

Auf Augenhöhe

# Interprofessionelle Teamarbeit

Liebe Leserinnen und Leser,

„It's simple, but not easy“, sagt Steve de Shazer – im Grunde sind die Geheimnisse gelingender Teamarbeit einfach, die Umsetzung jedoch nicht leicht. In der interprofessionellen Zusammenarbeit kommt es immer wieder zu Reibungsverlusten. Zum Beispiel weil die Dreisäulen-Strukturen von Krankenhäusern übergreifende Führungsverantwortlichkeiten in der Koordination der Patientenversorgung nicht vorsehen.

In der Begleitung der berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit sehe ich die gelingende Kooperation auf drei Ebenen angesiedelt: im organisatorischen Rahmen, in dem Teamarbeit stattfinden soll, sowie in der eigenen Persönlichkeit und der des Gegenübers.

In festgefahrenen Situationen sind Leidensdruck und Notwendigkeit am höchsten, Veränderungen herbeizuführen. Im ersten Beitrag wird vorgestellt, wie durch ein fokussiertes Reorganisationsprojekt einer Station die Koordination der interprofessionellen Abläufe verbessert werden kann.

Wie es möglich ist, die im Projekt erreichten Ergebnisse dauerhaft zu sichern, erfahren Sie im nächsten Text. Der Schlüssel liegt in der Stärkung der mittleren Führungsebene und deren Ausstattung mit dem notwendigen Gestaltungsspielraum. Dazu braucht es Persönlichkeiten, die Freude haben, Teams zu führen und sich für die gemeinsame Sache einzusetzen. Mein Anliegen ist es, Sie zu ermutigen, Schritt für Schritt in diese Führungsrolle hineinwachsen zu wollen, und Ihnen dafür notwendiges Rüstzeug an die Hand geben. Nehmen Sie sich jeden Druck – Führen heißt, jeden Tag aufs Neue lernen zu dürfen.

Der letzte Beitrag setzt noch früher an und stellt ein Projekt vor, bei dem Pflege- und Medizinstudierende gemeinsam lernen. Die Nachwuchskräfte von morgen trainieren und reflektieren ihre Erfahrungen in Simulationen.

*Elke Eberts*

Dr. Elke Eberts, Ruhl-Consulting AG, Mannheim



## CNE.fortbildung 2.2015, Lerneinheit 7

Besser abgestimmte Abläufe

**Aufgaben und Kompetenzen neu verteilen** S. 02

Gestaltungsraum als Führungskraft

**Die Zusammenarbeit verbessern** S. 07

Interprofessionelles Lernen

**Gemeinsam – ein Ziel** S. 12





Foto:

Besser abgestimmte Abläufe

## Aufgaben und Kompetenzen neu verteilen

Von Elke Eberts und Stefan Ruhl

Wenn es in der Zusammenarbeit hakt und die Abläufe unkoordiniert sind, ist es zu überlegen, einen Reorganisationsprozess zu starten. Dabei müssen Verantwortlichkeiten und Kompetenzen neu definiert werden. Der vorliegende Artikel beschreibt einen solchen Reorganisationsprozess und welche Rolle dabei Führungskräfte in der Pflege übernehmen.

### Ein Projekt als Initialzündung

Der ein oder andere Mensch hat es schon am eigenen Leib erlebt: dass tiefe Krisen im Leben zur effektivsten Weiterentwicklung führen, woraus sich dann im Nachhinein der Sinn der Leidensphase erschließt. Im inneren Erleben war der Veränderungsschritt

vielleicht schon lange überfällig – aber es bedurfte noch eines äußeren Anstoßes. So etwa ging es auch der Pflegedienstleitung in einem regionalen Krankenhausverbund der Grund- und Regelversorgung. Auch wenn wir uns hier auf ein konkretes Projektbeispiel beziehen – so ähnlich hätte sich der Fall vielleicht tatsächlich auch in Ihrer Klinik zugetragen haben können: Im Spätjahr

eskalierten die verwobenen Teamkonflikte auf zwei benachbarten Stationen – Konflikte innerhalb des Pflegeteams, zwischen Leitung und Mitarbeitern und mit anderen Berufsgruppen. Die Pflegeleitung schaute dem nicht länger zu und entschloss sich zusammen mit der Geschäftsleitung, ein Projekt für den Veränderungsprozess aufzusetzen.

Das Projekt stellt ein Positivbeispiel dar, was mit der nötigen Aufmerksamkeit und einer neuen Führungsrolle der Pflege in der Prozesssteuerung gelingen kann. Mit diesem Beitrag sollen auch andere ermutigt werden, aus einer scheinbar aussichtslosen Lage heraus mit kleinen beharrlichen Schritten eine kraftvolle Veränderung anzustoßen. Und dabei ist oft schon der erste Schritt eine Herausforderung: Wie soll die erste und zweite Führungsebene der Fachabteilung zur Kooperation und verbindlichen Beteiligung gewonnen werden? Im weiteren Verlauf werden wir uns dann mit den Fragen auseinandersetzen, wie Führung in der Veränderung funktioniert, und unser Augenmerk auf die kurzfristig erreichten Projekterfolge legen.

## Der Projektimpuls

Auf den beiden benachbarten Stationen schaukelten sich die Krankheitsausfälle auf zuletzt 24 Prozent in die Höhe. Dies konnten die kleinen Teams aus eigener Kraft nicht mehr bewältigen und benötigten Unterstützung von anderen Stationen des Hauses. Die Pflegehilfen ließen sich aufgrund des schroffen Umgangs versetzen und verstärkten so das Problem. Sämtliches Personal, das nicht auf dem Dienstplan eingeteilt war, musste immer wieder aus dem Frei hinzugezogen werden. So fehlten bald auch hier die notwendigen Erholungszeiten, und weitere Erschöpfungsausfälle waren vorprogrammiert. Die Führungskräfte beider Stationen kapitulierten und stellten ihre Leitungspositionen zur Disposition. Unmittelbarer Ersatz konnte nicht gefunden werden. Ärztliche und pflegerische Berufsgruppen arbeiteten nicht zusammen als Stationsteam, sondern nebeneinander her. Die angespannte Situation blieb den Patienten der Station nicht verborgen, und sie begannen sich mehr oder weniger offen Gedanken über die pflegerische Belastung und die Versorgungsqualität zu machen. In dem Zeitraum kam es gehäuft zu Patientenbeschwerden. Der auf der Pflege lastende Druck wuchs. Die Resignation im Team war hoch, Aggression und Tränenfluss häuften sich. Das Pflegeteam fühlte sich ungeachtet äußerer Sympathiebekundungen in seiner Situation alleine gelassen.

**Neustart: Reorganisation zweier Stationen.** Wir wurden als externe Projektbegleiter für den Veränderungsprozess engagiert, und bereits unmittelbar zu Beginn des neuen Jahres wurde ein Projekt zur Neuorganisa-

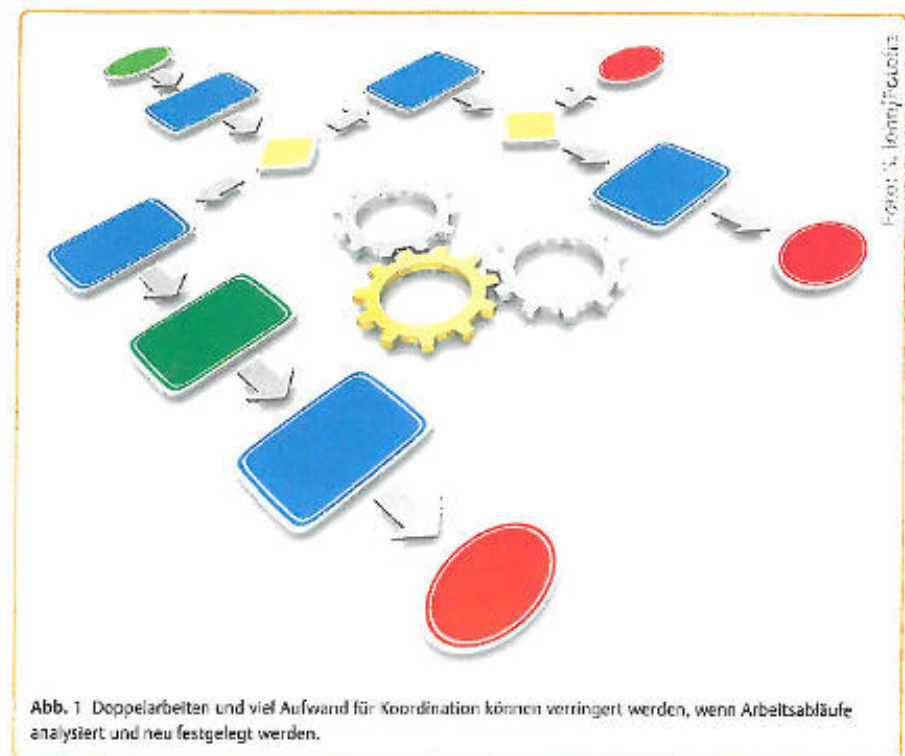


Abb. 1 Doppelarbeiten und viel Aufwand für Koordination können verringert werden, wenn Arbeitsabläufe analysiert und neu festgelegt werden.

tion der beiden Stationen aufgesetzt. Eine Stationsleitungsposition, die künftig beide Stationen als Großstation führen sollte, wurde ausgeschrieben. Klar war, dass unter den engen finanziellen Rahmenbedingungen, die heute bei den Grund- und Regelversorgern herrscht, eine Stellenausweitung zunächst keine Möglichkeit ist, sondern dass Ansätze in der Entlastung des Pflegedienstes durch verlässliche Zusammenarbeit zu verfolgen sind. Der kontinuierlich steigende Pflegeaufwand führte in eine sich beschleunigende

Hamsterradsituation. In dieser Situation entsteht die Notwendigkeit, jede Verschwendung in den Prozessen kritisch zu hinterfragen und Abläufe ressourcenschonend neu aufzusetzen (→ Abb. 1). Die Lösung besteht im Auflösen berufsgruppensegmentierten Denkens, im Denken von Leistungsbeiträgen zum Ganzen und in einer straffen Organisation von Behandlungspfaden aus dem Blickwinkel der Patienten. Wenn sich interprofessionell ein Denken als Stationsteam – zumindest aber ein verlässlicher Kooperationswille



Abb. 2 Wenn Ärzte und Pflegende bei der Patientenversorgung kooperieren, wirkt sich das auch entlastend auf den Pflegedienst aus. Für die Ärzte erleichtert sich das Stationsmanagement.

Zahl der Aufnahmen und Entlassungen

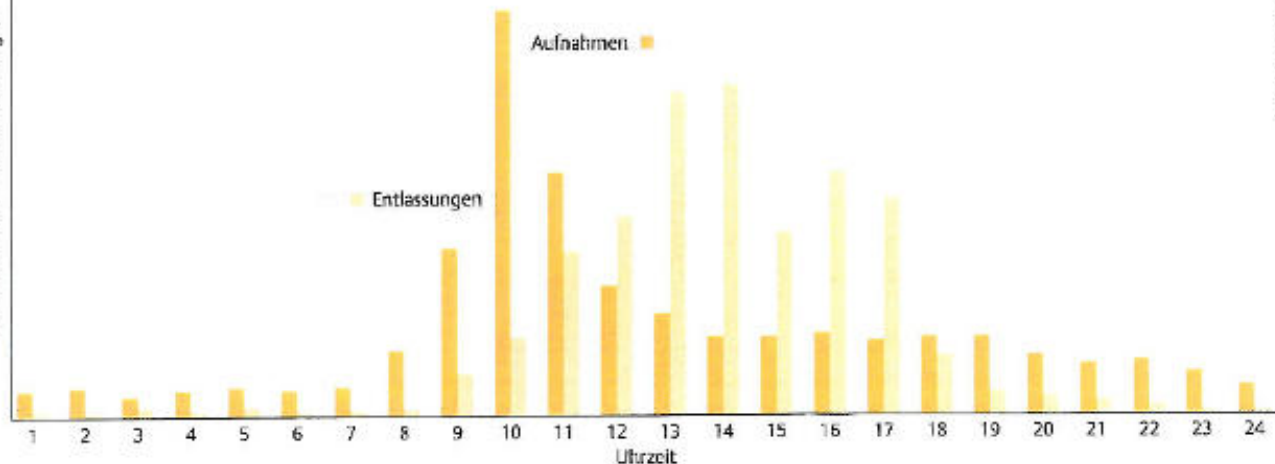


Abb. 3 Doppelbelastung durch unkoordinierte Aufnahmen und Entlassungen. Die Grafik zeigt, dass zum früheren Zeitpunkt die aufgenommenen Patienten schon da sind, während die Entlasspatienten noch nicht entlassen werden können.

in Bezug auf ein gemeinsames Ziel auf Seiten aller betroffenen Berufsgruppen – durchgesetzt, dann bewirkt das eine Entlastung des Pflegedienstes, weil Doppel- und Mehrfach-tätigkeiten und unproduktives Warten auf andere entfallen (→ Abb. 2). Insbesondere entspannt sich die Arbeitsbelastung durch transparentere Rollen- und Aufgabenklärung, Verweildauermanagement von der Aufnahme bis zur Entlassung, zeitlich koordinierte Aufnahmen und Entlassungen auf Station im Tagesablauf (→ Abb. 3) und einem unmittelbaren patientenbezogenen Informationsaustausch in gemeinsamen Arzt-Pflege-Visiten.

Analog erleichtert sich die Situation für die Stationsärzte durch eine geregelte oberärztliche Stationsverantwortung und eine tägliche Betreuung, die zu schneller Entscheidungsfindung und raschen Lerneffekten führt. Es zeigt sich immer wieder, dass eine gute Struktur und klare gemeinsame Ziele Voraussetzung sind, dass sich eine Kultur des Miteinanders auf fruchtbarem Boden entwickeln kann. Das Maß an gelebter Verbindlichkeit ist am Ende häufig ein Spiegelbild davon, wie von den verantwortlichen Führungskräften Management gelebt – und vorgelebt – wird.

**Führungsverantwortung übertragen.** Trotz aller guten Argumente, berufsgruppenübergreifende Managementstrukturen auf Station zu etablieren, bestand die erste Projekthürde darin: Wie soll die erste und zweite Führungsebene der Fachabteilung zur verbindlichen Beteiligung an der Ent-

wicklung und Umsetzung eines Stationskonzeptes gewonnen werden?

## Menschen zu Veränderungen bewegen

**Motivation des Chefarztes.** Welches Interesse hat der Chefarzt an einem persönlichen Einsatz für ein Stationsprojekt? Was hat seine Abteilung davon, wenn er sich zu verbindlichen gemeinsamen Organisationsvereinbarungen und deren Umsetzung im Alltag verpflichtet? In einer wenig üppig besetzten Abteilung mit hohem Leistungsaufkommen hängt ein Großteil

der Leistungserbringung persönlich an der Person des Chefarztes. Die Führungsverantwortung im ärztlichen Bereich führt zu einem zusätzlichen zeitlichen Arbeits-einsatz. Dabei stellt eine entwicklungsorientierte Mitarbeiterführung im ärztlichen Bereich heute einen wichtigen Faktor im Wettbewerb um die aussichtsreichsten Nachwuchskräfte dar. Gleichzeitig rückt die Patientenzufriedenheit immer weiter in den Fokus, sodass eine desolante Situation im Stationsteam kontraproduktiv auf die Abteilungsentwicklung wirkt und mehr Ruhe auf Station zu einer hohen Priorität wird (→ Abb. 4). Der Hamsterrad-



Foto: Alexander Fisch

Abb. 4 Zufriedene Patienten werden das Krankenhaus und die Abteilung weiterempfehlen.

Tab. 1 Zusammenfassung nachweislicher Projekterfolge

Bereich	Ausgewählte Erfolgskennzahlen
Wirtschaftlicher Erfolg	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verweildauer konnte um über 0,5 Belegungstage reduziert werden.</li> <li>• Ohne Erlöselnbußen konnten so bei konstantem Case-Mix-Index zusätzliche Bettenkapazitäten und eine signifikante Casemix-Steigerung geschaffen werden.</li> </ul>
Prozessverbindlichkeit weitestmöglich gelebt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rotations-, Urlaubs-, Dienstplanung und stationsübergreifendes Ausfallmanagement</li> <li>• Die Ausfallquoten haben sich auf ein Normalmaß eingependelt.</li> <li>• berufsgruppenübergreifende Stationsorganisation entlang der Tagesorganisation sowie Information und Regelkommunikation auf Station: <ul style="list-style-type: none"> <li>– mindestens 4 Entlassungen bis 10 Uhr mit (z. T. endgültigen) Arztbrief</li> <li>– 76 Prozent der Entlassbriefe sind am Vortag bis 15 Uhr vorbereitet.</li> <li>– gesicherte Bettenkapazitäten für Neuaufnahmen</li> <li>– Visiten finden grundsätzlich gemeinsam mit Pflegebegleitung statt.</li> <li>– Zwei Teams sind zusammengewachsen.</li> <li>– Sukzessive entwickelt sich die fachliche Kompetenz als wichtiger verbindender Wert des Teams weiter.</li> <li>– bei kontinuierlicher stationsärztlicher Besetzung besonders hohe Prozessreife</li> </ul> </li> <li>• Schnittstellenvereinbarungen mit Notaufnahmen, Funktionsbereichen, Neuorganisation Arztbriefschreibung</li> </ul>
Mitarbeiter	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine Mitarbeiter wurden aktiv von Station ausgetauscht, es sei denn, sie haben von sich aus um Versetzung gebeten.</li> <li>• Der gemeinsame Projekterfolg wurde mit den vorhandenen Stärken und Problematiken der individuellen Stationsmitarbeiter erreicht.</li> </ul>
Patientenbefragung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In der kontinuierlichen Patientenbefragung wird mittlerweile die Freundlichkeit des Arzt- und Pflegepersonals als herausragend bewertet.</li> <li>• So beinhalten z. T. weit über 50 Prozent der Bewertungen ein „sehr gut“ für Arzt und Pflege.</li> <li>• In den Kommentaren wird die Station gegenüber anderen Stationen heute als vorbildlich hervorgehoben.</li> </ul>

[©Ruhl-Consulting 2013]

effekt hat also längst die Abteilungsleitung selbst ergriffen, und der Chefarzt sieht eine Lösung für sich ebenfalls nur in einer berufsgruppenübergreifenden effektiven Zusammenarbeit. Möglicherweise war es in der Tat eine der zentralen Erleichterungen, auf einen entwicklungsorientierten, in Gesamtzusammenhängen denkenden Chef getroffen zu sein. Auch wurde in der Abteilung ein Oberarzt gefunden, der die Stationsverantwortung annahm. Dieser setzte sich schon seit Längerem mit Prozessüberlegungen auseinander, aber ohne strukturierte Projektunterstützung war der Aufwand zu hoch und wurde das Anliegen vor sich her geschoben. Nun sollte die Gelegenheit ergriffen werden.

**Motivation der Pflegedienstleitung.** Die Pflegedienstleitung engagierte sich von Anfang an, das erteilte Vorschussvertrauen weiter zu stärken. Es war nicht zu übersehen: Sie wollte das Steuer in der Führung der Station – auch als Vorbildwirkung für die anderen Stationen – herumreißen. Sie nutzte die Projektorganisation, um über ihren disziplinarischen Wirkungsbereich hinaus berufsgruppenübergreifend Führungsverantwortung in den Prozessen bis hin zur Arztbriefschreibung zu übernehmen. Dies kam der zeitlich begrenzten Einrichtung einer zentralen Querschnittsverantwortung an den Schnittstellen rund um die neue Großstation gleich. Legitimiert wurde sie dafür für die Dauer der Projektlaufzeit durch

den oberen Entscheiderkreis, der durch Einbinden der obersten Geschäftsleitung sowie aller Berufsgruppen unmittelbar mit strategischer Lenkungscompetenz ausgestattet war.

Die Arztbriefschreibung wurde EDV-gestützt gänzlich neu aufgesetzt bis dahin, dass die Arbeitszeiten im Schreibbüro bedarfsorientiert angepasst wurden. Es stellte sich heraus, dass die Fertigstellung der Arztbriefe ein Haupthindernis war, um einen Großteil der geplanten Entlasspatienten bereits bis 10 Uhr mit (endgültigem) Arztbrief zu entlassen und damit weniger Unterbrechungen in den Prozessen zu erreichen.

## Unmittelbare Projekterfolge

Die zunächst ungewohnte Übernahme der Führung rund um das Stationsteam ohne Ansehen der Berufsgruppe durch die Pflegedienstleitung stellte sicher, dass die Verantwortlichkeiten für die Dauer des Projektes geklärt waren und gezielt auf Projektbeteiligte übertragen werden konnten. Dies war – angesichts der schwierigen Ausgangssituation im Stationsteam – ein zentraler Erfolgsfaktor, dass das Stationsprojekt in der kurzen Zeit von neun Monaten sowohl konzipiert als auch in der ersten Umsetzungsphase erprobt und bis zum Projektabschluss zum Jahresende 2013 nachjustiert werden konnte. Dabei halten wir es für wichtig, dass die zentrale Führungsrolle nicht informell

im Verborgenen ausgefüllt wird, sondern dass eine explizite Rollenklärung innerhalb der Projektorganisation für die Dauer des Projektes stattfindet.

Mit engagierter Unterstützung vieler Mitarbeiter des Hauses wurden parallel mehrere Zahnräder in Gang gesetzt und dann zum Start der ersten Umsetzungsphase erfolgreich zueinandergeführt. Der verantwortliche Oberarzt und die neue Stationsleitung haben ihre Sache mit vereinter Unterstützung des Projektteams gemeistert und ihr Team gemeinsam mit auf die Reise genommen. Der angesichts der Ausgangssituation unerwartet positive Projekterfolg ist anhand einiger Eckdaten nachfolgend umrissen (– Tab. 1):

In der Wirtschaftlichkeit, Mitarbeiter- und Patientendimension konnten erfreuliche Resultate dokumentiert werden. Das Projekt wurde exakt im Zeit- und Kostenplan umgesetzt. Das erarbeitete berufsgruppenübergreifende Stationshandbuch war nach den ersten drei Monaten nach Einführung bereits auf halbem Wege der Umsetzung.

## Nachhaltiger Projektnutzen

Das Resümee der Projektgruppe ist eindeutig: Der größte Stolperstein liegt nicht im Projekt, sondern in der langfristigen Absicherung des Projekterfolges, wenn die Führung wieder aus der zeitlich befristeten



Abb. 5 Zuverlässige Visitenzeiten erleichtern den Stationsablauf.

ten Projektstruktur zurück in die Hände der Hierarchie gegeben wird. Die Nachhaltigkeitssicherung muss bereits beim Aufsetzen des Projektes stringent beachtet werden. Das Leitungsteam auf Station, Stationsleitung und Oberarzt, ist dementsprechend von Anfang an eng in das Projekt einzubeziehen, denn sie sind es, die sich die Nachhaltigkeit des Stationsmanagements auf die eigenen Fahnen schreiben müssen. Der dauerhafte Nutzen aber sollte im Sinne der unternehmerischen Verantwortung das eigentliche Ziel jedes Veränderungsprojektes sein.

Ein halbes Jahr nach Projektabschluss stellte das Leitungsteam folgende Punkte als dauerhaft und herausragend in den Vordergrund:

- Optimierung des Aufnahme- und Entlassungsmanagements:
  - Entlassungen werden über die Tafel im Dienstzimmer geplant (Ziel: Entlassungsplanung beginnt am Aufnahmetag und tägliche Aktualisierung des Termins in der gemeinsamen Visite von Arzt und Bereichspflegekraft).

- Geplante Entlasspatienten verlassen in der Regel zwischen 10:30 Uhr und 11 Uhr die Station.
- Das Aufnahmezimmer wird nach wie vor zu maximal fünf Prozent ausgelastet, da der Bedarf aufgrund der besseren Organisation nicht mehr besteht.
- Optimierung der Visite (→ Abb. 5):
  - Die Visite findet zwischen 9 Uhr und 11 Uhr statt.
  - Es gibt keine zweite Visite am Nachmittag.
- Optimierung der Arbeitsabläufe in den Diensten (hervorzuheben ist hier der Frühdienst mit den meisten Reibungspunkten zwischen den Berufsgruppen)
- Teamfindungsphase – bessere und kollegialere Zusammenarbeit der beiden zusammengeführten Teams
- bessere Ablauforganisation für Ärzte (vor allem Thema Arztbriefschreibung)

Es konnte definitiv eine hohe Verbindlichkeit erzielt werden. Allerdings ist einzuschränken, dass das berufsgruppenübergreifende Managementsystem auf Station

in seiner Verlässlichkeit stark arztabhängig ist. Auch wenn alle bemüht sind, die vereinbarten Punkte einzuhalten, ist in einem wechselnden System ärztlicher Kollegen die spannende Frage, bei welchem Arzt welcher Punkt bereits wie stark verinnerlicht ist. Das ist keine Einmalmaßnahme. Hier ist das Leitungsteam auf Station dauerhaft gefordert.

## Infoservice

### Autoren

Dr. rer. pol. Elke Eberts, Dipl.-Kauffr., Projekt- und Prozessentwicklung in Kliniken, Team- und Organisationsentwicklung, bei der Ruhl Consulting AG, Mannheim

Stefan Ruhl ist Volkswirt, Unternehmer, Trainer und Coach. Seine Themenschwerpunkte sind u. a. Change Management, Kommunikation und Konfliktmanagement. Im Internet: [www.ruhl-consulting.de](http://www.ruhl-consulting.de)

### Literatur

Alberti J, Eberts E, Ade K. Führungs- und Managementkultur auf Station. *Klinikarzt – Medizin im Krankenhaus* 2013; 42 (10): 442–444