine effektive und effiziente Zusammenarbeit beider Bereiche geprägt ist, verbunden. Als Zielsetzung wird eine Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufes, eine Entlastung des Arztdienstes sowie eine Prozess- und Patientenorientierung angestrebt. Dazu bedarf es einer prozessorientierten Strukturorganisation, die Medizin und Pflege als sich ergänzende, gleichwertige Bereiche mit jeweils eigenen zu verantwortenden Leistungsbeiträgen verknüpft. Der neue Zuschnitt von Aufgaben – geprägt durch den Aufbau eines Expertensystems Pflege zum Management des Pflegeprozesses, einer Abteilungsleitung für die Organisation der Versorgungsprozesse durch Sicherstellung der erforderlichen Ressourcen, eines operativen Behandlungs- und insbesondere Kernteam bestehend aus dem Be-

zugsarzt als Fallverantwortlicher und der Primary Nurse Case Managerin als Koordinatorin des gesamten Versorgungsprozesses mit erweiterten Aufgaben – untersteht als strategische Aufgabenstellung der Krankenhausleitung.

Durch die Anlage eines Change-Projekts kann die Kooperationsqualität deutlich verbessert werden. Notwendig dafür sind zum einen die Sicherstellung der durchgängigen Unterstützung durch die Krankenhausleitung sowie besondere Anreize für einzelne Abteilungen für die Teilnahme an diesem Projekt. Ausgangspunkt für Veränderungsmaßnahmen ist eine zugrundeliegende Situationsanalyse z. B. durch das KoPM[®]-Diagnoseinstrument zur Einschätzung der Kooperationsqualität. In der Folge ist durch den Einsatz eines professionellen Projektmanagements eine nachhaltige, kooperative Struktur- und Prozessorganisation im Krankenhaus zu entwickeln, die so ausgestaltet ist, dass eine verbesserte Kooperation zwischen Ärzten und Pflegenden zu einer effizienteren stationären Krankenhausversorgung führt.

Es wurden in mehreren Krankenhäusern positive Erfahrungen zur Restrukturierung mit neuen Organisationsmodellen gesammelt und Kooperationsverbesserungen beispielsweise mit Hilfe des KoPM[®]-Ansatzes im Rahmen eines langfristige angelegten Organisationsentwicklungsprojekts umgesetzt. Dabei wurde festgestellt, dass sich zum einen die Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Abteilungen durch abgestimmte, koordinierte, sich gegenseitig unterstützende Teamarbeit verbesserte und es zum anderen auch zu einer Erhöhung der Arbeitszufriedenheit des Personals kam.

Literatur

- Antoni, C. H. (2010): Interprofessionelle Teamarbeit im Gesundheitsbereich. In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFQ) 104: 18-24.
- Bundesministerium für Gesundheit (2013): Wegweisende Modelle zur Weiterentwicklung der Pflege im Krankenhaus. (http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Broschueren/BMG_Weiterentwicklung_Pflege_8_2013.pdf, Zugriff 24.03.2015)
- Bundesministerium für Gesundheit (2014): Eckpunkte der Bund-Länder-AG zur Krankenhausreform 2015.
- Dahlgaard, K., Stratmeyer, P. (2006a): Kooperatives Prozessmanagement im Krankenhaus. Band 1: Das Konzept. Neuwied, Köln, München: Wolters Kluwer.
- Dahlgaard, K., Stratmeyer, P. (2006b): Kooperatives Prozessmanagement im Krankenhaus. Band 2: Prozessorganisation. Neuwied, Köln, München: Wolters Kluwer.
- Dahlgaard, K., Stratmeyer, P. (2006c): Kooperatives Prozessmanagement im Krankenhaus. Band 3: Struktur- und Leistungsorganisation. Neuwied, Köln, München: Wolters Kluwer.
- Dahlgaard, K., Stratmeyer, P. (2007): Kooperatives Prozessmanagement im Krankenhaus. Band 4: Prozessmanagement. Neuwied, Köln, München: Wolters Kluwer.
- Dahlgaard, K., Stratmeyer, P. (2008): Kooperatives Prozessmanagement im Krankenhaus. Band 6: Kooperation und Führung. Neuwied, Köln, München: Wolters Kluwer.
- Dahlgaard, K., Stratmeyer, P. (2014): Wie Ärzte und Pflegend besser zusammenarbeiten. Forschungs- und Transfervorhaben »Entwicklung, Umsetzung und Evaluation eines kooperativen Organisationsmodells Pflege und Medizin im DRK-Krankenhaus Clementenhaus Hannover (ECO-Expert Care Organization)«. Unveröffentlichter Evaluationsbericht. KoPM[®]-Zentrum der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg.
- Defila, R., Di Giulio, A. (1998): Interdisziplinarität und Disziplinarität. In: Obertz, J. H. (Hrsg.) Zwischen den Fächern-über den Dingen? Schriften der Deutschen Gesellschaft für Erziehungswissenschaften (DGfE). Opladen: Leske + Budrich.
- Düsenberg, A. (2014): ECO-Konzeptelemente. In: Dahlgaard, K., Stratmeyer, P. (2014): Fallsteuerung im Krankenhaus. Effizienz durch Case Management und Prozessmanagement. Stuttgart: Kohlhammer. S. 105.
- Ewers, M. (2000): Das angloamerikanische Case-Management: Konzeptionelle und methodische Grundlagen. In: Ewers, M., Schaeffer, D. (Hrsg.) Case Management in Theorie und Praxis. Bern: Huber. S. 53-90.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2011): des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs.3c SGB V. (https://www.g-ba.de/downloads/62-492-600/-2011-10-20_RL-63Abs3c.pdf, Zugriff 23.03.15)
- Gottschalk, J. (2014): Schlank und effizient. In: f&W 31.Jahrg., Heft 3/2014: 274-276.
- Heuwinkel-Otter, A., Nürmann-Dulke, A., Matscheko, N. (2006): Menschen pflegen. Band. 2: Pflegediagnosen, Beobachtungstechniken, Pflegemaßnahmen. Heidelberg: Springer-Verlag.
- Hibbeler, B. (2011): Ärzte und Pflegekräfte: Ein chronischer Konflikt. Deutsches Ärzteblatt 2011. 108(41). A-2138 / B-1814 /C-1794. (<http://www.aerzteblatt.de/archiv/109162/Aerzte-und-Pflegekraefte-Ein-chronischer-Konflikt>, Zugriff 23.03.2015)
- Klaus, G., Westermann, R. (2010): Projektmanagement mit System- Organisation, Methoden, Steuerung. Wiesbaden: Gabler Verlag.
- Lorenz, A. L. (2000): Abgrenzen oder zusammen arbeiten: Krankenpflege und die ärztliche Profession. Frankfurt/M.: Mabuse-Verlag.
- Lubkin Morof, I. (2002): Chronisch Kranksein. Implikationen und Interventionen für Pflege- und Gesundheitsberufe. Bern u. a.: Verlag Hans Huber.
- Merz, B., Oberlander, W. (2008): Berufszufriedenheit: Ärztinnen und Ärzte beklagen die Einschränkung ihrer Autonomie. Deutsches Ärzteblatt 2008; 105(7): A-322 / B-290 / C-286. ([aerzteblatt.de/archiv/58963/Berufszufriedenheit-Aerztinnen-und-Aerzte-beklagen-die-Einschraenkung-ihrer-Autonomie](http://www.aerzteblatt.de/archiv/58963/Berufszufriedenheit-Aerztinnen-und-Aerzte-beklagen-die-Einschraenkung-ihrer-Autonomie), Zugriff 24.03.2015)
- Passauer-Baierl. S., Baschnegger, H., Bruns, C., Weigl, M. (2014): Interdisziplinäre Teamarbeit im OP: Identifikation und Erfassung von Teamarbeit im Operationssaal, In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFQ) 108: 293-298.
- Roeder, N. (2010): Strukturierte Organisationsentwicklung. In: Debatin, J.F., Ekkernkamp, A., Schulte, B. (Hrsg.) S. 337 – 344.
- Roeder, N., Klöss, T., Ruhl, S. (2012): Richtig positionieren. In: f&W 29.Jahrg., Heft 2/2012: 190-193.
- SVR Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007): Kooperation und Verantwortung-Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007 des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. (http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2007/Kurzfassung_2007.pdf, Zugriff 24.03.2015)
- Statistisches Bundesamt (2014): Stationäre Krankenhauskosten 2013 auf 78,0 Milliarden Euro gestiegen, Pressemitteilung vom 11. November 2014 – 393/14. Wiesbaden.
- Weigl, M., Müller, A., Angerer, P. (2012): Auswirkungen des demographischen Wandels-Analyse und Handlungsansätze am Beispiel eines Fachkrankenhauses. In: Gesundheitswesen 2012 74: 283 – 290.
- Vetter, H. (2013): Projektmanagement. In: Steier, T., Lippmann, E. (Hrsg.) Handbuch Angewandte Psychologie für Führungskräfte Band 2. Berlin u. a.: Springer.
- Woog, P. (1998): Chronisch Kranke pflegen. Das Corbin-Strauss-Pflegemodell. Wiesbaden: Ullstein Medica.

Hellmann, Beushausen, Hasebrook (Hrsg.)

Krankenhäuser zukunftsicher managen

Der demografische Wandel, der Fachkräftemangel, knappe finanzielle Ressourcen und neue Generationen mit spezifischen Wünschen stellen Krankenhäuser vor große Herausforderungen – vernachlässigte Struktur-reformen haben die Situation zusätzlich verschärft. Wie die schwierigen Aufgaben zeitnah zu bewältigen sind, darüber gibt das vorliegende Buch praxisnah Informationen.

Zentral werden u. a. Themen wie die Notwendigkeit strukturell-organisatorischer Veränderungen, eine kluge Arbeitszeitgestaltung, kooperative Kunden-orientierung als Erfolgsfaktor, Zusammenarbeit von Geschäftsführung und Leitenden Ärzten, innovative Führungskonzepte für alle Mitarbeiter sowie sektoren-übergreifende Kooperationen als Chance für die Krankenhäuser behandelt. Praxisberichte von Krankenhäusern, die trotz der ungünstigen Rahmenbedingungen erfolgreich agieren, runden das Werk ab.

Prof. Dr. habil. Wolfgang Hellmann, Hochschule Hannover, Wissenschaftlicher Leiter des MHM®/MBA-Projekts für Leitende Krankenhausärzte.

Dr. Thomas Beushausen, Alleinvertretender Vorstand und Ärztlicher Direktor Hannoversche Kinderheilstalt.

Prof. Dr. habil. Joachim Hasebrook, Steinbeis Hochschule Berlin und zeb Münster.

ISBN 978-3-17-026915-6

