



Universitätsklinikum Heidelberg

Abt. Medizinische Informatik, Im Neuenheimer Feld 400, 69120 Heidelberg

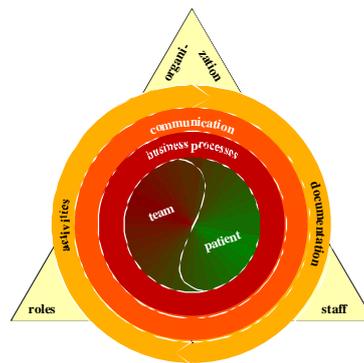
Abt. Kinder- und Jugendpsychiatrie, Blumenstrasse 8, 69115 Heidelberg

Unterstützung der Organisation des Behandlungsprozesses in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Ist- und Schwachstellenanalyse

- Studienprotokoll, Ergebnisse und Empfehlungen -

F. Ehlers, E. Ammenwerth, R. Eichstädter, R. Haux,
B. Kruppa, P. Parzer, U. Pohl, F. Resch



Kontakt:

Dipl.-Psych. Frauke Ehlers, Abt. Med. Informatik

Tel: +49 6221 562892

Mail: frauke_ehlers@med.uni-heidelberg.de

Bericht Nr. 5/2001 der Abt. Medizinische Informatik

Inhaltsübersicht

1	ZUSAMMENFASSUNG.....	1
2	EINLEITUNG	4
2.1	VORARBEITEN	4
2.2	PROBLEMATIK UND MOTIVATION	6
2.3	ZIELSETZUNG	6
2.4	EINE KURZE BESCHREIBUNG DER ABT. KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE.....	7
2.5	AUFBAU DIESES BERICHTES.....	7
3	ALLGEMEINE VORÜBERLEGUNGEN.....	8
3.1	PARTIZIPATIVES VORGEHEN	8
3.2	AUSWAHL DER ERHEBUNGSMETHODEN.....	9
3.3	AUSWAHL DER ERHEBUNGSINSTRUMENTE	10
3.4	PLANUNG DER ERHEBUNGEN	13
3.5	PLANUNG DER ERGEBNISAUSWERTUNG.....	13
3.6	VEREINBARUNGEN ZUM DATENSCHUTZ.....	14
4	DETAILLIERTE STUDIENPLANUNG	16
4.1	STUDIENDESIGN UND -ABLAUF	16
4.2	VORERHEBUNG MIT MEV/MAK.....	17
4.3	SICHT 1: ROLLEN UND TÄTIGKEITSPROFILE	18
4.4	SICHT 2: DOKUMENTATION UND INFORMATIONSVERARBEITENDE WERKZEUGE.....	22
4.5	SICHT 3: KOMMUNIKATION	26
4.6	SICHT 4: ARBEITSAUFGABEN UND ARBEITSABLÄUFE.....	29
4.7	SICHT 5: KOOPERATION IM MULTIPROFESSIONELLEN BEHANDLUNGSTEAM	31
5	STUDIENDURCHFÜHRUNG.....	33
5.1	ALLGEMEINE ÄNDERUNGEN ZUR STUDIENPLANUNG.....	33
5.2	ZEITLICHER ABLAUF DER EINZELNEN PROJEKTSCHRITTE.....	33
5.3	DURCHFÜHRUNG UND AUSWERTUNG DER ERHEBUNGEN	34
6	STUDIENERGEBNISSE	37
6.1	ALLGEMEINE KENNZEICHEN DER ORGANISATION	37
6.2	KURZBESCHREIBUNG DER ORGANISATIONSEINHEITEN	40
6.3	VORERHEBUNGEN MIT MEV/MAK	42
6.4	SICHT 1: ROLLEN UND TÄTIGKEITSPROFILE	48
6.5	SICHT 2: DOKUMENTATION UND INFORMATIONSVERARBEITENDE WERKZEUGE.....	61
6.6	SICHT 3: KOMMUNIKATION	74
6.7	SICHT 4: ARBEITSAUFGABEN UND ARBEITSABLÄUFE.....	88
6.8	SICHT 5: KOOPERATION IM MULTIPROFESSIONELLEN BEHANDLUNGSTEAM	97
7	VERBESSERUNGSVORSCHLÄGE UND EMPFEHLUNGEN.....	106
7.1	ALLGEMEINE ANFORDERUNGEN AN DAS KOOPERATIVE ARBEITEN	106
7.2	VERBESSERUNGSVORSCHLÄGE UND KONZEPTIONELLE EMPFEHLUNGEN.....	107
8	DISKUSSION UND DANKSAGUNG	118
9	ANHANG.....	119
9.1	LITERATURVERZEICHNIS	119
9.2	ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	119
9.3	TABELLENVERZEICHNIS	120
9.4	ERHEBUNGSMETHODEN.....	121
9.5	VERWENDETE ERHEBUNGSINSTRUMENTE.....	127
9.6	BISHERIGE FORSCHUNGSBERICHTE DER ABTEILUNG MEDIZINISCHE INFORMATIK.....	133

1 Zusammenfassung

Die enorme Ausweitung der medizinischen und technischen Diagnose- und Therapiemöglichkeiten im Gesundheitswesen führt zunehmend zu einer extremen Spezialisierung und Arbeitsteilung der am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen. Als Reaktion hierauf wächst die Forderung nach einer Patientenversorgung in enger multiprofessioneller Kooperation. Das Heidelberger Klinikum hat diese Kooperation als Ziel in sein Leitbild aufgenommen und fordert im "Aktionsprogramm 2000" die Reorganisation bisheriger Abläufe in Richtung einer stärkeren Patientenorientierung.

Wie Behandlungsabläufe patientenorientiert und berufsgruppenübergreifend optimiert werden können und wie ein unterstützendes Informationsmanagement hierzu aussehen kann, wird in diesem Forschungsprojekt am Beispiel der Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums untersucht.

Die erste Phase des Projektes (Okt. 1999- Sept. 2001) bestand in einer detaillierten Beschreibung und Bewertung der bisherigen organisatorischen Strukturen und der Abläufe des Behandlungsprozesses. Finanziell unterstützt wurde diese Analyse von der Internen Forschungsförderung der Medizinischen Fakultät Heidelberg mit einer halben wissenschaftlichen Mitarbeiterstelle.

Die **Vorgehensweise im Projekt** bestand darin, zunächst ein wissenschaftlich fundiertes methodisches Vorgehen zu entwerfen, das als allgemeines Rahmenkonzept für Reorganisationsprojekte im Krankenhaus verwendet werden kann. Es wurden vier verschiedene Sichtweisen auf den Behandlungsprozess unterschieden, die zusammen ein Gesamtbild auf die Kooperation im multiprofessionellen Behandlungsteam ergeben: Beteiligte Rollen und ihre Tätigkeitsprofile (Sicht 1), Informationsverarbeitung und informationsverarbeitende Werkzeuge (Sicht 2), arbeitsbezogene Kommunikation zwischen den Mitarbeitern (Sicht 3), organisatorische Abläufe in Form von Geschäftsprozessen (Sicht 4). Für die Datenerhebung wurde sich einer Kombination aus Beobachtungen, Dokumentenanalysen, Interviews und schriftlichen Befragungen bedient. Besonderer Wert gelegt wurde auf eine umfangreiche Einbeziehung nahezu aller Mitarbeiter als Experten vor Ort und als diejenigen, die direkt von Reorganisationsmaßnahmen betroffen sind. Das allgemeine methodische Vorgehen wurde in einem eigenen Bericht veröffentlicht ([Ammerwerth E et al. 2000]), die detaillierte Studienplanung findet sich zusammen mit den Ergebnissen der Ist-Analyse im vorliegenden Bericht.

Folgende Ergebnisse wurden gefunden: Die Kinder- und Jugendpsychiatrie bildet zusammen mit der Allgemeinen Psychiatrie die Psychiatrische Klinik. Ihr integratives Behandlungsangebot umfasst psychotherapeutisch-psychiatrisch ausgerichtete ambulante, teilstationäre und vollstationäre Versorgungsstrukturen, unterteilt in Akut- und Psychotherapiestation (6 bzw. 12 Betten), Ambulanz sowie zwei Tageskliniken (insg. 6 Plätze). Derzeit werden jährlich etwa 700 ambulante sowie 120 stationäre Fälle behandelt. Die Verweildauer beträgt in der Akutstation ca. 28, ansonsten ca. 70 Tage.

Hauptaufgabe der interdisziplinären Kooperation liegt in der Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen Behandlung des Patienten von seiner Aufnahme bis hin zu seiner Entlassung. Das Ziel der ganzheitlichen Patientenversorgung stellt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie hohe Anforderungen an die Kooperation von Berufsgruppen verschiedenster Fachdisziplinen (z.B. Medizin, Psychologie, Musik- und Ergotherapie, Sozialarbeit, Pädagogik, Pflege). Die einzelnen medizinischen, therapeutischen, pädagogischen und administrativen Maßnahmen müssen koordiniert und aufeinander abgestimmt werden. Dabei ist das Gesamtziel, für jeden Patienten eine individuelle Behandlung und Förderung durchzuführen, deren einzelne Bausteine individuell auf ihn zugeschnitten werden. Einige Patienten durchlaufen den kompletten Behandlungszyklus innerhalb weniger Tage, andere über ein, zwei oder viele Wochen. Organisationsstrukturen, Abläufe und das Informationsmanagement müssen entsprechend flexibel gestaltet werden. Darüber hinaus müssen sie auf die aktuellen Anforderungen an das kooperative Arbeiten zugeschnitten sein, die sich vor allem aus der Patientenstruktur, aber auch aus räumlichen und personellen Gegebenheiten ergeben.

Die Patientennachfrage ist in den letzten Jahren rapide angestiegen, verbunden mit häufigen Überbelegungen im (teil-)stationären Bereich und Wartezeiten für einen Neuaufnahmetermin in der Ambulanz von ca. 6 Wochen. Hinzu kommt ein deutlicher Wandel der Patientenstruktur in den letzten Jahren: Zum einen werden zunehmend mehr Jugendliche und weniger Kinder aufgenommen, zum anderen weisen mehr Patienten ein komplexeres Krankheitsbild auf, leiden also z.B. häufiger an einer

Schizophrenie oder Persönlichkeitsstörung oder zeigen häufiger aggressive Verhaltensweisen. Entsprechend waren Erweiterungen und Veränderungen des Versorgungskonzeptes notwendig, verbunden mit einer Erschließung neuer Räumlichkeiten in den letzten Jahren. Personelle und räumliche Ressourcen sind derzeit ausgeschöpft. Viele Veränderungen wurden durch eine enge Kooperation mit der Allgemeinen Psychiatrie erzielt, die zukünftig weiter ausgeweitet werden soll.

Die bisherige Organisations- und Tätigkeitsstruktur war anpassungsfähig und flexibel genug, um inhaltlich-konzeptionelle, bauliche und personelle Veränderungen der letzten Jahre gut zu bewältigen.

Betrachtet man bisherige Abläufe und Strukturen unter dem Gesichtspunkt, welche zukünftig bewahrt werden sollten, so ergaben sich u.a. folgende Punkte:

- Viele Mitarbeiter äußerten sich positiv über ihren *Entscheidungsspielraum* und Arbeitsmotivation.
- Es wird versucht, die *Tätigkeitsstruktur* von Therapeuten, Cotherapeuten, Pflegern und Erziehern soweit wie möglich auf die Bedürfnisse von Patienten und Angehörige auszurichten. In der Psychotherapiestation gibt es pro Patient einen Bezugstherapeuten sowie zwei Bezugspfleger.
- Die Behandlung wird *multidisziplinär* durchgeführt, wobei versucht wird, ein ausgewogenes Verhältnis herzustellen zwischen der (co-)therapeutischen Behandlung und Aktivitäten zur Entwicklungsförderung und Förderung der Alltagsbewältigung der Patienten.
- Es wird sich viel Zeit genommen für den multidisziplinären *Informationsaustausch*: Die Bedeutung und Wichtigkeit der Kommunikation – insbesondere der Besprechungen, an denen das komplette multiprofessionelle Team zusammentrifft - wird sehr hoch eingeschätzt. Die Dokumentation ist umfangreich, es werden alle relevanten Daten erfasst, für die meisten Dokumentationsaufgaben stehen adäquate Formulare und Werkzeuge zur Verfügung. Die Mitarbeiter geben eine hohe Motivation zu einer vollständigen und sinnvollen Dokumentation an.

Aus den Ergebnissen wurden im Hinblick auf die Unterstützung patientenzentrierter Kooperation folgende Verbesserungspotentiale gesehen und konzeptionelle Empfehlungen abgeleitet:

- a) Alle durchzuführenden Tätigkeiten sollten zeitlich in den Behandlungsprozess eingeordnet werden. Ziel, Funktion und Reihenfolge der einzelnen Aktivitäten können so in Bezug auf die Patientenbehandlung festgelegt werden. Diese Informationen können als Ausgangsbasis verwendet werden für eine Festlegung von Terminplänen für Patienten und für Mitarbeiter. Im Anschluss daran kann prozessorientiert eruiert werden, welchen Bedarf an notwendigem Informationsaustausch, an Dokumentation und Kommunikation es wann zwischen welchen Beteiligten gibt.
- b) Sowohl für die einzelnen Prozesse als auch für die Koordination des Behandlungsprozesses für einen Patienten sollte die Verantwortung im Sinne des "Owner of the Process" bei einer Person festgelegt werden. Diese könnte z.B. verantwortlich sein für die Abstimmung der beteiligten Berufsgruppen sowie für die Kontrolle des Ablaufs (s.u.).
- c) Die Organisationsstruktur wird stärker auf multidisziplinäre Teams ausgerichtet. Alle Mitarbeiter, die an der Versorgung eines einzelnen Patienten beteiligt sind, könnten in einem *multiprofessionellen Gesamtteam* zusammengefasst werden. Sinnvoll wäre eine weitere Unterteilung dieses Teams in ein kleineres „*therapeutisches Bezugsteam*“ (bestehend aus Bezugstherapeuten und -pflegern sowie CotherapeutInnen). Ihr primäres Ziel könnte z.B. in der Festlegung und erfolgreichen Umsetzung von gemeinsam vereinbarten Therapie- und Behandlungszielen liegen.
- d) Von zentraler Bedeutung ist eine bessere elektronische Unterstützung der Dokumentation mit dem Fernziel einer umfassenden, elektronischen Krankenakte. Vor ihrer Umsetzung sollte für alle Prozesse (vor allem Arztbriefschreibung und Therapieplanung) geprüft werden, wie diese besser unterstützt werden können. Für alle Dokumentationen sollte ihr Ziel und der Bezug zum Behandlungsprozess genau festgelegt werden.
- e) Das Ausmaß der Kommunikation sollte auf das für die Patientenbehandlung notwendige Maß reduziert und möglichst effizient gestaltet werden. Hierfür sollten die Kommunikationserfordernisse aus dem notwendigen Informationsaustausch während des Behandlungsprozesses abgeleitet werden. Beachtet werden sollten hierbei Änderungen, die sich ggf. durch Einführung von Behandlungsteams pro Patient (s.o.) ergeben. Ausgehend von diesen Anforderungen sollte die Wahl der Kommunikationsform (z.B. mündlich/schriftlich, synchron/asynchron) sowie des Mediums (z.B. Telefon, Email) erfolgen. Therapeuten wenden derzeit bis zu 50% ihrer Tätigkeit für die interne Koordination auf, dabei vor allem mit synchron geführter Kommunikation (Besprechungen

/ Telefon). Es sollte geprüft werden, inwieweit Teile dieser Kommunikation auf asynchronem Weg, z.B. über Email oder über eine verbesserte Nutzung der Dokumentation, geführt werden können. Insgesamt sollte angestrebt werden, einen möglichst großen Anteil der patientenbezogenen Kommunikation innerhalb der elektronischen Patientenakte zu führen. Zusätzlich sollte das Erreichbarkeitsmanagement, vor allem der Ärzte, verbessert werden.

Mithilfe dieser Reorganisationsmaßnahmen werden u.a. folgende Verbesserungen erwartet:

Patientenzentriertere Ausrichtung der Organisation und Koordination des Behandlungsprozesses

- Der Behandlungsprozess wird in den Fokus aller Abläufe und Strukturen gerückt. Sowohl die Organisations- und Tätigkeitsstruktur als auch die Dokumentation und Kommunikation sind direkt auf die multiprofessionelle Patientenversorgung ausgerichtet.
- Es wird deutlich, welche Aktivitäten benötigt werden, bisher fehlende können ergänzt, redundante oder überflüssige weggelassen werden.
- Eine regelmäßige Neufestlegung und Evaluation der durchgeführten medizinischen, therapeutischen und pädagogischen Maßnahmen kann besser organisiert und umgesetzt werden.

Verbesserung der Qualität und Rechtzeitigkeit des Informationsaustausches

- Die Organisation des Informationsaustausches kann flexibler gestaltet und direkt auf die Mitarbeiter ausgerichtet werden, die an der Behandlung eines Patienten beteiligt sind, z.B. können Besprechungen ggf. im kleineren Rahmen oder genau zur benötigten Zeit stattfinden.
- Der Aufwand für die Beschaffung, Speicherung und Weitergabe von Informationen wird sich erheblich reduzieren; die Übersicht und der Zugriff auf aktuelle Informationen über den Patienten und über den Verlauf der Patientenversorgung für alle Berufsgruppen wird verbessert.
- Die Dokumentation kann effizienter genutzt werden (insbesondere durch Integration der Kommunikation in die elektronische Akte, fehlende Informationen können besser aufgedeckt werden).

Vereinfachung von Kontrolle und kontinuierlicher Verbesserung der Prozesse

- Aktivitäten sowie die Informationsverarbeitung können besser überwacht werden auf ihren Nutzen und ihre Durchführung zum richtigen Zeitpunkt in der Behandlung.
- Der Prozessverantwortliche kann sicherstellen, dass einzelne Prozessphasen abgeschlossen sind, bevor neue beginnen (z.B. Vorliegen der Diagnostikergebnisse vor der Therapieplanung). Durch Einführung von Feedback- oder Kontrollschleifen kann frühzeitig festgestellt werden, wenn einzelne Prozessschritte nicht schnell oder gut genug durchgeführt werden.
- Längerfristig könnte durch Messung von Prozess- und Ergebnisqualität eine kontinuierliche Verbesserung der Prozesse eingeführt werden.

Verbesserung der Versorgungsqualität und der Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit

- Durch die stärkere Ausrichtung von Abläufen und Strukturen auf die Behandlung der Patienten, verbunden mit Verbesserungen der Koordination werden Reibungsverluste reduziert und eine effizientere multiprofessionelle Versorgung wird ermöglicht.
- Verbesserungen im Bereich der Informationsverarbeitung und den Geschäftsprozessen werden sich positiv auf Mitarbeiter auswirken, indem sie ihre Belastung reduzieren (z.B. durch Unterbrechungen in den Tätigkeitsabläufen).
- Da sich Aufwände für die Dokumentation und Kommunikation besser auszahlen werden, ist zudem mit einer Erhöhung der Mitarbeitermotivation für diese Tätigkeiten zu rechnen.

Eine Überprüfung dieser Empfehlungen auf ihre Umsetzbarkeit und ihren Nutzen für die Kinder- und Jugendpsychiatrie erfordert ein klares Konzept. Beachtet werden muss hierbei z.B. auch, dass die Abteilung zusätzlich Aufgaben im Bereich von Forschung, Lehre und Ausbildung ausübt. Die Erarbeitung eines solchen Konzeptes soll wissenschaftlich im Rahmen eines DFG-Antrags erfolgen. Es ist geplant, erste kurzfristig umzusetzende Verbesserungsmaßnahmen bereits im Herbst 2001 gemeinsam mit den Mitarbeitern der Kinder- und Jugendpsychiatrie und des Projektteams anzugehen.

2 Einleitung

Die Entwicklung im Gesundheitswesen ist gekennzeichnet durch steigende Anforderungen an die Effizienz, Wirtschaftlichkeit und Qualität der Patientenversorgung. Die erfolgreiche Bewältigung der Anforderungen setzt eine Patientenversorgung voraus, die ausgerichtet ist auf die Bedürfnisse der Patienten und die in enger Kooperation zwischen den verschiedenen Berufsgruppen und Einrichtungen erfolgt.

Das vorliegende Projekt „Unterstützung der Organisation des multiprofessionellen Behandlungsprozesses in der Kinder- und Jugendpsychiatrie“ des Klinikums Heidelberg hat zum Ziel, am Beispiel der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu untersuchen, wie Behandlungsabläufe patientenorientiert und berufsgruppenübergreifend optimiert werden können und wie ein unterstützendes Informationsmanagement hierzu aussehen kann.

Hierzu wird zunächst ein Konzept zur umfassenden Analyse von organisatorischen Strukturen und Abläufen, von Informationsverarbeitung sowie von Kommunikationsinhalten und -beziehungen im Krankenhaus erstellt und umgesetzt. Sowohl inhaltliches und methodisches Vorgehen werden dabei stark mitarbeiterorientiert ausgerichtet. Auf Basis dieser Analyse sollen dann Verbesserungsmöglichkeiten und -wünsche in Reorganisationsmaßnahmen umgesetzt werden, deren Ziel ist, die multiprofessionelle Kooperation zu verbessern und den Mitarbeitern möglichst viel Zeit für behandlungsrelevante Tätigkeiten zur Verfügung zu stellen. Arbeitsabläufe sollen zudem so gestaltet werden, dass sie nach den Bedürfnissen und Qualifikationen der Mitarbeiter ausgerichtet sind und mit möglichst wenigen Zeit- und Reibungsverlusten und psychischen Belastungen einhergehen.

Im vorliegenden Forschungsbericht werden detailliert die Ziele, Methoden und Ergebnisse der Ist- und Schwachstellenanalyse in der Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie beschrieben, welche in der ersten Phase des Forschungsprojektes in den Jahren 2000/01 durchgeführt wurde.

Die theoretischen Grundlagen des Projektes sowie das allgemeine methodische Vorgehen wurden bereits in einem eigenen Bericht ([Ammenwerth E et al. 2000]) veröffentlicht. Das gesamte Forschungsprojekt sah dabei folgende Phasen vor:

2.1 Vorarbeiten

Vor dem Hintergrund steigender Anforderungen an die Effizienz und Qualität der Patientenversorgung gab es in den letzten Jahren eine Reihe von Arbeiten im Bereich Prozessreorganisation und Organisationsentwicklung im Krankenhaus. Dabei wurde auch die Bedeutung einer effizienten Kommunikation als Voraussetzung für eine optimale Kooperation im multiprofessionellen Behandlungsteam untersucht. Trotzdem befindet sich die Forschung zur Reorganisation der Prozesse im Krankenhaus erst in der Anfangsphase. Sie konzentrierte sich bisher hauptsächlich auf einzelne Teilprozesse (wie z.B. Patientenaufnahme), einzelne Berufsgruppen (z.B. Pflegebereich) oder einzelne Abteilungen (z.B. Labor). Bisher nicht ausreichend untersucht wurde die multiprofessionelle, patientenzentrierte Kooperation während der Versorgung des Patienten.

Eine Übersicht über die relevante Literatur befindet sich im ersten Forschungsbericht ([Ammenwerth E et al. 2000]). Dort können auch ausführliche Vorüberlegungen zu folgenden Fragen nachgelesen werden: Wie kann der Behandlungsprozess definiert werden? Unter welchen Gesichtspunkten kann er betrachtet werden? Auf welchen Organisationsebenen sind Untersuchungen erforderlich?.

Es wurde dabei zunächst ein inhaltliches und methodisches Vorgehen entworfen, basierend auf bisherigen wissenschaftlichen Erkenntnissen aus den Bereichen der Systemanalyse, Arbeits- und Organisationspsychologie und Wirtschaftsinformatik.

Bei der Vorgehensplanung für das Gesamtprojekt wurde versucht, ein allgemeines Rahmenkonzept zu entwickeln, das für Reorganisationsprojekte in anderen internen und externen Krankenhausabteilungen geeignet ist. Für die Beschreibung des Behandlungsprozesses kristallisierten sich dabei drei Dimensionen heraus, die in Abbildung 1 dargestellt werden.

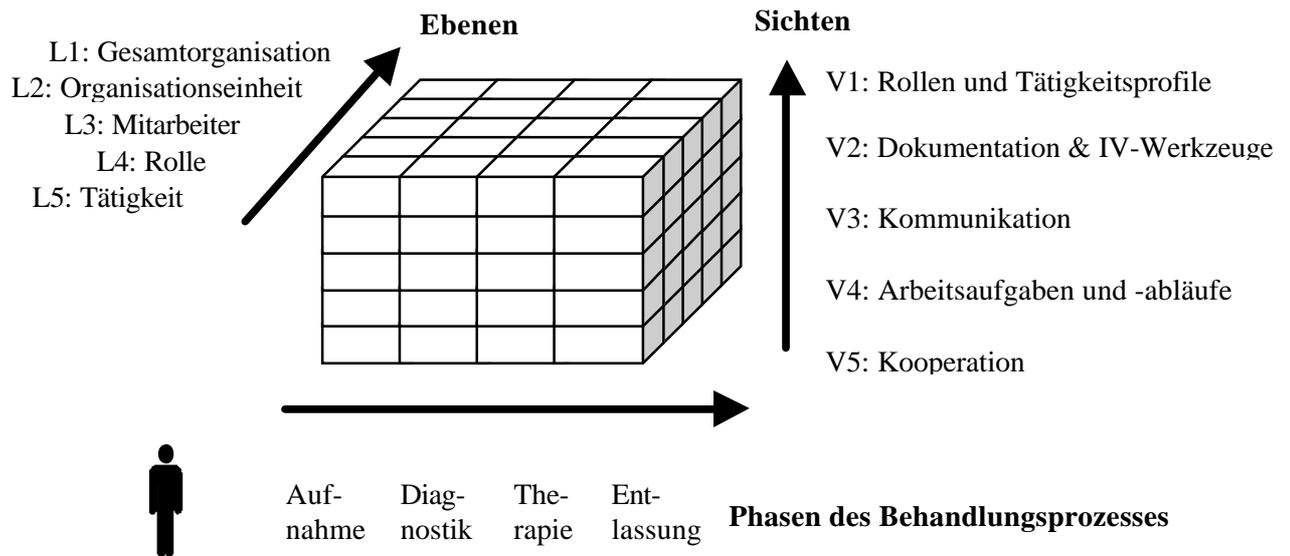


Abbildung 1: Dimensionen zur Beschreibung des Behandlungsprozesses

Die Dimension "Phasen" orientiert sich an der Definition des Behandlungsprozesses. Der Behandlungsprozess wird hierfür in vier Phasen unterteilt: Aufnahme, Diagnostik, Therapie und Entlassung. Er beginnt mit dem ersten Kontakt des Patienten (der Angehörigen und/oder des einweisenden Arztes) mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie und endet nach der Entlassung mit dem letzten Kontakt (inklusive klinikinterner verwaltender Tätigkeiten).

Es hat sich gezeigt, dass der Behandlungsprozess ein zu komplexer Ablauf ist, um inhaltlich in einem einzigen Beschreibungsmodell dargestellt werden zu können (vgl. [Ammenwerth E et al. 2000]). Daher werden in der Dimension "Sichten" 5 zentrale Sichtweisen auf den Behandlungsprozess betrachtet:

- V1: Die am Behandlungsprozess beteiligten verantwortlichen Rollen sowie ihre Tätigkeitsprofile: Darstellung der Mitarbeiter und ihrer Rollen, der Hierarchien, Verantwortlichkeiten und Entscheidungsstrukturen.
- V2: Die Dokumentation und die informationsverarbeitenden Werkzeuge: Darstellung der Informationsflüsse innerhalb und zwischen Abteilungen sowie der dabei verwendeten (konventionellen oder rechnergestützten) Werkzeuge einschl. der Dokumente.
- V3: Die Kommunikation zwischen den Mitarbeitern: Darstellung der Kommunikationsprozesse zwischen den verschiedenen Rollen sowie der Struktur von Besprechungen, Schwarzen Brettern etc.
- V4: Die organisatorischen Abläufe in Form von Geschäftsprozessen: Darstellung der zeitlich-logischen Abfolge der einzelnen Tätigkeiten, der dabei verwendeten Werkzeuge und der Verantwortlichen.
- V5: Die Kooperation im multiprofessionellen Behandlungsteam: Darstellung des Aufbaus von multiprofessionellen Teams, der Rollenverteilung im Team und ihre Zusammenarbeit.

Die Dimension "Ebene" schließlich berücksichtigt die verschiedenen Hierarchiestufen bei der Betrachtung des Behandlungsprozesses:

- L1: Gesamtorganisation (also Abt. Kinder- und Jugendpsychiatrie)
- L2: Organisationseinheit (z.B. eine Station)
- L3: Rolle (z.B. die Rolle Stationschwester)
- L4: Mitarbeiter (z.B. eine individuelle Stationschwester)
- L5: einzelne Tätigkeit (z.B. Patientenaufnahme).

2.2 Problematik und Motivation

Die Neugestaltung von organisatorischen Strukturen und Arbeitsabläufen und damit auch die geplante Reorganisation des Behandlungsprozesses setzen zunächst eine Analyse des bisherigen Ist-Zustandes voraus. Die Ist-Analyse stellt eine der wichtigsten Phasen im Rahmen von Reorganisationsprojekten dar, da „alle Vorschläge des späteren Sollkonzeptes zu organisatorischen und DV-technischen Veränderungen auf den Ergebnissen dieses Projektteils basieren“ ([Krallmann H et al. 1999] S. 54). Daher sollte der Ist-Analyse ausreichend zeitlicher Raum gegeben werden. Eine Unterschätzung oder Verkürzung des Zeitbedarfs für die Ist-Analyse wirkt sich in der Regel verhängnisvoll auf den weiteren Fortgang des Projektes aus, da fehlende Informationen dann bei der Ausarbeitung des Sollkonzeptes nacherhoben werden müssen ([Krallmann H et al. 1999]).

Im Zentrum dieses Projektes steht die Verbesserung multiprofessioneller Kooperation im Zusammenhang mit dem Behandlungsprozesses in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In der Phase 1 des Projektes wird daher zunächst eine umfangreiche Ist-Analyse, orientiert an den verschiedenen Ebenen und Sichten des Behandlungsprozesses, durchgeführt. Aus der Ist-Analyse können dann Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet, umgesetzt und evaluiert werden. Dies soll in weiteren Projektphasen erfolgen.

2.3 Zielsetzung

Ziel der Ist-Analyse ist es, eine möglichst umfassende, detaillierte und realitätsgetreue Beschreibung der Strukturen und Abläufe des Behandlungsprozesses in der Abt. Kinder- und Jugendpsychiatrie zu liefern.

Die Ist-Analyse orientiert sich dabei an den fünf Sichten auf den Behandlungsprozess (vgl. Kapitel 2.1). Diese Sichtweisen werden in der Ist-Analyse zunächst getrennt voneinander erhoben, wobei inhaltliche Überlappungen berücksichtigt werden. Erst anschließend werden die Ergebnisse der einzelnen Sichten zu einer integrierten Sicht auf den Behandlungsprozess und seine Schwachstellen zusammengeführt.

Basisinformationen der Kinder- und Jugendpsychiatrie, die für die Analysen aller Sichten notwendig sind, werden im vorhinein erhoben. Hierzu zählt vor allem eine Analyse der Organisationsstruktur der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Ergebnis der Ist-Analyse soll dann neben einer umfassenden Beschreibung des Behandlungsprozesses eine umfassende Sammlung von Schwachstellen sein, aus denen dann für den weiteren Projektverlauf einige besonders dringende oder relevante Punkte zur Bearbeitung herausgegriffen werden können. Alle bisherigen Abläufe und Strukturen werden abschließend danach bewertet, wie patientenorientiert und relevant sie für die Patientenversorgung sind und inwieweit sie eine Einhaltung humaner Arbeitsbedingungen gewährleisten. Diese Bewertungskriterien sind ausführlich in [Ammenwerth E et al. 2000] hergeleitet und vorgestellt. Die Phase 1 des Forschungsprojektes endet dann mit abschließenden konzeptionellen Empfehlungen zur Optimierung der Organisation des Behandlungsprozesses.

Folgende Ziele der Ist-Analyse ergeben sich entsprechend den Sichten auf den Behandlungsprozess:

Ziel	Inhalt
Z1.0	Beschreibung und Bewertung der Organisationsstruktur
Z1.1	Beschreibung und Bewertung der Rollen und Tätigkeitsprofile
Z1.2	Beschreibung und Bewertung der Dokumentation und IV-Werkzeuge
Z1.3	Beschreibung und Bewertung der Kommunikation
Z1.4	Beschreibung und Bewertung der Arbeitsaufgaben und Arbeitsabläufe
Z1.5	Beschreibung und Bewertung der Kooperation im multiprofessionellen Behandlungsteam
Z1.6	Zusammenstellung und Gewichtung der Ergebnisse der Ist- und Schwachstellenanalyse
Z1.7	Erarbeitung konzeptioneller Verbesserungsvorschläge

Tabelle 1: Ziele der Ist-Analyse.

2.4 Eine kurze Beschreibung der Abt. Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie der Psychiatrischen Klinik des Universitätsklinikums Heidelberg bietet ein integratives psychotherapeutisch-psychiatrisches Behandlungsangebot mit ambulanten, teilstationären und vollstationären Versorgungsstrukturen an. Im Hauptgebäude (Villa Blumenstraße) befinden sich 12 Therapiebetten für Kinder- und Jugendliche (2 Mädchenzimmer, 1 Jungenzimmer) sowie die Ambulanz. 6 Akutbetten werden in Kooperation mit der Allgemeinen Psychiatrie in der Voßstraße 4 angeboten. Die Tagesklinik stellt 3 Plätze in der Blumenstraße und 3 Plätze in der Voßstraße 2.

Die Akutbetten dienen dabei zur akut psychiatrisch-psychotherapeutischen Hilfestellung bei Krisen, Psychosen und Borderline-Zuständen sowie schweren Essstörungen, Selbstverletzungstendenzen und Suizidalität im Jugendalter. Die Therapiebetten dienen der stationären integrativen Therapie für Kinder und Jugendliche unter Einschluss von psychotherapeutischen, soziotherapeutischen und psychopharmakologischen Angeboten. Die Tagesklinik bietet teilstationäre Angebote (Aufenthalt ca. 7.30 - 16.30 Uhr) an mit intensiver Einzelpsychotherapie, psychoedukativem Angebot und Gruppenpädagogik. Der Ambulanzbereich umfasst ärztliche und psychologische Diagnostik, Differentialdiagnostik von Adoleszentenkrisen, die Betreuung von Kindern psychisch kranker Eltern, eine Kopfschmerzambulanz, eine Akutambulanz mit Krisenmanagement sowie Liaisondienste. Sie kooperiert eng mit Jugendämtern, Gesundheitsamt, Schulämtern und Beratungsstellen.

Die Verweildauer beträgt in der Akutstation ca. 30 Tage, in der Gesamtklinik ca. 50 Tage. Es werden ca. 120 stationäre und 700 ambulante Patienten pro Jahr behandelt ([Klinikum Heidelberg 2000]).

Insgesamt arbeiten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie etwa 50 Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, verteilt auf folgende Berufsgruppen: ÄrztInnen, PsychologInnen, KrankenpflegerInnen, ErzieherInnen, MitarbeiterInnen im Sekretariats- und Verwaltungsbereich, ErgotherapeutInnen, MusiktherapeutInnen, SozialarbeiterInnen, klinisches Hauspersonal, PraktikantInnen und wissenschaftliche MitarbeiterInnen. Eine ausführliche Beschreibung der Abteilung findet sich in Kapitel 6.1.

2.5 Aufbau dieses Berichtes

In Kapitel 3 werden zunächst allgemeine Überlegungen zum Vorgehen und zu den zu verwendenden Methoden und Instrumenten gemacht. In Kapitel 4 wird dann das Studiendesign beschrieben, gefolgt von der detaillierten Studienplanung für jede einzelne der fünf Sichten. Hier wird auch auf die genaue inhaltliche Fragestellung jeder einzelnen Sicht eingegangen, und es werden passende Methoden und Werkzeuge zur Erhebung und Darstellung ausgewählt. In Kapitel 5 erfolgt eine kurze Beschreibung der Studiendurchführung, während dann in Kapitel 6 ausführlich die Ergebnisse dargestellt werden. Eine Zusammenfassung der Ergebnisse findet sich zusammen mit der Ableitung konzeptioneller Empfehlungen in Kapitel 7. Kapitel 8 enthält eine kurze Diskussion sowie Danksagungen. Wesentliche Methoden und Verfahren der Erhebung und Beschreibung werden im Anhang vorgestellt.

3 Allgemeine Vorüberlegungen

In diesem Kapitel werden einige grundlegende Methoden und Instrumente für die Ist-Analyse vorgestellt. Hierzu gehört zunächst das mitarbeiterorientierte, partizipative Vorgehen bei den Erhebungen. Darüber hinaus werden einige verfügbar Erhebungsmethoden und -instrumente (TAA-KH, KABA, MEV, MAK etc.) vorgestellt und kurz auf Eignung für die geplante Ist-Analyse untersucht.

3.1 Partizipatives Vorgehen

Ziel der Ist-Analyse ist es, für die Untersuchung relevante Informationen zu erfassen, zu beschreiben und zu bewerten. Molzberger (1985) (zitiert nach [Krallmann H et al. 1999]) unterteilt die vorhandenen Informationen in Organisationen und die Möglichkeit ihrer Erfassung in vier Bereiche:

Insider	Außenstehender	
	bewusst	nicht bewusst
bewusst	Bereich 1 offene Informationen	Bereich 2 verdeckte Informationen
nicht bewusst	Bereich 3 Betriebsblindheit	Bereich 4 weiße Flecken

- Bereich 1: Informationen, die allen Beteiligten zur Verfügung stehen (z.B. Organigramme);
- Bereich 2: Informationen, die von außen nicht erkannt werden können, weil sie z.B. gerne verschwiegen werden;
- Bereich 3: Informationen, die der Mitarbeiter übersieht bzw. nicht sehen will, die dem Systemanalytikern aber auffallen;
- Bereich 4: Informationen, die weder dem Systemanalytiker noch dem Mitarbeiter zugänglich sind.

Ergebnis der Ist-Analyse sollte eine Vergrößerung der Informationen des Bereichs 1 sein, und entsprechend eine Verringerung der verdeckten oder übersehenen Informationen (Bereiche 2 und 3). Um ein umfassendes Bild von der Organisation und ihren Abläufen zu erstellen, ist es hierzu entscheidend, die **Mitarbeiter als Experten** vor Ort in die Ist-Analyse einzubeziehen. Sie kennen die Arbeitsabläufe und verfügen über Erfahrungen mit Dokumenten, Daten und Arbeitsmitteln. Ohne das Wissen der Mitarbeiter können die Prozesse nicht vollständig konstruiert werden, und es können auch nicht alle Schwachstellen aufgedeckt werden (vgl. [Herrmann T et al. 1998], [Krallmann H et al. 1999]). Eine hohe Einbeziehung der Mitarbeiter hat zudem den Effekt einer höheren Identifikation der Mitarbeiter mit den geplanten Interventionen und einer höheren Akzeptanz der Lösungen. Die Informationserhebung erfolgt in diesem Projekt daher überwiegend durch ausführliche Interviews der beteiligten Mitarbeiter.

Nach jeder Analyse bleibt immer eine Menge an Informationen, die weder Mitarbeitern noch den Systemanalytikern bewusst und zugänglich sind, zurück (Bereich 4). Dieser blinde Fleck kann teilweise dadurch verringert werden, dass für die Ist-Analyse anstelle einer Einzelperson ein multiprofessionell zusammengesetztes Analyseteam eingesetzt wird. Entsprechend wurde das Team, welches die Ist-Analyse dieses Projektes durchführte, zusammengesetzt aus Medizin-InformatikerInnen, PsychologInnen und ExpertInnen für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen.

Erfolgsentscheidend für eine valide Informationssammlung ist es, ein **Vertrauensverhältnis** zwischen Projektteam und Mitarbeitern herzustellen. Insbesondere ist auf mögliche Ängste von Mitarbeitern bei personenbezogener Erhebung von Daten zu achten.

Typische Ängste von MitarbeiterInnen können sein:

- Verringerung der persönlichen Macht
- Sorge um den Verlust des Arbeitsplatzes
- Angst vor der Feststellung einer Unterauslastung am Arbeitsplatz
- Angst vor Versetzung innerhalb des Betriebes
- Gefühl der Unzulänglichkeit in Bezug auf neue oder andere Technologien
- Angst vor Zwang, Gewohntes aufgeben zu müssen
- Angst vor der Aufdeckung von Schwachstellen bei der Arbeitsdurchführung

Im Projekt wird daher darauf geachtet, die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen rechtzeitig vor der Ist-Analyse über Sinn und Zweck der Analysen und der geplanten Vorgehensweise zu informieren. Im Rahmen von Hausbesprechungen haben die Mitarbeiter die Möglichkeit, über das bevorstehende Projekt zu diskutieren und ihre Vorbehalte zu äußern. In diesen Hausbesprechungen werden auch Zwischenergebnisse zurückgemeldet und diskutiert. Natürlich werden alle erhobenen Daten vertraulich behandelt. Vorwegnehmend soll erwähnt werden, dass alle diese Maßnahmen zu einer insgesamt hohen Akzeptanz bei den Mitarbeitern und zu einer großen Offenheit in den Interviews führten.

3.2 Auswahl der Erhebungsmethoden

Um methodische und inhaltliche Restriktionen, die mit der Verwendung einzelner Erhebungsmethoden einhergehen, etwas auszugleichen, wird in diesem Projekt eine Kombination verschiedener Erhebungsmethoden verwendet (vgl. z.B. [Krallmann H et al. 1999]). Grundbaustein der Ist-Analyse stellen **Interviews** dar, die ergänzt werden durch Fragebögen, zusätzliche Beobachtungen und Dokumentenanalysen.

Je nach inhaltlicher Fragestellung (also je nach Sichtweise auf den Behandlungsprozess) wird sich einer Kombination der Erhebungsmethoden bedient (vgl. Tabelle 2).

Ziel	Stichwort	Fragebogen	Dokumentenanalyse	Interview	Beobachtungen
Z1.0	Organisationsstruktur		X	X	X
Z1.1	Rollen und Tätigkeitsprofile	X	X	X	
Z1.2	Dokumentation und IV-Werkzeuge	X	X	X	X
Z1.3	Kommunikation	X		X	X
Z1.4	Arbeitsaufgaben und Arbeitsabläufe	X		X	X
Z1.5	Kooperation im Behandlungsteam	X		X	X

Tabelle 2: Übersicht über die geplanten Erhebungsmethoden für die Ist-Analyse.

Bei der Ist-Analyse geht es dabei im wesentlichen um eine **bedingungsbezogene Analyse**. Bedingungsbezogen werden diejenigen Verfahren genannt, die - abstrahierend vom jeweiligen Arbeitenden - Aussagen über organisatorische Sachverhalte sowie Arbeitsaufgaben, -bedingungen und -folgen treffen lassen. Es geht in dieser Projektphase also um eine Bewertung und Veränderung der Arbeitsabläufe und -bedingungen und nicht darum, zu untersuchen, wie unterschiedlich einzelne Mitarbeiter auf im wesentlichen gleiche Arbeitsbedingungen reagieren (z.B. wie zufrieden sie damit sind). Entsprechend ausgerichtet wird die Untersuchungsmethodik. So werden z.B. für Befragungen (auch solche auf der Ebene der individuellen Arbeitsgestaltung) einige Mitarbeiter ausgewählt, die die Arbeitsbedingungen möglichst repräsentativ bewerten können. Es wird von einem "idealtypischen" Arbeitenden ausgegangen, "der die zu untersuchende Arbeitsaufgabe in befriedigender Weise beherrscht - sich also nicht mehr in der Phase des Anlernens befindet und darüber hinaus nach dem Urteil seiner Kollegen und Vorgesetzten als in dieser Aufgabe geübt gilt." ([Oesterreich R et al. 1987], S. 58).

3.3 Auswahl der Erhebungsinstrumente

Für das Projekt sollten weitgehend vorhandene, validierte Erhebungsinstrumente verwendet werden. Im folgenden werden die im Projekt verwendeten Instrumente und die Gründe für ihre Auswahl beschrieben.

Aus den inhaltlichen Fragestellungen und Zielen des Gesamtprojektes ergaben sich verschiedene Anforderungen an die Auswahl der Erhebungsinstrumente für die Ist-Analyse:

- a) Sie sollten eine detaillierte, aufgaben- und mitarbeiterbezogene **Analyse der organisatorischen Strukturen und Abläufe des Behandlungsprozesses** in der Kinder- und Jugendpsychiatrie erlauben. Diese sollen nach ihrer **Patienten- und Mitarbeiterorientierung** (im Sinne humaner Gestaltung) beurteilt werden können.
- b) Sie sollten über die Analyse der organisatorischen Abläufe hinaus eine **Bewertung der bisherigen technischen Informations- und Kommunikationsverfahren** erlauben und bestenfalls eine Ableitung von Gestaltungsvorschlägen für eine gemeinsame Optimierung von Technologieeinsatz, organisatorischen Abläufen und Humanressourcen ermöglichen.
- c) Da die Unterstützung der multiprofessionellen Kooperation im Vordergrund des Projektes steht, sollten die Verfahren **für alle** in der Kinder- und Jugendpsychiatrie arbeitenden **Berufsgruppen anwendbar** sein und Möglichkeiten zur **Analyse von Kommunikation und Kooperation** bieten.
- d) Im Hinblick auf den Ablauf des Gesamtprojektes, der in der letzten Phase die Evaluation der durchgeführten Verbesserungsmaßnahmen vorsieht, sollten sich die Erhebungsinstrumente für einen **wiederholten Einsatz** eignen und möglichst standardisiert und validiert sein.

Anhand dieser Anforderungen konzentrierte sich die Suche geeigneter Erhebungsinstrumente vor allem auf Verfahren aus der Arbeitspsychologie. Im Unterschied zu Verfahren aus anderen Fachdisziplinen wie z.B. der Betriebswirtschaft, erlauben psychologische Arbeitsanalyseverfahren eine Ermittlung und Bewertung von Schwachstellen der Arbeitsgestaltung und -organisation, eine Erarbeitung von Gestaltungsvorschlägen sowie eine Abschätzung von Technikfolgen nach den Kriterien der Schaffung humanerer Arbeitsbedingungen.

Bei der Suche wurde deutlich, dass es für den **Krankenhausbereich** im allgemeinen ein bemerkenswertes Defizit an arbeitswissenschaftlicher Forschung gibt, das u.a. auf den Mangel an geeigneten Instrumenten zurückzuführen ist ([Büssing A 1992]). Im deutschsprachigen Raum sind bislang fast ausschließlich betriebswirtschaftlich orientierte Bedarfs- und Auftragsanalysen bekannt. Lediglich vereinzelt wurden arbeitspsychologische bzw. arbeitswissenschaftliche Methoden im Krankenhausbereich eingesetzt, wobei Verfahren zum Einsatz kamen, die für den Einsatz im industriellen Kontext entwickelt wurden.

Die besonderen Merkmale des soziotechnischen Systems Krankenhaus (siehe Tabelle 3) stellen aber besondere Anforderungen an die Tätigkeitsanalyse im Krankenhaus, so dass eine unreflektierte Übernahme von Verfahren, die für andere Berufskontexte entwickelt wurden, nicht sinnvoll erscheint (vgl. [Büssing A 1992]).

Besondere Aufgabenmerkmale im soziotechnischen System Krankenhaus

Die zu bewältigende Hauptaufgabe im Krankenhaus – die Patientenbehandlung - unterscheidet sich in mehrfacher Hinsicht fundamental von jeder anderen Erwerbstätigkeit:

- es werden nicht Gegenstände oder Informationen bearbeitet, sondern Menschen behandelt, die Anspruch haben, als solche angesprochen zu werden, dies bedeutet
 - hohe Anforderungen an die zwischenmenschliche Kommunikation
 - ein hohes Maß an Auseinandersetzung mit ethischen Fragen und Problemen
- viele der Patienten befinden sich in einer existentiellen Notsituation, was u.a. einhergeht mit
 - einem hohen Stressfaktor
 - hohem Zeitdruck
 - einem hohen Potential an zwischenmenschlichen Konfliktsituationen
- die zu bearbeitenden biologischen, seelischen und sozialen Prozesse können (im Gegensatz zur industriellen Sachgüterproduktion) nur unvollkommen beherrscht werden ([Perrow C 1965]), dies bedeutet u.a.:

- eine hohe Aufgabenunsicherheit
- mangelnde Kontrollierbarkeit der Abläufe
- mangelnde Vorhersagbarkeit
- potentiell mehr Misserfolge oder Teilerfolge durch Wissenslücken und Unkalkulierbarkeiten
- die durchzuführenden Aufgaben hängen von der individuellen Situation der zu Versorgenden ab ([Perrow C 1965]), was
 - eine hohe Problemvariabilität mit vielen Ausnahmen bedingt
 - zu extrem variablen Abläufen führt
 - einen vergleichsweise geringen Grad an Routinetätigkeiten bedeutet
- die Aufgabe ist durch Einzelne bzw. einzelne Berufsgruppen nicht unabhängig voneinander zu bewältigen, sondern erfordert eine enge Zusammenarbeit (z.B. [Henning K et al. 1998]), was einhergeht mit
 - hohen Anforderungen an die Kommunikations- und Kooperationsfähigkeiten
 - hohem Koordinationsbedarf und –aufwand
- für einen Erfolg der Aufgabendurchführung sind die Beschäftigten auf die Mitarbeit der zu Versorgenden angewiesen

Tabelle 3: Besondere Aufgabenmerkmale im soziotechnischen System Krankenhaus.

Als einziges Verfahren, das zudem speziell für den psychiatrischen Bereich konzipiert wurde, fand sich die **”Tätigkeits- und Arbeitsanalyse für das Psychiatrische Krankenhaus” (TAA-PKH)** von Büssing ([Büssing A et al. 1999]). Nach Auskunft des Autors wird das komplette Verfahren aber frühestens Mitte 2000 veröffentlicht werden und konnte von daher nicht in dieses Projekt einbezogen werden (Beginn der Erhebungen Februar 2000). Allerdings hätte es im Projekt ohnehin, wenn überhaupt, nur sehr eingeschränkt Verwendung finden können, da es ausschließlich für die Berufsgruppe des Pflegedienstes und der Analyse pflegerischer Aufgaben konzipiert wurde und sich von daher nur bedingt für eine Analyse des multiprofessionellen Teams eignet.

Nach einer umfangreichen Literatursicht und Begutachtung arbeitspsychologischer und arbeitswissenschaftlicher Verfahren **über den Krankenhausbereich hinaus**, fanden wir ein Verfahren, das zwar für die Anwendung im Büro- und Verwaltungsbereich konzipiert wurde, aber als einziges uns bekanntes arbeitspsychologisches Verfahren dem soziotechnischen Ansatz gerecht wird: **Die Kontrastive Aufgabenanalyse im Büro (KABA)** ([Dunckel H et al. 1993]). Diese hat zum Ziel, eine optimale Aufgabenverteilung im Sinne der angemessenen Unterstützung menschlicher Strukturen bei gleichzeitiger Berücksichtigung einer informationstechnischen Unterstützung zu erreichen.

Die Kontrastive Aufgabenanalyse kann in unterschiedlichen Phasen eines Gestaltungsprozesses eingesetzt werden: Anwendungsmöglichkeiten finden sich in der Analysephase zur Identifizierung und Konkretisierung von Schwachstellen, in der Konzeptionsphase, um geplante Technikkonzepte anhand von Humankriterien zu beurteilen und in der Evaluationsphase, um realisierte Gestaltungslösungen nach Humankriterien zu bewerten. Das KABA-Verfahren stellte sich zudem als besonders geeignet heraus, da es

- theoretisch fundiert, empirisch überprüft und ausreichend validiert wurde
- Hinweise zur prospektiven Gestaltung gesundheits- und persönlichkeitsfördernder Arbeitsbedingungen liefert (Bewertung von Humankriterien)
- eine Bewertung von Kooperation und Kommunikation enthält
- für eine wiederholte Anwendung geeignet ist
- eine umfassende Analyse auf allen relevanten Ebenen bietet (Organisation, Organisationseinheit, Individuum)
- die Arbeitsaufgabe fokussiert
- mitarbeiterorientiert vorgeht, d.h. vorsieht die von der Arbeitsgestaltung betroffenen Mitarbeiter bei der Analyse mit einzubeziehen
- die Methode der Beobachtung und der Befragung im Beobachtungsinterview vereint
- aus verschiedenen thematischen Modulen besteht, die dem Untersuchungsgegenstand entsprechend zusammengestellt werden können
- strukturierte Anleitungen zum Ablauf der Untersuchung enthält

Da KABA für den Büro- und Verwaltungsbereich konzipiert wurde, konnte das Verfahren nicht direkt übernommen werden. Es wurde daher eingehend analysiert und die Teilmodule, die für die geplante Ist-Analyse relevant schienen, wurden an die Bedürfnisse einer Ist-Analyse im Krankenhausbereich angepasst. Veränderungen betrafen vor allem eine Ausweitung der Analyse im Bereich der Kommunikation und Kooperation sowie die Unterteilung der Untersuchungsebenen (z.B. Mitarbeiter statt Arbeitsplatz, Hinzunahme der Rolle als Ebene). Ergänzt wurde das Verfahren um Fragen zur allgemeinen Organisationsstruktur auf der Ebene der Gesamtorganisation. Das adaptierte Verfahren wird ausführlich im Anhang erläutert.

Die Durchführung von Beobachtungen und Interviews ist zeitlich und personell sehr aufwendig. Das KABA-Verfahren sieht daher vor, eine repräsentative Gruppe von Mitarbeitern pro Organisationseinheit bzw. Aufgabe zu untersuchen, die Auskünfte über die allgemeinen Arbeitsbedingungen geben. In diesem Projekt erschien es im Sinne einer möglichst breiten Mitarbeiterbindung aber wichtig, allen Mitarbeitern zu ermöglichen, ihre individuelle subjektive Beurteilung der bisherigen Abläufe und Strukturen anzugeben. Es wurde daher im Rahmen einer Eingangserhebung zum einen allen Mitarbeitern ein Fragebogen mit offener Fragestellung ausgeteilt. Hierdurch ergab sich der Vorteil, dass Verbesserungswünsche für einzelne projektrelevante inhaltliche Bereiche, z.B. für Kommunikation und Kooperation, gezielter als mit dem KABA-Verfahren erfasst werden konnten. Für diese Erhebung wurde ein eigener Bogen konstruiert („**Mitarbeiterorientierte Erfassung von Verbesserungswünschen**“ - MEV). Die Mitarbeiter konnten in offener Form für jede der fünf inhaltlichen Sichtweisen auf den Behandlungsprozess Stellung nehmen. Die Antworten auf die Fragen wurden vor Beginn der Interviews und Beobachtungen inhaltsanalytisch ausgewertet, um sicherzustellen, dass in den späteren, genaueren Analysen alle relevanten Bereiche analysiert werden. Die ausführliche Darstellung des Fragebogens erfolgt im Anhang.

Darüber hinaus wurde für die Eingangserhebung ein Befragungsinstrument zur mitarbeiterorientierten quantitativen Erfassung des Organisationsklimas und der Kooperation gesucht. Die Suche eines für die Kinder- und Jugendpsychiatrie geeigneten Fragebogens gestaltete sich ähnlich schwierig und erfolglos wie bei der vorherigen Suche eines für den Krankenhausbereich geeigneten Arbeitsanalyseleitfadens. Die meisten der infrage kommenden Instrumente beschäftigen sich entweder mit einer globalen Erfassung der allgemeinen Arbeitszufriedenheit, oder aber mit sehr speziellen gesundheitlichen oder psychischen Belastungsmerkmalen, zudem häufig eingeschränkt auf die Berufsgruppe der Pflegenden. Daher wurde auf einen Fragebogen zurückgegriffen, der entwickelt wurde, um spezielle Organisationsklimata einzelner Organisationen zu beurteilen: **Das Landauer Inventar zur Diagnose des Organisationsklimas (LIDO)** ([Müller G 1999]). Dieses Inventar ermöglicht durch sein modulares Anwendungsprinzip die bedingungsorientierte Erfassung einer breiten Palette organisationaler Besonderheiten. Die in diesem Projekt verwendeten Module wurden unter der Bezeichnung „**Mitarbeiterorientierte Beurteilung der Arbeitsorganisation und Kooperation**“ (MAK) in einem eigenen Fragebogen zusammengefasst. Die ausführliche Darstellung erfolgt im Anhang.

Insgesamt werden somit drei Instrumente für die Ist-Analyse ausgewählt:

- das KABA-Verfahren in einer für das Krankenhaus adaptierten Version
- der Fragebogen zur „Mitarbeiterorientierten Erfassung von Verbesserungswünschen“ (MEV)
- der Fragebogen zur „Mitarbeiterorientierten Beurteilung der Arbeitsorganisation & Kooperation“ (MAK)

Für das von uns verwendete Gesamtinstrumentarium konnte aus zeitlichen Gründen vorab keine eigene Validitäts- und Reliabilitätsuntersuchung durchgeführt werden. Durch die Auswahl von bewährten Verfahren, die sich theoretisch, methodisch und empirisch bewährt haben, kann aber zumindest für den Großteil der verwendeten Fragen und Bewertungskriterien von einer ausreichenden methodischen Güte ausgegangen werden.

3.4 Planung der Erhebungen

3.4.1 Schriftliche Befragungen

Die Fragebögen werden in den einzelnen Organisationseinheiten verteilt, von den Mitarbeitern ausgefüllt und über aufgestellte Sammelbehälter wieder eingesammelt. Die Fragebögen werden anonym beantwortet. Es wird ausreichend Zeit für eine Beantwortung gegeben. Die schriftliche Befragung erfolgt als Totalerhebung über alle Mitarbeiter.

3.4.2 Mündliche Befragungen

Die mündlichen Befragungen erfolgen prinzipiell vor Ort in den Räumen der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Rechtzeitig vorher werden die Termine mit den Mitarbeitern ausgemacht. Während der Interviews wird dafür gesorgt, einen Raum zu finden, der ruhig ist, an dem das Gespräch möglichst ungestört ablaufen kann. In dem Raum soll nur der Befragte anwesend sein, keine anderen Personen. Zu Beginn wird erläutert, um welche Inhalte es in dem Interview gehen soll. Die Mitarbeiter werden darauf hingewiesen, dass die Teilnahme an allen Erhebungen freiwillig ist. Die Interviews können auf Wunsch der Mitarbeiter jederzeit abgebrochen oder verlegt werden. Die Interviews sollen im Mittel 1h dauern und eine Dauer von 2h nicht überschreiten.

Die Interviews erfolgen in halbstandardisierter Form, wobei die zu erfragenden Themenkomplexe vorher festgelegt sind, die einzelnen Formulierungen jedoch frei in den jeweiligen Gesprächen gewählt werden. Während des Interviews werden wichtige Informationen notiert werden, der Hauptteil der Dokumentation der Ergebnisse wird jedoch direkt im Anschluss an das Gespräch durchgeführt.

Anmerkungen, die nicht direkt mit dem Thema genannt werden, aber relevant sind für das Verständnis der Strukturen und Abläufe, werden gesondert dokumentiert.

3.4.3 Beobachtungen

Die Vor-Ort-Beobachtungen erfolgen jeweils am Ort des Geschehens (z.B. in einem Besprechungsraum) in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Rechtzeitig vorher wird der Termin für eine Beobachtung vereinbart und die Erlaubnis der zuständigen Mitarbeiter eingeholt. Die Dokumentation erfolgt auf vorbereiteten Erhebungsbögen. Während der Beobachtung von Interaktionen zwischen einzelnen Personen oder z.B. von Besprechungen werden durch den Beobachter keine Fragen gestellt, sondern es wird sich möglichst unauffällig verhalten.

3.4.4 Dokumentenanalysen

Die Dokumente werden mit Hilfe einer verantwortlichen Person vor Ort eingesammelt und dann entsprechend der jeweiligen Fragestellung analysiert.

3.5 Planung der Ergebnisauswertung

3.5.1 Schriftliche Befragungen

Zur Auswertung der Fragebögen werden deskriptive Methoden eingesetzt - bei quantitativen Daten werden Skalenmittelwerte berechnet, ansonsten werden Häufigkeitsverteilungen tabellarisch oder graphisch dargestellt. Bei der Auswertung ist auf eine sinnvolle Aggregation der Daten zu achten, wobei eine Gruppe mindestens 3 Personen umfassen sollte. Dadurch wird die Anonymität der Ergebnisse gewährleistet (vgl. Datenschutzvereinbarungen, Kap. 3.6). Die Auswertungen der quantitativen Daten werden mittels SPSS durchgeführt.

3.5.2 Mündliche Befragungen, Beobachtungen, Dokumentenanalysen

Alle erhobenen Informationen werden anhand der vorbereiteten Interviewleitfäden strukturiert, aufbereitet und anonymisiert zusammenfassend dargestellt. Offene Fragen werden inhaltsanalytisch ausgewertet, indem die einzelnen Antworten in Kategorien eingeordnet werden.

Teilbereiche der Ergebnisse können mittels spezieller Methoden (z.B. Kommunikationsmodelle) modelliert werden. Das methodische Vorgehen hier (wie bei der Systemanalyse allgemein) entspricht einem iterativen, heuristischen und rückgekoppelten Prozess. Es werden im konkreten Fall relevante Aspekte des Systems am Modell nachgebildet. Dabei wird von irrelevanten Aspekten abstrahiert. Folgende Zielkriterien sind dabei wichtig:

- Relevanz der abgebildeten Originaleigenschaften (Problemkonformität)
- Korrektheit der Abbildung
- Modelltransparenz (intersubjektive Nachvollziehbarkeit)

3.5.3 Rückmeldung der Ergebnisse an die Mitarbeiter

Das Projektteam trifft sich alle 6-8 Wochen mit den Auftraggebern (Chefarzt, Pflegedienstleitung), um den aktuellen Projektstand zu besprechen und das weitere Vorgehen abzugleichen. Nach Abschluss der Erhebungen und Auswertung werden jeweils Hausbesprechungen durchgeführt, in denen die Mitarbeiter über den Fortschritt und die zwischenzeitlichen Ergebnisse informiert werden. Hier besteht dann auch Gelegenheit zur Rückkopplung und ggf. Interpretation der Ergebnisse. Nach Abschluss der gesamten Ist-Analyse ist ein entsprechender Projektbericht (der Vorliegende) zu erstellen, welcher publiziert wird und damit auch den Mitarbeitern zur Verfügung steht. Alle Ergebnisse werden bei ihrer Aufbereitung soweit wie möglich anonymisiert. Soweit eine Anonymisierung nicht möglich ist (z.B. bei einzelnen Berufsgruppen) wird die Erlaubnis des betroffenen Mitarbeiters zur Publikation eingeholt.

3.6 Vereinbarungen zum Datenschutz

Folgendes Datenschutzkonzept wurde mit dem Personalrat vor Beginn der Erhebungen abgestimmt.

Erhebung der Daten

Im Projekt werden prinzipiell zwei Arten von Daten erhoben:

1. Organisations- und abteilungsbezogene Daten (wie Anzahl der Räume, Anzahl der Computer, Ablauf bei der Visite, Grad der notwendigen Kommunikation bei der Diagnostik)
2. Mitarbeiterbezogene Daten (wie Nennung und Bewertung von Problemen beim Computereinsatz, Grad der Zufriedenheit mit der Kommunikation im Team)

Die Daten werden durch mündliche bzw. schriftliche Befragung von Mitarbeiter erhoben. Zeitmessungen oder andere systematische Beobachtungen vor Ort sind nicht vorgesehen.

Identifikation der Mitarbeiter

Zu Beginn des Projektes wird eine Masterliste mit den Namen und Berufsbezeichnungen aller Mitarbeiter der Kinder- und Jugendpsychiatrie erstellt. Jedem Mitarbeiter wird dabei eine eindeutige Nummer zugeordnet.

Die Masterliste wird während und nach den Erhebungen getrennt verwahrt. Eine Re-Identifikation der Mitarbeiter kann ausschließlich von der Projektleitung vorgenommen werden (z.B. wenn Nachfragen notwendig sind, oder wenn für Auswertungen die Berufsgruppe oder die Organisationseinheit eines Mitarbeiters bekannt sein muss). Dabei wird nicht der Mitarbeitername, sondern nur das angefragte Kriterium weitergegeben.

Ablauf der Interviews

Alle Interviewergebnisse werden schriftlich auf vorbereiteten Erhebungsbögen festgehalten. Auf dem Kopf der Erhebungsbögen wird die Nummer des befragten Mitarbeiters festgehalten. Dies ist aus folgenden Gründen notwendig:

- Bei organisations- und abteilungsbezogenen Daten muss bekannt sein, wer die Informationen gegeben hat, weil später evtl. Nachfragen bei Unklarheiten oder Widersprüchen notwendig sind.
- Bei mitarbeiterbezogenen Daten sollen später Auswertungen nach verschiedenen Kriterien durchgeführt werden (z.B. nach Berufsgruppe, nach Zugehörigkeit zu einer Organisationseinheit etc.). Hierfür muss der Mitarbeiter bekannt sein.

Ablauf der schriftlichen Befragung

Bereits beim Austeilen der Fragebögen wird die Nummer des befragten Mitarbeiters auf dem Fragebogen vermerkt. Dies ist notwendig, um später Auswertungen nach verschiedenen Kriterien (s.o.) vornehmen zu können.

Sammlung der Daten

Alle Erhebungsformulare werden bei der Projektleitung und räumlich getrennt von der Kinder- und Jugendpsychiatrie gesammelt. Die elektronische Erfassung erfolgt ausschließlich unter Verwendung der Mitarbeiternummern (nicht der Klarnamen). Es werden keine Ausdrucke dieser Dateien erstellt. Nur die Wissenschaftler haben Zugang zu den Rohdaten.

Auswertung der Daten / Präsentation der Ergebnisse

Die Auswertungen der mitarbeiterbezogenen Daten erfolgen ausschließlich aggregiert (z.B. Zufriedenheit mit Computern für die Berufsgruppe "Pflege" oder auf der Station "Mayer-Gross"). Die Daten werden so dargestellt, dass eine Re-Identifikation der Mitarbeiter nicht möglich ist. Die Gruppengröße ist hierzu auf mindestens 3 Personen festgelegt (Co-Therapeuten werden daher z.B. entsprechend zusammengefasst, und der Musiktherapeut nicht extra dargestellt). Bei der Präsentation der Daten innerhalb und außerhalb der betroffenen Einrichtungen können somit keine Rückschlüsse auf Mitarbeiter mehr erfolgen.

Archivierung der Daten

Nach Abschluss der Studie werden die Erhebungsbögen, die Daten-Dateien und die Masterliste dauerhaft archiviert. Nach Ablauf der empfohlenen Aufbewahrungszeit (DFG-Empfehlung) für wissenschaftliche Rohdaten von 10 Jahren werden sie vernichtet. Ein Zugriff auf die archivierten Daten für andere Zwecke als das vorliegende Projekt wird von der Zustimmung des Personalrats abhängig gemacht.

4 Detaillierte Studienplanung

4.1 Studiendesign und -ablauf

Die Ist-Analyse ist als eine Querschnittuntersuchung geplant, die zu einem Zeitpunkt einen vollständigen Überblick über die Untersuchungsaspekte liefert. Die Dokumentation der Vorgehensweise und Erhebungsinstrumente ist dabei so angelegt, dass sich die Ist-Analyse zu einer späteren Projektphase (insbesondere bei der in Projektphase 4 geplanten Evaluation der Interventionen) in gleicher Form wiederholen lässt.

Zunächst werden bei der Ist-Analyse die allgemeinen Vorinformationen (wie Aufbau der Abt. Kinder- und Jugendpsychiatrie) erhoben. Danach werden die zentralen Organisationseinheiten untersucht, die mit dem Behandlungsprozess zu tun haben.

Vor den mündlichen Befragungen, welche den Hauptteil der Ist-Analysen ausmachen, wird eine schriftliche Vorerhebung mit den in Kapitel 3.3 genannten Fragebögen MEV und MAK durchgeführt. Deren Auswertung dient als Anhalt für die Inhalte der mündlichen Befragungen.

Die fünf Sichten werden in den mündlichen Befragungen nacheinander abgehandelt. Da jede Sicht von einem spezialisierten Interviewer durchgeführt wird, sind verschiedene Termine pro Mitarbeiter notwendig. Dies bedeutet für die Mitarbeiter eine entsprechende zeitliche Belastung, hat aber den Vorteil, dass in jedem Termin jeweils ein Themenkomplex (wie z.B. Kommunikation) erschöpfend behandelt werden kann. Durch die geplante Dauer der Ist-Analyse liegen die Termine pro Mitarbeiter auch in mehrwöchigem Abstand, so dass von keiner zu hohen Belastung auszugehen ist.

Jede Sicht sollte möglichst abgeschlossen werden, bevor die Erhebungen für die neue Sicht beginnen.

Bei der Auswahl der Mitarbeiter wird darauf geachtet, solche Mitarbeiter mündlich zu befragen, die repräsentativ für eine Rolle und eine Organisationseinheit befragt werden können. Bei den Rollen wird eine Totalerhebung über alle Rollen einer Organisationseinheit angestrebt. Dabei werden aber nur die Rollen berücksichtigt, die für die direkte Patientenversorgung relevant sind.

Für das Gesamtprojekt wurden in Absprache zwischen den leitenden Mitarbeitern der Kinder- und Jugendpsychiatrie, dem Personalrat und dem Projektteam allgemeine Datenschutzbestimmungen getroffen, die für alle Phasen des Projektes und somit auch für die Durchführung der Ist-Analyse gelten. (vgl. Kapitel 3.6)

Zusammenfassend ergibt sich also folgende Studienplanung:

<i>Studienart</i>	Querschnittsstudie zu einem Zeitpunkt
<i>Erhebungszeitraum</i>	März 2000 – Oktober 2000
<i>Erhebungsphasen</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Schriftliche Vorerhebungen (MEV, MAK) 2. Erhebung allgemeine Informationen (v.a. Organisationsstruktur) 3. Erhebung und Auswertung Sicht 1 4. Erhebung und Auswertung Sicht 2 5. Erhebung und Auswertung Sicht 3 6. Erhebung und Auswertung Sicht 4 7. Erhebung und Auswertung Sicht 5
<i>Auswertungszeitraum</i>	Oktober 2000 - Januar 2001
<i>Studienort</i>	Abt. Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Heidelberg
<i>Grundgesamtheit</i>	Alle Mitarbeiter, die im Behandlungsprozess eine Rolle spielen
<i>Studienende</i>	Abschluss der Auswertungen, Rückmeldung an die Mitarbeiter
<i>Studienabbruch</i>	Kein Vertrauensverhältnis zu den Mitarbeiter möglich
<i>Datenerhebung</i>	Schriftliche Befragungen, Interviews, Dokumentenanalysen, Beobachtungen
<i>Datenauswertung</i>	Methoden der deskriptiven Statistik

In folgenden erfolgt nun für jede der fünf Sichtweisen auf den Behandlungsprozess eine Darstellung der einzelnen inhaltlichen Fragestellungen sowie eine detaillierte Zuordnung der Erhebungsmethoden (Interview, Fragebogen, Beobachtung, Dokumentenanalyse) und Erhebungsinstrumente. Die Eingangserhebung allgemeiner Charakteristika der Organisationsstruktur wird im folgenden zusammen mit der ersten Sicht (Tätigkeitsprofile und Rollen der Mitarbeiter) dargestellt. Bei der Auswahl und Festlegung der einzelnen Fragestellungen, Methoden und Erfassungsinstrumente wurde folgendermaßen vorgegangen:

- Für jede Sichtweise wurden Fragestellungen formuliert, die für eine präzise Beschreibung sowie eine Bewertung der Sicht z.B. nach Humankriterien notwendig erschien. Die Festlegung erfolgte nach ausführlicher Diskussion im Projektteam und nach der Sichtung von Literatur aus den Bereichen der Arbeitswissenschaft und -psychologie, Medizin und Informatik.
- Für jede inhaltliche Fragestellung wurde die Analyseeinheit festgelegt (Gesamtorganisation, Organisationseinheit, Mitarbeiter, Rolle, Tätigkeit). Soweit möglich wurde die Reihenfolge der inhaltlichen Fragestellungen dem KABA-Leitfaden angepasst.
- Da die bisherigen Abläufe und Strukturen über ihre reine Beschreibung hinaus bewertet werden sollen, wurden vor Beginn der Erhebung für jede inhaltliche Fragestellung mögliche Schwachstellen formuliert, um sicherzustellen, dass die Methodik in der Lage ist, diese zu "entdecken". Auf der Basis der allgemeinen Bewertungskriterien (Patienten- und Mitarbeiterorientierung) ergaben sich aus den potentiellen Schwachstellen die Kriterien, nach denen die einzelnen Abläufe und Strukturen beurteilt werden sollten.
- Es ergaben sich hierbei Kriterien, die sich besser für eine Bewertung durch Mitglieder des Projektteams als "Experten von außen" eigneten (sogenannte "**objektive**" **Bewertungskriterien**: obj. BWK) und solche, die sich besser für eine direkte Beurteilung der Mitarbeiter als "Experten vor Ort" eigneten ("**subjektive**" **Bewertungskriterien**: subj. BWK). Darüber hinaus wurde die Methodik so angelegt, dass die Mitarbeiter zu allen übergeordneten inhaltlichen Bereichen in offener Antwortform angeben konnten, ob und welche derzeitigen Probleme sie in diesem Bereich sehen.

„In der Praxis hat es sich als sinnvoll erwiesen, nach Interviews über die Tätigkeit der Mitarbeiter eine gesonderte Fragerunde unter der Thematik „Welche Verbesserungsmöglichkeiten sehen Sie in Ihrem Arbeitsbereich?“ durchzuführen“ ([Krallmann H et al. 1999], S. 90). Um für die subjektiven Bewertungskriterien zumindest einen formal vergleichbaren Maßstab zu verwenden, wurde häufig auf die visuelle Analogskala = VAS von 0 – 100 zurückgegriffen, auf der die Mitarbeiter ihre Bewertung angeben konnten.

Um das Kapitel möglichst übersichtlich zu gestalten, sind die einzelnen Erhebungsbögen nicht aufgeführt. Sie sind bei Interesse bei den Autoren erhältlich. Im folgenden werden nur die entsprechenden Bezeichnungen und Nummerierungen angegeben.

4.2 Vorerhebung mit MEV/MAK

4.2.1 Spezifische Ziele, Fragestellungen und Bewertungskriterien

Ziele der Vorerhebung waren:

- a) Hinweise zu gewinnen auf Verbesserungsbereiche, die in den Interviews für die Sichten 1-5 genauer beleuchtet werden können.
- b) Quantitative Einschätzungen zu verschiedenen Bereichen der Kooperation und des Organisationsklimas zu gewinnen. Diese sollen als Ausgangswerte dienen für eine Evaluation von Interventionen, die in einer späteren Projektphase durchgeführt werden.

4.2.2 Planung der Erhebungsmethoden und -instrumente

Es wurde ein neuer Fragebogen (Mitarbeiterorientierte Erfassung von Verbesserungswünschen) entworfen, der in offenen Fragen Verbesserungswünsche der Mitarbeiter zu den fünf Sichten auf den Behandlungsprozess erhebt („Rollen und Tätigkeitsprofile“, „Dokumentation“, „Kommunikation“, „Arbeitsabläufe und -organisation“ und „Kooperation“).

Als quantitatives Verfahren wurde der Fragebogen „Mitarbeiterorientierte Beurteilung der Arbeitsorganisation und Kooperation“ (MAK) entworfen auf der Grundlage des Landauer Inventars zur Diagnose des Organisationsklimas (LIDO) ([Müller G 1999]). Die Items wurden nach inhaltlichen Gesichtspunkten den Bereichen Transparenz von Unternehmenszielen und -aktivitäten, Struktur und Umfang der Tätigkeiten, Handlungs- und Entscheidungsspielraum, Informationsaustausch und Kommunikation sowie Kooperation zugeordnet.

Beide Fragebögen (MEV und MAK) können im Anhang eingesehen werden. Hier findet sich auch eine Aufstellung darüber, welche Items vom LIDO ausgewählt wurden.

4.2.3 Planung der Erhebungen

Es wird geplant, beide Fragebögen an alle Mitarbeiter der Kinder- und Jugendpsychiatrie auszuteilen, mit Ausnahme von Mitarbeitern, die im „Dienstleistungsbereich“ tätig sind (wie z.B. Küchenpersonal, Hausmeister usw.)

4.2.4 Planung der Ergebnisauswertung

Folgende Auswertungen sind geplant:

- a) MEV: Zusammenfassung und Kategorisierung der Verbesserungswünsche
- b) MAK: Berechnung der Mittelwerte und Häufigkeitsverteilungen für jedes Item
- c) MAK: Berechnung von einfaktoriellen Varianzanalysen, um zu überprüfen, ob sich Berufsgruppen signifikant in ihren Angaben unterscheiden.

4.3 Sicht 1: Rollen und Tätigkeitsprofile

4.3.1 Spezifische Ziele, Fragestellungen und Bewertungskriterien

Zunächst soll ein Überblick über allgemeine Eckdaten der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Name, Anzahl und Lage der Gebäude und Räume, Anzahl, Art und übergreifende Aufgaben der Organisationseinheiten, Anzahl und Qualifikation der Mitarbeiter, hierarchischer Aufbau, übergreifende Organisationsaufgaben usw.) gewonnen werden.

Im Anschluss daran fokussiert die Sicht 1 die Tätigkeitsprofile, wie sie sich für die einzelnen Mitarbeiter ergeben. Welcher Mitarbeiter hat welche Rolle(n) inne, mit welchen Aufgaben und Verantwortlichkeiten sind seine einzelnen Rollen verbunden, wie sieht ein typischer Wochenablauf aus, welche Stellung haben die Rollen in der Organisationshierarchie sind hier die zentralen Fragen.

Entsprechend ergeben sich als Analyseeinheiten die Gesamtorganisation, die Organisationseinheit, der Mitarbeiter und die einzelne Rolle. Auf jeder Ebene werden nur die Elemente einbezogen, die direkt relevant für die Patientenversorgung bzw. die Organisation des Behandlungsprozesses sind, so wird z.B. ein typisches Tätigkeitsprofil für die Rolle „Stationsarzt“, nicht jedoch für die Rolle „wissenschaftlicher Mitarbeiter“ oder „Dozent“ erstellt.

Potentielle Schwachstellen können sein:

- unklare Zuordnung der Rollen zu den MitarbeiterInnen
- unklare Zuordnung von Aufgaben und Verantwortlichkeiten zu den Rollen
- unklares hierarchisches Gefüge, in das die Rollen eingebunden sind
- häufiger Wechsel und Unterbrechung von Aufgaben
- zu hoher Aufwand für bestimmte Aufgaben pro Rolle (z.B. für Kommunikation oder für patientenferne Tätigkeiten)
- häufige Arbeitsrückstände bei bestimmten Aufgaben
- insgesamt hohe zeitliche Arbeitsbelastung einzelner MitarbeiterInnen

Die Bewertungskriterien ergeben sich entsprechend (siehe Tabelle 4), als Humankriterien des KABA-Leitfadens werden hier einbezogen: **Zeitdruck und psychische Belastung.**

	Gesamtorganisation	Organisationseinheit	MitarbeiterIn	Rolle
Allgemeine Kennzeichen	<ul style="list-style-type: none"> • Bezeichnung • Adresse(n) • Name und Erreichbarkeit der Leitungspersonen 	<ul style="list-style-type: none"> • Bezeichnung • Adresse(n) • Name und Erreichbarkeit der Leitungspersonen • Dauer des Bestehens 	<ul style="list-style-type: none"> • Name, bzw.ID-Code • Alter • Geschlecht 	<ul style="list-style-type: none"> • Bezeichnung
Lage der Gebäude	<ul style="list-style-type: none"> • Lageskizze 	<ul style="list-style-type: none"> • sBW: Probleme, Verbesserungsvorschläge 		
Räume	<ul style="list-style-type: none"> • Skizzen der Räume • Raumnutzung (Funktion, Belegung, Auslastung) 	<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl der Räume • sBW: Anzahl der Räume • sBW: Probleme und Verbesserungsvorschläge 	<ul style="list-style-type: none"> • sBW: Arbeitsräume • Häufigkeit Raummangel 	
Ziele / übergeordnete Aufgaben	<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl • Definition der Ziele • sBW: Eindeutigkeit der Definition • Zeitlicher Anteil der einzelnen Ziele • Personeller Anteil • sBW: Probleme und Verbesserungswünsche 	<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl • Definition der Ziele • sBW: Eindeutigkeit der Definition • Zeitlicher Anteil der einzelnen Ziele • Personeller Anteil • sBW: Probleme und Verbesserungsvorschläge 		
Hierarchische Aufbauorganisation	<ul style="list-style-type: none"> • Hierarchie und Weisungsbefugnis • sBW: Eindeutigkeit der Hierarchie • sBW: Probleme und Verbesserungswünsche 	<ul style="list-style-type: none"> • sBW: Probleme und Verbesserungsvorschläge 		<ul style="list-style-type: none"> • sBW: Probleme u. Vorschläge
Personelle Struktur	<ul style="list-style-type: none"> • Stellen: Art, Anzahl, Umfang, Befristung, offene Stellen, sBW: Anzahl, Verbesserungswünsche • Mitarbeiter: Namen, Anzahl, Berufszugehörigkeit, Qualifikation, zugehörige Organisationseinheit 	<ul style="list-style-type: none"> • sBW: Stellenanzahl, Probleme und Verbesserungsvorschläge 		
Personelle Besetzung	<ul style="list-style-type: none"> • Krankenstand, Fluktuation 	<ul style="list-style-type: none"> • Wochenübersicht: Anwesenheit pro Rolle • Unter-/ Überbesetzung (Häufigkeit, Zeiten, Ursachen, Maßnahmen) • sBW: Probleme und Verbesserungsvorschläge 		
Rollen & Mitarbeiter		<ul style="list-style-type: none"> • Rollenbezeichnung • Mitarbeiterumfang • Urlaubsvertretung • sBW: Mitarbeiterumfang pro Rolle • sBW: benötigte Rollen • sBW: Probleme und Verbesserungsvorschläge 		
Geplante org. Änderungen		<ul style="list-style-type: none"> • Art von Umgestaltungen in den nächsten 12 Monaten 		
Mitarbeiter-Beteiligung bei		<ul style="list-style-type: none"> • Mitarbeiter-Beteiligung auf Ebene des Betriebs, der Organisationseinheit 		

Analyse der Organisationsstruktur				
Änderung	Gesamtorganisation	Organisationseinheit	MitarbeiterIn	Rolle
		<ul style="list-style-type: none"> wer berät/entscheidet mit? 		

Tabelle 4: Bewertungskriterien zur Organisationsstruktur (Sicht 1).

Analyse der Tätigkeitsprofile pro MitarbeiterIn und Rolle		
	MitarbeiterIn	Rolle
Allgemeine Kennzeichen	<ul style="list-style-type: none"> Name, bzw.ID-Code Alter Geschlecht Dauer der Betriebszugehörigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> Bezeichnung Ausbildungsvoraussetzung Geübtheit
Rollen & Mitarbeiter	<ul style="list-style-type: none"> Zuordnung der Rollen Dauer der Rollenzugehörigkeit Arbeitszeit pro Rolle sBW: Probleme, mehrere Rollen innezuhaben 	
Reguläre Arbeitszeit	<ul style="list-style-type: none"> Reguläre Gesamtarbeitszeit 	
Zeitdruck	<ul style="list-style-type: none"> Arbeitsrückstände, Häufigkeit, Ursachen Maßnahmen zur Vermeidung Anzahl Überstunden (Ø, min, max) Schwankungen und deren Ursachen 	
Vertretung im Urlaubs- oder Krankheitsfall		<ul style="list-style-type: none"> feste Regelung? Umfang Vertretung, Umfang liegenbleibender Tätigkeiten
Tätigkeitsprofil	<ul style="list-style-type: none"> Wochenübersicht über feste Termine und Tätigkeiten 	<ul style="list-style-type: none"> Rollenbeschreibungen Tätigkeiten: Anzahl und Inhalt zeitlicher Umfang bzw. Anteil der Tätigkeiten sBW: Probleme und Verbesserungsvorschläge

Tabelle 5: Bewertungskriterien zu Tätigkeitsprofilen (Sicht 1).

4.3.2 Planung der Erhebungsmethoden und -instrumente

In den folgenden Tabellen finden sich für jede inhaltliche Fragestellungen die Erhebungsmethoden und Fragen sortiert nach Untersuchungsebene. Die Item-Nr. bezieht sich auf die Erhebungsbögen.

Gesamtorganisation			
Inhalt	Item-Nr.	Methode	Befragte
Allgemeine Kennzeichen	G1_1-3	Dokumentenanalyse Interview	Chefarzt / Sekretariat
Lage der Gebäude	G1_4	Beobachtung Dokumentenanalyse	
Räume	G1_5a-c	Beobachtung Dokumentenanalyse Interview	Chefarzt / Sekretariat
Inhalt	Item-Nr.	Methode	Befragte
Ziele, übergeordnete Aufgaben	G1_6a-b	Dokumentenanalyse Interview	Betriebsleitung
Hierarchische Aufbauorganisation	G1_10a-d	Dokumentenanalyse	

		Interview	Betriebsleitung
Personelle Struktur	G1_7a-d G1_9	Dokumentenanalyse Interview	Betriebsleitung
Personelle Besetzung	G1_8a-d G1_9	Dokumentenanalyse Interview	Betriebsleitung Personal-Verwaltung
Organisationseinheit			
Allgemeine Kennzeichen	O1_1-4	Dokumentenanalyse Interview	Chefarzt / Sekretariat OE-Leitung
Räume	O1_6a-d	Dokumentenanalyse Interview	OE-Leitung OE-Mitarbeiter
Ziele, übergeordnete Aufgabe	O1_5a-b	Dokumentenanalyse Interview	OE-Leitung
Hierarchische Aufbauorganisation	O1_11	Interview	OE-Leitung
Personelle Struktur	O1_7 O1_10	Dokumentenanalyse Interview	OE-Leitung
Personelle Besetzung	O1_9a-d O1_10	Dokumentenanalyse Interview	OE-Leitung
Rollen & Mitarbeiter	O1_8a-b O1_10	Dokumentenanalyse Interview	OE-Leitung
Geplante organisatorische Änderungen	O1_12a-c	Interview	Betriebsleitung OE-Leitung
Beteiligung bei Änderungen	O1_13a-d	Interview	OE-Leitung
MitarbeiterIn			
Allgemeine Kennzeichen	M1_1-4	Interview	Mitarbeiter
Rollen & Mitarbeiter	M1_6a-b	Interview	Mitarbeiter
Reguläre Arbeitszeit	M1_5	Interview	Mitarbeiter
Tätigkeitsprofil	M1_7a-b	Interview	Mitarbeiter
Zeitdruck	M1_8a-g	Interview	Mitarbeiter
Räume	M1_9a-b	Beobachtung Interview	Mitarbeiter
Rolle			
Allgemeine Kennzeichen	R1_1-3	Interview	Mitarbeiter
Vertretung bei Urlaub- oder Krankheit	R1_4a-b	Interview	Mitarbeiter
Tätigkeitsprofil	R1_5a-d	Dokumentenanalyse Interview	Mitarbeiter
Hierarchie	R1_6	Interview	Mitarbeiter

Tabelle 6: Erhebungsinstrumente zu Sicht 1.

4.3.3 Planung der Erhebungen

Aus der Aufstellung der Fragen und Methoden ergeben sich die konkreten Arbeitspakete für die Erhebung. Der genaue Umfang der notwendigen Untersuchungen kann nur grob geschätzt werden, da er sich aus den jeweiligen Spezifika der zu analysierenden Organisation (z.B. Größe, Anzahl der Organisationseinheiten, hierarchischer Aufbau usw.) und der Detailliertheit der Analyse ergibt (Umfang der Einbeziehung der Organisationseinheiten, MitarbeiterInnen, Rollen usw.).

	Arbeitspaket	Anzahl Untersuchungseinheiten <i>(Personen, Gebäude, Dokumente)</i>	Aufwand pro Einheit	Gesamtaufwand
1	Befragung Chefarzt <i>(Allg. Kennzeichen Gesamtorganisation u. Organisationseinheiten, Räume)</i>	1	1h	ca. 1h
2	Befragung Chefarztsekretariat <i>(Allg. Kennzeichen Gesamtorganisation u. Organisationseinheiten, Räume)</i>	1	1h	ca. 1h
3	Dokumentenanalyse <i>(Gesamtorganisation u. Organisationseinheiten: Allg. Kennzeichen, Lage der Gebäude, Räume, Ziele, Hierarchische Aufbauorganisation, Personelle Struktur u. Besetzung Mitarbeiter u. Rollen: Tätigkeitsprofil)</i>	ca. 10	1h	ca. 10h
4	Beobachtung <i>(Lage der Gebäude, Räume)</i>	ca. 3	2h	ca. 6h
5	Befragung Betriebsleitung <i>(Ziele, Hierarchische Aufbauorganisation, personelle Struktur u. Besetzung, geplante organisatorische Änderungen in der Gesamtorganisation u. den Organisationseinheiten)</i>	ca. 3	2-3h	ca. 6h
6	Befragung OE-Leitung <i>(Allg. Kennzeichen Organisationseinheit, Räume, Ziele, Hierarchische Aufbauorganisation, Personelle Struktur u. Besetzung, Rollen u. Mitarbeiter, geplante organisatorische Änderungen Organisationseinheit, Beteiligung bei Änderungen)</i>	ca. 8	1-2h	ca. 12h
7	Befragung MitarbeiterIn <i>(Allg. Kennzeichen, Rollen, Arbeitszeit, Zeitdruck, Tätigkeitsprofil, Räume, Urlaubsvertretung, Hierarchie)</i>	ca. 25	ca. 2h	ca. 50h
	Gesamt			ca. 90h

Tabelle 7: Aufwandabschätzung für Sicht 1.

4.3.4 Planung der Ergebnisauswertung

Für die Ergebnisdarstellung dieser Sicht bietet sich eine Kombination aus deskriptiver Beschreibung im Text, tabellarischer und graphischer Aufbereitungen für Übersichten bzw. Zusammenfassungen (z.B. Organigramm für Organisationsstruktur, Grundrisse für die Räumlichkeiten) an.

4.4 Sicht 2: Dokumentation und informationsverarbeitende Werkzeuge

4.4.1 Spezifische Ziele, Fragestellungen und Bewertungskriterien

In Sicht 2 wird der Ist-Zustand der Informationsverarbeitung analysiert. Hierzu gehören unter anderem die Fragen, welche Dokumente zu welchem Zweck eingesetzt werden, welche Werkzeuge (Anwendungssysteme und physische Werkzeuge) verwendet werden und welche Probleme dabei auftauchen. Auch der Informationsaustausch zwischen Aufgaben sowie die Ablagen von Dokumenten (Archivierung) wird analysiert.

Sicht 2 fokussiert auf den schriftlichen Informationsaustausch in Form von Formularen oder elektronischen Daten. Der mündliche Informationsaustausch wird in Sicht 3 untersucht.

Die Informationsverarbeitung wird auf der Ebene der Gesamtorganisation und der Organisationseinheit analysiert, um abteilungsspezifische Besonderheiten (z.B. beim Formularwesen) berücksichtigen zu können.

Typische Schwachstellen wären z.B.:

- überflüssiger Informationsaustausch
- Verwendung redundanter Dokumente
- unklare Berechtigungen beim Zugriff auf Ablagen
- ungenügende Ausstattung mit rechnergestützten Werkzeugen
- unklare Zuständigkeiten beim Erstellen und Verwenden von Dokumenten und Ablagen
- hohe Aufwände für die Dokumentensuche

Als Bewertungskriterien wird für Sicht 2 hauptsächlich der Umfang an Problemen aus Sicht der Mitarbeiter verwendet sowie Kennzahlen für die Komplexität der Informationsverarbeitung (z.B. Anzahl der Dokumente). Das Humankriterium "informativische Erschwerungen" kann erst im Zusammenhang mit den Abläufen (Sicht 4) ermittelt werden.

Angegeben sind die Inhalte der Ist-Analysen sowie die objektiven (oBK) und subjektiven (sBK) Bewertungskriterien für die Schwachstellenanalysen.

Analyse der Informationsverarbeitung		
	Gesamtorganisation	Organisationseinheit
Einflussgrößen auf Informationsverarbeitung	<ul style="list-style-type: none"> • Art und Inhalt • oBK: Anzahl der Einflussgrößen • sBK: Widersprüchlichkeit der Einflussgrößen 	
Verantwortlichkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Aufgabenbereiche der IV • Verantwortliche für IV • oBK: Anzahl der Verantwortlichen • sBK: Klarheit der Zuständigkeiten 	<ul style="list-style-type: none"> • Aufgabenbereiche der IV • Verantwortliche für IV • oBK: Anzahl der Verantwortlichen
Dokumente	<ul style="list-style-type: none"> • Bezeichnung + Art • Aufgabe • Struktur und Verwendung • verwendende OE • Ablauf bei Verwendung • Probleme • oBK: Anzahl der Dokumente pro OE und pro Aufgabe; Klarheit der Verwendung; Anzahl der Probleme • sBK: Schweregrad der Probleme 	
Akten	<ul style="list-style-type: none"> • Bezeichnung + Art • Enthaltene Dokumente • Aufenthaltsort • Verwendung • Berechtigungen • Probleme • oBK: Anzahl Ablagen je Dokument; Klarheit der Angaben; Anzahl der Probleme • sBK: Schweregrad der Probleme 	
Archive	<ul style="list-style-type: none"> • Bezeichnung + Art • Enthaltene Akten • Ort • Verwendung • Berechtigungen • Probleme • oBK: Anzahl Archive je Akte; Klarheit der An- 	

	<ul style="list-style-type: none"> gaben; Anzahl der Probleme sBK: Schweregrad der Probleme 	
Physische und logische Werkzeuge	<ul style="list-style-type: none"> 	physisch: <ul style="list-style-type: none"> Bezeichnung + Art Ort + Anzahl Benutzer logisch: <ul style="list-style-type: none"> Bezeichnung + Art Verwendung Aufgabe + Benutzer realisierende Werkzeuge beide: <ul style="list-style-type: none"> Probleme oBK: Anzahl Werkzeuge pro OE, Anzahl und Ausstattung Arbeitsplätze, Anzahl der Probleme sBK: Schweregrad der Probleme
Informationsaustausch intern und extern	<ul style="list-style-type: none"> Sender + Empfänger Inhalt Art + Häufigkeit Bedeutung oBK: Anzahl Schnittstellen; Häufigkeit und Arten des Austauschs sBK: Relevanz für Patientenversorgung 	

Tabelle 8: Bewertungskriterien zu Sicht 2.

4.4.2 Planung der Erhebungsmethoden und -instrumente

In den folgenden Tabellen finden sich für jede inhaltliche Fragestellungen die Erhebungsmethoden und Fragen sortiert nach Untersuchungsebene. Die Item-Nr. bezieht sich auf die Erhebungsbögen.

Gesamtorganisation			
Inhalt	Item-Nr.	Methode	Befragte
Einflussgrößen auf Informationsverarbeitung	G2_1	Interview	Gesamtleitung DV-Leitung
Verantwortlichkeit für Informationsverarbeitung	G2_2 G2_3	Interview	Gesamtleitung DV-Leitung
Dokumente	G2_4a-c	Dokumentenanalyse Interview	alle OEs DV-Leitung alle OE-Leitungen
Akten	G2_5a-c	Dokumentenanalyse Interview	alle OEs DV-Leitung alle OE-Leitungen
Archive	G2_6a-c	Beobachtung Interview	alle OEs DV-Leitung alle OE-Leitungen
Informationsaustausch intern	G2_7	Interview	alle Rollen
Informationsaustausch extern	G2_8	Interview	Sekretariat
Organisationseinheit			
Verantwortlichkeit für Informationsverarbeitung	O2_1	Interview	Gesamtleitung DV-Leitung OE-Leitungen

Logische und physische Werkzeuge	O2_2a-b	Interview	DV-Leitung
	O2_3a-b	Beobachtung	
	O2_2c	Interview	DV-Leitung
	O2_3c		OE-Leitungen

Tabelle 9: Erhebungsinstrumente zu Sicht 2.

Die OE-Leitung kann das Interview ggf. jeweils an einen kompetenten Mitarbeiter delegieren. DV-Leitung beinhaltet in diesem Zusammenhang den Leiter der EDV sowie den Zuständigen für die Dokumentation und Archivierung.

4.4.3 Planung der Erhebungen

Im folgenden werden die geschätzten Aufwände für die Erhebung dargestellt.

	Arbeitspaket	Anzahl Untersuchungseinheiten <i>(Personen Gebäude Dokumente)</i>	Aufwand pro Einheit	Gesamtaufwand
1	Befragung Gesamtleitung (Einflussgrößen IV, Verantwortlichkeiten IV)	1	1h	ca. 1h
2	Befragung DV-Leiter (Einflussgrößen IV, Dokumente, Akten, Archive, Werkzeuge)	2	4h	ca. 8h
3	Beobachtung (Archive)	ca. 2 Archive	1h	ca. 2h
4	Befragung OE-Leitungen (Verantwortlichkeit, Dokumente, Akten, Archive, Werkzeuge)	ca. 10 Personen	2h	ca. 20h
5	Beobachtung (Werkzeuge IV)	ca. 10 OEs	1h	ca. 10h
6	Dokumentenanalyse (in OEs verwendete Dokumente und Akten)	ca. 10 OEs	1h	ca. 10h
7	Befragung Rollen (Informationsaustausch intern)	ca. 10 Rollen	1h	ca. 10h
8	Befragung Sekretariat (Informationsaustausch extern)	1	1h	ca. 1h
	Gesamt			ca. 60h

Tabelle 10: Aufwandabschätzung für Sicht 2.

4.4.4 Planung der Ergebnisauswertung

Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt zunächst deskriptiv in Tabellenform. Zusätzlich werden folgende Aspekte modelliert:

- die Dokumente je Akte
- die Akten je Patient
- die Archive je Akte
- die je Aufgabe verwendeten Dokumente

Außerdem wird ein Datenflussmodell des Informationsaustausches (Richtung und Inhalt) erstellt. Alle genannten Probleme sollen nach Gewicht und nach Bereich sortiert werden. Verbesserungsvorschläge, soweit sie sich direkt ergeben, werden dabei mitnotiert.

4.5 Sicht 3: Kommunikation

4.5.1 Spezifische Ziele, Fragestellungen und Bewertungskriterien

Die Sicht zum Thema Kommunikation hat als Untersuchungsschwerpunkte die Analyse der Besprechungen, Kommunikationsmedien und Kommunikationsbeziehungen zwischen Mitarbeitern. Vorab wird eine allgemeine Einschätzung der Mitarbeiter zum Thema Kommunikation erhoben. Hierbei wird auf Fragen aus dem "Fragebogen zur Erfassung der Kommunikation in Organisationen" von ([Sperka M 1997]) zurückgegriffen. Es werden alle Besprechungen der Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Heidelberg, die einen Bezug zur Patientenversorgung besitzen, zusammengetragen und analysiert. Zu den Besprechungen zählen Visiten, Besprechungen auf Ebene der Organisationseinheit und der Ebene der Gesamtorganisation, Supervisionen, Fortbildungen und auch exemplarisch Einzelbesprechungen, die regelmäßig stattfinden. Die befragten Mitarbeiter sollen die Besprechungen auf ihre kooperative Zielrichtung (Informationsaustausch, Entscheidungsfindung, Abstimmung von Tätigkeiten) und ihre Relevanz für die eigene Arbeit hin bewerten.

Bei den Kommunikationsmedien werden Schwarze Bretter, die Hauspost, Sprechzeiten, Telefon, Fax, Piepser und e-Mail betrachtet. Es wird untersucht, wer welche Medien in welcher Form einsetzt. Die Mitarbeiter sollen die Medien auf ihre Angemessenheit, ihre Häufigkeit der Nutzung und ihre Relevanz hin bewerten.

Der Bereich Kommunikationsbeziehungen untersucht die Kommunikationsbeziehungen zwischen den verschiedenen Rollen. Sie werden auf ihre Relevanz und auf mögliche Schwachstellen hin untersucht. Dieser Bereich dient insbesondere als Vorarbeit für die Sicht 5 („Kooperation“).

Die Untersuchungen laufen auf der Ebene der Gesamtorganisation, der Organisationseinheiten, aber insbesondere auf der Ebene der Rollen und Mitarbeiter.

Typische Schwachstellen wären z.B.:

- ineffiziente Besprechungen, zum Beispiel durch einen zu großen Teilnehmerkreis oder unterschiedliche Erwartungshaltungen,
- für ihre Aufgabe unangemessene Kommunikationsmedien,
- geringe Verfügbarkeit oder Zugriffsmöglichkeiten auf notwendige Medien,
- Medienbrüche,
- Reibungsverluste bei der Ausübung der Kommunikationsbeziehungen.

Der Bereich Kommunikationsprozesse wird im Rahmen der Sicht 4 in Zusammenhang mit der Analyse und Modellierung der Geschäftsprozesse bearbeitet. Hier erfolgt auch die Untersuchung des Humankriteriums Kommunikation nach dem KABA-Leitfaden ([Dunckel H et al. 1993]). Dieses bestimmt die Kommunikationserfordernisse zur Erfüllung einer Arbeitsaufgabe in einer 7-stufigen Skala anhand von Entscheidungs- und Planungserfordernissen der Arbeitseinheiten, die Kommunikation erfordern.

Analyse der Kommunikation			
	Gesamtorganisation	Organisationseinheit	Rolle
Besprechungen Allg. Kennzeichen	<ul style="list-style-type: none"> • Bezeichnung • Ziel • Zeit, Rhythmus • Raum • Leiter • Beteiligte Rollen • Genutzte Dokumente • Ablauf • oBW: Leitung eindeutig • oBW: Protokoll vorhanden • oBW: Eindeutigkeit der Zielsetzung 	<ul style="list-style-type: none"> • Bezeichnung • Ziel • Zeit, Rhythmus • Raum • Leiter • Beteiligte Rollen • Genutzte Dokumente • Ablauf • oBW: Leitung eindeutig • oBW: Protokoll vorhanden • oBW: Eindeutigkeit der Zielsetzung 	<ul style="list-style-type: none"> • Bezeichnung • Ziel • Zeit, Rhythmus • Raum • Leiter • Beteiligte Rollen • Genutzte Dokumente • Ablauf • oBW: Leitung eindeutig • oBW: Protokoll vorhanden • oBW: Eindeutigkeit der Zielsetzung

Analyse der Kommunikation			
	Gesamtorganisation	Organisationseinheit	Rolle
Bewertung Besprechungen	<ul style="list-style-type: none"> • Homogenität • Konversationstyp • Konversationsebenen 	<ul style="list-style-type: none"> • Homogenität • Konversationstyp • Konversationsebenen 	<ul style="list-style-type: none"> • Homogenität • Konversationstyp • Konversationsebenen • Bezug zu eignen Aufgaben • Relevanz (VAS) • sBW: Probleme, Verbesserungsvorschläge
Allg. Informationen und Dokumente	<ul style="list-style-type: none"> • Information • Ziel • Rollen • Rhythmus • Medium 		<ul style="list-style-type: none"> • Art • sBW: Probleme, Verbesserungsvorschläge
Hauspost	<ul style="list-style-type: none"> • Zuständigkeiten 		<ul style="list-style-type: none"> • Postfach / Zugang • sBW: Probleme, Verbesserungsvorschläge
Elektronische Post	<ul style="list-style-type: none"> • Kennung für die Gesamtorganisation • Zuständigkeit 		<ul style="list-style-type: none"> • Kennung • Häufigkeit der Nutzung • Relevanz (VAS) • sBW: Probleme, Verbesserungsvorschläge
Schwarze Bretter	<ul style="list-style-type: none"> • Ziel / Inhalt • Rollen • Zuständigkeit • Medium 	<ul style="list-style-type: none"> • Ziel / Inhalt • Rollen • Zuständigkeit • Medium 	<ul style="list-style-type: none"> • sBW: Probleme, Verbesserungsvorschläge
Telefon / AB / Fax / Piepser	<ul style="list-style-type: none"> • Telefon- / Piepserlisten • Aktualität • Verantwortlichkeit • Allgemeine Nummern • Erreichbarkeit 		<ul style="list-style-type: none"> • Häufigkeit der Nutzung • Relevanz (VAS) • Angemessenheit • sBW: Probleme, Verbesserungsvorschläge
Sprechzeiten			<ul style="list-style-type: none"> • Ziel / Zielgruppe • Medien • Zeiten • Terminvergabe • Wartebereich • sBW: Probleme, Verbesserungsvorschläge
Kommunikationsbeziehungen			<ul style="list-style-type: none"> • Rolle Partner • Beschreibung / Aufgabe • Relevanz (VAS) • Medien • Homogenität • Ebenen der Konversation • sBW: Probleme, Verbesserungsvorschläge
Bewertung Kommunikation (VAS)			<ul style="list-style-type: none"> • Zeitaufwand • Informationsflut • Präzision • Feedback • Zufriedenheit • Relevanz

Tabelle 11: Bewertungskriterien zur Kommunikation (Sicht 3).

4.5.2 Planung der Erhebungsmethoden und -instrumente

Als Erhebungsmethode werden hauptsächlich semistrukturierte Interviews mit Orientierungsfragen durchgeführt. Besprechungen werden zusätzlich unter Verwendung eines Beobachtungsleitfadens beobachtet. Der Beobachtungsleitfaden befindet sich im Anhang.

In den folgenden Tabellen finden sich für jede inhaltliche Fragestellungen die Erhebungsmethoden und Fragen sortiert nach Untersuchungsebene. Die Item-Nr. bezieht sich auf die Erhebungsbögen.

Gesamtorganisation			
Inhalt	Item-Nr.	Methode	Befragte
Besprechungen (Name, Ziel, Zeit, Rhythmus, Raum, Leiter, Rollen, Protokoll, Konversationstypen)	G4_1a-b, Beobachtungsleitfaden	Interview Beobachtung	Mitarbeiter
Allg. Informationen und Dokumente	G4_2a	Interview	DV-Leiter
Hauspost (Beschreibung / Bewertung)	G4_3a	Interview	DV-Leiter
Elektronische Post (Beschreibung / Bewertung)	G4_4a-c	Interview	DV-Leiter
Schwarze Bretter (Beschreibung / Bewertung)	G4_5	Interview	DV-Leiter
Telefon / Fax / Piepser	G4_6a-b	Interview	DV-Leiter
Organisationseinheit			
Besprechungen (Name, Ziel, Zeit, Rhythmus, Raum, Leiter, Rollen, Protokoll, Konversationstypen)	Beobachtungsleitfaden	Beobachtung	
Rolle			
Besprechungen (Name, Ziel, Zeit, Rhythmus, Raum, Leiter, Rollen, Protokoll, Konversationstypen)	R3_1a-c	Interview	Mitarbeiter
Allg. Informationen und Dokumente	R3_2a	Interview	Mitarbeiter
Hauspost (Beschreibung und Bewertung)	R3_3a-b	Interview	Mitarbeiter
Elektronische Post (Beschreibung / Bewertung)	R3_4a-d	Interview	Mitarbeiter
Schwarze Bretter (Beschreibung / Bewertung)	R3_5a-b	Interview	Mitarbeiter
Telefon / Fax / Piepser	R3_6	Interview	Mitarbeiter
Sprechzeiten	R3_7a-b	Interview	Mitarbeiter
Kommunikationsbeziehungen (Beschreibung, Relevanz, Homogenität, gemeinsame Behandlungsziele)	R3_8a-c		Mitarbeiter
Bewertung der Kommunikation (Zeit, Informationsmenge, Rückmeldung, Bedeutung, Zufriedenheit)	R3_8a-c		Mitarbeiter

Tabelle 12: Erhebungsinstrumente zu Sicht 3.

Die DV-Leitung beinhaltet in diesem Zusammenhang den Leiter der EDV sowie allgemeiner Ansprechpartner zur Gesamtorganisation.

4.5.3 Planung der Erhebungen

Im folgenden werden die geschätzten Erhebungsaufwände dargestellt.

	Arbeitspaket	Anzahl Untersuchungseinheiten	Aufwand pro Einheit	Gesamtaufwand
--	---------------------	--------------------------------------	----------------------------	----------------------

		(Personen Gebäude Dokumente)		
1	Befragung DV-Leiter (Hauspost, elektronische Post, allg. Informationen, Schwarze Bretter, Telefon, Fax, Piepser)	1	1 h	1 h
2	Beobachtung (Besprechungen)	ca. 15 Besprechungen	ca. 1h	ca. 15h
3	Befragung Rollen (Besprechungen, Kommunikationsmedien, Kommunikationsbeziehungen)	ca. 15 Rollen	2h	ca. 30h
	Gesamt			ca. 46h

Tabelle 13: Aufwandsabschätzung für Sicht 3.

4.5.4 Planung der Ergebnisauswertung

Für die Ergebnisdarstellung dieser Sicht bietet sich eine Kombination aus deskriptiver Beschreibung im Text, tabellarischer und graphischer Aufbereitungen für Übersichten bzw. Zusammenfassungen (z.B. Kommunikationsbeziehungen) an. Die Ergebnisse der Befragungen mit Hilfe der Visuellen Analog Skalen (VAS) können über Mittelwertbildung zusammengefasst werden.

4.6 Sicht 4: Arbeitsaufgaben und Arbeitsabläufe

4.6.1 Spezifische Ziele, Fragestellungen und Bewertungskriterien

Ziel von Sicht 4 ist die Analyse von Arbeitsaufgaben und –abläufen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Heidelberg. Hierzu gehören u.a. die Fragen, welche Aufgaben besonders wichtig bzw. aufwendig sind, wie der typische Arbeitsablauf in einer OE aussieht, wer an einer Aufgabe beteiligt, wer verantwortlich ist, welche Ziele und Bedeutung eine Aufgabe hat, welche Absprachen es zu einer Aufgabe gibt, wie der typische Ablauf einer Aufgabe aussieht, und wie Humankriterien für die einzelnen Aufgaben ausfallen.

Folgende mögliche Schwachstellen sind dabei denkbar:

- Unklarheit über Bedeutung und Zeitaufwand einzelner Geschäftsprozesse
- Unklarheit über Beteiligte und Verantwortliche
- Unklarheit über Ziele einer Aufgabe; verschiedene Bewertung der Bedeutung einer Aufgabe für Patientenversorgung
- Unklarheit über den Ablauf
- unzureichender Informationsfluss
- häufige Unterbrechungen, häufige Probleme im Ablauf
- geringe Durchschaubarkeit und Gestaltbarkeit des Prozesses; geringer Entscheidungsspielraum

Schwachstellen leiten sich folgende objektiven (oBK) und subjektiven Bewertungskriterien (sBK) ab.

Analyse der Arbeitsaufgaben		
	Organisationseinheit	Aufgabe / Tätigkeit
Rahmeninformationen	<ul style="list-style-type: none"> • wichtigste Aufgaben einer OE • aufwendigste Aufgaben einer OE • oBK: Unterschied 	<ul style="list-style-type: none"> • Verantwortliche und Beteiligte • Ziele • Absprachen • oBK: Klarheit der Angaben; Anzahl Beteiligter • sBK: Klarheit der Verantwortliche, Beteiligte, Ziele, Absprachen; Bedeutung für Patientenversorgung

Ablauf	<ul style="list-style-type: none"> • typischer Arbeitsablauf • Probleme • oBK: Klarheit der Angaben; Anzahl an Problemen • sBK: Schweregrad der Probleme 	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeitsaufträge • typische Dauer • Arbeitseinheiten • typischer Ablauf • Startereignis • benötigte Informationen • Verarbeitete Informationen • erzeugte Informationen • benutzte Werkzeuge • oBK: Klarheit der Angaben, Anzahl Informationen, Anzahl Werkzeuge, Anzahl Auslöser, Anzahl Varianten, Zeitaufwand
Humankriterien		<ul style="list-style-type: none"> • Variabilität • Durchschaubarkeit • Gestaltbarkeit • Kontakt • Entscheidungsspielraum • Kommunikationserfordernis • Zeitliche Planungserfordernis • Zeitbindung • Zeitdruck u. Arbeitsrückstände • Probleme (Informator. Erschwerung, motorische Erschwerung, Unterbrechungen, ...) • oBK: Grad der Humankriterien, Anzahl Probleme • sBK: Schweregrad der Probleme

Tabelle 14: Bewertungskriterien für Sicht 4.

4.6.2 Planung der Erhebungsmethoden und -instrumente

In den folgenden Tabellen finden sich für jede inhaltliche Fragestellungen die Erhebungsmethoden und Fragen sortiert nach Untersuchungsebene. Die Item-Nr. bezieht sich auf die Erhebungsbögen.

Organisationseinheit			
Inhalt	Item-Nr.	Methode	Befragte
Rahmeninformation	O3_1	Interview	Gesamtleitung OE-Leitung
Ablauf	O3_2	Interview	OE-Leitung
	O3_3	Interview	OE-Leitung
Aufgabe / Tätigkeit			
Rahmeninformation	A3_1	Interview	Gesamtleitung OE-Leitung
	A3_2	Interview	Gesamtleitung OE-Leitung
	A3_3	Interview	Aufgabenverantwortlicher
	A3_4	Interview	OE-Leitung Aufgabenverantwortlicher Aufgabenmitarbeiter
Ablauf	A3_5- A3_10	Interview	Aufgabenverantwortlicher
	A3_11	Interview Beobachtung	Aufgabenverantwortlicher
	A3_12	Interview	Aufgabenverantwortlicher Aufgabenmitarbeiter
Humankriterien	A3_13- A3_18	Interview	Aufgabenverantwortlicher

Tabelle 15: Erhebungsinstrumente für Sicht 4.

4.6.3 Planung der Erhebungen

Bei "OE-Leitungen" soll jeweils die ärztliche, pflegerische und pädagogische Leitung jeder Organisationseinheit befragt werden. Die jeweilige Leitung kann ggf. an eine oder zwei ausgewiesene Personen verweisen, die statt dessen bzw. ergänzend befragt werden sollen. Bei "Mitarbeiter" sollen alle hauptamtlichen Mitarbeiter befragt werden.

Die genaue Planung erfolgt nach Abschluss der Erhebungen zu Sicht 1, 2 und 3.

4.6.4 Planung der Ergebnisauswertung

Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt zunächst deskriptiv in Tabellenform: Prozessdefinition, Kurzbeschreibung, beteiligte Akteure, Auslöser/Vorbedingungen, Ergebnisse/Nachbedingungen sowie Auflistung der einzelnen Tätigkeiten. Zusätzlich wird ein Modell der Abläufe auf Basis einer Prozessmodellierungsmethode (z.B. Aktivitätendiagramme im UML) erstellt. Dabei konzentriert man sich auf die Prozesse, die offenbar Probleme bereiten.

Der Vorteil der Darstellung von Aktivitätendiagrammen im Unterschied zu anderen Modellierungsmethoden (wie z.B. Ereignisgesteuerten Prozessketten) sind:

- nur notwendige Bedingungen/Ereignisse werden eingezeichnet
- es ist eine eindeutige Festlegung der Objektklassen möglich
- es ist eine eindeutige Festlegung der Zustandübergänge der Objekte möglich
- das Anhängen von Humankriterien ist möglich

Als Modellierungswerkzeug wird das Programm Micrografx verwendet. Für die Aktivitätendiagramme wird eine Objektesammlung erstellt, bei der zu typischen Objekten (z.B. Akte) ein eindeutiges graphisches Symbol zugeordnet wird. Dadurch wird die Einheitlichkeit der graphischen Darstellung gewährleistet.

4.7 Sicht 5: Kooperation im multiprofessionellen Behandlungsteam

Diese Sicht sollte aufbauend auf den vier beschriebenen Sichten „Tätigkeitsprofile“, „Informationsverarbeitung“, „Kommunikation“ und „Geschäftsprozesse“ die Kooperation analysieren. Hierbei sollte die Betrachtung des multiprofessionellen Teams im Vordergrund stehen.

Entsprechend stellte sich als sinnvoll heraus, erst die Daten der anderen Sichten zu erheben und im Anschluss daran eine detaillierte Studienplanung für die Kooperations-Sicht zu entwerfen. Daher findet sich die detaillierte Studienplanung dieser Sicht bei der Darstellung der Ergebnisse in Kapitel 6.8.

Zum Zeitpunkt der Erstellung der Studienplanung wurde lediglich ein grober Entwurf der Untersuchungsgegenstände festgelegt. Generell sollte die Sicht auf die Kooperation folgende Aspekte berücksichtigen:

- a) Beschreibung und Bewertung der **Struktur** der multiprofessionellen Teams
 - wie sind Teams personell zusammengesetzt, wie konstant ist ihre Zusammensetzung?
 - über welchen Zeitraum wird zusammengearbeitet?
 - welchen Verantwortungs- und Entscheidungsbereich, welche Ziele haben sie?
- b) Beschreibung und Bewertung der **Teamaufgabe**
 - wie komplex, strukturierbar ist die Gruppenaufgabe, welche Arbeitsgebiete umfasst sie?
 - wie gut eignen sich Teams als Organisationsform zur Bearbeitung der Aufgaben?
- c) Beschreibung und Bewertung der **Teamprozesse**
 - wie verläuft die Kommunikation?
 - wie werden die Tätigkeiten der verschiedenen Gruppenmitglieder miteinander koordiniert?
- d) Beschreibung und Bewertung der **Kooperation zwischen Teams**

4.7.1 Teamprozesse

4.7.1.1 Festlegung der Beschreibungsinhalte

Für eine Beschreibung der Teamprozesse wurden folgende Leitfragen festgelegt:

- Wie werden die Aufgaben im Team bearbeitet?
- Wie werden Ziele definiert und überprüft?
 - Typische Abläufe bei der Festlegung, Umsetzung, Überprüfung und Anpassung von Behandlungszielen
- Wie werden Entscheidungen getroffen?
 - Entscheidungsprozesse
 - Entscheidungsspielräume
- Wie erfolgt die Abstimmung und Koordination in Hinblick auf das gemeinsame Ziel?
- Wie ist der Informationsaustausch innerhalb des Teams?
 - Notwendigkeit und Umfang an Information, Dokumentation, Kommunikation und Feedback
- Wie ist das Zusammengehörigkeitsgefühl innerhalb des Teams?

5 Studiendurchführung

5.1 Allgemeine Änderungen zur Studienplanung

In der Studiendurchführung ergaben sich folgende Änderungen in Bezug auf die geplante Vorgehensweise:

Vorgehen bei der Erhebung:

- Die Methodik KABA sieht eine getrennte Analyse für jede Organisationseinheit vor. Dieses Vorgehen hat sich als wenig sinnvoll erwiesen, da viele Mitarbeiter nicht nur einer Organisationseinheit sondern mehreren zugeordnet sind. Daher wurden in einzelnen Interviews Befragungen gleich für mehrere Organisationseinheiten durchgeführt.
- Die Interviews zu der allgemeinen Organisationsstruktur wurden mit der Leitungsebene der Organisation erst nach den Mitarbeiter-Interviews geführt. Durch diese Reihenfolge der Befragung wurde gewährleistet, dass zunächst die Sicht der Mitarbeiter erhoben werden konnte und erst danach die Sicht der Klinikleitung einfluss. Damit wurde eine tendenzielle Dominanz der Perspektive der Organisationsleitung vermieden.
- Es war geplant, die einzelnen Sichten nacheinander zu erheben und auszuwerten. Durch die verlängerten Erhebungen und Auswertungen (Studiendauer siehe unten) war dies nicht möglich. Die Sichten begannen vielmehr jeweils versetzt zueinander.

Studiendauer:

- Die Erhebung und Auswertung der Ist-Analyse hat insgesamt länger als die veranschlagten 10 Monate gedauert. Ursache war v.a. die aufwendige Durchführung und insbesondere Auswertung der zahlreichen Interviews. So ergaben sich in den Mitarbeiterbefragungen eine Fülle von einzelnen Aspekten und Schwachstellen, welche sorgfältiger analysiert und berücksichtigt wurden als ursprünglich geplant. Eine sorgfältige, quantitative und qualitative Datenauswertung brauchte entsprechend länger als geplant.
- Aus den genannten Zeitproblemen konnten die Sicht 4 und damit auch Sicht 5 nicht mehr vertiefend untersucht werden.

Durch die Verlängerung der Phase 1 des Forschungsprojektes konnten im vorgegebenen Zeitraum von 2 Jahren nicht mehr die Interventionen in dem Maße durchgeführt und evaluiert werden, wie dies ursprünglich geplant war. Diese sollen stattdessen in einem Folgeprojekt untersucht werden.

Phase 1 und damit auch dieser Abschlussbericht beinhaltet daher ausschließlich die Beschreibung und Gewichtung der Verbesserungspotentiale und die Ableitung von Empfehlungen im Hinblick auf die Durchführung von Verbesserungsmaßnahmen.

5.2 Zeitlicher Ablauf der einzelnen Projektsschritte

Die Gesamtdauer von Phase 1 des Projektes war von Ende 1999 bis Ende 2001.

Die Erhebungen erfolgten zwischen Februar 2000 bis etwa Oktober 2000.

Im einzelnen ergab sich folgender Zeitablauf:

- Zeitliche und organisatorische Planung der Erhebungen: Okt. 1999 - Febr. 2000
- Hausbesprechung: Vorstellung der Planung für alle Mitarbeiter: Febr. 2000
- Durchführung der schriftlichen Vorerhebungen (MEV, MAK): Febr. 2000
- Durchführung der Erhebungen zur allgemeinen Organisationsstruktur: Febr. 2000
- Durchführung der Ist-Erhebung Sicht 1: März 2000 - Mai 2000
- Durchführung der Ist-Erhebung Sicht 2: März - April 2000

- Durchführung der Ist-Erhebung Sicht 3: März 2000 - August 2000
- Präsentation erster Ergebnisse für die Organisationsstruktur, Sicht 1 und Sicht 2 auf Hausbesprechung: Mai 2000
- Präsentation erster Ergebnisse Sicht 3 auch Hausbesprechung: Okt. 2000
- Ausführliche Diskussion der Ergebnisse mit der Klinikleitung: Herbst 2000 - Sommer 2001
- Verfassen dieses internen Ergebnisberichts: Januar 2001- September 2001
- Auswahl der geplanten Interventionen für das Folgeprojekt: Sommer 2001
- Vortrag auf der MIE 2000 „Analysis of the Treatment Process Characterizing the Co-operation within Multi-professional Treatment Teams“: August 2000
- Vortrag auf der MEDINFO 2001 „Analysis and Modelling of the Multi-Professional Treatment Process: Preliminary Results“: September 2001
- Verfassen einer Kurzfassung dieses Berichts für den Klinikumsvorstand: September 2001
- Erstellen eines Posters zur Präsentation des Projektes vor dem Wissenschaftsrat der Internen Forschungsförderung: Oktober 2001

5.3 Durchführung und Auswertung der Erhebungen

Für die Sichten 1-5 wurde eine Kombination aus schriftlichen und mündlichen Befragungen, sowie Beobachtungen und Dokumentenanalysen verwendet.

5.3.1 Anzahl der Erhebungen

Insgesamt wurden ca. 30 schriftliche Befragungen und über 50 mündliche Befragungen durchgeführt. Außerdem wurden 16 Besprechungen teilnehmend beobachtet. Darüber hinaus wurden vorhandene Dokumente und Unterlagen sowie die räumliche Struktur analysiert.

Einbezogen wurden als Organisationseinheiten ausschließlich diejenigen, die primär auf die direkte Patientenversorgung bezogen sind (Mitarbeiter, die im Bereich der "Dienstleistung" oder "Forschung und Lehre" arbeiten, wurden nicht berücksichtigt). Auf die Befragung von Mitarbeitern der Klinikschule wurde aus Zeitgründen generell verzichtet.

Welche Erhebungen im einzelnen durchgeführt wurden, wird im folgenden für jede Erhebungsmethode detaillierter angegeben:

- Angaben über die Stichprobe und Rückmeldequote für die schriftliche **Vorhebung** anhand der Fragebögen **MEV und MAK** finden sich bei der Darstellung der Ergebnisse in Kapitel 6.3.
- Tabelle 16 gibt eine Übersicht über die **Interviews**, die zur Untersuchung der einzelnen Sichten durchgeführt wurden. Die Interviews, die entsprechend der detaillierten Studienplanung durchgeführt wurden, werden mit einem Haken dargestellt (✓). Während der Erhebung stellte sich in wenigen Fällen als sinnvoll heraus, zusätzliche Interviews hinzuzunehmen (×) oder auf geplante Interviews zu verzichten (∅). So wurde bspw. aus Zeitgründen auf eine Befragung von Mitarbeitern der Tagesklinik Blumenstraße zu Sicht 2 verzichtet. Die geplante Befragung des Chefarztsekretariats für die Allg. Informationen fand nicht statt, da das Sekretariat aufgrund von Krankheitsfällen im Untersuchungszeitraum nur schlecht besetzt. Die benötigten allgemeinen Informationen z.B. über Räume, personelle Ausstattung wurden dafür in anderen Interviews vor allem mit der Pädagogischen Leitung erhoben.

OE	Funktion	Berufsgruppe	Allg. Infos	Sicht 1	Sicht 2	Sicht 3
für alle OEs	Betriebsleitung	<i>Chefarzt</i>	v		v	
		<i>Pflegedienstleitung</i>	v			
Station 1	OE-Leitung	<i>Oberarzt</i>	v	v		v
		<i>Stationsleitung</i>	v	v		v
		<i>Pädagog. Leitung</i>	v	v	v	v
	Mitarbeiter	<i>Arzt/ Ärztin</i>		v	v	v
		<i>Psychologin</i>		v		v
		<i>Cogetherapeutin</i>		v	x	v
		<i>Sozialdienst</i>		v		
<i>Pfleger / Erzieher</i>		v	v	v		
Station 2	OE-Leitung	<i>Oberarzt</i>	v	v		v
		<i>Stationsleitung</i>	v	v		
		<i>Pädagog. Leitung</i>	v	v		v
	Mitarbeiter	<i>Arzt</i>		v	v	v
		<i>Psychologin</i>		v		v
		<i>Cogetherapeutin</i>		v	x	
		<i>Sozialdienst</i>		v		
<i>Pflege / Erzieher</i>		v	v	v		
teilstationäres Angebot 1	OE-Leitung	<i>Oberarzt</i>	v	v		v
		<i>Pädagog. Leitung</i>	v	v	v	v
	Mitarbeiter	<i>Ärztin</i>		v		v
		<i>Psychologin</i>		v		v
		<i>Pfleger / Erzieher</i>	v	v	v	v
teilstationäres Angebot 2	OE-Leitung	<i>Oberarzt</i>	v	v		v
		<i>Pädagog. Leitung</i>	v	v		v
	Mitarbeiter	<i>Ärztin</i>		v		v
		<i>Psychologin</i>		v		v
		<i>Cogetherapeutin</i>		v		v
<i>Pflege / Erzieher</i>		v		v		
teilstat. 3	Mitarbeiter	<i>Pflege / Erzieher</i>		v	v	
Ambulanz	OE-Leitung	<i>Oberarzt</i>	v	v	v	v
	Mitarbeiter	<i>Arzt</i>		v		v
		<i>Psychologe</i>		v		
Verwaltung / Sekretariat	Mitarbeiter	<i>interne Verwaltung</i>		v	v	
		<i>Chef-Sekretariat</i>	∅		v	
		<i>EDV-Beauftragter</i>			v	v

Tabelle 16: Übersicht über durchgeführte mündliche Befragungen.

5.3.2 Durchführung der Erhebungen

Die Vorerhebung anhand der **schriftlichen Befragungen (MEV und MAK)**, die **Beobachtungen** und die **Dokumentenanalysen** wurden in der geplanten Weise durchgeführt.

Die **mündlichen Befragungen** wurden weitgehend wie geplant durchgeführt. In der Regel fanden die Interviews in den Arbeitsräumen der Mitarbeiter statt. Die Interviews wurden in der Regel für eine Dauer von einer Stunde angesetzt. Diese Zeit stellte sich allerdings nur als ausreichend heraus für die Befragungen für die Sicht 2. Viele Interviews für die Sicht 3 dauerten 1,5-2 Stunden. Bei der Erhebung der Sicht 1 bewährte sich das Vereinbaren von zwei Befragungsterminen. Im ersten Interview wurden Angaben über das Tätigkeitsfeld, und die zeitliche Struktur der Tätigkeiten erhoben. Aus diesen wurden im Anschluss an das Gespräch Übersichten (z.B. Wochenplan) erstellt, die im zweiten Gespräch vom Mitarbeiter überprüft und ergänzt wurden. Die einzelnen Gespräche für die Erhebung der Sicht 1 dauerten häufig 1,5-2 Stunden. Für die Erhebung der Vorinformationen zur Organisationsstruktur waren mehrere Termine notwendig, die Gespräche mit der Mitgliedern der Leitungsebene jeweils 2 Stunden dauerten.

Inhaltlich wurden weitgehend die geplanten Bereiche besprochen. Folgende Änderungen, waren notwendig:

- Alle Sichten: Es war geplant worden, bei der Benennung von Schwachstellen die Mitarbeiter den jeweiligen Schweregrad gleich auf einer Visuellen Analogskala (VAS) angeben zu lassen. Dies erwies sich aus verschiedenen Gründen als schwierig. So taten sich die Befragten schwer, die häufig erst anskizzierten Probleme gleich quantitativ zu gewichten. Oft ergaben sich in späteren Interviews bisher nicht erkannte Probleme in anderen Organisationseinheiten, die man dann aber (ohne Planung eines 2. Interviews) nicht mehr abfragen konnte. Es wurde daher entschieden, weitgehend auf die quantitative Gewichtung zu verzichten. Wo es möglich und sinnvoll war, wurde statt dessen eine Abstufung der Schweregrade von Problemen durch die Wissenschaftler vorgenommen. Hier flossen die Häufigkeit, Spontaneität, Ausführlichkeit und Dringlichkeit der Nennung durch alle Befragten ein.
- Sicht 2: Der schriftliche, patientenbezogene Informationsaustausch zwischen den verschiedenen Rollen sollte anhand von Interviews mit allen OE-Leitungen analysiert werden. Hierbei zeigte sich, dass dies sehr aufwendig war und eigentlich einen eigenen Interviewtermin erfordert, die Informationen gleichzeitig aber bereits teilweise in den durchgeführten Interviews miterhoben worden waren. Es wurde daher entschieden, den Informationsaustausch auf Basis der bereits erhobenen Informationen (z.B. Verwendung der Dokumente) darzustellen und von jeweils einem Rollenvertreter gegenprüfen zu lassen.
- Sicht 3: Es stellte sich heraus, dass die Mitarbeiter zum Teil an sehr vielen Besprechungen teilnehmen (bis zu 15 pro Woche). Um die Interviewzeit für einige Mitarbeiter zu reduzieren, wurde nicht bei allen Mitarbeitern eine Bewertung aller Besprechungen durchgeführt, an denen er teilnimmt.

5.3.3 Durchführung der Ergebnisauswertungen

Die Auswertungen aller Erhebungen für die Sichten 1, 2 und 3 wurden wie geplant durchgeführt. Für die Auswertung der Sicht 4 und 5 wurden relevante Aspekte zusammenfassend dargestellt, die sich aus den Sichten 1 - 3 sowie den Angaben des MEV und MAK ergaben.

Ursprünglich war eine Aggregation von quantitativen Daten (z.B. von KABA) zu Mittelwerten (z.B. über Abteilung hinweg) geplant gewesen. Dies erwies sich als problematisch, da die quantitativen Daten nicht immer vollständig (d.h. über alle Mitarbeiter hinweg) erhoben werden konnten.

5.3.4 Rückmeldung der Ergebnisse an die Mitarbeiter

Die Rückmeldung der Ergebnisse erfolgte wie geplant im Rahmen von Hausbesprechungen sowie durch den schriftlichen Vorgehensplan und den vorliegenden Ergebnisbericht.

6 Studienergebnisse

6.1 Allgemeine Kennzeichen der Organisation

Die Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie gehört neben der Abteilung der Allgemeinen Psychiatrie zur Psychiatrischen Klinik des Universitätsklinikums Heidelberg.

6.1.1 Ziele und übergeordnete Aufgaben

Die Hauptaufgaben der Abteilung liegen in der Patientenversorgung, im Bereich der Forschung, Lehre und Ausbildung. Auf eine detaillierte Darstellung der inhaltlichen Konzepte der Abteilung wird verzichtet, da nicht die inhaltliche Ausrichtung der Behandlung sondern deren multiprofessionelle Organisation Hauptuntersuchungsgegenstand dieses Projektes ist. Hauptelemente des derzeitigen Versorgungs- Aufgaben- und Forschungsspektrums der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind:

Stationärer Bereich

- Akute psychiatrisch-psychotherapeutische Hilfestellung bei Krisen, Psychosen und Borderline-Zuständen sowie schweren Essstörungen, Selbstverletzungstendenzen und Suizidalität im Jugendalter.
- Stationäre integrative Therapie für Kinder und Jugendliche unter Einschluss von psychotherapeutischen, sozio-therapeutischen und psychopharmakologischen Angeboten. Tiefenpsychologisch fundierte und verhaltenstherapeutische Psychotherapie, Familientherapie und -beratung. Integration von klinischer Entwicklungspsychologie, (Heil-)Pädagogik, Musiktherapie, Ergotherapie, Heilpädagogischem Tanz und Entwicklungsförderung.
- Teilstationäre Therapieangebote (Tagesklinik) mit intensiver Einzelpsychotherapie, psychoedukativem Angebot, Gruppenpädagogik.

Ambulanter Bereich

- Allgemeine ärztliche und psychologische Diagnostik, spezielle Diagnostik von Teilleistungsstörungen (Legasthenie) und Differentialdiagnostik von Adoleszentenkrisen
- Entwicklungspsychopathologische Untersuchungen und neuropsychologisches Labor
- besondere technische Ausstattung für die Ergo- und Musiktherapie sowie die Erlebnispädagogik
- Betreuung von Kindern psychisch kranker Eltern
- Akutambulanz mit Krisenmanagement und spezieller Kopfschmerzambulanz

Forschungsschwerpunkte

- Klinische Emotionsforschung
- Interaktionsforschung zur Erfassung von Störungen der Mutter-Kind-Interaktion
- Legasthenie
- Forschungsschwerpunkt Schmerz: Differentialdiagnostik von Schmerzsymptomen bei Kindern und Jugendlichen
- Früherfassung und Frühbehandlung von Psychosen des Jugendalters: Forschungen zur Differentialdiagnose von Adoleszentenkrisen und Früherkennung von Adoleszentenpsychosen (Verbundstudien)
- Dissoziation und Trauma: Forschungen zur Entstehung psychischer Störungen aus unglücklichen Lebensumständen.
- Entwicklungspsychopathologie: Forschungen zur Integration psychologischer, soziologischer, pädagogischer, biologischer und medizinischer Erkenntnisse aus therapieorientierter Sicht
- Therapieforschung: Erarbeitung von stationären und teilstationären integrativen Therapieangeboten, Bezugspersonensystem, Prozessforschung

Nach Vorgaben der Trennungsrechnung der Stufe 3 sollen 60% der Ressourcen in der Abteilung für die Patientenversorgung verwendet werden, für Forschung, Lehre und Ausbildung 40%.

6.1.2 Leistungsspektrum bzgl. der Patientenversorgung

Seit Übernahme der Leitungsfunktion 1993 durch einen neuen Chefarzt gab es viele Erweiterungen und Veränderungen des Versorgungskonzeptes, verbunden mit der Erschließung neuer Räumlichkeiten:

- 1994 wurde in Kooperation mit der Abteilung der Allgemeinen Psychiatrie die stationäre Akutversorgung für Kinder- und Jugendliche angeboten.
- 1995 wurden tagesklinische Angebote gegründet, eines davon in Kooperation mit der Abteilung der Allgemeinen Psychiatrie
- der Ambulanzbereich wurde erheblich ausgebaut und hat heute seinen Schwerpunkt in der Diagnostik und Behandlung vor allem akut und subakuter Patienten.
- Ende 1996 wurde ein weiteres spezielles Angebot zur Nachbetreuung von Jugendlichen mit einer erstmanifestierten Psychose aufgenommen, das Mobile Bezugspersonensystem (MBS)

Das derzeitige integrative Behandlungsangebot der Kinder- und Jugendpsychiatrie umfasst psychotherapeutisch-psychiatrisch ausgerichtete ambulante, teilstationäre und vollstationäre Versorgungsstrukturen, unterteilt in Akutstation (6 Betten), Psychotherapiestation (12 Betten), Ambulanz sowie zwei Tageskliniken (insg. 6 Plätze).

Die Akutstation und eines der tagesklinischen Angebote werden auf gemeinsamen Stationen in enger Kooperation mit der Abteilung der Allgemeinen Psychiatrie angeboten. Bereits seit vielen Jahren ist die Intensivierung der Zusammenarbeit mit der Abteilung der Allgemeinen Psychiatrie explizites Ziel der Leitungsebene der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die Etablierung gemeinsamer Versorgungsstrukturen auf der Akutstation und in der Tagesklinik Voßstraße bildeten hier erste Meilensteine. Zur Zeit werden neue Pläne entworfen für eine weitere Ressourcenbündelung zwischen beiden Abteilungen, verbunden mit dem langfristigen inhaltlichen Ziel gemeinsamer Versorgungskonzepte, Forschungsprojekte und Lehrveranstaltungen. So wird als weltweit einmaliges Kooperationsmodell geplant, ein Ersterkrankenzentrum für Patienten mit schweren psychischen Störungen im Alter von 12-25 Jahren einzurichten.

Jährlich werden etwa 660 ambulante und 120 stationäre Fälle behandelt. Die Verweildauer liegt im Mittel bei 50 Tagen, wobei sie in der Akutstation ca. 28 Tage, ansonsten ca. 70 Tage beträgt. Die Patientennachfrage ist hoch. Vor allem im stationären Bereich kommt es zu häufigen Überbelegungen.

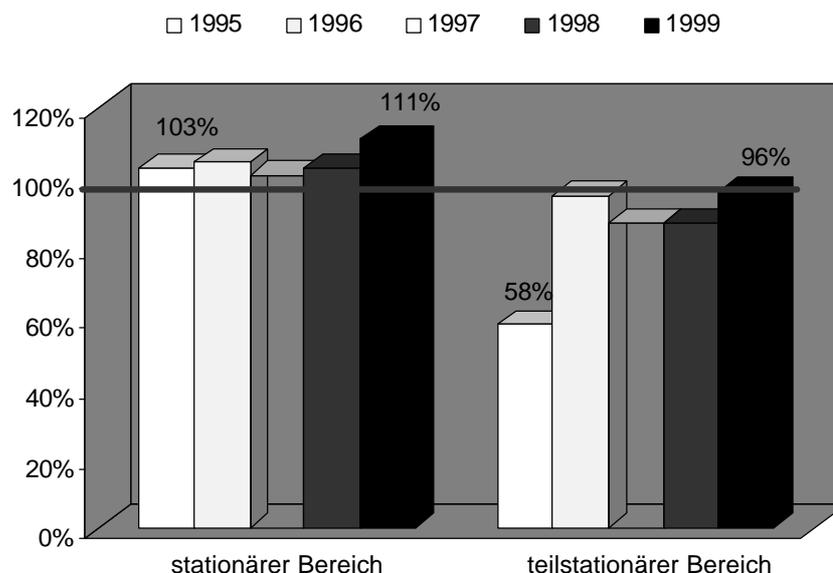


Abbildung 2: Entwicklung der Belegungszahlen (Quelle: Basisdokumentation).

Darüber hinaus zeigte sich in der Ambulanz eine rapid steigende Nachfrage: So wurden 1999 ca. 100 Neuaufnahmen mehr (ins. 460) behandelt als 1993. Derzeit gibt es Wartezeiten für einen Neuauf-

nahmetermin bis zu 6 Wochen. In der Ambulanz hinzu kommen kontinuierlich angebotene therapeutische Behandlungen. Die Gesamtzahl ambulante Besuche lag im Jahr 2000 bei 2017.

Die Patientenstruktur hat sich in den letzten Jahren deutlich gewandelt. Dies ist nicht allein auf das veränderte Behandlungsangebot zurückzuführen, sondern auch auf epidemiologische und gesellschaftliche Entwicklungen. Zum einen werden zunehmend mehr Jugendliche und weniger Kinder aufgenommen. Zum anderen haben mehr der stationär zu behandelnden Patienten ein komplexeres Krankheitsbild, leiden also z.B. häufiger an einer Schizophrenie oder Persönlichkeitsstörung.

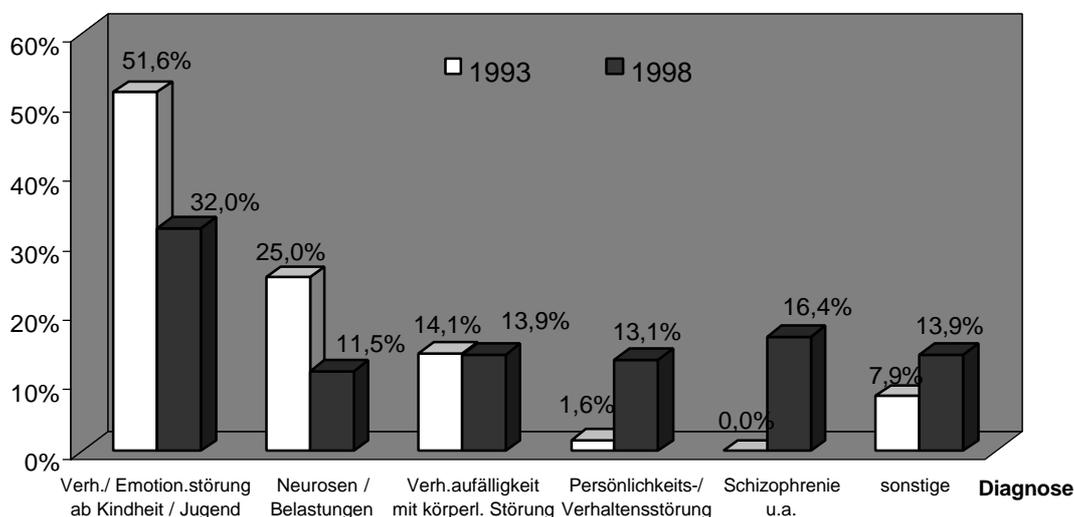


Abbildung 3: Vergleich der Diagnosen stationärer Patienten 1993 und 1998.

6.1.3 Organisationseinheiten

Da Erhebungen des Projektes teilweise pro Organisationseinheit¹ durchgeführt wurden, wurden für das Projekt nach Absprache mit der Leitungsebene der Kinder- und Jugendpsychiatrie 10 zu unterscheidende Organisationseinheiten festgelegt:

Abkürzung	Bezeichnung
AM	Ambulanz
PT	Psychotherapiestation
AK	Akutstation
TK-B	Tagesklinik (Blumenstr.)
TK-V	Tagesklinik (Voßstr.)
MB	Mobiles Bezugspersonensystem
SV	Sekretariat / Verwaltung
DI	„Dienstleistungsbereich“
FL	Forschung / Lehre
KS*	Klinikschule*

**die Klinikschule stellt einen eigenständigen Bereich dar, der nicht zur Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie gehört, aber aufgrund der engen Kooperation in der Patientenversorgung hier mit aufgeführt wird*

Tabelle 17: Untersuchte Organisationseinheiten.

Die Organisationseinheiten „Dienstleistungsbereich“, „Forschung / Lehre“, „Sekretariat / Verwaltung“ und „Klinikschule“ wurden im Projekt nur einbezogen soweit sie Bezug hatten zum Analysegegenstand „Organisation des Behandlungsprozesses“. Eine Kurzbeschreibung von Aufgabenbereichen der einzelnen Organisationseinheiten findet sich gesondert in Kapitel 6.2.

¹ Organisationseinheiten stellen Untereinheiten der Gesamtorganisation dar, die gekennzeichnet sind durch das Vorhandensein einer abgegrenzten Aufgabe, die durch Zusammenarbeit mehrerer Personen zu bewältigen ist.

6.1.4 Räumliche Situation

Die Räume, die zu der Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie gehören, verteilen sich auf drei Gebäude in zwei Straßen, zwischen denen ca. 10 Min. Fußweg liegen:

- In der **Blumenstraße** befinden sich die Ambulanz, eine Tagesklinik mit 6 Plätzen und die Psychotherapiestation, ferner die Zimmer von Chef- und Oberärzten, das Sekretariat, die abteilungsinterne Verwaltung, das Archiv, die Bibliothek und Räume für EDV- und Forschungsaktivitäten.
- In der **Voßstraße** hält die Kinder- und Jugendpsychiatrie Akutbetten auf einer gemeinsamen Station mit der Abteilung der Allgemeinen Psychiatrie vor. In einem Nachbargebäude werden gemeinsam mit der Allgemeinen Psychiatrie tagesklinische Plätze genutzt, auf der gegenüberliegenden Seite liegt die Klinikschule für die Kinder- und Jugendlichen. Die Räume des Mobilen Bezugspersonensystems sind ebenfalls im Gebäude der Voßstraße zu finden.

Die zur Verfügung stehenden räumlichen Ressourcen werden derzeit komplett genutzt. Auf eine detaillierte Beschreibung der Lage, Größe, Ausstattung und Funktion der einzelnen Räume wird verzichtet.

6.1.5 Personelle Situation

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie waren zum Zeitpunkt der Befragung Mitarbeiter folgender Berufsgruppen tätig (ohne Berücksichtigung des Stellenumfangs):

- 8 ÄrztInnen (incl. je einem Chefarzt, Leitenden Oberarzt und Oberarzt für die Ambulanz)
- 4 PsychologInnen (incl. einem für EDV-Betreuung und Forschung)
- 10 KrankenpflegerInnen (incl. einer Stationsleitung)
- 13 ErzieherInnen und PädagogInnen (incl. einem Leitenden Pädagogen)
- 2 Pflegekräfte bzw. ErzieherInnen im Mobilen Bezugssystem (MBS)
- 3 CotherapeutInnen (je eine Ergo-, Tanz- und Musiktherapeutin)
- 1 Sozialarbeiterin
- 5 Hausdamen / Hausmeister
- 3 MitarbeiterInnen im Bereich des Sekretariats / Verwaltung

Diese Mitarbeiter entsprechen insgesamt 38,40 Vollkräften. Hinzu kommen wissenschaftliche Hilfskräfte, die im Jahr 2000 im Umfang von ca. 40 000 DM in der Abteilung tätig waren.

6.1.6 Hierarchischer Aufbau

Der hierarchische Aufbau der Kinder- und Jugendpsychiatrie folgt der allgemeinen Struktur von Abteilungen an Universitätskliniken: nach dem Mehrliniensystem sind Leitungsfunktionen für eine organisatorische Einheit aufgegliedert und auf mehrere Instanzen verteilt. Hinsichtlich der Weisungsbeziehungen herrscht das Prinzip der Mehrfachunterstellung vor: So hat die pflegerische Stationsleitung den Pflegekräften einer Station gegenüber die Dienstaufsicht, die fachliche Aufsicht für die Station liegt in Händen des Stationsarztes. Für fachbezogene Fragen gibt es für die Berufsgruppe der Erzieher eine eigene Pädagogische Leitung.

6.2 Kurzbeschreibung der Organisationseinheiten

Im folgenden werden die Organisationseinheiten der ambulanten, stationären und teilstationären Patientenversorgung vorgestellt. Auf eine explizite Beschreibung der organisatorischen Einheiten „Sekretariat / Verwaltung“, „Dienstleistungsbereich“, „Forschung / Lehre“ wird verzichtet.

6.2.1 Ambulanter Bereich

Die Aufgaben der **Ambulanz (AM)** liegen im Bereich der Akutversorgung sowie in der allgemeinen ärztlichen und psychologischen Diagnostik (s. Kapitel 6.1.1).

In der Ambulanz sind ein Oberarzt, eine Ärztin und ein Psychologe tätig. Darüber hinaus betreut der Leitende Oberarzt einige Patientenfälle. Eine sehr enge Zusammenarbeit gibt es mit dem Sekretariat besonders bei der Terminvereinbarung und der administrativen Aufnahme neuer Patienten.

Die Patientennachfrage ist in den letzten Jahren erheblich gestiegen, die Zahl der Neuaufnahmen liegt zwischen 600-700, hinzu kommen Patienten die eine Wiederbehandlung benötigen. Täglich gehen schätzungsweise 5-10 Anfragen von Patienten oder Angehörigen für eine Neuaufnahme ein, die vom Sekretariat und dem ärztlichen Personal beantwortet werden müssen. Es wird versucht, die Wartezeit bis zu einem Erstgespräch möglichst gering zu halten, an zwei Tagen werden feste Zeiten für Neuaufnahmen freigehalten. Wie viele Notfälle täglich zu versorgen sind, kann vorher nicht abgeschätzt werden. Befragte wiesen darauf hin, dass sich Zeiten personeller Ausfälle v.a. im Sekretariat in erheblicher Mehrarbeit auswirken können.

6.2.2 Stationärer Bereich

Das Behandlungsangebot der **Psychotherapiestation (PT)** ist sehr vielseitig. Es umfasst eine Integration von tiefenpsychologisch und verhaltenstherapeutisch fundierter Therapie, (Heil-)Pädagogik, Musik- und Ergotherapie, Heilpädagogischem Tanz sowie Familientherapie und -beratung.

Entsprechend arbeitet ein multiprofessionelles Team bestehend aus zwei ÄrztInnen, einer Psychologin, je einer Ergo-, Musik- und Tanztherapeutin sowie ca. 20 Erziehern und Pflegekräften zusammen.

Die Mitarbeiter der Pflege- und ErzieherInnen arbeiten in zwei „Unterteams“ vorwiegend nur mit den jüngeren (6-10J) oder älteren (11-18 J) Kindern und Jugendlichen, wobei jedem Patient nach seiner Aufnahme ein oder zwei direkte Bezugsbetreuer zugewiesen werden. Eine 24-Stundenbetreuung wird mit Hilfe eines dreiteiligen Schichtdienstes (Früh-, Spät-, Nachtschicht) realisiert. Der Wochenplan für die Patienten ist möglichst alltagsnah ausgelegt, neben Schul- und Hausaufgabenzeiten berücksichtigt er z.B. auswärtige Gruppenaktivitäten und Sport. An zwei Nachmittagen ist Besuchszeit, ca. jedes dritte Kind verbringt das Wochenende zu Hause.

Der Kinder- und Jugendpsychiatrie stehen 6 Betten für akute psychiatrisch-psychotherapeutische Kriseninterventionen zur Verfügung. Die **Akutstation (AK)** wird gemeinsam mit der Abteilung der Allgemeinen Psychiatrie genutzt, hier stellen sich besondere Anforderungen an eine abteilungsübergreifende Kooperation. Das therapeutische Angebot ist ebenso wie in der Psychotherapiestation multiprofessionell und integrativ ausgelegt.

Da nur ein Arzt direkt für die Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie zuständig ist sowie eine Psychologin für die Diagnostik können beide Berufsgruppen im Urlaubs- oder Krankheitsfall nicht aus Kapazitäten innerhalb der Organisationseinheit vertreten werden.

Die ärztliche Vertretung wird von der Stationsärztin der Psychotherapiestation übernommen, was mit erhöhtem Koordinationsaufwand verbunden ist und mit der Gefahr, dass sich die „Ausnahmesituation“ auch auf die Psychotherapiestation auswirken kann.

6.2.3 Teilstationärer Bereich

Die teilstationären Therapieangebote beider Tageskliniken der Kinder- und Jugendpsychiatrie umfassen intensive Einzelpsychotherapie, ein psychoedukatives Angebot sowie Gruppenpädagogik. Beide Tageskliniken sind täglich von 7.00 bis ca. 16 Uhr geöffnet, wobei die Hauptaktivitäten nachmittags stattfinden, da viele Patienten vormittags zur Schule gehen.

Die therapeutische Ausrichtung der **Tagesklinik Voßstraße (TK-V)** wurde mit dem Konzept der Allgemeinen Psychiatrie abgeglichen, da die Tagesklinik abteilungsübergreifend genutzt wird. Das Konzept der **Tagesklinik Blumenstraße (TK-B)**, das zunächst vorwiegend auf ältere Patienten ausgerichtet worden war, wird jetzt erweitert und umgestellt auch auf jüngere Patienten.

Beide teilstationäre Angebote stehen den Patienten das ganze Jahr über zur Verfügung. Realisiert werden sie von je einer Ärztin und Psychologin für beide Tageskliniken sowie insgesamt drei Erzieherinnen. Eine personelle Vertretung in Urlaubs- oder Krankheitszeiten kann OE-intern nur sehr eingeschränkt gewährleistet werden, sowohl im therapeutischen als auch im pädagogischen Bereich muss diese OE übergreifend geregelt werden.

6.2.4 Mobiles Bezugspersonensystem

Das **Mobile Bezugspersonensystem (MBS)** ist ein spezielles Behandlungsangebot für Jugendliche, die erstmalig an einer Psychose erkrankt sind und stationär in der Akutstation aufgenommen wurden. Ziel ist eine individuelle bezugspersonenzentrierte Begleitung von Patient und Familie während des Klinikaufenthalts sowie ihre ambulante Unterstützung nach der Entlassung.

Das Behandlungsspektrum soll Hilfestellungen bei der Verarbeitung der akutpsychotischen Phase leisten. Der Patient und Angehörige erhalten Unterstützung in Form von Beratung, Information und Vermittlung u.a. in Fragen der Gesundheit, Alltagsbewältigung, des familiären Zusammenlebens, der schulischen und beruflichen Weiterentwicklung. Die Fortsetzung der Sozio- und Milieuthherapie des stationären Umfeldes in das ambulante häusliche Umfeld dient der Rückfallprophylaxe und soll die Zugangsschwelle des Patienten von der Klinik nach Hause als auch bei Rückfall zurück in die Klinik herabsetzen.

Zum Zeitpunkt der Befragung steht das MBS noch in der Anfangsphase, nach Angaben der Leiterin seien ca. 20 Patienten bereits betreut worden, die Betreuung dauere unterschiedlich lang (bis hin zu 1-2 Jahren). Die Einzelbetreuung der Patienten und Angehörigen liegt in der Hand einer Krankenschwester, eine weitere Mitarbeiterin des MBS bietet Gruppenaktivitäten wie z.B. Kreativgruppen oder Clubtreffen an.

6.3 Vorerhebungen mit MEV/MAK

6.3.1 Ergebnisse der Mitarbeiterorientierten Erfassung von Verbesserungswünschen (MEV)

Der MEV wurde von 30 Mitarbeitern ausgefüllt, die zum Teil sehr viele Verbesserungswünsche zu den einzelnen Sichtweisen (Tätigkeitsstruktur, Dokumentation, Kommunikation, Arbeitsabläufe, Kooperation) angaben. Die Verbesserungsvorschläge werden im folgenden in die Beschreibung der Ergebnisse der einzelnen Sichten integriert dargestellt.

6.3.2 Ergebnisse der Mitarbeiterorientierten Beurteilung der Arbeitsorganisation & Kooperation (MAK)

6.3.2.1 Stichprobe

Der MAK-Fragebogen wurde von 29 Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen ausgefüllt. Dies entspricht einer Rücklaufquote von ca. 60%. An der Umfrage beteiligten sich 11 MitarbeiterInnen aus dem pflegerisch, pädagogisch, erzieherischen Bereich, 8 ÄrztInnen und PsychologInnen, 6 CotherapeutInnen. 4 MitarbeiterInnen gaben an, einer anderen Berufsgruppe anzugehören.

6.3.2.2 Auswertung

Ein Fragebogen wurde nicht mit in die Auswertung einbezogen, da nur 3 der 66 Items beantwortet worden waren. Bei einem weiteren Fragebogen fehlten 14 Antworten, diese verteilten sich aber auf verschiedene inhaltliche Bereiche (pro Skala wurden jeweils mehr als die Hälfte der Items beantwortet), so dass der Bogen in die komplette Auswertung mit aufgenommen wurde. In 5 Bögen fehlten drei, in je einem Bogen eine bzw. zwei Antworten.

Die Auswertung erfolgte in drei Schritten:

- Es wurden Mittelwerte für jedes Item berechnet und tabellarisch aufgelistet (s.u.). Diese dienen als Ausgangswerte für eine Evaluation von Interventionen, die in einer späteren Phase des Projektes durchgeführt werden.
- Es wurden Häufigkeitsverteilungen für jedes Item berechnet und angegeben (s.u.), um zu sehen, wie viel Prozent der Mitarbeiter die einzelnen Aussagen als mehr oder weniger zutreffend einschätzen. Diese Informationen dienen als Hinweise für potentielle Schwachstellen und gehen in die Planung der Interviews ein.
- Für alle Items wurden einfaktorielle Varianzanalysen durchgeführt, um signifikante Unterschiede zwischen Berufsgruppen zu überprüfen.

Die Ergebnisse finden sich in den folgenden Tabellen sortiert nach inhaltlichen Bereichen. Bei den Items, die *kursiv* geschrieben sind, sollte besonders auf die inhaltliche Ausrichtung geachtet werden, da diese gegensätzlich zu den anderen Items des inhaltlichen Bereichs ausgerichtet sind. Zusammenfassend erfolgt in einem gesonderten Kapitel eine kurze Gesamteinschätzung der Ergebnisse.

6.3.2.3 *Transparenz von Unternehmenszielen und -aktivitäten*

\bar{x}	trifft zu → (in %)*					in unserer Organisation...	Nr ²
	0	1	2	3	4		
1,86	11	21	43	21	4	...sind Informationen "von oben" für alle verfügbar	36
1,82	11	29	32	25	4	...weiß man bei Veränderungen, was auf einen zukommt	41
1,96	4	44	15	26	11	...erfährt man, womit andere Abteilungen beschäftigt sind	56
2,17	7	17	34	34	7	...werden bei Umstrukturierungen alle Betroffenen informiert	47
1,86	7	39	18	32	4	...weiß man, welche Zukunftspläne die ORG-Leitung hat	28
2,10	10	21	24	38	7	...wird man über Vorhaben der ORG-Leitung informiert	62
2,48	0	21	28	34	17	...kann man sich über Aktivitäten anderer Abt informieren	57

*0=nicht zutreffend, 1=weniger, 2=teils-teils, 3=weitgehend, 4=voll zutreffend

6.3.2.4 *Struktur und Umfang der Tätigkeiten, Handlungs- und Entscheidungsspielraum*

Wer hat welche Position?

\bar{x}	trifft zu → (in %)*					in unserer Organisation...	Nr
	0	1	2	3	4		
1,97	0	34	34	31	0	... wissen alle genau, wo sie hingehören	4
2,28	7	17	24	45	7	... ist klar, wer welche Entscheidungen treffen darf	65

*0=nicht zutreffend, 1=weniger, 2=teils-teils, 3=weitgehend, 4=voll zutreffend

Festgelegtheit der Aufgabendurchführung

\bar{x}	trifft zu → (in %)*					in unserer Organisation...	Nr
	0	1	2	3	4		
2,45	0	14	28	59	0	... sind wichtige Arbeitszusammenhänge durchschaubar	2
1,25	21	43	25	11	0	... sind Tätigkeitsanforderungen gut dokumentiert	22
1,50	11	36	46	7	0	... sind alle Tätigkeiten umfassend geregelt	21
1,43	7	57	21	14	0	... gibt es für alles genaue Verfahrensvorschriften	14
\bar{x}	trifft zu → (in %)*					in unserer Organisation...	Nr
	0	1	2	3	4		

² Angegeben ist hier die entsprechende Fragenummer im Fragebogen (s. Anhang).

2,17	7	10	41	41	0	... ist allen bekannt, was getan werden muss	38
1,76	10	34	28	24	3	... ist allen bekannt, welche Qualitätsstandards zu erfüllen sind	25

*0=nicht zutreffend, 1=weniger, 2=teils-teils, 3=weitgehend, 4=voll zutreffend

Überschaubarkeit Arbeitsumfang

\bar{x}	trifft zu → (in %)*					in unserer Organisation...	Nr
	0	1	2	3	4		
2,21	11	11	25	54	0	... kann man das tägliche Arbeitspensum überblicken	17

*0=nicht zutreffend, 1=weniger, 2=teils-teils, 3=weitgehend, 4=voll zutreffend

Arbeitsdruck

\bar{x}	trifft zu → (in %)*					in unserer Organisation...	Nr
	0	1	2	3	4		
2,38	3	24	21	34	17	... wird mehr Einsatz erwartet als man leisten kann	9
2,46	0	18	32	36	14	... herrscht immerzu Termindruck	18
2,69	0	7	31	48	14	... gibt es ständig Situationen mit großem Leistungsdruck	43

*0=nicht zutreffend, 1=weniger, 2=teils-teils, 3=weitgehend, 4=voll zutreffend

Entscheidungs- und Handlungsspielraum

\bar{x}	trifft zu → (in %)*					in unserer Organisation...	Nr
	0	1	2	3	4		
2,46	0	18	36	29	18	... kann man sich die tägliche Arbeit selbst einteilen	33
1,93	0	31	45	24	0	... hat man Einfluss auf die Festlegung von Leistungszielen	23
3,17	0	3	21	31	45	... müssen alle selbst dafür sorgen, dass die Qualität der Arbeit stimmt	42
2,45	3	10	31	48	7	... hat man den Handlungsspielraum, den man braucht	64
2,32	0	21	36	32	11	... hat man Handlungsspielraum für neue Aufgaben	53
2,79	0	0	36	50	14	... hat man die Freiheit, sich mit anderen abzustimmen	30

*0=nicht zutreffend, 1=weniger, 2=teils-teils, 3=weitgehend, 4=voll zutreffend

Befolgen von Vorschriften und Regeln

\bar{x}	trifft zu → (in %)*					in unserer Organisation...	Nr
	0	1	2	3	4		
2,48	3	17	24	38	17	... darf man seine Befugnisse nicht überschreiten	8
3,41	0	0	10	38	52	... wird erwartet, dass Vorschriften befolgt werden	51
2,96	0	0	21	61	18	... müssen auch ungeschriebene Regeln befolgt werden	29
2,97	0	3	21	52	24	... müssen alle ihre Rechte und Pflichten kennen	49

*0=nicht zutreffend, 1=weniger, 2=teils-teils, 3=weitgehend, 4=voll zutreffend

6.3.2.5 Informationsaustausch und Kommunikation

Informationsdefizite

\bar{x}	trifft zu → (in %)*					in unserer Organisation...	Nr
	0	1	2	3	4		
1,68	4	39	46	7	4	... sind Mitteilungen unvollständig	45
1,14	17	59	21	0	3	... sind Informationen unzutreffend	66
1,69	7	38	41	7	7	... werden Informationen zurückgehalten	13
1,32	7	54	39	0	0	... sind Verlautbarungen (Ankündigungen, Infos) unklar	24

Formelle/informelle Kommunikation

\bar{x}	trifft zu → (in %)*					in unserer Organisation...	Nr
	0	1	2	3	4		
2,79	0	21	14	29	36	...gibt es viele offizielle Besprechungen	6
3,38	0	7	3	34	55	...finden regelmäßig Teambesprechungen statt	15
2,18	0	25	46	14	14	...ist die Art, Dinge informell zu klären, weit verbreitet	11

*0=nicht zutreffend, 1=weniger, 2=teils-teils, 3=weitgehend, 4=voll zutreffend

Gelegenheiten zu kommunizieren

\bar{x}	trifft zu → (in %)*					in unserer Organisation...	Nr
	0	1	2	3	4		
2,48	0	28	21	28	24	...gibt es genügend Gelegenheiten, ins Gespräch zu kommen	39
2,14	0	31	34	24	10	...gibt es wenig Gelegenheit, mit anderen Abteilungen zu sprechen	19
2,55	0	17	24	45	14	...kann man Vorgesetzte jederzeit ansprechen	32
2,90	0	10	14	52	24	...kann man KollegInnen jederzeit ansprechen	55

*0=nicht zutreffend, 1=weniger, 2=teils-teils, 3=weitgehend, 4=voll zutreffend

Zuverlässigkeit, Partnerschaftlichkeit der Kommunikation

\bar{x}	trifft zu → (in %)*					in unserer Organisation...	Nr
	0	1	2	3	4		
2,38	7	3	48	28	14	...ist die Kommunikation partnerschaftlich und unverkrampft	16
2,31	0	24	38	21	17	...muss man aufpassen, was man zu wem sagt	20
2,30	4	11	52	19	15	...dringt von Beratungen nichts nach außen	10

*0=nicht zutreffend, 1=weniger, 2=teils-teils, 3=weitgehend, 4=voll zutreffend

6.3.2.6 Kooperation

Wichtigkeit / Bedeutung

\bar{x}	trifft zu → (in %)*					in unserer Organisation...	Nr
	0	1	2	3	4		
2,21	3	7	59	28	3	... haben Teams weitreichende Befugnisse	1
2,69	3	10	10	66	10	... wird die Qualität der Zusammenarbeit hoch bewertet	34

*0=nicht zutreffend, 1=weniger, 2=teils-teils, 3=weitgehend, 4=voll zutreffend

Entscheidungen

\bar{x}	trifft zu → (in %)*					in unserer Organisation...	Nr
	0	1	2	3	4		
2,52	7	7	24	52	10	... geht es bei wichtigen Entscheidungen fair zu	63
1,72	3	41	34	21	0	... wird man vor vollendete Tatsachen gestellt	5
1,76	3	34	52	3	7	... sind Entscheidungen undurchschaubar	48

*0=nicht zutreffend, 1=weniger, 2=teils-teils, 3=weitgehend, 4=voll zutreffend

Gelingen der Zusammenarbeit

\bar{x}	trifft zu → (in %)*					in unserer Organisation...	Nr
	0	1	2	3	4		
2,38	3	10	31	55	0	... ist die Arbeit im Team effektiv	50
2,59	0	7	34	52	7	... sind Teammitglieder bereit, Verantwortung zu übernehmen	35
1,32	21	25	54	0	0	... gibt es keine Reibungsverluste	60
1,76	17	10	52	21	0	... funktioniert alles wie am Schnürchen	3
1,79	4	25	61	11	0	... sind Tätigkeitsabläufe gut aufeinander abgestimmt	54
1,76	3	31	52	14	0	... arbeiten alle vorbildlich zusammen	46

*0=nicht zutreffend, 1=weniger, 2=teils-teils, 3=weitgehend, 4=voll zutreffend

Umgang mit Problemen und Konflikten

\bar{x}	trifft zu → (in %)*					in unserer Organisation...	Nr
	0	1	2	3	4		
1,62	10	34	38	17	0	... werden Koordinierungsschwierigkeiten umgehend beseitigt	27
1,93	4	25	46	25	0	... werden Abstimmungsprobleme schnell gelöst	40
2,10	7	10	52	31	0	... werden Konflikte kooperativ gelöst	58
1,90	3	21	59	17	0	... wird offen über Kooperationsprobleme gesprochen	12
1,39	4	64	21	11	0	... werden Rivalitäten offen angesprochen	44

*0=nicht zutreffend, 1=weniger, 2=teils-teils, 3=weitgehend, 4=voll zutreffend

Zusammengehörigkeitsgefühl / kollegiale Unterstützung

\bar{x}	trifft zu → (in %)*					in unserer Organisation...	Nr
	0	1	2	3	4		
2,38	0	17	34	41	7	... fühlt man sich im Team gut aufgehoben	7
2,38	0	10	41	48	0	... wird man von Kollegen unterstützt	61
2,55	3	10	28	45	14	... haben Kollegen Verständnis, wenn Einzelne unpässlich sind	31
2,00	7	21	41	31	0	... herrscht im Team ein ausgesprochenes "Wir-Gefühl"	26
2,21	3	17	41	31	7	... pflegen die Kollegen einen ausgeprägten Teamgeist	37
	3	21	24	48	3	... akzeptieren Kollegen, wenn Einzelne bessere Leistungen erzielen	52

*0=nicht zutreffend, 1=weniger, 2=teils-teils, 3=weitgehend, 4=voll zutreffend

6.3.2.7 Unterscheide zwischen Berufsgruppen

Für alle Items wurden einfaktorielle Varianzanalysen durchgeführt, um zu überprüfen, ob sich „pflegerisch, pädagogisch Tätige“ (Tabelle: Pfl), „medizinisch therapeutisch Tätige“ (Tabelle: Med) und „co-therapeutisch Tätige“ (Tabelle: Co) signifikant in ihren Angaben unterscheiden. Bei einer Durchführung von 66 konfirmativen Analysen soll auf das erhöhte α -Risiko der Irrtumswahrscheinlichkeit

hingewiesen werden. Da es hierbei um das Aufdecken potentiell unterschiedlicher Angaben der Berufszweige geht, kann dieses jedoch vernachlässigt werden.

In der folgenden Tabelle findet sich eine Darstellung der Mittelwerte (\bar{x}) für die unterschiedlichen Berufszweige, der Prüfgröße (F-Wert) sowie des Signifikanzniveaus (p) der einfaktoriellem Varianzanalysen für diejenigen Items, in denen sich die Berufsgruppen signifikant voneinander unterscheiden.

Pfl	\bar{x}		F	p	in unserer Organisation...	Nr
	Med	Co				
1,50	2,38	1,17	3,97	<,05	<u>Transparenz von Unternehmenszielen und -aktivitäten</u> ... sind Informationen "von oben" für alle verfügbar	36
1,45	2,50	1,20	4,12	<,05	... weiß man, welche Zukunftspläne die Organisationsleitung hat	28
					<u>Tätigkeitsstruktur & -umfang Handlungs-/Entscheidungsspielraum</u>	
1,45	2,50	1,17	4,69	<,05	... ist allen bekannt, welche Qualitätsstandards zu erfüllen sind	25
2,81	1,75	2,20	3,56	<,05	... kann man das tägliche Arbeitspensum überblicken	17
1,73	3,00	2,80	8,26	<,01	... herrscht immerzu Termindruck	18
2,27	3,25	2,67	3,74	<,05	... gibt es ständig Situationen mit großem Leistungsdruck	43
2,09	3,13	1,83	5,38	<,05	... hat man den Handlungsspielraum, den man braucht	64
					<u>Informationsaustausch und Kommunikation</u>	
2,10	1,25	2,00	3,59	<,05	... sind Mitteilungen unvollständig	45
2,00	1,88	3,50	5,79	<,05	... dringt von Beratungen nichts nach außen	10
					<u>Kooperation:</u>	
2,09	3,12	3,00	3,70	<,05	... wird die Qualität der Zusammenarbeit hoch bewertet	34
1,55	2,50	2,17	3,60	<,05	... werden Konflikte kooperativ gelöst	58
2,00	3,25	2,17	5,27	<,05	... haben Kollegen Verständnis, wenn Einzelne unpässlich sind	31
2,09	2,88	1,50	4,27	<,05	... akzeptieren Kollegen, wenn Einzelne bessere Leistungen erzielen	52

Zusammenfassende Beurteilung

Die **Transparenz von Unternehmenszielen und -aktivitäten** liegt im mittleren Bereich. Ärzte und Psychologen äußerten signifikant häufiger, dass „Informationen von oben für alle verfügbar seien“ und „bekannt sei, welche Zukunftspläne die Leitung hat“. (Hierbei muss berücksichtigt werden, dass die Leitungsfunktionen Oberarzt und Chefarzt von Ärzten wahrgenommen werden).

Keines der Items, die auf eine hohe Festgelegtheit der Aufgabendurchführung (Struktur und Umfang der Tätigkeiten) hinwiesen, wurde von den MitarbeiterInnen als „voll zutreffend“ angegeben. Insgesamt ergaben sich Hinweise auf einen verhältnismäßig geringen Umfang an umfassender Dokumentation und Regelung aller Tätigkeiten. Trotzdem sei für 40% „weitgehend“ bekannt, was getan werden muss und für 60% seien wichtige Arbeitszusammenhänge „weitgehend“ durchschaubar. Von den meisten Befragten wurde dem Befolgen von Vorschriften und ungeschriebenen Regeln große Bedeutung beigemessen.

Der Entscheidungs- und Handlungsspielraum wurde insgesamt verhältnismäßig hoch eingeschätzt, besonders von Ärzten und Psychologen. Für 76% trifft es „weitgehend“ oder „voll“ zu, dass alle selbst dafür sorgen müssen, dass die Qualität der Arbeit stimmt. „Die Freiheit zu haben, sich mit anderen abzustimmen“, wurde überwiegend als zutreffend und von niemandem mit „weniger“ oder „nicht zutreffend“ angegeben. Der geringste Durchschnittswert fiel in diesem Bereich auf den Einfluss auf die Festlegung von Leistungszielen. Ca. die Hälfte der Mitarbeiter gab an, dass das tägliche Arbeitspensum weitgehend überblickt werden könne, wobei Mitarbeiter mit pflegerisch, pädagogisch oder erzieherischen Aufgaben dies signifikant häufiger taten. 50-60% der Ärzte und Psychologen stimmten weitgehend oder voll zu, ständig Termin- und Leistungsdruck zu haben.

Im Bereich **Informationsaustausch und Kommunikation** wurden Informationsdefizite insgesamt als gering eingeschätzt, insbesondere Verlautbarungen wurden als klar beurteilt. Bzgl. der Kommunikation gaben 65% an, dass es viele offizielle Besprechungen gebe und 90% wiesen auf regelmäßig stattfindende Teambesprechungen hin. Gelegenheiten zu kommunizieren, Vorgesetzte oder KollegInnen jederzeit ansprechen zu können wurden überwiegend als vorhanden angegeben.

Die **Kooperation** wurde bzgl. mehrerer Aspekte von der Gruppe der Ärzte und Psychologen besser beurteilt als von MitarbeiterInnen aus den Bereichen Pflege und Pädagogik. Insgesamt beantworteten 76% mit „weitgehend“ oder „voll“ zutreffend, dass die Qualität der Zusammenarbeit hoch bewertet wird, was für eine hohe Wichtigkeit der Kooperation spricht. Ob Teams weitreichende Befugnisse haben, wurde sehr unterschiedlich bewertet, mehr als die Hälfte gaben „teils-teils“ an. Nach Einschätzung von 62% geht es bei wichtigen Entscheidungen „weitgehend“ oder „immer“ fair zu. Die meisten Items zur Erfassung des Gelingens der Zusammenarbeit wurden im mittleren Bereich beurteilt. Eher zutreffend eingeschätzt wurde, dass Teammitglieder bereit seien, Verantwortung zu übernehmen. Von allen Mitarbeitern wurde allerdings auf das Vorhandensein von Reibungsverlusten hingewiesen. Viele (44%) der Befragten gaben zudem an, dass Koordinierungsschwierigkeiten nicht umgehend beseitigt werden. Beim Umgang mit Problemen und Konflikten ergab sich, dass „teils-teils“ offen über Kooperationsprobleme und eher nicht über Rivalitäten gesprochen wird.

Die meistens Items des Zusammengehörigkeitsgefühls und der kollegialen Unterstützung lagen im mittleren oder tendenziell positiven Bereich. Insbesondere wurde von 59% „weitgehend“ oder „voll zutreffend“ angegeben, dass „Kollegen Verständnis haben, wenn Einzelne unpässlich sind“. Signifikant positiver äußerten sich hierzu Ärzte und Psychologen.

6.4 Sicht 1: Rollen und Tätigkeitsprofile

6.4.1 Mitarbeiter und ihre Rollen

6.4.1.1 Beschreibung

Viele Mitarbeiter der Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie haben mehrere verschiedene Rollen inne. Diese ergeben sich einmal durch **unterschiedliche Hierarchiepositionen** der Mitarbeiter, so dass ein Arzt z.B. sowohl die Rolle "Oberarzt" innehaben kann, die z.B. mit Führungsverantwortlichkeiten einhergeht, gleichzeitig aber den Patienten gegenüber die Rolle eines Arztes. Hinzu kommen verschiedene Rollen durch die **verschiedenen Hauptaufgabenbereiche** der Abteilung ("Patientenversorgung", "Forschung", "Lehre", "Ausbildung"). In der Tabelle 18 werden die Rollen pro Berufsgruppe dargestellt. Die Berufsgruppe der Lehrer ist in dieser Darstellung nicht enthalten, da diese nicht primär Mitarbeiter der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind.

Berufsgruppe	Ärzte			Psychologen	Cootherapeuten	Pfleger / Erzieher			Sozialdienst
	Chef- arzt	Ober- arzt	Arzt			Päd. Leitung	Stat.- leitung	St.pfleger -erzieher	
Rolle									
Vorgesetzter/ Führungskraft	v	v				v	v		
Therapeut	v	v	v	v					
Berufsgruppe	Ärzte			Psychologen	Cootherapeuten	Pfleger / Erzieher			Sozialdienst
Rolle	Chef- arzt	Ober- arzt	Arzt			Päd. Leitung	Stat.- leitung	St.pfleger -erzieher	
Bereitschafts- dienst		v	v						

Pfleger/ Erzieher						v	v	v	
Bezugspfleger								v	
Psychologe (Diagnostik)				v					
Cogetherapeut					v				
Sozialarbeiter									v
Ausbilder	v	v				v	v		
Auszubilden- der			v						
Dozent	v	v	v						
Gutachter	v	v	v	v					
Wissen- schaftler	v	v	v						
Sonstige			z.B. Biblio- theka- rin			z.B. Baube- auftrag- ter			

Tabelle 18: Rollen pro Berufsgruppe.

Bei genauerer Unterteilung ergäben sich noch weitere Rollen, wenn z.B. die Anleitung von Praktikanten oder Schülerinnen im Pflegedienst berücksichtigen würde.

Ein Mitarbeiter arbeitet auf einer halben Vollkraftstelle des Pflegedienstes, nimmt aber ausschließlich verwaltungstechnische Aufgaben wahr, wie z.B. administrative Aufnahme, Datenverwaltung der internen Basisdokumentation. Die Rolle dieses Mitarbeiters wird im folgenden „interne Verwaltung“ genannt.

Bei der obigen Rollenzuteilung ist zu beachten, dass sich die genaue Zuordnung zwischen den einzelnen Organisationseinheiten unterscheiden kann. So nimmt bspw. der Psychologe in der Ambulanz fast ausschließlich diagnostische und wissenschaftliche Aufgaben wahr, während die Psychologinnen der Tagesklinik und der Psychotherapiestation darüber hinaus als Therapeutinnen in die therapeutische Behandlung der Patienten einbezogen sind.

Für die Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Mitarbeitern bedeutet dies,

- a) dass der einzelne Mitarbeiter unter Umständen sehr häufig zwischen verschiedenen Rollen wechseln muss, die jeweils eigene Erwartungen an ihn stellen
- b) dass dieselben Mitarbeiter in Abhängigkeit des inhaltlichen Kontextes in unterschiedlichen Rollen aufeinander treffen. So kann ein Oberarzt in Gesprächssituationen einem Stationsarzt gegenüber bspw. als Vorgesetzter oder als Kollege auftreten. Die folgende Abbildung stellt exemplarisch die verschiedenen Rollen des Leitenden Oberarztes dar und ihre Verbindung (Pfeile) zu den Mitarbeitern verschiedener Organisationseinheiten, so hat er z.B. gegenüber Ärzten beider Stationen und Tageskliniken die Rolle des Oberarztes inne.

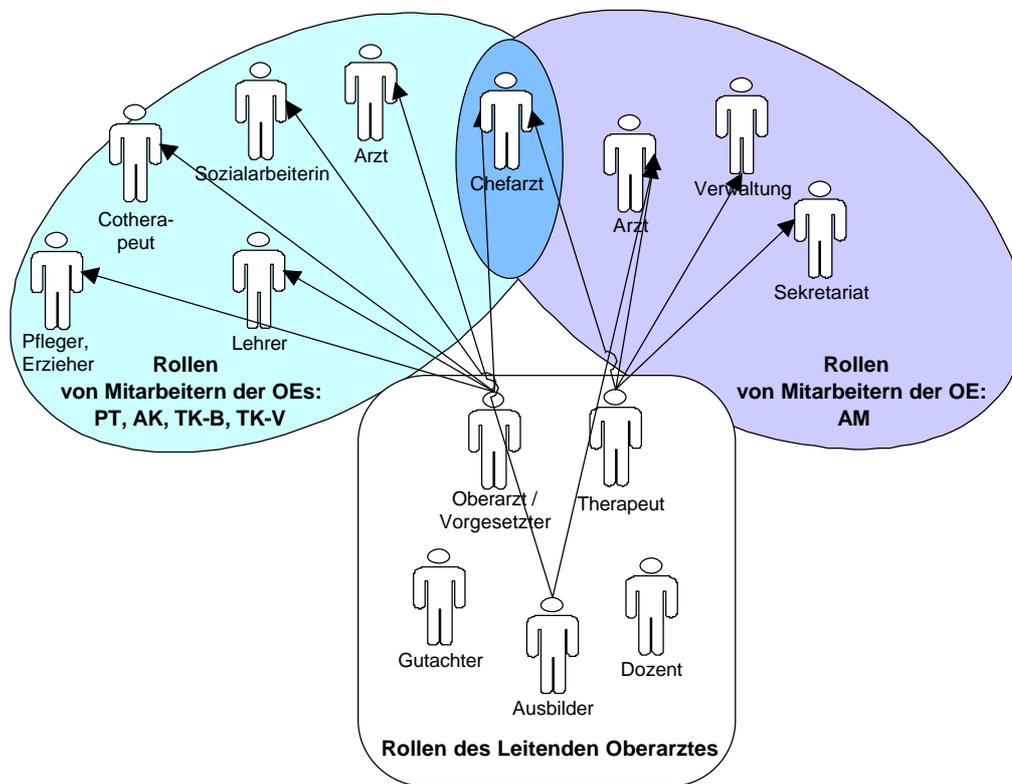


Abbildung 4: Zuordnung der Rollen des Leitenden Oberarztes mit Mitarbeitern verschiedener OEs

Die meisten Rollen werden einem Mitarbeiter während seiner Tätigkeit in einer Organisationseinheit einmal zugewiesen. Änderungen ergeben sich nur bei einem Wechsel in eine andere Organisationseinheit beziehungsweise bei einer Veränderung der Position (zum Beispiel Ernennung zur stellvertretenden Stationsleitung). Ausnahme ist hier die Rolle des Dienstarztes, die einem Arzt während eines Bereitschaftsdienstes zugewiesen wird. An diese Rolle sind bestimmte Aufgaben, Befugnisse und zum Beispiel auch ein bestimmtes Kommunikationsverhalten geknüpft.

Vertretungsregelungen sind in ihrer Ausübung nicht an die Mitarbeiter, sondern an ihre Rollen gebunden. Ein Arzt muss in seiner Rolle als Therapeut eine Vertretung benennen, in seiner Rolle als Wissenschaftler wird er normalerweise nicht vertreten. Diese Aufgabe ruht während seiner Abwesenheit. Die Stationsleitung wird in ihrer Rolle als Führungskraft durch den Pädagogischen Leiter und die stellvertretende Stationsleitung vertreten. In ihrer Rolle als Pflegekraft übernehmen andere Pflegekräfte vertretungsweise ihre Aufgaben. In ihrer Rolle als Ausbilderin erfolgt keine Benennung einer Vertretung. Bei Bedarf übernehmen der Pädagogische Leiter oder andere Pflegekräfte die anfallenden Tätigkeiten.

Vertretung durch:	Rollen der Stationsleitung		
	Führungskraft	Pflegekraft	Ausbilderin
Pädagogischer Leiter	v		v
Stellvertretende Stationsleitung	v		v
Pflegekraft		v	v

Tabelle 19: Vertretungsregelung über die Rollen. Beispiel Stationsleitung.

6.4.1.2 Bewertung

Die Zuteilung der Rollen zu den einzelnen Mitarbeitern sollte so erfolgen, dass

- sie sowohl dem Rolleninhaber als auch allen weiteren beteiligten Mitarbeitern bekannt ist
- die Stellung der Rolle im Gesamtsystem (z.B. im hierarchischen System) allen beteiligten Mitarbeitern bekannt ist

- die Rollen miteinander vereinbar sind (die Tätigkeiten die zur Erfüllung der Erwartungen einer Rolle gehören sollten nicht im Widerspruch stehen zu den Tätigkeiten zur Erfüllung anderer Rollenerwartungen)

Damit ergibt sich die folgende Bewertung:

Kenntnis der Rollenzugehörigkeit

Welcher Mitarbeiter welche Rollen zu erfüllen hat ist sowohl den Rolleninhabern als auch den beteiligten Mitarbeitern bekannt.

Kenntnis über die Stellung der Rolle im Gesamtsystem

Die Stellung der Rolle im Gesamtsystem wird von den Rolleninhabern als bekannt angegeben.

Vereinbarkeit der Rollen

Die verschiedenen Rollen (z.B. die des Gutachters, Ausbilders, Arztes) der Mitarbeiter sind prinzipiell miteinander vereinbar.

6.4.2 Aufgabenspektrum der Mitarbeiter

6.4.2.1 Beschreibung

Die Tätigkeitsprofile für die einzelnen Mitarbeiter ergeben sich aus den Rollen, die sie innehaben, und deren Aufgabenbereichen. Je mehr verschiedene Rollen ein Mitarbeiter zu erfüllen hat, desto mehr unterschiedliche Aufgabenbereiche muss er i.d.R. bearbeiten.

Beispiele für Aufgabenbereiche im Bereich der Patientenversorgung sind: Aufnahmeuntersuchung durchführen, diagnostizieren, Einzel- und Gruppentherapien vorbereiten, durchführen und nachbereiten, Entlassung vorbereiten und entlassen, an Besprechungen teilnehmen, dokumentieren.

Beispiele für Aufgaben im Bereich der Forschung sind: Forschungsfragen entwerfen, Untersuchungsdesigns erarbeiten, Drittmittelprojekte beantragen, Daten erheben auswerten und interpretieren, Ergebnisse publizieren.

Einen Überblick über das allgemeine Aufgabenspektrum der verschiedenen Berufsgruppen sowie der Rolle der internen Verwaltung findet sich in Tabelle 20. Aufgaben, die mit Leitungsfunktionen einhergehen, werden dabei nicht aufgeführt.

Berufsgruppe	Aufgabenspektrum
Ärzte & Ärztinnen	<ul style="list-style-type: none"> • umfasst alle Hauptaufgaben (Patientenversorgung, Forschung, Lehre, Ausbildung) • haben fachliche Verantwortung für die Patientenbehandlung • durch Innehaben mehrerer Rollen haben sie viele Besprechungen • müssen sich gegenseitig in Urlaubs- und Krankheitszeiten vertreten
Psychologen & Psychologinnen	<ul style="list-style-type: none"> • in PT, TK: vereinen Rolle der Therapeutin, Diagnostikerin und Wissenschaftlerin • sind in der Rolle der Diagnostikerin für 2 OEs zuständig, die auf zwei Gebäude verteilt sind (PT & AK; TK-B & TK-V) • durch Innehaben verschiedener Rollen, zudem in mehreren OEs haben sie zahlreiche Besprechungen • versuchen in Urlaubszeiten die Aufgaben der Diagnostikerin vor- und nachzuarbeiten
Cotherapeuten & Cotherapeutinnen	<ul style="list-style-type: none"> • Hauptaufgabenbereich: ausschließlich Patientenversorgung • sind zuständig für mehrere OEs im selben Gebäude (PT & TK-B; AK & TK-V) • keine Vertretung in Urlaubs- und Krankheitszeiten, Angebote fallen aus
PflegerInnen &	<ul style="list-style-type: none"> • Hauptaufgabenbereich: ausschließlich Patientenversorgung

ErzieherInnen	<ul style="list-style-type: none"> • müssen 24stündige Betreuung des Patienten gewährleisten • Vertretung in Urlaubs- und Krankheitszeiten innerhalb des Teams
Sozialdienst	<ul style="list-style-type: none"> • Hauptaufgabenbereich: ausschließlich Patientenversorgung • zuständig für mehrere OEs (PT, AK, TK-B) • keine Vertretung in Urlaubs- und Krankheitszeiten
Interne Verwaltung	<ul style="list-style-type: none"> • Hauptaufgabenbereich: Verwaltung der Patientenbehandlung (Aufnahme, BADO) • zuständig für mehrere OEs (AM, PT, TK-B) • keine Vertretung in Urlaubs- und Krankheitszeiten

Tabelle 20: Aufgabenspektrum der verschiedenen Berufsgruppen.

6.4.2.2 Bewertung

Als Bewertungskriterium wurde in den Interviews erfasst, ob den Mitarbeitern das Aufgabenspektrum ihrer Rollen bekannt ist. Hierbei ergab sich folgende Bewertung:

Kenntnis der zu erfüllenden Aufgaben und Verantwortlichkeiten pro Rolle

Die Befragten verschiedener Berufsgruppen und OEs gaben überwiegend an, dass ihnen die Aufgaben und Verantwortlichkeiten ihrer Rollen bekannt sind. Die Aufgabenbereiche und Verantwortlichkeiten der Rolle der „internen Verwaltung“ sowie des Sozialdienstes wurden von den Rolleninhabern als ihnen nicht vollkommen klar angegeben.

6.4.3 Tätigkeitsprofile

6.4.3.1 Beschreibung

Nach Aussagen der Befragten unterliege der Umfang der anfallenden Tätigkeiten starken Schwankungen. Der Umfang der Aktivitäten im Bereich der Patientenversorgung hänge z.B. ab von der Patientennachfrage, der Verteilung diagnostischer Krankheitsbilder, aber auch z.B. von den Zeiten der Schulferien. Der Umfang der Forschungsaktivitäten hänge z.B. ab von Tagungs-, Kongress-, Projektterminen sowie der Anzahl eingereicherter Publikationen, angenommener Poster, Einladungen zu Vorträgen. Wenn Mitarbeiter zusätzlich Urlaubsvertretungen oder Vertretungen in Krankheitsfällen übernehmen, fällt der Arbeitsumfang entsprechend höher aus.

Die folgenden Ergebnisse lassen diese Unregelmäßigkeiten außer acht und geben daher einen vereinfachten Überblick über den Tätigkeitsumfang der einzelnen Berufsgruppen. Dargestellt wird eine Übersicht über den durchschnittlichen Umfang der Tätigkeiten pro Woche, ebenfalls ohne Berücksichtigung von unvorhergesehenen Situationen, wie z.B. Notfällen. Da es sich bei der Patientenversorgung um eine nur bedingt vorhersehbare Aufgabe handelt, sind die folgenden Ergebnisse nicht als repräsentativ zu betrachten, sondern sollen erste Hinweise liefern auf mögliche „Verbesserungspotentiale“. Diese detailliertere Analyse wird exemplarisch für die Psychotherapiestation durchgeführt.

Die Patienten der PT (12 Behandlungsplätze) werden zur Zeit so auf die Therapeuten verteilt, dass die Psychologin Bezugstherapeutin für ca. 2 Patienten, ein Arzt für ca. 6 Patienten und eine Ärztin für ca. 4 Patienten ist. In Zeiten der Überbelegung und Urlaub sind es pro Therapeut entsprechend mehr.

Wenn man die Zahl der Neuaufnahmen der internen Basisdokumentation zugrundelegt (1999: 66 in PT, 80 in AK), so werden im Schnitt je 1,4 Patienten pro Woche in der PT sowie je 1,7 Patienten in der AK neu aufgenommen und ebenso viele entlassen.

In der Diagnostikphase werden nach Angaben der Befragten ca. 60% der Patienten der PT und ca. jeder dritter Patient der AK einer psychologischen Testung unterzogen. Da eine Psychologin für die psychologische Diagnostik der OEs PT und AK zuständig ist, kommen im Schnitt ca. 1,5 Patienten

pro Woche zur psychologischen Diagnostik. Diese umfasse i.d.R. mindestens 2 Untersuchungstermine, im Mittel liege die Gesamtzeit der psychologischen Testung pro Patient bei ca. 4h.

Tabelle 21 gibt an, wie viel Zeit durchschnittlich für welche Aufgabenbereiche der Patientenversorgung pro Woche aufgewendet wird (Angaben entstammen den Interviews der Mitarbeiter). Hierbei wird ein Arzt als Bezugstherapeut für 5 Patienten veranschlagt. Bei dem Sozialdienst handelt es sich um geschätzte Angaben, da das Verhältnis an direktem Patientenkontakt und externer Organisationsfähigkeit, (z.B. Kontaktaufnahme zu Nachsorgeneinrichtungen) erheblich schwanke.

Aktivität	Berufsgruppe	Ärzte	Psychologen	Cootherapeuten*	Pflege/ Erzieher**	Sozialdienst ***
<i>direkter Kontakt zu Patienten / Eltern</i>		16h	12,5h	14h	20h	5-10h
Aufnahme / Entlassung		2,5h	0,5h			
Diagnostik		1,5h	ca. 6h (ca. 4h pro Pt)			
Therapie: Einzelbehandlung Patient		5h (2 à 0,5h p. Pt)	2h (2 à 0,5h p. Pt)			
Therapie: Gruppenbehandlung Patient (incl. Vorbereitung)		2 h	2h			
Therapie: Elterngespräch		5h (5 à 1h pro Pt)	2h (2 à 1h pro Pt)			
<i>interne Koordination d. Behandlung</i>		19h	23,5h	13h	16,5h	ca.3,5h
Dokumentation (vgl. Sicht 2)		4h	5,5h	4,5h	4h	
Besprechungen (vgl. Sicht 3)		13h	16h	8h	10h	ca. 3h
Telefonate, Gespräche (vgl. Sicht 3)		ca. 2h (5-10x / Tag)	ca. 1,5h (5-10x / Tag)	ca. 0,5h (1-5x / Tag)	ca. 2,5h (1-5x / Tag)	ca. 0,5h
<i>externe Koordination d. Behandlung</i> (Briefe, Schriftverkehr, Telefonate)		2h	1h	0,5h	0,5h	5-10h
<i>Fortbildung u. Weiterbildung</i>		1,5h	1,5h	1,5h	1,5h	-
Gesamt		38,5h	38,5h	~29h	38,5h	~20h

*Angaben gelten für eine ¾ Vollzeit-Stelle (28,87 h pro Woche)

**Angaben beziehen sich auf 3 Früh- und 2 Spätdienste, wobei der Pfleger an allen Besprechungen in dieser Zeit teilnimmt, was so nicht der Realität entspricht, da einige Pfleger die Patienten in der Besprechungszeit betreuen

***Angaben gelten für eine ½ Stelle (19,5 h pro Woche)

Tabelle 21: Mittlere Zeit pro Aufgabenbereich und Mitarbeiter in der Patientenversorgung (PT).

Bei dem Gesamtumfang an Zeit für die Patientenversorgung handelt es sich um eine **Mindestabschätzung**, da z.B. Exragesprache mit Patienten, Notfälle nicht berücksichtigt wurden.

Die obigen Angaben beziehen sich ausschließlich auf die Patientenversorgung. Berücksichtigt man, dass Ärzte und Psychologen zusätzlich Aufgaben in den Bereichen Forschung, Ausbildung und Lehre haben, so lässt sich feststellen, dass diese prozentual zur geleisteten Gesamttätigkeit (ca. 55-60h) einen Anteil von 10-20% bei den Ärzten und 5-10% bei Psychologen einnehmen.

6.4.3.2 Bewertung

Der Umfang der einzelnen Tätigkeiten sollte:

- für die Hauptaufgaben insgesamt der allgemeinen Gewichtung der Hauptaufgaben entsprechen
- pro Mitarbeiter so vorgegeben sein, dass die Aufgaben zu bewältigen sind und ihn im Sinne der Humanität der Arbeitsbedingungen möglichst wenig belasten (sie sollten z.B. mit wenig Arbeitsdruck und Arbeitsrückständen einhergehen)

Unter Verwendung dieser Kriterien ergaben sich folgende Bewertungen:

Ein der Gewichtung der Hauptaufgaben entsprechender Umfang an Tätigkeiten

Der Trennungsrechnung zufolge sollte die Patientenversorgung einen Umfang von 60% einnehmen, die Hauptaufgaben Forschung, Lehre und Ausbildung zusammen 40%.

Der zeitliche Anteil für Forschung, Lehre und Ausbildung liegt deutlich niedriger als der geforderte. Die befragten Ärzte und Psychologen äußerten den Wunsch, mehr Zeit für diese Aufgaben, insbesondere für Forschung zu haben, gaben aber an, dass die Patientenversorgung viele Ressourcen benötige und im Alltagsgeschäft dringender und wichtiger sei.

Die Auflistung der einzelnen Tätigkeiten der Mitarbeiter zeigte (vgl. Tabelle 21), dass die Aufgaben für die Patientenversorgung allein bei der vorgenommenen Mindestabschätzung die volle Stelle eines Therapeuten überschreiten. Forschungsaufgaben werden daher in Zusatzarbeit bearbeitet (s.u.), selbst bei Ableistung von Überstunden läge der Gesamtanteil im Mittel jedoch höchstens bei 20%. Bei einer Ausweitung des Anteils der Forschungsaufgaben befürchten Therapeuten Qualitätsverluste im Bereich der Patientenversorgung.

Zu bewältigender Umfang an Aufgaben pro Mitarbeiter unter Einhaltung von Humankriterien

Nach Angaben der Befragten kommt es bei Ärzten und Psychologen täglich zu Arbeitsrückständen.

Dies sind die beiden Berufsgruppen, die zusätzlich zu den Aufgaben der Patientenversorgung auch Aufgaben im Bereich von Forschung, Ausbildung und Lehre erfüllen, für die eine 40-Stunden-Woche nicht ausreicht (s.o.).

	Arbeitsrückstände kommen vor:	bei Arbeitsaufgaben:
Ärzte & Ärztinnen	täglich	<ul style="list-style-type: none"> • Basisdokumentation • Arztbriefe • Forschungsaufgaben (auswerten, publizieren)
Psychologen & Psychologinnen	täglich	<ul style="list-style-type: none"> • Basisdokumentation • psycholog. Befundbericht • Auswertungen von Forschung
Cogetherapeuten & Cogetherapeutinnen	wöchentlich	<ul style="list-style-type: none"> • Abschlussberichte
PflegerInnen & ErzieherInnen	nie oder selten	-
Sozialdienst	nie oder selten	-
„Interne Verwaltung“	nie oder selten	-

Tabelle 22: Arbeitsdruck und Arbeitsrückstände.

Da die Patientenversorgung wichtigste Aufgabe der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist, geben die Therapeuten an, ihr entsprechend die höchste Priorität einzuräumen. Da die Aufgaben nach ihrer Dringlichkeit für den Patienten bearbeitet werden würden, würden die nicht akut dringlichen Aufgaben zuerst liegen bleiben, wie z.B. die Basisdokumentation oder die Arztbriefschreibung. Die Psychologin berichtet zudem von Verspätungen der psychologischen Befundberichte.

In Zeiten gehäufter Patienten-Krisen, Urlaubsvertretungen oder wissenschaftlicher Termine sei das Ausmaß des Arbeitsdrucks entsprechend höher. Die Therapeuten gaben an, trotz hoher Arbeitsmotivation aufgrund des hohen Zeitdrucks häufig das Gefühl zu haben „nie genug geforscht, therapiert und gelehrt“ zu haben.

Von Befragten aller Berufsgruppen wurde der Wunsch angegeben, mehr Zeit zur Verfügung zu haben

- für Fortbildung (z.B. für Literatur über aktuelle Entwicklungen in Diagnostik und Therapie)
- für Konzeptionelles (z.B. Einbeziehung neuer therapeutischer Konzepte)
- für Reflexion über die geleistete Arbeit (z.B. Überprüfung der Erreichung pädagogischer und therapeutischer Ziele)

Sowohl Cotherapeuten als auch Mitarbeiter der Pflege und Erzieher äußerten darüber hinaus den Wunsch, mehr Zeit zu haben für eine engere Einbindung in die Angehörigenbetreuung.

6.4.4 Zeitliche Tätigkeitsstruktur

6.4.4.1 Beschreibung

Im folgenden wird die zeitliche Struktur der Aufgaben und Tätigkeiten anhand von Wochenplänen dargestellt. Da die Einteilung der Aufgaben des multiprofessionellen Teams im teilstationären und stationären Bereich ausgerichtet ist auf die Tagesstruktur der Patienten, wird zunächst ein Wochenplan der Patienten dargestellt. Danach wird jeweils ein Wochenplan für die Berufsgruppen Ärzte, Psychologen, Cotherapeuten sowie Pfleger/Erzieher exemplarisch für die Psychotherapiestation beschrieben. Da der Wochenplan des Sozialdienstes sehr unterschiedlich ausfällt, je nach Anzahl externer Termine usw., wird auf eine Darstellung verzichtet.

Die Wochenpläne wurden gemeinsam mit den Mitarbeitern im Rahmen der Interviews zusammengestellt, wobei es sich hierbei um eine grobe, vereinfachte beispielhafte Darstellung eines typischen Wochenablaufs handelt, ohne Berücksichtigung der im Klinikgeschehen häufig auftretenden unvorhersehbaren Situationen. Die Wochenpläne der Mitarbeiter sind unterlegt mit den Terminen der Patienten (grau schraffiert).

a) Beispielhafter Wochenplan der Patienten (PT)

Der Wochenplan bezieht sich auf den Zeitpunkt der Behandlung des Patienten nach der Aufnahme und den diagnostischen Untersuchungen.

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
7	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück
8					
9	Schule	Schule	Schule	Schule	Schule
10					
11					
12	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen
13		Sport	Sport	Chefvisite mit Patienten	Sitzvisite
14	Imbiss	Imbiss	Imbiss	s.o. Imbiss	Imbiss
15		Kreativgruppe			
16	Gruppenaktivität draußen	Putzzeit	Gruppenaktivität draußen	Besuchszeit	Gruppenaktivität
17		Besuchszeit			
18	Abendbrot	Abendbrot	Abendbrot	Abendbrot	Abendbrot

b) Beispielhafter Wochenplan der ÄrztInnen (PT)

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
--	--------	----------	----------	------------	---------

8	Stations-BS Morgen-BS	Stations-BS Morgen-BS	Stations-BS Morgen-BS	Stations-BS Fall-BS	Stations-BS Morgen-BS
9	Stationsleitungs-BS Therapieplan-BS	Supervision		s.o.	(Entlassung)
10	(Aufnahme)	Gruppentherapie	Balintgruppe / Fortbildung	(Telefon)	„ “
11	“	“	s.o.	(Telefon)	
12	Mittagpause	Mittagpause	Lehrer-BS (Mittagpause)	Mittagpause	Mittagpause
13	OA-Visite	(TH Patient	Kardex- Visite	Chefvisite	Sitzvisite
14	s.o.	s.o.)		s.o.	(TH Patient)
	(TH Patient)	(TH Patient)	(TH Patient)	BS-Cootherapeut	(TH Patient)
15	(Elterngespräch)	(Elterngespräch)	(Elterngespräch)	(Telefon)	
16	(Doku., Telefon)	(Elterngespräch)	<i>Hausseminar</i>	(Doku., Telefon)	(Doku, Briefe usw.)
17	(Vorlesung)	(TH Patient)	(Doku, Arztbriefe)	(Elterngespräch)	“
18	s.o.		Supervision 14ig		“

Anmerkung zur Darstellungsweise: *kursiv*: findet nicht wöchentlich statt; (in Klammern): findet je nach Bedarf statt; Abkürzungen: TH: Therapie; BS: Besprechung;

c) Beispielhafter Wochenplan der CootherapeutInnen (PT)

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
7					
8	Telefonzeit	Einzel-TH	Einzel-TH	Telefonzeit Fall-BS	Einzel-TH
9	s.o.	Visite-TK-B		s.o. <i>BS-Ärztin PT 14ig</i>	Telefonzeit
10	BS-Psychologin Einzel-TH	BS-Musiktherapeut	Balintgruppe / Fortbildung	Einzel-TH	Einzel-TH
11	Einzel-TH	Einzel-TH	s.o.	Einzel-TH	Einzel-TH
12	Mittagpause	Mittagpause	Lehrer-BS (Mittagpause)	Mittagpause	Mittagpause
13	OA-Visite	Einzel-TH	Einzel-TH (<i>Ausweichtermin</i>)	Chefvisite	
14	s.o.	Einzel- TH		s.o. <i>BS-Arzt PT 14ig</i>	
15		Gruppen-TH			
16		s.o.	<i>Hausseminar</i>		

d) Beispielhafter Wochenplan der PsychologInnen (PT)

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
8	Stations-BS Morgen-BS	Stations-BS Morgen-BS	Stations-BS Morgen-BS	Stations-BS Fall-BS	Stations-BS Morgen-BS
9	Stationsleitungs-BS Therapieplan-BS	<i>Schwestern</i> <i>Psych.- unterricht</i> <i>Psych.- BS.</i>			Schwestern- unterricht
10	BS-Co-therapeutin	(Psych. Testung)	Balintgruppe / Fortbildung	Chefvisite AK	(Psych. Testung)
11	(Psych. Testung)	(Psych. Testung AK)	s.o.	(Psych. Testung AK)	(Psych. Testung)
12	Arbeitsessen Päd. Leitung	Mittagpause BS-Arzt AK	Lehrer-BS (Mittagpause)	(Kurven eintragen) Mittagpause	(Nachbereitung) Mittagpause
13	OA-Visite	Fortbildung AK	Visite	Chefvisite PT	Sitzvisite
14	s.o.	(Psych. Tes- tung AK)	(Einzel- TH)	s.o.	(Einzel-TH)
	Ess-Verträge		(Einzel- TH)		(Einzel-TH)
15	<i>Mädchengruppe</i> (14ig)	Gesprächsgr. AK	<i>Großgruppe</i> (14ig)		
16	(Psych. Testung)	(Elterngespräch)	<i>Hausseminar</i>		(Elterngespräch)
17	(Befundberichte, Testauswertung)	(Befundberichte, Test- auswertung)	(Fall-BS vorbereiten)	(Befundberichte, Testauswertung)	(Elterngespräch)
18			<i>Supervision 14ig</i>		

e) Beispielhafter Wochenplan der PflegerInnen / ErzieherInnen (PT)

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
6	Übergabe Patienten wecken	Übergabe Patienten wecken	Übergabe Patienten wecken	Übergabe Patienten wecken	Übergabe Patienten wecken
7	Frühstück Schulwegbegleitung	Frühstück Schulwegbegleitung	Frühstück Schulwegbegleitung	Frühstück Schulwegbegleitung	Frühstück Schulwegbegleitung
8	Stations-BS	Stations-BS	Stations-BS		Stations-BS
9				Fallvorstellung	
10	Therapieplan-BS				
	Schulwegbegleitung	Schulwegbegleitung	Schul- Balintgr/ wegbe- Fortbildg	Schulwegbegleitung	Schulwegbegleitung
11	s.o.	s.o.	gleitung	s.o.	s.o.
12	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen
13	OA- Hausauf- Visite / gaben- Übergabe betreuen	Über- Hausauf- gabe gaben- s.o. betreuen	Visite / Hausauf- Über- gaben- gabe betreuen	Chefvi- Hausauf- site mit gaben- Patienten betreuen	Sitzvisite Hausauf- s.o. gaben- betreuen
14	Imbiss	Imbiss	Imbiss	Imbiss	Imbiss
	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag

15	„Spatzengruppe“			„Jungengruppe“				
16	Gruppenaktivität draußen			Gruppenaktivität draußen			Besuchszeit	Gruppenaktivität
17			Putzzeit					
18	Abendbrot			Abendbrot			Abendbrot	Abendbrot
19	Doku- mentation	Patienten ins Bett bringen	Doku.	Patienten ins Bett bringen	Doku.	Patienten ins Bett bringen	Doku.	Patienten ins Bett bringen
20	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
21	Übergabe Nachtdienst		Übergabe Nacht.		Übergabe Nacht.		Übergabe Nacht.	

6.4.4.2 Bewertung

Die zeitliche Struktur wurde anhand folgender Kriterien beurteilt:

- 1) Die zeitliche Struktur der Tätigkeiten pro Patient sollte patientenzentriert ausgerichtet sein auf das therapeutische Gesamtkonzept
- 2) Die zeitliche Struktur der Tätigkeiten der einzelnen Mitarbeiter pro Behandlungsteam sollte so aufeinander abgestimmt sein, dass sie im Hinblick auf den Wochenplan der Patienten miteinander vereinbar sind
- 3) Die zeitliche Struktur der Tätigkeiten pro Mitarbeiter:
 - a) sollte der Aufgabenbewältigung angemessen sein:
Für die Patientenversorgung bedeutet das:
 - ausreichend Zeit für alle erforderlichen Arbeitseinheiten der therapeutischen Maßnahmen (z.B. für Vor- und Nachbereitung, Durchführung und Dokumentation)
 - Durchführung aller Arbeitseinheiten einer therapeutischen Maßnahme innerhalb eines Zeitabschnitts ohne Unterbrechungen
 - Koordination und Abstimmung der therapeutischen Maßnahmen innerhalb des multi-professionellen Teams
 - Berücksichtigung der niedrigen Vorhersagbarkeit und hohen Variabilität von Aufgaben im Bereich der Patientenversorgung
Für Aufgaben im Bereich der Forschung bedeutet das:
 - eine Tätigkeitsstruktur, die Zeit am Stück und Ruhe bietet für z.B. die Durchführung statistischer Auswertungen oder das Verfassen von Publikationen.
 - b) sollte den Mitarbeiter möglichst wenig belasten (im Sinne der Einhaltung von Humankriterien)

Die Anwendung dieser Bewertungskriterien ergab folgende Beurteilungen:

Patientenzentrierte Ausrichtung auf das therapeutische Gesamtkonzept

Der Wochenplan der Patienten entspricht dem therapeutischen Gesamtkonzept. So entspricht die zeitliche Struktur z.B. dem Normalitätsprinzip, demzufolge versucht wird, möglichst hohe Normalität während des (teil-)stationären Aufenthalts zu gewährleisten. Der Tagesablauf der PatientInnen (Frühstück, Schule, Mittagessen, Aktivität, Abendessen, Nachtruhe) wurde entsprechend auf das Alltagsleben von Kindern und Jugendlichen ausgerichtet.

Darüber hinaus geben die Therapeuten an, die Termine für Elterngespräche auf deren Wünsche auszurichten, so dass die Eltern z.B. dann einen Termin bekommen, wenn sie sowieso in die Kinder- und Jugendpsychiatrie kommen, um ihr Kind zu besuchen.

Vereinbarkeit der zeitlichen Strukturen der einzelnen Mitarbeiter im Wochenplan

Eingetragen in den Wochenplan der Patienten sind Termine für Frühstück, Schule, Mittagessen, Sport, Gruppenaktivitäten, Besuchszeiten, sowie Visiten, an denen die Patienten teilnehmen. Es bleibt ein schmaler Bereich an offenen weißen Feldern (ca. 1h vor dem Mittagessen und Montag-Mittwoch ca. 3 Stunden nach dem Mittagessen). Über die Woche addiert umfasst dieser Bereich insgesamt ca. 14 Stunden. Diese Zeit dient dem Patienten zum Ausruhen, Hausaufgaben machen und als „freie Zeit“ für therapeutische Behandlungen.

Die Wochenpläne der Therapeuten berücksichtigen diese „freie Zeitspanne“ und halten sie frei für therapeutische Behandlungstermine.

Den Angaben aus den Interviews zufolge sollen folgende therapeutischen Maßnahmen im Wochenplan eines Patienten mindestens untergebracht werden:

Maßnahme	Rolle	Anzahl pro Woche	Dauer pro Maßn.	Gesamtdauer
Einzel-Behandlung	Therapeut	2	30min	60min
Einzel-Behandlung	Co-Therapeut	2	30min	60min
Gruppen-BH	Päd. / Psych.	1	60min	60min
				180min=3h

Tabelle 23: Therapeutische Maßnahmen pro Patient in einer Woche

Der Wochenplan eines einzelnen Patienten lässt genügend freien Platz zur Unterbringung von 3 Stunden therapeutischer Behandlung.

Da die Wochenpläne aber für alle Patienten etwa gleich aussehen (für Kinder geringfügig anders als für Jugendliche), bleibt für das jeweilige Behandlungsteam insgesamt der selbe zeitliche Spielraum in Höhe von etwa 14 Stunden an „freier Zeit“ für alle zu behandelnden Patienten. Diese Zeitspanne verschmälert sich jedoch, wenn Termine für Elterngespräche direkt vor die Besuchszeit gelegt werden, was im Sinne der Kundenorientierung erstrebenswert ist (s.o.). Hinzu kommt, dass die Visite am Montag und Mittwoch in der „freien Zeitspanne“ liegt, so dass insgesamt ein Bereich von ca. 8-10 Stunden übrig bleibt.

Wenn ein Arzt Bezugstherapeut für 6 Patienten ist, benötigt er insgesamt 6h für die therapeutischen Einzelgespräche. Die Cotherapeuten benötigen ebenfalls 6 Stunden für die co-therapeutische Einzelbehandlung.

Dies bedeutet, dass der „freie Zeitbereich“ im Wochenplan der Patienten nicht ausreicht, um die gewünschte Anzahl an therapeutischen und cotherapeutischen Behandlungen unterzubringen.

Ein Befragter der Pfleger/Erzieher äußerte zudem, dass es schwierig sei, einen Termin zu finden für ein Gespräch zwischen Bezugsbetreuer und Patienten.

Werden therapeutische und cotherapeutische Behandlungen in vollem Umfang durchgeführt, bedeutet dies, dass diese auf Kosten anderer in den Wochenplan eingetragenen Aktivitäten (wie z.B. Gruppenaktivität in der Stadt, Schule) durchgeführt werden müssen. Dies bedeutet zusätzlichen Koordinationsaufwand. Die Cotherapeuten berichteten z.B., die Patienten oft früher von der Schule abholen zu lassen, um ihre therapeutischen Termine unterbringen zu können.

Angemessenheit der zeitlichen Tätigkeitsstruktur für die Aufgabenbewältigung pro Mitarbeiter Patientenversorgung: Vollständiger Ablauf der therapeutischen Maßnahmen

Therapeuten und Cotherapeuten gaben in den Interviews an, zu versuchen, möglichst viel Behandlungszeit in die „frei“ zur Verfügung stehende Zeit der Patienten zu legen. Da dieser Zeitbereich eng sei, würden sie die therapeutischen Behandlungen und Elterngespräche in dieser Zeit direkt hintereinander am Block durchführen. Hierdurch könnten sie sich jedoch keine Zeit nehmen für eine direkte inhaltliche Vor- und Nachbereitung der Gespräche. Ebenso stünde keine Zeit für eine sofortige Dokumentation zur Verfügung, so dass diese oft zu einem anderen Zeitpunkt, womöglich an einem an-

deren Tag geschrieben werde. Hier besteht die Gefahr von Informationsverlusten für die Dokumentation oder die Notwendigkeit von zusätzlichen handschriftlichen Notizen.

Patientenversorgung: Zeit für Unvorhergesehenes und Flexibilität

Therapeuten und Cotherapeuten berichten von einem voll gepackten Tagesablauf und Wochenplan. Besonders die Therapeuten haben viele feste regelmäßige Besprechungstermine in der Woche, die sich zudem über den Tag verteilen. (Hinzu kommen weitere feste Termine z.B. für Supervision, Fortbildung, Ausbildung oder Lehre). Einheitlich wurde angegeben, dass es zu wenig Spielraum für Unvorhergesehenes gebe. Da die Patientenversorgung die oberste Priorität habe, würden sich v.a. bei den Therapeuten unerwartete Zwischen- oder Notfälle auswirken in vielen Terminverlegungen verbunden mit hohem Organisationsaufwand.

Forschung

Durch die extreme Fragmentierung des Tagesablaufs gebe es kaum Zeitblöcke, die die Anforderungen an die Durchführung wissenschaftlicher Aufgaben erfüllen. Daher müsse ein Großteil der Aufgaben auf die Abendstunden oder das Wochenende verlegt werden.

Belastung der Mitarbeiter durch die zeitliche Tätigkeitsstruktur

Die Therapeuten berichten von einem extrem fragmentierten Tagesablauf. Dies sei zum einen durch die zahlreichen Besprechungen bedingt, zum anderen durch zahlreiche Unterbrechungen z.B. durch Telefonate (ca. 10-20 pro Tag). Hierdurch sei es schwierig, die Arbeitsaufgaben konzentriert am Stück durchzuführen. Die vielen Unterbrechungen führten dazu, dass eine Aufgabe mehrfach begonnen oder womöglich auf einen anderen Zeitpunkt verschoben werden müsse.

Tätigkeiten, die Ruhe und Zeit am Stück benötigten, wie z.B. Dokumentation, Vorbereitung der Fallbesprechung im Rahmen der Patientenversorgung oder wissenschaftliche Aufgaben, müssten in Zeiten außerhalb der Regelarbeitszeit gelegt werden.

6.4.5 Zusammenfassung

Je nachdem welche und wie viele Hauptaufgabenbereiche ein Mitarbeiter zu erfüllen hat und welche hierarchische Position er innehat ergeben sich für ihn mehrere **Rollen**. Die Zuweisung der Rollen, ihre hierarchische Stellung als auch deren Aufgaben und Verantwortlichkeiten ist den Beteiligten bekannt. Eine Ausnahme bildeten die Rollen der „internen Verwaltung“ sowie die des Sozialdienstes.

Der **Umfang der anfallenden Tätigkeiten** unterliege starken Schwankungen (je nach Patientennachfrage, Projektterminen usw.). Der direkte Kontakt zu Patienten und Angehörigen macht bei Therapeuten und Cotherapeuten im Mittel ca. die Hälfte ihrer Arbeitszeit aus. Die andere Hälfte wird für die Koordination der Patientenbehandlung verwendet. Hierbei entfällt der überwiegende Teil auf Tätigkeiten für die interne Koordination, insbesondere auf die mündliche Kommunikation: Therapeuten verbringen allein ca. 13-15h pro Woche in Besprechungen. Aufgaben in den Bereichen Forschung, Ausbildung und Lehre nehmen maximal einen Anteil von 10-20% der Gesamttätigkeit ein, ein Wert der deutlich unter der Forderung der Trennungsrechnung liegt, die einen Anteil von 40% fordert. Bei einer Ausweitung der Forschungsaktivitäten befürchten Therapeuten jedoch erhebliche Qualitätsverluste im Bereich der Patientenversorgung.

Therapeuten berichten von täglich auftretenden **Arbeitsrückständen** bei Aufgaben, die in Bezug zur Patientenversorgung als nicht so dringlich eingeschätzt werden, wie z.B. die Basisdokumentation oder die Arztbriefschreibung. Die Psychologin berichtet zudem von Verspätungen der psychologischen Befundberichte. Von Befragten aller Berufsgruppen wurde insgesamt mehr Zeit gewünscht für Fortbildung, Konzeptionelles (z.B. Einbeziehung neuer therapeutischer Konzepte) und für Reflexion über die geleistete Arbeit (z.B. Überprüfung der Erreichung pädagogischer und therapeutischer Ziele). Cotherapeuten, Pfleger und Erzieher würden darüber hinaus gerne mehr Zeit in eine engere Einbindung in die Angehörigenbetreuung investieren.

Die **zeitliche Struktur der Tätigkeiten** ist auf die Bedürfnisse von Patienten und Angehörigen ausgerichtet. Der Wochenplan der Patienten enthält Zeiten für den Schulbesuch, Mahlzeiten, Sport und Gruppenaktivitäten. Als „feste“ Termine kommen Besuchszeiten und Visiten hinzu. Übrig bleibt ein schmaler Zeitbereich, den Therapeuten und Cotherapeuten für (co-)therapeutische Behandlungstermine freihalten. Angestrebt werden mind. 3 Stunden (co-)therapeutischer Behandlung pro Patient und Woche, die sich gut in den Wochenplan eines einzelnen Patienten einfügen lassen. Da die Wo-

chenpläne aber für alle Patienten etwa gleich aussehen, bleibt für das jeweilige Behandlungsteam insgesamt derselbe zeitliche Spielraum an „unverplanter Zeit“ für alle zu behandelnden Patienten. Diese Zeitspanne verschmälert sich noch durch Termine für Elterngespräche und Visitenzeiten und liegt bei ca. 8-10 Stunden. Behandelt ein Arzt ca. 6 Patienten, für die alle auch eine co-therapeutische Behandlung angesetzt ist, so reicht der „freie Zeitbereich“ im Wochenplan der Patienten nicht aus, um die gewünschte Anzahl an (co-)therapeutischen Behandlungen unterzubringen. Dies bedeutet, dass die Behandlungen auf Kosten anderer in den Wochenplan eingetragener Aktivitäten (wie z.B. Gruppenaktivität in der Stadt, Schule) durchgeführt werden müssen. Ein zusätzlicher Koordinationsaufwand ist die Folge. Termine für Einzelgespräche zwischen dem Bezugserzieher/-pfleger und Patienten seien außerdem schwierig zu finden.

Um möglichst viele Behandlungen im „freien Zeitbereich“ des Wochenplans durchzuführen, würden Therapeuten Zeit für eine direkte inhaltliche Vor- und Nachbereitung der Gespräche sowie eine sofortige Dokumentation einsparen. Die einzelnen Behandlungseinheiten können hierdurch nicht „in einem Zug“ vollständig durchgeführt werden. Ein erneutes Wiederaufnehmen der Tätigkeit verbunden mit der Gefahr von Informationsverlusten und Mehrfachaktivitäten ist die Konsequenz.

Therapeuten und Cotherapeuten berichten, dass ihr Tagesablauf und Wochenplan extrem voll gepackt sei. Zu zahlreichen festen Besprechungsterminen für die Koordination der Patientenversorgung kommen Termine für Supervision, Fortbildung, Ausbildung oder Lehre. Es bleibe zu wenig Spielraum für Unvorhergesehenes, unerwartete Zwischen- oder Notfälle würden sich in vielen Terminverlegungen und hohem Organisationsaufwand auswirken. Der Tagesablauf sei extrem fragmentiert bedingt durch zahlreiche feste Termine, aber auch durch weitere Unterbrechungen z.B. durch Telefonate (ca. 10-20 pro Tag). Hierdurch müssten Aufgaben häufig mehrfach begonnen oder auf einen anderen Zeitpunkt verschoben werden. Tätigkeiten, die Ruhe und Zeit am Stück benötigten, wie z.B. Dokumentation oder wissenschaftliche Aufgaben müssten in Zeiten außerhalb der Regelarbeitszeit gelegt werden.

6.5 Sicht 2: Dokumentation und informationsverarbeitende Werkzeuge

6.5.1 Einflussgrößen und Verantwortlichkeiten

6.5.1.1 Beschreibung

Man kann allgemein folgende Verantwortungsbereiche unterscheiden:

- Festlegen von Inhalt und Ablauf der Dokumentation
- Betreuung der Dokumentationswerkzeuge
- Qualitätskontrolle der Dokumentation
- Organisation von Ablage und Archivierung

Festlegen Inhalt und Ablauf der Dokumentation

Oberste Verantwortung hat der Chefarzt. Er delegiert an folgende für die Gesamtorganisation zuständige Personen: Oberarzt (für ärztlichen Bereich), Pädagogische Leiter (für Pflegebereich) und DV-Beauftragter (für Forschungsbereich).

Für die OEs AK, PT, TK-B und TK-V ist aus ärztlicher Sicht der Oberarzt zuständig, aus pflegerischer Sicht jeweils die Stationsleitung (AK, PT) bzw. der pädagogische Leiter (TK-B, TK-V). In der Ambulanz ist der dortige Oberarzt zuständig, im MBS die Leitung, im Sekretariat die Chefsekretärin.

Betreuung der Dokumentationswerkzeuge

Die Gestaltung neuer papierbasierter Formulare wird von den o.g. Zuständigen konzipiert und von einem Verwaltungsmitarbeiter umgesetzt.

Die rechnergestützten Dokumentationswerkzeuge werden vom DV-Beauftragten der KiJu bzw. (für AK und TK-V) vom DV-Beauftragten der Psychiatrie betreut. Spezialsoftware wie IS-H, DVD und MatAnf wird durch einzelne Personen gezielt betreut.

Cotherapeuten und MBS haben teilweise eigene Formulare, sie erstellen sie überwiegend selber.

Qualitätskontrolle

Die Verwaltung prüft die Vollständigkeit der Basisdokumentation, der Diagnosen- und Leistungsdocumentation sowie der Arztbriefschreibung. Ansonsten sind für die Qualität der Verantwortlichen der Gesamtorganisation bzw. OEs (s.o.) zuständig. Bei Cotherapeuten und MBS erfolgt keine externe Kontrolle.

Organisation von Ablage und Archivierung

Das ambulante Archiv wird vom Sekretariat organisiert. Stationäre Akten werden vom Archiv der Psychiatrie verwaltet. Für beide Aktentypen sind Ablageschemata vorgegeben, die von der Verwaltung vorgegeben und geprüft werden.

Cotherapeuten und MBS haben eigene Ablagen und Archive.

6.5.1.2 Bewertung

In den einzelnen OEs sind unterschiedliche Personen für die Dokumentation zuständig, die Zuständigkeiten sind relativ klar. Problematisch ist die klinikweite Koordination der Dokumentation. In den Gremien, welche die Dokumentation für die Gesamtorganisation betreuen, sind pflegerische Stationsleitungen nicht vertreten. Dadurch fehlt sowohl bei der Konzeption der Dokumentation als auch bei der Qualitätskontrolle der pflegerischen Dokumentation eine zentrale, koordinierende Instanz.

6.5.2 Dokumente

6.5.2.1 Beschreibung

Es wurden insgesamt zunächst 135 konventionelle Dokumente gefunden. Hier nicht erfasst sind noch zahlreiche Formulare für Spezialdokumentationen (z.B. im Bereich Arbeitstherapie, psychologische Diagnostik) sowie selber entwickelte Formulare zur persönlichen Organisation einzelner Mitarbeiter. Die tatsächliche Anzahl an Formularen ist damit sicherlich noch deutlich höher. Die Zahlen spiegeln vor allem die in den Organisationseinheiten allgemein verfügbaren Formulare wieder, zuzüglich der Formulare, welche die interviewten Mitarbeiter verwenden.

Die Verteilung der konventionellen Dokumente auf die einzelnen Organisationseinheiten findet sich in Tabelle 24. Dargestellt sind alle Dokumente, welche zu einem Zeitpunkt in der genannten Organisationseinheit auslagen (doppelte Nennungen möglich).

	Verwaltung und Abrechnung ¹	Organisationsunterstützung ²	Dokumentation der Behandlung ³	Kommunikation mit anderen Stellen ⁴
AM	10	6	5	8
PT	11	9	16	28
AK	4	1	18	14
TK-B	3	5	9	2
TK-V	4	2	4	1
MB		3	7	
SV	6	2		

¹Verwaltung und Abrechnung: z.B. Bescheinigungen, Überweisungen, Anträge, Verordnungen, Verträge, Einverständniserklärungen, Meldungen, Aufklärungen

² Organisationsunterstützung: z.B. Terminübersichten, Wartelisten, Stundenpläne, Tagespläne

³ Dokumentation der Behandlung: z.B. Anamnese, Bado, Anordnungen, Befunde

⁴ Kommunikation: Leistungsanforderung, Befundrückmeldung, Arztbriefe

Tabelle 24: Verteilung der konventionellen Dokumente auf die einzelnen OEs.

Bis auf 8 teilstrukturierte Dokumente (einheitliche Gliederung, z.B. Karteikarten in AM und MBS, Stationsbuch in PT, Aufnahmebericht in PT und AK, Kurzmitteilung in AM sowie Arztbriefe und Kurzarztbriefe) und 2 unstrukturierte Dokumente (Leeres Blatt zur Verlaufsdocumentation in TK und AM sowie MB) waren alle Dokumente strukturiert, das heißt sie weisen feste Eingabefelder (egal ob Freitext oder Ankreuzfeld) auf.

Geordnet nach den wesentlichen Einsatzzwecken ergibt sich folgendes Bild:

Aufgabenbereich	gesetzlich vorgegeben	klinikumsweit einheitlich	psychiatrieweit einheitlich	nur in KiJu verwendet	Anzahl verschiedener Dokumente
Patientenverwaltung	4	7	-	4	15
Leistungskommunikation	-	31	2	3	36
Organisationsunterstützung	1	3	-	27	31
Basisdokumentation	-	-	-	3	3
Klinische Dokumentation	2	-	6	33	41
Schriftguterstellung	2	1	1	5	9
Summe	9	42	9	75	135

Tabelle 25: Verteilung der konventionellen Dokumente auf die einzelnen Einsatzzwecke.

Zu den gesetzlich vorgegebenen Formularen gehören z.B. Rezepte und Überweisungen. Klinikumsweit vorgegeben sind z.B. Patientenaufnahmeblatt und Anforderungsformulare. Psychiatrieweit werden die Formulare zur Pflegedokumentation verwendet. Der Rest ist entweder in der Kinder- und Jugendpsychiatrie einheitlich geregelt und wird in mehreren Organisationseinheiten verwendet, oder aber deckt die Bedürfnisse genau einer Organisationseinheit ab.

6.5.2.2 Bewertung

Bevor eine Beschreibung von Problemen bei der Dokumentation vorgenommen werden kann, ist es hilfreich, die Kriterien für eine "gute" Dokumentation festzuhalten. Dazu gehören im allgemeinen:

- Klarheit über die Ziele der Dokumentation
- Geringer Aufwand für Datenerfassung
- Vermeiden von doppelter Datenerfassung
- Einheitlichkeit der Dokumentation (z.B. Verwendung einheitlicher, strukturierter Formulare)
- Gewährleistung einer rechtzeitigen Dokumentation (je nach Aufgabenbereich)
- Garantierung einer vollständigen, lückenlosen Dokumentation
- Erleichterung des raschen Wiederfindens von Informationen
- Einfache Weitergabe von Informationen
- Garantierung einer rechtlich korrekten Dokumentation
- Gewährleistung von Raum und Zeit für Dokumentation

Diese Kriterien werden nun anhand der Strukturen und der Abläufe bzgl. der Dokumentation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie überprüft.

Klarheit über die Ziele und Nutzen der Dokumentation

- Die Zielsetzung bei der Basisdokumentation (Bado) scheint nicht ausreichend bekannt zu sein. Es existiert kein Auswertungskonzept, regelmäßige Auswertungen finden nicht statt. Der Nutzen der Bado wird von den Befragten oft hinterfragt.
- Eine schriftliche Therapieplanung wird (aus unterschiedlichen Gründen, z.B. Personalengpässe) nicht überall gemacht, z.B. nicht in der Tagesklinik.
- Die Befragten geben an, die schriftliche Pflegeplanung selten konkret für die tägliche Arbeit oder in Übergaben zu nutzen und sie auch selten zu überarbeiten. Ihre Zielsetzung bleibt vielen Befragten unklar.

Geringer Aufwand für Datenerfassung

- Der Aufwand für die Bado wird als sehr hoch empfunden. Die Bado wird überwiegend auf Papier ausgefüllt, eine Rechnerunterstützung für die Benutzer vor Ort ist bisher nicht umgesetzt. Der Umfang der Bado wird als zu hoch empfunden.
- Bisher sind Aufnahmebericht und Bado getrennt, es wird gewünscht, diese zusammenzuführen, um Aufwände zu verringern (gemeinsame Datenerhebung).
- Die Nacherfassung der Bado erfolgt in einer Datenbank, welche unkomfortabel zu bedienen ist.

Vermeiden von doppelter Datenerfassung

- Die Bado wird zunächst auf Papier erfasst durch die Ärzte und Psychologen und anschließend durch eine Verwaltungskraft elektronisch nacherfasst.
- Wenn Patienten mehrfach in verschiedenen OEs (z.B. AM und AK) behandelt werden, wird die Bado mehrfach ausgefüllt, wobei z.B. der Teil "Familienanamnese" sich eigentlich nicht ändert.
- Es werden eigene Mahnlisten (z.B. für offene Bado, Arztbriefe, Diagnosen/Leistungen) geführt, diese sind nicht integriert in die vorhandenen Anwendungssysteme (z.B. IS-H).
- Die Termine und Diagnosen ambulanter Patienten werden redundant zu IS-H und auf Papier dokumentiert.
- Die Dokumentation der Essensanforderungen erfolgt zunächst im Küchenbuch und dann in IS-H*Med.
- Bei der Ambulanzorganisation und im Mahnwesen werden zahlreiche verschiedene Medien wie Listen, Karteikarten, Formulare, Akten eingesetzt, welche teilweise redundante Informationen enthalten.

Einheitlichkeit der Dokumentation (z.B. Verwendung einheitlicher, strukturierter Formulare)

- Die Formulare für die Pflegedokumentation in AK und PT unterscheiden sich leicht.
- Eine Reihe von ähnlichen, teilweise redundanten Einverständniserklärungen ist im Umlauf.
- Teilweise sind veraltete Formulare in Umlauf.
- Teilweise ist unklar, wann welche Formulare zu verwenden sind, und an wen diese weiterzuleiten sind (z.B. bei Verlegungen im Nachtdienst).
- Teile der cotherapeutischen Dokumentation sind nur teilweise strukturiert.

Gewährleistung einer aktuellen, rechtzeitigen Dokumentation

- Die Bado wird häufig verspätet ausgefüllt. Die Validität einer solchen späten Erhebung wird von vielen Befragten angezweifelt.
- Das Festlegen und Dokumentieren der Therapieziele bei stationären Patienten geschieht (aus unterschiedlichen Gründen) teilweise relativ lange nach der Aufnahme. Die dort festgehaltenen Ziele scheinen dabei nicht regelmäßig überarbeitet zu werden. In Teilen der KiJu (z.B. Tagesklinik) scheint bisher keine schriftliche Therapieplanung durchgeführt zu werden.
- Die Pflegeplanung wird oft erst lange nach der Aufnahme schriftlich dokumentiert. In Teilen der KiJu (z.B. Tageskliniken) scheint sie bisher gar nicht dokumentiert zu werden.
- Die Arztbriefschreibung erfolgt zeitweise (u.a. von Personalengpässen im Sekretariat) deutlich verspätet. Die Organisation der Korrekturen wird dabei von einigen Befragten als zu umständlich angesehen.
- Teile der Cotherapeuten-Berichte kommen nach Entlassung des Patienten nur verzögert zum behandelnden Arzt, so dass sich die Arztbriefschreibung dadurch verzögert.
- Nicht alle patientenbezogenen Absprachen werden in der Kardex dokumentiert. Einigen Befragten ist unklar, ob diese Absprachen von der Zielgruppe überhaupt gelesen und umgesetzt werden.

Garantierung einer vollständigen, lückenlosen Dokumentation

- Die Bado wird aus unterschiedlichen Gründen (z.B. Zeitnot) teilweise unvollständig oder gar nicht ausgefüllt.
- Informationen und Entscheidungen aus der Fallbesprechung werden nicht immer schriftlich festgehalten und finden sich so nicht immer in der Akte wieder.

- Informationen aus den Cotherapien finden sich kaum im Kardex wieder. Dort wird nur dokumentiert, dass eine Therapie stattgefunden hat.
- Mit den Kindern getroffene Absprachen werden offenbar nicht immer vollständig in der Kardex dokumentiert.
- In PT erfolgt keine schriftliche Maßnahmendokumentation.

Erleichterung des raschen Wiederfindens von Informationen

- Teilweise werden für die Pflegedokumentation Schwarz-Weiß-Kopien verwendet, während die Originale farbig sind. Das Finden von Informationen ist dadurch etwas erschwert.
- Die therapeutischen und cotherapeutischen Informationen werden überwiegend unstrukturiert als Freitext abgelegt. Das Finden und Auswerten von Informationen ist damit sehr schwierig.
- Das Darstellen von Verläufen ist sowohl bei den Cotherapeuten und Therapeuten als auch für den gesamten Patientenverlauf kaum möglich (v.a. wegen handschriftlicher und verteilter Informationen).
- Die zentralen Informationen zu einem Patienten sind auf verschiedene Medien und auf verschiedene Orte verteilt, dies erschwert ein ganzheitliches Bild auf den Patienten.

Garantierung einer rechtlich korrekten Dokumentation

- Die Rechtssicherheit der zahlreichen Einverständniserklärungen ist vielen Befragten unklar.
- Eine Reihe von Spezialdokumentationen entsprechen ev. nicht den Datenschutzbestimmungen.

Gewährleistung von Raum und Zeit für Dokumentation

- Aufgrund räumlicher Situation (kein Stationszimmer direkt auf Station) ist die Pflegeplanung in PT und TK-V sehr schwierig.
- In TK-V fehlt oft die Zeit für eine Pflegeplanung.

6.5.3 Akten und Archive

Akten sind hier definiert als eine Ansammlung von Dokumenten zu einem Patienten.

6.5.3.1 Beschreibung

Folgende Akten werden für einen **ambulanten Patienten** verwendet:

Name	Art	Inhalt	Aufbewahrungsort
Ambulante Akte	konv.	Verwaltungsrelevante Daten Basisdokumentation Verlaufsdokumentation des Therapeuten Berichte, Befunde und sonstige Unterlagen	Hängeregal im Ambulanzarchiv Blumenstr. bzw. teilweise in den Arztzimmern
Ambulante Altakten	konv.	archivierte, ambulante Akten früherer Aufenthalte	teilw. in aktueller ambulanter Akte mit drin, soweit Pat. noch in Behandlung teilw. ausgelagert ins Altarchiv nach Wieblingen
Ambulantes Karteikärtchen	konv.	Übersicht über bisher behandelte ambulante Patienten	Sekretariat
Therapeutische Akten	konv.	Verlaufsdokumentation, Testergebnisse etc. der Therapeuten	beim jeweiligen Therapeuten im Zimmer
Basisdokumentation	elektr.	Basisdokumentation	Access-Anwendung auf dem Server
Name	Art	Inhalt	Aufbewahrungsort
Elektronische Krankenakte	elektr.	Verwaltungsbezogene Informationen im IS-H	ZIM-Server

	Diagnosen, Leistungen im IS-H*Med Alte Befunde (v.a. Labor) im Sara+Med.	
--	---	--

Tabelle 26: Wichtigste Akten für ambulante Patienten.

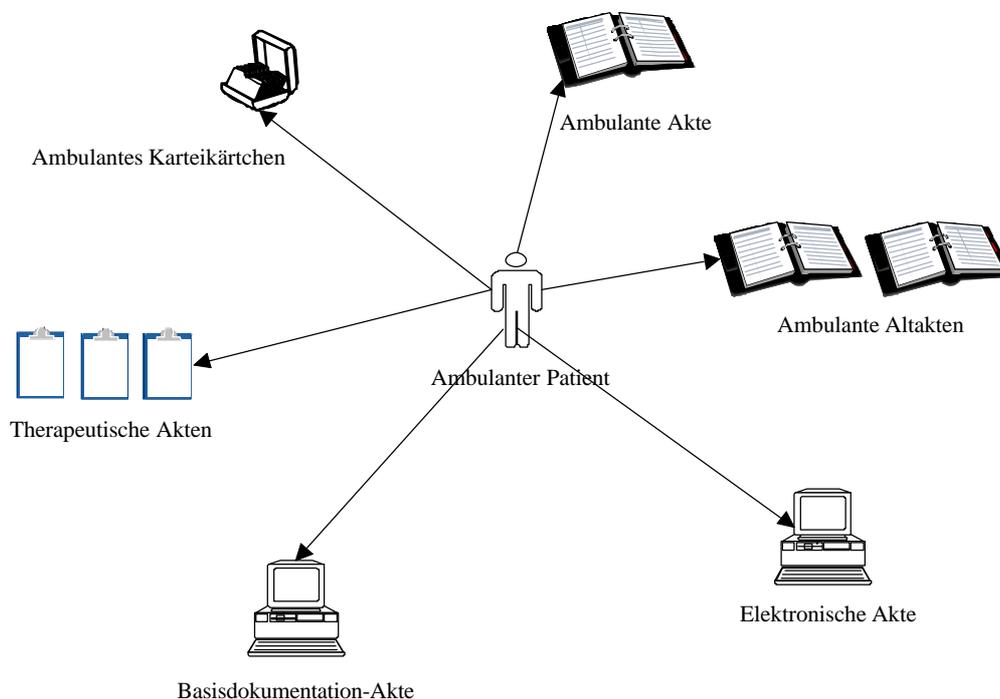


Abbildung 5: Wichtigste Akten für ambulante Patienten.

Folgende Akten werden verwendet für einen **stationären Patienten** (sowohl PT als auch AK):

Name	Art	Inhalt	Aufbewahrungsort
Stationäre Akte	konv.	Verwaltungsrelevante Daten Basisdokumentation Aufnahmebefund Protokolle von Fallbesprechungen Anfragen, Berichte, sonstige Unterlagen Entlassberichte	beim behandelnden Arzt / Psychologen
Kardex	konv.	Pflegedokumentation: <ul style="list-style-type: none"> • Informationssammlung / aktuelle Befunde • Therapeutische Planung • Wochenpläne • Maßnahmendokumentation • Kurve • Pflegebericht • Anordnungen 	im Stationszimmer
Name	Art	Inhalt	Aufbewahrungsort
Therapeutische Akten	konv.	Verlaufsdokumentation, Testergebnisse der Therapeuten	beim jeweiligen Therapeuten im Zimmer

Cotherapeutische Akten	konv.	Verlaufsdokumentation der Cotherapeuten	beim jeweiligen Cotherapeuten im Zimmer
Basisdokumentation	elektr.	Basisdokumentation	Access-Anwendung auf dem Server
Elektronische Krankenakte	elektr.	Verwaltungsbezogene Informationen im IS-H Diagnosen im IS-H*Med alte Befunde (v.a. Labor) im Sara+Med.	ZIM-Server

Tabelle 27: Wichtigste Akten für stationäre Patienten.

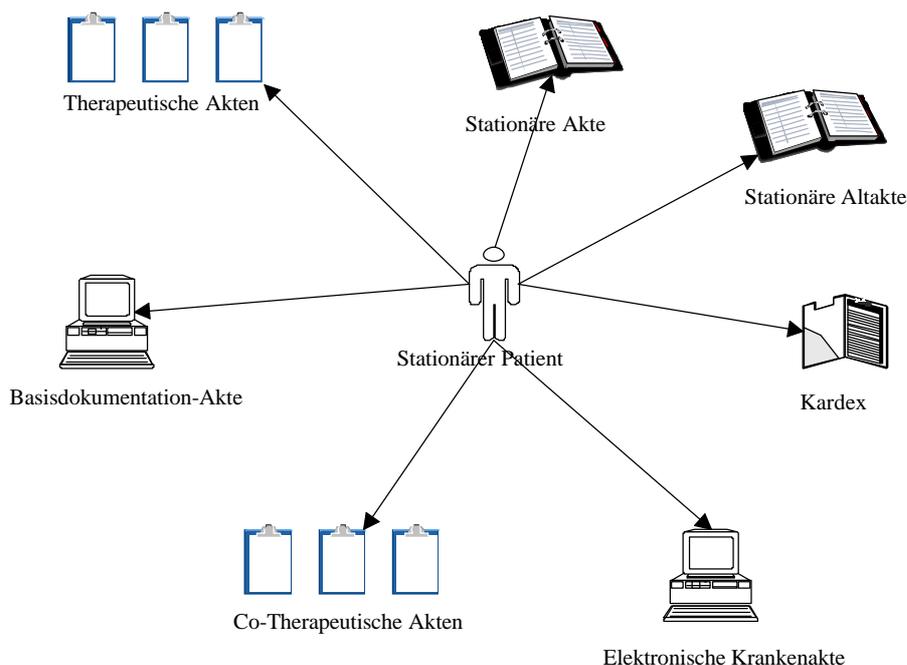


Abbildung 6: Wichtigste Akten für stationäre Patienten.

Folgende Akten werden verwendet für einen **entlassenen Patienten**:

Name	Art	Inhalt	Aufbewahrungsort
Archivierte stationäre Akte	konv.	Stationäre Akte Stationäre Altakten Kardex Therapeutische Akten	Archiv der Psychiatrie, Voßstraße
Archivierte ambulante Akte	konv.	Ambulante Akte Ambulante Altakten	Hängeregal im Ambulanzarchiv Blumenstr. oder im Altarchiv Wieblingen
Cotherapeutische Akten	konv.	Verlaufsdokumentation der Cotherapeuten	beim jeweiligen Cotherapeuten im Zimmer
Basisdokumentation	elektr.	Basisdokumentation	Access-Anwendung auf dem Server

Name	Art	Inhalt	Aufbewahrungsort
Elektronische Krankenakte	elektr.	Verwaltungsbezogene Informationen im IS-H Diagnosen im IS-H*Med	ZIM-Server

		alte Befunde (v.a. Labor) im Sara+Med.	
Ambulantes Karteikärtchen	konv.	Übersicht über bisher behandelte ambulante Patienten	Sekretariat

Tabelle 28: Wichtigste Akten für entlassene Patienten.

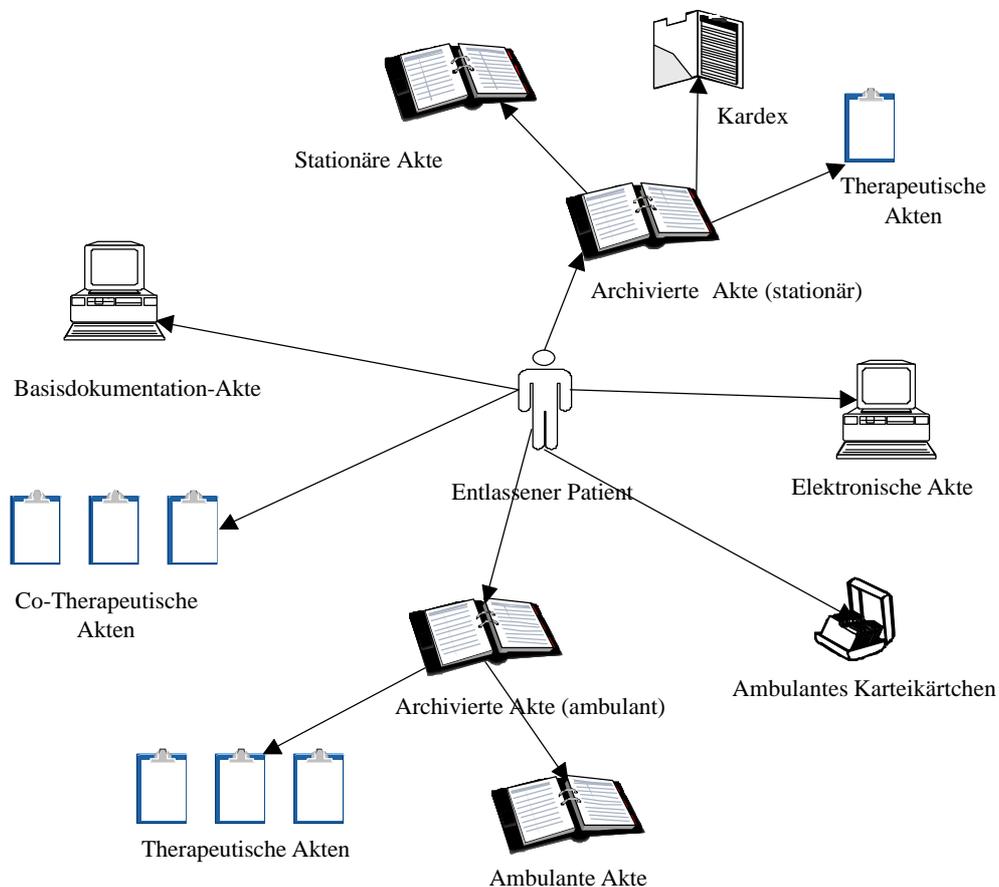


Abbildung 7: Wichtigste Akten für entlassene Patienten.

Es bestehen folgende **Archive**:

Name	Art	Inhalt	Aufbewahrungsort
Ambulantes Archiv	konv.	Ambulante Akten (alphabetisch sortiert)	Blumenstraße
Stationäres Archiv	konv.	Stationäre Akten	Archiv der Psychiatrie, Voßstraße
Altarchiv	konv.	Ambulante Altakten	Wieblingen

Tabelle 29: Vorhandene wichtigste Archive.

6.5.3.2 Bewertung

Allgemein sind die Ziele einer Akte:

- Sammlung aller patientenbezogenen Dokumente an einer Stelle
- Gewährleistung eines schnellen Zugriffs auf ein Dokument
- Gewährleistung des schnellen Zugriffs auf eine Akte

Sammlung aller patientenbezogenen Dokumente an einer Stelle

- Wichtige patientenbezogene Informationen sind während des Aufenthaltes des Patienten nicht an einer Stelle verfügbar, sondern sind auf verschiedene Akten verteilt. So sind pflegerische, therapeutische und cotherapeutische Informationen jeweils überwiegend getrennt abgelegt.
- Wichtige patientenbezogene Informationen sind nach Entlassung des Patienten nicht an einer Stelle verfügbar. Die Cotherapeuten haben jeweils eigenen Archive, und nicht alle schreiben Abschlußberichte, welche sich dann z.B. im Arztbrief wiederfinden.

Gewährleistung eines schnellen Zugriffs auf ein Dokument

- Stationäre Akten sind häufig nicht nach vereinbarten Ablageschemata sortiert.
- Es existieren leicht unterschiedliche Ablageschemata von stationären Akten in PT und AK, was die Suche in den Akten bei verlegten Patienten erschwert.
- Da das Ein- und Ausheften von Dokumenten bei stationären Akten mühsam ist, werden sie in Leitzordnern zwischengespeichert, was zu einer Zersplitterung der Akte führt.
- Die Arztbriefschreibung geschieht bisher mit MS Office, die Briefe finden sich daher in der elektronischen Akte nicht wieder.

Gewährleistung des schnellen Zugriffs auf eine Akte

- Häufig ist unklar, wo sich eine ambulante Akte aktuell befindet (z.B. Archiv, Arztzimmer)
- Stationäre Akten werden öfter gesucht. Sie werden meist in Arztzimmern gelagert, obwohl sie dort eigentlich eher weniger benötigt werden (außer zum Einsortieren von neuen Berichten).
- Beim Wechsel zwischen den Gebäuden müssen Akten für den Zugriff mitgeschleppt werden.
- Der schnelle Zugriff auf die Kardex in PT ist nicht möglich, da die Akten im Stationsschrank eingeschlossen werden müssen (Zimmer wird auch von Patienten genutzt).

6.5.4 Werkzeuge der Informationsverarbeitung

6.5.4.1 Beschreibung

In der Abteilung werden folgende zentrale rechnergestützte Anwendungssysteme eingesetzt:

Anwendungssysteme	verwendet für Aufgabe
IS-H	Patientenverwaltung
IS-H*Med	Diagnosen- und Leistungsdokumentation
Sara+Med	Empfang Laborbefunde, elektronische Akte
DVD	Dienstplanung
MatAnf	Medikamentenanforderung
Office	Schriftguterstellung
Outlook	Kommunikation
Digitales EEG	Diagnostik
Internet	Informationsrecherche
Bado	Basisdokumentation

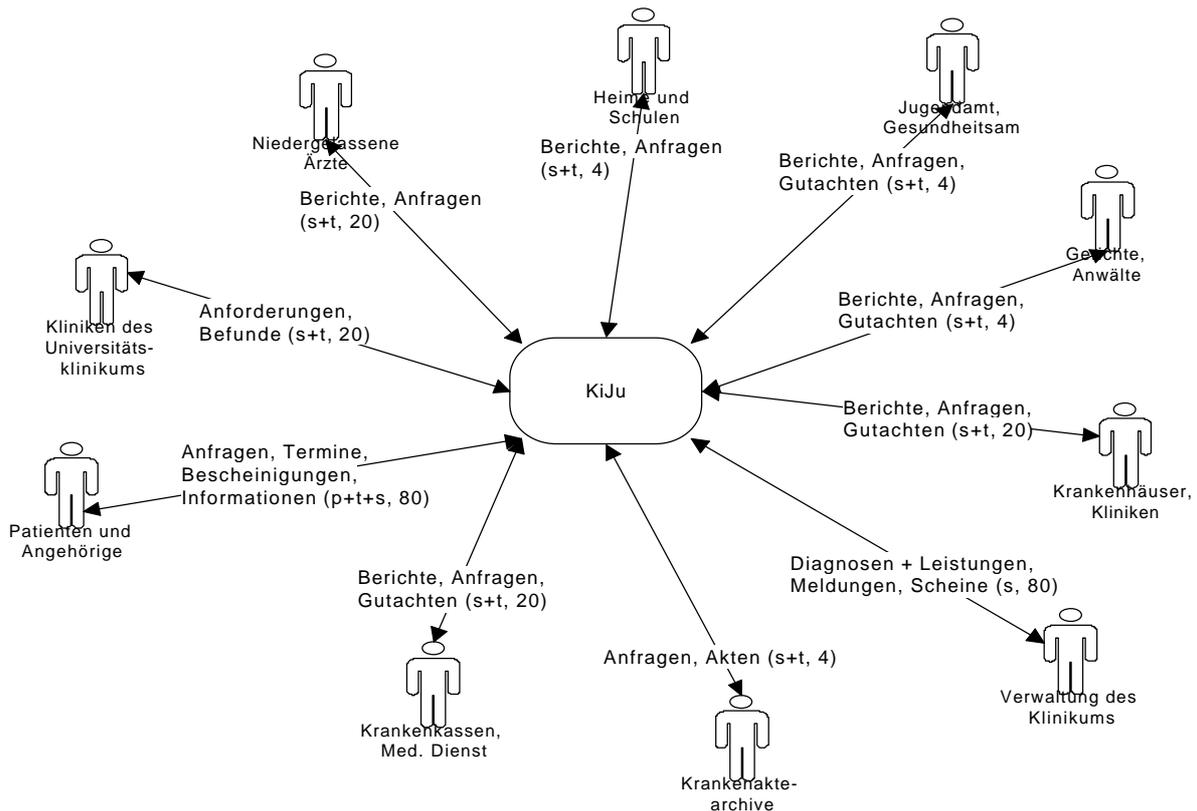
Tabelle 30: Wichtigste Anwendungssysteme.

Erläuterung: S = schriftlich, E = E-Mail; 1 = monatlich, 4 = wöchentlich, 20 = täglich, 80 = mehrmals täglich. In der oberen Grafiken wird die Kommunikation vom Arzt weg, im unteren zum Arzt hin dargestellt

Abbildung 8: Schriftlicher Informationsaustausch aus Sicht der Rolle "Stationsarzt".

6.5.5.2 Informationsaustausch mit externen Stellen

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie tauscht auch mit externen Stellen sowohl mündlich als auch schriftlich Informationen aus. Im folgenden sind die wichtigsten Kommunikationsverbindungen nach extern dargestellt.



Erläuterung: s = schriftlich, t = telefonisch; 1 = monatlich, 4 = wöchentlich, 20 = täglich, 80 = mehrmals täglich. In der oberen Grafiken wird die Kommunikation vom Arzt weg, im unteren zum Arzt hin dargestellt

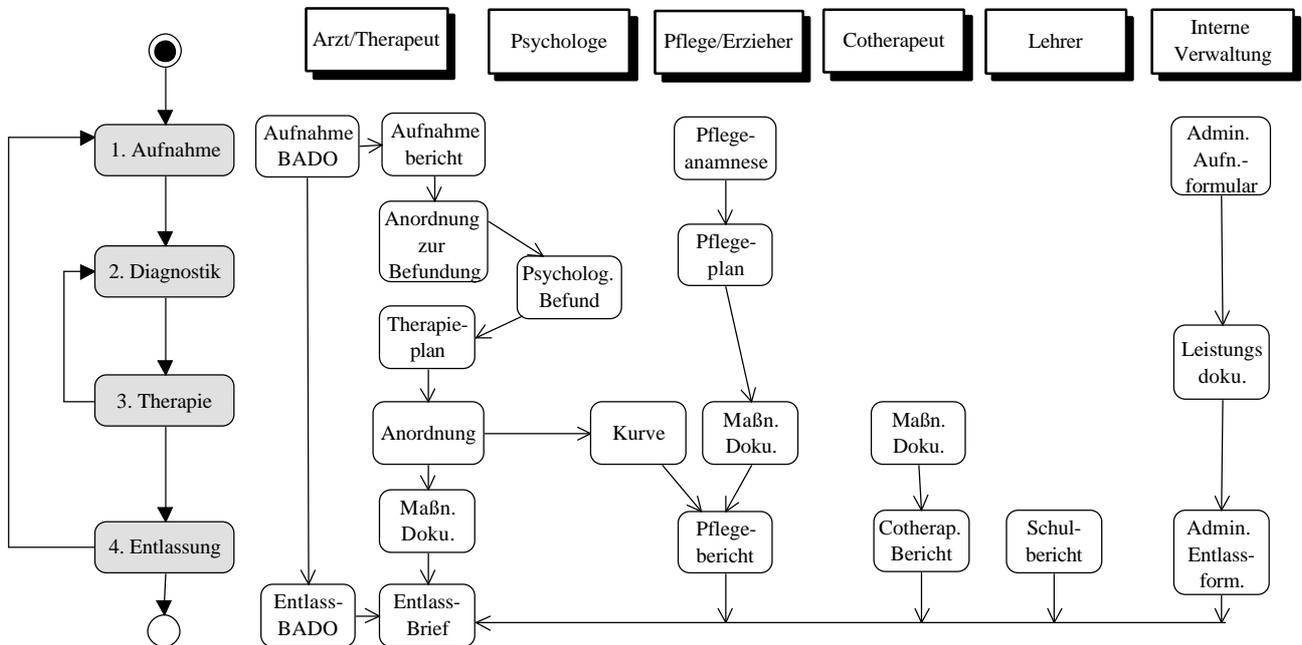
Abbildung 9: Informationsaustausch der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit externen Stellen.

6.5.6 Einordnung der Dokumentation in den Behandlungsprozess

Zentrales Ziel der Dokumentation ist die Unterstützung der Zusammenarbeit im multiprofessionellem Team.

Die Dokumentation muss hierfür jeweils zum richtigen Zeitpunkt in der richtigen Form orientiert am Behandlungsprozess zur Verfügung stehen. Die Analyse offenbarte hier aber eine Reihe von Schwachstellen. So ist die Bedeutung der Dokumentation im Behandlungsprozess nicht allen Beteiligten klar genug. Die Dokumentation wird z.B. teilweise verspätet durchgeführt. Beispiele sind die häufig erst längere Zeit nach Aufnahme erfolgte Pflege- und Therapieplanung, sowie die häufig erst verspätet vorliegenden Berichte der Psychologen und Cotherapeuten. Gründe können z.B. Personalengpässe oder terminliche Konflikte sein. Die Dokumentation verliert dadurch ihren unterstützenden Charakter und wird zu einer bloßen retrospektiven Dokumentation.

Die folgende Abbildung zeigt beispielhaft, wie die verschiedenen Dokumente sich in den Behandlungsprozess einordnen, und welche Abhängigkeiten zwischen ihnen bestehen. Exemplarisch werden hier nur die wichtigsten Dokumente für die Behandlung stationärer Patienten dargestellt.



Hinweis zur Abbildung: Formulare werden abgerundet dargestellt, die Pfeile stehen für Informationsweitergabe

Abbildung 10: Einordnung der Dokumentation in den Behandlungsprozess (links dargestellt), gegliedert nach den einzelnen Berufsgruppen.

Aus der Abbildung wird deutlich, dass die Phasen des Behandlungsprozesses nur dann gut unterstützt werden, wenn die aufgezeigten Dokumente rechtzeitig vorliegen. Dies ist häufig nicht der Fall. So ist z.B. die Therapieplanung wesentliche Ausgangsbasis für die Arbeit im multiprofessionellen Team. Sie erfolgt aber häufig erst lange nach der Aufnahme, nachdem therapeutische Maßnahmen bereits eingeleitet wurden. Es sollte daher geklärt werden, wann die Therapieplanung vorliegen soll, welche Informationen vorher vorliegen müssen, und welche Elemente enthalten sein müssen, damit sie zielgerichtet verwendet werden kann. Außerdem muss geklärt werden, wann die Therapieplanung aktualisiert wird, und wie die Beteiligten darüber informiert werden. Ähnliches gilt auch für andere Teile der Dokumentation, z.B. bei den Entlassberichten.

6.5.7 Zusammenfassung

Die Dokumentation ist vor allem ein zentrales therapeutisches Informationssystem, in dem alle Informationen zum Behandlungsverlauf dokumentiert und jedem Mitglied des Behandlungsteams zugänglich sind. Folgende Hauptziele können formuliert werden:

- Ablage aller relevanten patientenbezogenen Informationen an einer Stelle
- Ermöglichung eines möglichst einfachen Zugriffs auf die patientenbezogenen Informationen
- Einhalten von vereinbarten Dokumentationszielen
- Verringerung von Aufwänden bei der Datenerfassung
- Steigerung von Vollständigkeit und Rechtzeitigkeit der Dokumentation

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie zeichnet sich im Bereich Dokumentation durch einen großen Umfang an notwendiger Dokumentation (bedingt durch die Vielzahl an Bereichen und Personengruppen) und einer hohen Motivation der Mitarbeiter zu einer vollständigen und sinnvollen Dokumentation bei gleichzeitig nicht immer ausreichender Unterstützung durch die vorhandenen Werkzeuge aus.

Zudem ist die Bedeutung der einzelnen Dokumentationen für den Behandlungsprozess nicht allen Mitarbeiter klar. Dieses ist jedoch Voraussetzung dafür, dass die Dokumentation unterstützenden Charakter hat und jeweils zum richtigen Zeitpunkt in der richtigen Form zur Verfügung steht.

Im einzelnen lassen sich folgende Problemkomplexe nach den Erhebungen in Sicht 2 festhalten. Es werden nur die Bereiche mit den häufigsten Nennungen angegeben. Festgehalten sind Lösungsansätze und -vorschläge, welche sich aus den Interviews ergeben haben.

Ein Schwerpunkt war die **Basisdokumentation**. Bemängelt wurden die als unklar empfundene Zielsetzung, der hohe Aufwand bei als unklar empfundenen Nutzen, der große Umfang, die Notwendigkeit von Mehrfacherfassung unveränderter Daten, und die häufig verspätete bzw. unvollständige Ausfüllung. Die Datenbank zur Erfassung ist relativ unkomfortabel und daher nicht direkt vor Ort einsetzbar. Ein Mahnwesen existiert, greift aber nicht wirklich. Als Lösungsansätze wurden genannt: Klärung der Ziele, Überarbeitung der Inhalte, Reduktion des Umfangs, Erleichterung der Wiederverwendung von Informationen, Verbindung der Bado mit Aufnahme- und Entlassbericht. Sinnvoll wäre auch die Integration in IS-H*Med und die direkte elektronische Erfassung durch die Ärzte.

Ein weiterer häufig genannter Bereich war die **Therapie- und Pflegeplanung**. Auch hier werden die Ziele als eher unklar, der Aufwand als zu hoch, der Nutzen als unklar bemängelt bei häufig verspäteter Erstellung und zu unregelmäßiger Überprüfung. In Teilen der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird keine schriftliche Therapieplanung durchgeführt. Lösungsansätze betreffen die berufsgruppenübergreifende Abstimmung von Konzept und Zielsetzung, die inhaltliche Überarbeitung, und die regelmäßige Überprüfung (z.B. im Rahmen von Fallbesprechungen). Eine elektronische Unterstützung sollte geprüft werden.

Probleme mit der **Arztbriefschreibung** wurden ebenfalls häufig genannt. Bemängelt werden die häufig verspätete Erstellung und die umständliche Organisation der Korrekturen. Das vorhandene Mahnwesen greift zu kurz. Die Cotherapeutenberichte kommen häufig erst verspätet nach Entlassung. Die Arztbriefe finden sich nicht in der elektronischen Akte wieder. Lösungsvorschläge betreffen die konsequente Nutzung von E-Mail für die Übermittlung von cotherapeutischen Abschlußberichten, die Nutzung der Arztbriefschreibung in IS-H*Med, die Aufstockung von Sekretariatsstellen, die Vereinfachung der Kurzarztbriefschreibung und ein verbindliches Mahnwesen.

Der Bereich der **Patientenakten** wurde häufig genannt. Probleme betreffen Suchaufwände bei stationären Akten, die Auslagerung von Teilen in Leitzordner, die getrennte Ablage von pflegerischen, therapeutischen und cotherapeutischen Informationen während des stationären Aufenthalts, die unterschiedlichen Ablageschemata in Voßstraße und Blumenstraße und die Schwierigkeit in der Psychotherapiestation, schnell auf die Kardex zuzugreifen. Lösungsansätze sind die stärkere Nutzung elektronischer Informationen, die gemeinsame Ablage der stationären Akten und der Kardex, die Verwendung einheitlicher Ablageschema, den Umbau des Stationszimmer in PT, sowie die Ergänzung der Akte um verbindliche cotherapeutische, therapeutische und pflegerische Entlassberichte.

Auch die **Pflegedokumentation** wurde mehrfach genannt. Probleme betreffen die unterschiedlichen Formulare in Blumenstr. und Voßstr., die nicht vorhandene schriftliche Maßnahmendokumentation in einigen Bereichen, der fehlende Raum und die mangelnde Zeit für eine vollständige Pflegedokumentation, die Schwarz-Weiss-Kopien farbiger Formularvorlagen, und das Fehlen abschließender Erzieherberichte. Lösungsansätze sind die Vereinheitlichung der Formulare mit der Abteilung Allgemeine Psychiatrie sowie der Erstellung von Formularen für die speziellen Bedürfnisse (z.B. Anamnese).

Bei der **EDV-Ausstattung** wurden die teilweise unzureichende PC-Ausstattung (z.B. PT, Cotherapeuten, TK-V) bemängelt und die Unsicherheiten bei der Bedienung einzelner Funktionen (z.B. Leistungsanforderung). Angeregt werden Nachschulungen, Checklisten und Kurzanleitungen zur Programmennutzung sowie eine bessere PC-Ausstattung von PT und TK.

Bei der **cotherapeutischen Dokumentation** wurden genannt: die überwiegend handschriftliche Dokumentation in überwiegend selber erstellten Formularen, der überwiegend mündliche Informationsaustausch, die geringe Abbildung in der Kardex, die schwierige Verlaufsdarstellung und die verspätete

tete Erstellung von Abschlußberichten. Als Lösungsansätze werden eine Prüfung einer DV-Unterstützung für die Dokumentation vorgeschlagen, das regelmäßige Eintragen kurzer Bericht im Kardex und die Nutzung von E-Mail zur Übersendung von Abschlußberichten an den behandelnden Arzt.

Häufig genannt wurde das **Formularwesen**: Zahlreiche Formulare sind im Umlauf, die teilweise veraltete sind bzw. wo die genaue Verwendung unklar ist. Gleiches gilt für die Einverständniserklärungen, bei denen zusätzlich Unsicherheit über rechtliche Relevanz und Notwendigkeit besteht. Angeregt wurden eine Reorganisation des Formularwesens und insb. eine Überarbeitung und Zusammenfassung der Einverständniserklärungen unter rechtlicher Beratung.

Die **Therapeutische Dokumentation** wird überwiegend handschriftlich und unstrukturiert gemacht, so dass Verläufe schwer darstellbar sind, sie findet sich nicht im Kardex wieder. Ansätze sind das regelmäßige Eintragen kurzer Berichte im Kardex.

Die **Zuständigkeiten** für die Pflegedokumentation verteilen sich derzeit auf den Oberarzt, den pädagogischen Leiter und die Stationsleitungen. Eine Klärung der Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten sowie eine zentrale Koordination der Pflegedokumentations-Formulare scheint sinnvoll.

Die **Essensanforderung** wird doppelt durchgeführt, eine direkte Erfassung in IS-H*Med z.B. durch die Erzieher scheint sinnvoller.

Bei den **Anordnungen und Absprachen** wurde bemängelt, dass nicht alles schriftlich festgehalten bzw. abgezeichnet wird. Es bestehe außerdem Unklarheit, ob dokumentierte Absprachen von allen gelesen und umgesetzt werden. Das Vorgehen und die Zuständigkeiten sollten daher geklärt und das Anordnungsformular ggf. überarbeitet werden.

Bei der **Ambulanzorganisation** fallen zahlreiche unterschiedliche Medien wie Listen, Karteikarten, Akten etc. auf sowie eine mehrfache Termin- und Diagnosenlisten. Hier wäre eine Unterstützung durch IS-H*Med zu prüfen.

Bei der **Stationsorganisation** (PT) wurde bemängelt, dass nicht alle zentralen Informationen zu einem Patienten im Überblick sichtbar wären, und dass die Stundenplanerstellung aufwendig wäre. Ein Lösungsvorschlag war die Verwendung einer übersichtlichen Magnettafel.

6.6 Sicht 3: Kommunikation

Für die Ist-Analyse der Kommunikation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie des Klinikums Heidelberg wurden der Einsatz von Kommunikation, Kommunikationsmedien (s. auch Sicht 2) und die Kommunikationsbeziehungen innerhalb und zwischen den Berufsgruppen berücksichtigt. Kommunikationsprozesse werden im Rahmen der Geschäftsprozesse (Sicht 4) betrachtet.

6.6.1 Einsatzbereiche der Kommunikation (Inhalte und Nutzen)

Die zentrale Bedeutung der Kommunikation im Rahmen der direkten therapeutischen und pädagogischen Behandlung der Patienten ist offensichtlich und soll daher in diesem Projekt nicht näher untersucht werden.

Stattdessen konzentriert sich die Fragestellung der Erhebung auf die Kommunikation in Bezug auf die organisatorischen Abläufe und den Informationsaustausch entlang des Behandlungsprozesses.

Ganz allgemein erfüllt die Kommunikation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie drei Hauptfunktionen: Sie dient vor allem zum Informationsaustausch, zur Entscheidungsfindung und zur Koordination.

Dabei wird kommuniziert innerhalb einer Berufsgruppe, zwischen verschiedenen Berufsgruppen, zwischen verschiedenen Hierarchieebenen, zwischen verschiedenen Organisationseinheiten, mit Kliniken des Heidelberger Klinikums sowie mit externen Institutionen, die an der Patientenversorgung beteiligt sind.

Die Kommunikationsinhalte ergeben sich aus den verschiedenen Hauptaufgabengebieten, die die Abteilung zu erfüllen hat: Patientenversorgung, Forschung, Lehre und Ausbildung. Insgesamt handelt es sich somit um ein komplexes Kommunikationsgefüge.

6.6.2 Subjektive Bedeutung der Kommunikation

Die Mitarbeiter, die zu dieser Sicht interviewt wurden, wurden gebeten, auf einer visuellen Analogskala anzugeben „wie hoch sie die Bedeutung der Kommunikation für die eigene Arbeit einschätzen“. Es ergab sich über alle Berufsgruppen hinweg ein übereinstimmendes Bild, demzufolge Kommunikation eine sehr hohe Bedeutung habe (VAS (1-10); Mittelwert=8.5; sd=1.3).

Wie die Analyse der Tätigkeitsprofile (Sicht 1) bereits gezeigt hat, verbringen Mitarbeiter des multi-professionellen Teams bis zu 50% ihrer Arbeitszeit mit Kommunikation in Besprechungen. Diese Aussage wird bei der subjektiven Einschätzung, wieviel Zeit die Mitarbeiter mit Kommunikation verbringen bestätigt. Zeit für informelle Kommunikation muss hierbei noch hinzugefügt werden.

6.6.3 Besprechungen

6.6.3.1 Beschreibung

Besprechungen sind das Hauptmedium im Rahmen der arbeitsbezogenen Kommunikation. Als Besprechungen wurden alle Gespräche eingeordnet, die formell festgelegt sind, regelmäßig stattfinden und an denen mindestens zwei Mitarbeiter teilnehmen. Informelle Gespräche, die telefonisch oder spontan im Büro, Stationszimmer oder „zwischen Tür und Angel“ stattfinden, wurden nicht mit aufgeführt und untersucht. Die befragten Mitarbeiter nannten insgesamt ca. 70 Besprechungen, die regelmäßig stattfinden. An 20 von ihnen nehmen Mitarbeiter verschiedener Organisationseinheiten der Kinder- und Jugendpsychiatrie teil. Tabelle 31 nennt die Anzahl und Häufigkeit der verschiedenen Besprechung nach Typen sortiert und ordnet diese den Organisationseinheiten zu.

Besprechungstyp	Gesamt*	AK	PT	TK-B	TK-V	AM
<i><u>Inhalte der Behandlung eines Patienten</u></i>						
Chefvisite	5 / wö	1 / wö	1 / wö	1 / wö	1 / wö	1 / wö
Oberarztvisite	2 / wö	1 / wö	1 / wö			
„Stations“-Visiten	6 / wö	3 / wö	3 / wö			
„Stations-BS Früh“		1 / tä	1 / tä			
„Therapieplanungs“-BS			1 / wö	1 / wö		
Übergabe Pflege/ Erzieher		ca. 3 / tä	ca. 3 / tä			
Therapeuten – Lehrer – BS			1 / wö			
Fall-BS	1 / wö	ca. 1 / mo				
OA-Supervision*	2,5 / wö		2 / mo	1 / wö	1 / wö	1 / wö
<i><u>Koordination Patientenversorgung allgemein</u></i>						
Therapeuten – Päd. Leitung	1 / wö		1 / wö			
Therapeuten – Psycho. Diagnostik	1 / wö	1 / wö				
Therapeuten – Cotherapeuten	1 wö		2 / 14ig			
Therapeuten – Pflege / Erzieher	3 / wö			2 / wö	1 / wö	
unter Co-therapeuten	1 / wö		1 / wö	1 / wö		
unter Psychologen	1 / mo	1 / mo	1 / mo	1 / mo	1 / mo	1 / mo
„Team“-BS Pflege/Erzieher	2 / wö	1 / wö	1 / wö			
<i><u>Besprechungen auf Leitungsebene</u></i>						
Chefarzt – Oberärzte	1 / wö					
Chefarzt – Ltd. OA – Päd. Leitung	1 / wö					
Schulleiter – Chefarzt – Päd. Leit.	1 / mo					

<i>Organisation / Aktuelles</i>						
Morgen-BS	1 / tä	1 / tä	1 / tä	1 / tä	1 / tä	1 / tä
Besprechungstyp	Gesamt*	AK	PT	TK-B	TK-V	AM
<i>Organisation / Aktuelles</i>						
Haus-BS**	1 / mo	1 / mo	1 / mo	1 / mo	1 / mo	1 / mo
Stationsleitungs-BS	1 / wö		1 / wö			
Cotherapeuten – Päd. Leitung	3 / wö		1 / wö	1 / wö	1 / wö	
<i>Aus- Fort- und Weiterbildung</i>						
Assistenten-Fortbildung	1 / mo	1 / mo	1 / mo	1 / mo	1 / mo	1 / mo
Hausseminar	1 / mo	1 / mo	1 / mo	1 / mo	1 / mo	1 / mo
Chefarzt-Supervision*	2 / mo	2 / mo	2 / mo	2 / mo	2 / mo	2 / mo
Fortbildung	2 / mo	2 / mo	2 / mo			
Balintgruppe	1 / wö		1 / wö			

* in der Oberarztvisite wird u.a. das konkrete therapeutische Vorgehen für einzelne Patienten besprochen; in der Chefarzt-Supervision hingegen werden häufiger allgemeinere Diskussionen geführt

**AM, AK, PT, TK-B, TK-V, MBS, FL, KS, DI

Anmerkung: mo = monatlich, wö = wöchentlich, tä = täglich - ohne Wochenende; hellgraue Felder = Besprechungen innerhalb einer OE, dunkelgrau = OE-übergreifende Besprechungen. BS = Besprechung.

Tabelle 31: Anzahl und Häufigkeit von Besprechungen nach ihrer inhaltlichen Ausrichtung sortiert.

Bei den Beobachtungen der Besprechungen und in den Interviews wurde analysiert, welche Konversationsformen und Argumentationsarten in den Besprechungen auftreten. Die Untersuchung ergab, dass bei allen Besprechungen die Konversationsformen Informationsaustausch, Handlungskoordination und Entscheidungsfindung vertreten sind. Sie unterscheiden sich von ihrem Anteil bei den Besprechungstypen, aber variieren auch bei den konkreten Besprechungen zu einem Besprechungstyp. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der Informationsaustausch einen großen Rahmen bei den Besprechungen einnimmt. Bei den Übergaben und Visiten zum Beispiel geht es vom Schwerpunkt her darum, der folgenden Schicht, beziehungsweise dem Therapeuten, dem Oberarzt und dem Chefarzt über den Verlauf und den aktuellen Zustand des Patienten zu berichten. Zweitrangig wird das weitere Vorgehen diskutiert und abgestimmt.

Auch alle drei Argumentationstypen finden sich in den Besprechungen wieder. Es kommt regelmäßig zu einem fachlichen Austausch, meist mit konkretem Patientenbezug (Diskussion) oder auch allgemein (theoretischer Diskurs), seltener auch zu praktischen Diskursen. Gerade die Supervisionen sind extra zum Zwecke des fachlichen Austausches eingerichtet.

In Tabelle 32 wird dargestellt, welche Rollen in den einzelnen Besprechungen vertreten sind. Die Rolle des „Therapeuten“ kann erfüllt werden von der Berufsgruppe der Ärzte als auch der Psychologen. Aufgaben der psychologischen Diagnostik werden davon unterschieden und der Rolle des Diagnostikers zugewiesen. Eine allgemeine Übersicht und Beschreibung der Rollen findet sich in Kapitel 6.4.1.

Da einzelne Rollen von mehreren Mitarbeitern erfüllt werden, wurden diejenigen Besprechungen besonders gekennzeichnet (grau schraffiert), an denen jeweils nur Vertreter der Rolle teilnehmen. Dies betrifft ausschließlich die Berufsgruppe der Pflege / Erzieher, die zum einen in den Schichtdienst eingeteilt arbeiten und zudem während der Besprechungszeiten die erzieherische Betreuung der Patienten gewährleisten müssen.

teilnehmende Rolle	Chefarzt	Oberarzt	Therapeut	Psych. Diag.	Coherapeuten	Stationsleitung	Päd. Leit.	Pfleger/ Erzieher	Sozialdienst	interne Verwaltg.	sonstige
Besprechung (OEs)											
Behandlungsinhalte eines Patienten											
• Chefvisite	X	X	X	X (≠AM)	X	X (PT)	X (PT)	X	X (AK, PT)	-	Lehrer (PT, AK)
• Oberarztvisite	-	X	X	-	X (PT, AK)	X (PT)	X (PT)	X	-	-	Lehrer (PT)
• „Stations“-Visiten	-	-	X	-	-	X	X	X	-	-	-
• Stationsbesprechung Früh	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-	-
• Therapieplanungs-BS	-	-	X	-	-	X	X	X	-	-	-
• Übergabe Pflege/ Pädagogen	-	-	-	-	-	(X)	(X)	X	-	-	-
• Therapeut – Lehrer – BS	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	Lehrer
• Fall-BS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	-	-
Koordination Patientenversorgung											
• Coherapeuten – Päd. Leitung	-	-	-	-	X	-	X	-	-	-	-
• Therapeuten – Päd. Leitung	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	-
• Therapeuten – Psycho. Diagnostik	-	-	X	X	-	-	-	-	-	-	-
• Therapeuten – Coherapeuten	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-	-
• Therapeuten – Pfl. / Erzieher	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-	-
• unter Co-therapeuten	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-
• unter Psychologen	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-
• „Team“-BS Pflege/Erzieher	-	-	-	-	-	X	X	X	-	-	-
BS auf Leitungsebene											
• Stationsleitungs-BS			X	-		X	X				
• Chefarzt – Oberärzte	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-
• Chefarzt – OA – Päd. Leitung	X	X	-	-	-	-	X	-	-	-	-
• Schulleiter– Chefarzt – Päd. Leit.	X	-	-	-	-	-	X	-	-	-	Schulleiter
Organisation / Aktuelles											

teilnehmende Rolle	Chefarzt	Oberarzt	Therapeut	Psych. Diag.	Cothérapeuten	Stationsleitung	Päd. Leit.	Pfleger/ Erzieher	Sozialdienst	interne Verwaltg.	sonstige
Besprechung (OEs)											
• Morgen-BS	x	x	x	-	x	-	x	-	-	-	-
• Haus-BS	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	alle
Aus- Fort- und Weiterbildung											
• Assistenten-Fortbildung	x	x	(x)	-	-	-	-	-	-	-	-
• Hausseminar	x	x	x	x	x	x	x	x	x	-	x
• Supervision (Einzel / Gruppen)	(x)	(x)	x	-	x	-	-	-	-	-	-
• Fortbildung	x	x (PT)	x	x	x (PT)	x (PT)	x (PT)	x	-	-	-
• Balintgruppe		x	x	-	x	x	x	x	-	-	-

Tabelle 32: Zuordnung der Rollen zu den Besprechungen, an denen sie teilnehmen.

Der folgende Abschnitt fokussiert die **Besprechungen, die sich auf die Koordination und Organisation der Patientenversorgung eines einzelnen Patienten** beziehen. Diese detaillierte Betrachtung wird im folgenden ausschließlich für die Psychotherapiestation durchgeführt.

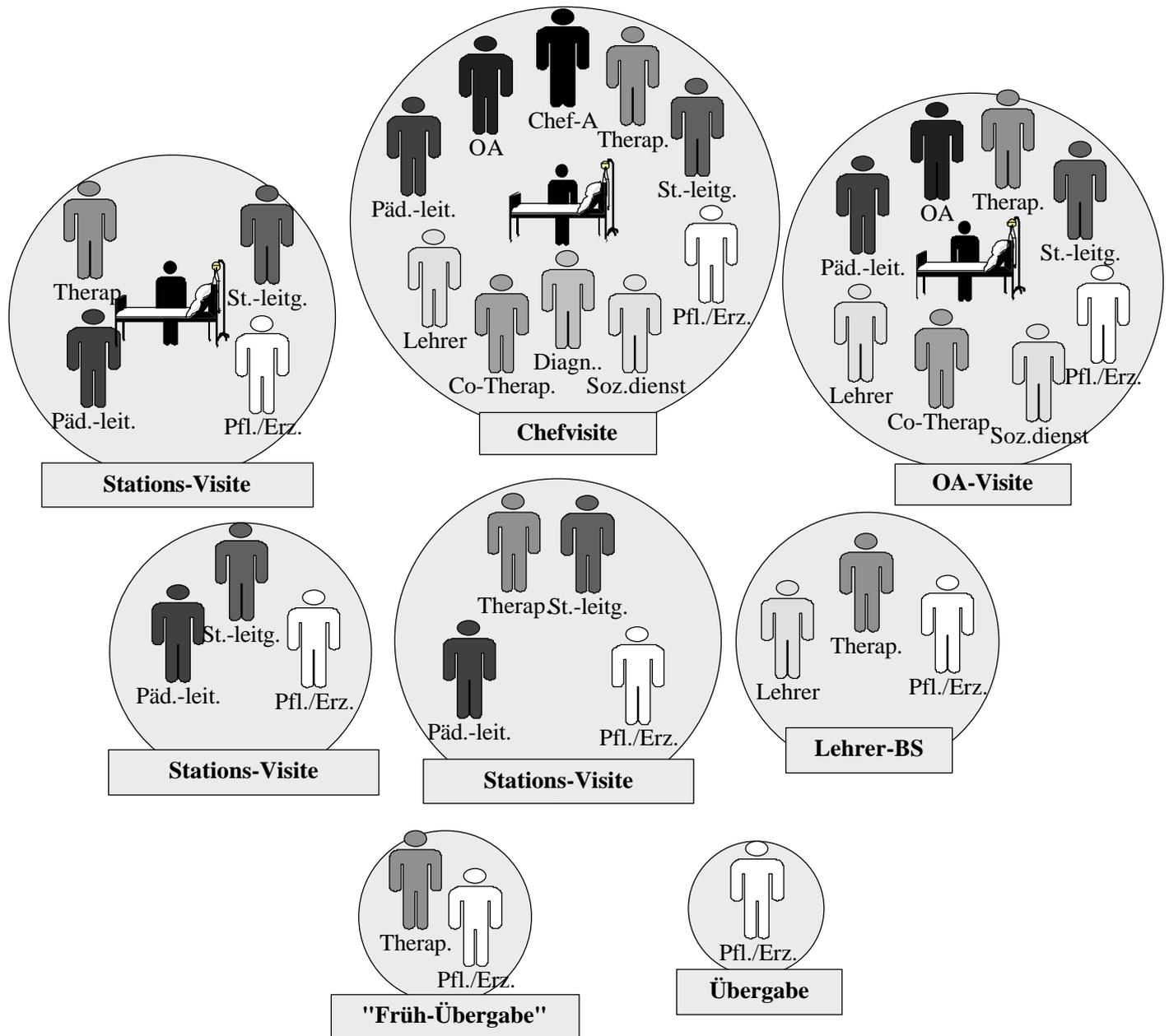


Abbildung 11: Besprechungen, die die Patientenbehandlung in der Woche kontinuierlich begleiten.

Abbildung 11 zeigt jede einzelne Besprechung, die pro Woche stattfindet und die Behandlung des Patienten begleitet. Dabei wird nicht berücksichtigt, wie oft die Besprechung pro Woche stattfindet. Zusätzlich zu diesen kontinuierlichen Besprechungen gibt es drei einzelne Besprechungstermine, in denen die Behandlung eines Patienten diskutiert bzw. festgelegt wird:

- in der so genannten Morgenbesprechung wird jeweils mittwochs die Liste der neu aufgenommenen Patienten aller OEs (anhand einer Belegungsliste) besprochen. Weiterhin erfolgt eine Besprechung der Belegungsplanung für die Psychotherapiestation in der Stationsleitungsbesprechung

- im Anschluss an die Diagnostikphase wird in der Therapieplanbesprechung für den Patienten ein individueller Behandlungsplan erstellt, der pädagogische, betreuerische und z.T. therapeutische Maßnahmen enthält
- während und nach Abschluss der Behandlung wird der komplette Behandlungsfall im Rahmen der Fallbesprechung im interdisziplinären Gesamtteam dargestellt und diskutiert.

Der Informationsfluss über den Gesundheitszustand der Patienten sieht über den einzelnen Tag verteilt wie folgt aus:

- die Ereignisse der vorangegangenen Nacht werden morgens von der Nachtbereitschaft an die Frühschicht des Pflegedienstes weitergegeben.
- in der Stations-Besprechung werden wichtige Informationen an Therapeuten weitergegeben. Ggf. werden therapeutische, medizinische oder pädagogische Entscheidungen getroffen.
- Ereignisse, die von besonderer Wichtigkeit oder Dringlichkeit sind, können in der Morgenbesprechung um 8.30 eingebracht werden. In dieser sind die Therapeuten aller OEs sowie der Chefarzt, Leitende Oberarzt und die Pädagogische Leitung anwesend.
- Jeden Mittag (meistens zwischen 12.00 und 13.30 Uhr) findet eine Visite statt. Montags ist dies die Oberarztvisite und donnerstags die Chefarztvisite. Am Freitag nehmen die Patienten ebenfalls an der Stationsvisite teil. Mittwochs werden die Patienten anhand der Kardexdokumentation besprochen. Die Dienstagvisite konzentriert sich vor allem auf pflegerische und pädagogische Aspekte, weshalb sie die einzige Visite darstellt, an der keine Therapeuten teilnehmen.
- Im Anschluss an die Visite findet die Übergabe vom Früh- an den Spätdienst des Pflegedienstes statt.
- Die letzte Übergabe eines Tages erfolgt um 21:00 Uhr an den Nachtdienst.
- Darüber hinaus findet ein Informationsaustausch von Therapeuten und Pflegedienst mit den Lehrern regelmäßig mindestens einmal wöchentlich im Rahmen der Lehrer-Besprechung statt.

Besprechungen pro Mitarbeiter

Bereits bei der Beschreibung der Tätigkeitsprofile der Mitarbeiter (Sicht 1) war deutlich geworden, dass vor allem Therapeuten bis zu 50% ihrer Arbeitszeit in Besprechungen verbringen.

Zusammenfassend wird an dieser Stelle ein Überblick gegeben, an wie vielen Besprechungen Mitarbeiter des therapeutischen Kernteams der Psychotherapiestation (Therapeuten, Co-therapeuten, Pfleger/Erzieher) sowie der Sozialdienst teilnehmen, **die Behandlungsinhalte oder die Koordination der Patientenversorgung** beinhalten (Tabelle 33). Die Angaben beziehen sich auf jeweils einen durchschnittlichen Rolleninhaber. Für die Pfleger /Erzieher beziehen sich die Angaben auf einen Mitarbeiter, der 3 Frühdienste und 2 Spätdienste arbeitet. Die Anzahl der Besprechungen, an denen Pfleger und Erzieher teilnehmen, schwankt, da die Patientenbetreuung auch in der Besprechungszeit gewährleistet werden muss und nicht alle Mitarbeiter an Besprechungen teilnehmen können.

	Anzahl <i>berufsgruppenübergreifender</i> Besprechungen			Anzahl Be- sprechungen <i>nur mit eigener Berufsgruppe</i>	Gesamt- anzahl (pro Woche)
	therapeutisches Gesamtteam: alle Rollen	Unterteam: Thera- peuten & Pflege	Unterteam: nur 2 Rollen		
Therapeuten	3 x wöchentlich (Fall-BS, Chef- / OA-Visite)	1 x täglich (Stationsfrüh-BS) 3 x wöchentlich (Stationsvisite) 1 x wöchentlich (Therapieplan-BS)	1 x 14ig (Cotherapeuten) 1x wöchentlich (Lehrer)	1 x 14ig (OA-Supervision)	14
Co- therapeuten	3 x wöchentlich (Fall-BS, Chef- / OA-Visite)	-	1 x 14ig (pro Therapeut)	-	3,5
Pfleger / Erzieher	0-3 x wöchentlich (Fall-BS**, Chef- / OA-Visite)	1-3x wöchentlich* (Stationsfrüh-BS) 0-2x wöchentlich* (Stationsvisiten) (1 x wöchentlich Therapieplan-BS**)		1 x wöchentlich (Team-BS) 2 x täglich (Übergabe)	ca. 15
Sozialdienst	3 x wöchentlich (Fall-BS, Chef- / OA-Visite)	-	-	-	3
Lehrer	-	-	1 x wöchentlich (Therapeuten)	-	1

*die Anzahl schwankt, je nachdem, ob der Pfleger/Erzieher an den Besprechungen teilnimmt oder in dieser Zeit Patienten betreut

**an dieser Besprechung nehmen vom Pflegedienst nur die Bezugspfleger für den Patienten teil

Tabelle 33: Anzahl und Häufigkeit der Besprechungen zu Behandlungsinhalten oder zur Koordination der Patientenversorgung (PT) pro Woche (Montag bis Freitag).

Wie die Tabelle zeigt, wird der Schwerpunkt der Kommunikation multidisziplinär durchgeführt. Ausnahme sind hier die Pflegekräfte, die zur Gewährleistung der 24-Stunden-Betreuung ihrer Kinder zusätzlich noch die Übergaben innerhalb der eigenen Berufsgruppe benötigen. Die Therapeuten sind an allen berufsgruppenübergreifenden Besprechungen beteiligt.

6.6.3.2 Bewertung

Die Bewertung der Besprechungen lässt sich in zwei Hauptgesichtspunkte einteilen:

- Ist die Kommunikationsform der Besprechungen die der Wahl für die zu kommunizierenden Inhalte? Welche Bedeutung wird den Besprechungen gegeben?
- Wie gut gelingt eine im Hinblick auf das Besprechungsziel möglichst effektive Durchführung der Besprechungen? Für diese Beurteilung wurden folgende Leitfragen verwendet:
 - ist das Ziel der Besprechung eindeutig und allen Teilnehmern bekannt?
 - entspricht die Art, wie die Besprechung durchgeführt wird, den inhaltlichen Zielen? (gibt es z.B. Raum für einen offenen Meinungs austausch in einer Besprechung, die zum Ziel hat, Inhalte zu diskutieren?)
 - werden ausschließlich für das Besprechungsziel relevante Inhalte besprochen?
 - werden alle für die Inhalte relevanten Mitarbeiter einbezogen? Wenn nicht, wie werden diese informiert?
 - sollten die Ergebnisse der Besprechung festgehalten werden?
 - ist die Häufigkeit der Besprechungen und ihre Dauer ausreichend, um das inhaltliche Ziel zu erreichen?

Bedeutung der Kommunikationsform Besprechungen

Besprechungen wurden von den Befragten insgesamt als eine für die Zusammenarbeit sehr relevante Kommunikationsform beurteilt. Die meisten Besprechungen wurden als wichtig beurteilt, wobei insgesamt die höchsten Wichtigkeits-Werte auf die Besprechungen entfielen, die die Patientenversorgung und hier vor allem das multiprofessionelle Team betrafen: die Fallbesprechung sowie in der Psychotherapiestation die Stationsvisite mit den Patienten. Sehr positive Einschätzungen erhielten darüber hinaus die Balintgruppe und Fortbildungen.

Bezüglich der Beurteilung der Anzahl der Besprechungen ergab sich ein auf den ersten Blick widersprüchliches Bild: Sowohl Therapeuten als auch Co-therapeuten gaben an, dass der Anteil ihrer Arbeitszeit, den sie in Besprechungen verbringen, zu hoch sei. Bei der Beurteilung der Wichtigkeit der einzelnen Besprechungen allerdings wurden i.d.R. nahezu alle Besprechungen als wichtig eingeschätzt. Es wurde ein sehr hoher Bedarf an Austausch von patientenbezogenen Informationen der verschiedenen Berufsgruppen des multiprofessionellen Teams angegeben.

Wie bedeutend und wichtig einzelne Besprechungen für die eigene Arbeit eingeschätzt wurden, hing entscheidend damit zusammen, welche Rolle die Befragten hatten und wie häufig sie an Besprechungen teilnehmen. Naheliegenderweise erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass sich ausgetauschte Informationen in einzelnen Besprechungen wiederholen bei Personen, die über den Tag hinweg an mehreren patientenbezogenen Besprechungen teilnehmen, was vor allem bei Therapeuten der Fall ist.

Dass dieselben Informationen in mehreren Besprechungen wiederholt ausgetauscht werden, hängt u.a. mit dem unterschiedlichen Teilnehmerkreis zusammen, liegt aber auch daran, dass es Besprechungen gibt, in denen bspw. ein Therapeut für ihn neue Informationen in der Empfängerrolle bekommt und andere in denen er dieselben Informationen als Sender weitergibt. Dies soll anhand eines Beispiels verdeutlicht werden: In der Stationsbesprechung am frühen Morgen erfährt eine Therapeutin, dass es einem ihrer Patienten in der Nacht sehr schlecht ging. Hier ist sie Empfängerin einer für sie neuen Information. Diese Information wird am selben Tag in der Stationsvisite mittags erwähnt, darüber hinaus, wenn sie von besonderer Relevanz ist, in der Oberarztvisite und in der Chefarztvisite. (Sollte die Information von höchster Wichtigkeit sein, wenn der Gesundheitszustand des Patienten z.B. sehr ernst ist, gibt die Therapeutin diese Information zusätzlich direkt nach ihrem Empfang in der Morgenbesprechung weiter). Aus Sicht der Therapeutin wird in diesem Beispiel dieselbe Information allein im Rahmen formeller Besprechungen 3-4 wiederholt. Aus Sicht des Chefarztes bzw. des Oberarztes ist die Information in der jeweiligen Visite allerdings noch neu.

Von verschiedenen Rollen wurden einzelne Besprechungen also unterschiedlich beurteilt, weshalb es nicht sinnvoll schien, die Wichtigkeitswerte (VAS) der Besprechungen über die Rollen hinweg zusammenzufassen.

„Zielgerichtete“ Durchführung der Besprechungen

Die befragten Mitarbeiter wurden gebeten, Verbesserungsideen und –wünsche zur Durchführung der einzelnen Besprechungen anzugeben. Je nach Rolle des betreffenden Mitarbeiters und in Abhängigkeit von seiner Kommunikationsrolle (Empfänger / Sender) wurden sehr unterschiedliche Verbesserungsideen zu den einzelnen Besprechungen genannt. Es kann hier somit keine generalisierte Beurteilung der Besprechungen abgeleitet werden. Um die genannten Verbesserungsvorschläge trotzdem schriftlich festzuhalten, werden in der folgenden Darstellung exemplarisch einige der Ideen aufgelistet (wobei aus Gründen der Anonymität nicht angegeben wird, wer diesen Vorschlag geäußert hat).

Die Liste ist keinesfalls als eine repräsentative Bewertung der einzelnen Besprechungen anzusehen werden! Sie soll vielmehr als Möglichkeit dazu dienen, Verbesserungsbereiche zu benennen, die dann bei der Festlegung von zu bearbeitenden Problembereichen (Projektphase 2) näher beleuchtet werden müssten.

Ziel der Besprechung ist eindeutig definiert und allen Teilnehmern bekannt

Verbesserungsideen (nach subjektiver Einschätzung einzelner Befragter):

- OA-Visite (PT): Vertreter verschiedener Rollen gaben an, dass das Ziel der Besprechung, bzw. ihre Aufgabe in Bezug auf die Patientenbehandlung konkreter festgelegt werden sollte.
- Therapieplanung (PT): Diese Besprechung wurde erst kurz vor Beginn der Befragungen eingeführt. Es wurde gewünscht, die Zielsetzung noch genauer festzulegen.
- Fall-BS: Zu welchem Zeitpunkt des Behandlungsprozesses ein Patient in die Fall-Besprechung aufgenommen werden sollte, sollte deutlicher formuliert werden.

Verbesserungsideen (nach Einschätzung der Interviewer):

- für alle Besprechungen sollte der Bezug zur Patientenversorgung und vor allem ihre zeitliche Einhängung in den Behandlungsprozess festgelegt werden, dies ist insbesondere wichtig bei den nicht kontinuierlichen Besprechungen wie der Therapieplanbesprechung und der Fallbesprechung.

Eine dem Ziel entsprechende Form und Ablauf der Besprechung

Verbesserungsideen (nach subjektiver Einschätzung einzelner Befragter):

- Hausbesprechung: Es käme nur selten zu einer Diskussion von Inhalten. Es sei zu überlegen, ob die stark auf den Besprechungsleiter (Chefarzt) ausgerichtete Struktur der Besprechung aufgelockert werden könne.
- OA-Visite (PT): Vertreter verschiedener Rollen äußerten den Wunsch, dass der Besprechungsleiter (Oberarzt) stärker in den Vordergrund trete, den Ablauf stärker strukturiere und leite.
- Chefvisite (PT): Es wurde gewünscht, dass der Wochenüberblick der Pfleger/Erzieher stärker vorher aufbereitet und „strukturiert vorgetragen“ werden könnte.
- Stationsleitungs-BS: Bisher sei noch nicht festgelegt worden, wer die Besprechung leite, dies könnte sich aber als vorteilhaft für den Ablauf erweisen.
- Team-BS: Es wurde gewünscht, dass die Besprechung von der Stationsleitung und nicht der Pädagogischen Leitung geleitet wird.

Besprechen ausschließlich relevanter Inhalte

Verbesserungsideen (nach subjektiver Einschätzung einzelner Befragter):

- Chefvisite und OA-Visite (PT): Es wurde gewünscht, die Darstellung des Wochenüberblicks zu straffen und sich insbesondere in der OA-Visite kürzer zu fassen.
- Therapieplan-BS: Es wurde bemängelt, dass die Pflegeplanung häufig ein sehr starkes Gewicht habe und die interdisziplinäre Planung dadurch zu kurz komme.

Einbeziehen aller und nur relevanter Mitarbeiter

Verbesserungsideen (nach subjektiver Einschätzung einzelner Befragter):

- Morgenbesprechung: Es wurde gewünscht, auch einen Vertreter der Berufsgruppe Pfleger/Erzieher in die Runde mit aufzunehmen (die Stationsleitung wurde vorgeschlagen) - vor allem, wenn in der Morgen-BS therapeutische Entscheidungen getroffen werden würden.
- Chefvisite (alle OEs): Häufig seien sehr viele Praktikanten anwesend, dadurch sei es sehr eng
- OA-Visite (AK): Es wurde gewünscht, dass die Cotherapeuten auch teilnehmen
- Fall-BS: Nach Einschätzung mehrerer Befragter sollten Lehrer teilnehmen.

Verbesserungsideen (nach Einschätzung der Interviewer):

- Es könnte überlegt werden, inwieweit die Rolle des Diagnostikers in der Chefvisite vertreten sein muss.

Ausreichende Häufigkeit und Dauer der Besprechungen

Verbesserungsideen (nach subjektiver Einschätzung einzelner Befragter):

- Stations-Frühbesprechung: Die Besprechung sei nur für 15min angesetzt, diese würden häufig nicht ausreichen. Es wurde gewünscht, pünktlicher anzufangen.
- Therapieplan-BS: Die bisher angesetzte Zeit reiche nicht aus, um die Therapieplanung für die „an-stehenden“ Patienten festzulegen. Häufig sei die Besprechung dann nicht zeitnah genug an der Notwendigkeit, die Behandlungsmaßnahmen für einen Patienten festzulegen.
- Fortbildung: Von vielen Befragten wurde ein regelmäßigeres und häufigeres Angebot gewünscht
- Morgen-BS: Ev. könnte diese Besprechung noch etwas kürzer gehalten werden.
- Stationsvisite mit Patienten (PT): Diese Visite sei häufig zu kurz, sie sollte ev. um 15 min verlängert werden.
- Übergabe vom Spät- zum Nachtdienst: Diese Übergabe sei viel zu knapp bemessen, ebenso die Übergabe vom Nacht- an den Frühdienst.

Verbesserungsideen (nach Einschätzung der Interviewer):

- Therapieplan-BS: Diese diene dazu, für jeden Patienten eine interdisziplinäre Therapieplanung festzulegen. Da die Aufnahmehäufigkeit der Patienten jedoch starken Schwankungen unterlegen ist, ist zu überlegen, ob und wenn wie festgelegte Termine und eine vorgegebene Besprechungslänge dieser Anforderungen gerecht werden können.

Günstige Rahmenbedingungen (Termin, Raum, Ort)

Verbesserungsideen (nach subjektiver Einschätzung einzelner Befragter):

- Chefvisite (TK-V): Die Räume seien zu klein, die Besprechung finde häufig auf dem Flur statt
- Oberarzt/Chefvisite (TK-B): Der Termin sei ungünstig, häufig fange die Visite mit Verspätung an, die Zeit sei zu knapp bemessen

6.6.4 Kommunikationsmedien

6.6.4.1 Beschreibung

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie kommen zahlreiche Kommunikationsmedien zur Anwendung (siehe Tabelle 34). Auf die Kommunikationsform der Besprechungen wurde im vorherigen Kapitel bereits ausführlich eingegangen.

	gleiche Zeit (synchron)	unterschiedliche Zeit (asynchron)
gleicher Ort	<ul style="list-style-type: none"> • Besprechungen 	<ul style="list-style-type: none"> • konventionelle Dokumentation • Schwarze Bretter
verschiedene Orte	<ul style="list-style-type: none"> • Telefon • Handy • Piepser 	<ul style="list-style-type: none"> • rechnerbasierte Dokumentation • Post • Fax • Email • Anrufbeantworter

Tabelle 34: Klassifizierung der Kommunikationsmedien der Heidelberger Kinder- und Jugendpsychiatrie nach Raum und Zeit.

Häufigkeit der Nutzung und Bedeutung der Kommunikationsmedien

Abgesehen von den Besprechungen wird als Kommunikationsmedium das Telefon am häufigsten verwendet. Ihm wurde von den Befragten auch die größte Bedeutung für die Kommunikation beigegeben, nicht nur für die interne Kommunikation, sondern vor allem auch für die mit Patienten, Angehörigen und niedergelassenen Ärzten: Auf der visuellen Analogskala gaben 86 % der befragten Mitarbeiter als Einschätzung der Bedeutung des Mediums einen Wert von über 8,5 (VAS; 1-10) an. Am meisten verwendet wird es von ÄrztInnen (ca. 20-30 mal pro Tag) und PsychologInnen (ca. 10 mal pro Tag).

Für die Gewährleistung der sofortigen Erreichbarkeit in dringenden Fällen werden als mobile Kommunikationsmedien der Piepser oder ein Handy verwendet. Der Piepser wird im Mittel 1-2 x in der Woche von Ärzten benutzt. Die aktuelle Piepseranlage in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ermöglicht kein direktes Anpiepsen. Das Anpiepsen muss über die Pforte der Psychiatrie erfolgen.

Die schriftliche Kommunikation in Form der Dokumentation wurde ausführlich in Sicht 2 beschrieben. Das Faxgerät wird ca. 1-3 x in der Woche benutzt (seltener von Ärzten, häufiger vom Pflegepersonal). Da das Faxgerät im Bereich der Patientenversorgung häufig zur Medikamentenbestellung benutzt wird, werde es nach Aussagen von Befragten nicht oft, wenn dann aber dringend benötigt. Bei den schriftlichen Kommunikationsmedien fiel auf, dass konventionelle Medien sehr viel häufiger verwendet werden als die elektronischen. So wird in den Organisationseinheiten ein konventionelles schwarzes Brett verwendet, weiterhin gibt es ein Fach für die Hauspost. Die elektronische Post wird

nicht von allen Mitarbeitern benutzt, sondern vor allem von Ärzten, die diese zunächst hauptsächlich für die Kommunikation im wissenschaftlichen Bereich einsetzen. Elektronische schwarze Bretter sind derzeit nicht in Verwendung.

6.6.4.2 Bewertung

Kommunikationsmedien eröffnen dem Anwender verschiedene Möglichkeiten: Wird mündlich oder schriftlich kommuniziert? Wie viele Personen können gleichzeitig beteiligt werden? Ist die Kommunikation räumlich gebunden? Erfolgt sie synchron (die Kommunikationspartner kommunizieren gleichzeitig) oder asynchron?

Vor- und Nachteile der einzelnen Medien können erst dann beurteilt werden, wenn bekannt ist, welche Anforderungen an die Kommunikation gestellt werden. Die Nutzung synchroner Medien wie das Telefon z.B. ist häufig mit einer Unterbrechung der Arbeitstätigkeit verbunden, ist an das Erreichen des Kommunikationspartners gebunden, ermöglicht aber eine sofortige Diskussion von Inhalten, so dass das Anliegen i.d.R. direkt besprochen und erledigt werden kann. Die Vorteile der Nutzung elektronischer Medien sind ihre raum- und zeitunabhängige Verfügbarkeit, die Möglichkeit der gleichzeitigen Nutzung durch mehrere Mitarbeiter, bei guter Pflege steht nur eine, die aktuellste Version zur Verfügung. Voraussetzung für ihre erfolgreiche Nutzung ist jedoch, dass Mitarbeiter regelmäßig kontrollieren, ob neue Informationen eingetroffen sind und zudem eine EDV-Infrastruktur vorhanden sein muss.

Eine erfolgreiche, möglichst reibungslose Kommunikation setzt voraus, dass:

- das Kommunikationsmedium zur gestellten Anforderung passt (Wird für die gestellte Aufgabe das richtige Medium benutzt? Wäre z.B. statt mündlicher Kommunikation eine schriftliche sinnvoller?)
- die Kommunikationsmitglieder wissen, welches Medium sie wann für welche Aufgabe verwenden
- die notwendige Infrastruktur vorhanden ist (z.B. EDV-Anlage, ausreichende Anzahl an Geräten)
- die Kommunikationsmitglieder wissen, wie das Medium benutzt wird

Unter Anwendung dieser Kriterien ergaben sich **folgende Bewertungen** für die Nutzung der Kommunikationsmedien in der Kinder- und Jugendpsychiatrie:

Das Kommunikationsmedium sollte zur gestellten Anforderung passen

- Als Medium zur Gewährleistung einer sofortigen Erreichbarkeit in dringenden Fällen im Bereich der Patientenversorgung wurde von mehreren Mitarbeitern gewünscht, ein Handy anstelle eines Piepsers zu verwenden. Die Verwendung der Piepsers sei sehr umständlich, da die Telefonanlage der Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht direkt angebunden ist an die Telefonanlage des Klinikums. Vorteile der Benutzung eines Handys liegen darin, dass das Gespräch direkt begonnen werden kann, dass es auch für dringende Anrufe des Inhabers genutzt werden kann (zum Beispiel bei Vorfällen bei den Außenaktivitäten mit den Kindern) und auch für Externe direkt erreichbar ist. Allerdings muss durch ein Erreichbarkeitsmanagement gewährleistet werden, dass ein Handy die synchrone Kommunikation nicht unangemessen erhöht und somit die Unterbrechungen der Inhaber in ihrer aktuellen Tätigkeit weiter steigert.
- Vor allem von Therapeuten wird angegeben, dass die Telefonnutzung sehr hoch sei und zu häufigen Unterbrechungen des Arbeitsablaufs führe. Zum Teil führen Mitarbeiter für sich selbst ein "Erreichbarkeitsmanagement" durch, indem sie zum Beispiel externe Anrufe annehmen und interne dem Anrufbeantworter, also der asynchronen Kommunikation, überlassen, um auch Zeit am Stück für ihre Arbeit zu bekommen. Der Anrufbeantworter erweist sich zum Teil als sehr nützlich, insbesondere um auch Externen die Möglichkeit zu geben, die Mitarbeiter zumindest indirekt zu erreichen, wird aber andererseits auch als "lästig" empfunden. Korrekterweise müssen alle aufgenommenen Anrufe bearbeitet und beantwortet werden. Nun liegt es an dem Anrufer, den Anrufer zu erreichen. Zum Teil haben die Interviewten das Gefühl, dass über die asynchrone Kommunikation "Arbeit abgedrückt wird, ohne dass man sich direkt wehren kann". Zudem liegt nichts schriftlich vor. Eine Ablösung der Kommunikation über den Anrufbeantworter durch die elektronische Post ist sehr gewünscht. Ärzte, die bereits Email nutzen, be-

tonen deren hohe Praktikabilität und Effizienz. Nach ihrer Einschätzung könnten einige der derzeit synchron geführten Kommunikationen ebenso bzw. effizienter asynchron geführt werden, z.B. anstatt des Telefons über Email.

- Da sich die organisatorischen Einheiten der Kinder- und Jugendpsychiatrie auf mehrere Gebäude in zwei Straßen verteilen, bietet sich z.B. für allg. Informationen, Bekanntmachungen oder Aushänge die Nutzung von raumunabhängigen elektronischen Medien an. Die derzeitigen konventionellen schwarzen Bretter verlangen vom Mitarbeiter, dass er sich zu den Informationen hinbewegen muss, anstatt dass diese ihm an seinem Ort zur Verfügung stehen. Die Verwendung von bspw. elektronischen Aushängen scheint hier besser geeignet zu sein. Voraussetzung dafür wäre allerdings, dass allen Mitarbeitern ein einfacher Zugriff auf die elektronischen Medien zur Verfügung steht.
- Ein Großteil der Dokumentation wird papierbasiert durchgeführt (s. Sicht 2). Hierdurch ist der Zugriff auf die Informationen demjenigen vorbehalten, bei dem das Schriftstück sich gerade befindet. Da die Informationen aber von vielen Mitarbeitern mehrerer Berufsgruppen benötigt werden, bringt eine papierbasierte Dokumentation große Nachteile mit sich. Nach Einschätzung der Untersucher könnte sich durch eine elektronische Speicherung und Bearbeitung der Patientendaten nicht nur der schriftliche Informationsaustausch erleichtert und verbessert werden, möglicherweise könnte der Anteil des mündlichen Informationsaustausches in den Besprechungen dadurch unterstützt bzw. verringert werden.

Klare Spielregeln für die Nutzung der Kommunikationsmedien

Für eine effiziente Kommunikation müssen klare Spielregeln für die Nutzung von Kommunikationsmedien gelten. Dies gilt zum Beispiel für die Wahl des Kommunikationsmediums und das Antwortverhalten bei asynchroner Kommunikation. Der Umgang mit den Kommunikationsmedien wird allerdings aufgrund persönlicher Erfahrungen und Vorlieben sehr individuell gestaltet. So werden elektronische Medien wie z.B. Email derzeit verhältnismäßig unstrukturiert nur von wenigen Mitarbeitern verwendet. Ihre erfolgreiche Verwendung setzt aber ein klares Konzept voraus, welche Informationen wann z.B. per Email ausgetauscht werden. Die steigende Zahl an verfügbaren Kommunikationsmedien verstärkt die Vielfalt noch. Gewisse festgelegte Regeln zur Nutzung der Kommunikationsmedien und eine bessere Medienintegration könnten die Kommunikationsunterstützung durch die verschiedenen Kommunikationsmedien verbessern.

Die notwendige Infrastruktur muss vorhanden sein

- da das Gebäude in der Blumenstraße nicht in das Telefonnetz des Klinikums eingebunden ist, kann der digitale AB des Klinikums derzeit nicht genutzt werden (PT, AM)
- Mitarbeiter der PT sahen Bedarf für die Anschaffung eines zweiten Telefons auf der Station, da derzeit dasselbe Telefon sowohl von Mitarbeitern als auch von Patienten benutzt wird
- Befragte der TK-B sahen Bedarf für ein schnurloses Telefon oder aber ein zweites Telefon, damit die Kinder bei vertraulichen Telefonaten nicht aus dem Raum geschickt werden müssen
- es wurde der Wunsch geäußert, in der PT ein eigenes Fax-Gerät zur Medikamentenbestellung anzuschaffen

Die Kommunikationsmitglieder müssen wissen, wie ein Medium benutzt wird

- die Benutzung der elektronischen Medien (Email, elektronische schwarze Bretter usw.) ist vielen Mitarbeitern derzeit nicht geläufig

6.6.5 Kommunikationsbeziehungen

Es war im Rahmen dieses Forschungsprojektes nicht möglich, alle Kommunikationsbeziehungen zwischen den einzelnen Mitarbeitern, Berufsgruppen, Rollen usw. genau zu erfassen und zu analysieren. Sofern in den Interviews Aussagen bzgl. der interdisziplinären Zusammenarbeit getroffen wurden, werden diese in der Beschreibung der Sicht 5 „Kooperation“ dargestellt.

Die Beurteilung der Kommunikationsbeziehungen ist beeinflusst von vielen subjektiven Eindrücken von Personen. So fiel auf, dass die Einschätzungen der Kommunikationsbeziehungen sich auch zwischen Personen derselben Berufsgruppe oder Rolle erheblich unterschieden.

Verallgemeinernd lässt sich sagen, dass die Kommunikationsintensität zwischen den verschiedenen Rollen sehr unterschiedlich ausfiel. Personen, die stärker formell eingebunden sind in Besprechungen schätzten die Intensität ausreichend oder teilweise zu hoch ein. Besonders intensiv ist der Informationsaustausch zwischen Therapeuten und pflegerischen/erzieherischem Personal. Co-Therapeuten, die an weniger Besprechungen teilnehmen, berichten dagegen eher von der Sorge, relevante Informationen ev. nicht einbringen zu können. Berufsgruppen, die viel außer Haus, schwieriger zu erreichen sind und von daher weniger informelle Möglichkeiten haben sich auszutauschen, wie z.B. MBS oder der Sozialdienst berichten häufiger davon, Informationen nicht zu bekommen, vor allem über kurzfristige Terminänderungen von Besprechungen usw.

6.6.6 Zusammenfassung

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie verfügt über ein komplexes Kommunikationsgefüge, in das verschiedene Berufsgruppen, Hierarchieebenen, Organisationseinheiten, Kliniken des Heidelberger Klinikums sowie externe Institutionen eingebunden sind. Insgesamt wird der Kommunikation eine sehr hohe Bedeutung für die Arbeit zugemessen.

Von den ca. 70 **Besprechungen**, die insgesamt angegeben wurden, sind 20 organisationseinheitsübergreifend. In der Psychotherapiestation haben Therapeuten 12 und Cotherapeuten 6 Besprechungen pro Woche allein für Behandlungsinhalte oder die Koordination der Patientenversorgung. Einerseits gaben Therapeuten und Cotherapeuten an, dass der Anteil ihrer Arbeitszeit, den sie in Besprechungen verbringen, zu hoch sei. Andererseits wurden auch die meisten Besprechungen als sehr relevant und wichtig eingeschätzt, besonders diejenigen, an denen das komplette multiprofessionelle Team zusammentrifft. Die Berufsgruppe der Pflege/Erzieher hat insgesamt 28 Besprechungen, wovon der überwiegende Teil Übergaben innerhalb des Pflorgeteams darstellen.

In der Psychotherapiestation gibt es für jeden Patienten eine gesonderte Therapieplanbesprechung sowie eine Diskussion des kompletten Behandlungsverlaufes im Rahmen einer interdisziplinären Fallbesprechung. Der kontinuierliche Informationsfluss beinhaltet morgens, mittags und nachts Übergaben innerhalb des Pflegedienstes. Wichtige Ereignisse in der Nacht werden morgens an Therapeuten weitergegeben werden und können ggf. in der Morgenbesprechung mit dem Chef- und Oberarzt besprochen werden. Visiten finden täglich mittags statt, an zwei von ihnen nehmen Patienten teil.

In Abhängigkeit von der beruflichen Rolle und der „Kommunikationsrolle“ (Empfänger / Sender) der Mitarbeiter wurden sehr unterschiedliche Verbesserungsideen zu einzelnen Besprechungen genannt. Verbesserungsbedarf bzgl. der Festlegung des Ziels und der zeitlichen Einhängung der Besprechung in Bezug auf die Patientenbehandlung wurde vor allem gesehen in der OA-Visite (PT), Therapieplanbesprechung und der Fallbesprechung. In der Therapieplan-Besprechung wurde zudem bemängelt, dass der Pflegeplanung ein Übergewicht auf Kosten der interdisziplinären Planung zukomme.

Bzgl. der Teilnehmer wurde angeregt, dass auch Vertreter der Pfleger/Erzieher (PT) an der Morgenbesprechung, Cotherapeuten an der OA-Visite (AK) sowie Lehrer an der Fall-BS teilnehmen sollten.

Bzgl. der Dauer wurden die Übergaben des Pflegedienstes vom Spät- zum Nachtdienst und vom Nacht- an den Frühdienst als zu kurz eingeschätzt, ebenso die Stationsvisite mit Patienten (PT), die Stations-Frühbesprechung sowie die Therapieplan-Besprechung. Zudem wünschten viele Befragte ein regelmäßigeres und häufigeres Fortbildungsangebot. Der Ablauf in der Chefvisite und der OA-Visite (PT) könnte nach der Einschätzung von Teilnehmern mehr gestrafft, die Darstellung des Wochenüberblicks einzelner Berufsgruppen könnte kürzer gefasst werden. Befragte mehrerer Berufsgruppen wünschten, dass der Oberarzt in der Visite PT den Ablauf stärker strukturiere. Für die Besprechung

des Pflege-/Erzieher-Teams (PT) wurde bemängelt, dass die Leitungsrolle nicht von der Stationsleitung, sondern von der Pädagogischen Leitung eingenommen wird.

In der Abteilung werden zahlreiche **Kommunikationsmedien** benutzt, von denen das Telefon am häufigsten verwendet wird. Vor allem von Therapeuten wird angegeben, dass die hohe Telefonnutzung zu häufigen Unterbrechungen des Arbeitsablaufs führe. Nach ihrer Einschätzung könnten einige der derzeit synchron geführten Kommunikationen ebenso bzw. effizienter asynchron geführt werden, z.B. anstatt des Telefons über email. Um Patienten das Telefonieren angenehmer zu gestalten, wurde in der TK-B und PT Bedarf für die Anschaffung eines schnurlosen oder zweiten Telefons gesehen.

Als weitere mündliche Kommunikationsmedien werden der Piepser oder ein Handy eingesetzt zur Gewährleistung der sofortigen Erreichbarkeit von Mitarbeitern in dringenden Fällen. Es wurde bemängelt, dass die Verwendung der Piepsers sehr umständlich sei, da die Telefonanlage der Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht direkt angebunden ist an die Telefonanlage des Klinikums. Aus demselben Grund kann der digitale Anrufbeantworter des Klinikums derzeit nicht genutzt werden.

Bei den schriftlichen Kommunikationsmedien fiel auf, dass fast ausschließlich konventionelle Medien verwendet werden. So wird von den OEs ein konventionelles schwarzes Brett verwendet, weiterhin gibt es ein Fach für die Hauspost. Elektronische schwarze Bretter sind derzeit nicht in Verwendung. Da sich die OEs der Kinder- und Jugendpsychiatrie jedoch auf mehrere Gebäude verteilen, würde sich für allg. Informationen, Bekanntmachungen oder Aushänge die Nutzung von raumunabhängigen elektronischen Medien anbieten.

Auch der größte Teil der Dokumentation erfolgt papierbasiert (s. auch Sicht 2). Der Zugriff auf die Informationen ist somit demjenigen vorbehalten, bei dem das Schriftstück sich gerade befindet. Viele Informationen werden aber von Mitarbeitern verschiedener Berufsgruppen benötigt. Nach Einschätzung der Interviewer könnte durch eine elektronische Speicherung der Patientendaten nicht nur der schriftliche Informationsaustausch erleichtert und verbessert werden, möglicherweise könnte auch der Anteil des mündlichen Informationsaustausches in den Besprechungen unterstützt bzw. verringert werden. Die Voraussetzungen für eine Nutzung elektronischer Medien, die Festlegung von Spielregeln wann welches Medium verwendet wird sowie eine notwendige EDV-technische Infrastruktur sind derzeit noch nicht ausreichend vorhanden.

Die **Kommunikationsintensität** fiel zwischen den verschiedenen Rollen unterschiedlich aus. Als besonders intensiv stellte sich der Informationsaustausch zwischen Therapeuten und pflegerischen/erzieherischem Personal heraus. Berufsgruppen, die viel außer Haus, schwieriger zu erreichen sind und von daher weniger informelle Möglichkeiten haben sich auszutauschen, wie z.B. MBS oder der Sozialdienst, berichten häufiger davon, Informationen nicht zu bekommen (vor allem über kurzfristige Terminänderungen usw.).

6.7 Sicht 4: Arbeitsaufgaben und Arbeitsabläufe

6.7.1 Allgemeine Hinweise

Bei der Betrachtung der Patientenversorgung werden üblicherweise drei Typen von Prozessen unterschieden:

- Primärprozesse ("medical care process"): Alle Aktivitäten, die während der Patientenversorgung anfallen, also Aufnahme, Diagnostik, Therapie und Entlassung, einschließlich patientenbezogene Kommunikation und Dokumentation
- Sekundärprozesse ("supporting process"): Begleitende Prozesse wie Patientenverwaltung und Abrechnung, Leistungsanforderung, Prozesse in den Leistungsstellen, Qualitätssicherung, Schreibdienst und Archivierung
- Tertiärprozesse ("auxiliary process"): Kontinuierliche Hintergrundprozesse wie Personalverwaltung, Materialwirtschaft, Controlling, Technik, Ver- und Entsorgung sowie Forschung und Lehre.

Da in diesem Projekt der Behandlungsprozess im Vordergrund steht, konzentriert sich diese Sicht vor allem auf eine Beschreibung der Primärprozesse und der zentralen Sekundärprozesse.

Ausgangsdaten für eine Beschreibung der Abläufe sind die Erfassung der beteiligten Rollen, der einzelnen Aktivitäten sowie der dabei verwendeten Daten. Diese Informationen wurden weitestgehend in den ersten drei Sichten erhoben und beschrieben. In dieser Sicht sollten diese Angaben in ihrem zeitlichen und logischen Zusammenhang gesetzt und nach Angaben der Mitarbeiter zu Abläufen modelliert werden.

Da die Komplexität der Sichten 1, 2 und 3 eine umfassendere Auswertung erforderte und damit länger als erwartet dauerte, war im Projektzeitraum die geplante vertiefte Analyse der Geschäftsprozesse nicht mehr möglich. Da die Erhebungen der Sichten 1, 2 und 3 abgeschlossen sind, konnte aber eine genauere Planung des Vorgehensweise für die Beschreibung und Bewertung von Geschäftsprozessen erstellt werden, die in diesem Kapitel vorgestellt wird. Anhand von Beispielen wird illustriert, wie Ergebnisse der Modellierung aussehen könnten. Weiterhin wird exemplarisch die Analyse für zwei Prozesse („Notwendigkeit für Aufnahme in die Ambulanz prüfen“, „Gesprächstermin vereinbaren“) durchgeführt, für den bereits detailliertere Angaben vorlagen. Eine präzise Analyse und Bewertung der relevanten Geschäftsprozesse für die Patientenversorgung ist im geplanten Anschlussprojekt vorgesehen.

Problembereiche in Prozessen, auf die Mitarbeiter bei der Erhebung der Daten von Sicht 1-3 oder bei der Vorerhebung im MEV-Fragebogen hinwiesen, werden im Bewertungskapitel aufgeführt, damit sie als Ausgangsdaten für weitere Erhebungen zur Verfügung stehen. Hierbei handelt es sich jedoch nicht um repräsentative Angaben.

6.7.2 Methodische Vorgehensweise zur Analyse von Geschäftsprozessen

6.7.2.1 Analysegegenstand

Der **Kernprozess der Patientenversorgung** lässt sich in vier Phasen untergliedern (Abbildung 12).

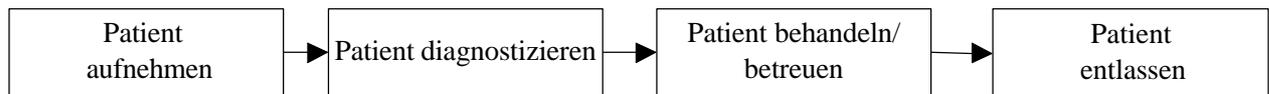


Abbildung 12: Hauptphasen des Behandlungsprozesses

Der Behandlungsprozess beginnt mit dem ersten Kontakt und endet mit dem letzten Kontakt zu Patienten bzw. Angehörigen. Der Prozess „Patient entlassen“ beinhaltet dabei auch das Erstellen der zugehörigen Dokumentation. Durchläuft ein Patient im Rahmen seiner Behandlung verschiedene Organisationseinheiten, wechselt er z.B. von der Ambulanz in der Psychotherapiestation und wird danach in der Tagesklinik teilstationär weiterbetreut, so findet auf der Ebene der Organisationseinheit jeweils eine Entlassung bzw. Aufnahme statt.

Im Bereich der Patientenversorgung lassen sich drei verschiedene Behandlungsgebiete unterscheiden: ein vorwiegend auf die somatische, psychische sowie pflegerisch/pädagogische Behandlung ausgerichtete Gebiet, wobei es sich hierbei um keine eindeutig abgrenzbaren Gebiete handelt, sondern um verschiedene Sichtweisen auf den Gesundheitszustand des Patienten. Als vierte Sichtweise kommt eine hinzu, die den „administrativen“ Ablauf während der Patientenversorgung fokussiert.

Gebiet	Beschreibung
somatisch	Planung und Durchführung der somatischen Behandlung
psychiatrisch	Planung und Durchführung der therapeutischen und cotherapeutischen Behandlung incl. Planung der Nachbetreuung durch den Sozialdienst
pflegerisch/pädagogisch	Planung und Durchführung der pflegerischen und pädagogischen Behandlung und Betreuung
administrativ	insbesondere Patientenverwaltung und Abrechnung

Die verschiedenen Gebiete können sich dabei auf alle vier Phasen des Behandlungsprozesses beziehen, bspw. lässt sich die „administrative“ von der „somatischen Aufnahme“ unterscheiden. Damit

ergeben sich insgesamt $4 \times 4 = 16$ „Untersuchungseinheiten“ (Anwendungsfälle oder use cases im Sinne der UML-Sprache):

Phasen	Somatischer Bereich	Psychiatrischer Bereich	Pflegerischer/pädagogischer Bereich	Administrativer Bereich
1. Kontakt				
Aufnahme	Medizinische Aufnahme	Therapeutische Aufnahme	Pflegerische Aufnahme	Administrative Aufnahme
Diagnostik	Medizinische Untersuchungen	Testpsychologische Untersuchungen	Pflegerische Diagnostik	(Diagnosendokumentation)
Behandlung (incl. Nachbetreuung)	Medizinische Behandlung	Therapeutische Behandlung (incl. Co-therapie + Sozialdienst)	Pflegerische Betreuung (incl. MBS)	(Leistungsdokumentation)
Entlassung	Medizinische Entlassung	Therapeutische Entlassung (incl. Co-therapie + Sozialdienst)	Pflegerische Entlassung	Administrative Entlassung
letzter Kontakt				

Die Koordination spiegelt sich jeweils in der Abstimmung zwischen den Bereichen, bezogen auf eine Phase des Behandlungsprozesses, wieder.

Detaillierungsgrad

Die Analyse kann je nach Untersuchungsziel und –gegenstand unterschiedlich grob oder detailliert durchgeführt werden, da die Hauptphasen in feinere Teilprozesse zerlegt werden können.

Innerhalb jeder der vier Hauptphasen des Behandlungsprozesses können *jeweils* vier Teilphasen unterschieden werden:

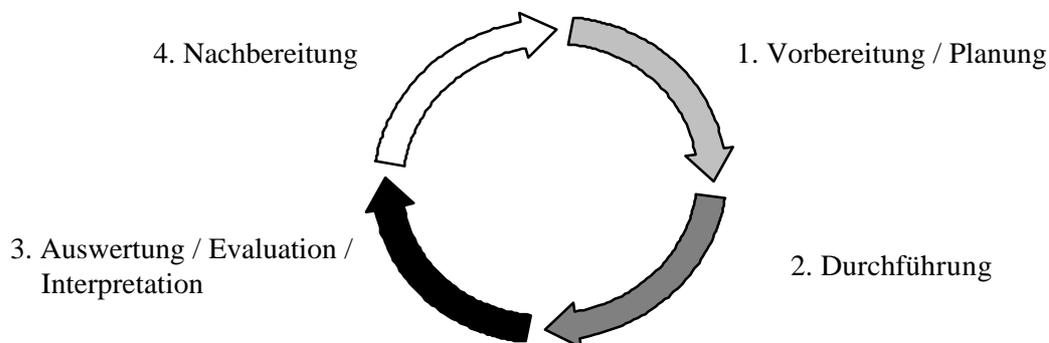


Abbildung 13: Teilphasen innerhalb des Behandlungsprozesses

Nachbereitung bedeutet vor allem die organisatorische Nachbereitung, die inhaltliche Nachbereitung findet in der Evaluationsphase statt (Schritt 3). Dokumentation und Kommunikation finden jeweils in allen vier Teilphasen statt, sie werden nicht einzeln betrachtet.

Vorgehensweise bei Modellierung und Bewertung

Für eine strukturierte und umfassende Analyse würde sich als Vorgehensweise anbieten, die vorgestellten 16 Bereiche zu analysieren, wobei die Teilphasen jeweils berücksichtigt werden.

Die Prozessanalyse kann auf unterschiedlich hohem Detaillierungsniveau durchgeführt werden. Über eine grobe Analyse der genannten Bereiche hinaus, können zusätzlich Teilprozesse analysiert werden, die einzelne Abläufe, Dokumentations- oder Kommunikationsinhalte genauer beleuchten (z.B. Leistungsanforderung, Arztbriefschreibung usw.). Ebenso können die Prozesse innerhalb und Organisationseinheiten übergreifend betrachtet werden. Wichtig im allgemeinen ist, bei der Modellierung der Abläufe darauf zu achten, den realen Ist-Zustand darzustellen (mit den Schwachpunkten) und nicht bereits den Sollzustand.

Für alle Prozessanalysen wurde folgendes Vorgehen festgelegt:

- Einordnung der ausgewählten Teilprozesse in den Gesamtprozess

- Prozessdefinition
- Darstellung des Prozessablaufs
- Validierung der modellierten Ergebnisse durch die Mitarbeiter

Die einzelnen Vorgehensschritte werden im folgenden kurz beschrieben und anhand von **fiktiven** Beispielen illustriert.

1. Einordnung der ausgewählten Teilprozesse in den Gesamtprozess

Im ersten Schritt wird der zu analysierende Teilprozess in den Gesamtprozess der Patientenversorgung eingeordnet. Abbildung 14 zeigt eine schematische Darstellung des Behandlungsprozesses. Grauschraffiert eingezeichnet ist die Einordnung des Prozesses „psychiatrische Aufnahme vorbereiten“. Bei einer solchen Einordnung muss beachtet werden, dass es sich in der Regel um eine vereinfachte Darstellung handelt, in der Praxis durchlaufen die Prozesse „Patient diagnostizieren“ und „Patient therapieren“ bspw. häufig mehrere Zyklen während eines (teil-)stationären Aufenthalts.

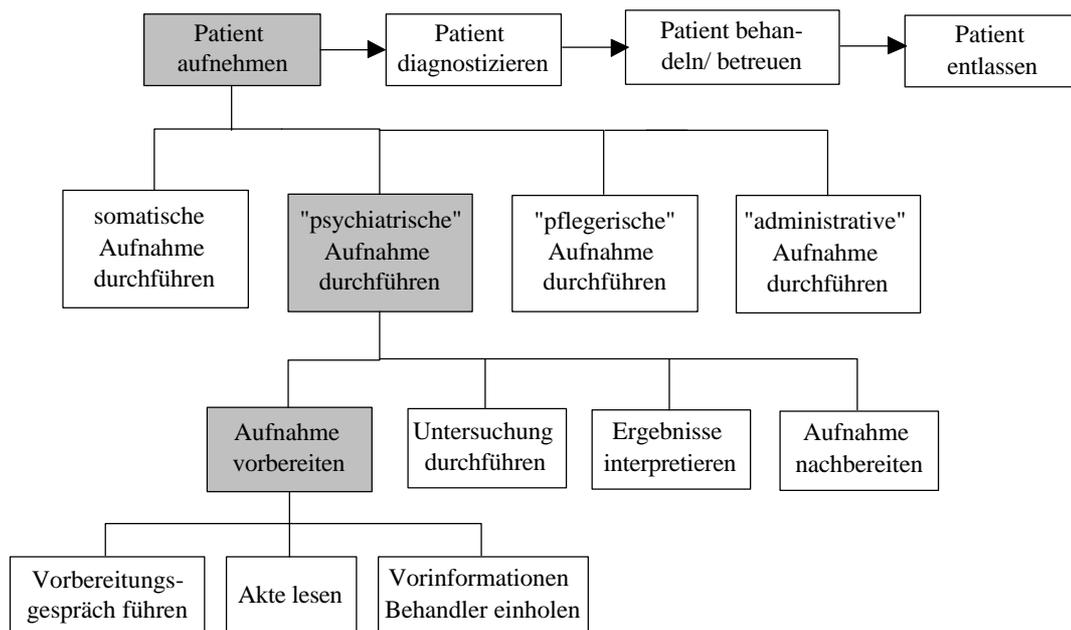


Abbildung 14: Schematischer Funktionsbaum zur Einordnung zu analysierender Prozesse.

2. Prozessdefinition

- im ersten Schritt müssen Ziel und Bedeutung des Prozesses für Patientenversorgung benannt werden, Start- und Abschlussereignis sowie die beteiligten Rollen. Bei der Rollenzuordnung bietet sich an, die hauptverantwortliche Rolle gesondert zu kennzeichnen.
- die einzelnen Arbeitseinheiten des Prozesses werden nun zusammengestellt, wobei ihre Reihenfolge nicht relevant ist. Viele Informationen hierzu liefert die Sicht 1 „Tätigkeitsprofile“.
- die Informationen aus den Sichten „Dokumentation“ (Sicht 2) und „Kommunikation“ (Sicht 3) des Prozesses werden als eigene Attribute ergänzt.

Ein fiktives Beispiel soll die Darstellung illustrieren:

<i>Bezeichnung:</i>	Pflegerische Aufnahme durchführen
<i>Beteiligte Akteure:</i>	Bezugspfleger
<i>Auslöser, Vorbedingungen</i>	Notwendigkeit für stationäre Aufnahme wurde festgestellt
<i>Ergebnisse, Nachbedingungen</i>	Pflegerisches Aufnahmegespräch wurde geführt, Patient ist stationär aufgenommen
<i>Rolle / Arbeitseinheiten</i>	<u>Aufnahme vorbereiten</u>

Bezugspfleger	<ul style="list-style-type: none"> • Gespräch mit Bezugstherapeut führen
Bezugspfleger, Bezugstherapeut	<ul style="list-style-type: none"> • Termin absprechen
Bezugspfleger	<ul style="list-style-type: none"> • Einweisungsgrund einsehen
Bezugspfleger	<ul style="list-style-type: none"> • Essensbestellung durchführen
	<u>Aufnahme durchführen</u>
Bezugspfleger	<ul style="list-style-type: none"> • kurzes Kennenlerngespräch mit Patient / Angehörigen führen
Bezugspfleger	<ul style="list-style-type: none"> • Station zeigen, Bett zuweisen
Bezugspfleger	<ul style="list-style-type: none"> • Stationsregeln erklären
Bezugspfleger	<ul style="list-style-type: none"> • Verhalten und Befinden des Patienten beobachten
Bezugspfleger	<ul style="list-style-type: none"> • ausführlicheres Aufnahmegespräch führen
Bezugspfleger	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegeanamnese erstellen
	<u>Ergebnisse interpretieren</u>
Bezugspfleger	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegeplanung ableiten
	<u>Aufnahme nachbereiten</u>
Bezugspfleger	<ul style="list-style-type: none"> • Essensbestellung vornehmen
Bezugspfleger	<ul style="list-style-type: none"> • Eindrücke in Visiten mitteilen
<i>verwendete/erzeugte Dokumente</i>	Pflegeanamneseformular, Patientenstammdatenblatt, Patientenakte
<i>Kommunikationsmedien</i>	Telefon
<i>formelle Besprechungen</i>	OA-Visite, Chefvisite, Stationsvisiten

Tabelle 35: Beispiel für eine Prozessbeschreibung.

3. Darstellung des Prozessablaufs

Im Prozessablauf werden die Reihenfolge der Arbeitseinheiten und die benötigten oder erzeugten Informationen dargestellt, wobei sie der ausführenden Rolle zugeordnet werden, um Aufgabenbereiche und Verantwortlichkeiten zu illustrieren. Abbildung 15 zeigt ein solches Aktivitätendiagramm beispielhaft für den Prozess „Diagnose stellen“ im stationären Bereich.

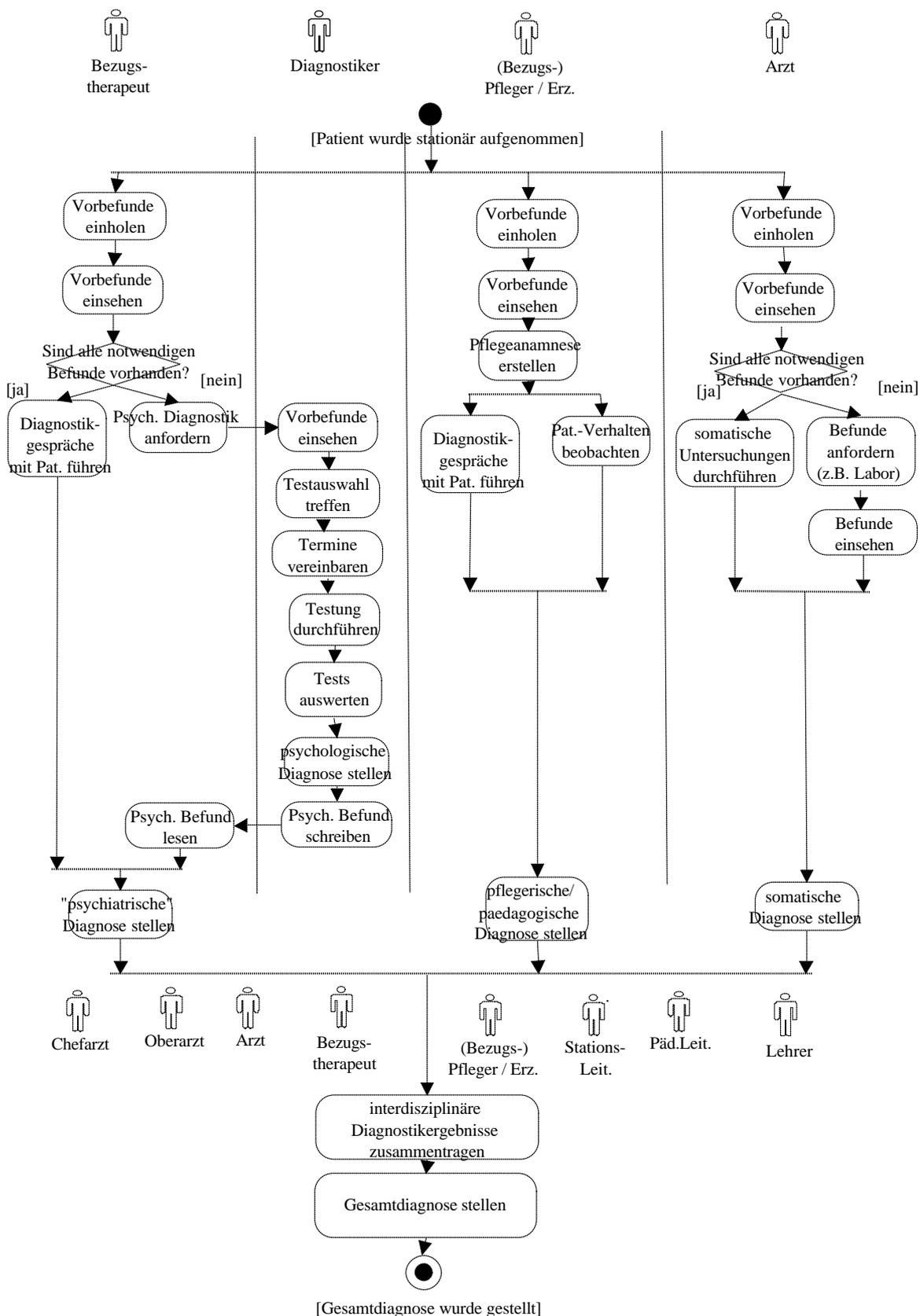


Abbildung 15: Aktivitätsdiagramm für den Prozess „Diagnose stellen“.

4. Validierung der modellierten Ergebnisse durch die Mitarbeiter

Die Modellierung der Abläufe wird im letzten Schritt sorgfältig mit den Mitarbeitern abgestimmt.

6.7.2.2 Bewertung

Als Kriterien für die Bewertung der Prozesse wurden festgelegt:

- **Eindeutige Prozessdefinition**
Festlegung von:
 - beteiligten Rollen
 - Prozessverantwortlichkeiten
 - Ziel des Prozesses sowie seine Bedeutung für Patientenversorgung
 - Start- und Abschlussereignis
 - Ablauf des Prozesses / Arbeitseinheiten, deren Abschluss kein Ereignis darstellt
- **Ausreichende personelle, materielle Ressourcen**
- **„Gute“ Informationsversorgung / „guter“ Informationsfluss**
 - keine Mehrfacherhebung und -erfassung der Informationen
 - Vorhandensein der benötigten Informationen / keine informatorischen Erschwerungen
 - keine Medienbrüche
- **„Gute“ Kommunikation und Koordination**
 - Feedback über Ergebnisse oder Störungen
- **Zeitaufwand**
- **Humankriterien**
 - psychische Belastung von Mitarbeitern durch motorische oder informatorische Erschwerungen, Unterbrechungen
 - Durchschaubarkeit, Strukturierbarkeit, Gestaltbarkeit, Entscheidungsspielraum
 - Arbeitsrückstände innerhalb des Prozesses

6.7.3 Erste Ergebnisse: Analyse der Terminvereinbarung für die Aufnahme (AM)

6.7.3.1 Beschreibung

Einordnung der ausgewählten Teilprozesse in den Gesamtprozess

In Abbildung 16 wird ein Funktionsbaum dargestellt, wobei die für das Beispiel ausgewählten Prozesse grau unterlegt sind. Hier muss berücksichtigt werden, dass es sich um eine vereinfachte Darstellung handelt, die zudem als Gesamtprozess die Behandlung eines Patienten enthält. Patienten, die in der Ambulanz aufgenommen werden, durchlaufen häufig den Behandlungszyklus nicht vollständig, viele werden bspw. nach der Diagnostikphase an andere Einrichtungen weitervermittelt. Darüber hinaus erfolgt die Behandlung des Patienten häufig im Rahmen eines stationären Aufenthalts in der Psychotherapiestation.

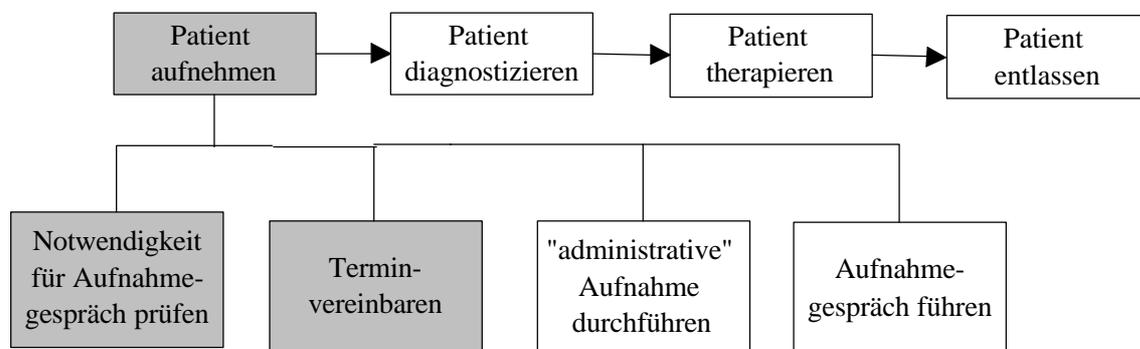


Abbildung 16: Funktionsbaum zur Einordnung der Beispielprozesse in den Gesamtprozess (AM).

Definition der Prozesse

Bezeichnung:	Notwendigkeit für Aufnahmegespräch prüfen
Beteiligte Akteure:	Oberarzt, Sekretärin, Patient / Angehöriger
Auslöser, Vorbedingungen	Patient / Angehöriger ruft an
Ergebnisse, Nachbedingungen	Notwendigkeit für ein Aufnahmegespräch wurde festgestellt

Bezeichnung:	Terminvereinbarung für Aufnahmegespräch
Beteiligte Akteure:	(Ober-)Arzt, Sekretärin, Patient / Angehöriger
Auslöser, Vorbedingungen	Notwendigkeit für Aufnahmegespräch wurde festgestellt
Ergebnisse, Nachbedingungen	Termin für Aufnahmegespräch ist vereinbart

Auf eine tabellarische Nennung der einzelnen Arbeitseinheiten mit den ausführenden Rollen wird hier verzichtet, da es sich um einen überschaubaren Prozess handelt und diese Informationen dem folgenden Aktivitätsdiagramm direkt entnommen werden können.

Ablauf der Prozesse

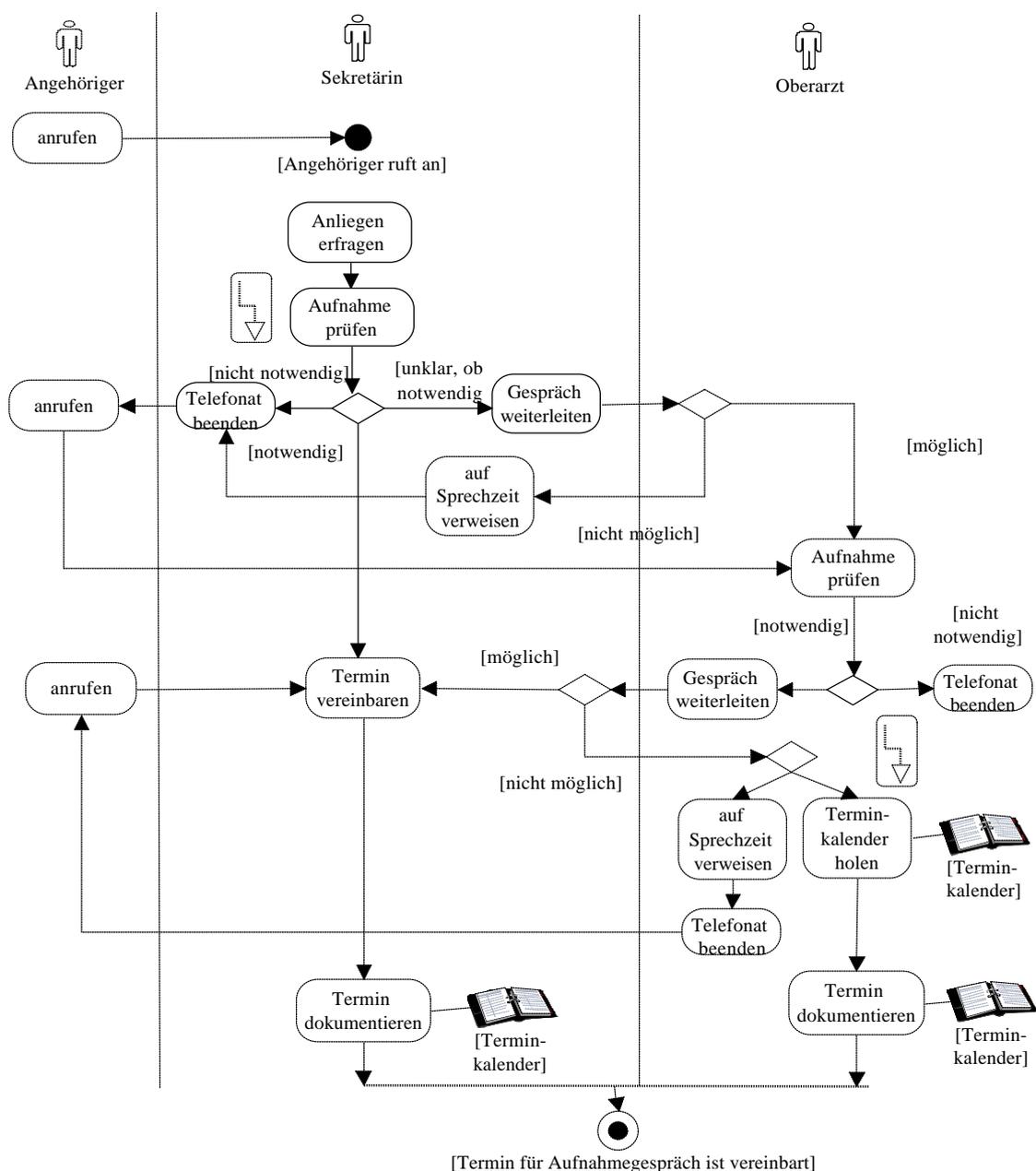


Abbildung 17: Aktivitätsdiagramm für die Terminvereinbarung für die Aufnahme (Ambulanz). Gezackte Pfeile geben Problemstellen an.

Die auf den bisherigen Daten abgeleiteten Prozessangaben müssen von den Mitarbeitern noch validiert und ergänzt werden.

6.7.3.2 *Bewertung*

Bei dem ausgewählten Prozess lassen sich **keine Unklarheiten** oder Probleme erkennen **in der Definition des Prozesses**. Bzgl. der personellen Ressourcen entstehen Schwierigkeiten im Ablauf sowie das Sekretariat aufgrund von Krankheit oder Urlaub unter- oder nicht besetzt ist. Eingehende Gespräche von Angehörigen oder Patienten können dann von der Sekretärin nicht gefiltert werden und müssen direkt vom Oberarzt oder der Ambulanzärztin geführt werden, was zu häufigen Unterbrechungen der Arbeitstätigkeit führt.

Nachteile in dem bisherigen Ablauf liegen in der **mehrfachen Weiterleitung des Gesprächs** zwischen dem Oberarzt und der Sekretärin. Da der Oberarzt bei „unklarer“ Aufnahmenotwendigkeit die Entscheidung über eine Aufnahme treffen muss, ist die Weiterleitung unvermeidbar. Hätte der Oberarzt jedoch Zugriff auf den Terminkalender, dann könnte er direkt einen Aufnahmetermin mit dem Patienten/Angehörigen vereinbaren. Diese Tätigkeit würde nur kurze Zeit dauern, dem Patienten aber eine Rückschaltung an das Sekretariat bzw. ev. einen erneuten Anruf ersparen. Hier zeigt sich ein **Nachteil papierbasierter Dokumentation**.

6.7.4 **Erste Ergebnisse: Hinweise auf Probleme in den Geschäftsprozessen**

In diesem Abschnitt werden exemplarisch einige Problembereiche in Prozessen genannt, auf die Mitarbeiter bei der Erhebung der Daten von Sicht 1-3 oder bei der Vorerhebung im MEV-Fragebogen hingewiesen haben. Da die Mitarbeiter bisher nicht explizit zu einzelnen Prozessen befragt wurden, können die folgenden Angaben nur als erste Hinweise auf Problembereiche gewertet werden. Für eine ausführlichere Darstellung möchten wir auf die Ergebnisse der Sichten 1 - 3 verweisen.

„Gute“ Informationsversorgung / Informationsfluss

Folgende Verbesserungswünsche wurden geäußert:

- bessere Übersicht der Termine der Patienten (Stundenpläne)
- Einreichen der Abschlussberichte aller Berufsgruppen für den Arztbrief in elektronischer Form statt papierbasiert
- schnellerer und ausführlicherer Informationsaustausch (Dokumentation) bei der „Weitergabe“ von Patienten von der Ambulanz auf die Psychotherapiestation
- früheres Fertigstellen der psychologischen Befundberichte (PT)
- bessere Nutzung des Aufnahmeberichts als Informationsquelle durch Pfleger/Erzieher

„Gute“ Kommunikation und Koordination

Viele Mitarbeiter äußerten sich sehr positiv über den Ablauf des Aufnahmeprozesses innerhalb der Organisationseinheiten.

Verbesserungsbedarf wurde gesehen:

- im Prozess der Entlassung (z.B. bessere Bekanntgabe des Termins, bessere Einbindung und Kommunikation mit dem Sozialdienst in der Vorbereitung der Entlassung)
- bessere Planung und Bekanntgabe von Terminen für die Fallvorstellung, bei der Patientenaufnahme
- Vereinfachung der Essenbestellung indem diese direkt von Stationsmitarbeitern durchgeführt wird

Zeitaufwand

- Verkürzung des Prozesses der Arztbriefschreibung (sowohl in der Schreib- als auch in der Korrekturphase)

Humankriterien

- viele Mitarbeiter insbesondere TherapeutInnen berichteten von zahlreichen Unterbrechungen ihrer Arbeitstätigkeit durch Telefonate, Besprechungen, „Notfälle“

- sehr viele der befragten Mitarbeiter (insbesondere Ärzte, Psychologen und Cotherapeuten) äußerten sich sehr positiv über einen hohen Entscheidungs- und Gestaltungsspielraum für die eigene Tätigkeit. Sie gaben an, trotz viel Arbeit sehr motiviert zu sein.

6.7.5 Zusammenfassung

In dieser Sicht sollten die Kernprozesse der Kinder- und Jugendpsychiatrie entlang des Behandlungsprozesses modelliert werden. Als Ausgangsdaten sollten die Angaben aus den Sichten 1-3 (z.B. Rollen, Aktivitäten, Daten) dienen. Da die Komplexität der Sichten 1, 2 und 3 eine umfassendere Auswertung erforderte, war eine vertiefte Analyse der Geschäftsprozesse in dem Projektzeitraum nicht mehr möglich. Diese ist daher für das geplante Anschlussprojekt vorgesehen.

Auf der Grundlage der bisherigen Erhebungen konnte eine genauere Planung der Vorgehensweise für die Beschreibung und Bewertung der Geschäftsprozesse erstellt werden: Der Behandlungsprozess wird unterteilt in die Kernphasen Aufnahme, Diagnostik, Behandlung und Entlassung, die jeweils die Teilschritte Vorbereitung, Durchführung, Auswertung/Interpretation und Nachbereitung durchlaufen. Für alle Phasen wird unterschieden zwischen einer vorwiegend auf die somatische, psychische oder pflegerisch/pädagogische Behandlung ausgerichtete Sichtweise auf den Gesundheitszustand des Patienten sowie eine, die den „administrativen“ Ablauf fokussiert. Die Modellierung erfolgt über eine Einordnung der ausgewählten Teilprozesse in den Behandlungsprozess, eine Prozessdefinition sowie die Darstellung des Prozessablaufs anhand von Aktivitätendiagrammen. Bewertungskriterien umfassen die Eindeutigkeit der Prozessdefinition, den Umfang benötigter Ressourcen, den Zeitaufwand, die Qualität der Informationsversorgung, Kommunikation und Koordination sowie Humankriterien.

Erste Hinweise auf Problembereiche in Abläufen, die von Mitarbeitern im Rahmen der Vorerhebung (MEV-Fragebogen) oder den bisherigen Interviews genannt wurden, betrafen: die Terminübersicht und -planung, die Entlassungsmodalität hier insbesondere die Arztbriefschreibung (erhebliche zeitliche Verzögerungen), die psychologischen Befundberichte (Verzögerungen in PT) sowie die Informationsweitergabe beim Wechsel der Patienten von der Ambulanz in die Psychotherapiestation. Ein detaillierter Blick auf die Prozesse „Notwendigkeit für Aufnahmegespräch prüfen“ sowie „Termin vereinbaren“ in der Ambulanz zeigte Nachteile der papierbasierten Termindokumentation auf.

Überwiegend positiv wurde sich geäußert bzgl. des Ablaufs der Patientenaufnahme innerhalb der Organisationseinheiten. Bzgl. der Humankriterien äußerten sich viele MitarbeiterInnen vor allem Therapeuten und Cotherapeuten sehr positiv über einen hohen Entscheidungs- und Gestaltungsspielraum. Bemängelt wurde vor allem von Therapeuten, dass es durch Besprechungen, Telefonaten und seltener „Kriseninterventionen“ täglich zu zahlreichen Unterbrechungen der Abläufe käme.

6.8 Sicht 5: Kooperation im multiprofessionellen Behandlungsteam

6.8.1 Allgemeine Hinweise zu den Ergebnissen

Diese Sicht sollte aufbauend auf den ersten Sichten auf die „Tätigkeitsprofile“, „Dokumentation“, „Kommunikation“ und „Geschäftsprozesse“ die Kooperation analysieren. Hierbei steht die Betrachtung des multiprofessionellen Teams im Vordergrund. Die detaillierte Studienplanung für diese Analyse erfolgte auf der Grundlage der Ergebnisse der Sichten 1-4 und wird in diesem Kapitel vorgestellt. Aufgrund der umfangreichen Erhebung und Auswertung der ersten drei Sichten, konnte keine weitergehende Untersuchung der Kooperation in Rahmen dieses Projektes durchgeführt werden.

Verbesserungspotentiale bzgl. der Kooperation auf die Mitarbeiter bei der Erhebung der Daten von Sicht 1-3 oder bei der Vorerhebung im MEV-Fragebogen hingewiesen haben, werden im Bewertungsteil dieses Kapitels aufgeführt. Hierbei handelt es sich jedoch nicht um repräsentative Angaben.

6.8.2 Struktur und Eigenschaften von Teams

6.8.2.1 Festlegung der Beschreibungsinhalte

Ein Team ist charakterisiert durch eine kleine Gruppe, die an einem bestimmten Ort in relativ konstanter Zusammensetzung und über einen längeren Zeitraum hinweg an einem gemeinsamen Ziel arbeitet.

Für eine Beschreibung der Struktur und Eigenschaften der Teams in der Kinder- und Jugendpsychiatrie wurden folgende Leitfragen festgelegt:

Welche Teams gibt es?

Wie ist die Struktur der einzelnen Teams?

- Rollenbesetzung des Teams
- Leitungsstruktur
- Verteilung der Verantwortlichkeiten im Team

Welche Aufgaben / Ziele haben die Teams?

- Zielsetzung des Teams
- Komplexität und Strukturierbarkeit der Aufgabe im Hinblick auf die Notwendigkeit der Bearbeitung in Teams
- Umfang und Häufigkeit des Aufgabenspektrums
- Verteilung der Aufgaben im Team

Durch welche Eigenschaften sind die Teams charakterisiert?

- Dauer und Kontinuität der Teambesetzung
- Ersetzbarkeit von Teammitgliedern

6.8.2.2 Erste Ergebnisse der Beschreibung

Im Bereich der Patientenversorgung der Kinder- und Jugendpsychiatrie arbeiten Mitarbeiter verschiedener Berufsgruppen in Behandlungsteams zusammen.

Bei der Betrachtung von Teams wurden zwei verschiedene Sichtweisen unterschieden: die Beschreibung des multiprofessionellen Behandlungsteams aus Sicht des einzelnen Patienten und die Beschreibung von Teams aus Sicht der Mitarbeiter.

Die Erhebungen dieses Projektes beinhalteten keine Patienten- oder Angehörigenbefragungen. Daher erfolgte die Betrachtung des Teams **aus Sicht des Patienten**, in dem untersucht wurde, welche Berufsgruppen bzw. Mitarbeiter der Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Behandlung eines Patienten in der Regel beteiligt sind. Betrachtet man das Behandlungsteam in der Psychotherapiestation entsprechend aus Sicht des Patienten von seiner Aufnahme bis zur Entlassung, so lassen sich mehrere Teams nach ihrer Bedeutung für den Patienten unterscheiden:

- das *multiprofessionelle Gesamtteam*, das alle an der direkten Versorgung eines Patienten beteiligten Rollen umfasst (siehe Abbildung 18)
- das *therapeutische „Bezugsteam“* des Patienten, bestehend aus Bezugstherapeut(in), CotherapeutInnen, und zwei BezugspflegerIn/erzieherIn
- das *„Förderteam“* das sich aus Pflegekräften, Erzieher(innen), CotherapeutInnen und Lehrkräften zusammensetzt und die Patienten in ihrer Alltagsgestaltung und ihrer Entwicklung unterstützt (z.B. mit Hilfe von Maßnahmen aus der Erlebnispädagogik). In der Psychotherapiestation gibt es innerhalb des Pflegedienstes und der Erzieher zwei „Unterteams“, von denen jeweils eines für die Betreuung der älteren Kinder und Jugendlichen („Jugendteam“) und für die jüngeren Kinder („Kinderteam“) zuständig ist

Die Unterteilungen sowie die Bezeichnungen dieser drei Teams wurde von den Untersuchern vorgenommen.

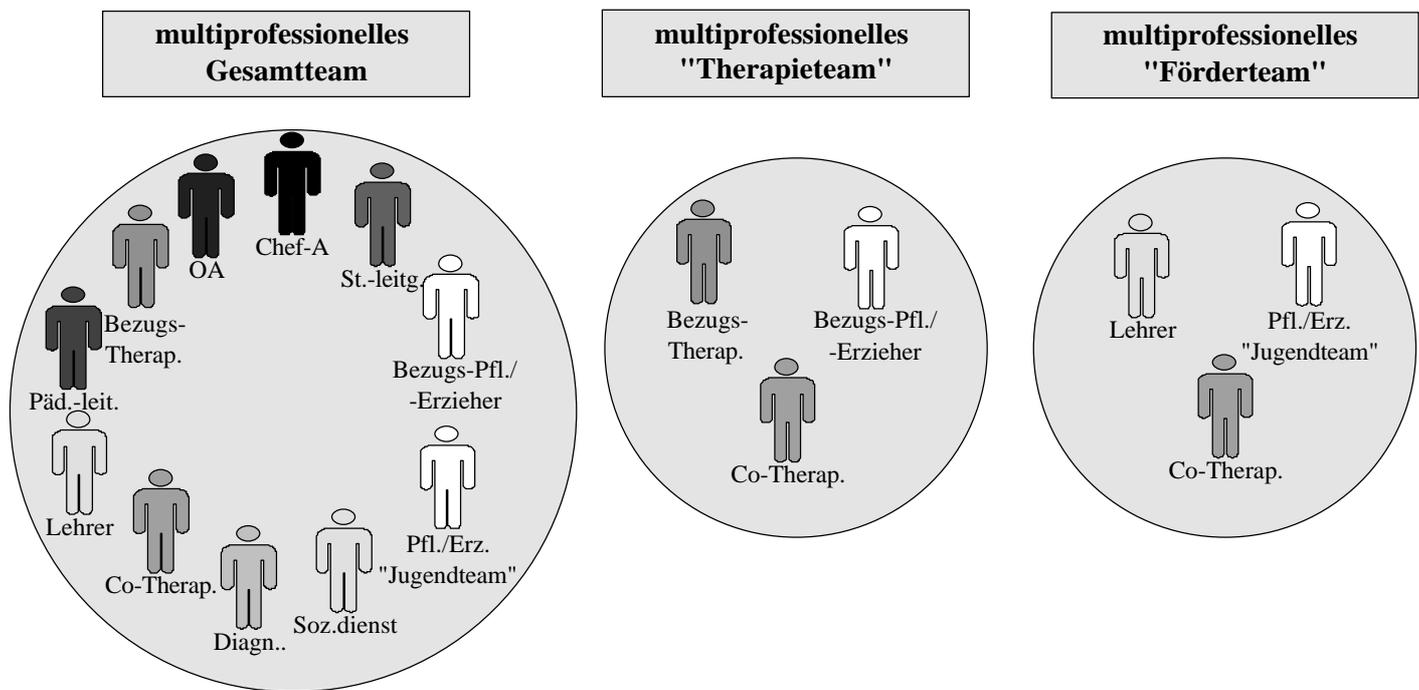


Abbildung 18: Rollenzusammensetzung der drei Teams, die aus Sicht der Patienten direkt an seiner Versorgung beteiligt sind.

Für jeden Patienten gibt es somit individuell zusammengesetzte multiprofessionelle Teams, die seine Behandlung durchführen. Stimmt die Rollenzusammensetzung bei vielen Patienten überein (alle haben einen Bezugstherapeuten, zwei Bezugspfleger/-erzieher usw. so unterscheidet sich die personelle Besetzung jedoch erheblich. Für die Mitarbeiter der Psychotherapiestation bedeutet dies, dass sie über alle Patienten betrachtet Mitglied mehrerer multiprofessioneller Teams sind, deren Besetzung sich für jeden Patienten unterscheidet.

Obwohl die **Mitarbeiter** nicht direkt danach befragt wurden, welchen Teams sie sich zugehörig fühlen, wurde in den Interviews deutlich, dass viele Mitarbeiter von Teams sprechen, die sich durch ihre Berufsgruppe in Kombination mit ihrer Organisationseinheit ergeben. So sprachen Pfleger und Erzieher bspw. häufig vom „Pflegeteam“ und die Besprechung, in der sich alle Mitglieder dieser Berufsgruppe zusammensetzen, wird „Teambesprechung“ genannt. Innerhalb des Pflegeteams wird unterschieden zwischen „Jugendteam“ und „Kinderteam“, wobei von Seiten der Stationsleitung und des Pädagogischen Leiters derzeit überlegt wird, diese Unterteilung aufzugeben.

Viele Befragte, die im stationären Bereich arbeiten, nannten häufig den Begriff „Stationsteam“, wobei bisher nicht erhoben wurde, welche Mitglieder dieses Team hat, ob z.B. auch Rollen wie der Sozialdienst diesem Team angehören.

Die wesentliche **Aufgabe** multiprofessioneller Behandlungsteams liegt in der Festlegung und erfolgreichen Umsetzung von Therapiezielen, die gemeinsam für einen Patienten vereinbart werden. Hierbei kommt der regelmäßigen Abstimmung und Evaluation der durchgeführten therapeutischen und pädagogischen Aktivitäten große Bedeutung zu. Auf eine detaillierte Beschreibung der Aufgaben und ihre Verteilung auf die einzelnen Teammitglieder soll hier verzichtet werden, viele relevante Informationen hierzu finden sich in den Ergebnissen der Sicht 1.

Die **Dauer und Kontinuität** der Teambesetzung hängt von der jeweiligen Teamdefinition ab. Die Teams aus Sicht des Patienten bestehen in ihrer Besetzung für einen stationären Aufenthalt des Patienten von seiner Aufnahme bis hin zu seiner Entlassung. Die Konstellation der Teams aus Sicht der Mitarbeiter bleibt dauerhaft verhältnismäßig konstant, je nach Weggang oder Hinzukommen von Mitarbeitern.

6.8.2.3 Festlegung der Bewertungskriterien

Als Bewertungskriterien wurden festgelegt:

- eindeutige und allen Mitgliedern bekannte Teamdefinition
- eindeutige Zuteilung der Verantwortlichkeiten zu den Teammitgliedern
- Notwendigkeit der Bearbeitung der Aufgaben innerhalb von Teamstrukturen
- ausreichende Teambesetzung (auch im Hinblick auf personelle Ausfälle)

6.8.2.4 Erste Ergebnisse der Bewertung

Eindeutige und den Mitgliedern bekannte Teamdefinition

In den bisherigen Erhebungen wurde dieses Bewertungskriterien nicht explizit untersucht. Die Interviewer hatten den jedoch Eindruck, dass der Begriff „Pflegeteam“ von den Mitarbeitern übereinstimmend verwendet wird, der Begriff „Stationsteam“ jedoch unterschiedlich verwendet wird. Den Untersuchern blieb unklar, ob dieser Begriff ausschließlich Pfleger/Erzieher und Therapeuten umfasst oder ob die Rollen Cotherapeutin und Sozialdienst ebenfalls dazu gehören. Diese Unklarheit wurde von einem Mitarbeiter bereits in der offenen Sammlung von Verbesserungsideen (MEV) für den Bereich „Kooperation“ angegeben. Er oder sie äußerte den Wunsch: „Innerhalb des Blumenstraßenteams Abklärung des Verständnisses "Team": Betreuer- / Erzieherteam? Oder Team incl. Ärzte / Cotherapeuten / Psychologen? Dadurch auch klareres Verständnis gegenüber Kindern.“

In den bisherigen Interviews entstand bei den Untersuchern der Eindruck, dass es keine explizite Definition eines Teams pro Patienten gibt, so gibt es bspw. keine expliziten Treffen oder Besprechungen ausschließlich der Mitglieder des multiprofessionellen Teams für einen einzelnen Patienten.

Eindeutige Zuteilung der Verantwortlichkeiten zu den Teammitgliedern

Den Ergebnissen der Sicht 1 zufolge ergibt sich das Aufgaben- und Verantwortungsspektrum aus den Rollen der Mitarbeiter sowie ihrer hierarchischen Position. Eine detailliertere Zuteilung von Verantwortlichkeiten zu den einzelnen Aufgaben entlang des Behandlungsprozesses kann erst nach Erstellung und Analyse der Geschäftsprozesse erfolgen. Im allgemeinen liegt die fachliche Gesamtverantwortung für die Patientenbehandlung bei dem therapeutischen Personal, die Verantwortung für die rollen- und berufsgruppenspezifischen Einzeltätigkeiten bei den ausführenden Mitarbeitern.

Verbesserungsbedarf wurde von Mitarbeitern verschiedener Berufsgruppen gesehen in der Abgrenzung der Stellung und Rolle der Pädagogischen Leitung in Bezug auf a) zur Stationsleitung auf der Psychotherapiestation, b) bzgl. der Einordnung in Bezug auf Stationsärzte und Psychologen (PT) und Ärzte mit Leitungsfunktion, c) in Bezug auf die Co-Therapeuten.

Des Weiteren wurde von Mitarbeitern der Pflege und Erzieher der Psychotherapiestation angeregt, die Verantwortungsbereiche des Bezugspflegers/-erziehers präziser festzulegen. Bisher bestehe dessen Hauptaufgabe darin, relevante Informationen für die Pflege- und Therapieplanung zusammenzustellen. Nach Aussage der Befragten sollte sich der Bezugsbetreuer jedoch stärker für die direkte Betreuung des Patienten verantwortlich fühlen, nicht jeder Bezugsbetreuer würde sich dem Patienten z.B. als Hauptansprechpartner vorstellen.

Notwendigkeit der Bearbeitung der Aufgaben innerhalb von Teamstrukturen

Bei der Patientenversorgung handelt es sich um eine sehr komplexe Aufgabe, deren Erfolg von dem gemeinsam aufeinander abgestimmten Handeln der Mitarbeiter abhängt. Gruppenarbeit stellt für das Erreichen einer erfolgreichen interdisziplinären Zusammenarbeit eine besonders geeignete Organisationsform dar. Eine gute Kooperation und Koordination innerhalb und zwischen den multiprofessionellen Behandlungsteams bildet die Grundlage für eine interdisziplinäre qualitativ hochwertige Patientenversorgung. Das Arbeiten innerhalb von Teams ist daher unabdingbar.

Ausreichende Teambesetzung

Da die Kinder- und Jugendpsychiatrie in mehrere „kleine Organisationseinheiten“ in Hinblick auf die personelle Besetzung eingeteilt ist, stellt die Gewährleistung einer ausreichenden Teambesetzung in Krankheits- oder Urlaubszeiten große organisatorische Anforderungen. Schwierigkeiten wurden von Mitarbeitern vor allem gesehen:

- *im pädagogisch, pflegerischen Team* von „kleinen“ Organisationseinheiten (TK-B, TK-V, MBS);
- *in der ärztlichen Versorgung* sowohl des stationären als auch teilstationären Bereichs (PT, AK, TK-B, TK-V)
- *im Verwaltungs- und Sekretariatsbereich* (was sich in der Patientenversorgung vor allem auf die Arbeit in der Ambulanz auswirkt)

Stations- und Pädagogische Leitung gaben an zu überlegen, ob die derzeitige Trennung von Personal für die jüngeren Patienten und die Jugendlichen sinnvoll sei, da in kleineren Gruppen Personalausfälle weit aufwendiger auszugleichen seien. Bei Anwesenheit aller Mitarbeiter wird die personelle Besetzung der Teams von den Befragten überwiegend als ausreichend eingeschätzt.

6.8.3 Teamprozesse

6.8.3.1 Festlegung der Beschreibungsinhalte

Für eine Beschreibung der Teamprozesse wurden folgende Leitfragen festgelegt:

Wie werden die Aufgaben im Team bearbeitet?

Wie werden Ziele definiert und überprüft?

- Typische Abläufe bei der Festlegung, Umsetzung, Überprüfung und Anpassung von Behandlungszielen

Wie werden Entscheidungen getroffen?

- Entscheidungsprozesse
- Entscheidungsspielräume

Wie erfolgt die Abstimmung und Koordination in Hinblick auf das gemeinsame Ziel?

Wie ist der Informationsaustausch innerhalb des Teams?

- Notwendigkeit und Umfang an Information, Dokumentation, Kommunikation und Feedback

Wie ist das Zusammengehörigkeitsgefühl innerhalb des Teams?

- Gruppenkohäsion

6.8.3.2 Erste Ergebnisse der Beschreibung

Für eine Beschreibung der Teamprozesse ist eine Beschreibung der Geschäftsprozesse entlang der Patientenversorgung erforderlich (Sicht 4), die im Rahmen dieses Projektes aus zeitlichen Gründen nicht durchgeführt werden konnte.

6.8.3.3 Festlegung der Bewertungskriterien

Als Bewertungskriterien wurden ausgewählt:

Zieldefinition und Zielüberprüfung

- Sicherstellung und Klärung gemeinsamer Ziele, eindeutige allen Teammitgliedern bekannte Zielvereinbarungen
- keine unnötig häufigen oder unverbindlichen Zieländerungen
- ausreichende Evaluation der Ziele und Aktivitäten
- Ziele sollten erreicht werden

Entscheidungen

- schnelle und eindeutige Entscheidungsprozesse
- den Bedürfnissen der Aufgabe und den Mitarbeitern entsprechend umfangreiche Entscheidungsspielräume

Gemeinsame Abstimmung und Koordination in Hinblick auf das Ziel

- gemeinsame Handlungsorganisation und –koordination, die auf die Zielerreichung ausgerichtet ist

Informationsaustausch

- der Aufgabenerfüllung angemessener schriftlicher und mündlicher Informationsaustausch
- ausreichendes Feedback im Team

Zusammengehörigkeitsgefühl

- im Hinblick auf die Zusammenarbeit, Mitarbeitermotivation und –zufriedenheit förderliches Zusammengehörigkeitsgefühl der Mitglieder eines Teams

6.8.3.4 Erste Ergebnisse der Bewertung

Sowohl in der Vorerhebung des MEV-Fragebogens als auch während der Interviews gab es häufig Äußerungen von Mitarbeitern, die sich „allgemein“ auf die Qualität der Kooperation von Berufsgruppen oder Teams bezogen. Diese allgemeinen Angaben finden sich unter dem Bewertungskriterium „gemeinsame Abstimmung und Koordination in Hinblick auf das Ziel“.

Zieldefinition und Zielüberprüfung

Wann und wie Ziele im Rahmen der Patientenbehandlung definiert und überprüft werden, wurde bisher nicht explizit untersucht.

In Interviews mit Mitgliedern des pflegerisch, erzieherischen Personals der Psychotherapiestation wurde Verbesserungsbedarf angegeben bzgl. der Festlegung und Evaluation der Pflegeplanung. Diesen Angaben zufolge, gäbe es keine formelle Zeitvorgabe, bis zu welchem Zeitpunkt nach der Patientenaufnahme eine eigene pflegerische Planung vorliegen müsse, oft erfolge diese erst zum Zeitpunkt der Therapieplanungsbesprechung. Diese finde häufig aber recht spät statt (vgl. Sicht 3). Zudem würde bisher formell nur eine Therapieplanung für Behandlung festgelegt werden, neuere Entwicklungen der Patienten erforderten aber eine Erneuerung der Planung ca. alle 2-3 Wochen. Zudem sollten die pflegerischen Ziele besser formalisiert werden, so dass ihr Erreichen überprüft werden könne. Eine Evaluation könne z.B. bei der täglichen Übergabe erfolgen.

Entscheidungen

schnelle und eindeutige Entscheidungsprozesse

- Verbesserungswünsche ergeben sich hier vor allem dann, wenn Rollenerwartungen einzelner Teammitglieder nicht bekannt oder eindeutig festgelegt sind, Verbesserungsbedarf wurde in der Psychotherapiestation bzgl. der Rollen Stationsleitung und Pädagogische Leitung gesehen (s.o.)
- im MEV wurde von mehreren Mitarbeitern mehr Transparenz über Entscheidungen gewünscht

Entscheidungsspielräume

- genaue Angaben liegen derzeit noch nicht vor, viele Mitarbeiter äußerten sich in den Interviews sehr positiv über ihren Entscheidungsspielraum
- Vertreter der Pflege/Erzieher wünschten häufig einen stärkeren Einbezug ihrer Erfahrungen und Sicht auf den Patienten (vor allem auch TK-B)

Gemeinsame Abstimmung und Koordination in Hinblick auf das Ziel

Therapeuten (Ärzte, Psychologin)

innerhalb Berufsgruppe/Rolle

- es gab mehrere Äußerungen, dass die Kooperation innerhalb des Ärzteteams sehr gut sei
- es wurde von einer herausragend guten Kooperation innerhalb der Ambulanz berichtet

von anderen Berufsgruppen/Rollen

- mehrere Mitarbeiter der Pflege/Erzieher äußerten sich insgesamt sehr zufrieden mit der Zusammenarbeit mit den Therapeuten. Bedarf wurde gesehen in einer besseren Abstimmung pädagogischer und therapeutischer Maßnahmen vor allem beim Umgang mit aggressiven Patienten.

Pflegedienst / Erzieher

innerhalb Berufsgruppe

- es wurde sich im wesentlichen positiv über die Zusammenarbeit, vor allem innerhalb der Kleinteams („Jugend- und Kinderteam“) geäußert

- Verbesserungsbedarf wurde von beiden Seiten gesehen in der Zusammenarbeit zwischen Stationsleitung und Pflegern/Erziehern: die Stationsleitung wünschte sich eine größere Wertschätzung ihrer Arbeit durch das Pflorgeteam, aus Sicht von Pflegern/Erziehern würde die Stationsleitung das Gefühl nicht ausreichend vermitteln, die Meinungen und Wünsche der Mitarbeiter nach außen zu vertreten.

von anderen Berufsgruppen

- Bedarf wurde gesehen in einer besseren Abstimmung pädagogischer und therapeutischer Maßnahmen (s.o.).

Cotherapeuten

von anderen Berufsgruppen

- mehrere Ärzte und Psychologen äußerten sich sehr positiv über die Zusammenarbeit
- eine stärkere inhaltliche Abstimmung des therapeutischen Vorgehens mit den Ärzten und Psychologen wurde als wünschenswert empfunden (z.B. durch die Teilnahme an der Therapiebesprechung)
- eine klarere Einbindung der cotherapeutischen Behandlung in den Gesamtprozess wurde befürwortet (insbesondere bei der Indikationsstellung für eine co-therapeutische Behandlung)

Sozialdienst

von anderen Berufsgruppen

- die Zusammenarbeit mit dem Sozialdienst wurde sowohl vom Sozialdienst als auch von verschiedenen Berufsgruppen als verbesserungswürdig bewertet: Bedarf wurde vor allem gesehen in der Einbindung des Sozialdienstes und das Treffen von Absprachen im Rahmen der Entlassungsvorbereitung und -durchführung.

Lehrer

von anderen Berufsgruppen

- eine bessere Koordination und Absprache der pädagogischen Ziele mit den Pflegern/Erziehern der Station wurde gewünscht

Informationsaustausch / Kommunikation/ allgemein

Positiv wurde beurteilt, dass viel Informationsaustausch und Kommunikation "auf dem kleinen Dienstweg" möglich sei durch den „fast familiären und sehr kleinen Rahmen“ der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Verbesserungswünsche an Ärzte

von anderen Berufsgruppen

- von Seiten der Psychologen wurde mehr Rückmeldung gewünscht über die diagnostischen Befunde

Verbesserungswünsche an den Pflegedienst / Erzieher

von anderen Berufsgruppen

- es wurde Verbesserungsbedarf in der Informationsweitergabe innerhalb des Pfleger/Erzieherteams gesehen, ein konkreter Verbesserungsvorschlag betraf die Benennung eines Pflorgeteamsprechers
- von Seiten der Cotherapeuten ist eine größere Zuverlässigkeit beim Bringen der Patienten zu den Behandlungsterminen wünschenswert

Verbesserungswünsche an die Cotherapeuten

von anderen Berufsgruppen

- in der Akutstation wurde ein stärkerer Informationsaustausch von Seiten der Ärzte, Pfleger und Erzieher gewünscht (ein Zusammentreffen würde derzeit fast nur in der Chefvisite stattfinden)

Verbesserungswünsche an den Sozialdienst

von anderen Berufsgruppen

- von verschiedenen Berufsgruppen wurde der Informationsaustausch mit dem Sozialdienst als unzureichend eingeschätzt, gewünscht wurde eine größere Erreichbarkeit oder z.B. die regelmäßige Teilnahme an Visiten

Verbesserungswünsche an die Lehrer

- von Seiten der CotherapeutInnen wurde ein besserer Informationsaustausch bei kurzfristigen Änderungen der Stundenpläne einzelner Kinder gewünscht

Zusammengehörigkeitsgefühl

- allgemein wurde das außerdienstliche Treffen im Rahmen eines Stammtisches sehr positiv beurteilt
- im allgemeinen wurde das Zusammengehörigkeitsgefühl innerhalb der eigenen Berufsgruppe / Rolle besser eingeschätzt als das zwischen den Berufsgruppen. Mehrere Mitarbeiter wünschten eine größere Wertschätzung und Akzeptanz der Unterschiedlichkeit der Arbeitsfelder. Teilweise wurde auf Schwierigkeiten hingewiesen, sich in die Sicht einer anderen Berufsgruppe hineinzu-denken, insbesondere in Situationen wenn Mehrarbeit notwendig ist (z.B. bei zusätzlichen Schulwegbegleitungen für Behandlungstermine aufgrund des „zu engen“ Wochenplans, s. Sicht 1)

6.8.4 Kooperation zwischen Organisationseinheiten

6.8.4.1 Festlegung der Beschreibungsinhalte

Für eine Beschreibung der Kooperation zwischen den Organisationseinheiten wurden folgende Leitfragen festgelegt:

- Bei welchen Aufgaben wird kooperiert?
- Welche Rollen kooperieren?
- Wer ist für welche Aufgaben an den Schnittstellen der Organisationseinheiten verantwortlich?
- Wie ist der Informationsaustausch zwischen den Organisationseinheiten?

6.8.4.2 Erste Ergebnisse der Beschreibung

Bisher liegen keine Ergebnisse für diesen Bereich vor.

6.8.4.3 Festlegung der Bewertungskriterien

Als Bewertungskriterien wurden ausgewählt:

- Eindeutigkeit der Zuweisung von Verantwortlichkeiten und Aufgaben an den Schnittstellen der Organisationseinheiten
- der Aufgabenerfüllung angemessener schriftlicher und mündlicher Informationsaustausch zwischen den Organisationseinheiten

6.8.4.4 Erste Ergebnisse der Bewertung

Die Kooperation zwischen Ambulanz und stationärem Bereich wurde insgesamt sehr positiv beurteilt. Die Absprache und der Informationsfluss bei der Patientenaufnahme, -weiterbetreuung könnte aus Sicht des Stationsteams noch intensiver sein, ein schnelleres Vorliegen der Dokumentation wurde gewünscht.

Die Zusammenarbeit zwischen den Therapeuten der Akut- und Psychotherapiestation wurde als sehr positiv beurteilt. Mit den anderen Berufsgruppen des anderen stationären Bereichs gäbe es nur wenig Berührungspunkte.

Bzgl. der Kooperation der Akut- und Tagesklinik mit der Allgemeinen Psychiatrie fiel auf, dass einige Mitarbeiter des Pflegedienstes, welche Stellen der Kinder- und Jugendpsychiatrie innehaben, sich vorwiegend mit dieser Abteilung identifizieren und von der Versorgung „ihrer Patienten“ (Kinder und Jugendliche) sprechen. Von ihnen wurde bemängelt, dass das inhaltliche Konzept der Allgemeinen Psychiatrie nicht immer auch auf die Kinder übertragen werden könne, was bisher nicht genug berücksichtigt worden wäre. Zudem gebe es keine Besprechung, wo sich das Pflegeteam der Kinder- und Jugendpsychiatrie als eigenes Team treffe, dies wurde jedoch als notwendig eingeschätzt.

6.8.5 Zusammenfassung

Auf der Grundlage der bisherigen Erhebungen zu „Tätigkeitsprofilen“, „Dokumentation“ und „Kommunikation“ wurde eine genaue Studienplanung für die Sicht auf die Kooperation erstellt. Detaillierte Befragungen explizit in Bezug auf die Kooperation konnten im Rahmen dieses Projektes nicht durchgeführt werden, die bisher vorliegenden nicht repräsentativen Angaben wurden vorgestellt.

In der Sicht auf die Kooperation steht die Betrachtung des multiprofessionellen Teams im Vordergrund. Fasst man die MitarbeiterInnen, die an der stationären Behandlung eines Patienten beteiligt sind zu einem multiprofessionellen Team zusammen, so ergibt sich für jeden Patienten ein individuell zusammengesetztes Behandlungsteam. Für die Mitarbeiter bedeutet dies z.B., dass sie Mitglied mehrerer multiprofessioneller Teams sind, deren Besetzung sich für jeden Patienten unterscheidet. In den bisherigen Interviews entstand bei den Untersuchern der Eindruck, dass eine solche **Teamdefinition** pro Patient bisher nicht explizit im Vordergrund steht, zumindest gibt es keine Treffen oder Besprechungen ausschließlich der Mitglieder des multiprofessionellen Teams für einen einzelnen Patienten.

Aus Sicht der Mitarbeiter wurde von Teams gesprochen, die sich durch ihre Berufsgruppe in Kombination mit ihrer Organisationseinheit ergeben. So sprachen Pfleger und Erzieher bspw. häufig vom „Pflegeteam“, das sich z.B. in einer „Teambesprechung“ zusammensetzt. Innerhalb des Pflegeteams wird unterschieden zwischen „Jugendteam“ und „Kinderteam“, wobei von Seiten der Stationsleitung und des Pädagogischen Leiters derzeit überlegt wird, diese Unterteilung aufzugeben. Viele Befragte, die im stationären Bereich arbeiten, nannten häufig den Begriff „Stationsteam“, wobei bisher unklar blieb, ob dieser Begriff ausschließlich Pfleger/Erzieher und Therapeuten umfasst oder ob die Rollen Cotherapeutin und Sozialdienst ebenfalls dazu gehören.

Verbesserungsbedarf bzgl. der **Zuteilung der Verantwortlichkeiten zu den Teammitgliedern** wurde von Mitarbeitern verschiedener Berufsgruppen gesehen in der Abgrenzung der Stellung und Rolle der Pädagogischen Leitung vor allem in Bezug zur Stationsleitung (PT). Des Weiteren wurde von Mitarbeitern der Pflege und Erzieher der Psychotherapiestation angeregt, die Verantwortungsbereiche des Bezugspflegers/-erziehers präziser festzulegen.

Schwierigkeiten in der Gewährleistung einer kontinuierlich ausreichenden **personellen Besetzung** der Teams wurden von Mitarbeitern gesehen im pädagogisch, pflegerischen Team von „kleinen“ Organisationseinheiten (TK-B, TK-V, MBS); in der ärztlichen Versorgung sowohl des stationären als auch teilstationären Bereichs sowie im Verwaltungs- und Sekretariatsbereich. Bei Anwesenheit aller Mitarbeiter wurde die personelle Besetzung von den Befragten überwiegend als ausreichend eingeschätzt.

Bzgl. des **Ablaufs der Teamprozesse** wurde Verbesserungsbedarf angegeben bzgl. der Festlegung und Evaluation der Pflegeplanung. Vertreter der Pflege/Erzieher wünschten zudem einen stärkeren Einbezug ihrer Erfahrungen und Sicht auf den Patienten (TK-B).

Es wurde sich im allgemeinen positiv über die **Koordination** und Kooperation vor allem innerhalb des Ärzte- und Pflege/Erzieherteams geäußert (einzelne Verbesserungshinweise können vorne nachgelesen werden). Erheblicher Verbesserungsbedarf wird in der Zusammenarbeit mit dem Sozialdienst sowohl vom Sozialdienst als auch von verschiedenen Berufsgruppen gesehen. Schwierigkeiten wurden vor allem im Bereich der Kommunikation sowie in der Einbindung des Sozialdienstes in die Entlassungsvorbereitung und –durchführung angegeben.

Verbesserungsbereiche bzgl. des **Informationsaustausches** betrafen die Weitergabe von Informationen innerhalb der Pfleger/Erzieher, einen engeren Austausch der Cotherapeuten mit Ärzten, Pflegern/Erziehern (AK) und die Absprache beim Bringen der Patienten zu den co-therapeutischen Behandlungen (PT).

7 Verbesserungsvorschläge und Empfehlungen

Ziel der in der Kinder- und Jugendpsychiatrie durchgeführten Ist-Analyse war die Beschreibung bisheriger Abläufe und Strukturen sowie die Sammlung von Verbesserungspotentialen bzgl. der Organisation des Behandlungsprozesses. Die Ergebnisse der Ist-Analyse sollten dazu dienen, das multiprofessionelle kooperative Arbeiten entlang des Behandlungsprozesses zu optimieren und Möglichkeiten aufzuzeigen, wie ein unterstützendes Informationsmanagement (Dokumentation und Kommunikation) hierfür aussehen kann.

Das Vorgehen der Ist-Analyse bestand darin, verschiedene Sichten „Rollen und Tätigkeitsprofile“, „Dokumentation“, „Kommunikation“, „Arbeitsabläufe“ zu untersuchen und aus diesen Ergebnissen ein Gesamtbild auf die interdisziplinäre Kooperation zu erstellen. In diesem Kapitel wird der umgekehrte Weg eingeschlagen: Es wird direkt von dem Ziel ausgegangen, die interdisziplinäre Kooperation entlang des Behandlungsprozesses zu unterstützen. Im Hinblick auf dieses Ziel erfolgt eine zusammenfassende Darstellung der *Verbesserungsvorschläge der Mitarbeiter* zu jeder Sicht sortiert nach inhaltlichen Bereichen. Hierbei wird besonderer Wert darauf gelegt zu bewerten, wie patientenzentriert und orientiert am Behandlungsprozess die jeweiligen Aspekte (Organisations- und Tätigkeitsstrukturen, Arbeitsabläufe, Informationsverarbeitung und -austausch) derzeit sind, da dies grundlegend für eine Unterstützung der Kooperation ist. Detaillierte Erläuterungen zu den Verbesserungsvorschlägen sind im Ergebniskapitel der jeweiligen Sicht einzusehen.

Zusätzlich wird pro Sicht auf Aspekte hingewiesen, zu denen sich die Mitarbeiter positiv äußerten oder die den Untersuchern positiv auffielen. Obwohl sich die Ist-Analyse vorwiegend auf das Aufdecken von Verbesserungspotentialen konzentrierte, werden diese Punkte unter der Rubrik „*Ressourcen*“ aufgeführt, da sie als Hinweise dienen können, bei welchen Abläufen und Strukturen der Bedarf für Verbesserungen derzeit gering ist.

Abschließend werden für jede Sicht *konzeptionelle Empfehlungen* der Untersucher abgeleitet, durch welche Maßnahmen die multiprofessionelle Kooperation in Zukunft besser unterstützt werden könnte.

7.1 Allgemeine Anforderungen an das kooperative Arbeiten

Die Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie gehört neben der Abteilung Allgemeine Psychiatrie zur Psychiatrischen Klinik des Universitätsklinikums Heidelberg. Das integrative Behandlungsangebot umfasst psychotherapeutisch-psychiatrisch ausgerichtete ambulante, teilstationäre und vollstationäre Versorgungsstrukturen, unterteilt in Akutstation (AK, 6 Betten), Psychotherapiestation (PT, 12 Betten), Ambulanz (AM) sowie zwei Tageskliniken (TK-B, TK-V, insg. 6 Plätze). Derzeit werden jährlich etwa 700 ambulante sowie 120 stationäre Fälle behandelt. Die Verweildauer liegt im Mittel bei 50 Tagen, wobei sie in der Akutstation ca. 28 Tage, ansonsten ca. 70 Tage beträgt.

Die Entwicklung der Abteilung war in den letzten 10 Jahren gekennzeichnet durch umfangreiche Umstrukturierungen: Auf- und Ausbau des wissenschaftlichen Forschungsbereichs, Erweiterung und Veränderung des Versorgungskonzeptes und Erschließung neuer Räumlichkeiten. Viele Veränderungen wurden durch eine enge Kooperation mit der Allgemeinen Psychiatrie erzielt, die zukünftig weiter ausgeweitet werden soll. Derzeit werden zwei organisatorische Einheiten (AK und TK-V) gemeinsam genutzt.

Die Patientennachfrage ist in den letzten Jahren rapide angestiegen: im stationären Bereich kommt es derzeit zu häufigen Überbelegungen, im ambulanten Bereich liegen die Wartezeiten für einen Neuaufnahmetermin bei ca. 6 Wochen. In der Ambulanz wurden 1999 ca. 100 Neuaufnahmen mehr (insg. 460) behandelt als 1993, hinzu kommen hier kontinuierlich angebotene therapeutische Behandlungen. Die Gesamtzahl ambulanter Besuche lag im Jahr 2000 bei 1017.

Die Patientenstruktur hat sich in den letzten Jahren deutlich gewandelt: Zum einen werden zunehmend mehr Jugendliche und weniger Kinder aufgenommen, zum anderen haben mehr der stationär zu behandelnden Patienten ein komplexeres Krankheitsbild, leiden also z.B. häufiger an einer Schizophrenie oder Persönlichkeitsstörung.

Die Entwicklung der Patientennachfrage und –struktur stellt besondere Anforderungen an die Mitarbeiter der Kinder- und Jugendpsychiatrie und ihre Zusammenarbeit. Für Mitarbeiter ist es wichtig, sich z.B. im Rahmen von Fortbildungsmaßnahmen spezielles Wissen über Diagnostik, Behandlung und Betreuung der Patienten anzueignen. Die Zunahme an Patienten, die beispielsweise aggressive Verhaltensweisen zeigen, erfordert geeignete Betreuungskonzepte und Absprachen innerhalb des Personals für den stationären und teilstationären Aufenthalt.

Wie kann nun eine solche multiprofessionelle Zusammenarbeit aussehen, was soll sie leisten?

Das primäre Ziel liegt in der Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen Behandlung des Patienten von seiner Aufnahme bis hin zu seiner Entlassung. Hierbei lassen sich auf die somatische, psychische sowie pflegerisch/pädagogische Behandlung ausgerichtete Aspekte unterscheiden, wobei es sich hierbei um keine eindeutig abgrenzbaren Gebiete handelt, sondern vielmehr um verschiedene Blickwinkel auf den Gesundheitszustand des Patienten. Als vierter Blickwinkel kommt der hinzu, der den „administrativen“ Ablauf während der Patientenversorgung fokussiert.

Die einzelnen medizinischen, therapeutischen, pädagogischen und administrativen Maßnahmen müssen koordiniert und aufeinander abgestimmt werden. Informationen zwischen allen beteiligten Personen und Berufsgruppen müssen auf möglichst schnellem Wege ausgetauscht werden.

Dabei ist das Gesamtziel, für jeden Patienten eine individuelle Behandlung und Förderung durchzuführen, deren einzelne Bausteine individuell auf ihn zugeschnitten werden. Einige Patienten durchlaufen den kompletten Behandlungszyklus von der Aufnahme bis zur Entlassung innerhalb weniger Tage, andere über ein, zwei oder viele Wochen. Organisationsstrukturen und Abläufe müssen entsprechend flexibel gestaltet sein.

7.2 Verbesserungsvorschläge und konzeptionelle Empfehlungen

Im folgenden wird nun für jede der Sichten geprüft, in wieweit die gerade beschriebenen Anforderungen erfüllt sind bzw. wo Verbesserungspotentiale liegen. Die Darstellung erfolgt in drei Abschnitten:

- Ressourcen, die sich aus der Ist-Analyse aus Sicht von Mitarbeitern und Untersuchern ergaben
- Verbesserungsvorschläge der Mitarbeiter
- Grundlegende, konzeptionelle Empfehlungen aus Sicht der Untersucher

Die Beurteilung der Unterstützung multiprofessioneller Kooperation kann nur dann fundiert sein, wenn die Gesamtsituation der Kinder- und Jugendpsychiatrie berücksichtigt und die aktuellen Anforderungen an das kooperative Arbeiten, die z.B. aus der Patientenstruktur, aus räumlichen und personellen Gegebenheiten resultieren, beachtet werden.

7.2.1 Patientenorientierte Optimierung der Rollen und Tätigkeitsprofile (Sicht 1)

7.2.1.1 Ressourcen

Folgende Hinweise auf Ressourcen wurden gefunden:

Organisationsstruktur:

- die bisherige Organisationsstruktur war anpassungsfähig und flexibel genug, um viele inhaltlich-konzeptionelle aber auch bauliche und personelle Veränderungen in den letzten Jahren gut zu bewältigen.

Tätigkeitsstruktur:

- die Tätigkeitsstruktur von Therapeuten, Cotherapeuten, Pflegern und Erziehern ist direkt auf die Patienten- und Angehörigenbedürfnisse ausgerichtet (z.B. richtet sich die Arbeitseinteilung weitestgehend nach den Wochenplänen der Patienten, werden Sprechzeiten für Angehörige direkt vor bzw. nach den Besuchszeiten angeboten)
- es wird sich viel Zeit genommen für multidisziplinären Informationsaustausch und die Koordination der Tätigkeiten

- der Entscheidungsspielraum vieler Mitarbeiter ist sehr hoch und wird positiv beurteilt
- viele Mitarbeiter geben eine hohe Motivation für ihre Tätigkeit an

7.2.1.2 Verbesserungsvorschläge von Mitarbeitern

Eine detaillierte Aufstellung und Erläuterung aller gefundenen Verbesserungspotentiale findet sich in Kapitel 6.4. Diese können in drei Hauptbereiche eingeteilt werden: Definition der Teamstruktur, Zuteilung von Verantwortlichkeiten für einzelne Rollen, sowie Verbesserung zeitlicher Tätigkeitsstrukturen der Mitarbeiter. Die drei Hauptbereiche und die sich aus den Ist-Analysen ergebenden konkreten Verbesserungsvorschläge der Mitarbeiter sind in Abbildung 19 dargestellt.

Verbesserungsvorschläge bzgl. ROLLEN und TÄTIGKEITSPROFILE		
Definiton d. Teamstruktur	Zuteilung von Verantwortung u. Tätigkeiten	Verbesserung zeitlicher Tätigkeitsstrukturen
Teambegriffe eindeutig definieren	Rolle Bezugspfleger festlegen	mehr Zeit für direkten Patientenkontakt
Aufteilung in Subteams Pfl. / Erz. überprüfen	Rolle "interne Verwaltung" klären	mehr Zeit für Konzeptionelles & Reflexion
	Rolle "Sozialdienstes" klären	mehr Zeit für Unvorhergesehenes / Flexibilität
	Pädag. Leitg - Stationsleitung (PT) abgrenzen	Unterbrechungen / Fragmentierung reduzieren

Abbildung 19: Verbesserungsvorschläge der Mitarbeiter zu Rollen und Tätigkeitsprofilen.

7.2.1.3 Konzeptionelle Empfehlungen im Hinblick auf die patientenzentrierte Kooperation

Maßnahmen zur Verbesserung der *zeitlichen Tätigkeitsstruktur* werden von den Untersuchern hauptsächlich gesehen in einer Verbesserung des Einsatzes von Besprechungen, Kommunikationsmedien und des Erreichbarkeitsmanagements (Sicht 3) sowie einer Neustrukturierung des „Wochenplans“ (in dem möglichst sowohl Vorbereitungs- als auch Nachbereitungs- und Dokumentationszeit für die Behandlungen am Stück zur Verfügung steht; Sicht 4). Diese Verbesserungsmaßnahmen werden in den entsprechenden Sichten detailliert ausgeführt.

Bei der Klärung und Festlegung von *Verantwortlichkeiten und Tätigkeiten* von einzelnen Rollen ist sinnvoll, das Rollen- und Teamverständnis zu berücksichtigen (Maßnahmen zur Definition patientenzentrierter Teams, s.u.) sowie, wenn möglich, eine Einordnung in Bezug auf den Behandlungsprozess vorzunehmen (s. Sicht 4).

Im folgenden werden konzeptionelle Überlegungen aufgezeigt und näher erläutert, die eine *Neudefinition der Teamstruktur* beinhalten, da diese eine grundlegende Verbesserung der Ausrichtung der Organisationsstruktur auf die multiprofessionelle Kooperation bedeuten könnte.

Verbesserungsvorschlag: Festlegung von multiprofessionellen Teams pro Patient

- a) Es werden Teams definiert, in denen die Mitarbeiter zusammengefasst werden, die an der Versorgung eines Patienten beteiligt sind. So könnte z.B. unterschieden werden zwischen:
- dem *multiprofessionelle Gesamtteam* (alle MitarbeiterInnen, die an der Behandlung eines Patienten beteiligt sind),
 - dem „*therapeutischen Bezugsteam*“ (bestehend aus Bezugstherapeut(in), CotherapeutInnen, und zwei Bezugspfleger/-erzieher). Primäres Ziel des therapeutischen Bezugsteams könnte z.B. die Festlegung und erfolgreiche Umsetzung von Therapie- und Behandlungszielen sein, die gemeinsam für einen Patienten vereinbart werden.
 - und dem „*Förderteam*“ *des Patienten* (Pflegekräfte, Erzieher(innen), CotherapeutInnen und Lehrkräfte)
- b) Es wird deutlich unterschieden zwischen:
- *patientenorientierten Teambegriffen* (s.o.), wie z.B. dem multiprofessionellen Behandlungsteam, die für die Behandlung und Betreuung eines einzelnen Patienten zuständig sind
 - *OE-spezifischen Gruppen* oder Teams, die Mitarbeiter einer Organisationseinheit umfassen, wie z.B. das „Ambulanzteam“ oder „Stationsteam“. Es wird empfohlen, in diesen Gruppen- oder Teambegriff alle Mitarbeiter zusammenzufassen, die in die direkten Patientenversorgung dieser OE involviert sind, auch solche, die auf mehreren OEs tätig sind, wie z.B. Cotherapeuten und der Sozialdienst.
 - „*Berufsgruppenspezifischen*“ *Gruppen* oder Teams, wie z.B. dem Pflorgeteam, das für berufsgruppenspezifische, patientenübergreifende fachliche und organisatorische Fragen zuständig ist

Erhoffte positive Auswirkungen für die Kooperation:

- durch eine klare Festlegung werden einheitliche Begriffe verwendet
- die Teambegriffe bilden die interdisziplinäre Zusammenarbeit ab, da sich sowohl das multiprofessionelle Behandlungsteam, als auch die OE-bezogenen Teams zusammensetzen aus Mitarbeitern aller Berufsgruppen, die an der direkten Patientenversorgung beteiligt sind
- die Struktur der patientenorientierten Teams ist direkt auf die Aufgabe der Patientenversorgung ausgerichtet, da genau die Mitarbeiter zusammengefasst sind, deren Tätigkeiten und Entscheidungen entlang der Behandlung koordiniert werden müssen und deren Informationsaustausch optimiert werden muss
- Aufgaben und Verantwortlichkeiten können im Rahmen dieser Teams orientiert am Versorgungsprozess des Patienten festgelegt und ausgerichtet werden (siehe Sicht 4), z.B. könnte der Bezugstherapeut verantwortlich für die interdisziplinäre Abstimmung der Behandlung sein, der Bezugspfleger für die Durchführung der pädagogisch, pflegerischen Aufgaben
- die Organisation des Informationsaustausches für das therapeutische Behandlungsteam kann flexibler gestaltet und direkt an den Bedürfnissen des Patienten ausgerichtet werden, da sie nur nach den Mitarbeitern ausgerichtet werden muss, die direkt an seiner Versorgung beteiligt sind (z.B. könnte eine Therapieplanbesprechung direkt nach Beendigung der Diagnostikphase durchgeführt werden, beteiligt wären der Bezugstherapeut, die Bezugspfleger und ggf. Cotherapeuten)
- in patientenorientiert definierten Teams kann eine regelmäßige Neufestlegung und Evaluation der durchgeführten medizinischen, therapeutischen und pädagogischen Maßnahmen besser organisiert und umgesetzt werden
- Vertretungen, zum Beispiel bei Urlaub und Krankheit könnten innerhalb der patientenorientierten Teams auf ihren Bedarf für den aktuellen Stand des Behandlungsprozesses zum Patienten hin geklärt und geregelt werden
- der Begriff des multiprofessionellen Teams pro Patient könnte ggf. auch OE-übergreifend festgelegt werden (z.B. zuständiger Arzt in der Ambulanz usw.) und dadurch den kompletten Behandlungsfluss eines Patienten besser abbilden

7.2.2 Patientenorientierte Optimierung der Dokumentation & IV-Werkzeuge (Sicht 2)

7.2.2.1 Ressourcen

Folgende Hinweise auf Ressourcen ergaben sich:

- es wird umfangreich dokumentiert, alle relevanten Daten werden erfasst
- hohe Motivation der Mitarbeiter zu einer vollständigen und sinnvollen Dokumentation
- Dokumentation wird nach Entlassung des Patient zu einem großen Teil zentral abgelegt
- für die meisten Dokumentationsaufgaben stehen adäquate Formulare und Werkzeuge zur Verfügung

7.2.2.2 Verbesserungsvorschläge von Mitarbeitern

Insgesamt wird deutlich, dass die Dokumentation überwiegend berufsgruppenspezifisch und verteilt erfolgt und teilweise ungenügend unterstützt wird. Eine ausführlichere Erläuterung der einzelnen Verbesserungspotentiale findet sich in Kapitel 6.5. Die von den Mitarbeitern geäußerten Verbesserungsvorschläge können insgesamt geordnet werden nach folgenden Bereichen: Unterstützung der interdisziplinären Dokumentation, Verbesserung der Zieldefinition und des inhaltlichen Konzepts von einzelnen Dokumentationen, Optimierung von Dokumentationswerkzeugen sowie die bessere Unterstützung von einzelnen Prozessen.

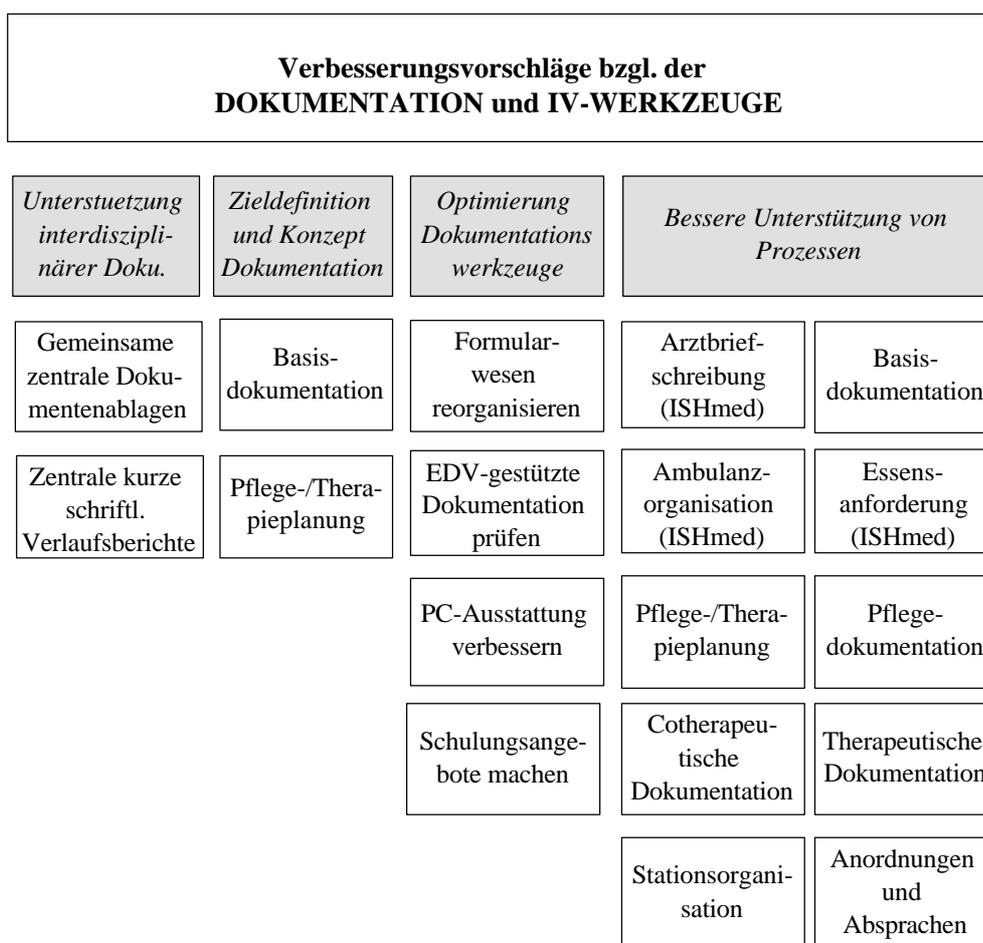


Abbildung 20: Verbesserungsvorschläge der Mitarbeiter zur Dokumentation.

7.2.2.3 *Konzeptionelle Empfehlungen der Untersucher im Hinblick auf die patientenzentrierte Kooperation*

Von zentraler Bedeutung ist die bessere elektronische Unterstützung der Dokumentation mit dem **Fernziel einer umfassenden, elektronischen Krankenakte**. Vor der Umsetzung sollte für die einzelnen genannten Prozesse geprüft werden, wie diese besser unterstützt werden können. Dies betrifft z.B. die Arztbriefschreibung und der Therapieplanung. In diesem Zusammenhang ist bei einzelnen Bereichen auch die Zieldefinition der Dokumentation wichtig (z.B. BADO), welche wiederum Auswirkungen auf die Durchführung und notwendige Unterstützung haben wird. Insgesamt sind eine Verringerung der Dokumentationsaufwände und eine Verbesserung der Wiederverwendbarkeit der Informationen anzustreben.

Verbesserungsvorschlag: Gemeinsame elektronische Krankenakte und Ausrichtung der Dokumentation auf den Behandlungsprozess

Hierfür sind im wesentlichen folgende Aspekte relevant:

- a) Aufbau einer gemeinsamen Verlaufsdokumentation sowie einer gemeinsamen Ablage nach Entlassung eines Patienten
 - die Kurve sollte ergänzt werden um Elemente einer zentralen Verlaufsdokumentation, in die Befunde auch z.B. von Therapeuten und Cotherapeuten einfließen
 - während des Aufenthaltes sollten die patientenbezogenen Dokumente möglichst an einem Ort gesammelt werden
 - es sollte gewährleistet werden, dass alle patientenbezogenen Dokumente nach Entlassung des Patienten vollständig in der (bisher konventionellen) Krankenakte gesammelt werden
- b) Einführung einer gemeinsamen elektronischen Krankenakte
 - soweit möglich sollte die Dokumentation von papierbasiert auf elektronisch umgestellt werden. Dies betrifft insbesondere die bisher umfangreichen konventionellen Dokumentationen, z.B. bei Cotherapeuten und im Pflegedienst
 - alle patientenbezogenen, elektronischen Dokumente sollten logisch in einer gemeinsamen elektronischen Krankenakte münden, die für alle am Behandlungsprozess beteiligten Personen zugänglich ist
 - innerhalb einer Patientenakte sollte der Behandlungsprozess abgebildet sein incl. die hierfür notwendigen wesentlichen Dokumente und Besprechungsunterlagen mit ihrer logischen Einordnung in den Behandlungsprozess
 - für eine Regelung der Zugriffskontrolle, der aktiven Kommunikation und der Vertretungen, sollte in dem System ein Rollenkonzept hinterlegt sein. Damit werden die Zugriffsrechte verstärkt über Rollen definiert, nicht mehr über die Mitarbeiter direkt
 - zur Unterstützung des integrativen Organisationsmodells muss die Abbildung des Behandlungsprozesses den Vorgang zur Festlegung der Behandlungsziele und ihrer Evaluation enthalten. Die Ziele und die Evaluationsergebnisse sollten Bestandteil der Patientenakte sein
 - die EDV-technische Infrastruktur muss dabei so gestaltet sein, dass ausreichende Zugangsmöglichkeiten zur elektronischen Akte für alle Berufsgruppen bestehen

Erhoffte positive Auswirkungen für die Kooperation

- Dokumentation kann direkt auf den Behandlungsprozess ausgerichtet und zeitlich in diesen eingeordnet werden
- zentrale Informationen zu einem Patienten sind im Überblick sichtbar, besserer Überblick über den Verlauf der Patientenversorgung, fehlende Informationen für einen Patienten sind auf einen Blick erkennbar
- Koordination der berufsgruppenübergreifenden Kooperation wird vereinfacht. Betroffene Mitarbeiter könnten z.B. automatisch informiert werden, wenn für sie relevante Änderungen an der Dokumentation vorgenommen wurden. Dadurch kann auch z.B. die Einberufung von patientenbezogener Besprechungen bei Vorliegen neuer Informationen unterstützt werden

- vollständigere Dokumentation, indem auf fehlende Informationen im Behandlungsprozess automatisch hingewiesen werden kann
- durch Zuordnung der Dokumentation zum Behandlungsprozess ist ihr Nutzen höher, Dokumentationsaufwände zahlen sich für Mitarbeiter eher aus
- Verringerung von Dokumentationsaufwänden durch Vermeidung von Mehrfacherfassungen und bei der (oft redundanten) mündlichen Weitergabe von Informationen
- die Dokumentation kann besser verknüpft werden mit den ihr zugrundeliegenden Tätigkeiten z.B. durch das Hinterlegen von bestimmten Standards (z.B. Therapiestandards)
- durch rollenbasiertes Zugriffskonzept bessere Gewährleistung des Datenschutzes
- Dokumente (z.B. cotherapeutische Abschlußberichte) können elektronisch übermittelt werden und direkt weiterverarbeitet werden (z.B. bei der Arztbriefschreibung). Dadurch Verbesserung bei Qualität und Rechtzeitigkeit der Dokumentation
- weniger Suchaufwände, keine Auslagerung der Informationen, alle Berufsgruppen haben gleichzeitig direkten Zugriff auf alle aktuellen Informationen über den Patienten
- nach Entlassung des Patienten Archivierung aller Informationen an einer Stelle, damit bessere Verfügbarkeit und weniger Suchaufwände

7.2.3 Patientenorientierte Optimierung der Kommunikation (Sicht 3)

7.2.3.1 Ressourcen

Folgende Hinweise auf Ressourcen ergaben sich:

- die Bedeutung und Wichtigkeit der Kommunikation für die Patientenversorgung wird sehr hoch eingeschätzt
- die meisten Besprechungen werden von den Beteiligten als relevant eingeschätzt, besonders diejenigen, an denen das komplette multiprofessionelle Team zusammentrifft
- in der Fallbesprechung wird die Behandlung eines Patienten mit allen an seiner Versorgung beteiligten Mitarbeiter diskutiert
- es gibt viel Austausch zwischen den multiprofessionellen Berufsgruppen, vor allem mündlich
- die Bereitschaft Informationen auszutauschen ist sehr hoch
- es gibt viele Bemühungen, die Entschätzungen der verschiedenen Berufsgruppen zu integrieren

7.2.3.2 Verbesserungsvorschläge von Mitarbeitern

Insgesamt wurde deutlich, dass Therapeuten und Cotherapeuten bis zu 50% ihrer Tätigkeit mit der internen Koordination, vor allem der Teilnahme an Besprechungen verbringen. In Abhängigkeit von der beruflichen Rolle und der „Kommunikationsrolle“ (Empfänger / Sender) der Mitarbeiter wurden sehr unterschiedliche Verbesserungswünsche für einzelne Besprechungen angegeben, die die Zieldefinition oder Aspekte der Durchführung (Teilnehmer, Ablauf, Dauer) betreffen.

Der zweite große Bereich der gesehenen Potentiale betraf Verbesserungen der Kommunikationsmedien, insbesondere die Erstellung eines Konzepts und Schaffung der Voraussetzungen für deren Nutzung. Die jetzigen Kommunikationsmedien können besonders in ihrer Vielfalt nicht immer angemessen eingesetzt werden. Eine hohe Telefonnutzung führt bei Therapeuten beispielsweise zu häufigen Unterbrechungen ihrer Arbeitstätigkeit. Eine detaillierte Aufstellung und Erläuterung aller genannten Verbesserungswünsche ist in Kapitel 6.6 nachzulesen.

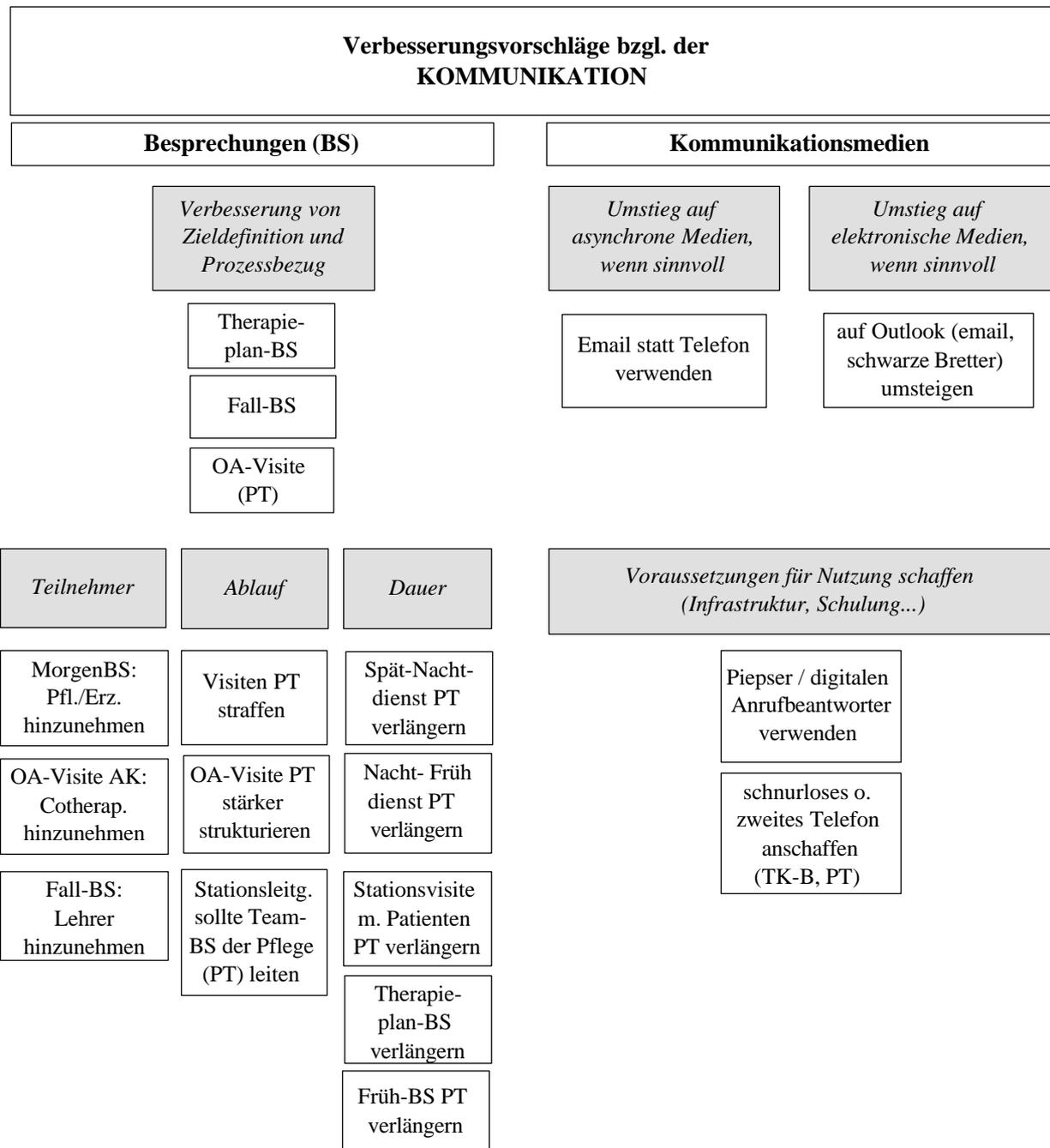


Abbildung 21: Verbesserungsvorschläge der Mitarbeiter zur Kommunikation.

7.2.3.3 Konzeptionelle Empfehlungen der Untersucher im Hinblick auf die patientenzentrierte Kooperation

Das Gesamtziel der Verbesserungsmaßnahmen sollte sein, die Kommunikation auf das für die Patientenbehandlung notwendige Maß zu reduzieren und diese möglichst effizient zu gestalten. Der Anteil der derzeit synchron geführten Kommunikationen (Besprechungen und Telefonnutzung) ist derzeit relativ hoch, was mit vielen Unterbrechungen und hohen Zeitaufwänden verbunden ist.

Es sollte geprüft werden, inwieweit Teile dieser Kommunikation auf asynchronem Weg, z.B. über Email oder über eine verbesserte Nutzung der Dokumentation, besser unterstützt werden kann.

Hierbei sollte geprüft werden, wie sich die Anforderungen an die Kommunikation ändern,

- a) durch Einführung bzw. stärkerer Ausrichtung der Abläufe und Strukturen auf patientenzentrierte Behandlungsteams (siehe Sicht 1)

- b) durch Verbesserung der multiprofessionellen Dokumentation und längerfristigen Umstellung auf eine elektronische Patientenakte (siehe Sicht 2)

Es sollte angestrebt werden, einen möglichst großen Anteil der patientenbezogenen Kommunikation innerhalb der elektronischen Patientenakte zu führen. Ein weiterer Schritt wäre die Verbesserung des Erreichbarkeitsmanagements vor allem der Ärzte.

Im einzelnen ergeben sich folgende Empfehlungen:

Verbesserungsvorschlag: Festlegung des Ziels der Kommunikation (vor allem der Besprechungen) und ihre zeitliche Einordnung in den Behandlungsprozess

Hierfür sind im wesentlichen folgende Aspekte relevant:

- a) Ableitung der Kommunikationserfordernisse aus dem notwendigen Informationsaustausch und der Koordination des Behandlungsprozesses (siehe Sicht 4)
- der Bezug der Kommunikation und ihre zeitliche Einordnung in den Patientenversorgung sollte hergestellt werden
 - es sollte abgeleitet werden, welche Mitarbeiter bzw. Rollen miteinander wann kommunizieren müssen und ob es sich bei der Kommunikation über einen Informationsaustausch handelt oder Diskussionen und Entscheidungen notwendig sind
- b) Wahl der am besten geeigneten Kommunikationsform (z.B. mündlich, schriftlich, synchron, asynchron) sowie des Mediums für die Erfordernisse der Kommunikation
- es sollte das am wenigsten aufwendige Medium gewählt werden
 - soweit möglich sollte die Kommunikation von papierbasiert auf elektronisch umgestellt werden, sowohl was die Dokumentation betrifft, aber auch die Hauspost und schwarzen Bretter
 - für Informationsaustausch eignen sich eher asynchrone Medien, für Diskussionen und Diskurse sind synchrone Kommunikationsformen zu bevorzugen (Telefonate, Besprechungen)
- c) Gewährleistung einer reibungslosen Ausführung der Kommunikation
- Festlegung der Spielregeln (wann kommuniziert wer worüber mit welchem Medium usw.)
 - Ausstattung mit der notwendigen Infrastruktur: z.B. PC- Ausstattung, Integration von Möglichkeiten, Kommentare und Notizen in die elektronische Patientenakte einzugeben
 - Ausstattung der Mitarbeiter mit den notwendigen Kenntnissen für die Verwendung (z.B. durch Schulungen, Checklisten oder Anwendungsbeschreibungen)

Erhoffte positive Auswirkungen für die Kooperation

- die Kommunikation ist direkt auf den Behandlungsprozess ausgerichtet und zeitlich in diesen eingeordnet: es kann direkt abgeleitet werden, wer an diesen Besprechungen teilnimmt, wie flexibel die Durchführung sein muss usw.
- Besprechungen können ggf. im kleineren Rahmen stattfinden als bisher, da immer nur diejenigen anwesend sein müssen, die direkt miteinander kommunizieren müssen
- Besprechungen können dann terminiert werden, wenn die Kommunikation benötigt wird. Es wird davon ausgegangen, dass sich dieses positiv auf eine größere Flexibilität der zeitlichen Tagesstruktur der Mitarbeiter (vor allem Therapeuten) auswirken wird
- durch eine Verbesserung des Einsatzes der Kommunikationsmedien, wird der Aufwand für den Informationsaustausch reduziert
- durch die Integration der Kommunikation in die elektronische Dokumentation wird eine bessere Nutzung der Informationen erzielt
- die Aufwände für die Informationsbeschaffung wird geringer ausfallen
- bei allgemeinen Informationen (schwarze Bretter) liegt nur eine, die aktuelle Information vor

7.2.4 Patientenorientierte Optimierung der Arbeitsaufgaben und -abläufe (Sicht 4)

7.2.4.1 Ressourcen

Folgende Hinweise auf Ressourcen ergaben sich:

Integration der verschiedenen Berufsgruppen

- die Behandlung wird multidisziplinär durchgeführt, es gibt viel Informationsaustausch zwischen den beteiligten Berufsgruppen
- es wird versucht, ein ausgewogenes Verhältnis herzustellen zwischen der (co-)therapeutischen Behandlung und Aktivitäten zur Entwicklungsförderung und Förderung der Alltagsbewältigung

Koordination von Prozessen

- insgesamt wird sich positiv über die bisherige Koordination geäußert
- insbesondere der Prozess der Aufnahme scheint gut zu funktionieren
- die Patientenweitergabe zwischen den Organisationseinheiten Ambulanz und Psychotherapiestation wird weitestgehend gut beurteilt
- für jeden Patienten gibt es einen Bezugstherapeut und zwei Bezugspfleger/-erzieher (PT)

7.2.4.2 Verbesserungsvorschläge von Mitarbeitern

Eine ausführliche Beschreibung der Verbesserungsvorschläge zu den Arbeitsaufgaben und -abläufen findet sich in Kapitel 6.7 Ihre Zusammenfassung und Sortierung im Hinblick auf das Ziel der Unterstützung der multiprofessionellen Kooperation entlang des Behandlungsprozesses ergab folgende inhaltliche Bereiche: Ermöglichung eines vollständigen Prozessablaufs am Stück, rechtzeitige Prozessausführung, Optimierung des Informationsflusses sowie der Koordination des Prozesses.

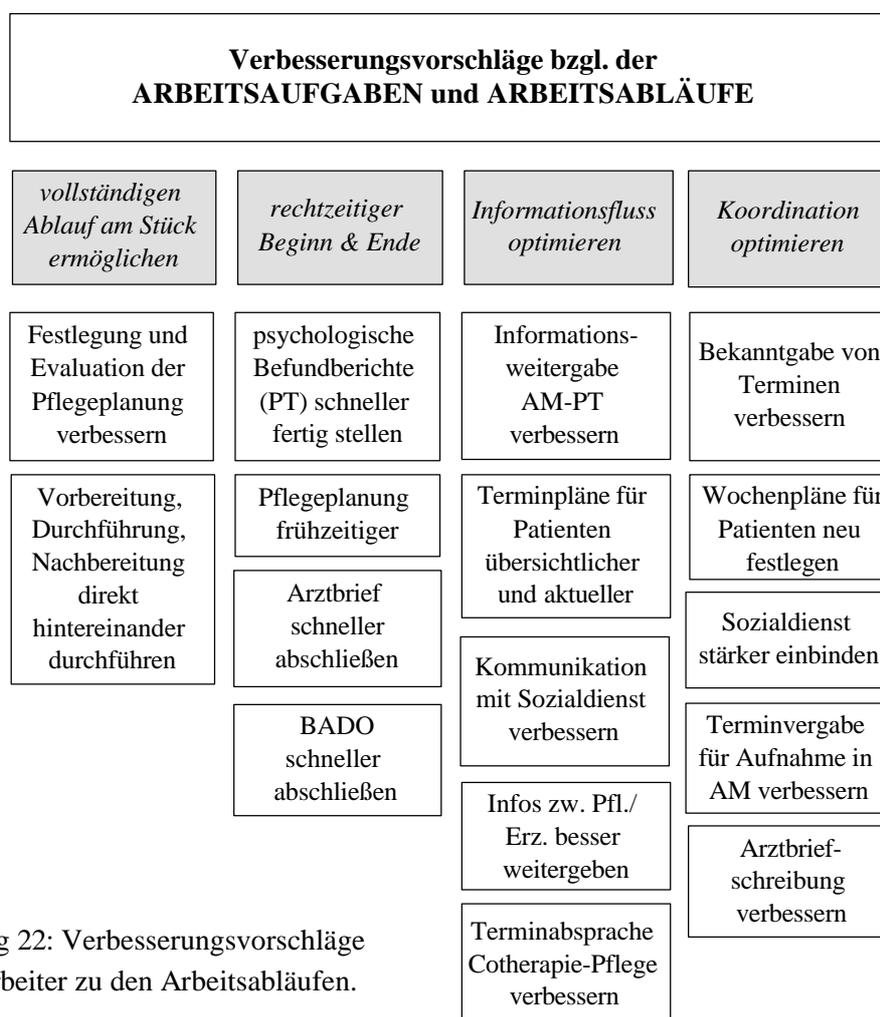


Abbildung 22: Verbesserungsvorschläge der Mitarbeiter zu den Arbeitsabläufen.

7.2.4.3 *Konzeptionelle Empfehlungen der Untersucher im Hinblick auf die patientenzentrierte Kooperation*

Zentrale Ansatzpunkte für Verbesserungen werden gesehen in zwei Bereichen:

1. Der Verbesserung der *Koordination* und des *Informationsflusses*. Maßnahmen hierzu werden vorwiegend gesehen in der Verbesserung der Dokumentation (z.B. durch Einführung prozessunterstützender Software sowie der elektronischen Patientenakte, s. Sicht 2) und Kommunikation (z.B. durch verbesserten Einsatz von Kommunikationsmedien, s. Sicht 3)
2. Verbesserungen im Bereich der *rechtzeitigen Durchführung und des vollständigen Ablaufs*. Diese können dadurch erzielt werden, dass zunächst eine *Definition der Prozesse*, ihrer zeitlichen Ausführung und Aktivitäten vorgenommen wird.

Die zweite Empfehlung wird im folgenden näher erläutert.

Verbesserungsvorschlag: Eindeutige Definition und Strukturierung der Prozesse

a) Definition der einzelnen Prozesse und Einordnung in den Behandlungsprozess

- Festlegung des Ziels und der Funktion der einzelnen Aktivitäten in Bezug auf die Patientenbehandlung
- Festlegung von Start- und Endpunkten und beteiligten Rollen der Prozesse

b) Prozessbezogene Zuordnung von Tätigkeiten, Dokumentation und Kommunikation

- ausgehend vom Kernprozess der Behandlung (Aufnahme - Diagnostik - Behandlung/ Betreuung - Entlassung) werden alle Einzeltätigkeiten eingeordnet, die im Zuge der Behandlung durchgeführt werden.
- es wird festgelegt, in welcher Reihenfolge und Zusammengehörigkeit die einzelnen Aktivitäten durchgeführt werden müssen, um ein optimales Ergebnis zu erzielen. Diese Informationen sind die Ausgangsbasis für eine Festlegung der zeitlichen Terminpläne (z.B. sollte der Wochenplan so angelegt sein, dass (Co-)Therapeuten sowohl ausreichend Vorbereitungs- als auch Nachbereitungs- und Dokumentationszeit am Stück zur Verfügung steht)
- es wird festgelegt, welche Dokumentation und Kommunikation (vor allem auch Besprechungen) notwendig sind und wann diese zeitlich in den Behandlungsprozess eingeordnet werden müssen

c) Festlegung von Prozessverantwortung

- die Verantwortung der Koordination des Behandlungsprozesses für einen Patienten und des Behandlungsteams sollte im Sinne des "Owner of the Process" bei einer Person liegen. Diese könnte z.B. in der Hand des Therapeuten liegen, da er durch seine fachliche Verantwortung für die Behandlung diese Funktion zur Zeit bereits teilweise schon ausführt.
- der Prozessverantwortliche ist dafür verantwortlich, dass die multiprofessionelle Behandlung zwischen allen beteiligten Berufsgruppen koordiniert wird und dass alle Phasen (Planung, Durchführung und Evaluation der Aktivitäten) durchlaufen werden.

Erhoffte positive Auswirkungen für die Kooperation

- der Behandlungsprozess wird in den Fokus aller Tätigkeiten, Dokumentation und Kommunikation im Bereich der Patientenversorgung gerückt
- es kann verdeutlicht werden, welche Aktivitäten bisher fehlen (z.B. gemeinsame Therapieplanung der Therapeuten, Bezugspfleger und Cotherapeuten) und welche redundant oder überflüssig sind oder bei welchen Aktivitäten die Funktion derzeit unklar ist (z.B. OA-Visite)
- die einzelnen Aktivitäten werden zeitlich in den Prozess eingeordnet, wodurch deutlich wird, durch welche Vorschritte sie ausgelöst werden und wohin ihre Ergebnisse einfließen; die Kontrolle der einzelnen Aktivitäten auf ihre Durchführung zum richtigen Zeitpunkt wird erleichtert
- durch den Prozessbezug wird der Nutzen aller Aktivitäten, vor allem auch der Dokumentation, verdeutlicht

- die multidisziplinäre Zusammenarbeit kann besser organisiert werden, wenn es einen Verantwortlichen für das Zusammenspiel der Berufsgruppen gibt. Durch die klare Zuweisung der Prozessverantwortung wird eine Rolle etabliert, die zuständig ist für die Koordination der einzelnen Tätigkeiten und Beteiligten am Behandlungsprozess.
- da der Verantwortliche für den Prozess zuständig ist, wird der Behandlungsprozess des einzelnen Patienten direkt in den Vordergrund der Tätigkeiten gerückt
- es ist jemand verantwortlich dafür, dass die Organisation des Behandlungsprozesses im Hinblick auf die notwendige Kommunikation (z.B. Besprechungen) und Dokumentation überwacht wird. Hierdurch sinkt z.B. die Gefahr, dass Informationen fehlen oder unnötig ausgetauscht werden
- ein Verantwortlicher kann überprüfen und koordinieren, dass die Durchführung der einzelnen Prozessschritte zur richtigen Zeit erfolgt und einzelne Phasen abgeschlossen sind bevor neue beginnen (z.B. Vorliegen der psychologischen Diagnostikergebnisse vor der Therapieplanung). Feedback- oder Kontrollschleifen können eingebaut werden, die anzeigen, wenn einzelne Prozessschritte nicht schnell oder gut genug durchgeführt werden.

8 Diskussion und Danksagung

Mit dem vorliegenden Bericht liegen allen Interessierten die Ergebnisse der Ist- und Schwachstellenanalyse bzgl. der Organisation des Behandlungsprozesses in der Kinder- und Jugendpsychiatrie vor.

Für das Projekt war eine eigene **methodische Vorgehensweise** entworfen worden.

Es wurden vier verschiedene inhaltliche Sichtweisen unterschieden, die zusammen ein Gesamtbild auf die Kooperation im multiprofessionellen Behandlungsteam ergeben sollten: „Rollen und Tätigkeitsprofile“, „Dokumentation und informationsverarbeitende Werkzeuge“, „Kommunikation“ und „Arbeitsaufgaben und –abläufe“. Die Unterteilung und Verwendung dieser Sichten für die Abbildung und Beurteilung der Abläufe und Strukturen erwies sich sowohl bei der Durchführung als auch bei der Auswertung und Präsentation der Ergebnisse als sehr hilfreich.

Für die Datenerhebung wurde sich einer Kombination aus Beobachtungen, Dokumentenanalysen, Interviews und schriftlichen Befragungen bedient. Neben Fremdbeurteilungen durch die Untersucher wurde besonderer Wert gelegt auf eine umfangreiche Einbeziehung und Einholung von Selbstbeurteilungen nahezu aller Mitarbeiter. Die hohe Mitarbeiterorientierung des Projektes war sehr sinnvoll: Die Mitarbeiter beteiligten sich sehr engagiert in den Befragungen und äußerten sich hoch motiviert im Hinblick auf mögliche Verbesserungen in Strukturen und Abläufen. Besonders bewährte sich hier die schriftliche Vorerhebung, in der Verbesserungswünsche der Mitarbeiter in offenen Fragen gesammelt wurden. Diese Erhebung ergab zahlreiche Hinweise auf bedeutsame Verbesserungsbereiche.

Im Hinblick auf die **Ergebnisse** stellte sich das gewählte methodische Vorgehen größtenteils als gut heraus: Verbesserungspotentiale konnten für einzelne Sichten detailliert erfasst und „realitätsgetreu“ abgebildet werden, wie von Mitarbeitern rückgemeldet wurde. Die Ergebnisse eigneten sich als Grundlage für ausführliche Diskussionen mit den Auftraggebern (Ärztliche und Pflegerische Leitung der Kinder- und Jugendpsychiatrie). Sie waren umfangreich und präzise genug, um sowohl konkrete Verbesserungsvorschläge als auch konzeptionelle Empfehlungen ableiten zu können. Diese betrafen sowohl die patientenzentrierte Ausrichtung der Behandlungsabläufe als auch deren Unterstützung durch ein geeignetes Informationsmanagement. Die Zusammenstellung der Ergebnisse einzelner Sichten zu einem integrativen Gesamtmodell des kooperativen Arbeitens konnte im Rahmen des Projektzeitraums nur ansatzweise durchgeführt werden, detailliertere Ausführungen hierzu können in der Dissertation von Ulrike Kutscha ([Kutscha U 2001]) nachgelesen werden.

Die Vorbereitung, Durchführung und Auswertung der Ist-Analyse dauerte insgesamt 2 Jahre. Dies verdeutlicht den hohen Zeitaufwand für eine Analyse, in der möglichst viele Aspekte möglichst präzise abgebildet werden sollen. Selbst im Rahmen eines Forschungsprojektes ist die Durchführung einer solch umfangreichen Analyse kaum zu bewältigen. Soll diese hingegen als Grundlage für „zügige“ Reorganisationsmaßnahmen durchgeführt werden, so wird empfohlen, zunächst eine Vorauswahl aus den im Bericht genannten Problembereichen zu treffen und diese gezielt zu untersuchen. Die hier vorgestellte Unterteilung in verschiedene Sichtweisen auf den Behandlungsprozess kann dabei als Rahmenmodell dienen.

Dieser Bericht schließt Phase 1 im übergeordneten Forschungsprojekt ab, welches sich nun mit der Konzeption und Umsetzung optimierter Strukturen und Abläufe beschäftigen wird mit dem Ziel, die patientenorientierte Kooperation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu unterstützen.

Die Verfasser dieses Berichtes möchten sich an dieser Stelle ausdrücklich **bei allen Beschäftigten in der Abt. Kinder- und Jugendpsychiatrie bedanken**. Ohne Ihre aktive Beteiligung an den Erhebungen, ohne Ihre kritischen Meinungen, Ihre Offenheit und Ihr Vertrauen wäre eine solche detaillierte und ehrliche Erhebung nicht möglich gewesen. Wir hoffen, dass neben der Forschungsrelevanz die vorliegenden Ergebnisse Ihnen direkt bei Ihrer anspruchsvollen Arbeit zu Gute kommen werden.

9 Anhang

9.1 Literaturverzeichnis

- Ammenwerth E, Ehlers F, Eichstädter R, Haux R, Kruppa B, Parzer P, Pohl U, Resch F (2000): *Unterstützung der Organisation des Behandlungsprozesses - Vorgehensplan*, Bericht Nr. 1/2000. Abt. Med. Informatik. Universitätsklinikum Heidelberg.
- Büssing A (1992). *Organisationsstruktur, Tätigkeit und Individuum*. Bern, Huber.
- Büssing A, Glaser J (1999). Tätigkeits- und Arbeitsanalyseverfahren für das Krankenhaus (TAA-KH). In: *Handbuch psychologischer Arbeitsanalyseverfahren* (Hrsg: Dunckel H). Zürich, vdf. S. 465-494.
- Dunckel H, Volpert W, Zölch M, Kreutner U, Pleiss C, Hennes K (1993). *Kontrastive Aufgabenanalyse im Büro - Der KABA-Leitfaden*. Zürich, vdf.
- Henning K, Isenhardt I, Flock C (1998). *Kooperation im Krankenhaus*. Bern, Verlag Hans Huber.
- Herrmann T, Scheer A-W, Weber H, (Hrsg.) (1998): *Verbesserung von Geschäftsprozessen mit flexiblen Workflow-Management-Systemen 1 - Von der Erhebung zum Sollkonzept*. Berlin, Physica-Verlag.
- Klinikum Heidelberg (2000): *Vademekum 2000*, Universitätsklinikum Heidelberg.
- Krallmann H, Frank H, Gronau N (1999). *Systemanalyse im Unternehmen*. München, Oldenbourg Wissenschaftsverlag.
- Kutscha U (2001): *Kooperatives Arbeiten im Krankenhaus - Konsequenzen für die Gestaltung von Krankenhausinformationssystemen; im Druck*, Heidelberg, Abteilung für Medizinische Informatik.
- Müller G (1999): *Landauer Inventar zur Diagnose des Organisationsklimas (LIDO)*, Universität in Landau, Fachbereich Psychologie. Landau.
- Oesterreich R, Volpert W (1987). Handlungstheoretisch orientierte Arbeitsanalyse. In: *Arbeitspsychologie* (Hrsg: Kleinbeck U, Rutenfranz J). Göttingen, Hogrefe. S. 43-73.
- Perrow C (1965). Hospitals: Technology, Structure and Goals. In: *The Handbook of Organizations* (Hrsg: March J). Chicago, Rand Mc Nally.
- Sperka M (1997). *Zur Entwicklung eines "Fragebogens zur Erfassung der Kommunikation in Organisationen*. Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie 4 . S. 182-190.

9.2 Abbildungsverzeichnis

ABBILDUNG 1: DIMENSIONEN ZUR BESCHREIBUNG DES BEHANDLUNGSPROZESSES	5
ABBILDUNG 2: ENTWICKLUNG DER BELEGUNGSZAHLEN (QUELLE: BASISDOKUMENTATION).....	38
ABBILDUNG 3: VERGLEICH DER DIAGNOSEN STATIONÄRER PATIENTEN 1993 UND 1998.	39
ABBILDUNG 4: ZUORDNUNG DER ROLLEN DES LEITENDEN OBERARZTES MIT MITARBEITERN VERSCHIEDENER OES	50
ABBILDUNG 5: WICHTIGSTE AKTEN FÜR AMBULANTE PATIENTEN.	66
ABBILDUNG 6: WICHTIGSTE AKTEN FÜR STATIONÄRE PATIENTEN.	67
ABBILDUNG 7: WICHTIGSTE AKTEN FÜR ENTLASSENE PATIENTEN.....	68
ABBILDUNG 8: SCHRIFTLICHER INFORMATIONSAUSTAUSCH AUS SICHT DER ROLLE "STATIONSARZT".....	71
ABBILDUNG 9: INFORMATIONSAUSTAUSCH DER KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE MIT EXTERNEN STELLEN.	71
ABBILDUNG 10: EINORDNUNG DER DOKUMENTATION IN DEN BEHANDLUNGSPROZESS (LINKS DARGESTELLT), GEGLIEDERT NACH DEN EINZELNEN BERUFSGRUPPEN.	72
ABBILDUNG 11: BESPRECHUNGEN, DIE DIE PATIENTENBEHANDLUNG IN DER WOCHE KONTINUIERLICH BEGLEITEN. FEHLER! TEXT	
ABBILDUNG 12: HAUPTPHASEN DES BEHANDLUNGSPROZESSES	89
ABBILDUNG 13: TEILPHASEN INNERHALB DES BEHANDLUNGSPROZESSES	90
ABBILDUNG 14: SCHEMATISCHER FUNKTIONSBaum ZUR EINORDNUNG ZU ANALYSIERENDER PROZESSE.	91
ABBILDUNG 15: AKTIVITÄTSDIAGRAMM FÜR DEN PROZESS „DIAGNOSE STELLEN“	93

ABBILDUNG 16: FUNKTIONSBaum ZUR EINORDNUNG DER BEISPIELPROZESSE IN DEN GESAMTPROZESS (AM).....	94
ABBILDUNG 17: AKTIVITÄTSDIAGRAMM FÜR DIE TERMINVEREINBARUNG FÜR DIE AUFNAHME (AMBULANZ).	94
ABBILDUNG 18: ROLLENZUSAMMENSETZUNG DER DREI TEAMS, DIE AUS SICHT DER PATIENTEN DIREKT AN SEINER VERSORGUNG BETEILIGT SIND.....	99
ABBILDUNG 19: VERBESSERUNGSVORSCHLÄGE DER MITARBEITER ZU ROLLEN UND TÄTIGKEITSPROFILIEN.	108
ABBILDUNG 20: VERBESSERUNGSVORSCHLÄGE DER MITARBEITER ZUR DOKUMENTATION.....	110
ABBILDUNG 21: VERBESSERUNGSVORSCHLÄGE DER MITARBEITER ZUR KOMMUNIKATION.	113
ABBILDUNG 22: VERBESSERUNGSVORSCHLÄGE DER MITARBEITER ZU DEN ARBEITSABLÄUFEN.	110
ABBILDUNG 23: TEILVERFAHREN VON KABA.	110

9.3 Tabellenverzeichnis

TABELLE 1: ZIELE DER IST-ANALYSE.	6
TABELLE 2: ÜBERSICHT ÜBER DIE GEPLANTEN ERHEBUNGSMETHODEN FÜR DIE IST-ANALYSE.....	9
TABELLE 3: BESONDERE AUFGABENMERKMALE IM SOZIO-TECHNISCHEN SYSTEM KRANKENHAUS.....	11
TABELLE 4: BEWERTUNGSKRITERIEN ZUR ORGANISATIONSSTRUKTUR (SICHT 1).	20
TABELLE 5: BEWERTUNGSKRITERIEN ZU TÄTIGKEITSPROFILIEN (SICHT 1).....	20
TABELLE 6: ERHEBUNGSINSTRUMENTE ZU SICHT 1.....	21
TABELLE 7: AUFWANDABSCHÄTZUNG FÜR SICHT 1.....	22
TABELLE 8: BEWERTUNGSKRITERIEN ZU SICHT 2.....	24
TABELLE 9: ERHEBUNGSINSTRUMENTE ZU SICHT 2.....	25
TABELLE 10: AUFWANDABSCHÄTZUNG FÜR SICHT 2.	25
TABELLE 11: BEWERTUNGSKRITERIEN ZUR KOMMUNIKATION (SICHT 3).	27
TABELLE 12: ERHEBUNGSINSTRUMENTE ZU SICHT 3.	28
TABELLE 13: AUFWANDSABSCHÄTZUNG FÜR SICHT 3.....	29
TABELLE 14: BEWERTUNGSKRITERIEN FÜR SICHT 4.....	30
TABELLE 15: ERHEBUNGSINSTRUMENTE FÜR SICHT 4.	30
TABELLE 16: ÜBERSICHT ÜBER DURCHFÜHRTE MÜNDLICHE BEFRAGUNGEN.	35
TABELLE 17: UNTERSUCHTE ORGANISATIONSEINHEITEN.....	39
TABELLE 18: ROLLEN PRO BERUFSGRUPPE.	49
TABELLE 19: VERTRETUNGSREGELUNG ÜBER DIE ROLLEN. BEISPIEL STATIONSLEITUNG.	50
TABELLE 20: AUFGABENSPEKTRUM DER VERSCHIEDENEN BERUFSGRUPPEN.	52
TABELLE 21: MITTLERE ZEIT PRO AUFGABENBEREICH UND MITARBEITER IN DER PATIENTENVERSORGUNG (PT). ...	53
TABELLE 22: ARBEITSDRUCK UND ARBEITSRÜCKSTÄNDE.	54
TABELLE 23: THERAPEUTISCHE MAßNAHMEN PRO PATIENT IN EINER WOCHE.....	59
TABELLE 24: VERTEILUNG DER KONVENTIONELLEN DOKUMENTE AUF DIE EINZELNEN OES.	62
TABELLE 25: VERTEILUNG DER KONVENTIONELLEN DOKUMENTE AUF DIE EINZELNEN EINSATZZWECKE.	63
TABELLE 26: WICHTIGSTE AKTEN FÜR AMBULANTE PATIENTEN.....	66
TABELLE 27: WICHTIGSTE AKTEN FÜR STATIONÄRE PATIENTEN.	67
TABELLE 28: WICHTIGSTE AKTEN FÜR ENTLASSENE PATIENTEN.....	68
TABELLE 29: VORHANDENE WICHTIGSTE ARCHIVE.....	68
TABELLE 30: WICHTIGSTE ANWENDUNGSSYSTEME.	69
TABELLE 31: ANZAHL UND HÄUFIGKEIT VON BESPRECHUNGEN NACH IHRER INHALTLICHEN AUSRICHTUNG SORTIERT.	76
TABELLE 32: ZUORDNUNG DER ROLLEN ZU DEN BESPRECHUNGEN, AN DENEN SIE TEILNEHMEN.	78
TABELLE 33: ANZAHL UND HÄUFIGKEIT DER BESPRECHUNGEN ZU BEHANDLUNGSINHALTEN ODER ZUR KOORDINATION DER PATIENTENVERSORGUNG (PT) PRO WOCHE (MONTAG BIS FREITAG).	81
TABELLE 34: KLASSIFIZIERUNG DER KOMMUNIKATIONS MEDIEN DER HEIDELBERGER KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE NACH RAUM UND ZEIT.	84
TABELLE 35: BEISPIEL FÜR EINE PROZESSBESCHREIBUNG.....	92
TABELLE 36: ZUORDNUNG DER FRAGEN IM MEV ZU DEN 5 SICHTEN.	126
TABELLE 37: ADAPTIERUNG VON LIDO FÜR MAK.....	126

9.4 Erhebungsmethoden

9.4.1 Kontrastive Aufgabenanalyse im Büro (KABA)

9.4.1.1 Aufbau des KABA-Leitfadens

Der Leitfaden zur Kontrastiven Aufgabenanalyse wurde im Rahmen des Forschungsprojektes "Entwicklung eines Leitfadens zur psychologischen Arbeitsanalyse im Bereich Büro und Verwaltung im Hinblick auf eine angemessene Aufgabenverteilung zwischen Mensch und Rechner" am Institut für Humanwissenschaft in Arbeit und Ausbildung der Technischen Universität Berlin von [Dunckel H et al. 1993] entwickelt.

Gegenstand der Kontrastiven Aufgabenanalyse sind Arbeitsaufgaben, die einer Person an ihrem Arbeitsplatz gestellt sind und die sie unter den betrieblich festgelegten Arbeitsbedingungen bearbeiten muss. Das vorliegende Projekt fokussiert ebenfalls die Arbeitsaufgaben entlang des Behandlungsprozesses, wählt aber verschiedene Sichtweisen auf den Behandlungsprozess (vgl. Kapitel 2.1), deren Gegenstand z.B. Tätigkeitsprofile (Sicht 1), Dokumente (Sicht 2) oder Besprechungen (Sicht 3) sind. Dies bedeutet, dass die Analyse sowie die Bewertungen sehr viel breiter angelegt werden mussten, als es das KABA-Verfahren vorsieht. Bei der Ausarbeitung zusätzlicher inhaltlicher Bereiche wurde darauf geachtet, die von KABA vorgegebene Struktur (z.B. bzgl. der Frageformulierung) zu übernehmen.

In diesem Kapitel wird der allgemeine Aufbau des KABA-Verfahrens vorgestellt sowie die für das Projekt vorgenommen Erweiterungen, Kürzungen und Änderungen. Eine Darstellung der genauen Fragen und Kriterien für die Erfassung und Bewertungen findet sich für die einzelnen Sichtweisen auf den Behandlungsprozess getrennt in einem eigenen Kapitel (Kapitel 4).

Der KABA-Leitfaden untergliedert sich in drei Teile:

- in vorbereitende Untersuchungen
- in bewertende Teilverfahren mit Unterscheidung in Hauptdimensionen, vertiefende Dimensionen und Bewertung der I6 K-Techniken
- in ein Teilverfahren zur Entwicklung von Gestaltungsvorschlägen

Abbildung 23 auf der nächsten Seite stellt die verschiedenen Teilverfahren von KABA zusammen.

Vorbereitende Teilverfahren

Diese Teilverfahren charakterisieren zunächst die Gesamtorganisation und die zu untersuchenden organisatorischen Einheiten. Sie beschreiben die Arbeitsplätze, die Arbeitsaufgaben und die vorhandenen Informations- und Kommunikationstechniken ("I&K-Techniken"). Bei der Kennzeichnung der organisatorischen Einheit wird ihre Einbettung in die betriebliche Aufbau- und Ablauforganisation beschrieben. Es wird ein Überblick über die Arbeitsplätze und Arbeitsbereiche, über den Informationsaustausch mit anderen organisatorischen Einheiten und betriebsexternen Stellen und über den Arbeitsablauf innerhalb der Einheit gegeben.

Von zentraler Bedeutung ist die Beschreibung der Arbeitsplätze, innerhalb derer die Abgrenzung der Arbeitsaufgaben erfolgt. Bei der Kennzeichnung einer Arbeitsaufgabe werden die entstehenden Arbeitsergebnisse, die ihr zugehörigen Arbeitsaufträge und die notwendigen Arbeitsinformationen betrachtet.

Adaptation für den Krankenhausbereich:

- Berücksichtigung von Rollen

KABA wurde, wie erwähnt, für den Büro und Verwaltungsbereich konzipiert, ein Bereich der gekennzeichnet ist mit eindeutig abgegrenzten Routine-Aufgaben, die in der Regel an einem festen Arbeitsplatz am Schreibtisch ausgeführt werden. Im Krankenhaus gibt es die räumlich festen Arbeitsplätze abgegrenzt für den einzelnen Mitarbeiter so aber meistens nicht. Die Zuordnung der einzelnen Aufgabenbereiche erfolgt in der Regel nicht arbeitsplatzbezogen, sondern „rollenbezogen“. So unterscheiden sich die Rollen „Oberarzt“ und „Arzt“ bspw., obwohl beide von einem Mitarbeiter ausgeführt werden können. Daher wurde das KABA-Verfahren ergänzt um die Ebene "Rolle".

- Berücksichtigung von Tätigkeiten

Das zweite besondere Merkmal des Krankenhauses betrifft die zu bewerkstelligende Aufgaben (zur Besonderheit der Aufgaben siehe Tabelle 3). Da die Aufgabenstruktur durch eine hohe Variabilität gekennzeichnet ist, die mit vielen Ausnahmen und häufigen Änderungen der Tagesstruktur einhergeht, müssen zunächst die *Tätigkeiten* erfasst werden. Diese können dann pro Rolle zu einem typischen Tätigkeitsprofil zusammengestellt werden. Erst in einem zweiten Schritt werden die Tätigkeiten zu „Arbeitsaufgaben“ zusammengestellt im Sinne der Definition von KABA: „Alle Arbeitseinheiten, die dem gleichen Ziel zugeordnet und von diesem Ziel abgeleitet werden können, gehören zu einer Arbeitsaufgabe. Das Erreichen dieses Ziels muss in der Zuständigkeit des Arbeitenden liegen.“ ([Dunckel H et al. 1993], S. 368).

- Berücksichtigung der Gesamtorganisation

Für eine genauere Erfassung der Aufbauorganisation wurden darüber hinaus Arbeitsblätter auf der Ebene der Gesamtorganisation erstellt. Das KABA-Handbuch gibt hierfür zwar inhaltliche Hinweise, Formulare wurden jedoch erst für eine Analyse auf Ebene der Organisationseinheiten erstellt. Der neu ausgearbeitete Teil des Leitfadens enthält z.B. Fragen zu den Bereichen:

- hierarchische Aufbauorganisation
- Lageskizze und Nutzung von Gebäuden und Räumen
- personelle Struktur, Besetzung und Erreichbarkeit
- Ziele und übergeordnete Aufgaben der Gesamtorganisation

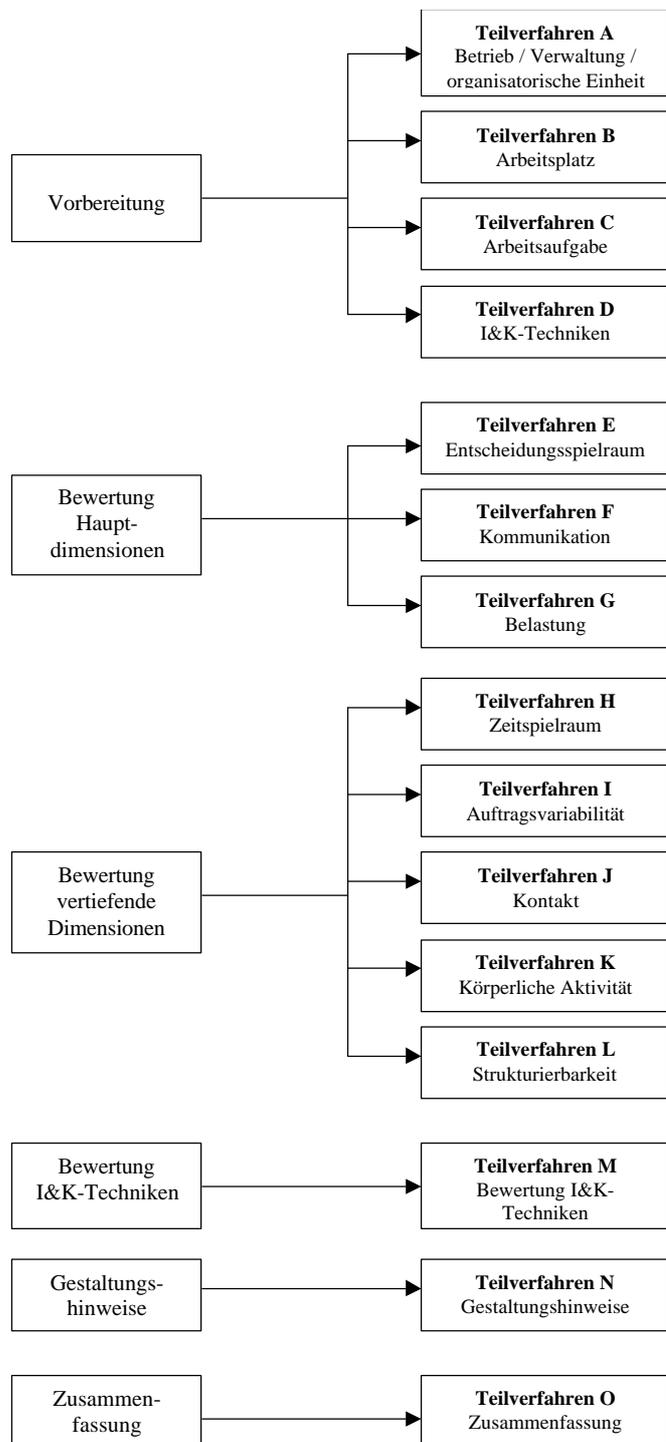


Abbildung 23: Teilverfahren von KABA.

Bewertende Teilverfahren

Diese Teilverfahren bewerten jeweils eines von insgesamt acht Humankriterien zunächst bezüglich der Arbeitsaufgabe und im folgenden bezüglich der geplanten oder bereits eingesetzten Informations- und Kommunikationstechnik. Die Bewertungen erfolgen jeweils auf quantitativen Ratingskalen und werden vom Interviewer auf der Grundlage seiner Beobachtungen eingeschätzt.

Zu den Humankriterien zählen:

- der Entscheidungsspielraum (7-stufiges Rating der Entscheidungs- und Planungserfordernisse)
- arbeitsbezogene Kommunikation (Direktheit der Kommunikation: Kommunikationsmittel; Kommunikationserfordernisse)
- psychische Belastung:
 - Hindernisse: informatorische, motorische Erschwerungen, Unterbrechungen
 - dauernde Überforderungen durch monotone Arbeitsbedingungen oder Zeitdruck
 - Zeitspielraum (bei der Gestaltung des Arbeitsablaufs)
- Aufgabenvariabilität
- Auftragsvariabilität
- Kontakt (Informationsart)
- Körperliche Aktivität (Variabilität der Bewegungen und Körperhaltungen)
- Strukturierbarkeit:
 - Durchschaubarkeit
 - Gestaltbarkeit des Aufgabenzusammenhanges

Der KABA-Leitfaden ist modular aufgebaut, d.h. neben der vollständigen Bearbeitung kann auch die Analyse einzelner Humankriterien durchgeführt werden. In diesem Projekt wurde auf eine Einschätzung des Humankriteriums der körperlichen Aktivität verzichtet, da es nicht bedeutend für eine Beurteilung kooperativen Arbeitens schien. Die anderen Kriterien wurden übernommen.

Adaptation für den Krankenhausbereich:

- Bewertungen über die Arbeitsaufgabe hinaus

Der KABA-Leitfaden konzentriert sich auf eine Bewertung der Arbeitsaufgaben. Diese Bewertung entspricht der Sicht 3 in diesem Projekt, die die Geschäftsprozesse abbildet und beurteilt. Die anderen Sichten haben andere Analyseeinheiten, die sich nach ihrem inhaltlichen Fokus richten, so bietet sich bspw. für Sicht 3 („Kommunikation“) an, einzelne Besprechungen zu beurteilen, für Sicht 2 („Dokumentation“) einzelne Dokumente. Daher wurde der Bereich an Bewertungen erheblich ausgedehnt.
- Hinzunahme weiterer Bewertungskriterien

Es mussten geeignete Kriterien gefunden werden für eine Bewertung der hinzugekommen inhaltlichen Bereiche der 5 verschiedenen Sichtweisen auf den Behandlungsprozess. Als die drei zentralen (globalen) Bewertungskriterien werden festgelegt:

 - das Ausmaß der tatsächlichen Relevanz für den Behandlungsprozess
 - der zeitliche Aufwand
 - die Humanität im Hinblick auf die Mitarbeiter.

Für jede inhaltliche Fragestellung wurden im Vorfeld der Untersuchungen mögliche Schwachstellen formuliert, um sicherzustellen, dass die Methodik in der Lage ist, diese zu "entdecken". Auf der Basis der globalen Bewertungskriterien ergaben sich dann aus den potentiellen Schwachstellen die Kriterien, nach denen die einzelnen Abläufe und Strukturen beurteilt werden sollten.

- Integration von Fremd- und Selbstbeurteilung
Die KABA-Kriterien werden einheitlich vom Interviewer „fremdbeurteilt“. Im Sinne der gewünschten hohen Partizipation der Mitarbeiter für dieses Projekt (vgl. Kapitel 3.1) wurden die Kriterien zusätzlich so formuliert, dass sie vom Mitarbeiter „selbstbeurteilt“ werden können. Um für diese „subjektiven“ Bewertungskriterien zumindest einen formal vergleichbaren quantitativen Maßstab zu verwenden, wurde wenn möglich auf die visuelle Analogskala = VAS von 0 – 100 zurückgegriffen, auf der die Mitarbeiter ihre Bewertung angeben sollten.
- Hinzunahme von qualitativen Fragen
Die Methodik wurde so angelegt, dass die Mitarbeiter zusätzlich zu allen übergeordneten inhaltlichen Bereichen in offener Antwortform angeben konnten, ob und welche derzeitigen Probleme sie in diesem Bereich sehen. „In der Praxis hat es sich als sinnvoll erwiesen, nach Interviews über die Tätigkeit der Mitarbeiter eine gesonderte Fragerunde unter der Thematik „Welche Verbesserungsmöglichkeiten sehen Sie in Ihrem Arbeitsbereich“? durchzuführen“ ([Krallmann H et al. 1999], S. 90).

Teilverfahren zur Entwicklung von Gestaltungsvorschlägen

Den Abschluss der Kontrastiven Aufgabenanalyse bildet die Entwicklung von Gestaltungsvorschlägen bezüglich der im Bewertungsteil festgestellten Mängel und Schwächen bei der Arbeitsaufgabe und den I&K-Techniken. Für jedes Humankriterium werden Gestaltungsgrundsätze und Gestaltungsvorschläge formuliert. Über die vorausgegangenen Bewertungen lässt sich die Gestaltungsnotwendigkeit ermitteln. Die Gestaltungsvorschläge zeigen verschiedene Möglichkeiten auf, die im Rahmen einer Gestaltung der untersuchten Arbeitsaufgabe ergriffen werden können.

Adaptation für den Krankenhausbereich:

- Interpretation der Bewertungskriterien
Die Ausarbeitung der Gestaltungsvorschläge sollte sich stark nach der gegebenen Ausgangssituation des jeweiligen analysierten Systems richten. Daher musste die inhaltliche Interpretation der Bewertungskriterien angepasst werden auf den Krankenhausbereich. Der KABA-Verfahren gibt Interpretationen für den Büro- und Verwaltungsbereich vor. Im Sinne einer Verbesserung der Humanität der Arbeitsaufgaben sind in diesem Bereich z.B. Gestaltungsvorschläge sinnvoll, die eine hohe zwischenmenschliche Kommunikation der Mitarbeiter berücksichtigen bzw. ermöglichen. Ein niedriger Grad der Direktheit der Kommunikation wird entsprechend negativ bewertet. Die Situation im Krankenhaus ist hingegen möglicherweise gekennzeichnet durch ein „Zuviel“ an direkter Kommunikation, verbunden mit häufiger Unterbrechung des Tagesablaufs. Könnte diese sich reduzieren werden z.B. durch die Einführung neuer Kommunikationstechniken (wie z.B. der elektronischen Post) würde dies im KABA-Verfahren negativ bewertet, könnte sich im Krankenhausbereich aber positiv auswirken. Z.B. könnte mehrfaches Nachfragen nach dem Stand der Aufträge vermieden werden und damit die psychische Belastung reduziert werden.

9.4.1.2 Durchführung und Ablauf einer KABA-Analyse

Das KABA-Handbuch enthält ausführliche Anleitungen und Ratschläge für die Durchführung der Untersuchung, die wichtige Impulse für die Planung der vorliegenden Untersuchung gaben.

Dies bezog sich

- a) auf die allgemeinen Bedingungen für den erfolgreichen Ablauf einer Ist-Analyse, wie z.B. der Mitarbeiterinformation („eine umfassende Information der Beschäftigten über Ziel, Ablauf und Inhalte der Untersuchung mit KABA ist unverzichtbar“ [Dunckel H et al. 1993], S. 316) und der Rückmeldung der Ergebnisse an die Mitarbeiter
- b) auf die Reihenfolge und den Ablauf der Untersuchungen, wie z.B. das Einholen relevanter Vorinformationen in Gesprächen mit Leitungspersonen, einer schrittweisen Vertiefung der Analysen (von der Gesamtorganisation bis hin zu einzelnen Arbeitseinheiten).
- c) auf die konkrete Durchführung eines Beobachtungsinterviews, wie z.B. Führen eines halbstandardisierten Gesprächs, unterstützt durch vorher vorbereitete Orientierungsfragen, Integration von Beobachtungen, Schaffen einer ungestörten Atmosphäre.

Durch die spezifischen Charakteristika der Ist-Analyse dieses Projektes ergaben sich Abweichungen von der Vorgehensweise in KABA:

- ◆ bzgl. **des Einsatzes der Erhebungsmethoden**, der sich nach den Analyseeinheiten richtete, z.B. eigneten sich Interviews besonders gut für die Erfassung mitarbeiterbezogener Aussagen (Sicht 1), Beobachtungen besonders für die Bewertung der Besprechungen (Sicht 3), Dokumentenanalysen besonders für die Beurteilung des Dokumentationssystems (Sicht 2), sowie
- ◆ bzgl. des **zeitlichen Ablaufs eines (Beobachtungs-)Interviews**. Das KABA-Verfahren schlägt vor, das Beobachtungsinterview an einem Tag durchzuführen, wobei Unterbrechungen vorgesehen sind, in denen der Interviewer z.B. die Arbeitsaufgaben für die Analyse auswählt. Da diese Auswahl gemeinsam mit allen „Sichtverantwortlichen“ getroffen wurde, war das Vereinbaren von mehreren Terminen notwendig.

9.4.1.3 Auswertung einer KABA-Analyse

Die erhobenen Informationen werden in den Arbeitsblättern festgehalten. Eine weitere Zusammenfassung ist nicht vorgesehen. Verfahrenshinweise für eine weitere Auswertung werden im Handbuch nur insofern gegeben, dass auf die Möglichkeit statistischer Analysen vor allem der Bewertungskriterien hingewiesen wird. Die für das Projekt festgelegte Auswertungsstrategie findet sich in Kapitel 3.5.

9.4.2 Fragebogen zur Erfassung von Verbesserungswünschen (MEV)

Der Fragebogen zur mitarbeiterorientierten Erfassung von Verbesserungswünschen (MEV) wurde im Rahmen dieses Forschungsprojektes vom Projektteam entwickelt. Grundlegende Idee war, es allen Mitarbeitern der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu ermöglichen, ihre individuelle subjektive Beurteilung der bisherigen Strukturen und Abläufe anzugeben. Das KABA-Verfahren ermöglicht dies nur einer repräsentativen Gruppe von Mitarbeitern. Zudem können mit dem MEV einzelne projektrelevante Bereiche gezielter als mit dem KABA-Verfahren erhoben werden.

Weiterhin wurde geplant, den Mitarbeitern diesen Fragebogen im Rahmen der Evaluationsphase erneut vorzulegen. So soll u.a. festgestellt werden, ob z. B. aus Sicht der Mitarbeiter die Kooperation im multiprofessionellen Behandlungsteam nach der Einführung geänderter Abläufe besser unterstützt wird oder ob sich z.B. effizientere Kommunikationsformen entwickelt haben.

Gegenstand des MEV sind die fünf inhaltlichen Sichten auf den Behandlungsprozess, für die der Mitarbeiter seine Verbesserungswünsche angeben soll. Die Fragen sind offen gestellt. Verbesserungswünsche, die über die festgelegten Bereiche hinausgehen, werden in einer gesonderten Frage erfasst.

Sichten auf den Behandlungsprozess	Frage / MEV
	<i>Wenn sie an Ihre Arbeit denken, welche Dinge halten Sie in den folgenden Bereichen für verbesserungswürdig?</i>
1. Tätigkeitsprofile der Mitarbeiter & ihre Rollen	Arbeitsaufgaben und Arbeitsplatzbedingungen (Verantwortung, Zeitdruck, Zuständigkeiten etc.)
2. Dokumentation / Informationsverarbeitende Werkzeuge	Dokumentation (Akte, ISH-Med, BADO, Kardex, Pflegedokumentation)
3. Kommunikation zwischen den Mitarbeitern	Kommunikation und Kommunikationswerkzeuge (Visiten, Übergaben, Telefonanlage, Post, Piepser) innerhalb Ihres Teams, mit anderen Teams
4. Organisatorische Abläufe	Arbeitsabläufe und –organisation (Aufnahme, Arztbriefschreibung, Terminplanung etc.)
5. Kooperation im multiprofessionellen Team	Teamarbeit und Kooperation (innerhalb Ihres Teams, mit anderen Teams)
	Sonstige Verbesserungswünsche

Tabelle 36: Zuordnung der Fragen im MEV zu den 5 Sichten.

Die Erhebung mittels des „MEV“ wie auch des im folgenden vorgestellten Fragebogens „MAK“ erfolgte vollkommen anonym (keine Angabe des Namens, Alters, des Geschlechts oder der beruflichen Position). Lediglich die Berufsgruppe konnte angegeben werden.

9.4.3 Fragebogen zur Beurteilung der Arbeitsorganisation und Kooperation (MAK)

Für die Erstellung des Fragebogens zur mitarbeiterorientierten Beurteilung der Arbeitsorganisation und Kooperation (MAK) wurden Module aus dem Fragebogen LIDO (Landauer Inventar zur Diagnose des Organisationsklimas, [Müller G 1999]) verwendet.

LIDO ist ein im Rahmen der Organisationsklima-Forschung entwickeltes Befragungsinstrument. Mit ihm lassen sich interindividuelle Stimmungen, Einstellungen, Meinungen und Bewertungen einer Organisation messen, die zusammen das psychologische Klima ausmachen. LIDO ermöglicht dies durch einen 28 Klimafacetten umfassenden Fragen-Pool, wobei jede Klimafacetten durch acht Organisationsmerkmale repräsentiert wird. Diese modulare Konzeption erlaubt es, typischen Besonderheiten einer Organisation Rechnung zu tragen, indem aus verschiedenen Bereichen Bausteine verwendet werden können.

In diesem Projekt wird LIDO im Rahmen der Eingangserhebung auch verwendet, um Basisinformationen für das weitere Vorgehen zu erhalten, z.B. für Interviews. Zudem ist es für Vergleiche innerhalb einer Organisation sinnvoll, einige organisatorische Kenngrößen mitzuerheben, die eine Relativierung der Befragungsergebnisse ermöglichen. Für dieses Projekt war es informativ zu wissen, aus welchen Berufsgruppen die Befragungsdaten kommen. Angegeben werden konnte daher lediglich die Zugehörigkeit zu einer Berufsgruppe. Feststellbare Unterschiede können als Anhaltspunkte für die gezielte Planung von Verbesserungsmaßnahmen im Bereich der Kooperation dienen.

Vorteile des LIDO liegen in seiner Einteilung in inhaltlich abgegrenzte Module, so dass der Fragenkatalog an die Fragestellung angepasst werden kann. Es wurden 10 passende Module mit insgesamt 66 Klimamerkmale ausgewählt, die die Arbeitsorganisation und die Kooperation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie beschreiben sollten. Einzelne Items wurden dabei geringfügig adaptiert (siehe Tabelle 37). Als Antwortskala diente eine vollstandardisiertes, 5-stufiges Rating. Beurteilt werden sollte jeweils, wie zutreffend (von 0 = nicht zutreffend bis 4 = voll zutreffend) die Merkmale den Mitarbeitern für die eigene Organisationseinheit erschienen.

Modul	Alle Items des LIDO bis auf Nr.	Nr. im MAK	Kommentar
Belastung	2; 4; 5; 6; 7	9; 18; 43	
Gruppe	1; 5	1; 7; 15; 26; 35; 50	Arbeitsgruppen in Teams umbenannt
Handlungs- und Entscheidungsspielraum	4; 7	23; 30; 33; 42; 53; 64	
Informationsdefizite	3	5; 10; 13; 24; 45; 48; 66	Nr. 8: Verlautbarungen erläutert
Kollegen	2; 8	31; 37; 44; 52; 59; 61	
Kommunikation		6; 11; 16; 19; 20; 32; 39; 55	
Kooperation		3; 12; 27; 34; 40; 46; 58; 60	
Regeln	7	8; 14; 21; 29; 49; 51; 63	
Transparenz bei Tätigkeiten		2; 4; 17; 22; 25; 38; 54; 65	
Transparenz der Organisation	5	28; 36; 41; 47; 56; 57; 62	

Tabelle 37: Adaptierung von LIDO für MAK.

Nachteile des Verfahrens liegen darin, dass bisher keine Vergleichsdaten anderer Stichproben vorliegen und der Bogen daher als derzeit nicht ausreichend validiert eingeschätzt werden muss. Zudem ist kein Vergleich der Ergebnisse mit denen anderer Organisationen möglich.

9.5 Verwendete Erhebungsinstrumente

Da die verwendeten Erhebungsinstrumente für alle Sichten mehrere Dutzend Formulare umfassen, werden hier nur die eingesetzten Fragebögen MEV und MAK aufgeführt.

9.5.1 Mitarbeiterorientierte Erfassung von Verbesserungswünschen

Im Rahmen des Projektes "Unterstützung der Organisation des Behandlungsprozesses" möchten wir

- a) gerne Ihre Verbesserungsideen zu den bisherigen Abläufen und Strukturen sammeln und
- b) Sie bitten, einige Fragen zu den bisherigen Abläufen und zur Kooperation zu beantworten.

Wir bitten Sie daher, die folgenden Fragebögen bis zum **11.02.00** auszufüllen oder abzugeben (entweder im Sekretariat Blumenstraße, Stationszimmer Mayer-Groß oder direkt z.H. Frauke Ehlers). Bei Fragen oder Anmerkungen wenden Sie sich bitte an Frauke Ehlers.

Ich gehöre zu der Berufsgruppe:

- der erzieherisch, pädagogisch oder pflegerisch Tätigen
- der medizinisch Tätigen (z.B. Ärzte, Psychologen)
- der co-therapeutisch Tätigen
- der Tätigen im Bereich des Sekretariats oder der Verwaltung
- sonstiges

Wenn Sie an Ihre Arbeit denken, welche Dinge halten Sie in den folgenden Bereichen für verbesserungswürdig?

Notieren Sie bitte alle Antworten, die Ihnen einfallen (Stichpunkte). Verwenden Sie gerne die Rückseite oder weitere Blätter, falls der zur Verfügung stehende Platz nicht ausreicht.

Vielen Dank für Ihre Mühe!

A) Arbeitsaufgaben und Arbeitsplatzbedingungen

(Verantwortung, Zuständigkeiten, Zeitdruck, Arbeitsräume etc.)

B) Dokumentation

(Akte, ISH-Med, BADO, Kardex, Pflegedokumentation etc.)

C) Arbeitsabläufe und –organisation

(Aufnahme, Arztbriefschreibung, Terminplanung etc.)

D) Kommunikation (Visiten, Besprechungen, Übergabe etc.) und
Kommunikationswerkzeuge (Telefonanlage, Post, Piepser)
- innerhalb ihres Teams, mit anderen Teams und Mitarbeitern -

E) Teamarbeit und Kooperation
- innerhalb ihres Teams, mit anderen Teams und Mitarbeitern -

F) Sonstige Verbesserungswünsche:

9.5.2 Mitarbeiterorientierte Beurteilung der Arbeitsorganisation und Kooperation

Instruktion: Bitte geben Sie für jede Aussage an, wie stark diese in der Regel zutrifft.
Lassen Sie bitte keine Frage aus. Vielen Dank für ihre Mühe!

In der Organisation, in der ich arbeite,...	nicht zutref- fend	weniger	teils- teils	weit- gehend	voll zutref- fend
1 haben Teams weitreichende Befugnisse.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2 sind wichtige Arbeitszusammenhänge durchschaubar.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3 funktioniert alles wie am Schnürchen.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
4 wissen alle genau, wo sie hingehören.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5 wird man vor vollendete Tatsachen gestellt.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6 gibt es viele offizielle Besprechungen.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7 fühlt man sich im Team gut aufgehoben.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
8 darf man seine Befugnisse nicht überschreiten.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
9 wird mehr Einsatz erwartet als man leisten kann.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
10 dringt von Beratungen nichts nach außen.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
11 ist die Art, Dinge informell zu klären, weit verbreitet.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
12 wird offen über Kooperationsprobleme gesprochen.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
13 werden Informationen zurückgehalten.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
14 gibt es für alles genaue Verfahrensvorschriften.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
15 finden regelmäßig Teambesprechungen statt.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
16 ist die Kommunikation partnerschaftlich und unverkrampft.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
17 kann man das tägliche Arbeitspensum überblicken.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
18 herrscht immerzu Termindruck.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
19 gibt es wenig Gelegenheit, mit Angehörigen anderer Abteilungen zu sprechen.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
20 muss man aufpassen, was man zu wem sagt.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

In der Organisation, in der ich arbeite,...	nicht zutreffend	weniger	teils-teils	weitgehend	voll zutreffend
21 sind alle Tätigkeiten umfassend geregelt.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
22 sind Tätigkeitsanforderungen gut dokumentiert.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
23 hat man Einfluss auf die Festlegung von Leistungszielen.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
24 sind Verlautbarungen (z.B. offizielle Ankündigungen, Informationen) unklar.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
25 ist allen bekannt, welche Qualitätsstandards zu erfüllen sind.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
26 herrscht im Team ein ausgesprochenes "Wir-Gefühl"	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
27 werden Koordinierungsschwierigkeiten umgehend beseitigt.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
28 weiß man, welche Zukunftspläne die Organisationsleitung hat.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
29 müssen auch ungeschriebene Regeln befolgt werden.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
30 hat man die Freiheit, sich mit anderen abstimmen zu können.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
31 haben Kollegen Verständnis, wenn Einzelne einmal unpässlich sind.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
32 kann man Vorgesetzte jederzeit ansprechen.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
33 kann man sich die tägliche Arbeit selbst einteilen.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
34 wird die Qualität der Zusammenarbeit hoch bewertet.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
35 sind Teammitglieder bereit, Verantwortung zu übernehmen.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
36 sind Informationen "von oben" für alle verfügbar.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
37 pflegen die Kollegen einen ausgeprägten Teamgeist.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
38 ist allen bekannt, was getan werden muss.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
39 gibt es genügend Gelegenheiten, spontan ins Gespräch zu kommen.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

In der Organisation, in der ich arbeite,...	nicht zutreffend	weniger	teils-teils	weitgehend	voll zutreffend
40 werden Abstimmungsprobleme schnell gelöst.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
41 weiß man bei Veränderungen, was auf einen zukommt.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
42 müssen alle dafür sorgen, dass die Qualität der Arbeit stimmt.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
43 gibt es ständig Situationen mit großem Leistungsdruck.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
44 werden Rivalitäten offen angesprochen.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
45 sind Mitteilungen unvollständig.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
46 arbeiten alle vorbildlich zusammen.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
47 werden bei Umstrukturierungen alle Betroffenen informiert.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
48 sind Entscheidungen undurchschaubar.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
49 müssen alle ihre Rechte und Pflichten kennen.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
50 ist die Arbeit im Team effektiv.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
51 wird erwartet, dass Vorschriften befolgt werden.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
52 akzeptieren Kollegen, wenn Einzelne bessere Leistungen erzielen.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
53 hat man den Handlungsspielraum, um auch neue Aufgaben gut bewältigen zu können.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
54 sind Tätigkeitsabläufe gut aufeinander abgestimmt.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
55 kann man KollegInnen jederzeit ansprechen.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
56 erfährt man, womit andere Abteilungen beschäftigt sind.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
57 kann man sich über die Aktivitäten anderer Abteilungen informieren.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
58 werden Konflikte kooperativ gelöst.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
59 treffen Kollegen sich auch nach der Arbeit.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
60 gibt es keine Reibungsverluste.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

In der Organisation, in der ich arbeite,...	nicht zutreffend	weniger	teils-teils	weitgehend	voll zutreffend
61 wird man von Kollegen unterstützt.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
62 wird man regelmäßig über Vorhaben der Organisationsleitung informiert.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
63 geht es bei wichtigen Entscheidungen fair zu.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
64 hat man den Handlungsspielraum, den man bei der Arbeit braucht.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
65 ist klar, wer welche Entscheidungen treffen darf.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
66 sind Informationen unzutreffend.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

9.6 Bisherige Forschungsberichte der Abteilung Medizinische Informatik

Abteilung Medizinische Informatik der Universität Heidelberg

Im Neuenheimer Feld 400, 69120 Heidelberg; <http://www.med.uni-heidelberg.de/mi>

Nr. 1/1990	Jörg Wiederspohn	Eine objektorientierte Architektur für integrierte, patientenbezogene Arbeitsplatzsysteme im Krankenhaus
Nr. 2/1990	Gerd Mann, Reinhold Haux	Datenbankschemaentwurf für klinische Studien auf der Basis eines semantischen Datenmodells
Nr. 3/1990	Christoph Isele	Analyse und Entwurf von integrierten Arbeitsplatzsystemen für den Stationsbereich
Nr. 1/1991	Alfred Winter	Die Verwaltung verteilter Datenbestände in einem Klinikuminformationssystem auf der Basis eines unirelationalen Informationssystemmodells
Nr. 2/1991	Ch. Isele, F. Leiner, J. Pilz, R. Haux, R. Bürkle, H.-P. Kaiser, J. Wiederspohn, H. Kagermann, R. Ehrenborg, U. Stüssel, H.-J. Etzel	Medizinische Informationsverarbeitung im Krankenhaus mit Hilfe von integrierten klinischen Arbeitsplatzsystemen
Nr. 3/1991	Roland Sawinski	Modell, Konzept, Architektur und Realisierung eines Allgemeinen Medizinischen Abteilungsinformationssystems
Nr. 4/1991	Ch. Isele, F. Leiner, J. Pilz, R. Haux, R. Bürkle, H.-P. Kaiser, J. Wiederspohn, H. Kagermann, R. Ehrenborg, U. Stüssel, H.-J. Etzel	Medical Information Processing in Hospital by Using Integrated Clinical Workstations
Nr. 5/1991	Uwe Haag	Einführung in das Arbeiten mit SAS/PC
Nr. 6/1991	P. Schmücker, A. Herp, C. Dujat, R. Haux	Optische Archivierung von Krankenblattunterlagen (OAS/K) – Abschlußbericht eines Planungs- und Erpro-

bungsvorhabens am Klinikum der Universität Heidelberg

Nr. 7/1991	P. Knaup, D. Bergemann, W. Bertram, W. Gross, R. Haux, J. Kekow, H. Krieger, J. Lohmeyer, F. Lübbecke, G. Mann, G. Oehler, R. Voss	Rechnerunterstützte Erstellung medizinischer Lehrbücher
Nr. 1/1992	Birgit Brigl	Eine Methode zur automatischen lexikabasierten Indexierung von Diagnosen (LBI-Methode)
Nr. 2/1992	Henning Janßen	Konzeption, Realisierung und Bewertung eines rechnerunterstützten Verfahrens zur rechtzeitigen Übermittlung von medizinischen Befunden
Nr. 3/1992	W. Frey, R. Haux, F. Leiner, F.J. Leven	Medizinische Informatik: berufliche Situation und Studieninhalte. Eine Befragung der Absolventen des Studiengangs Medizinische Informatik der Universität Heidelberg / Fachhochschule Heilbronn
Nr. 4/1992	Ulf Hinz	Analyse des Informationssystems im stationären Bereich des Krankenhauses
Nr. 1/1993	Markus Mieth	Evaluation der LBI-Methode zur automatischen Indexierung von Diagnosen
Nr. 1/1994	Gerd Mann	Integration wissensbasierter Systeme in der Medizin am Beispiel eines Daten- und Wissensbanksystems in der Neurologie
Nr. 2/1994	Karin Hofmann	Modifikation der Methode zur automatischen lexikabasierten Indexierung von Diagnosen (LBI-Methode) und Realisierung abschließender Evaluation
Nr. 3/1994	Alfred Winter, Reinhold Haux	A Three Level Graph-Based Model for Design, Evolution and Assessment of Hospital Information Systems – Part 1: Introduction and Terminology
Nr. 4/1994	Alfred Winter, Reinhold Haux	A Modified RM/T Data Model for a Universal Relation View
Nr. 5/1994	Florian Leiner	Systematische Planung Klinischer Dokumentationen
Nr. 6/1994	Petra Knaup	Rechnerunterstützte Erstellung medizinischer Lehrbücher unter Verwendung formal repräsentierten Wissens
Nr. 7/1994	Alfred Winter	Beschreibung, Bewertung und Planung heterogener Krankenhausinformationssysteme
Nr. 8/1994	Jürgen Frank	Graphen-basierte probabilistische Methoden zur wissensbasierten Diagnose- und Therapieunterstützung
Nr. 1/1995	Reinhold Haux	Ziele und Aufgaben der Medizinischen Informatik
Nr. 2/1995	Anke Buchauer	Methoden und Werkzeuge zur Anwendung des graphenbasierten Drei-Ebenen-Modells zum Beschreiben, Bewerten und Planen von Krankenhausinformationssystemen
Nr. 3/1995	Susanne Springer	Modellierung der Prozesse im ambulanten Bereich eines Krankenhauses
Nr. 1/1996	Birgit Rupprecht	Konzeption und Realisierung eines wissensbasierten Systems für die galenische Produktformulierung am Beispiel des galenischen Entwicklungs-Systems Heidelberg
Nr. 2/1996	Carl Dujat	Zur digital-optischen Archivierung von medizinischen Dokumenten im Krankenhaus

Nr. 3/1996	Anita Lagemann	Integration des Verfahrens Pflegedokumentation in ein Klinisches Arbeitsplatzsystem
Nr. 4/1996	Reinhold Haux	Wissenschaftlichkeit in der Medizin aus Sicht der Fachgebiete Medizinische Informatik und Biometrie
Nr. 5/1996	Christian Ohr	Gestaltung von Benutzungsschnittstellen für elektronische Krankenakten
Nr. 6/1996	Reinhold Haux	Die Medizin in der Informationsgesellschaft: Chancen und Risiken
Nr. 1/1997	Birgit Brigl	Eine Methode der sequentiellen Wissensakquisition am Beispiel eines Daten- und Wissensbanksystems in der Neurologie
Nr. 2/1997	Katja Bethke	Die digitale Signatur bei Dokumenten im Krankenhaus.
Nr. 1/1999	Reinhold Haux	Modelle zum Erfahrungsgewinn in der Medizin: Notwendigkeit oder wissenschaftliche Spielerei?
Nr. 2/1999	E. Ammenwerth, R. Eichstädter, R. Haux, U. Pohl, S. Rebel, S. Ziegler	Systematische Evaluation von Pflegedokumentationssystemen- Studienprotokoll und Ergebnisse -
Nr. 1/2000	E. Ammenwerth, F. Ehlers, R. Eichstädter, R. Haux, B. Kruppa, P. Parzer, U. Pohl, F. Resch	Unterstützung der Organisation des Behandlungsprozesses in der Kinder- und Jugendpsychiatrie
Nr. 1/2001	R. Haux, E. Ammenwerth, A. Buchauer et al	Anforderungskatalog für die Informationsverarbeitung im Krankenhaus, Version 1.0 (2001).
Nr. 2/2001	A. Wolff et al	Dokumentationsanalyse konventioneller und elektronischer Patientenakten von Patienten mit onkologischen Erkrankungen der Thoraxorgane - Studienprotokoll und Ergebnisse
Nr. 3/2001	A. Wolff et al	Dokumentenstrukturanalyse von für die Behandlung onkologischer Erkrankungen relevanten Dokumenttypen - Studienprotokoll und Ergebnisse
Nr. 4/2001	R. Haux, E. Ammenwerth, W. Herzog, P. Knaup	Gesundheitsversorgung in der Informationsgesellschaft. Eine Prognose für das Jahr 2013.