

Interprofessionelle Kommunikation im Krankenhaus.

Silke Pawils, Bernadette Klapper, Doris Schaeffer und Uwe Koch

1 Aktuelle Ausgangslage

Die aktuelle Situation im Gesundheitswesen fordert die Partizipation der Betroffenen und Sensibilisierung der professionellen Akteure für Fragen der Verbesserung der Versorgungsqualität in allen Bereichen. In den 2.263 deutschen Krankenhäusern werden jährlich 16 Millionen vollstationäre Behandlungen durchgeführt (Reister, 1999). 500.000 Bürger liegen pro Tag als Patienten in einem Krankenhausbett und verweilen dort durchschnittlich 10,7 Tage (Arnold, Litsch & Schellschmidt, 2000). In Antizipation der prognostizierten Bevölkerungsentwicklung finden im Krankenhaussektor seit Jahren einschneidende gesetzliche Änderungen statt (Gesundheitsreformen 1989 und 2000, SGB V) und werden infolgedessen Qualitätsbemühungen in Forschung und Praxis intensiviert (z.B. durch die bundesweiten Projekte DemoProQM oder KTQ® (Aufderheide, 1998). Patientenorientierung wird für den Krankenhaussektor auch von gesundheitspolitischer Seite vehement gefordert: „Im Mittelpunkt muss immer das Wohl der Patientinnen und Patienten stehen. Daran müssen Sie und ich und auch alle anderen Beteiligten sich ausrichten und messen lassen.“, erklärte die Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt auf dem 108. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin im April 2001 und brachte damit das aktuelle Verständnis der Patientenversorgung im deutschen Gesundheitswesen zum Ausdruck.

Zur Umsetzung der Zielvorgabe einer verbesserten Patientenversorgung bei paralleler Kostenreduktion wurde mit der Einführung internen Qualitätsmanagements zusätzlich zur externen Qualitätssicherung begonnen und die Kooperation der Berufsgruppen als potenzielle Schwachstelle einer optimalen Versorgung identifiziert (Schmerfeld & Schmerfeld, 2000).

Hintergrund des im folgenden vorgestellten Projektes ist das veränderte Anforderungsprofil an die professionelle Pflege und Medizin, welches nicht nur durch neue Sichtweisen und Stellung der Patienten entsteht, sondern auch aufgrund gesellschaftlicher Faktoren wie Technisierung, Umstrukturierung im Gesundheitswesen sowie zunehmendem Kostendruck (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 2001). Diesen Veränderungen, wie beispielsweise sehr aktuell die Implementierung des neuen Patientenklassifikationssystems (Diagnosis Related Groups), muss auch in der beruflichen Kooperation und Kommunikation Rechnung getragen werden (Simon, 2000).

Im Bereich der Pflege-Arzt-Kooperation wird generell der unzureichende Informationsfluss zwischen den Professionen bemängelt (Büssing, 1997). Beide Professionen stellen spezifische Erwartungen an die andere Berufsgruppe, die aufgrund unterschiedlicher Zugänge zum Patienten und Aufgabenbereiche entstehen. Im Hinblick auf eine patientenorientierte Versorgung ist es jedoch notwendig, diese divergierenden Perspektiven in den Arbeitsabläufen kooperativ zu verknüpfen.

Im Zentrum dieses Projektes stehen daher die Optimierung von Handlungsabläufen und Abstimmungsprozessen auf den Stationen und die Verbesserung der kommunikativen Bedingungen und Kompetenzen von Ärzten und Pflegepersonal, wodurch eine höhere Ergebnisqualität der Versorgung, größere Patientenzufriedenheit und höhere Berufszufriedenheit der Mitarbeiter erreicht werden sollten.

2 Das Modellprojekt „InterKiK“

Bei dem Projekt „Interprofessionelle Kommunikation im Krankenhaus“ handelt es sich um ein dreijähriges Modellprojekt (mit der Laufzeit von Januar 1999 bis Mai 2002), das vom Bundesministerium für Gesundheit finanziert wurde und im wesentlichen der Entwicklung eines Manuals zur bundesweiten Verbesserung der Kommunikation und Kooperation auf Krankenstationen der Akutversorgung diente.

Durch die Bundesärztekammer und Verbände des Deutschen Pflegerates wurden die Abteilung für Medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf und das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld mit der Ausführung dieses Projektes betraut.

Aufgabe des Projektes war die Untersuchung der Kooperation zwischen den Berufsgruppen an zentralen Schnittstellen im Akutkrankenhaus. Als Untersuchungsfeld wurden internistische und chirurgische Stationen in drei verschiedenen Krankenhäusern gewählt, um ein möglichst breites und typisches Spektrum des Krankenhausgeschehens zu erfassen. Das Projekt war forschungsmethodisch als Evaluationsstudie angelegt, in der auf der Basis detaillierter Ist-Analysen („Qualitätsassessment“) der stationsspezifischen Gegebenheiten untersucht wurde, wie sich Kommunikations- und Kooperationsprozesse auf Stationen im Akutkrankenhaus darstellen, bewerten und verbessern lassen.

Das Qualitätsassessment umfasst die Ermittlung von Stärken und Defiziten in der Patientenaufnahme, Visite und Entlassung mit Hilfe multimethodaler Instrumente und schliesst neben einem Basisassessment mit teilnehmender Beobachtung und halbstrukturierten Interviews mit Pflegenden und Ärzten das Kernassessment mit der Analyse der Patientendokumentation und Fragebögen zur Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit ein.

Neben der Bewertung und Rückmeldung der Ergebnisse beinhaltet das Projekt eine sechsmonatige Interventionsphase, in der je nach Erfordernissen Qualitätsgruppenarbeit oder Kommunikationstrainings von den Mitarbeitern der Stationen geleistet wurden.

Die Effekte der Interventionen wurden mittels eines erneuten Qualitätsassessments auf den Stationen ermittelt und wiederum als Feedback zurückgemeldet, um für weitere Verbesserungspotenziale zu sensibilisieren.

Die Verbesserung der interprofessionellen Kommunikation und Kooperation bei Aufnahme, Visite und Entlassung fixiert den Projektansatz in klarer Konturierung auf die Stationsebene innerhalb des Organisationssystems Krankenhaus und auf dieser Ebene auf die Kerntriade "Patient-Arzt-Pflegende".

Das Vorgehen im Modellprojekt umspannt den vollständigen Evaluationszyklus:

1. Assessment des Ist-Zustandes
2. Feedback der Ergebnisse an die Stationen und die Klinikleitung
3. Intervention in Form von Qualitätsgruppenarbeit oder/und Kommunikationstraining
4. Assessment der Situation nach Intervention

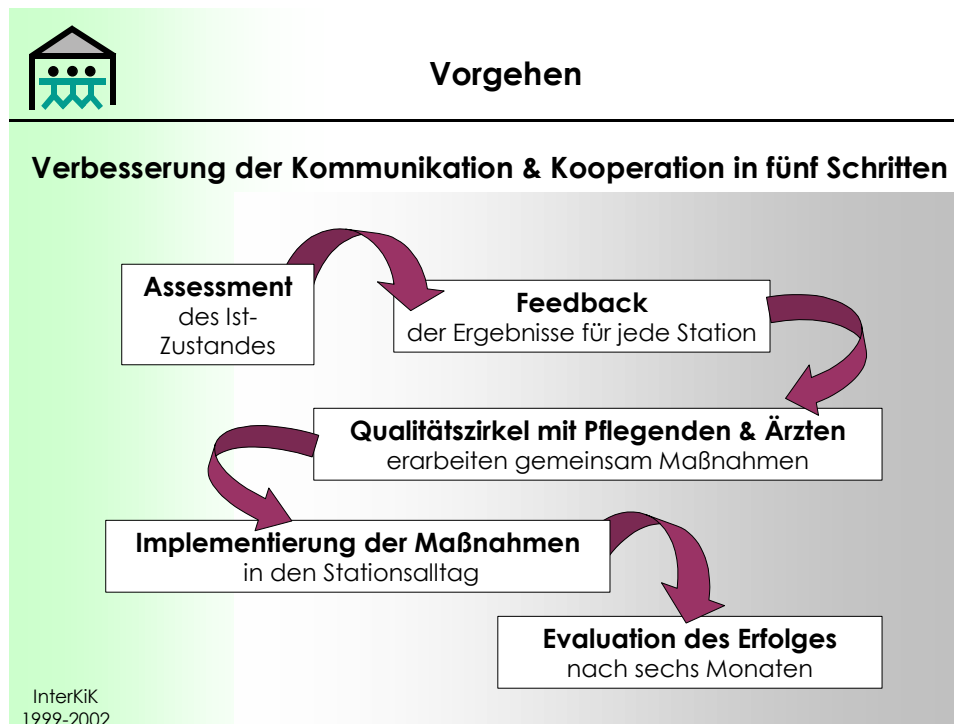


Abbildung 1: Vorgehen beim Modellprojekt

Als mögliche Interventionen auf den Krankenstationen wurden Qualitätsgruppenarbeit und Kommunikationstrainings vorgesehen. Unter Qualitätsgruppenarbeit wurde dabei - angelehnt an die Entwicklung der Qualitätszirkel der Wirtschaft (Walther & Walther, 1998) - ein interdisziplinäres, hierarchieübergreifendes Arbeiten an konkreten stationsnahen Problemen verstanden. Insbesondere die Einbeziehung der Ärzte und Pflegenden in die Problemlösung ist dabei dem Projekthintergrund angemessen. Die Qualitätsgruppenarbeit war für jede Interventionsstation auf zunächst sechs Monate angelegt. In dieser Zeit sollten - wenn in der vorgeschalteten Analyse für notwendig erachtet - auch die Kommunikationstrainings für die Stationen erfolgen. Kommunikative Probleme auf den Stationen und eine gelungene Kommunikationskultur für die Zukunft sollten darin bearbeitet werden. Auch für die Kommunikationstrainings waren beide Berufsgruppen gleichermaßen gefordert sich einzubringen.

In einem ersten Schritt galt es, ein Instrumentarium zu entwickeln und einzusetzen, das in der Lage ist, die jeweilige stationsspezifische Kommunikations- und Kooperationssituation bei Aufnahme, Visite und Entlassung im Sinne einer „Stationsdiagnostik“ umfassend, detailliert und valide abzubilden.

Es wurde folgendes Methodenpaket zusammengestellt:

- Zielsetzung der Struktur- und Konzepterhebung ist, relevante Struktur- und Konzeptmerkmale des Modellkrankenhauses und der Projektstationen systematisch zu erfassen. Die erhobenen Parameter dienen der Dokumentation der Ist-Situation formaler Aspekte und stellen den Bezugsrahmen der Ergebnisanalyse dar.
- Interviews mit Pflegenden und Ärzten der Projektstationen sollen die subjektive Perspektive der beteiligten Mitarbeiter abbilden. Aus dieser internen Perspektive sollen

Stärken und Schwächen in den Kommunikations- und Kooperationsabläufen in ihrer stationsbezogenen Spezifität und in ihren Details herausgearbeitet werden. Darüber hinaus liefern die Interviews Material zur methodischen Weiterentwicklung der quantitativen Erhebungsinstrumente.

- Beobachtungen von Aufnahme, Visite und Entlassung zielen wie die Interviews auf eine detaillierte und stationsspezifische Abbildung der Kommunikation und Kooperation ab. Jedoch ermöglicht diese Methode, die externe Perspektive der Forscher auf das Detailgeschehen in das Assessment mit einzubeziehen.
- Mit einer Analyse der Patientendokumentation ist intendiert, den gesicherten Informationsfluss zwischen Ärzten und Pflegenden, die Einschätzung der Unterstützung der interprofessionellen Kommunikation durch das gegebene Dokumentationssystem und die Förderung der Kommunikation mit dem Patienten durch Anwendung des Pflegeprozesses zu erfassen.
- Fragebögen zur Messung der Patientenzufriedenheit sollen eine standardisierte Bewertung der Station aus Patientensicht und die Wiedergabe des Patientenerlebens ermöglichen.
- Analog soll durch Fragebögen zur Messung der Mitarbeiterzufriedenheit eine standardisierte Bewertung der Station aus Mitarbeitersicht erfolgen. Im Hinblick auf die anzustrebende Interventionsarbeit werden darüber hinaus die Veränderungsmotivation der Mitarbeiter abgefragt sowie Verbesserungsvorschläge der Mitarbeiter gesammelt.

Beispielhafte Ergebnisse des Qualitätsassessments

In die Auswertung zum Qualitätsassessment floss eine Fülle von Daten aus mehreren methodischen Zugängen ein. In Abbildung 2 wird nochmals die unterschiedliche Art und Herkunft der Daten unter dem Methodenaspekt verdeutlicht. Es handelt sich insbesondere um sowohl qualitative als auch quantitative Daten. Abbildung 2 stellt schematisch dar, dass sich die Methodenvielfalt mit einer inhaltlichen Vielfalt verknüpft. Zum einen richten sich die verschiedenen Instrumente auf drei zentrale Momente im akutstationären Versorgungsablauf. Zum anderen wird in ihrer Anwendung eine multiperspektische Bewertung realisiert.

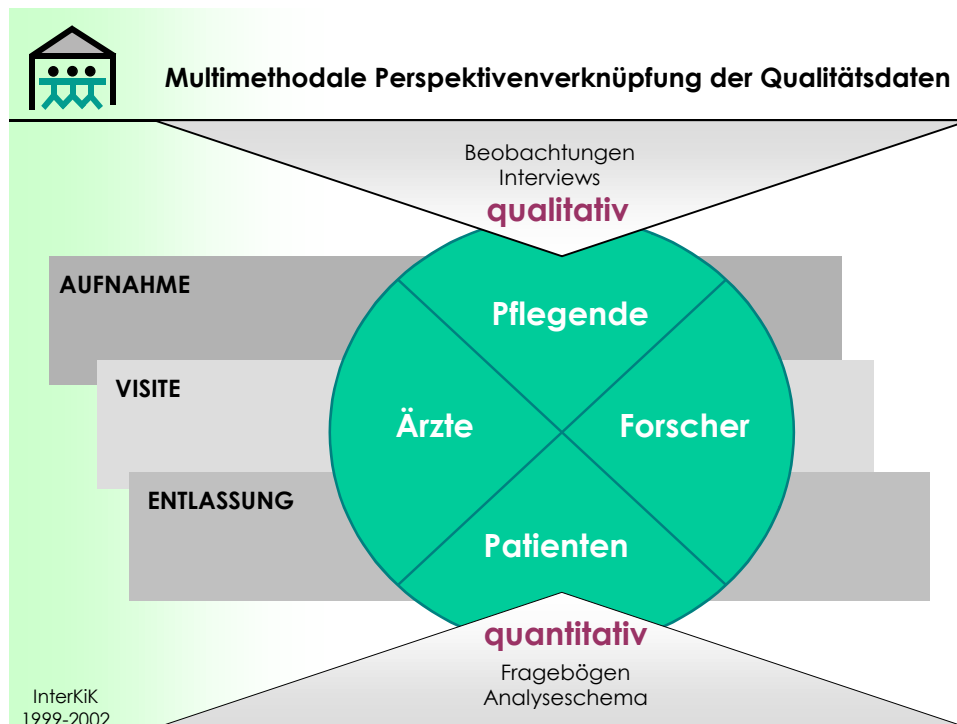


Abbildung 2: Multimethodale Perspektivenverknüpfung der InterKiK-Qualitätsdaten

Diese Komplexität der Ist-Situation musste in eine Ergebnisdarstellung für die Krankenhausmitarbeiter überführt werden, die komprimiert auf spezifische Stärken und Schwächen hinweist. Gleichzeitig sollte die Reduktion von Komplexität nicht zu Trivialität in der Ergebnismeldung führen. Darüber hinaus musste in der Wortwahl darauf geachtet werden, Kritik möglichst neutral zu formulieren, um nicht den Start in die Interventionsphase des Projektes mit Widerständen seitens der Mitarbeiter zu belasten.

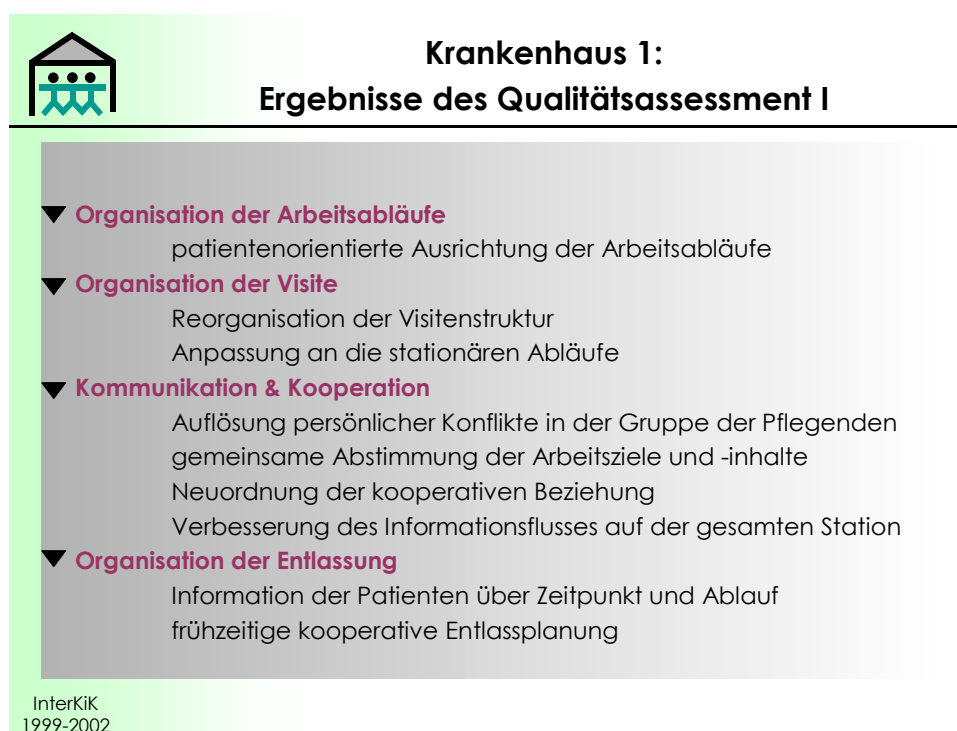



Abbildung 3: Ergebnisse des Qualitätsassessment in Krankenhaus I über alle Stationen




Krankenhaus 2: Ergebnisse des Qualitätsassessment I

- ▼ **Organisation und Inhalt der Aufnahme**
 - Reorganisation der stationären Aufnahme-prozedur
 - Abstimmung mit den Entlassungen, Verringerung der Wartezeit
- ▼ **Organisation der Arbeitsabläufe**
 - patientenorientierte Ausrichtung aller Arbeitsabläufe
- ▼ **Organisation der Entlassung**
 - gemeinsame Planung der Schritte bis zur Entlassung
 - Information der Patienten über Zeitpunkt und Ablauf
 - Planung über den stationären Aufenthalt hinaus
- ▼ **Verbesserung der Dokumentation**
 - Sicherstellen vollständiger Dokumentation

InterKik
1999-2002

Abbildung 4: Ergebnisse des Qualitätsassessment in Krankenhaus 2 über alle Stationen



Krankenhaus 3: Ergebnisse des Qualitätsassessment I

- ▼ **Organisation des Aufnahmegeschehens**
 - bessere zeitliche Koordination mit zentralen Diensten
 - Abstimmung der Patientenbetreuung auf vereinbarten Ziele hin
- ▼ **Organisation der Visite**
 - Reorganisation der Visitenstruktur
 - Ausbau der gemeinsamen Morgenbesprechung
- ▼ **Kommunikation & Kooperation zwischen den Berufsgruppen**
 - Auflösung persönlicher Konflikte
 - Neuordnung der kooperativen Beziehung
- ▼ **Organisation der Entlassung**
 - Information der Patienten über Zeitpunkt und Ablauf
 - Planung über den stationären Aufenthalt hinaus

InterKik
1999-2002

Abbildung 5: Ergebnisse des Qualitätsassessment in Krankenhaus 3 über alle Stationen

In allen drei Krankenhäusern zeigten sich Probleme bei der Organisation der Aufnahmen, Visiten und/oder Entlassungen. Speziell die Organisation der Entlassungen wurde primär von Patientenseite als Defizit zurückgemeldet. Die Patienten in allen drei Häusern fühlen sich über

Zeitpunkt und Ablauf der Entlassung nicht ausreichend informiert und wünschen sich ein explizites Entlassgespräch. Die Planung über den stationären Aufenthalt hinaus beginnt in allen Häusern spät bzw. bei ad-hoc-Entlassungen häufig auch gar nicht. Mangelnde Kooperation zwischen den Berufsgruppen bis hin zu persönlichen Konflikten spielen ebenfalls in allen drei Häusern eine wichtige Rolle. Besonders kommt eine defizitäre Zusammenarbeit bei der Aufnahme von Patienten und der "gemeinsamen" Visite zum Tragen.

Ergebnisrückmeldung

Für die Ergebnisrückmeldung wurde für jede Station ein schriftlicher Feedbackbericht erstellt. Zuzüglich zum Feedbackbericht erhielt jede Station die Anhänge

- Patientendokumentation,
- Patientenzufriedenheitsbefragung,
- Mitarbeiterzufriedenheitsbefragung,

in denen jeweils alle erhobenen Daten aufgeführt waren. Abbildung 9 weist die wesentlichen Eigenschaften der Gestaltung des schriftlichen Feedbacks aus.

Da Rückmeldungen in der Organisationsentwicklung bereits als Interventionen zu verstehen sind (Schweizer, Weber, Nicolai, Hirschenberger & Verres, 2000), wurde besondere Sorgfalt auf die Konzeption und den Ablauf der Feedbackveranstaltungen gelegt. In diesem zentralen Moment lag das Potenzial, die Motivation der Mitarbeiter für die anschließend geplante Qualitätsgruppenarbeit und das Kommunikationstraining entscheidend positiv zu beeinflussen.

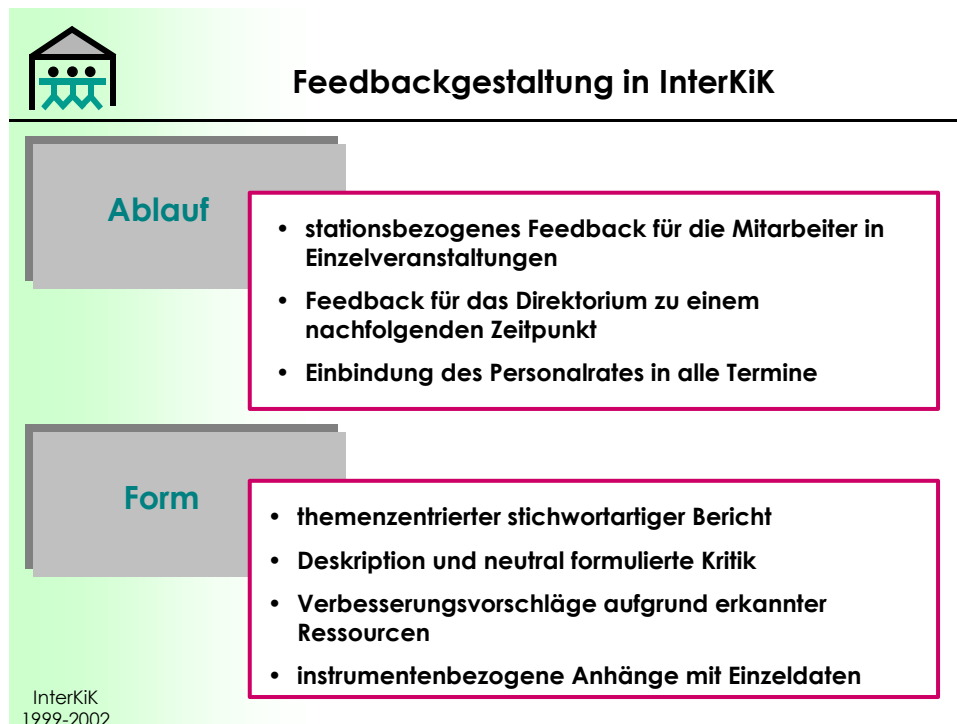


Abbildung 6: Ablauf und Form der Feedbackgestaltung zum Qualitätsassessment

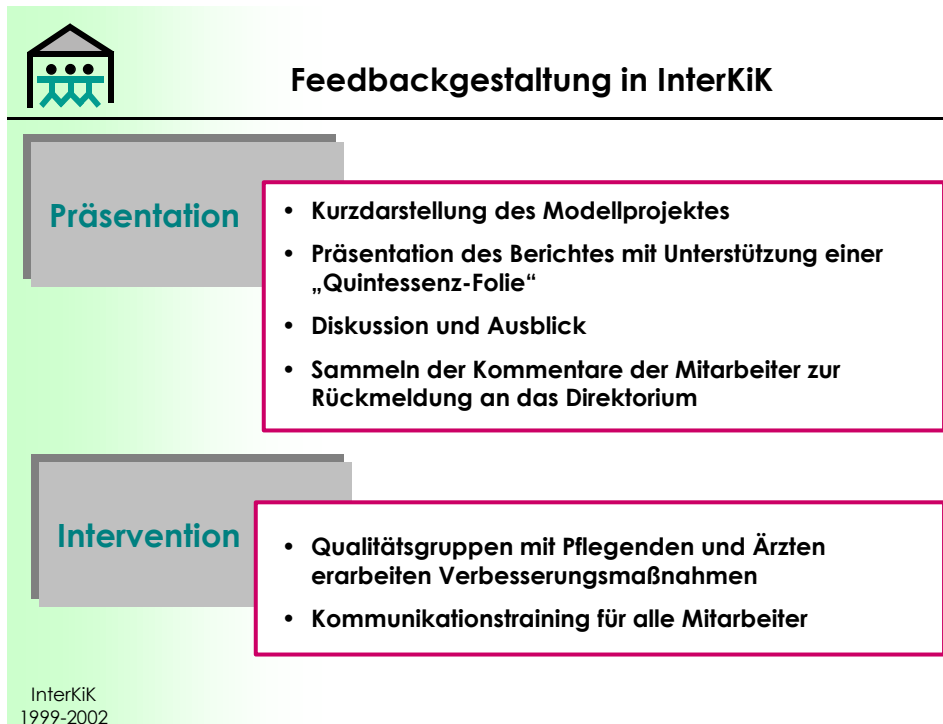



Abbildung 7: Präsentation der Feedbackgestaltung zum Qualitätsassessment

Alle Stationen bestätigten, durch die Präsentation eine treffende Spiegelung ihrer Ist-Situation erhalten zu haben. Auf manchen Stationen lösten Einzelergebnisse hohes Interesse, mitunter auch große Betroffenheit aus. In einigen Veranstaltungen kam es bereits zu lebhaften Diskussionen der Mitarbeiter zu Lösungsmöglichkeiten. Es gab Nachfragen zu den Ergebnissen in den anderen Modellkrankenhäusern.

Qualitätsgruppen und Kommunikationstrainings

Die Interventionsphase war über einen Zeitraum von insgesamt sechs Monaten (Januar bis Juni 2001) vorgesehen. In dieser Zeit, nach Abschluss der Assessmentphase I und dem jeweiligen Feedback der Ergebnisse, sollten Mitarbeiter aus dem ärztlichen und pflegerischen Bereich Lösungen für die identifizierten Schwachstellen erarbeiten (Qualitätsgruppenarbeit) und je nach Bedarf an einem Kommunikationstraining teilnehmen.



Interventionen auf den Stationen

Qualitätsgruppen zur Lösung stationsspezifischer Defizite

Qualitätsgruppen sind...

- Gruppen mit Mitgliedern aus einem Arbeitsbereich (2-3 Ärzte und 3-4 Pflegenden)
- die mit einem strukturierten & moderierten Vorgehen
- identifizierte Qualitätsprobleme
- im Tätigkeitsfeld dieser Gruppen
- erkennen, analysieren und dauerhaft lösen.

Kommunikationstraining zur Reduktion von Reibungsverlusten im Team

Workshop zur...

- Schärfung des Bewusstseins für Arten, Ursachen und Auswirkungen von interaktiven Schwierigkeiten
- Überprüfung eigener kommunikativer Kompetenz
- Einübung neuer Handlungsmuster und Erweiterung des Handlungsrepertoires im Team

InterKik
1999-2002

Abbildung 8: Interventionen auf den Modellstationen

Zusammenfassend zeigte sich ein heterogenes Bild der Qualitätsgruppenarbeit. Je nach hausinternen Voraussetzungen und Unterstützung der Arbeit konnten die Lösungen erarbeitet oder auch umgesetzt werden. Die Arbeitsthemen der Qualitätsgruppen und deren Umsetzungsgrad sind Tabelle 8 zu entnehmen.

Tabelle 1: Themen der Modellstationen für die Qualitätsgruppenarbeit und deren Umsetzung

Krankenhaus	Station	Themen	Teilnehmer	Lösung erarbeitet	Lösung umgesetzt
1	A	Regelmäßige Stationsbesprechungen	Pflege	nein	nein
	B	Informationsfluss Ärzte-Pflege-Sekretärin	Pflege	nein	nein
2	A	Visitenablauf (feste Visitenzeiten)	Pflege & Ärzte	ja	ja
	C	Patientendokumentation (Kurzzeitkurvenblatt)	Pflege & Ärzte	ja	ja
3	A	Interdisziplinäre Fortbildung, Patienteninfos	Pflege & Ärzte	nein	nein
	B	Visitenablauf	Pflege & Ärzte	teils	kurzfristig

Die Verbesserung der Kommunikation bezieht sich sowohl auf die Interaktion zwischen Ärzten und Pflegenden als auch zwischen den Mitarbeitern und Patienten. Die jeweiligen Patientenbedürfnisse wurden mittels der Patientenbefragung erfragt und können als Grundlage möglicher Verbesserungen genutzt werden. Im Rahmen der Mitarbeiterbefragung und der Interviews mit den Mitarbeitern wurde nach Kommunikationsproblemen zwischen oder auch

innerhalb der Berufsgruppen gefragt, um mögliche Defizite bzw. Störungen zu entdecken. Kommunikation wird dabei weitläufig definiert als ein zwischenmenschlicher, kontextgebundener sozialer Prozess, in dem auf mehreren Ebenen Informationen zur wechselseitigen Einflussnahme ausgetauscht werden (Wakenhut, 1986). Im Rahmen von Kommunikationstrainings können "aus der Mehrdeutigkeit des Beziehungsaspektes resultierende Missverständnisse und Fehlinterpretationen (...) durch den gezielten Einsatz von sprachlicher Metakommunikation aufgelöst werden." (Wakenhut, 1986). Darüber hinaus lassen sich manifeste Kommunikationsstörungen, die eine fachliche, sachbezogene Auseinandersetzung nicht zulassen wie Schweigen, Abwehrhaltungen, Aggressionen im Rahmen eines mehrtägigen Trainings bearbeiten und auflösen. Generell erhält Kommunikationstraining in der Organisationsentwicklung einen hohen Stellenwert aufgrund der präventiven Funktion gegenüber Kommunikationsstörungen (Wakenhut, 1986), weshalb auch Stationen, bei denen noch keine pathologische Kommunikation vorliegt, von der Teilnahme profitieren. Die jeweiligen Lerninhalte und -formen in den Modellkrankenhäusern sollten sich dabei an der Gruppe, den Ergebnissen der Assessmentphase I und den situativen Erfordernissen orientieren.

Die Vorbereitung der Kommunikationstrainings bestand zunächst darin, Anbieterkriterien zu erarbeiten, die bei der Auswahl der professionellen Trainer hilfreich sein können. Zusätzlich wurden exemplarisch von den projektdurchführenden Instituten Angebote eingeholt, um eine Marktübersicht zu erhalten und die inhaltlichen Gestaltungsmöglichkeiten gegeneinander abwägen zu können. Dabei wurden die Kriterien zur Anbieterauswahl geprüft und ergänzt. Tabelle 4 gibt diese wieder.

Tabelle 2: Kriterien zur Anbieterauswahl der Kommunikationstrainings

Kriterien	Erfüllungsgrad	
	ja	nein
Anbieter		
Erfahrungen im Gesundheitsbereich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vorlage von Trainerprofilen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erfahrung des Trainers für Kommunikationstrainings	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Konzept des Anbieters		
Pädagogisch orientierte Lernschritte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einbeziehung verschiedener Interaktionsformen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Integration persönlicher Erfahrungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Integration stationsspezifischer Gegebenheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Integration der InterKiK-Stationsanalyse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erarbeiten eigenständiger Lösungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ausbau der Handlungskompetenz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vermittlung kommunikativer Grundlagen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vorbereitende Maßnahmen zum Praxistransfer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leistungen des Anbieters		
Anhandgabe schriftlichen Begleitmaterials	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seminarevaluation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Alle Projektkrankenhäuser entschieden sich für die Durchführung der Trainings mit ihnen vertrauten Trainern. Die Kommunikationstrainings waren gänzlich in der organisatorischen Hand der Häuser und wurden entsprechend unterschiedlich angeboten.

Zusammenfassend zeigte sich ein ebenso heterogenes Bild bei den Kommunikationstrainings wie bei der Qualitätsgruppenarbeit. Je nach klinikinternen Voraussetzungen wurden die Trainings für die Zielgruppen spezifisch angeboten, unspezifisch allen Mitarbeitern angeboten oder gar nicht angeboten (Tabelle 5).

Tabelle 3: Kommunikationstrainings in den Krankenhäusern

Krankenhaus	Station	Inhalte		Teilnahme
		stationsbezogen	projektbezogen	
1	A	nein	nein	1
	B	nein	nein	1
2	A	ja	ja	Station
	C	ja	ja	Station
3	A	nein	nein	0
	B	nein	nein	0

Analysiert man, warum es in den Krankenhäusern zu einem derart heterogenen Bild in der Umsetzung der Interventionen gekommen ist, so lassen sich einige spezifische Erfolgsfaktoren extrahieren und als Empfehlungen für weitere Projekte formulieren:

- Vernetzung des Projektes im Hause
 - Da *berufsgruppenübergreifende* Probleme auf Krankenstationen gelöst werden sollen, aber deren Lösung nicht allein auf Stationsebene erfolgen und von einer Berufsgruppe allein gesteuert werden kann, ist der Erfolg bereits abhängig von den Vorgesprächen im Krankenhaus selbst zur Teilnahme oder Nicht-Teilnahme am Projekt. Alle verantwortlichen Gruppen –Pflegedirektion, ärztliche Leitung und Geschäftsführung– sollten ausdrückliche Bereitschaft für die Durchführung eines derartigen Projektes zeigen.
 - Die Projektkoordination im Hause sollte durch eine Person wahrgenommen werden, die a) interdisziplinär arbeiten kann und nicht aufgrund des hauseigenen Organigrammes tendenziell dem pflegerischen oder ärztlichen Bereich untersteht, sowie b) eine exponierte Position in dem Sinne inne hat, dass sie mit allen Berufsgruppen und Hierarchieebenen kommunizieren und genügend Einfluss mobilisieren kann.
- Voraussetzungen im Hause
 - Günstig hinsichtlich des Erfolgspotentials wirken sich einschlägige Erfahrungen im Qualitätsmanagement aus. Das gilt sowohl für die Mitarbeiter, die für dessen Umsetzung verantwortlich sind, aber auch für alle anderen Mitarbeiter und deren Erfahrungen in z.B. Qualitätszirkelarbeit. Jedoch sind auch für das Qualitätsmanagement insgesamt ähnliche Kriterien des Erfolges von Qualitätsgruppenarbeit (Antoni, 1988) von Bedeutung wie a) echte Bereitschaft zur Veränderung und b) eine von Partizipation und umfassendem Qualitätsgedanken geprägte Krankenhauskultur.

- Für die Organisationsentwicklung im Krankenhaus allgemein ist eine interdisziplinäre Steuerungsgruppe auf Leitungsebene, die richtungsweisende Entscheidungen trifft, eine gute Voraussetzung. Für Projekte, die explizit interprofessionellen Veränderungscharakter aufweisen wie InterKiK, scheint es sogar eine notwendige Voraussetzung und die beste Möglichkeit zu sein, erarbeitete Verbesserungsvorschläge auch in langfristige Verbindlichkeiten zu überführen.
- Kriterien der Umsetzung von Interventionen
 - In der Qualitätsgruppenarbeit sollten die Erfolgskriterien (Antoni, 1988) sorgfältige Berücksichtigung finden.
 - Bezüglich der Durchführung der Kommunikationstrainings gilt zunächst die Voraussetzung der Bereitschaft in die dazu erforderliche finanzielle Investition. Sodann ist auch hier sorgfältig auf die Wahl eines qualitativ hochwertigen Trainers zu achten. Darüber hinaus erscheint eine stations-, das heißt teambezogene Durchführung, die inhaltlich an die tatsächlich erhobenen Defizite anknüpft, am sinnvollsten.
 - Sowohl Qualitätsgruppenarbeit und Kommunikationstraining müssen sorgfältig geplant, organisiert und kontinuierlich begleitet werden. Ihr Erfolg ist empfindlich abhängig von a) einem kontinuierlichen Informationsfluss zwischen der Koordinationsstelle und den Mitarbeitern über die geplanten und durchgeführten Aktivitäten, und b) der sorgfältigen Organisation der Interventionssequenzen, wie Anreiz zur Teilnahme und Freizeitausgleich der Mitarbeiter etc.

Praxistransfer der InterKiK-Erkenntnisse

Die Entwicklung einer Transferoption, in der ein wissenschaftlich evaluiertes Verfahren einer Anwendung auch durch Praktiker zugänglich gemacht wird, so wurde bereits eingangs betont, war ein wesentliches Ziel des Modellprojektes. Es zeigte sich in der Praxis der Projektdurchführung schnell, dass es weniger schwierig sein würde, die wissenschaftlich evaluierten Verfahren für einen praktischen Einsatz verwendbar zu machen, als vielmehr den unterschiedlichen Perspektiven und Zielanforderungen sowie Sachzwängen gerecht zu werden.

In der aktuellen Situation in den Krankenhäusern werden Organisationsdiagnosen entweder von hausinternen Qualitätsmanagementbeauftragten oder externen Beratungsfirmen durchgeführt, die zwar Projekterfahrung und -kompetenz besitzen, die aufwendige Datenauswertung und Feedbackarbeit jedoch häufig scheuen (Lecher, Klapper & Koch, 2002). Bei Ausschöpfung der technischen Möglichkeiten wurde zum Praxistransfer der im Projekt erarbeiteten Instrumente und Handhabungen die Form eines computergestützten Manuals (CD-Rom) gewählt: InterKiK-Toolbox.

Mittels der CD-Rom lassen sich ein kompletter Evaluationszyklus, wie er im Modellprojekt erprobt wurde, in der Praxis umsetzen oder einzelne Module wie Dokumentationsanalyse, Mitarbeiterbefragung oder nur die Patientenbefragung anwenden.

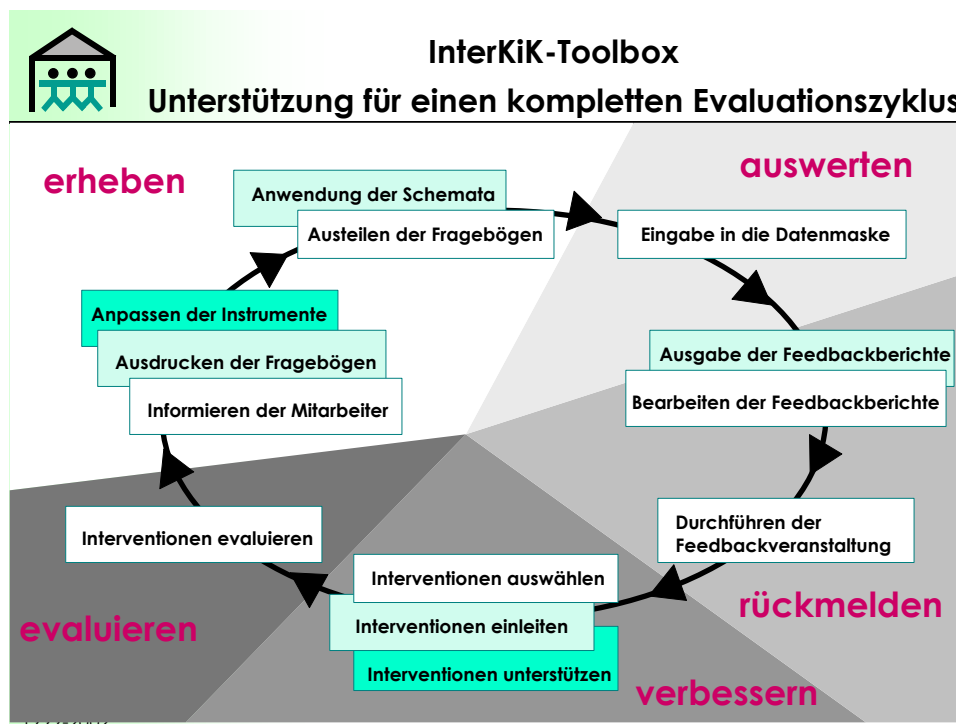


Abbildung 3: Menügesteuerte Hilfestellung für die Evaluation von Krankenhäusern

3 Gesamtfazit des Modellprojekts

Die aktuellen Qualitätsbestrebungen in deutschen Krankenhäusern laufen auf ein Qualitätsmanagementsystem hinaus, welches im Kern die Zertifizierung oder den Aufbau eines hauseigenen Qualitätsmanagementsystems vorsieht (Schlüchtermann, 1996). Dazu sind geeignete Erhebungsinstrumente notwendig, damit interne wie externe Qualitätsberater umfassende Organisationsdiagnostik leisten können.

Eine theoriegeleitete Instrumentenentwicklung erfolgte im Rahmen des von der Bundesärztekammer und dem Deutschen Pflegerat initiierten dreijährigen Modellprojektes "Interprofessionelle Kommunikation im Krankenhaus" (InterKiK). Aufgabe des Projektes war die Evaluation der Kooperation zwischen den Berufsgruppen an den zentralen Schnittstellen im Akutkrankenhaus. Das Qualitätsassessment fokussiert die Ermittlung von Stärken und Defiziten in der Patientenaufnahme, Visite und Entlassung mit Hilfe multimethodaler Instrumente. Das Kernassessment dient mit der Analyse der Patientendokumentation und Fragebögen zur Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit einer umfassenden Kooperationsanalyse.

Exemplarisch wurden Verfahrenshintergründe, Inhalte und Ergebnisse des in einem Prä-Post-Design eingesetzten Assessments dargestellt. Umfangreiche Daten aus unterschiedlichen Erhebungsquellen (Struktur- und Konzeptanalyse, Beobachtungsprotokolle, Interviews, Patientendokumentationen N=900, Angaben von N=132 Mitarbeitern und N=436 Patienten) von neun Krankenhäusern in drei Krankenhäusern unterschiedlicher Trägerschaft und Bettenzahl wurden anonymisiert ausgewertet und zur Bewertung der interprofessionellen Kooperation herangezogen.

Dabei wurde deutlich, welchen Grenzen Datenerhebungen im Feld „Krankenhaus“ unterliegen.



Schwachstellenanalysen auf Stationen

Felderhebungen sind erschwert durch Ängste und Rollenkonflikte der Beteiligten.

- ☞ Patienten: Kranken, Alte ungeübt im Umgang mit Fragebögen, Furcht vor Repressalien, Patientenrolle, Coping
- ☞ Mitarbeiter: Furcht vor Identifikation, Zeitknappheit, Resignation, Erwartung schneller Veränderung
- ☞ Leitung: Forderung schneller Ergebnisse, Kosteneinsparungen, wirtschaftliche Kosten-Nutzen-Abwägung, Steuerung der Analyse

InterKik
1999-2002

Abbildung 4: Besonderheiten der Schwachstellenanalyse in Krankenhäusern

So existieren bei den jeweiligen Akteuren, Patienten, Mitarbeitern und Leitung, bereits unterschiedliche Erwartungen an eine Analyse. Spezifische Ängste und Vorerfahrungen begrenzen die Möglichkeiten der Felderhebung und pragmatische Überlegungen wie Zeitknappheit fordern einfache Strategien. Darüber hinaus, so legen zahlreiche einzelne Untersuchungsergebnisse in den Stationsberichten und die Gespräche der Feedbackveranstaltungen nahe, mangelt es vor allem auf Stationsebene bei vielen Akteuren an ausreichenden inhaltlichen Kenntnissen über die derzeitigen und zu erwartenden Anforderungen an eine integrierte, kooperative und patientenorientierte Versorgungspraxis. Wie insbesondere an den Einzelergebnissen zur Entlassung deutlich wurde (fehlende Planung und Gespräche, seitens der Patienten empfundener Mangel an weiterführenden Informationen) bezieht sich die Handlungsperspektive der professionell Tätigen nach wie vor wesentlich auf das Geschehen innerhalb des Krankenhauses und nicht ausreichend auf den gesamten Versorgungspfad des Patienten auch über die Krankenhausbehandlung hinaus.

Die Einbeziehung der Patienten ist zwar wesentlicher Bestandteil der Assessments gewesen, zeigte allerdings grundsätzliche Schwierigkeiten hinsichtlich der Machbarkeit auf. Zum einen ist die Befragung aufgrund des Alters und des Schweregrades der Erkrankung -insbesondere auf internistischen Stationen- nur sehr selektiv möglich und mündet in einem hohen zeitlichen und organisatorischen Aufwand bei extrem geringen Rückläufen. Erwartungen an Rücklaufquoten müssen deshalb stark gedämpft werden. Zum anderen ist die eigenverantwortliche Durchführung der Befragungen unmittelbar von der Motivation des ärztlichen und/oder pflegerischen Personals abhängig. Eine entsprechende Vorbereitung und Eingewöhnungsphase ist in jedem Fall unverzichtbar.

Zur Defizitanalyse im Sinne von Change Management bedurfte es einer besonderen Berücksichtigung der einzelnen Rahmenbedingungen, der Rollenerwartungen und möglicher Interventionen bereits bei der Instrumentenentwicklung. Die Notwendigkeit zur Adaption der Befragungen und der Interventionsplanung an das spezifische Krankenhaussetting wurde eindrucksvoll durch die Heterogenität der erzielten Ergebnisse bestätigt. Besonders auffällig war

dabei die mangelnde Beteiligung der Ärzte an den Qualitätsgruppen, die auch schon in anderen Studien beobachtet wurde (Güntert & Horisberger, 1991; Höhmann, 2000; B. H. Mühlbauer & Nierhoff, 1994) sowie die hohe Fluktuationsrate, besonders im Pflegedienst, die die Gruppenzusammensetzung kontinuierlich veränderte und erarbeitete Lösungen nur schwer nachhaltig integrieren ließ. Neben der teilweise suboptimalen Organisation und Vorbereitung der Interventionen in den Modellkrankenhäusern war die Fluktuationsrate ein zusätzliches Hindernis, um das Kontrollgruppen-Design wie geplant umsetzen zu können.

Neben den detaillierteren Folgerungen zur Interventionsarbeit lassen sich aus Sicht der Forschungsinstitute grundsätzlich vier Folgerungen aus der Projektarbeit ziehen:

- Die Kooperation zwischen Ärzten und Pflegenden ist stark optimierungswürdig und bedarf auch weiterhin hoher Beachtung in Qualitätsmanagement-Projekten.
- Der Kenntnisstand zu Konzepten des krankenhausesbezogenen Qualitätsmanagements sowie zu integrierten Versorgungspraktiken ist im Sinne der Förderung einer an Versorgungspfaden ausgerichteten Patientenorientierung zu verbessern.
- Die Verbesserung/Veränderung der Kommunikation und Kooperation zwischen Ärzten und Pflegenden ist ohne Beteiligung der Führungskräfte -insbesondere Chefarzte und Pflegedienstleitungen- nicht nachhaltig zu erreichen.
- Die Rahmenbedingungen im Krankenhaus hinsichtlich des Umsetzungsgrades von umfassendem Qualitätsmanagement sowie der formalen Position, Kompetenz und Engagement des jeweiligen Qualitätsmanagementbeauftragten sind entscheidend für den Erfolg von Veränderungsprojekten.

Bei aller gegebenen Notwendigkeit zur Verbesserung der Zusammenarbeit auf Krankenstationen muss jedoch gleichsam beachtet werden, dass die Anzahl der Forschungs- und/oder Qualitätsmanagementprojekte auf den Stationen inflationäre Ausmaße annimmt und mittlerweile besonders bei ambitionierten Krankenhäusern auf eine nachvollziehbare Reaktanz seitens der Mitarbeiter stösst. Bei zukünftigen Projektvergaben sollten diese Effekte mit in der Planung berücksichtigt werden.

Ungeachtet dieser unterschiedlich gerichteten forschungspraktischen und inhaltlichen Problemzonen ist es gemäss Projektauftrag gelungen, ein Erhebungsinstrumentarium zu entwickeln, das den multidimensionalen Gegenstand „Kommunikation & Kooperation“ auf Krankenstationen zum einen realitätsgetreu abzubilden vermag und darüber hinaus über die notwendige Sensitivität verfügt, Veränderungen der jeweiligen kommunikativen Situation zu ermitteln. Die Treffsicherheit des Erhebungsinstrumentariums begünstigt jedoch allein und ohne Verknüpfung mit anderen Projektprozessen nicht notwendigerweise die letztendlich angestrebten Veränderungen in der stationären Praxis. Ein entscheidender Prozessschritt ist in diesem Zusammenhang die Gestaltung der Rückmeldung. Auch hierzu ist es gelungen, ein Verfahren bereit zu stellen,

- das eine Verständlichkeit wissenschaftlicher Ergebnisse auch für Berufspraktiker ermöglicht,
- das durch die spezifische Konzeption potenzielle hierarchiebedingte Konflikte zu integrieren und nochmals die Einbindung aller am Projekt beteiligten Akteure begünstigt,
- und das auf der Grundlage der jeweiligen stationsbezogenen Ressourcen konkrete Hinweise auf Interventionsbedarf gibt.

Diese im Rahmen des Projektes entwickelten Verfahren stehen nunmehr allen anderen Krankenhäusern durch die erfolgte Manualisierung in Form einer CD-Rom zur Verfügung.

Die Projektergebnisse verdeutlichen, dass nachhaltige Erfolge in der Organisationsentwicklung auch eines prinzipiell schwierigen Gegenstandes, der durch traditionale Arbeitsteilung geprägt und verfestigt ist, zu erzielen sind. Die Verknüpfung eines treffsicheren Instrumentariums mit einer sensibel durchgeführten Rückmeldung sowie einer sorgfältig konzipierten und kontinuierlich durchgeführten Interventionsarbeit sind die dazu notwendigen Voraussetzungen.

Insofern kann das Endresultat des Modellprojektes „Interprofessionelle Kommunikation im Krankenhaus“ gerade angesichts der zahlreichen forschungspraktischen Probleme als erfolgreich bezeichnet werden. Es sollte ermutigen, an dem zunehmend wichtigen Thema der berufsübergreifenden Kooperation für eine effiziente *und* patientenorientierte Versorgung weiter zu arbeiten.

4 Literaturverzeichnis

- Antoni, C. (1988). Probleme bei der Implementierung von Qualitätszirkeln. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 32, 80-91.
- Arnold, M., Litsch, M. & Schellschmidt, H. (Eds.). (2000). *Krankenhausreport 1999*. Stuttgart: Schattauer.
- Aufderheide, A. (1998). Qualitätsmanagement im Krankenhaus. Projekte des BMG als Beitrag zur Verbesserung der Kommunikation und Kooperation. In G. Stadt München (Ed.), *Vertrauen durch Qualität!: Wege und Erfahrungen (7. Münchner Qualitätsforum 1997)* (pp. 73-75). München: Gesundheitsreferat, Abt. 1-QM.
- Backs, S. & Lenz, R. (1998). *Kommunikation und Pflege: eine Untersuchung von Aufnahmegesprächen in der Pflegepraxis*. Wiesbaden: Ullstein Medical.
- Büssing, A. (Ed.). (1997). *Reorganisation von Dienstleistungsprozessen im Krankenhaus*. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Büssing, A., Barkhausen, M. & Glaser, J. (1999). Evaluation von Organisationsentwicklung im Krankenhaus - Methodologische und methodische Anforderungen und deren Realisierung. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 7 (2), 131-148.
- Domsch, M. (1991). Mitarbeiterbefragungen. ein Instrument zeitgemässer Personalführung. *Management - Zeitschrift*, 60 (5), 56-58.
- Domsch, M. E. (Ed.). (1992). *Mitarbeiterbefragungen*. Heidelberg: Physika. Verlag.
- Etienne, M. (2000). *Total Quality Management (TQM) im Spital. Empfehlungen zur erfolgreichen Gestaltung*. Bern: Paul Haupt.
- Flick, U. (2000). Triangulation in der qualitativen Forschung. In U. Flick & E. v. Kardoff & I. Steinke (Eds.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (pp. 309-318). Hamburg: Rohwolt Taschenbuch Verlag GmbH.
- Friebertshäuser, B. (1997). Feldforschung und teilnehmende Beobachtung. In B. Friebertshäuser & A. Prengel (Eds.), *Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft*. München: Juventa Verlag.
- Georgopoulos, B. S. (1986). *Organizational Structure, Problem Solving, and Effectiveness*. San Francisco London: Jossey- Bass Publishers.
- Glück, D. & Selbmann, H.-K. (2000). Internationale Akkreditierungs- und Zertifizierungsverfahren im Gesundheitswesen. In J. Möller & A. Bach & H. G. Sonntag

- (Eds.), *TQM im Gesundheitswesen*. Heidelberg: Klinikum der Universität Heidelberg Eigenverlag.
- Güntert, B. & Horisberger, B. (1991). Qualitätssicherung im Krankenhaus. Können Qualitätszirkel (QZ) helfen? *f & w - führen & wirtschaften im Krankenhaus*, 3, 179-183.
- Höhmann, U., Müller- Mundt, G. & Schulz, B. (1998). *Qualität durch Kooperation*. Frankfurt am Main: Mabuse- Verlag.
- Jählig, C. & Koch, U. (1982). Die Arzt- Patient- Interaktion in der internistischen Visite eines Akutkrankenhauses - Eine empirische Untersuchung. In K. Köhle & H.-H. Raspe (Eds.), *Das Gespräch während der ärztlichen Visite* (pp. 36-57). München: Urban & Schwarzenberg.
- Köhle, K. & Raspe, H.-H. (Eds.). (1982). *Das Gespräch während der ärztlichen Visite*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Lecher, S., Klapper, B. & Koch, U. (2002). Krankenhausbefragung zur aktuellen Praxis der Patientenbefragung. *Zeitschrift für Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*.
- Levinson, W. & Chaumeton, N. (1999). Communication between surgeons and patients in routine office visits. *Surgery*, 125 (2), 127-134.
- Linhart, M. (1994). Durch Mitarbeiterbefragung bessere Arbeitssituation? *Pflege aktuell*, 1, 37-39.
- Möhler, M. (1999). Beziehungen zwischen Patienten, Pflegepersonal und Ärzten bei der Visite, 1. Teil. *Die Schwester/Der Pfleger*, 38 (2), 140-143.
- Mühlbauer, B. H. & Strack, D. (1997). Qualitätszirkel als Teil der Krankenhausnormalität? *f & w - führen & wirtschaften im Krankenhaus*, 14(2), 103-109.
- Neuberger, O. & Allerbeck, M. (1978). *Messung und Analyse von Arbeitszufriedenheit*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Poskiparta, M., Liimatainen, L. & Kettunen, T. (1999). Nurses' self-reflection via videotaping to improve communication skills in health counseling. *Patient Education and Counseling*, 36, 3-11.
- Pröbstl, A. & Glaser, J. (1997). Pflegeplanung und Pflegedokumentation- Grundelemente ganzheitlicher Pflege. In A. Büssing (Ed.), *Reorganisation von Dienstleistungsprozessen im Krankenhaus*. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Raspe, H.-H. (1982). Visitenforschung in der Bundesrepublik: Historische Reminiszenzen und Ergebnisse formal- quantitativ Analysen. In K. Köhle & H.-H. Raspe (Eds.), *Das Gespräch während der ärztlichen Visite* (pp. 1-15). München: Urban & Schwarzenberg.
- Reister, M. (1999). Die Entwicklung der Versorgungsanforderungen im Gesundheitswesen - die statistische Basis. In Asklepios Kliniken GmbH (Ed.), *Strukturen im Gesundheitswesen und zukunftsorientiertes Qualitätsmanagement - Wege in die Zukunft, Rüstzeug für den Wandel*. Königstein-Falkenstein: Asklepios Kliniken GmbH.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. (2001). *Gutachten 2000/2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit*. Available: www.svr-gesundheit.de.
- Safian, P., Fauler, I., Koch, U., Jählig, C. & Köhle, K. (1982). Inhaltliche und methodische Analyse von Visitingesprächen zweier klinischer Populationen, mittels unterschiedlicher Rating- Verfahren. In K. Köhle & H.-H. Raspe (Eds.), *Das Gespräch während der ärztlichen Visite* (pp. 140-176). München: Urban & Schwarzenberg.
- Schaeffer, D. (1998). Innerprofessionelle Sicht der Kooperation. Die Perspektive der Pflege. In V. Garms-Homolová, D. (Ed.), *Medizin und Pflege*. Berlin: Ullstein/ Mosby.
- Schmerfeld, K. & Schmerfeld, K. (2000). Interprofessionelle Kooperation im Krankenhaus. In T. Gerlinger & M. Herrmann & L. Hinricher & G. Hungeling & U. Lenhardt & M. Simon & K.

- Stegmüller & N. Wolf (Eds.), *Jahrbuch für Kritische Medizin 33: Kostendruck im Krankenhaus* (Vol. 94-109). Hamburg: Argument-Verlag.
- Schweizer, J., Weber, G., Nicolai, E., Hirschenberger, N. & Verres, R. (2000). "Besuche mit der Reflexionsliste". Ein Instrument systemischer Organisationsentwicklung in psychiatrischen Einrichtungen. *OrganisationsEntwicklung*, 19 (4), 40-49.
- Simon, M. (2000). Kein Ende des Experimentierens: Zur geplanten Einführung eines DRG-basierten Fallpauschalensystems. In T. Gerlinger & M. Herrmann & L. Hinricher & G. Hungeling & U. Lenhardt & M. Simon & K. Stegmüller & N. Wolf (Eds.), *Jahrbuch für Kritische Medizin 33: Kostendruck im Krankenhaus* (Vol. 10-36). Hamburg: Argument-Verlag.
- Uexküll, T. v. (1992). *Integrierte Psychosomatische Medizin in Praxis und Klinik*. Lenzheide: Schattauer.
- von Rosenstiel, L. (1992). *Betriebsklima geht jeden an!* München: Bayrisches Staatsministerium für Arbeit, Familie und Sozialordnung.
- von Rosenstiel, L. (2000). Organisationsanalyse. In U. Flick & E. v. Kardoff & I. Steinke (Eds.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (pp. 224-237). Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH.
- Wakenhut, R. (1986). Kommunikation. In W. Sarges & R. Fricke (Eds.), *Psychologie für die Erwachsenenbildung/Weiterbildung*. Göttingen: Hogrefe.
- Walther, M. & Walther, A. (1998). *Qualitätszirkel im Krankenhaus: gestalten - organisieren - moderieren*. Ulm: Fischer.
- White, J. C., Rosson, C., Christensen, J., Hart, R. & Levinson, W. (1997). Wrapping things up: A qualitative analysis of the closing moments of the medical visit. *Patient Education and Counseling*, 30, 155-165.

Autorenanschrift:

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie
Dr. phil. Silke Pawils, Dipl.-Psych.
Martinistr. 52 (S35)
20246 Hamburg
s.pawils@uke.uni-hamburg.de

Dieser Beitrag bildet eine Zusammenfassung des InterKiK-Endberichts, der als pdf-Datei erhältlich ist über: <http://www.aqs.de/index.html>. Die InterKiK-Toolbox[®] kann beim Hans Huber Verlag, Göttingen bezogen werden.