

Provided for non-commercial research and education use.
Not for reproduction, distribution or commercial use.



This article appeared in a journal published by Elsevier. The attached copy is furnished to the author for internal non-commercial research and education use, including for instruction at the authors institution and sharing with colleagues.

Other uses, including reproduction and distribution, or selling or licensing copies, or posting to personal, institutional or third party websites are prohibited.

In most cases authors are permitted to post their version of the article (e.g. in Word or Tex form) to their personal website or institutional repository. Authors requiring further information regarding Elsevier's archiving and manuscript policies are encouraged to visit:

<http://www.elsevier.com/copyright>



Schwerpunkt

Verbesserung der teamorientierten Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegenden – Neue Chancen durch Prozessorientierung und erweiterte Aufgaben für Pflegende

Knut Dahlgard*

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Zusammenfassung

Koordination im Sinne einer synergetischen Zusammenarbeit beider Berufsgruppen stellt hohe Ansprüche und erfordert gestaltende Maßnahmen. Die Kooperation zwischen Ärzten und Pflegenden kann durch ein integriertes, abgestimmtes Organisationskonzept verbessert werden. Kernelemente dieses KoPM-Modells sind eine gemeinsam gelebte Patientenorientierung, ein Prozessorganisations-Ansatz in der Versorgung, eine

gelingende Kommunikation sowie eine die Prozesse unterstützende Aufbaustruktur. Eine Weiterentwicklung dieses Ansatzes durch Effizienzsteigerung der gemeinsamen Kommunikation, durch Qualifizierungsprozesse und durch eine Evaluation von Kooperationsprojekten sind die weiteren Aufgaben.

Schlüsselwörter: Kooperation, Prozessmanagement, Prozessorganisation, KoPM-Modell, interprofessionelle Kommunikation

Improving team-oriented co-operation between physicians and nursing staff – Opening new opportunities with process orientation and extended nursing roles

Summary

Co-ordination in terms of synergetic co-operation of the two professional groups is highly demanding and requires creative measures. Co-operation between doctors and nurses can be improved by an integrative organisational concept agreed-upon by the parties involved. The core elements of this KoPM model include jointly practised patient orientation, a process

organisation approach to health care provision, successful communication as well as a process support framework. Another task that needs to be performed will be to refine this approach by improving communication efficiency, by employing qualification processes and by evaluating co-operation projects.

Key words: co-operation, process management, process organisation, KoPM model, interprofessional communication

*Korrespondenzadresse: Prof. Dr. Knut Dahlgard, Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg, KoPM-Zentrum Kooperatives Prozessmanagement im Gesundheitswesen – Forschung und Transfer, Saarlandstraße 30, 22303 Hamburg (wir ziehen zum 1.3.10 um): (ab 1.3.2010 Alexanderstraße 1, 20099 Hamburg), Germany. Tel.: ++49 (0)40 42 875 – 7097.
E-Mail: knut.dahlgard@haw-hamburg.de

Kooperation zwischen Ärzten und Pflegenden – Ausgangssituation und Entwicklungspotenziale

Seit vielen Jahrzehnten arbeiten Ärzte und Pflegenden im Krankenhaus zusammen – als bewährt lässt sich diese Kooperation allerdings nicht immer bezeichnen. Krisensymptome einer verbesserungswürdigen Kooperation sind unterschiedliche, unabgestimmte Prioritäten in der Aufgabenwahrnehmung und gelegentlich auch der Einsatz von Machtmitteln (z.B. Positionsmacht; Expertenmacht) anstelle offener Konfliktlösungen im Rahmen eines Diskurses. Typischerweise sind viele Aufgaben und Zuständigkeiten zwischen Ärzten und Pflegenden informell geregelt; das führt dazu, dass z.B. bei Personalwechsel im ärztlichen Bereich (Weiterbildung) Prozesse ständig neu definiert und ausgehandelt werden müssen und sich dadurch eine stabile Organisation nur schwer herausbilden kann.

Aus Sicht der Ärzte weist „die“ Pflege häufig eine zu geringe Flexibilität in der Aufgabenwahrnehmung auf; Ärzte fühlen sich häufig zu wenig von Pflegenden unterstützt und vermissen eine Transparenz von Aufgaben und Zuständigkeiten der Pflegenden.

Aus Sicht der Pflegenden wird deren Arbeit häufig durch einseitige ärztliche Anweisungen unterbrochen. Dadurch ist die Arbeit wenig planbar, und das Bedürfnis nach Abgrenzung der Aufgaben und Eigenständigkeit wächst dementsprechend. Daraus erklären sich eine ganze Reihe von unabgestimmten Parallelentwicklungen in Arztdienst und Pflegedienst – von der patientenbezogenen Dokumentation über die Ausgestaltung des Personalmanagements bis hin zur Strukturorganisation, die diese Konflikte verstärken.

Diese Konfliktlinien sind nicht neu, haben aber an Intensität auch nicht eingebüßt. So hat sich der Sachverständigenrat in seinem Gutachten 2007¹ kritisch mit dem Stand der Kooperation

¹Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Kooperation und Verantwortung: Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten Kurzfassung, 2007. (<http://www.svrgesundheit.de/Gutachten/Gutacht07/gutacht07.htm> (24.10.2009).

der Gesundheitsberufe auseinandergesetzt und festgestellt, dass die gegenwärtige Verteilung der Aufgaben nicht den demographischen, strukturellen und innovationsbedingten Anforderungen genügt. Auch die Schwierigkeit einiger Krankenhausträger, in einzelnen Regionen für bestimmte Fachabteilungen Ärzte zu gewinnen, hat die Diskussion neu eröffnet, ob die Delegation von Aufgaben an Pflegenden nicht ein Beitrag wäre, die Personalsituation im ärztlichen Bereich zu entspannen. Ein weiterer Reformweg bestünde darin, neue Berufsgruppen einzuführen, um diese Aufgaben der Ärzte übernehmen zu lassen².

Obwohl sich derzeit viele Krankenhäuser mit derartigen Fragestellungen beschäftigen³, muss bezweifelt werden, dass sich durch eine bloße Umverteilung einzelner Tätigkeiten immanente Probleme des Versorgungsprozesses wie ungeklärte Verantwortlichkeiten, Informationslücken, Leerläufe und Wartezeiten lösen lassen. Pflegenden wird bewusst, dass eine derartige Verschiebung ohne weitere prozessbezogene Restrukturierungen für Ärzte vielleicht positive Folgen haben könnte, für Pflegenden aber eine Lückenbüßerfunktion und somit eine Mehrbelastung ohne Professionalisierungsschub bedeutet. So haben Untersuchungen gezeigt, dass die Arbeitszufriedenheit von Pflegenden zwar mit der Qualität der Zusammenarbeit mit Ärzten korreliert, aber nicht mit der Übernahme ärztlicher Tätigkeiten⁴.

²Zum Beispiel Heese, Carl; Wiederer, Ralf: Neue Rollenverteilung in der Arzt-Assistenz. Der Rhön-Konzern führt Assistenzkräfte im Patientenmanagement ein. In: Führen und Wirtschaften im Krankenhaus 5/2007, S. 500–502.

³Zum Beispiel Deutsches Krankenhausinstitut (Hrsg.): Bericht über die Neuordnung von Aufgaben des Ärztlichen Dienstes (Bearbeiter: Offermanns, Matthias; Bergmann, Karl Otto), Düsseldorf, April 2008; weiterhin z.B. Wagner, Franz: Teure Ärzte – eine Chance für die Pflege. In: Führen und Wirtschaften im Krankenhaus 5/2006, S. 492–493; Wahn, Matthias: Nicht alles muss der Arzt selbst tun. Mediziner mangel führt zur Delegation ärztlicher Tätigkeiten. In: Krankenhaus-Umschau 1/2008, S. 67–68.

⁴Vgl. Schmidt, Sascha, Bartholomeyczik, Sabine, Dieterle, Wilfried E.; Wittsch, Andrea, Donath, Elke, Rieger, Monika A.: Arbeitsbedingungen für die Pflege in Krankenhäusern als Herausforderung. In: Pflege & Gesellschaft 2/2008, S. 102–118.

Zudem ist die „Frage, ob Pflegenden gerne ärztliche Aufgaben übernehmen wollen ... eine im Sinne einer effektiven Versorgung falsch gestellte Frage, auch weil sie berufs- und nicht versorgungsorientiert ist“⁵.

Appelle an das Wohlverhalten, die jeweiligen Kooperationspartner „doch ernster zu nehmen und besser zu behandeln“⁶, führen erfahrungsgemäß nicht weiter. Kooperation ist kein Wert an sich, sondern Bedingung für eine Interaktion, die sich für alle Beteiligten lohnen muss. Auch Interventionen, die freiwillig angelegt sind und schwerpunktmäßig im Bereich Kommunikation und Verhalten der Beteiligten liegen, aber keine Restrukturierung der gemeinsamen Arbeitsprozesse integrieren, haben wenig nachhaltige Wirkung⁷. Wichtiger wäre es, in den Versorgungsprozessen eine gegenseitige Mitwirkungsmöglichkeit an Entscheidungsprozessen vorzusehen. Dadurch stiege nicht nur die Zufriedenheit mit der Kooperation, sondern gleichzeitig auch die Qualität der Entscheidungen, da diese häufig mehrperspektivische Abwägungsprozesse im Rahmen eines „erfahrungsgeleitet-subjektivierenden Arbeitshandelns“⁸ erfordern. – Gleichzeitig muss darauf hingewiesen werden, dass die verantwortliche Übernahme von Entscheidungen keine Selbstverständlichkeit ist, sondern gesondert gestärkt und vereinbart werden muss. Der Ausweg aus diesem Dilemma ist vorgezeichnet: Ärzte und Pflegenden müssen aufgrund eines gemeinsamen patientenorientierten Verständnisses ihre Hauptaufgaben im Versorgungsprozess abstimmen und eine funktionale, kooperative Arbeitsorganisation festlegen. Ein Beispiel hierfür ist das

⁵Bartholomeyczik, Sabine: Kurze Verweildauer im Krankenhaus – die Rolle der Pflegenden. In: Pflege & Gesellschaft 2/2007, S. 135–149, hier S. 145.

⁶Schweizer, Jochen: Gelingende Kooperation. Systemische Weiterbildung in Gesundheits- und Sozialberufen. Weinheim; München 1998, S. 27.

⁷Vgl. z.B. Lecher, Silke; Klapper, Bernadette; Schaeffer, Doris; Koch, Uwe: InterKiK. Endbericht zum Modellprojekt „Interprofessionelle Kommunikation im Krankenhaus“ von April 1999 bis Mai 2002.

⁸Böhle, Fritz: Die Bewältigung des Unplanbaren als neue Herausforderung in der Arbeitswelt – Die Unplanbarkeit betrieblicher Prozesse und erfahrungsgeleitetes Arbeiten. In: Böhle, Fritz; Pfeiffer, Sabine, Sevsay-Tegeghoff, Nese (Hrsg.): Die Bewältigung des Unplanbaren, Wiesbaden 2004, S. 12–54, hier S. 45ff.

KoPM-Modell, welches ein theoriebasiertes, normatives Gerüst für einen kooperativ abgestimmten und organisierten, patientenbezogenen Versorgungsprozess im Krankenhaus bietet. Dieser Modellansatz ist an anderer Stelle ausführlich beschrieben worden⁹, eine Kurzfassung der wesentlichen Eckpunkte findet sich in Abschnitt 3. Vor dieser Darstellung soll allerdings im nachfolgenden Abschnitt 2 das Grundverständnis der Kooperation expliziert werden.

Grundlagen und Anforderungen funktionierende Kooperation

Zwang zur Kooperation

Kooperation kann verstanden werden als eine dauerhafte, gemeinsam abgestimmte Ausrichtung von Handlungen zweier oder mehrerer Akteure zur Erreichung gemeinsamer Ziele. Diese Kooperation kann zum einen freiwillig eingegangen werden; so entschließen sich z.B. zwei Krankenhäuser zur Kooperation im Bereich Einkauf, um ökonomische Vorteile zu erzielen. Zum anderen ist in allen Krankenhäusern eine interne Kooperation durch Formen der Arbeitsteilung geradezu erzwungen; hier ist es nicht mehr der Entscheidung der Akteure überlassen, ob sie kooperieren *wollen*, sondern die Kooperation *muss* geleistet werden, und Betrieb und Akteure müssen diese Kooperation sicherstellen. „Die Arbeitenden haben also *unterschiedliche Handlungsziele*, die sie durch die Bearbeitung der ihnen zugewiesenen Aufgaben anstreben. Die Notwendigkeit zur Kooperation ergibt sich aus der Arbeitsteilung“¹⁰. Insofern ist eine *kooperative Grundhaltung* nicht eine moralische Kategorie, sondern eine funktio-

⁹Dahlgaard, Knut; Stratmeyer, Peter: Kooperatives Prozessmanagement im Krankenhaus. Handbuch mit 8 Themenbänden, Luchterhand-Verlag Neuwied 2005–2008.

¹⁰Pleiss, Cordula: Verteiltes Wissen, koordiniertes Handeln – zur Analyse kooperativer Arbeit. In: Dunkel, Heiner; Pleiss, Cordula (Hrsg.): Kontrastierende Aufgabenanalyse. Grundlagen, Entwicklung und Anwendungsfelder. Zürich. 2007, S. 79 – Hervorhebung im Original.

nale Vorbedingung für die Mitarbeit in derartigen Organisationen. Dies trifft natürlich in besonderer Weise auf die hochgradig arbeitsteiligen Prozesse im Krankenhaus und die dabei notwendige Zusammenarbeit von Ärzten und Pflegenden zu.

Synergetische Kooperation

Eine gemeinsam abgestimmte Ausrichtung der Aktivitäten der Kooperationspartner kann grundsätzlich auf verschiedene Weise hergestellt werden, nämlich

- als *additives Modell*, in dem beide Partner aufgrund einer Vereinbarung ohne inhaltliche Bezüge im Prozess ihre jeweiligen Beiträge einsteuern (z.B. erst die administrative Aufnahme des Patienten, dann die Untersuchung durch den Arzt),
- als *Kunden-Lieferanten-Beziehung*, in der vertragsähnliche Konstruktionen Rechte und Pflichten der Kooperation regeln (z.B. eine Vereinbarung zwischen Stationen und OP hinsichtlich der notwendigen Vorbereitung der Patienten vor der Operation und der mitzuführenden Dokumente) oder
- als *synergetische Kooperation*, also als abgestimmte, koordinierte und neue Qualitäten hervorbringende Zusammenarbeit, die sich in jedem Einzelprozess konstituiert (z.B. die Durchführung eines gemeinsamen Aufnahmegesprächs mit einer Patientin durch Arzt und Pflegende).

Für Patientenversorgungsprozesse ist die dritte Form *das* bestimmende Paradigma – eine bloße Addition unzusammenhängender Tätigkeiten ist unzureichend, ein ausgefeiltes Vertragssystem für alltägliche Kooperationsituationen unrealistisch.

Prozessorganisation muss für Ärzte und Pflegende noch weiterentwickelt werden

Ein Organisationsmodell für diese synergetische Kooperation stellt die Prozessorganisation dar, die auch eine der konzeptionellen Grundlagen des KoPM[®]-Modells ist. Prozessorganisa-

tion¹¹ kann Kooperation dadurch befördern, dass

- eine gemeinsame, abgestimmte Orientierung der Teilprozesse am zu erzielenden Output (Patientennutzen) vorgenommen wird,
- der Versorgungsprozess optimal hinsichtlich der Zielkriterien Zeit, Kosten und Qualität geplant und gestaltet wird,
- der Prozess angemessen formalisiert wird und
- die Verantwortung für Prozessplanung und -durchführung persönlich zugeordnet wird.

Gegenwärtig gibt es in allen vier Bereichen noch Entwicklungsbedarf für die Verbesserung der Kooperation zwischen Ärzten und Pflegenden:

- Eine gemeinsame Verständigung über Ziele der Patientenversorgung, die über die bloße Formel „*patientenorientiert*“ hinausgeht und konkrete Handlungsorientierungen für Einzelentscheidungen liefern könnte, liegt meist nicht vor.
- Medizinische und pflegerische Prozesse werden häufig parallel geplant und in ihren gegenseitigen Auswirkungen und Bedingungen nicht ausreichend erfasst.
- Kooperation kann nur gelingen, wenn die Handlungen des jeweiligen Partners vorhersehbar und berechenbar sind. Zu starke Individualisierungen von Aktionen behindern Kooperation und müssen durch formale Vereinbarungen zurückgedrängt werden, um Kooperation

¹¹Vgl. z.B. Eckart, Klaus: Geschäftsprozesse gestalten und handhaben. Frechen 2001; Füermann, Timo; Dammasch, Carsten: *Prozessmanagement*. Anleitung zur ständigen Verbesserung aller Prozessoren im Unternehmen. München-Wien 1997; Gaitanides, Scholz, R.; Vrohling, A.: *Prozessmanagement: Konzepte, Umsetzungen und Erfahrungen des Reengineering*, München 1994; Göbel, Elisabeth: *Prozessorientierung*. In: Wächter, Hartmut; Vedder, Günther (Hrsg.): *Qualitätsmanagement in Organisationen*. DIN ISO 9000 und TQM auf dem Prüfstand. Wiesbaden 2001, S. 233–238; Hammer, M.; Champy, J.: *Business Reengineering*. 5. Auflage 1995; Reichert, Manfred: *Prozessmanagement im Krankenhaus*. In: *Das Krankenhaus* 11/2000, S. 903–909; Picot, Arnold; Schwarz, Andrea: *Lean Management und prozeBorientierte Organisation*. Perspektiven für das Krankenhaus-Management. In: *Führen und Wirtschaften im Krankenhaus* 6/1995, S. 586–591.

auch faktisch sicherzustellen. Dazu müssen geeignete Formen gefunden werden. Diese fehlen allerdings häufig, weil viele Akteure Verfahrensanweisungen und Programme als Eingriffe in ihre berufliche Kompetenz ansehen¹².

- Eine hierarchische Koordinierung („*Aufsicht und Anweisung*“) kann die Prozesse nicht ausreichend steuern, da die Koordinierungsinstanz bei den Prozessen kaum anwesend ist. Die „Einsamkeit des Dienstleiters“ erfordert dezentrale, flexible, kooperativ ausgestaltete, motivationsgestützte Programme zur Einleitung von Selbstabstimmungsprozessen als Alternative. Dabei ist von zentraler Bedeutung, wie die *Prozessverantwortung* realistisch und transparent zwischen Ärzten und Pflegenden angeordnet wird.

Anforderungsbereiche für kooperative Verhaltensweisen

Diese Form der prozessbezogenen Kooperation stellt die Beteiligten aus Arztdienst und Pflege vor hohe Anforderungen. Zusammenfassend lassen sich vier unterschiedliche Anforderungsbereiche benennen, die für kooperative Versorgungsprozesse von Ärzten und Pflegenden charakteristisch sind¹³:

- Die *situative Selbststeuerung* beschreibt die Anforderung an die Akteure, sich im Kooperationsfeld sicher zu bewegen und zu verhalten, und zwar initiativ und aktiv die Zusammenarbeit mit dem Partner suchend und die richtigen Maßnahmen auf richtige Weise ergreifend. Dies betrifft nicht nur die Durchführung „normaler“ Prozesse, gerade die Weiterentwicklung von Prozessen ist in besonderer Weise von der Eigeninitiative der Beteiligten aus Arztdienst und Pflege abhängig; letztere sind gleichsam „Experten

für die Planung und Durchführung betrieblicher Modernisierung“¹⁴.

- Eine geeignete *Infrastruktur für Kooperation* muss vorhanden sein (z.B. verfügbare, aussagekräftige Dokumente; zweckmäßige Verfahrensanweisungen; abgestimmte Arbeitszeiten; schlanke, effiziente Kommunikationsgremien).
- Die konkreten *Kooperationserfahrungen* müssen nicht nur gemacht und gleichsam erduldet, sondern ausgewertet und weiterentwickelt werden. Dies betrifft z.B. die Erfahrungen mit der kooperativen Visite, einem Instrument zur abgestimmten und koordinierten Organisation wichtiger Patientenkontakte¹⁵. Diese kooperative Visite eröffnet die Möglichkeiten zu Erfahrungslernen und Perspektivwechsel; das erfordert Raum, Zeit und eine Infrastruktur, die dies auch ermöglicht.
- Die *horizontal-empathische* Beziehung geht von einer gegenseitigen grundsätzlichen Wertschätzung auf der Basis einer Fachexpertise aus. Nicht immer ist diese fachliche Basis vorhanden oder wertgeschätzt, und häufig genug verstellen negative Grundeinstellungen oder schlechte Erfahrungen die Möglichkeit, eine wertschätzende Beziehung aufzunehmen und Arbeitserfahrungen adaptieren zu können¹⁶.

Das KoPM-Modell als Grundlage interprofessioneller Kooperation zwischen Ärzten und Pflegenden im Krankenhaus

Die im vorangegangenen Abschnitt beschriebenen Anforderungen benötigen

ein Organisations- und Führungskonzept, das die Umsetzung befördert. Das KoPM-Modell stellt ein derartiges Modell dar; die vier Eckpunkte des KoPM-Modells werden im Folgenden hinsichtlich ihrer Bedeutung zur Verbesserung der Kooperation zwischen Ärzten und Pflegenden kurz beschrieben.

Patientenorientierung

Patientenorientierung richtet die professionelle Unterstützung auf die individuellen Prozesse der Krankheitsbewältigung und auf den Übergang des Patienten in die anschließende Versorgung aus. Ziel ist es, parallel zur Diagnose und Therapie die Selbstversorgungskompetenzen von Patienten auch unter Einbezug der nächsten Angehörigen bereits im Krankenhaus soweit zu entwickeln, dass das Erreichen von Therapie- und Pflegezielen nachhaltig gesichert werden kann. Unterstützt wird dies durch eine optimale Abstimmung mit den prä- und poststationären Versorgungsinstanzen wie z.B. niedergelassenen Ärzten und Rehabilitationseinrichtungen im Rahmen eines professionellen Entlassungsmanagements¹⁷. Damit lassen sich Versorgungsbrüche reduzieren und Wiederaufnahmen vorbeugen.

Diese Ausrichtung auf eine gemeinsame Wertorientierung ist für gelebte Kooperation wichtig, auch um ungewollte Zuordnungen von „medizinischer Funktionalität“ zum ärztlichen Bereich und „Humanität“ zum Pflegebereich zu begegnen.

Prozessorganisation

Um eine qualitativ hochwertige, effiziente Versorgung der Patienten zu er-

¹²Vgl. z.B. die z.T. zurückhaltende Rezeption von Behandlungspfaden und ähnlichen Verfahrensanweisungen im ärztlichen Bereich.

¹³Porschen, Stephanie: Erfahrungsgelentete Kooperation: Merkmale, Kompetenzen, Lernziele. Vortrag auf dem NAKIF-Science-Forum 29/30.1.2003 (<http://www.isf-muenchen.de/pdf/NAKIF-ScienceForum-Vortrag-030129.pdf>) (24.10.2009).

¹⁴Böhle, Fritz; Bolte, Annegret: Veränderung durch die „Integration von unten“. In: Personalführung 9/2008, S. 46–51, hier S. 49.

¹⁵Dahlggaard/Stratmeyer, a.a.O., Themenband 6: Kooperation und Führung, Kapitel 3: Die Visite als Ort kooperativer Führung (S. 60–72).

¹⁶So haben z.B. Untersuchungen im Bereich Anästhesie zu Einstellungen gegenüber der Teamarbeit ergeben, dass etwa 40% der Anästhesisten kein Feedback von Nicht-Anästhesisten akzeptieren. Vgl. Harms, Christoph; Harmann, Hans Peter: Wie sieht die Realität der Teamarbeit heute aus? In: Schweizerische Ärztezeitung 4/2008, S. 128–131.

¹⁷Vgl. z.B. *Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege* (DNQP): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Osnabrück 2002; Uhlmann, Bärbel; Bartel, Dorothee; Kunstmann, Wilfried; Sieger, Margot: Versorgungskontinuität durch Pflegeüberleitung – die Perspektive von Patienten und Angehörigen. In: Pflege 2005, 18, S. 105–111; Wingenfeld, Klaus: Die Entlassung aus dem Krankenhaus. Institutionelle Übergänge und gesundheitlich bedingte Transitionen, Bern 2005; Wingenfeld, Klaus: Grenzen der Evidenzbasierung komplexer pflegerischer Standards am Beispiel des Entlassungsmanagements. In Pflege & Gesellschaft 3/2004, S. 79–84.

reichen, werden Verbesserungspotenziale im Prozess der Patientenversorgung von beiden Berufsgruppen gemeinsam identifiziert und zielgerichtet genutzt. Fragen der Arbeitsteilung von Ärzten und Pflegenden werden unter Achtung rechtlicher Vorgaben konsequent an den Prozesszielen (Qualität, Kosten, Zeit) ausgerichtet. Dabei folgt das KoPM[®]-Konzept dem Grundprinzip der patientenbezogenen Verantwortung und konkretisiert damit auch eine Forderung der Bundesärztekammer im Hinblick auf die Ausgestaltung der Kooperation¹⁸:

- Ein Kernteam, das aus einem Bezugsarzt und einer Bezugspflegenden (primary nurse) mit jeweils definierten Rollen besteht, begleitet den Patienten während seines Krankenhausaufenthaltes und wird bedarfsorientiert durch weitere Experten in einem erweiterten Behandlungsteam unterstützt.
- Zwischen Bezugsarzt und primary nurse besteht eine komplementäre Arbeitsteilung: Die ärztliche Fallverantwortung umfasst die Behandlungsziele und den grundlegenden Diagnostik- und Behandlungsplan eines jeweiligen Patienten. Die pflegerische Verantwortung ist bezogen auf das operative Fallmanagement, das eine hohe Autonomie im Pflegeprozess und in der Koordination und Steuerung des gesamten Versorgungsprozesses in Abstimmung mit dem Bezugsarzt beinhaltet.
- Dieser erweiterte Aufgaben-, Kompetenz- und Verantwortungsbereich einzelner Pflegenden im KoPM-Modell stellt an diese Personen höhere Anforderungen, die zukünftig regelhaft einen Hochschulabschluss erfordern werden. Hohe fachliche Anforderungen wie z.B. situationsgerechte Auswahl geeigneter pflegerischer Interventionen werden ergänzt um Anforderungen, die sich aus ständigen Optimierungsentscheidungen hinsichtlich des gesamten Versorgungsprozesses – natür-

lich einschließlich medizinischer Aspekte – ergeben. Darüber hinaus erfordert diese Funktion auch praktische managementbezogene Fertigkeiten, so z.B. hinsichtlich

- der optimalen Mischung aus direkter Steuerung und indirekter (kontextueller) Steuerung¹⁹,
- der Optimierung des Informationsgrades über den Versorgungsprozess (genügend Informationen, die allerdings noch überblickt werden können) sind oder
- eines situationsgerechten Ausgleichs zwischen festen verlässlichen Regelungen einerseits und einer notwendigen Flexibilität im Einzelfall.

Der die Kooperation fördernde Aspekt liegt auf der Hand: Ärzte werden durch die Dezentralisierung des Versorgungsmanagements entlastet, es entsteht eine vertrauensvolle Zusammenarbeit im Behandlungsteam, das abgestimmte Handlungen und durchgängige Verantwortung für den Versorgungsprozess des Patienten sicherstellt.

Gelingende interprofessionelle Kommunikation

KoPM[®] sieht den Zweck der interprofessionellen Kommunikation zwischen Ärzten und Pflegenden zuallererst in der Unterstützung von qualitätsfördernden, ressourcenschonenden und für beide Seiten zufrieden stellenden Arbeitsbeziehungen. Nur wenn die Veränderungen von Prozessen und Strukturen durch das Erleben einer förderlichen Kommunikations- und Kooperationskultur begleitet werden, können Änderungen von Einstellungen und Verhaltensweisen von Ärzten und Pflegenden bewirkt werden. Dazu müssen vorhandene Kommunikationsstrukturen und -prozesse im Hinblick auf Nutzen und Effektivität auf den Prüfstand gestellt werden²⁰. – In einigen KoPM-Projekten

¹⁹Vgl. Böhle/Bolte, a.a.O., S. 51.

²⁰Vgl. z.B. Büssing A.; Barkhausen M.; Glaser J.: Schnittstellen im Krankenhaus. Analyse aus der Sicht des Pflegedienstes am Beispiel von Kooperation und Kommunikation. In: Zeitschrift für Arbeitswissenschaft, Heft 3/1996, S. 129–138.; Kutscher, Patric P;

hat die Analyse der Kommunikationskultur ergeben, dass Ärzte und Pflegende die (gleichen) Kommunikationsprozesse sehr unterschiedlich einschätzen und bewerten²¹.

Oftmals ist es gar nicht erforderlich, neue Gremien und Strukturen aufzubauen, sondern es reicht aus, vorhandene besser zu nutzen. Ein Beispiel stellt die traditionelle ärztliche Visite dar, die zu einem Ort der fachlichen Begegnung zwischen dem für die jeweiligen Patienten zuständigen Arzt und der zuständigen Pflegenden weiterentwickelt werden kann.

Prozessunterstützende Aufbaustruktur

Das KoPM[®]-Konzept umfasst auch die Anpassung der traditionell gewachsenen Aufbaustrukturen, die häufig genug als „Abteilungen“ zusammengehörige Arbeitsprozesse trennen²². Dabei muss das Krankenhaus nicht neu entworfen werden, aber vorhandene Strukturen werden im Hinblick auf ihre Funktion zur Optimierung der kooperativen patientenbezogenen Leistungserstellung geprüft und angepasst. So wird ein Organisationsrahmen geschaffen, der eine kooperative Zusammenarbeit von Ärzten und Pflegekräften fördert. Diese Strukturformen beginnen bei den Aufgaben, Funktionen und Stellen, die den Prozess der Patientenversorgung unmittelbar unterstützen und werden dann schrittweise nach oben weiterentwickelt, bis ein schlüssiges, den Prozess unterstützendes Leitungskonzept entsteht. Die Kooperationsförderung besteht darin, überflüssige und schädliche Parallelorganisationen abzubauen und ein für beide Berufsgruppen funktionales Organisations- und Leitungssystem aufzubauen.

Seßler, Helmut: Kommunikation – Erfolgsfaktor in der Medizin; Heidelberg 2007.

²¹Die Kommunikation zwischen Arztdienst und Pflegedienst wird von Ärzten durchgängig besser beurteilt als von Pflegenden. Das mag daran liegen, dass sie einen größeren Gestaltungs- und Mitwirkungsraum für sich erleben.

²²Vgl. Dahlgard/Stratmeyer, a.a.O., Themenband 3: Struktur- und Leitungsorganisation, S. 58ff.

¹⁸Kooperation der Fachberufe im Gesundheitswesen (1994/2006). In: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.1.17.3619.3884> (24.10.2009).

Kooperation zwischen Ärzten und Pflegenden – Empfehlungen zur Ausgestaltung der Kooperationsbeziehung

Interprofessionelle Kooperation stellt Anforderungen, die ein geeignetes Konzept für die Organisation der Kooperationsbeziehungen und für die Implementierung voraussetzen. Im Folgenden sind fünf wesentliche Empfehlungen zur Ausgestaltung aufgeführt.

Gepoolte Kompetenzen schaffen

Die Prozessorganisation sieht vor, berufsgruppenspezifische Arbeitsteilungen zurückzudrängen und denjenigen einen Teilprozess ausführen zu lassen, der dies unter den vorgegebenen Bedingungen am besten und kostengünstigsten kann. Dennoch wird eine Aufgabenzuordnung nicht beliebig vorgenommen, sondern sie geht von den jeweiligen Kernkompetenzen aus: „Kernkompetenzen dienen der Identitätsbildung und -entwicklung der einzelnen Gesundheitsberufe und legen die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten im Gesundheitswesen fest“²³. Der Sachverständigenrat bemängelt, dass zwar für die Gesundheits- und Krankenpflege der Bereich der Kernkompetenzen in den Ausbildungszielen festgelegt sei, dies für andere Berufsgruppen – so auch für Ärzte – indes fehle oder viel zu weit gefasst sei²⁴. An den Rändern der Kernkompetenzen bestehen größere fachliche Schnittmengen, die vom Sachverständigenrat als „Poolkompetenzen“ bezeichnet werden. Sie können sowohl von der ärztlichen wie von der pflegerischen Berufsgruppe eingebracht werden und verschaffen dem Prozess der Leistungserstellung die nötige Flexibilität. Hierzu zählt der Sachverständigenrat u.a. die an die psychosoziale Betreuung, das Case Management und Bereiche der Prävention²⁵.

²³Sachverständigenrat, a.a.O., S. 160.

²⁴Ebend.

²⁵Ebend.

Wissensdivergenzen nutzbar machen

Auf der anderen Seite ist klar: Ärzte und Pflegenden haben deutlich unterschiedliche Aufgaben, die mit unterschiedlichen Wissensbestandteilen einhergehen. Die Wissensdivergenz beschreibt die Unterschiedlichkeit arbeitsbezogener Kenntnisse zwischen den Kooperationspartnern: „Je größer die Divergenz der beteiligten Personen hinsichtlich ihres arbeitsbezogenen Wissens ist, je weniger sie also in der Abstimmung auf einen gemeinsamen Handlungszusammenhang Bezug nehmen können, desto höhere Anforderungen ergeben sich daraus an den Umfang und die Differenziertheit der zur Koordination notwendigen Kommunikation“²⁶. Ärzte und Pflegenden weisen in diesem Sinne eine hohe Wissensdivergenz auf, die sich auf die Ausbildungsziele und -inhalte bezieht sowie auf die jeweiligen Einblicke in die Versorgungssituation. Im Rahmen des kooperativen Prozessmanagements kommt es also darauf an, die Wissensdivergenz durch eine funktionierende patientenbezogene Kommunikation (z.B. Visite, Fallbesprechungen, funktionale Dokumentation) nutzbar zu machen.

Kooperationsumfang begrenzen

Kooperation erfüllt erst dann ihren Zweck, wenn sie zur Verbesserung der Leistungsprozesse und -ergebnisse beiträgt und auf diese Weise kein Selbstzweck, sondern lohnender Bestandteil einer humanen Arbeitsorganisation ist. So gesehen kann auch ein geringeres Maß an Kooperation die bessere Kooperation sein – etwa wenn beide Berufsgruppen wissen, wofür sie zuständig sind und ihre Aufgaben getrennt und unabhängig voneinander verrichten können. Im Zuge einer kooperativen Handlung entstehen nicht zu unterschätzende Transaktionskosten (z.B. Anbahnungs-, Informations-, Kontroll-, Änderungskosten), die nur über optimierte Prozesse und bessere Arbeitsergebnisse zu rechtfertigen sind.

²⁶Pleiss, a.a.O., S. 84.

Wenn ein Arzt eine Entscheidung in kürzerer Zeit ohne Rücksprache mit der Bezugspflegerin in mindestens gleicher Qualität treffen kann, muss Kooperation nicht sein. Neben dem Verbrauch von Arbeitszeit reduziert Kooperation immer auch den Grad der Autonomie und der Flexibilität der handelnden Personen.

Vertrauen schaffen

Vertrauen ist eine notwendige Grundlage für die Zusammenarbeit. Im sozialen Kontext beschreibt Vertrauen „die Erwartung eines Individuums oder einer Gruppe, dass man sich auf das Wort, die Versprechen, die verbalen oder geschriebenen Aussagen anderer Individuen oder Gruppen verlassen kann“²⁷. Das Vertrauen kann „als Integrationsmechanismus wirken und Verhaltenssicherheit schaffen, ohne auf formale Sicherheitsmechanismen zurückgreifen zu müssen“²⁸. So kann Vertrauen Komplexität reduzieren helfen („Ich weiß, dass Herr Dr. Lehmann an die Patienteninformation denkt, darum muss ich mich nicht kümmern.“) und insgesamt zu einem positiv-optimistischen Bild der gemeinsamen Arbeit beitragen. Auf diese Weise bildet sich aus der Summe von einzelnen Kooperationsbeziehungen, die sich auf Vertrauen und positiven Erfahrungen gründen, gleichsam ein *Systemvertrauen*, das „aus engen Interaktions- und Kommunikationszusammenhängen herausgelöst“ ist, wenn „gemäß der verallgemeinerten Erwartungen einer Person aus bestimmten situativen Konstellationen bestimmte Ereignisse/Folgen mit hoher Wahrscheinlichkeit auftreten“²⁹. – Dieses Vertrauen ist nicht nur Ergebnis konkreter Erfahrungen, sondern hängt auch auf komplexe Weise mit Einstellungen und Werthaltungen zusammen – ein Umstand, der bei Fra-

²⁷Rotter, zitiert nach Büssing, André; Moranz, Claudia: Initiales Vertrauen in virtuellen Geschäftsbeziehungen. In: Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie 2/2003, S. 95–103, hier S. 96.

²⁸Scholz, Christian: Virtualisierung der Personalarbeit. In: Gaugler, Eduard; Oechsler, Walter; Weber, Wolfgang: Handwörterbuch des Personalwesens, 3. Auflage, Stuttgart 2004, Sp. 1979–1987, hier Sp. 1985.

²⁹Büssing, zitiert nach Büssing/Moranz, a.a.O., S. 96.

gen einer möglichen *Vertrauensbildung* im Rahmen von Qualifizierungsprozessen berücksichtigt werden muss.

Für Kooperation qualifizieren

Abschließend sei noch ein Blick auf mögliche Qualifizierungsprozesse für kooperative Zusammenarbeit geworfen. Neben allgemeinen Interventionen wie Kommunikations- und Interaktionsseminaren und -workshops gibt es mittlerweile erste spezifische Seminare für beide Berufsgruppen, in deren Zentrum die individuelle Verantwortung für eine kooperative Arbeitsatmosphäre steht³⁰. In anderen kooperativen Settings werden z.B. Befragungen über Arbeitssituationen des jeweiligen Partners ("twins") als eine die Kooperationskompetenz erhöhende Maßnahmen empfohlen, um Verständnis für die Zusammenhänge und einen Blick für das Ganze zu gewinnen³¹.

Schließlich ist neben diesen individuellen Kompetenzerhöhungen auch noch die Nutzung einer geeigneten Organisation der Kooperation und das damit verbunden Erfahrungslernen wichtig (z.B. knappe Checklisten über Aufgabenschwerpunkte; geplante Zeitfenster für die Visite, ausformuliertes Kurzkonzept einer kooperativen Visite). Die – wiederum kooperativ ausgeführte – Nutzung der gemeinsamen Erfahrungen ist wichtige Voraussetzung für eine Verbesserung: „Kompetenzen kann man nicht lernen Das hängt damit zusammen, dass Kompetenzen von Werten fundiert und von Erfahrungen konsolidiert werden. Werte kann man aber nur selbst verinnerlichen, Erfahrungen nur selbst machen. Man kann zwar fremde Erfahrungen mitgeteilt bekommen, um aber eigene zu werden, müssen sie durch den eigenen Kopf, das eigene Gefühl hindurch“³².

Ein kurzes Fazit

Viele Krankenhäuser erkennen, dass die prozessbezogene Verbesserung der Kooperation nicht nur die Zufriedenheit der Akteure in Arztdienst und Pflegedienst erhöht, sondern dass sie auch einen wirksamen Weg darstellt, die Qualität der Patientenversorgung und die Effizienz der Prozesse zu verbessern. Insofern sind derartige Projekte sinnvolle Investitionen, die letztlich den Krankenhäusern und den einzelnen Patienten zugute kommen. – Das KoPM-Zentrum stellt fest, dass mehr und mehr Krankenhäuser konkrete Projekte auflegen, um durch kooperativ ausgestaltete Versorgungsprozesse simultan die Qualität, Effizienz und Zufriedenheit der Akteure zu erhöhen; deshalb baut das KoPM-Zentrum ein Informationsnetz auf, das einen Überblick über Prozesse und Ergebnisse derartiger kooperationsfördernder Projekte gibt³³.

Erste Nationale VersorgungsLeitlinie zur chronischen Herzinsuffizienz

Die erste Nationale VersorgungsLeitlinie zur chronischen Herzinsuffizienz ist noch im Dezember 2009 veröffentlicht worden. Unter <http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/herzinsuffizienz> steht die NVL jetzt als PDF-Dokument zum kostenlosen Download zur Verfügung.

Seit 2006 haben 15 Experten aus 11 medizinischen Fachgesellschaften und Organisationen sowie ein Patientenvertreter die NVL erarbeitet. Zu 16 Themenbereichen wurde das aktuelle medizinische Wissen systematisch aufbereitet. 127 Empfehlungen und Statements wurden auf dieser Grundlage ausgesprochen. Acht Themen wurden erstmalig in einer deutschen Leitlinie zur Herzinsuffizienz behandelt, darunter so wichtige Bereiche wie die Prävention und die Rehabilitation. Herzinsuffizienz (Herzschwäche) gehört in Deutschland zu den häufigsten Erkrankungen. Nach Angaben des statistischen Bundesamtes steht die Diagnose bei Frauen an erster und bei Männern an vierter Stelle als Grund für einen Krankenhausaufenthalt. Die demographische Entwicklung und die verbesserten

Überlebenschancen von Personen mit einem akuten Herzinfarkt oder Herzklappenerkrankungen können dazu führen, dass die Zahl der Patienten mit Herzinsuffizienz in den nächsten Jahrzehnten weiter ansteigt. Eine effiziente und zielgerichtete Versorgung dieser Patienten ist daher eine große Herausforderung an das Gesundheitssystem. Dazu trägt die NVL Herzinsuffizienz bei. Sie umfasst das gesamte Krankheitsspektrum. Neben Empfehlungen zu Diagnostik und Therapie finden auch Bereiche wie Komorbidität, multimorbide und geriatrische Patienten oder psychosoziale Aspekte ihre Berücksichtigung. Besonders wichtig ist der Abschnitt zur Versorgungskoordination, in dem Nahtstellen der Versorgung identifiziert und definiert werden. Das Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien wird seit 2006 von der Bundesärztekammer, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften getragen. Ziel ist es, eine optimale fach- und sektorenübergreifende Versorgung chronischer Krankheiten über die gesamte

Magazin

Versorgungskette zu definieren, von der Vorbeugung bis zur Palliativversorgung.

Weitere Informationen:
<http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/herzinsuffizienz>

Link zum PDF-Dokument:
http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/herzinsuffizienz/pdf/nvl_hi_lang.pdf

Ansprechpartner:
Thomas Langer, mailto:langert@azq.de

Korrespondenzadresse:
Corinna Schaefer
Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
Wegelystraße 3/ Herbert-Lewin-Platz
10623 Berlin
Tel.: 030 40052526
Fax: 030 40052555
E-Mail: schaefer@azq.de
www.aezq.de

³⁰Zum Beispiel in der Schweiz: <http://www.hadmedical.ch> (10.10.2009).

³¹Vgl. *Böhle/Bolte*, a.a.O., S 51.

³²*Erpenbeck, John; Heyse, Volker*: Kompetenztraining. 64 Informations- und Trainingsprogramme. Stuttgart 2004. S. XX (Einführendes Kapitel).

³³Weitere Informationen können Sie auf den Internet-Seiten des KoPM-Zentrums der HAW Hamburg finden (www.kopm-zentrum.de).