

Dresden International University



Bachelorstudiengang Pflege

Jahrgang: 2018

Bachelorarbeit

**Das kooperative Prozessmanagement im
internistischen Klinikbereich**

zur Erlangung des akademischen Grades
Bachelor of Science

vorgelegt von: Alain-Fabian Mendelsohn

1. Gutachter: Prof. Dr. med. Dipl.-Psych., Joachim Kugler

2. Gutachter: BSc., Lisa Kotsch

eingereicht am: 08.08.2021

Abstract

Hintergrund: Der voranschreitende demografische Wandel und die Zunahme der Pflegebedürftigkeit in Deutschland stellen Krankenhäuser vor mehrdimensionale Problemlagen. Die Folge ist, dass es einer Neuordnung von Prozess- und Behandlungsstrukturen bedarf, um langfristig die effiziente und erfolgreiche Versorgung von Patienten zu gewährleisten. Das kooperative Prozessmanagement (KoPM) stellt dabei ein Konzept dar, welches über interprofessionelle Kommunikation und strukturelle Änderungen in der Lage ist, Versorgung neu zu ordnen. Im Fokus stehen dabei vor allem Ärzte und Pflegekräfte als zwei wesentliche Stakeholder am Versorgungsprozess. **Ziel:** Das Ziel dieser Arbeit ist die Darstellung der praktischen Voraussetzungen, welche KoPM einfordert und die damit verbundene Überprüfung der Relevanz der Neuordnung von Prozessen gemäß KoPM. Daraus sollen Lösungsansätze für eine praktische Umsetzung abgeleitet werden. **Methode:** Die Überprüfung der praktischen Relevanz erfolgt durch die Diskussion der einzelnen Bestandteile von KoPM durch eine Fokusgruppe. Diese setzt sich zusammen aus zwei pflegerischen und zwei ärztlichen Experten. Überprüft werden dabei das Verständnis über interprofessionelle Zusammenarbeit, die verschiedenen Möglichkeiten der Ausweitung interprofessionellen Austauschs und die Bestandteile integrierter Versorgung nach dem KoPM-Modell. **Ergebnisse:** Es wurden mehrere relevante Voraussetzungen ermittelt. Grundvoraussetzung ist gegenseitiger Respekt und die Bereitschaft zu Kooperation. Daneben spielt die Qualifikation der Mitarbeiter eine entscheidende Rolle. Die frühzeitige Integration von Auszubildenden in den interprofessionellen Austausch wird als langfristige Voraussetzung benannt. Darüber hinaus spielen strukturelle Voraussetzungen eine Rolle: Die Anpassung der Visitenstruktur, des Visitenzeitpunktes, das Erstellen interprofessioneller Übergabezettel, die Dienstplangestaltung sowie die Weiterqualifikation der Mitarbeiter können als wesentlich herausgearbeitet werden. **Konklusion:** Alles in Allem zeigt sich, dass KoPM Versorgung neu definieren und damit nachhaltig verändern kann. Allerdings funktioniert KoPM nur, wenn Veränderung ganzheitlich gedacht und gelebt wird. Es bedarf weiterer Versorgungsforschung, um evident zu belegen welchen Einfluss interprofessioneller Austausch tatsächlich auf die Versorgungsqualität hat.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 KoPM-Modell: Kooperatives Organisationsmodell für Krankenhäuser (vgl. Dahlgaard et al., 2020, S. 40).....	4
Abbildung 2 Kooperatives Organisationsmodell einer Abteilung (vgl. Dahlgaard et al., 2016, S. 138)	8

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Aufhänger Fokusgruppe.....	XLIII
Tabelle 2 Einverständniserklärung I	XLIV
Tabelle 3 Einverständniserklärung II	XLV
Tabelle 4 Einverständniserklärung III.....	XLVI
Tabelle 5 Einverständniserklärung IV	XLVII
Tabelle 6 Leitfaden Fokusgruppe.....	XLVIII
Tabelle 7 Transkription Fokusgruppe	L

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
AN	Associated Nurse
bzw.	beziehungsweise
bspw.	beispielsweise
DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
DGCC	Deutsche Gesellschaft für Case und Care Management
ECO	Expert Care Organisation
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
ELK	Elblandklinikum
f.	folgende
ff.	fortfolgende
GKP	Gesundheits- und Krankenpfleger
KoPM	kooperatives Prozessmanagement
OP	Operation
PA	Praxisanleiter
PN	Primary Nurse
PNCM	Primary Nurse Case Managerin
Tab.	Tabelle
vgl.	vergleiche

Inhaltsverzeichnis

Abstract.....	II
Abbildungsverzeichnis	III
Tabellenverzeichnis	IV
Abkürzungsverzeichnis	V
Inhaltsverzeichnis	VI
1 Einleitung.....	1
2 Das KoPM-Modell	4
2.1 Primary Nursing	5
2.2 Expert Care Organisation	6
2.3 Das Case Management Modell.....	9
2.4 Die Ziele von KoPM.....	9
3 Die Fokusgruppe.....	15
3.1 Vorbereitung und Aufbau	15
3.1.1 Vorgehensweise.....	16
3.1.2 Rahmenbedingungen der Kardiologie im Elblandklinikum Radebeul.....	16
3.2 Durchführung.....	17
4 Ergebnisse.....	18
5 Diskussion	24
6 Zusammenfassung und Ausblick.....	36
Literaturverzeichnis	XXXVII
Anhang.....	XLIII
Eidesstattliche Erklärung.....	LXVI

1 Einleitung

Der dynamische demografische Wandel bedingt einen Anstieg der Pflegebedürftigen in Deutschland (vgl. Destatis 2020). Dieser spiegelt sich auch in der Kardiologie wieder. Dabei stellt die Herzinsuffizienz eine der häufigsten Erkrankungen im klinischen Bereich der Kardiologie dar (vgl. Störk et al., 2021). Die aufgrund von Herzinsuffizienz behandelten Patienten charakterisieren sich meist durch ihr hohes Alter, die bestehende Pflegebedürftigkeit und Multimorbidität (vgl. ebd.). Daraus resultieren komplexe, mehrdimensionale Problem- und Bedarfslagen, welchen nur durch zielgerichtetes und partnerschaftliches Zusammenwirken verschiedener professioneller Akteure begegnet werden kann (vgl. Ewers, 2012; World Health Organisation, 2010). Zwei Professionen in der Patientenversorgung sind Ärzte und Pflegekräfte. Beide Berufsgruppen unterscheiden sich in ihrer grundlegenden Zielstellung. Während Mediziner auf die Behandlung und Diagnostik von Krankheiten spezialisiert sind, fokussiert die Pflege die Behandlung der krankheits- und pflegebedingten Reaktionen (vgl. Collier et al., 1998). Allerdings sind besonders bei der Versorgung von multimorbiden Patienten eine enge Kooperation und aktiver Austausch beider Professionen wichtig (vgl. Dahlgaard & Stratmeyer, 2014).

Dem gegenüber steht die Krankenhausrealität, welche, bedingt durch die getrennte Organisation der Professionen, die Separation von Ärzten und Pflegenden fördert und damit die Gefahr birgt, bereits überwundene berufsständische Abgrenzung zu reaktivieren (vgl. Diemer, 2019; Stratmeyer, 2002). Die Folge ist, dass die Zusammenarbeit und folglich die Versorgungsqualität leidet (vgl. Düsenberg & Stratmeyer, 2010). Der Pflege wird bisher eine Nebenrolle in der Versorgung der Patienten zugewiesen (vgl. Dahlgaard et al., 2016). Tatsächlich existiert heute eine wissenschaftlich evidente und selbstbewusste Pflege (vgl. Behrens & Langer, 2010). Deren Potenziale werden durch fehlende Delegation und Substitution nicht in vollem Umfang genutzt (vgl. Dreier et al., 2012; Düsenberg & Stratmeyer, 2010; Rogalski et al., 2012). Laut Görres (2008) sind Pflegeexperten in der Lage, Aufgaben mit gleicher Qualität wie die ärztlichen Kollegen übernehmen zu können. Somit ist unter Berücksichtigung des eminenten Fachkräftemangels, der knappen Ressourcen und des steigenden Versorgungsbedarfes eine Neustrukturierung der Versorgung notwendig (vgl. Stratmeyer et al., 2020; Rogalski et al., 2012; Stähli, 2017). Stratmeyer et al. (2020) weist der Pflege dabei die Aufgabe als wichtige Komplementärleistung der Medizin zu.

Das Konzept des kooperativen Prozessmanagements (KoPM) stellt dabei eine Möglichkeit der Neustrukturierung von Prozessen dar (Stratmeyer et al., 2020; Düsenberg & Stratmeyer, 2010). Dabei kann die Leistungserstellung flexibel den gegebenen Anforderungen angepasst werden. Damit soll eine bedarfsgerechte und integrierte Versorgung im Sinne einer synergetischen Kooperation erreicht werden (vgl. Dahlgaard, 2010, S. 34). Für eine qualitativ hochwertige, zeit- und kosteneffiziente Versorgung ist neben der fachlichen Kompetenz aller Teammitglieder, die Ausdifferenzierung von Teilprozessen unter Berücksichtigung des zu erreichenden Ziels notwendig (vgl. ebd.). Dabei spielen hierarchische Verhältnisse und die Zugehörigkeit zu einer Berufsgruppe keine wesentliche Rolle. Wichtig sind die Kommunikation und Koordination zwischen allen Akteuren des multiprofessionellen Teams (vgl. Antoni, 2010, S. 19). Aufgrund der hohen sozialen Kompetenz können Pflegekräfte eine wichtige Moderatorenrolle in der Steuerung der Versorgung einnehmen (vgl. Sottas, 2017, S. 176).

Mit Blick auf den Zusammenhang von steigenden Anforderungen an die Versorgung von Patienten und die damit verbundene notwendige Neustrukturierung der Prozesse stellt sich die Frage:

Unter welchen Voraussetzungen ist das KoPM-Modell in der Lage, die kooperative Zusammenarbeit von Ärzten und Pflegekräften im Bereich der Kardiologie zu fördern?

Um diese Frage vollumfassend beantworten zu können, ist die Formulierung von Unterfragen notwendig. Der Fokus liegt dabei auf einzelnen wesentlichen Bestandteilen des KoPM-Modells. Die erste Unterfrage adressiert dabei die gegenseitige Vorstellung idealer Zusammenarbeit. Daher lautet die erste Unterfrage: Wie stellen sich Ärzte und Pflegekräfte die Zusammenarbeit idealerweise vor und welche Rolle spielt dabei Interprofessionalität?

Die zweite relevante Unterfrage bezieht sich auf ein Kernmerkmal von KoPM: Unter welchen Voraussetzungen ist die Durchführung einer interprofessionellen Visite auf einer internistischen Station möglich? Daran schließt sich folgende Unterfrage an: Wie kann die interprofessionelle Kommunikation im Sinne des KoPM-Konzeptes über die Einführung interprofessioneller Visiten hinaus beeinflusst werden?

Des Weiteren sollen innerhalb der Fokusgruppe weitere Bestandteile der Umsetzung des KoPM-Modells diskutiert werden. Darunter fällt die Frage, ob gemeinsam von Arzt und

Pflegekraft ausgeführte Aufnahme- und Entlassungsvorgänge sowie die planerische Verantwortung von Pflegekräften in der Ansetzung und Durchführung von notwendigen Behandlungen oder Untersuchungen in einem Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung realisierbar sind.

Außerdem soll die Akzeptanz und Relevanz des KoPM-Modells beleuchtet werden. Abschließend soll dazu folgende Unterfrage beantwortet werden: Befürworten Pflegekräfte und Ärzte aus dem internistischen Bereich eine Neustrukturierung der Versorgung nach dem KoPM-Modell und welche Anforderungen bzw. Hürden ergeben sich daraus?

Die Vorgehensweise, um die Forschungsfrage und die daraus resultierenden Unterfragen beantworten zu können, ist qualitativ. Dabei erfolgt die Ableitung und Diskussion der konkreten Anforderungen des KoPM-Modells an die Praxis über die Methode der Fokusgruppe. Diese setzt sich zusammen aus zwei Experten der ärztlichen und zwei Experten der pflegerischen Seite. Andere Professionen werden nicht miteinbezogen, da der Fokus ausschließlich auf dem direkten Versorgungsprozess der Patienten liegt. Außerdem sind Pflegekräfte und Ärzte die zwei wesentlichen Stakeholder des Versorgungsprozesses in der Praxis. Die partizipative Forschungsmethode der Fokusgruppe eignet sich, da vor allem die besprochenen Inhalte und nicht die sozialen Beziehungen der Diskussionsteilnehmer im Vordergrund stehen (vgl. Bär et al., 2020, S. 210). Weiterhin stellt die Fokusgruppe laut Flick (2019) eine moderierte und damit zielgerichtete Diskussion dar. Die geleitete Gruppendiskussion wird dabei aufgezeichnet. Die Transkription der aufgezeichneten Diskussion dient als Grundlage der Zusammenfassung und Ableitung von Ergebnissen über eine qualitative zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring.

Die Ergebnisse dieser Arbeit sollen in die Praxis transferiert werden, sodass die spezifisch für den Bereich der Kardiologie abgeleiteten Anforderungen als Basis für die Formulierung von allgemeinen Anforderungen für die Umsetzung des KoPM-Modells im stationären Bereich eines Krankenhauses der Grund- und Regelversorgung dienen. Somit soll ein Beitrag zur Umstrukturierung und Gestaltung eines zukunftsfähigen Krankenhauses geleistet werden. Des Weiteren soll das Wissen über die Relevanz von interprofessioneller Zusammenarbeit und Kooperation intensiver vermittelt werden.

2 Das KoPM-Modell

Bei dem an der Hochschule für angewandte Wissenschaften in Hamburg entwickelten Modell für kooperatives Prozessmanagement im Krankenhaus handelt es sich um ein Organisations- und Managementmodell gleichermaßen. Einerseits steht die Verknüpfung der Kernprozesse der pflegerischen und medizinischen Versorgung im Mittelpunkt (siehe Abb 1). Ziel ist es, einen integrierten Versorgungsprozess zu ermöglichen und damit die Kooperationsbeziehungen von Ärzten und Pflegekräften zu verbessern (vgl. Dahlgaard et al., 2016, S. 137). Andererseits zielt das KoPM-Modell auf die Neuverteilung der Prozessverantwortung zwischen Ärzten und Pflegenden ab. Daraus ergibt sich eine Win-Win-Situation für alle Beteiligten. Die Ärzte werden von Aufgaben entlastet, der Patient stärker in den Versorgungsprozess eingebunden und die Aufgaben von Pflegenden erweitert (vgl. ebd.). Somit steigt die Mitarbeitermotivation an. Außerdem stellt das KoPM-Modell ein Rahmenmodell dar, das die Konzepte Prozessmanagement, Primary Nursing, Expert Care Organisation sowie Case Management verbindet. Letztendlich stellt das KoPM-Modell somit die Grundlage ärztlicher und pflegerischer Kooperation im Krankenhaus dar (vgl. Dahlgaard, 2010, S. 35). Dahlgaard et al. (2016) beschreibt das Modell als flexibel und geeignet, um Umstrukturierungen verschiedener Tragweiten durchzuführen. Somit eignet sich KoPM, um partielle Veränderungen einzelner Kernprozesse wie des Visitensprozesses oder aber umfangreiche Neustrukturierungen von Abteilungen anzustreben. Im Folgenden sollen die verschiedenen Ziele von KoPM und die im Modell enthaltenen Konzepte genauer erläutert werden.

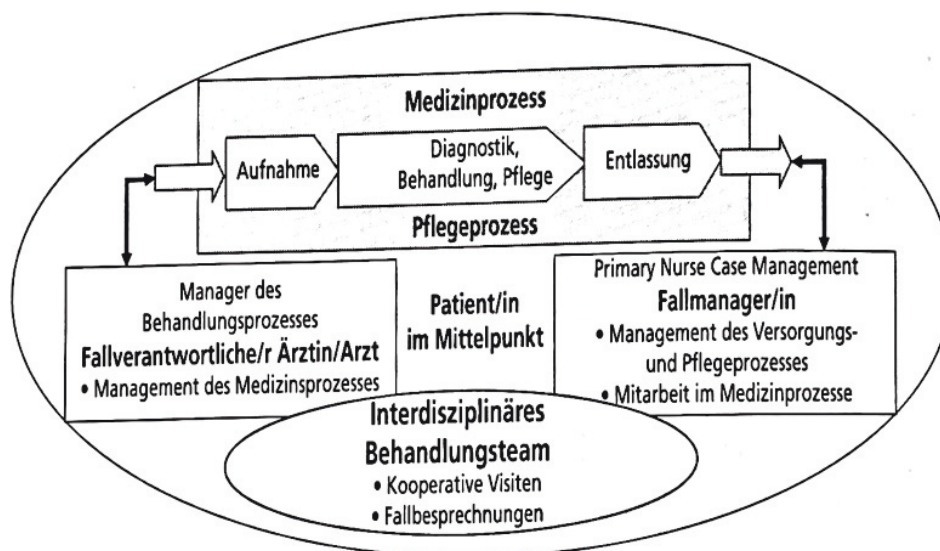


Abbildung 1 KoPM-Modell: Kooperatives Organisationsmodell für Krankenhäuser (vgl. Dahlgaard et al., 2020, S. 40)

Um das KoPM-Modell und dessen Ziele betrachten zu können, müssen zunächst die im KoPM-Modell integrierten Konzepte näher erklärt werden.

2.1 Primary Nursing

Das Primary Nursing Konzept ist ein Bezugspflegekonzept, welches vier Hauptbestandteile beinhaltet. Einerseits steht die Verantwortungsübernahme durch eine Primary Nurse (PN) im Mittelpunkt. Ziel dieses Ansatzes ist, dass Pflegende über die gesamte Verweildauer eines Patienten im Krankenhaus patientenbezogen Handeln und Entscheiden. Diese Verantwortung soll nicht durch Schichtwechsel unterbrochen werden (vgl. Dahlgaard & Stratmeyer, 2014a, S. 67 ff.; Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) e.V., 2016, S. 4). Die Primary Nurse trägt dabei eine Planungs-, Entscheidungs-, Durchführungs- und Kontrollverantwortung für die Patienten, welche sie betreut (vgl. DBfK, 2016, S. 4). Da aufgrund zeitlicher und arbeitsrechtlicher Gegebenheiten eine Anwesenheit der PN nicht dauerhaft möglich ist, existieren sogenannte Associated Nurses (AN). Diese führen den von der PN angeordneten Pflegeplan während deren Abwesenheit aus. Gibt es plötzliche Zustandsänderungen des Patienten, dann können auch AN den Pflegeplan modifizieren. Jedoch bedarf es bei Änderungen des Pflegeplans durch eine AN einer genauen Dokumentation dessen.

Das zweite Grundprinzip ist die Kontinuität. Damit gemeint ist die Aufrechterhaltung einer zielgerichteten, systematischen und geplanten Pflege für Patienten von der Aufnahme bis zur Entlassung (Dahlgaard & Stratmeyer, 2014a, S. 67 f.; vgl. DBfK, 2016, S. 5 f.). Die Kontinuität umfasst vier Dimensionen: (I) die Planung und Umsetzung des Pflegeplans, (II) der Beziehungsaufbau zum Patienten, (III) die Personalplanung bzw. Dienstplangestaltung, (IV) die intersektorale und interprofessionelle Organisation des Versorgungsprozesses. Laut dem deutschen Netzwerk für Primary Nursing des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (2016) ist eine gute Kontinuität durch Abnahme von Diskontinuitäten und Versorgungsbrüchen sowie eindeutig festgelegte Zuständigkeiten gekennzeichnet. Außerdem spielt die Pflegedokumentation eine wesentliche Rolle.

Das dritte wesentliche Merkmal von Primary Nursing ist die direkte Kommunikation. Die Aufgabe der PN ist die Steuerung und Kontrolle aller Informationsflüsse rund um einen Patienten herum. Dabei übernimmt die PN eine Schlüsselrolle als Gatekeeper zwischen allen am Betreuungs- und Versorgungsprozess beteiligten Professionen. Somit soll der Informationsfluss optimiert und Kommunikationsdefizite verhindert werden (vgl. DBfK, 2016, S. 6 f.).

Das letzte wichtige Prinzip des Primary Nursing Ansatzes bezieht sich auf die Gleichzeitigkeit von Pflegeplanung und Pflegeausführung. Ausführung und Entscheidung über Versorgungs- oder Behandlungsleistungen liegen dabei in der Hand der PN. Daraus ergibt sich für den Patienten eine verbesserte Prozesseffektivität sowie eine bessere Nachvollziehbarkeit von Entscheidungen über Interventionen (vgl. Dahlgaard & Stratmeyer, 2014a, S. 67).

Alles in Allem fungiert die Primary Nurse als zentrale Figur im Versorgungsprozess, welche alle Aufgaben, Zuständigkeiten und Kompetenzen in einer Person vereint. Primary Nursing verfolgt die Defragmentierung der Versorgung, in dem Schnittstellen und wechselnde Ansprechpartner minimiert werden. Somit wird die Kommunikation direkter und schneller (vgl. Dahlgaard & Stratmeyer, 2014a, S. 68; DBfK, 2016, S. 3 ff.). Durch die Stellung und Kompetenz der PN ergibt sich die Möglichkeit der Integration von Fallsteuerung in den Versorgungsprozess.

2.2 Expert Care Organisation

Neben dem Primary Nursing Konzept existiert der Modellansatz der Expert Care Organisation (ECO). Im Gegensatz zum Primary Nursing adressiert ECO sechs verschiedene Ziel-dimensionen. Der erste zentrale Punkt ist die Prozessorganisation. Dabei werden, wie im KoPM-Ansatz formuliert, die Versorgungsprozesse und deren Ablauf in den Mittelpunkt gestellt. Aufnahme-, Behandlungs- und Entlassungsprozess werden als zusammenhängende Ereignisse während des Krankenhausaufenthaltes gesehen. Somit ergeben sich sogenannte Clinical Pathways (vgl. Dahlgaard & Stratmeyer, 2014a, S. 76).

Ein weiteres Kernelement des ECO-Konzeptes ist die Erstellung von personenbezogenen, also individuellen Dienstleistungen. Diese beinhalten laut Dahlgaard und Stratmeyer (2014a) zwei Aspekte: Einerseits die pflegerisch-medizinische Behandlung und andererseits die kommunikative Ebene. Vor allem die Kommunikation mit dem Patienten kann als Kriterium für die Bewertung der Qualität einer Dienstleistung herangezogen werden. Das hängt zusammen mit der zunehmenden Standardisierung von Behandlungsabläufen, wodurch Qualität und Effizienz generiert und gesichert werden kann. Die partizipative Teilhabe an Entscheidungen über den Behandlungsprozess ist ein wesentliches Merkmal guter patienten-bezogener Kommunikation. Dadurch kann die psychosoziale Bewältigung der Krankheit befördert werden (vgl. Dahlgaard & Stratmeyer, 2014a, S. 76).

Die dritte Dimension des ECO-Konzeptes umfasst die Ressourcenorientierung und Förderung pflegerischer Expertise. Behandlung einer Erkrankung und Förderung der Gesundheit sind die beiden zentralen Aspekte, nach denen ein Patient strebt. Pflegekräfte nehmen dabei eine tragende Rolle ein. Die weitere Förderung pflegerischer Expertise und der damit verbundene Ausbau von pflegerischen Kompetenzen erhöht die Qualität pflegerischer Versorgung und kann die Zusammenarbeit mit der ärztlichen Profession verbessern (vgl. Dahlgaard & Stratmeyer, 2014a, S. 76, 2014b, S. 3 f.).

Viertens verfolgt das ECO-Konzept die Verbesserung der Zukunftsperspektive von Pflegeberufen. Gerade bei der Entwicklung der Aufgaben von ECO-Pflegekräften kann zwischen zwei Fällen unterschieden werden. Zum Einen kann ein stärkerer Fokus auf die Prozesskoordination gelegt werden. Dabei übernehmen Pflegekräfte mehr organisatorische und strukturelle Aufgaben und weniger stark pflegerische Aufgaben. Zum Anderen kann dieser Fokus auch gedreht werden, sodass Pflegekräfte mehr Bezugspflege ausführen und dafür andere Pflegekräfte die organisatorischen Aufgaben übernehmen (vgl. Dahlgaard & Stratmeyer, 2014b, S. 24).

Die fünfte wesentliche Komponente bezieht sich auf teilautonome, interdisziplinäre sowie selbstregulierende Teamarbeit. Ausgangspunkt ist die Tatsache, dass die Erbringung einer Dienstleistung im Krankenhaus mit hohen Unsicherheitsfaktoren einhergeht. Behandlungsabläufe und Therapieentscheidungen können über Clinical Pathways und Standards festgelegt werden, jedoch ist die Ausführung schwer planbar. Das hängt zusammen mit der Zufälligkeit der Aufnahme eines Patienten und dessen Erkrankungen. Des Weiteren können Behandlungsverfahren nicht im Voraus geplant werden. Deshalb ist das Vorhandensein von teilautonomen Teams, welche in Eigenregie Entscheidungen über Behandlungsabläufe treffen können wichtig, um zeit- und kosteneffizient zu arbeiten (vgl. Dahlgaard & Stratmeyer, 2014a, S. 77).

Abschließend verfolgt das ECO-Modell den Aufbau von Organisationsstrukturen, welche die interdisziplinäre Zusammenarbeit begünstigen (siehe Abb. 2). Der zentrale Punkt ist dabei die Zusammenführung der Expertensysteme Medizin mit dem Expertensystem Pflege. Daraus ergibt sich ein Kernteam bestehend aus Bezugsarzt und Bezugspflegekraft. Die Verantwortlichkeiten und Aufgabenbereiche sind klar geregelt. Arzt und ECO-Pflegekraft koordinieren und planen sowohl das Behandlungsziel, als auch die Durchführung und Entlassung des Patienten. Bei Bedarf wird die Expertise weiterer Berufsgruppen einbezogen.

Behandlungsentscheidungen sollen dabei patienten-, aber auch zeitnah getroffen werden. Das Management der einzelnen Versorgungsleistungen obliegt der ECO-Pflegekraft. Zusätzlich wird gemeinsam mit dem Arzt ein Case Management etabliert. Damit sollen die Teilprozesse besser aufeinander abgestimmt und damit zu einem Gesamtprozess integriert werden. Die fachliche Leitung des Expertensystems Pflege wird durch einen Pflegewissenschaftler verantwortet, welcher versucht, die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse in den Arbeitsalltag zu übertragen. Die fachliche Leitung des Arztsystems übernimmt traditionell der Chefarzt einer Abteilung. Die organisatorische und administrative sowie operative Leitung wird entkoppelt durch eine Abteilungsleitung übernommen. Diese ist fokussiert auf die Ausgestaltung der Arbeitsbedingungen. Außerdem trägt diese die Verantwortung für die Bereitstellung der nötigen personellen und sachlichen Ressourcen (vgl. Dahlgaard & Stratmeyer, 2014a, S. 77–80). Zusammenfassend ist die Expert Care Organisation ein interprofessionelles Konzept, welches Fallsteuerung und Primary Nursing verbindet sowie Aufgaben und Verantwortlichkeiten neu verteilt.

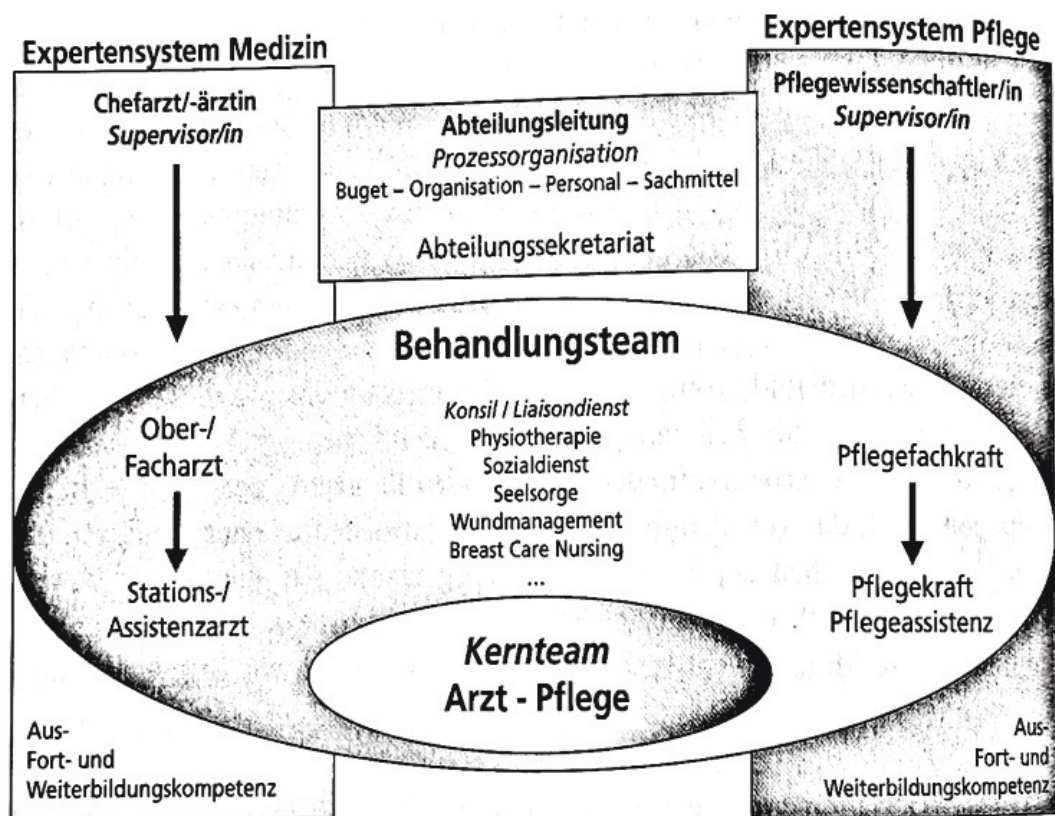


Abbildung 2 Kooperatives Organisationsmodell einer Abteilung (vgl. Dahlgaard et al., 2016, S. 138)

2.3 Das Case Management Modell

Laut der deutschen Gesellschaft für Case und Care Management (DGCC) (2020) ist Case Management ein umfassendes Handlungskonzept, welches sowohl einzelne Teilprozesse, als auch gesamte Versorgungskonzepte verändern kann (vgl. DGCC, 2020, S. 2 f.). Dabei wirkt Case Management sektoren- und organisationsübergreifend. Darüber hinaus steht effektive und effiziente Steuerung, Koordination und Organisation von Hilfeleistungen im Einzelfall, sowie der Aufbau professioneller und nicht professioneller Hilfenetzwerke im Fokus (vgl. DGCC, 2020, S. 2 f.; Klie & Monzer, 2008, S. 93; Neuffer, 2013, S. 22; Nussbaumer, 2009, S. 37; Wendt, 2010, S. 215). Der Patient steht dabei immer im Mittelpunkt. Case Management adressiert damit die Schnittstelle zwischen der ärztlichen, pflegerischen Profession und dem Feld der sozialen Arbeit. Weiterhin agiert Case Management auf verschiedenen Ebenen: der Einzelfallebene, der Organisationsebene und der Netzwerkebene. Ziel dabei ist die bestmögliche Verknüpfung der Ebenen miteinander (vgl. Kollak & Schmidt, 2016, S. 2). In der Einzelfallebene erfolgt eine professionelle Beratung der Patienten. Das Vorgehen kann dabei methodisch unterschiedlich sein, wie beispielsweise mit einem starken Fokus auf Ressourcen, Problemlösungen oder Motivationsförderung des Patienten (vgl. DGCC, 2020, S. 2 f.). Auf der Organisationsebene steht die fallorientierte Anpassung, Gestaltung und Neustrukturierung von Prozessen im Vordergrund (vgl. ebd.). Hingegen fokussiert die Netzwerkebene auf die bedarfsorientierte Einbindung anderer Professionen und Dienste in den Versorgungsprozess. Ziel ist der Aufbau sogenannter Hilfsnetzwerke, welche nahtlose Behandlungsübergänge ermöglichen.

2.4 Die Ziele von KoPM

Die Kunden- bzw. Patientenorientierung bildet dabei die erste zentrale Komponente des kooperativen Prozessmanagements. Dabei verfolgt das KoPM-Modell einen zweigeteilten Ansatz. Der Begriff der Kundenorientierung bezieht sich dabei nicht nur auf die Patienten und damit auf die Kunden-Lieferanten-Beziehung, sondern auch auf die Mitarbeiter eines Krankenhauses selbst. Neben der Verbesserung des Versorgungskonzeptes, soll auch die Attraktivität des Pflegeberufes gesteigert werden, indem durch Delegation von medizinisch-therapeutischen Teilprozessen, die Bedeutung der Pflege als Solches gesteigert und gleichzeitig die Ärzteschaft von Aufgaben entlastet wird (vgl. Dahlgaard et al., 2016, S. 137).

Bei der sogenannten Kunden-Lieferanten-Beziehung handelt es sich um eine soziale Dienstleistung. Der Kunde ist dabei der Patient, welcher durch Ärzte und Pflegekräfte beliefert,

also behandelt bzw. versorgt wird. Dabei unterliegt die Leistungserstellung dem sogenannten uno-actu-Prinzip, welches die Gleichzeitigkeit von Leistungserstellung und Inanspruchnahme dieser beschreibt. Dadurch wird die personenbezogene Leistung weder lagerbar, noch übertragbar oder speicherbar. Weiterhin zu beachten ist, dass der Patient ein sehr anspruchsvoller Kunde ist. Die Beziehung zwischen Patient und Versorgungsteam sind durch starke Informationsasymmetrien geprägt. Somit werden Komponenten wie Kommunikation, Kooperation und somit gemeinsame Interaktion umso zentraler. Das zentrale Ziel der Patientenorientierung stellt die Bewältigung der Erkrankung bzw. Erkrankungen auf allen Ebenen dar. Zu den drei wichtigsten Komponenten einer guten Patientenorientierung zählt einerseits die Bewältigung der Erkrankung als Solches. Andererseits stellen die Förderung der Compliance und der Therapieadhärenz des Patienten sowie die Bewältigung der psychischen und sozialen Folgen von Erkrankungen zwei weitere wesentliche Komponenten dar. Die Lebens- und Versorgungsqualität ist dabei entscheidend. Gerade bei chronisch erkrankten oder auch multimorbiden Patienten stellt dies eine große Herausforderung dar (vgl. Dahlgaard & Stratmeyer, 2006a, S. 37 f.). Entscheidend für das Gelingen eines patientenorientierten Versorgungsprozesses ist die Kooperationskultur zwischen Ärzten und Pflegekräften (vgl. ebd., S. 44). Die Durchführung integrierter Versorgung kann nur gewährleistet werden, wenn beide Professionen in der Lage sind, prospektiv einzuschätzen, welche Versorgungsleistungen für eine erfolgreiche Behandlung zu erbringen sind und ihren Handlungsablauf darauf komplementär ausrichten. Dazu ist aktive Kommunikation notwendig. Eine geeignete Möglichkeit für Pflegekräfte und Ärzte einen aktiven Austausch zu fördern und die Versorgungsplanung gemeinsam durchzuführen, ist die interprofessionelle Visite.

Zweitens bilden Prozessorganisation und Case Management einen weiteren wichtigen Baustein des KoPM-Konzeptes. Beide Konzepte beeinflussen sowohl die operationale, als auch die strategische Ebene und werden als Managementkonzepte verstanden. Die Verknüpfung beider Managementkonzepte ist wichtig, um optimale Synergieeffekte zu erzielen und damit eine optimale Fallsteuerung zu ermöglichen (vgl. Dahlgaard et al., 2016, S. 136 f.). Die Prozessorganisation bildet den Rahmen für die Anpassung einzelner Teilprozesse im Sinne eines konkreten Prozessmanagements mit dem Fokus auf Zeit, Kosten und Qualität. Da im Prozessmanagement die Optimierung organisationseigener Prozesse fokussiert wird, adressiert das Prozessmanagement vor allem die Mikro- und Mesoebene (vgl. Dahlgaard & Stratmeyer, 2014a, S. 55). Hingegen dient die Integration von Case Management in das KoPM-Modell der Verknüpfung der einzelnen Akteure und Teilprozesse der stationären Versorgungsstrukturen

mit den jeweiligen Prozessen des Sozial- und Gesundheitssektors (vgl. ebd.). Die effiziente, hochqualitative und vor allem bedarfsgerechte Versorgung der Patienten ist dabei das übergeordnete Ziel. Dazu wird der Versorgungsprozess unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorgaben an den Prozesszielen ausgerichtet und die Arbeit zwischen Ärzten und Pflegenden dementsprechend effizient verteilt (vgl. Dahlgaard, 2010, S. 36). Für die konkrete Anwendung der Konzepte ist ein Prozessmanager notwendig. Dieser kann aus den dafür infrage kommenden Professionen der Ärzte, der Pflegekräfte oder dem Sozialdienst als größte Stakeholder am Versorgungsprozess des Patienten gleichermaßen kommen. Weiterhin ist fraglich, in welcher Form die Konzepte Case Management und Prozessorganisation im Krankenhaussetting zu etablieren sind. Dafür ergeben sich drei Möglichkeiten. Zum Einen die Auskopplung dieser Managementaufgaben in eine separate Funktionsabteilung. Zum Anderen die direkte Integration in den Versorgungsprozess und die somit dezentrale Organisation. Als dritte Variante kann eine Mischform gewählt werden. Dazu werden die Prozessmanager semizentral eingebunden (vgl. Dahlgaard & Stratmeyer, 2014a, S. 62 f.). Eine weitere Rahmenbedingung für die Umsetzung der Konzepte spielt die Gesetzeslage, welche Delegation und Substitution ermöglichen muss und dabei die ausführenden Pflegekräfte rechtlich absichert. Denn die Delegation von weiterführenden Aufgaben durch Ärzte auf Pflegekräfte stellt ein wichtiges Konzept bei der Neuordnung von Aufgabenbereichen dar. Die Kompetenzerweiterung von Pflegekräften stärkt die Rolle und das Selbstverständnis dieser und bindet professionsspezifisches Know-How besser in den Arbeitsalltag ein. Somit kann Versorgung flexibler gestaltet werden. Hinzukommt die Substitution, welche nicht nur die Übertragung von Aufgaben ermöglicht, sondern obendrein die Prozessverantwortung verlagert. Damit können Pflegende beispielsweise selbst über die Ausführung von Medikamentengaben entscheiden und müssen keine Rücksprache mit dem zuständigen Arzt durchführen.

Das KoPM-Modell favorisiert dabei die Übernahme der Fallsteuerung durch Pflegekräfte, indem der Aufgabenbereich vergrößert wird. Dazu existieren verschiedene Organisationskonzepte: (1) Primary Nursing Modell, (2) Expert Care Organisation (ECO), (3) Case Management-Modell (4) Modell der semizentralen Fallsteuerung. Auf die einzelnen Modelle wird in folgenden Kapiteln konkret eingegangen. Jedes dieser Modelle kann mit dem KoPM-Modell verknüpft werden und damit zur praktischen Ausgestaltung des KoPM-Konzeptes im Krankenhaussetting dienen. Vereint werden die Konzepte laut Dahlgaard et al. (2016) in der Person der Primary Nurse Case Managerin (PNCM) oder einer sogenannten ECO-Pflegekraft. Diese übernehmen weitreichende Aufgaben in der Ausführung und Steuerung der Versorgung.

Die Voraussetzung für die Darstellung der verschiedenen Lösungsansätze ist das Grundverständnis über die ablaufenden Krankenhausprozesse, welche als differenziert und komplex beschrieben werden können. Das KoPM-Modell strukturiert die Prozesse über ein Mehrebenenmodell. Dahlgaard und Stratmeyer (2006) unterteilen die Prozesse dabei in vier Teilebenen:

In der **ersten Ebene** stehen Prozesse, die von einer einzelnen Person ausgeführt werden können, wie bspw. körperliche Untersuchungen oder Blutentnahmen. Die Durchführung einer konkreten Aufgabe oder Anweisung steht im Mittelpunkt. Es handelt sich um einen Einzelprozess. In der **zweiten Ebene** werden die jeweiligen Einzelprozesse der ersten Ebene zu Teilprozessen der Versorgung zusammengelegt. Dadurch entstehen personenübergreifende Prozesse. Darunter fallen der Aufnahmeprozess, die interprofessionelle Visite oder auch der Pflegeprozess bezogen auf einen konkreten Patienten. Die **dritte Ebene** beschreibt die Zusammenführung der Prozesse zweiter Ebene. Dabei werden die einzelnen Teilprozesse zu einem Gesamtprozess vereint. Somit ist der gesamte stationäre Versorgungsprozess eines Patienten in die dritte Phase einzuordnen. In der **vierten Ebene** stehen Prozesse, die über den Rahmen einer einzelnen Institution hinausgehen. Damit gemeint ist die Verknüpfung von verschiedenen Versorgungsprozessen wie zum Beispiel die Verbindung von medizinisch-pflegerischer Versorgung im Krankenhaus mit anschließenden rehabilitativen Maßnahmen in einer Rehaklinik.

Die Prozessorganisation nach dem KoPM-Modell fokussiert dabei vor allem die Prozesse der zweiten und dritten Ebene. Die wesentliche Schnittstelle liegt in der Zusammenführung der Einzelprozesse hin zu einem integrierten Versorgungsprozess, also in der zweiten Ebene. Dabei lässt sich die Zusammenarbeit beider Berufsgruppen in zwei Formen der Kooperation aufteilen. Zum Einen in die unmittelbare Kooperation durch Prozesszusammenführung, wie beispielsweise bei der Durchführung einer gemeinsamen Visite. Zum Anderen die mittelbare Kooperation, welche sich auf die Weiterverarbeitung bereits bestehender Ergebnisse bezieht und damit unter anderem die Ausführung ärztlicher Anordnungen meint (vgl. Dahlgaard & Stratmeyer, 2006b, S. 28).

Die dritte zentrale Komponente des KoPM-Modells ist die interprofessionelle Kommunikation. Die interprofessionelle Kommunikation fokussiert die Beziehung zwischen Ärzten und Pflegekräften, da strukturelle Veränderungen und die persönliche Einstellung nur durch das Erleben zufriedenstellender Kommunikations- und Kooperationskultur nachhaltig beeinflusst

werden können. (vgl. Dahlgaard, 2010, S. 36). Somit ist eine funktionierende interprofessionelle Kommunikation die Voraussetzung für eine erfolgreiche Neustrukturierung nach dem KoPM-Modell.

Das vierte Kernelement des KoPM-Modells ist der strukturelle Organisationsaufbau (Abb. 2), welcher nötig ist, um eine kooperative Leistungserstellung langfristig möglich zu machen. Voraussetzung für diesen speziellen Aufbau ist die Unterteilung in das Expertensystem Pflege und das Expertensystem Medizin, welche als sich ergänzende Bereiche verstanden werden. Dabei übernimmt das KoPM-Modell die im ECO-Modell entwickelten Rahmenbedingungen. Beide Expertensysteme tragen die Verantwortung für Teilleistungen in der Gesamtversorgung. Die Leitung des Ärzteteams greift auf bereits bestehende Strukturen zurück. Die Leitung übernimmt der jeweilige Chefarzt eines Klinikbereiches, welcher den medizinischen Behandlungsprozess beaufsichtigt und überwacht. Im Gegensatz dazu untersteht das Pflorgeteam einem Pflegewissenschaftler, welcher den Pflegeprozess überwacht. Dabei nutzt dieser Instrumente der Qualitätsüberwachung und gibt verbindliche Standards vor. Gleichzeitig bilden Ärzte und Pflegekräfte gemeinsam die Hauptakteure des Behandlungsteams. Das operative Prozessmanagement erfolgt somit patientennah unter der Verantwortung des Kernteams. Das Kernteam, bestehend aus Bezugspflegekraft und Bezugsarzt, gestaltet den gesamten Versorgungsprozess von der Aufnahme bis zur Entlassung. Dabei sollen medizinische und pflegerische Probleme möglichst direkt mit dem Patienten geklärt und besprochen werden. Vervollständigt wird das Behandlungsteam durch weitere Experten wie beispielsweise Konsilärzte, Sozialarbeiter, Physiotherapeuten und Wund- und Schmerzmanager, welche bei Bedarf in den Versorgungsprozess eingegliedert werden.

Neben den jeweiligen fachlichen Leitungen der beiden Expertensysteme existiert eine entkoppelte Abteilungsleitung. Diese trägt die Verantwortung für die Prozessorganisation und wirkt damit unterstützend auf den Leistungsprozess ein. Weiterhin übernimmt die Abteilungsleitung die administrative, organisatorische sowie disziplinarische Führung des Bereiches und ist damit auch für die Bereitstellung personeller Ressourcen verantwortlich. Vorteilhaft an der Aufspaltung der Führungsaufgaben ist, dass die fachlichen Anforderungen im Rahmen des Versorgungsprozesses nicht mehr zeitlich wie inhaltlich mit den administrativen Aufgaben kollidieren. In Folge davon fördert die Ausgliederung der Abteilungsleitung die stärkere Zusammenführung beider Berufsstände. Einzel- bzw. Partialinteressen in Bezug auf die Ressourcenverteilung können durch diesen gemein-

schaftlichen und vollständigen Blickwinkel verhindert werden. Darüber hinaus vereint die zentrale Stelle der Abteilungsleitung alle wesentlichen Gesamtprozesse und gewährleistet damit eine faire und angemessene Verteilung von Ressourcen. Das Ziel einer bedarfsgerechten Versorgung kann damit erreicht werden.

3 Die Fokusgruppe

3.1 Vorbereitung und Aufbau

Grundvoraussetzung für die Teilnahme an der Fokusgruppe ist die Arbeitstätigkeit im Bereich der inneren Medizin im ELBLANDKLINIKUM (ELK) Radebeul. Die Teilnahme unterliegt der Freiwilligkeit und umfasst die Zustimmung zur Aufzeichnung der Diskussion. Im Anhang findet sich die von allen Teilnehmern der Fokusgruppe unterzeichnete Einverständnis- und Datenschutzaufklärung (siehe Tab. 2-5). Weiterhin verpflichten sich alle Teilnehmer der Vertraulichkeit gegenüber den erhobenen Daten.

Es konnten zwei Pflegekräfte bei der Dienstberatung des Pflorgeteams der internistischen Station 2A für das Projekt gewonnen werden. Zum einen die Teamleitung der Station 2A, welche neben pflegerischen Aufgaben auch zahlreiche administrative Aufgaben übernimmt. Zum Anderen konnte eine Praxisanleiterin (PA) der Station 2A gewonnen werden, welche neben der Pfl egetätigkeit die Betreuung und Ausbildung der Krankenpflegeauszubildenden auf der Station übernimmt. Für die Forschung meldeten sich zwei junge Assistenzärzte, welche im Rahmen ihrer Facharztausbildung in unterschiedlichen internistischen Bereichen arbeiten bzw. gearbeitet haben. Die zwei Ärzte konnten durch Vorstellung des Forschungsansatzes innerhalb der internistischen Hauskonferenz akquiriert werden.

Eine wichtige Voraussetzung für eine offene Diskussion ist eine möglichst große Heterogenität der Gruppe (vgl. Flick, 2019, S. 260). Allerdings ist die Einhaltung dieser Voraussetzung innerhalb des Settings eines kleinen Krankenhauses der Grund- und Regelversorgung nur bedingt möglich, da die Anzahl der Stationen und des verfügbaren Personals überschaubar ist. Dennoch wurde bei der Akquise darauf geachtet eine möglichst große Vielfalt an Positionen und Personen zu gewährleisten. Außerdem wurde im Vorfeld der Durchführung der Fokusgruppe sowohl der Betriebsrat als auch der zuständige Chef- und Oberarzt der inneren Klinik über das Projekt informiert und deren Zustimmung für die Durchführung eingeholt. Für die Erläuterung des Projektes und der damit verbundenen qualitativen Forschung wurde der im Anhang einsehbare Aufhänger benutzt (siehe Tab. 1). Über die Personalverwaltung wurde einer der Meetingräume im dritten Obergeschoss des ELK Radebeul zur Durchführung der Fokusgruppe reserviert und für den reibungslosen Ablauf der Fokusgruppe in Abstimmung mit allen Teilnehmern ein gemeinsamer Termin festgelegt.

3.1.1 Vorgehensweise

Die Fokusgruppe dient der kommunikativen Validierung bzw. Diskussion der Aspekte und Bestandteile integrierter Versorgung nach dem KoPM-Modell. Außerdem soll die Akzeptanz und Relevanz des Modells und seiner Anwendung diskutiert und überprüft werden. Daraus sollen Ergebnisse abgeleitet werden, welche dazu dienen die Forschungsfrage und ihre Unterfragen zu beantworten. Der Ablauf folgt dabei dem im Anhang einsehbaren Leitfaden (siehe Tab. 6). Um die Teilnehmer an das Modell und dessen Konzepte heranzuführen, wird zu Beginn die Fokusgruppe über ein Impulsreferat in das KoPM-Modell eingeführt. Anschließend folgt die Überleitung in die moderierte Diskussion. Diese nähert sich über allgemeine Fragen den Kernpunkten integrierter Versorgung nach dem KoPM-Modell an. Wichtig ist die Trennung der thematischen Inhalte von den Informationen, die man aus der Fokusgruppe über die Gruppe selbst erhält. Betrachtet werden lediglich die in der Fokusgruppe diskutierten und damit auf Tonband aufgezeichneten Inhalte. Alle zwischenmenschlichen Beziehungen der Diskussionsteilnehmer werden in der Auswertung und Interpretation der Ergebnisse nicht berücksichtigt. Die Transkription erfolgt dabei nach der Standardorthographie und orientiert sich damit an der geschriebenen Sprache. Damit steht ganz klar der Inhalt der Transkription im Vordergrund (vgl. Kowal & O'Connell, 2015, S. 441). Die Umsetzung der transkribierten Daten in darstellbare Ergebnisse erfolgt durch eine qualitative Inhaltsanalyse. Das Vorgehen folgt dabei den Richtlinien von Mayring (2015) im Sinne einer zusammenfassenden Inhaltsanalyse (vgl. Mayring, 2015, S. 472). Diese Methode der Inhaltsanalyse eignet sich gut, um große Textmengen zu reduzieren und eine Kategorisierung des Inhaltes vorzunehmen (vgl. Flick, 2019, S. 416). Dadurch wird die Interpretation und Auswertung der Daten insgesamt vereinfacht. Des Weiteren folgt die Inhaltsanalyse nach Mayring klar formulierten Regeln und ist somit gut replizierbar (vgl. Flick, 2019, S. 416; Mayring, 2015, S. 474). Die mittels der Inhaltsanalyse ermittelten Ergebnisse werden in Kapitel 4 dargestellt.

3.1.2 Rahmenbedingungen der Kardiologie im Elblandklinikum Radebeul

Um die Ergebnisse der Fokusgruppe sinnvoll einordnen zu können, bedarf es einer kurzen Beschreibung der Rahmenbedingungen der kardiologischen Station im ELK Radebeul. Im Fokus steht die Stationsgröße sowie die Teamgrößen von Ärzte- und Pflegeteam.

Die internistische Station 2A umfasst 30 Patientenbetten. Diese teilen sich auf zwölf Patientenzimmer auf. Darunter gibt es Dreibett-, Zweibett- und Einbettzimmer. Die jeweiligen Pflegebereiche umfassen maximal jeweils zehn Patienten, welche sich auf vier Zimmer verteilen. Die

vorliegende Arbeitsstruktur der Pflegekräfte und Ärzte ist die Bereichspflege. Das bedeutet jede Pflegekraft und jeder Arzt werden einem bestimmten Zimmerbereich zugeordnet und übernehmen in diesem Bereich die Versorgung der Patienten. Die Dienstaufteilung sieht dabei im Frühdienst mindestens drei Pflegekräfte, im Spätdienst zwei und im Nachtdienst eine Pflegekraft vor. Unterstützt werden diese durch Pflegehilfskräfte, Auszubildende, Freiwilligendienstler und Praktikanten, welche flexibel eingesetzt werden. Das Ärzteteam auf der Station umfasst im Tagdienst zwischen 7 und 15 Uhr in der Regel zwei Stationsärzte und einen Oberarzt. Der internistische Hausdienst übernimmt die Betreuung der Patienten zwischen 15 Uhr und 7 Uhr.

3.2 Durchführung

Die Durchführung der Fokusgruppe erfolgte am 17.06.2021 zwischen 13 Uhr und 14.30 Uhr im Meetingraum 3 des ELK Radebeul. Alle teilnehmenden Personen waren für den Zeitraum der Diskussion von ihrer Arbeit freigestellt. Zu Beginn der Fokusgruppendifkussion wurde nochmals das Einverständnis aller Teilnehmenden eingeholt und betont, dass die Diskussion der Freiwilligkeit unterliegt und somit der Diskussionsraum jederzeit verlassen werden darf. Die gesamte Diskussion wurde von Anfang bis Ende aufgezeichnet und transkribiert. Das Transkript der Audioaufnahme befindet sich im Anhang der Arbeit (siehe Tab. 7). Die Moderation der Diskussion folgte den Hinweisen und Richtlinien von Bohnsack (vgl. Bohnsack, 2015, S. 380 ff.): Laut Bohnsack (2015) sollte die Suggestion von Positionen oder Meinungen vermieden werden, um die Ergebnisse und Meinungen der Diskussionsteilnehmer nicht zu verfälschen. Auch sollte nur bedingt in die Verteilung von Redebeiträgen eingegriffen werden. Weiterhin ist eine gute Moderation geprägt durch einen Fokus auf immanentes Nachfragen, das bedeutet, dass gezielt nach Themen, welche nur andiskutiert, nicht ausreichend oder abschließend diskutiert worden, nachgefragt werden sollte. Dementsprechend sollte exmanentes Nachfragen, also die Einleitung von neuen Themen vermieden werden. Exmanentes Nachfragen sollte nur berücksichtigt werden, wenn Themen, welche aus Sicht des Moderators als wesentlich erachtet werden, in der Diskussion nicht angesprochen werden. Am Ende einer Diskussion sollten widersprüchliche Themen oder Argumente durch den Moderator aufgegriffen und erneut thematisiert werden (vgl. ebd.).

4 Ergebnisse

Die in der Fokusgruppe, bestehend aus zwei Ärzten und zwei Pflegekräften, diskutierten Inhalte sind im folgenden Abschnitt dargestellt. Innerhalb der Fokusgruppe sind verschiedene Schwerpunkte diskutiert worden, welche sich folgenden Kategorien zuordnen lassen:

- (I) Interprofessionalität und die Bestandteile idealisierter Zusammenarbeit
- (II) interprofessionelle Kommunikation
- (III) integrierte Versorgung

Die drei Kategorien orientieren sich dabei an den Unterfragen der Forschungsfrage sowie an den zuvor beschriebenen Hauptbestandteilen des Versorgungsprozesses nach dem KoPM-Modell. Die jeweiligen Schwerpunkte der einzelnen Kategorien wurden auf Pro und Contra untersucht und Möglichkeiten sowie Hürden und Probleme bei der Umsetzung diskutiert. Anschließend folgt die Zusammenfassung der Ergebnisse und der in der Fokusgruppe erarbeiteten und diskutierten Vorschläge zur Etablierung des KoPM-Modells. Aus dieser Darstellung können außerdem Rückschlüsse auf die Akzeptanz und Relevanz des KoPM-Modells durch die Ärzte und Pflegekräfte aus dem internistischen Bereich gezogen werden.

Die Kategorie (I) setzt sich aus den Schwerpunkten a) Respekt und b) Kommunikation sowie c) den Bestandteilen idealer Zusammenarbeit zusammen:

a) Respekt:

Alle Diskussionsteilnehmer betonen ausdrücklich, dass gegenseitiger Respekt und das Begegnen auf Augenhöhe eine Grundvoraussetzung für interprofessionelle Zusammenarbeit sind (vgl. Transkription, Zeile 28). Des Weiteren wird in der Diskussion deutlich, dass beide Professionen bereit sein müssen miteinander zu kooperieren. Verstärkt wird dieser Punkt durch die Aussage, dass eine erfolgreiche Leistungserbringung nur durch das Miteinander möglich wird (vgl. Transkription, Zeile 22-24, 26). Beide Professionen sind aufeinander angewiesen und benötigen dazu das nötige Vertrauen der Gegenseite.

b) Kommunikation:

Die Fokusgruppe arbeitet in der Diskussion heraus, dass sich durch interprofessionelle Zusammenarbeit Schnittstellen zwischen den einzelnen Professionen ergeben, welche durch regelmäßigen und vollständigen Informationsaustausch ausgeglichen werden müssen (vgl. Transkription, Zeile 44-50).

c) Bestandteile idealer Zusammenarbeit:

Neben der Abstimmung der Behandlungsziele aufeinander, werden verschiedene relevante Bestandteile durch die Diskussionspartner erörtert (vgl. Transkription, Zeile 33-34). Als wichtiger Punkt werden direkte Kommunikationswege benannt. Wichtige Informationen sollen direkt, ohne Umwege geteilt bzw. weitergeleitet werden. Dazu sind im Zweifel ein Anruf, oder der direkte Kontakt zwingend, um unnötige Zeitverzögerungen zu verhindern (vgl. Transkription, Zeile 62-65, 73-75, 89-92, 102-104). Als weiteren Bestandteil guter Kooperation identifiziert die Fokusgruppe die Kenntnis des jeweiligen Tagesablaufes der anderen Profession sowie die Rücksichtnahme auf diesen (vgl. Transkription, Zeile 85-92). Der dritte wesentliche Bestandteil, den die Fokusgruppe anführt, ist die rechtzeitige Delegation von Aufgaben, um Zeitverzögerungen bei Medikamentengaben oder Therapieentscheidungen zu vermeiden (vgl. Transkription, Zeile 67-71, 80-83).

Die Kategorie (II) besteht aus den Kernpunkten d) interprofessionelle Visite, e) Zusammenführung ärztlicher und pflegerischer Übergabe und f) ärztliche und pflegerische Dokumentation als Informationsquelle sowie g) die Einbindung von Auszubildenden.

d) interprofessionelle Visite:

Die interprofessionelle Visite als Solches wird als wichtiges und notwendiges Tool zum Austausch relevanter Informationen verifiziert (vgl. Transkription, Zeile 124-125, 135-137). Die Ärzte beschreiben, dass die Pflegekräfte wichtige Informationen über Patienten vermitteln können, da die Pflegekräfte näher am Patienten arbeiten und dadurch einen besseren Überblick über vorhandene Ressourcen haben (vgl. Transkription, Zeile 124-131). Diese Informationen bilden häufig einen Teil der Grundlage der weiteren Versorgungsplanung. Alles in Allem

befürworten sowohl die Ärzte, als auch die Pflegekräfte grundsätzlich die Durchführung interprofessioneller Visiten (vgl. Transkription, Zeile 118-119, 133, 140).

Allerdings arbeiten beide Professionen in der Diskussion zahlreiche Hürden für die Einführung interprofessioneller Visiten heraus. Als Voraussetzung für die Umsetzung benennt die Pflege das Interesse der visitierenden Ärzte an Pflegeproblemen (vgl. Transkription, Zeile 116-117). Als einen wesentlichen Hinderungsgrund für die Umsetzung sieht die Fokusgruppe die begrenzten personellen Ressourcen in der Pflege (vgl. Transkription, Zeile 182-183). Weiterhin werden in der Diskussion verschiedene organisatorische Hürden aufgezählt: die zeitliche Dauer der internistischen Visite, das Stattfinden von zwei Visiten pro Tag, nämlich der gefäßchirurgischen und der internistischen Visite, die OP-Tage am Montag, Donnerstag und Freitag sowie die hohe Anzahl an stark pflegebedürftigen Patienten (vgl. Transkription, Zeile 78-79, 177-180, 185-186, 194-199). Insgesamt sehen die Pflegekräfte dadurch die tägliche Teilnahme an der Visite als unrealistisches Szenario an. Lediglich dienstags hält die Pflege die Durchführung einer kooperativen Visite für möglich (vgl. Transkription, Zeile 208-209). Im Gegensatz dazu würden die Ärzte eine dauerhafte Teilnahme der Pflege an der Visite begrüßen (vgl. Transkription, Zeile 140).

e) Zusammenführung ärztlicher und pflegerischer Übergabe:

Die Zusammenführung ärztlicher und pflegerischer Übergabe wird als weitere Möglichkeit des interprofessionellen Austausches und als Ergänzung bzw. Alternative zu interprofessionellen Visiten diskutiert. Dabei wird die Zusammenlegung der Übergaben positiv reflektiert, da so Abstimmungsprobleme, Fehlinformationen und Kommunikationsprobleme verhindert werden können (vgl. Transkription, Zeile 359-361). Dem gegenüber stehen zahlreiche Probleme, welche die Diskussionsteilnehmer anführen: Erstens das zu geringe Zeitfenster von rund 20 Minuten für die Übergabe, zweitens die inkompatiblen Dienstzeiten von Pflegekräften und Ärzten für eine gemeinsame Übergabe und die damit notwendigen strukturellen Anpassungen der Dienstpläne beider Professionen aneinander, drittens die globale Auswirkung der längeren Übergaben auf den gesamten Tagesablauf und viertens die mögliche Unübersichtlichkeit durch die Menge der Personen, welche dann an der Übergabe beteiligt wären (vgl. Transkription, Zeile 326-328, 334-335, 341, 362-366, 392-401).

f) ärztliche und pflegerische Dokumentation als Informationsquelle:

Im Zusammenhang mit der Diskussion über die Umsetzbarkeit interprofessioneller Visiten und Übergaben steht die Aufschlüsselung des Potenzials der pflegerischen und ärztlichen Dokumentation. Dabei ergeben sich in der Diskussion interessante Ergebnisse. Zum Einen wird festgestellt, dass das Potenzial der Dokumentation unzureichend genutzt wird (vgl. Transkription, Zeile 402-406, 413-414). Zum Anderen dass die jeweiligen Berichte als Grundlage für die Durchführung von Visiten dienen können und so die Zeit für die eigentliche Visite reduziert werden kann, wenn die Dokumentation vorher von beiden Seiten gelesen wird (vgl. Transkription, Zeile 420-423). Somit können der Informationsaustausch weiter befördert und Missverständnisse reduziert werden (vgl. Transkription, Zeile 403-411).

g) Einbindung von Auszubildenden:

Neben der Diskussion über die Umsetzbarkeit von interprofessionellen Visiten, erörtert die Fokusgruppe die Rolle von Auszubildenden bei diesen. Dabei beschreiben sowohl die Ärzte, als auch die Pflegekräfte die Rolle der Auszubildenden als wichtig. Auszubildende sollen einerseits lernen interprofessionell zu arbeiten (vgl. Transkription, Zeile 165-167). Andererseits haben Auszubildende häufig einen sehr genauen Einblick in die Pflegesituation von Patienten und können somit relevante Informationen liefern, weshalb eine Integration von Schülern in den Visitenprozess durch die Diskussionsteilnehmer als sinnvoll erachtet wird (vgl. Transkription, Zeile 149-154).

Die abschließende Kategorie (III) umfasst h) den interprofessionellen Aufnahme- und Entlassungsprozess, i) die Übertragung administrativer und planerischer Verantwortung auf Pflegekräfte und j) den Einfluss operativer Anforderungen und Zufälligkeiten:

h) interprofessionelle Aufnahme- und Entlassungsprozess

Aus der Fokusgruppendifkussion heraus wird die Notwendigkeit für interprofessionelle, also gemeinsame Patientenaufnahmen verneint. Die gemeinsame Festlegung von Versorgungszielen zu Beginn der Behandlung sehen sowohl die Ärzte, als auch die Pflegekräfte als nicht zwingend an. Laut der Pflegekräfte ergebe sich der Versorgungsplan aus der in der

Notfallaufnahme gestellten Aufnahmediagnose (vgl. Transkription, Zeile). Hintergrund ist, dass die ärztliche Aufnahme bereits in der Notaufnahme stattfindet, während die pflegerische Aufnahme erst bei Ankunft auf der Station durchgeführt wird (vgl. Transkription, Zeile 453-455). Des Weiteren sehen alle an der Diskussion beteiligten Personen keinen Anpassungsbedarf im Entlassungsprozess hin zu mehr Verantwortung auf Seiten der Pflege (vgl. Transkription, Zeile 462-465).

i) Übertragung administrativer und planerischer Verantwortung auf Pflegekräfte:

Im Ergebnis der Diskussion wird die Ausweitung pflegerischer Kompetenzen als wichtig und sinnvoll angesehen (vgl. Transkription, Zeile 233-235). Allerdings überwiegen die Zweifel der Diskussionsteilnehmer bei der Realisierung. Es werden in der Diskussion viele verschiedene Einflussfaktoren aufgezählt, welche den tatsächlichen Übertrag von administrativen Aufgaben auf die Pflege verhindern. Darunter fallen: die schlechte intersektorale Vernetzung zwischen den einzelnen Klinikbereichen, die Beteiligung einer Vielzahl von Akteuren an der Durchführung von Versorgungsleistungen, der geringe Einfluss auf die Arbeitsabläufe und Tagespläne in den jeweiligen Untersuchungseinrichtungen sowie die Vielzahl an Aufgaben die Pflegekräfte bereits ausführen müssen und die damit die Übernahme von planerischen Aufgaben undenkbar machen (vgl. Transkription, Zeile 237-240, 253, 262, 265-267, 269-270, 301-302). Weiterhin zeigt die Fokusgruppe auf, dass das Konzept der Bereichspflege auf der Station 2a eine Übertragung der Planung von Versorgungsleistungen erschwert (vgl. Transkription, Zeile 383-386).

j) Einfluss operativer Anforderungen und Zufälligkeiten:

Ein wesentlicher Aspekt, den die Fokusgruppe bei der Frage nach der Umsetzbarkeit von integrierten Versorgungsstrukturen herausstellt, ist das Vorhandensein verschiedener nur schwer beeinflussbarer Bedingungsfaktoren bei der Arbeit auf einer internistischen Normalstation. Ein Hauptpunkt dabei ist das zeitliche Zusammenfallen einer hohen Zahl an Aufgaben durch viele verschiedene Professionen, wodurch ein geordneter Tagesablauf nicht immer gewährleistet werden kann (vgl. Transkription, Zeile 297-302, 309-311). Darüber hinaus verdeutlicht die Fokusgruppe, dass auch zufällige Ereignisse den Tagesablauf beeinflussen

können. Somit können akute Zustandsverschlechterungen oder Aufnahmen von Patienten die Vorausplanung von Versorgungsleistungen durchkreuzen (vgl. Transkription, Zeile 294-297).

Zusammenfassend bestätigt die Fokusgruppe, dass KoPM ein Konzept ist, welches Prozesse neu ordnen und somit Versorgung zukunftsfähig und bedarfsgerecht gestalten kann. Vor allem bessere interprofessionelle Kommunikation und die interprofessionelle Visite werden durch alle Fokusgruppenteilnehmer als sehr relevant angesehen (vgl. Transkription, Zeile 479, 481). Die Fokusgruppe erarbeitet zwei Möglichkeiten zur Verbesserung der Kommunikationsstrukturen. Die Erste widmet sich der Einführung eines Testmodells, welches zumindest dienstags, am Tag der Oberarztvisite, eine interprofessionelle kooperative Visite ermöglichen soll (vgl. Transkription, Zeile 188-191, 208-209, 483-484). Für die Umsetzung dessen hebt die Fokusgruppe verschiedene Maßnahmen hervor:

(1) Dienstplan: Es sollen dienstags ein bis zwei Auszubildende, Freiwilligendienstler oder Praktikanten mehr im Dienstplan eingeplant werden, um den Pflegekräften den Raum zu geben an der Visite teilzunehmen (vgl. Transkription, Zeile 485-489).

(2) Zeitpunkt: Ein festgelegtes Zeitfenster, indem die Visite stattfindet, soll die Planung des Tagesablaufes und damit die Teilnahme der Pflegekräfte an der Visite ermöglichen (vgl. Transkription, Zeile 499-504).

(3) Visitenstruktur: Mit Hilfe eines Visitenleitfadens soll der Pflege außerdem ein eigenes Zeitfenster in der Visite geschaffen werden, um Pflegeprobleme anzusprechen (vgl. Transkription, Zeile 211-219).

(4) Erweiterung der Visite: Neben der stärkeren Einbindung von Pflegekräften in die Visite, kann bei standardisiertem und festgelegtem Ablauf der Visite auch über die Beteiligung weiterer Professionen wie Physiotherapie oder Sozialdienst nachgedacht werden (vgl. Transkription, Zeile 511-514, 520-522).

Als zweite Möglichkeit den interprofessionellen Austausch zu fördern, führt die Fokusgruppe die Einführung einer pflegerischen Schichtleitung an. Diese übernimmt Aufgaben, welche denen einer Primary Nurse oder eines Case Managers nahekomen (vgl. Transkription, Zeile 373-376). Daneben beschreiben bzw. bestätigen alle Fokusgruppenteilnehmer, dass Respekt und Anerkennung für die jeweilig andere Profession Grundvoraussetzung für die Veränderungen nach dem KoPM-Modell sind (vgl. Transkription, Zeile 26, 28, 30, 496-497).

5 Diskussion

Die Diskussion verfolgt die Einordnung und kritische Betrachtung der erhaltenen Ergebnisse aus der qualitativen Forschungsmethode. Ziel ist es, die Unterfragen der Forschungsfrage zu beantworten und damit eine schlüssige Antwort auf die Forschungsfrage zu liefern. Die Diskussion gliedert sich dabei nach den jeweiligen Unterpunkten der Kategorien, welche den ersten drei Unterfragen zuzuordnen sind: (I) Interprofessionalität und Bestandteile idealisierter Zusammenarbeit, (II) interprofessionelle Kommunikation, (III) integrierte Versorgung. Die fünfte Unterfrage, welche die Akzeptanz und Relevanz des KoPM-Modells umfasst, kann aus den zuvor interpretierten und bewerteten Informationen heraus beantwortet werden.

Neben der Bewertung der Ergebnisse, steht auch die Reflektion der Anwendung der qualitativen Forschungsmethode im Vordergrund. Die Überprüfung folgt den Gütekriterien von Steinke (2015), wonach folgende Kriterien genauer zu betrachten sind: (IV) intersubjektive Nachvollziehbarkeit, (V) Indikation des Forschungsprozesses, (VI) empirische Verankerung, (VII) Limitationen.

(I) Interprofessionalität und Bestandteile idealisierter Zusammenarbeit:

Die Ergebnisse der Fokusgruppe benennen Respekt, Anerkennung und das Begegnen auf Augenhöhe als Grundvoraussetzung für interprofessionelles Zusammenarbeiten. Darüber hinaus sind direkte Kommunikation und die Abstimmung von Zielen laut der Fokusgruppe wesentlich. Das deckt sich mit den Erkenntnissen nach Antoni (2010), wonach abgestimmte Ziele und offene Kommunikation die wesentlichen Faktoren für gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit sind. Die Studie von Meyer-Kühling et al. (2015) untersucht die Verbesserung der Kommunikation von Ärzten und Pflegenden. Ein Ergebnis der Datenerhebung ist, dass sich ein Großteil der Ärzte nach einem klareren Informationsaustausch mit der Pflege sehnt (vgl. Meyer-Kühling et al., 2015, S. 281). Dieses Bedürfnis spiegelt auch die Fokusgruppendifkussion wieder. Ferner schreibt Zakrisson et al. (2016) Pflegekräften eine Schlüsselrolle bei der Gestaltung von Kommunikation zu. Jedoch muss hierbei beachtet werden, dass beide Professionen aufgrund unterschiedlicher Ausbildung auch unterschiedlich kommunizieren. Nach den Erkenntnissen von Foronda et al. (2016) kollidiert die objektive und kognitive Betrachtungsweise der Ärzte mit der hollistischen bzw. ganzheitlichen Sichtweise der Pflegekräfte. Um wirklich auf Augenhöhe zu kommunizieren, ist folglich gegenseitiges

Vertrauen notwendig. Eine weitere Ebene der interprofessionellen Kommunikation, welche nicht von der Fokusgruppe angeführt wird ist, dass jede Profession einen eigenen Fachjargon besitzt. Somit kann laut Ellison (2015) bereits unterschiedliche Fachsprache eine ineffektive Kommunikation hervorrufen. Des Weiteren beschreibt die Fokusgruppe, dass Fehlkommunikation zu Diskontinuitäten in der Versorgung führen kann. Ellison (2015) bestätigt dieses Ergebnis, da sie aufzeigt, dass fehlerhafte Kommunikation eine Hauptursache für schlechte Versorgung ist. Außerdem hat nach Rosenstein & Naylor (2012) disruptives Verhalten bei der Kommunikation einen nachteiligen Einfluss auf die Patientenversorgung. Darüber hinaus ergeben sich aus der Fokusgruppe keine Informationen zum Einfluss von akademisierten Pflegekräften sowohl auf die Kommunikation zwischen den Professionen, als auch auf die interprofessionelle Zusammenarbeit. Das lässt vermuten, dass die Aufgaben und Rollen, welche akademisierte Pflegekräfte ausführen können, noch nicht Teil des Denkens der auf Station arbeitenden Personen sind. Allerdings liefert Kilpatrick (2013) in diesem Zusammenhang eine spannende Erkenntnis über die Rolle von akademisierten Pflegekräften auf die Effektivität des Versorgungsprozesses. Vor allem nehmen akademisierte Pflegekräfte laut Kilpatrick (2013) eine koordinierende und vermittelnde Position zwischen den am Versorgungsprozess beteiligten Personen ein und ermöglichen damit die Integration der verschiedenen Sichtweisen hin zu einer gemeinsamen Problemlösung. Abschließend benennen die Diskussionsteilnehmer, dass die rechtzeitige Delegation von Aufgaben eine zentrale Rolle spielt. Die Fokusgruppe zieht dabei nicht in Betracht pflegerische Kompetenzen auszuweiten, obwohl Zeitverzögerungen bei der Medikamentenanordnung oder Therapieentscheidungen so reduziert werden könnten. An diesem Punkt schließen sich die Ergebnisse von Dreier et al. (2012) an, die die Erweiterung pflegerischer Kompetenzen als wichtiges Element zukunftsfähiger und effizienter Versorgung sehen. Schon Igl (2008) sieht in verstärkter Substitution die Möglichkeit Teambuilding zu fördern sowie die Entlastung der Ärzte, aber auch die Motivation qualifizierter Pflegekräfte zu steigern. Der Sachverständigenrat (2007) merkt darüber hinaus an, dass durch die Neuordnung der Aufgaben und Prozesse eine flexiblere Versorgung möglich wird. Folglich stellt sich auch hier die Frage, warum die an der Fokusgruppe beteiligten Pflegekräfte nicht eine stärkere Kompetenzerweiterung einfordern. Damit muss man festhalten, dass die Vorstellung über idealisierte Zusammenarbeit von Ärzten und Pflegekräften zwar im Bereich der Kommunikation den Anforderungen des KoPM-Modells zu direkterer Kommunikation gerecht werden. Jedoch werden stärkere Substitution und Delegation nicht als relevante Größen zukunftsfähiger Versorgung in der Fokusgruppe

benannt. Das zeigt, dass der Prozess der Neuverteilung von Aufgaben zwischen Pflege und Medizin noch nicht weit fortgeschritten ist und somit noch kaum Anklang in der Praxis gefunden hat (vgl. Dreier et al., 2015, S. 294). Folglich besteht Handlungsbedarf, denn das aktive Praktizieren interprofessioneller Zusammenarbeit kann der Schlüssel zu besserer Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit eines Unternehmens, aber auch zu höherer Zufriedenheit von Patienten, Ärzten und Pflegekräften sein (vgl. Dahlgard, 2010; Hillewerth et al., 2021; Schärli et al., 2017).

(II) Interprofessionelle Kommunikation:

Die Unterfragen zwei und drei beziehen sich beide auf Prozesse der interprofessionellen Kommunikation. Die Unterfrage zwei adressiert dabei die Voraussetzungen für die Umsetzung interprofessioneller Visiten. Während die dritte Unterfrage vor allem nach weiterführenden Möglichkeiten des interprofessionellen Austausches fragt.

Aus den Ergebnissen der Fokusgruppe heraus begründet sich die Notwendigkeit für interprofessionelle Visiten eindeutig. Der erweiterte Informationsaustausch wird als enorm wichtig identifiziert, um patientenbezogene Ressourcen richtig einzuschätzen und effizient nutzen zu können. Diese Ableitungen aus der Fokusgruppe decken sich mit den Erkenntnissen von Bunkenborg et al. (2013), wonach interprofessionelle Visiten die Basis für gelingende interprofessionelle Kommunikation sind. Auch Shaughnessy & Jackson (2015) stellen in ihrer Untersuchung fest, dass rund 90% der Pflegekräfte den verbalen Abgleich des Versorgungsplans als Verbesserung der Versorgungsqualität wahrnehmen. Die interessante Auseinandersetzung bezieht sich auf die in der Fokusgruppe angeführten Hindernisse für die Durchführung interprofessioneller Visiten. Der Fakt, dass der Fachkräftemangel vor allem auf Seiten der Pflege eine Teilnahme an der Visite verhindern soll, ist schwer zu glauben. Über eine gemeinsame Visite sollten Kommunikationsfehler verhindert, Arbeitsabläufe optimiert und letztlich Zeit pro Patient gespart werden können. Daran schließen Shaughnessy & Jackson (2015) an, indem sie über eine mixed-methods-Studie ermitteln, dass gemeinsame Visiten Kommunikationsfehlern vorbeugen. Es ergibt sich ein positiver Rückkopplungseffekt, da die Durchführung interprofessioneller Visiten durch die Zeitersparnis aufgrund geringerer Fehlerzahlen ermöglicht wird. Als ein weiterer Faktor für die effektive Gestaltung von Visiten kann das Lesen der pflegerischen und ärztlichen Dokumentation angesehen werden. Um ärztliche und pflegerische Dokumentation näher zusammenzubringen, wäre einerseits die Einführung

eines gemeinsamen Dokumentationsfensters innerhalb der Dokumentationssoftware Orbis denkbar. Allerdings ist die Entwicklung und Etablierung teuer. Eine weitere mögliche Maßnahme kann in diesem Zusammenhang die Entwicklung eines interprofessionellen Übergabeblasses sein. Dieses exportiert ärztliche und pflegerische Daten in eine gemeinsame Tabelle und ermöglicht so zeitgleich die Übersicht über den medizinischen Behandlungsverlauf, als auch über die Pflegeprobleme des Patienten. Für die Umsetzung dessen wäre ein Projekt mit der EDV-Abteilung des Krankenhauses notwendig. Neben dem Argument des Personalmangels wird der vorhandene Zeitmangel angesprochen. Rational betrachtet, kann auch dieses Argument teilweise entkräftet werden, da eine Pflegekraft, die Visite nur in dem Bereich in dem sie Patienten betreut, begleiten muss. Angenommen, die Station 2a ist voll belegt, dann bedeutet das, dass drei Pflegekräfte für 30 Patienten da sind. Daraus folgt, dass jede Pflegekraft zehn Patienten betreut und damit bei zehn Patienten die Visite begleiten muss. Wenn die Visite im Schnitt pro Patient rund fünf Minuten dauert, dann muss jede Pflegekraft rund 50 Minuten für die Visite aufwenden. In der Fokusgruppe wird zeitgleich gesagt, dass in der Regel zwischen zehn und elf Uhr ein zeitlicher Puffer von einer Stunde existiert. Folglich erscheint die tägliche Begleitung der Visite möglich. Ein weiteres Hindernis soll das Stattfinden zweier Visiten sein. Allerdings kollidieren der Ablauf der gefäßchirurgischen und der internistischen Visite nur selten, da die gefäßchirurgische Visite gegen sieben Uhr und die internistische Visite erst gegen acht Uhr beginnt. Daher kann auch dieser Hindernisgrund egalisiert werden. Im Gegensatz dazu kann das Argument, dass bedingt durch die Betreuung einer Vielzahl von schweren Pflegefällen ein Begleiten der Visite nicht immer möglich ist, verifiziert werden. Dem kann jedoch über die Einplanung von zusätzlichen Arbeitskräften im Frühdienst entgegengewirkt werden. Dem Fakt, dass an den OP-Tagen Montag, Donnerstag und Freitag durch den Mehraufwand die Durchführung einer interprofessionellen Visite gefährdet ist, sollte ebenso durch eine Anpassung des Dienstplans im Frühdienst begegnet werden können. Alles in Allem ist die interprofessionelle Visite nach dem KoPM-Modell gut umsetzbar. Die langfristige Etablierung bedarf einer schleichenden Integration in den Alltag, um allen beteiligten Personen den Mehrwert und Notwendigkeit aufzuzeigen. Die Anforderungen zur Umsetzung sind gering. Festgelegte Visitenzeiten, eine klar strukturierte Visite und kleine Modifikationen des Dienstplans im Frühdienst sind nötig, um eine Durchführung möglich zu machen.

Neben der interprofessionellen Visite diskutiert die Fokusgruppe die Ausführung von interprofessionellen Übergaben als Alternative des interprofessionellen Dialogs. Die

Ergebnisse der Fokusgruppe zeigen auf, dass eine interprofessionelle Übergabe den Informationsaustausch verbessern kann, sich aber im Gegenzug deren Umsetzung in der Praxis schwierig gestaltet. Idealerweise finden laut Shaughnessy & Jackson (2015) Übergaben in einer strukturierten und ruhigen Umgebung statt. Diese ruhige Umgebung ist schwierig realisierbar. Allein die Anzahl der an der Übergabe beteiligten Personen verhindert eine übersichtliche Situation. Im Frühdienst wären mindestens vier Pflegekräfte und drei Ärzte aus Tag- und Nachdienst beteiligt sowie zusätzliche Personen wie Hilfskräfte oder Auszubildende. Des Weiteren muss angezweifelt werden, ob bei so vielen an der Übergabe beteiligten Personen sich die Gespräche ausschließlich auf fachliche Komponenten beschränken. Richtigerweise identifiziert die Fokus-gruppe auch die Dienstplanstruktur als problematisch. Um eine interprofessionelle Übergabe zu ermöglichen, wäre eine umfassende Anpassung der Dienststrukturen von Ärzten und Pflegekräften notwendig. Entweder müsste der Dienstbeginn der Ärzte vorverlegt oder der Dienstbeginn der Pflegekräfte nach hinten verlegt werden. Diese Änderungen hätten sowohl auf andere Klinikbereiche wie den OP-Saal Einfluss, als auch auf die direkten stationären Prozesse. Der Einfluss auf andere Klinikbereiche sowie die stationären Prozesse selbst begründet sich aus der Änderung der gesamten Tagesstrukturen in Folge der Ausweitung der Übergabe. Eine Umwälzung des Dienstplans erfordert eine übergreifende intersektorale Prozessanpassung, da nahezu alle Bereiche, die mit der Station 2a kooperieren sich den veränderten Strukturen anpassen müssten. Daher erscheint die Einführung interprofessioneller Übergaben auf einer einzigen Station als wenig sinnvoll. Folglich können interprofessionelle Übergaben nur Bestandteil einer auf das gesamte Krankenhaus ausgeweiteten Veränderung nach dem KoPM-Modell sein.

Die ebenfalls im Zusammenhang mit der Gestaltung interprofessioneller Visiten und Übergaben stehende stärkere Einbindung von Auszubildenden muss als langfristiges Projekt gesehen werden. Es gibt bereits einige Pilotprojekte in Deutschland, wie die Heidelberger Interprofessionelle Ausbildungsstation (HIPSTA), die den Gedanken des Austausches auf Augenhöhe bereits in der Ausbildung trainieren und etablieren (vgl. Heeser, 2021, S. 91). Somit sollte die Einbindung von Schülern in die interprofessionelle Visite gefördert werden, um bereits in der Ausbildung die wichtige Rolle von Pflegenden im Behandlungsprozess zu verdeutlichen. Außerdem kann so die Attraktivität des Krankenhauses gesteigert werden. Darüber hinaus können Auszubildende, welche von Anfang an die Notwendigkeit interprofessionellen Dialogs erlernen, als wichtige Stakeholder für die langfristige Etablierung des KoPM-Konzeptes dienen.

(III) Integrierte Versorgung:

Nach dem KoPM-Modell ist eine Grundvoraussetzung für die mögliche Umsetzung integrierter Versorgung das Bilden von sogenannten pflegerisch-ärztlichen Bezugsteams. Dieses Behandlungsteam verantwortet die Versorgung zu gleichen Teilen (vgl. Dahlgaard et al., 2016, S. 138). Dieser Punkt ist auch ein wesentliches Thema der Diskussion in der Fokusgruppe gewesen. Die Einordnung der Ergebnisse aus der Fokusgruppe ist schwierig, da zunächst die durch das KoPM-Modell vorgegebenen Strukturen auf ihre Relevanz untersucht werden müssen. Ein Haupthindernis für reine Bezugsteams ist die arbeitsrechtliche Lage. Danach ist eine 24-Stunden-Betreuung durch ein ärztliche-pflegerisches Team nicht möglich. Des Weiteren gestaltet sich die praktische Exekution von Bezugspflege nicht einfach. Die eindeutige Zuweisung von Patienten zu einem konkreten Bezugsteam korreliert nicht automatisch mit der Aufteilung von Patientenzimmern bzw. dem Vorhandensein von freien Betten. So kann es dazu kommen, dass Patientenzimmer mit drei Betten durch drei unterschiedliche Pflegekräfte betreut werden. Die Folge wären häufigere Zimmerwechsel der Patienten, um eine klare Aufteilung zu schaffen und Arbeitsabläufe so zu optimieren. Hinzukommt der grundsätzlich höhere Personalaufwand, der sich damit durch die Einführung der Bezugspflege ergibt. Ein pflegerisch-ärztliches Kernteam kann nur dann effektiv zusammenarbeiten, wenn zu jedem Zeitpunkt gemeinsam agiert werden kann. Somit ist es gerade im Frühdienst nötig, dass in etwa gleich viele Ärzte und Pflegekräfte geplant werden. Das zweite Problem liegt darin, dass zwischen 15/16 Uhr und 7 Uhr, also im Spät- und Nachtdienst kein Stationsarzt anwesend ist. In dieser Zeit betreut der internistische Hausdienst alle internistischen Patienten auf Normalstationen und in der Notaufnahme allein. Ein Hand-in-Hand Arbeiten im Sinne eines Kernteams nach KoPM ist so ausgeschlossen. Darüber hinaus verlangt eine strukturelle Änderung nach dem KoPM-Konzept auch eine hohe dichte an akademisierten bzw. hochqualifizierten Pflegekräften.

Hieran schließen sich die Ergebnisse der Fokusgruppe zum Thema interprofessioneller Aufnahme- und Entlassungsprozesse an. Danach sehen sowohl Ärzte und Pflegekräfte eine Neustrukturierung dieser Prozesse als unnötig an. Daraus können zwei Schlussfolgerungen abgeleitet werden:

- das Selbstverständnis der Pflege als wichtige Profession im Zusammenhang mit der Erstellung einer pflegerischen Aufnahmediagnose ist nicht gegeben
- Ärzte sehen Pflegediagnosen als weniger wichtig an und fordern nicht die Erhebung dieser in einem gemeinsamen Aufnahmeprozess

Das deckt sich mit den Erkenntnissen der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2017), dass Mediziner häufig aus ihrem beruflichen Selbstverständnis heraus die Deutungshoheit beanspruchen. Allerdings ist diese Sichtweise veraltet. Die Ergebnisse von Hillewerth et al. (2021) stellen heraus, dass interprofessionelle Anamnesen positive Wirkung auf das Zeitmanagement und damit den Informationsaustausch haben. Weiter steigert die gemeinsame Anamnese die Effizienz von Prozessen und damit letztlich sowohl die Patienten-, als auch die Mitarbeiterzufriedenheit (ebd., S. 111). Laut Schmitz et al. (2020) kann gegenseitiges Vertrauen durch das Wahrnehmen der unterschiedlichen Sichtweisen und der damit verbundenen Akzeptanz der jeweiligen professionsspezifischen Bereiche gesteigert werden. Somit muss die Position der Fokusgruppe, dass interprofessionelle Aufnahmeprozesse nicht notwendig sind, revidiert werden. Interprofessionelle Aufnahmeprozesse haben einen großen Mehrwert für die interprofessionelle Zusammenarbeit im klinischen Alltag. Allerdings sind Vertrauen und Bereitschaft zur Zusammenarbeit notwendig. Daneben müssen die Versorgungsstrukturen so angepasst werden, dass die Aufnahme medizinischer und pflegerischer Probleme in der Notaufnahme gleichwertig erfolgt.

Die Übertragung administrativer Verantwortung auf Pflegekräfte nach dem Vorbild Primary Nursing ist hochkomplex. Der Bedarf zur Kompetenzerweiterung und stärkeren Beteiligung der Pflege an der Entscheidung über Versorgungsleistungen wird in der Fokusgruppe als wichtig angesehen und auch begründet. Jedoch können auch die von der Fokusgruppe benannten Probleme bei der Umsetzung bestätigt werden. Die ausbaufähige Vernetzung der Funktionsdiagnostik mit den Stationen ist ein Grund für die schwierige Umsetzung. Durch die Selbstverwaltung der Bereiche ist die Planung von zeitlich für die Station sinnvollen Abläufen nur durch Zufall möglich. Allerdings muss man beachten, dass viele Stationen gleichzeitig ähnliche Untersuchungen anmelden und die Kapazitäten bei der Durchführung begrenzt sind.

Somit ist von vornherein klar, dass nicht jede Versorgungsleistung zu einem idealen Zeitpunkt stattfinden kann. Daher ist vor allem der Ausbau der Flexibilität in der Versorgung notwendig. In diesem Zusammenhang stellt das Bereichspflegekonzept ein starres System dar, welches auf Veränderungen nur schwer reagieren kann. Da Pflegekraft und Arzt weniger eng kooperieren als in der Bezugspflege, ist die Reaktion auf Situationsänderungen schwieriger als in einem flexibel orientiertem Kernteam, welches schnell und einfach auf veränderte Situationen reagieren und den Pflegeplan modifizieren kann, sodass ein effizienter Ablauf gewahrt wird. Dass die Übernahme von planerischer Verantwortung laut der Fokusgruppe durch den hohen Arbeitsaufwand verhindert wird, wirkt wie eine Ausrede. Die effizientere und flexiblere Tagesplanung durch Ärzte und Pflegekräfte gemeinsam kann die benötigte Zeit für einzelne Arbeitsschritte optimieren und damit den Rahmen für eine Kompetenzerweiterung der Pflege schaffen.

Außerdem führen die Diskussionsteilnehmer an, dass es Zufälle gibt, die eine vollständig abgestimmte Versorgung verhindern. Diesem Argument muss teilweise recht gegeben werden, denn der Einfluss des Zufalls lässt sich nicht vollständig eliminieren. Auf das Auftreten von Zustandsänderungen von Patienten oder die plötzliche Aufnahme kann nur bedingt Einfluss von Außen genommen werden. Allerdings besteht die Möglichkeit gewisse Eventualitäten zu berücksichtigen und diese planerisch abzusichern. So kann über eine erweiterte Personaldecke der Einfluss von Zufällen reduziert werden. Vor allem im Frühdienst ist es wichtig, dass genug Personal vorhanden ist, um einen weitgehend reibungslosen Tagesverlauf zu sichern.

Die Unterfrage, ob die Umsetzung von Bestandteilen integrierter Versorgung auf einer internistischen Station eines Krankenhauses der Grund- und Regelversorgung möglich ist, kann bejaht werden: Es besteht sowohl die Möglichkeit dazu und es ist auch das Verständnis für die stärkere Zusammenführung von Ärzten und Pflegekräften vorhanden. Auf der Kehrseite hingegen zeigt sich, dass das fehlende Qualifikationsniveau von Pflegekräften eine direkte Einführung der strukturellen Organisation und die Bereitschaft der Ärzte zur Abgabe von Kompetenzen wesentlich behindert. Deshalb muss zunächst die Weiterbildung von Pflegekräften erfolgen, um eine Basis für die Erweiterung pflegerischer Kompetenzen zu schaffen. Außerdem kann mit Hilfe der Weiterbildung das Rollenverständnis der Pflegekräfte gestärkt und damit die Wichtigkeit dieser Profession weiter herausgehoben werden. Die strukturellen Änderungen betreffen vor allem die intersektorale Verknüpfung, aber auch die Ebene der Station selbst. Eine Zusammenlegung von ärztlichem und pflegerischem Dienstplan in einem

Programm kann als Übergangslösung für die Entwicklung hin zur Bezugspflege dienen. Sowohl im ärztlichen als auch pflegerischen Dienstplan wäre denkbar, dass es ein System des Wochenwechsels gibt, sodass Pflegekräfte und Ärzte eine Woche Frühdienst und eine Woche freie Dienstzuteilung im Wechsel haben. Somit könnte gewährleistet werden, dass zumindest wochenweise Bezugsteams gebildet werden. Letzlich ist integrierte Versorgung ein wichtiger Bestandteil zukunftsfähiger Versorgung. Eine Einführung von heute auf morgen ist undenkbar. Über kleine Schritte und Anpassungen kann langfristig eine Entwicklung hin zu mehr integrierter Versorgung erfolgen.

Die Akzeptanz des KoPM-Modells mit seinem Fokus auf die Verbesserung interprofessioneller Kommunikation sowie die Durchführung integrierter Versorgung ist gegeben. Die Experten sowohl der ärztlichen als auch der pflegerischen Seite akzeptieren das Modell und begrüßen eine Neuordnung der Strukturen nach diesem. Die angeregte Diskussion über die Etablierung von neuen Formen und Verbesserung bestehender Formen des interprofessionellen Austausches zeigt, dass KoPM als relevantes Konzept akzeptiert wird. Dennoch erkennen alle Diskussionsteilnehmer richtigerweise viele Probleme und Hindernisse, die die Umsetzung beeinflussen.

Alles in Allem kann die Forschungsfrage, unter welchen Voraussetzungen KoPM in der Lage ist, die Zusammenarbeit in der Kardiologie zu fördern, mit einer Liste von Lösungsansätzen und Vorschlägen beantwortet werden:

- (1) Der gegenseitige Respekt, Augenhöhe und die Bereitschaft zur Kooperation ist die Grundvoraussetzung für eine Änderung nach dem KoPM-Modell.
- (2) Die Veränderung der Dienstplanstruktur hin zu einem gemeinsamen ärztlichen und pflegerischen Dienstplan kann den Prozess der Transformation weg von der Bereichspflege hin zu einem ärztlich-pflegerischen Bezugsteam ermöglichen. Des Weiteren kann über die Neuverteilung von Hilfskräften und Auszubildenden das Stattfinden einer interprofessionellen Visite ermöglicht werden.
- (3) Personal- und Zeitmangel können als wesentliche Faktoren ausgeschlossen werden, da durch die effizientere Gestaltung der Arbeitsabläufe Zeit und Arbeitskraft gespart werden kann.
- (4) Die Qualifikation der Arbeitskräfte, vor allem der Pflegekräfte, spielt eine wesentliche Rolle in der langfristigen Entwicklung einer Versorgungsstruktur nach dem KoPM-Modell. Die

Position der Auszubildenden ist für eine langfristige Veränderung entscheidend. Deshalb sollten Auszubildende in den Visitenprozess integriert werden. Darüber hinaus bedarf es einer stärkeren Weiterbildung der Pflegekräfte in Bezug auf Selbstverständnis und Kompetenzerweiterung. In diesem Zusammenhang sollte über Case Management oder Primary Nurse Ausbildungen nachgedacht werden.

(5) Eine weitere Voraussetzung sollte die Vereinheitlichung der Fachsprache sein, sodass kommunikative Barrieren zwischen den Berufsgruppen verkleinert und das gegenseitige Verständnis gestärkt wird.

Die wichtigste Voraussetzung ist allerdings die krankenhaushübergreifende Veränderung. Eine nachhaltige und sinnvolle Veränderung im Sinne des KoPM-Modells kann nur dann gelingen, wenn auf allen Ebenen des Krankenhauses Veränderungen angestoßen und gelebt werden.

(IV) Intersubjektive Nachvollziehbarkeit:

Die intersubjektive Nachvollziehbarkeit ergibt sich aus der transparenten Dokumentation des Forschungsprozesses und der Anwendung kodifizierter Verfahren zur Sicherstellung methodischer Regelgeleitetheit bei der Analyse von Daten. Außerdem kann Intersubjektivität sowie Nachvollziehbarkeit durch diskursive Interpretation der Daten mit Hilfe von Gruppen geschehen (vgl. Steinke, 2015, S. 325 f.). Der vorliegende qualitative Forschungsprozess ist transparent dokumentiert. Die Auswahl der Forschungsmethode und der Teilnehmer ist begründet. Alle an der Fokusgruppe beteiligten Personen haben freiwillig teilgenommen und der Aufnahme dieser zugestimmt. Die Akquise der Teilnehmer ist ausführlich beschrieben und dargestellt worden. Zusätzlich hat der Betriebsrat und Chefarzt der inneren Klinik der Durchführung zugestimmt. Daneben sind die Rahmenbedingungen der Fokusgruppe ausführlich beschrieben worden. Der Leitfaden dem die Fokusgruppendifkussion folgt, ist im Anhang der Arbeit einsehbar. Somit ist die Erhebungsmethode und der Erhebungskontext gegeben und nachvollziehbar. Die Auswahl der Analysemethode der Daten ist ebenfalls begründet. Eine qualitative Inhaltsanalyse, welche den Fokus auf den Inhalt und nicht die Beobachtung der Diskusstelnehmer richtet, ist sinnvoll, da nicht die Reaktionen untersucht, sondern die Gültigkeit und Umsetzbarkeit des KoPM-Modells überprüft werden soll. Daher ist die Transkription mittels Standardorthographie erfolgt, da ausschließlich der Inhalt im Fokus steht. Die weitere Nachvollziehbarkeit der Durchführung der Forschung basiert auf der Einhaltung und Berschreibung der Regeln zur Durchführung einer Fokusgruppendifkussion nach

Bohnsack (2015). Die Erarbeitung der Ergebnisse folgt den Regeln zur Durchführung einer zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2015). Alles in Allem ist so die Nachvollziehbarkeit der Forschung und der daraus ableitbaren Ergebnisse gegeben.

(V) Indikation des Forschungsprozesses:

Die Indikation des Forschungsprozesses prüft die Angemessenheit der verwendeten Forschungsmethoden in Bezug zum Forschungsgegenstand. Ziel der qualitativen Forschung ist es, über Experten aus den Professionen der Ärzte und Pflegekräfte die Anwendbarkeit und Relevanz des KoPM-Modells auf einer internistischen Station zu prüfen. Um in diesem Zusammenhang einen möglichst breiten Diskurs zu erhalten, ist die Methode der Fokusgruppe ausgewählt worden. Diese Methode ermöglicht es vier Experten aus der Pflege und der Ärzteschaft zusammenzubringen. Weiter begründet sich die Auswahl der Methode der Fokusgruppe in der Möglichkeit eine freie Diskussion zu führen, die weder die Zahl der Redebeiträge, noch die Länge dieser vorschreibt. Somit haben alle Teilnehmer die Möglichkeit ihre Gedanken und Argumente frei zu entfalten und aus vielfältigen Richtungen über Probleme der Umsetzbarkeit und die Relevanz des Modells zu diskutieren.

(VI) Empirische Verankerung:

Empirische Verankerung ergibt sich durch die Diskussion der Relevanz und Akzeptanz des Modells. Die Diskussionsteilnehmer begründen den Forschungsbedarf und die damit einhergehende Notwendigkeit der Durchführung von Versorgungsforschung selbst, indem einzelne Bestandteile des Modells als notwendig angesehen werden, um zukünftig interprofessioneller und bedarfsgerechter zusammenzuarbeiten. Somit ist einerseits eine kommunikative Validierung möglich. Andererseits kann das KoPM-Modell als relevantes Modell für zukünftige Versorgung verifiziert werden. Jedoch kann auch mit Hilfe der Ergebnisse ein Teil des KoPM-Modells in seiner direkten Anwendbarkeit falsifiziert werden. Für eine direkte Umsetzung sind weitreichende strukturelle Anpassungen notwendig.

(VII) Limitationen

Des Weiteren sind die Ergebnisse dieser qualitativen Untersuchung stark limitiert. Die Untersuchung bezieht sich ausschließlich auf die Gegebenheiten des ELK Radebeul. So sind die Ergebnisse im Rahmen des ELK Radebeul verallgemeinerbar. Jedoch ist eine Anwendbarkeit der Ergebnisse auf andere Krankenhäuser nicht möglich, da andere personelle, strukturelle und organisatorische Rahmenbedingungen existieren. Hinzukommt, dass die Ergebnisse lediglich aus dem internistischen Klinikbereich heraus diskutiert worden und somit der Bezug auf das gesamte ELK Radebeul ebenfalls schwerfällt.

6 Zusammenfassung und Ausblick

Die vorliegende qualitative Untersuchung der Voraussetzungen, nach denen KoPM ein relevantes Konzept für die Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegekräften sein kann, liefert in erster Linie das Ergebnis, dass es kein „Weiter so“ geben kann. Es besteht grundlegender Handlungsbedarf gepaart mit der Bereitschaft zur Neuordnung der Versorgungsstrukturen und -prozesse.

Auf den in der Fokusgruppe ausführlich diskutierten Vorschlägen kann aufgebaut werden. Diese kleinen Ansätze zu Veränderungen zeigen, dass KoPM akzeptiert und als relevantes Konzept eingestuft wird.

Auf der einen Seite muss die tatsächliche Veränderung der praktischen Abläufe im Sinne des KoPM-Modells mit Hilfe eines Praxisprojektes getestet und in Folge weiter erprobt werden. Dazu kann die Bildung einer Arbeitsgruppe sinnvoll sein, welche sich mit der Umsetzung einiger angeführter Punkte auseinandersetzt.

Auf der anderen Seite ist die Studienlage zu KoPM speziell bezogen auf die Versorgungsforschung im Krankenhaus dünn. Es gibt nur wenige Untersuchungen die evident darlegen, dass interprofessionelle Kommunikation der Schlüssel zu einer effizienteren Versorgung sein kann und dies unter Einbezug von Personen aus der Ärzteschaft und Pflege überprüfen. Diese qualitative Untersuchung zeigt, dass Ärzte und Pflegekräfte gewillt sind Veränderungen voranzutreiben. Darüber hinaus liefert diese Arbeit das Ergebnis, dass KoPM kein Konzept ist, welches begrenzt auf eine Station angewendet werden kann. Es fordert ganzheitliche Veränderungen.

Der nächste Schritt in der Versorgungsforschung ist die Einführung der diskutierten Maßnahmen im ELK Radebeul über ein Pilotprojekt und die anschließende Befragung der beteiligten Ärzte und Pflegekräfte sowie der Patienten zur Zufriedenheit und Wahrnehmung der Versorgungsqualität über einen standardisierten Fragebogen. Diese Methode kann mit der quantitativen Erhebung von Behandlungsfehlern verbunden werden. Die daraus ermittelten Ergebnisse könnten Aufschluss über die tatsächliche Wirksamkeit von KoPM geben. Letztlich kann man festhalten, dass die Versorgungsforschung in Deutschland noch in den Kinderschuhen steckt und es weiterer wissenschaftlicher Modellprojekte bedarf, um Evidenz und Wissen über die Neustrukturierung von Versorgung zu generieren.

Literaturverzeichnis

Antoni, C. H. (2010). Interprofessionelle Teamarbeit im Gesundheitsbereich. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 104(1), 18–24. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2009.12.027>

Bär, G., Kasberg, A., Geers, S., & Clar, C. (2020). Fokusgruppen in der partizipativen Forschung. In S. Hartung, P. Wihofszky, & M. T. Wright (Hrsg.), *Partizipative Forschung* (S. 207–232). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-30361-7_7

Behrens, J., & Langer, G. (2010). *Evidence-based nursing and caring: Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung* (3., überarb. und erg. Aufl.). Bern: Hans Huber.

Bohnsack, R. (2015). Gruppendiskussion. In U. Flick, E. von Kardorff, & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung: Ein Handbuch* (11. Auflage, S. 369–384). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Bunkenborg, G., Samuelson, K., Åkeson, J., & Poulsen, I. (2013). Impact of professionalism in nursing on in-hospital bedside monitoring practice. *Journal of Advanced Nursing*, 69(7), 1466–1477. <https://doi.org/10.1111/jan.12003>

Collier, I. C., MacCash, K. E., Bartram, J. M., Georg, J., & Börger, H. (1998). *Arbeitsbuch Pflegediagnosen*. Wiesbaden: Ullstein Medical.

Dahlgaard, K. (2010). Verbesserung der teamorientierten Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegenden – Neue Chancen durch Prozessorientierung und erweiterte Aufgaben für Pflegende. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 104(1), 32–38. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2009.12.004>

Dahlgaard, K., Kopke, K., Sörensen, C., & Stratmeyer, P. (2020). Kooperatives Prozessmanagement in Zeiten des Fachkräftemangels—Die Quadratur des Kreises? In W. Hellmann, J. Schäfer, G. Ohm, K. Rippmann, & U. Rohrschneider (Hrsg.), *SOS Krankenhaus Strategien zur Zukunftssicherung* (1. Auflage, S. 34–47). Stuttgart: Kohlhammer.

Dahlgaard, K., & Stratmeyer, P. (2006a). *Kooperatives Prozessmanagement im Krankenhaus: Bd. 1 Das Konzept*. Neuwied, Köln, München: Wolters Kluwer.

Dahlgaard, K., & Stratmeyer, P. (2006b). *Kooperatives Prozessmanagement im Krankenhaus: Bd. 2 Prozessorganisation*. Neuwied, Köln, München: Wolters Kluwer.

Dahlgaard, K., & Stratmeyer, P. (2014a). Fallsteuerung im Krankenhaus: Effizienz durch Case-Management und Prozessmanagement (1. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.

Dahlgaard, K., & Stratmeyer, P. (2014b). Wie Ärzte und Pflegende besser zusammenarbeiten. Evaluationsbericht über das Forschungs- und Transfervorhaben „Entwicklung, Umsetzung und Evaluation eines kooperativen Organisationsmodells Pflege und Medizin im DRK-Krankenhaus Clementinenhaus Hannover (ECO: Expert Care Organization)“ (S. 133) [Evaluationsbericht]. Hamburg: KOPM-Zentrum der Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg.

Dahlgaard, K., Stratmeyer, P., & Sörensen, C. (2016). Verbesserte Kooperation zwischen Ärzten und Pflegenden—Strategische Potenziale für das Krankenhaus. In W. Hellmann, T. W. Beushausen, & J. Hasebrook (Hrsg.), Krankenhäuser zukunftssicher managen: Aufgaben definieren, Fachabteilungen stärken, Prozesse organisieren (1. Auflage, S. 132–149). Stuttgart: Kohlhammer.

Destatis. (2020). Pflegestatistik 2019. Statistisches Bundesamt (Destatis).

Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (Hrsg.). (2020). Case Management Leitlinien – Rahmenempfehlungen, Standards und ethische Grundlagen (2. Auflage). Heidelberg: Medhochzwei-Verlag.

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) e.V. (2016). Merkmale von Primary Nursing Eine Orientierung und Handlungshilfe zur Umsetzung der pflegerischen Organisationsform Primary Nursing. Berlin: Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) e.V.

Diemer, M. (2019). OP Management Struktur soll dem Prozess folgen. f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus (1), 32–35.

Dreier, A., Rogalski, H., Homeyer, S., Oppermann, R. F., Hingst, P., & Hoffmann, W. (2015). Erwartungen, Wünsche und Grenzen der künftigen Aufgabenteilung von Pflege und Medizin – Ergebnisse der Care-N Study M-V. *Pflege*, 28(5), 287–296. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000448>

Dreier, A., Rogalski, H., Oppermann, R. F., & Hoffmann, W. (2012). Delegation und Substitution spezifischer medizinischer Tätigkeiten als künftiger Versorgungsansatz. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 106(9), 656–662. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2012.10.001>

- Ellison, D. (2015). Communication Skills. *Nursing Clinics of North America*, 50(1), 45–57. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2014.10.004>
- Ewers, M. (2012). Interprofessionalität als Schlüssel zum Erfolg. *Public Health Forum*, 20(4). <https://doi.org/10.1016/j.phf.2012.09.009>
- Flick, U. (2019). *Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung* (9. Auflage). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Foronda, C., MacWilliams, B., & McArthur, E. (2016). Interprofessional communication in healthcare: An integrative review. *Nurse Education in Practice*, 19, 36–40. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2016.04.005>
- Görres, S. (2008). Hohe Pflegequalität durch mehr Kompetenz. *Die Schwester Der Pfleger*, 5, 447–449.
- Heeser, A. (2021). Rollenverteilung im Krankenhaus Interprofessionelle Visite: Kommunikation auf Augenhöhe. *Klinikmanagement aktuell*, Jg. 26(06), 90–92.
- Hillewerth, K., Schönbacher Marcar, C., Rettke, H., & van Holten, K. (2021). Erfahrungen bei der Anwendung einer interprofessionellen Anamnese im Krankenhaus: Eine qualitative Begleitstudie. *Pflege*, 34(2), 103–112. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000793>
- Igl, G. (2008). *Weitere öffentlich-rechtliche Regulierung der Pflegeberufe und ihrer Tätigkeit: Voraussetzungen und Anforderungen*. München: Urban & Vogel.
- Kilpatrick, K. (2013). How do nurse practitioners in acute care affect perceptions of team effectiveness? *Journal of Clinical Nursing*, 22(17–18), 2636–2647. <https://doi.org/10.1111/jocn.12198>
- Klie, T., & Monzer, M. (2008). Case Management in der Pflege: Die Aufgabe personen- und familienbezogener Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit und ihre Realisierung in der Reform der Pflegeversicherung. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 41(2), 92–105. <https://doi.org/10.1007/s00391-008-0534-y>
- Kollak, I., & Schmidt, S. (2016). *Instrumente des Care und Case Management Prozesses*. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-48085-4>
- Kowal, S., & O’Connell, D. C. (2015). Zur Transkription von Gesprächen. In U. Flick, E. von Kardorff, & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung: Ein Handbuch* (11. Auflage, S. 437–447). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

- Mayring, P. (2015). Qualitative Inhaltsanalyse. In U. Flick, E. von Kardorff, & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung: Ein Handbuch* (11. Auflage, S. 468–475). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Meyer-Kühling, I., Wendelstein, B., Pantel, J., Specht-Leible, N., Zenthöfer, A., & Schröder, J. (2015). Kommunikationstraining MultiTANDEM plus – Ein Beitrag zur Verbesserung der Kommunikation zwischen Pflegenden und Ärzten. *Pflege*, 28(5), 277–285. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000447>
- Neuffer, M. (2013). *Case Management: Soziale Arbeit mit Einzelnen und Familien* (5., überarbeitete Auflage). Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Nussbaumer, G. (2009). Case Management und prozessorientierte Pflege. In C. von Reibnitz (Hrsg.), *Case Management: Praktisch und effizient*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Rogalski, H., Dreier, A., Hoffmann, W., & Oppermann, R. F. (2012). Zukunftschance Pflege— Von der Professionalisierung zur Restrukturierung des Aufgabenfeldes. *Pflege*, 25(1), 11–21. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000166>
- Rosenstein, A. H., & Naylor, B. (2012). Incidence and Impact of Physician and Nurse Disruptive Behaviors in the Emergency Department. *The Journal of Emergency Medicine*, 43(1), 139–148. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2011.01.019>
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. (2007). *Kooperation und Verantwortung Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung*. abgerufen zuletzt am 15. Juli 2021 https://www.svrgesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2007/Kurzfassung_2007.pdf
- Schärli, M., Müller, R., Martin, J. S., Spichiger, E., & Spirig, R. (2017). Interprofessionelle Zusammenarbeit Pflegefachpersonen und Ärzteschaft: Eine Triangulation quantitativer und qualitativer Daten. *Pflege*, 30(2), 53–63. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000531>
- Schmitz, C., Atzeni, G., & Berchthold, P. (2020). Interprofessionelle Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung: Erfolgskritische Dimensionen und Fördermassnahmen. Zenodo. <https://doi.org/10.5281/ZENODO.3355205>
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (Hrsg.). (2017). *Die Praxis gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit*. Swiss Academies Reports 12 (2).

- Shaughnessy, L., & Jackson, J. (2015). Introduction of a new ward round approach in a cardiothoracic critical care unit: New Ward Round approach in cardiothoracic critical care. *Nursing in Critical Care*, 20(4), 210–218. <https://doi.org/10.1111/nicc.12149>
- Sottas, B. (2017). Die Diskurs- und Dialogfähigkeit der Pflege stärken – Plädoyer für mehr Systemdenken und Abschied von etablierten intra- und interprofessionellen Denkfiguren und Grenzen. *Pflege*, 30(3), 175–177. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000553>
- Stähli, M. L. (2017). „Pflege als Partner der Medizin auf Augenhöhe“. *Pflege*, 30(2), 103–104. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000539>
- Steinke, I. (2015). Gütekriterien qualitativer Forschung. In U. Flick, E. von Kardorff, & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung: Ein Handbuch* (11. Auflage, S. 319–331). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Störk, S., Peters-Klimm, F., Bleek, J., Ninic, R., & Klöss, A. (2021). Sektorübergreifende Versorgung bei Herzinsuffizienz. In J. Klauber, J. Wasem, A. Beivers, & C. Mostert (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2021* (S. 109–130). Berlin, Heidelberg: Springer Verlag. https://doi.org/10.1007/978-3-662-62708-2_7
- Stratmeyer, P. (2002). *Das patientenorientierte Krankenhaus: Eine Einführung in das System Krankenhaus und die Perspektiven für die Kooperation zwischen Pflege und Medizin*. Weinheim: Juventa-Verlag.
- Stratmeyer, P., & Düsenberg, A. (2010). *Das Krankenhaus im Wandel – Prozessorientierung im Krankenhaus*. In W. Hellmann, H.-W. Hoefert, & D. P. Wichelhaus (Hrsg.), *Ärztliche Karriere im Krankenhaus: Ein Leitfaden für die Übernahme von Führungsaufgaben*. Heidelberg: Medhochzwei-Verlag.
- Wendt, W. R. (2010). Care und Case Management. In K. Aner & U. Karl (Hrsg.), *Handbuch soziale Arbeit und Alter* (1. Aufl). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- World Health Organisation (Hrsg.). (2010). *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*. abgerufen zuletzt am 26. Juni 2021 von http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/en/
- Zakrison, T. L., Rosenbloom, B., McFarlan, A., Jovicic, A., Soklaridis, S., Allen, C., Schulman, C., Namias, N., & Rizoli, S. (2016). Lost information during the handover of critically injured trauma patients: A mixed-methods study. *BMJ Quality & Safety*, 25(12), 929–936.

<https://doi.org/10.1136/bmjqs-2014-003903>

Anhang

Tabelle 1 Aufhänger Fokusgruppe

Wissenschaftliche Gruppendiskussion / Fokusgruppe

Wer?:

- zwei Mitarbeiter des Pflorgeteams der inneren Klinik, Schwerpunkt Kardiologie
- zwei Mitarbeiter des ärztlichen Teams aus der inneren Klinik, Schwerpunkt Kardiologie

Was?:

- kurze Vorstellung (ca. 15min) des kooperativen Prozessmanagements (KOPM-Modell) als neues Modell der Organisation stationärer Prozesse
- anschließend findet ein halbstandardisiertes Experteninterview bzw. eine moderierte Gruppendiskussion statt

Ziele:

- Diskussion der Eignung, Akzeptanz und Relevanz des Modells für die innere Medizin, Schwerpunkt Kardiologie
- Ableitung von spezifischen Anforderungen für die Umsetzung des Modells im Bereich der Kardiologie
- Stärkung der Zusammenarbeit von Pflegekräften und Ärzten
- Delegation, Substitution und Kooperation von Aufgaben und Prozessen zwischen Ärzten und Pflegekräften im Sinne einer verbesserten patientenzentrierten, effizienten und effektiven Versorgung

Wann?:

- Anmeldung der Teilnahme bzw. des Interesses einer Teilnahme bis zum 11.06.2021
- genauer Termin der Durchführung wird in Rücksprache mit allen interessierten Personen festgelegt

Rahmen:

- Untersuchung im Rahmen einer Bachelorarbeit im Fach Pflege an der DIU Dresden International University

Kontakt:

Alain-Fabian Mendelsohn GKP,
Student für B.Sc. für Pflege

Tabelle 6 Leitfaden Fokusgruppe

Leitfaden Fokusgruppen-Diskussion

Datum: 17.06.2021, 12.45-14.30 Uhr

Ort: Meeting-Raum, 3. OG Hauptgebäude, ELBLANDKLINIKUM Radebeul,
Heinrich-Zille-Straße 13, 01445 Radebeul

Teilnehmer: Teamleitung Pflegebereich 2a
GKP + PA Station 2a
Assistenzarzt 1 Station 2a
Assistenzarzt 2 Station 2a

Einleitung:

- Danke für die Teilnahme
- Abgabe der Freiwilligkeitserklärung zur Teilnahme
- Bestätigung der Vertraulichkeit über die erhobenen Daten
- Zustimmung zur Aufzeichnung der Diskussion auf Tonband
- Gesprächsrahmen
 - > Diskussionsregeln
 - > Ablauf / Organisation / Frage-Antwort-Schema

Kurzes **Impulsreferat** (10-15min) zur Vorstellung des KOPM-Modells und Einführung in die Thematik mit Hilfe einer Präsentation.

Aufbau/ Schema der Diskussion:

- 1) Was verstehen Sie unter dem Begriff **Kooperation bzw. Zusammenarbeit**?
- 2) Welche Bedeutung besitzt **Interprofessionalität** für Sie und was verstehen Sie unter dem Begriff?
- 3) Wie stellen Sie sich die **eigene Zusammenarbeit** mit der ärztlichen bzw. pflegerischen Profession idealerweise vor?

Fokus auf das konkrete Modell:

- 4) Die **kooperative interprofessionelle Visite** bildet ein Hauptelement des Modells. Wie kann die Durchführung einer gemeinsamen Visite von Pflegekräften und Ärzten realisiert werden? Wie kann die Pflege aktiver eingebunden werden?

- 5) Das Bilden von **ärztlich-pflegerischen Bezugsteams** zur Sicherstellung einer kontinuierlichen Versorgung mit klaren Ansprechpartnern.
Ist das Bilden von klaren Bezugsteams realistisch? Was wäre für eine Umsetzung nötig?

- 6) Beteiligung der Pflege an der **Planung von Versorgungsleistungen**. Die Entscheidung, welche diagnostisch und therapeutischen Maßnahmen notwendig sind, trifft der Arzt. Aber die Planung und der Ablauf der jeweiligen Untersuchungen hat maßgeblich Einfluss auf die Arbeitsorganisation der Pflegekräfte. Warum nicht die Pflegekräfte entscheiden lassen, wann und wie Untersuchungen stattfinden sollen?
z.B. Planung von Entlassungszeiten, Röntgen, EKG...

- 7) Neuorganisation der **Aufnahme- und Entlassungsgespräche**. Aufnahme- und Entlassungsgespräche erfolgen gemeinsam durch Arzt und Pflegekraft. Wäre das umsetzbar? Gemeinsame Aufgabenplanung durch Pflegekraft und Arzt mit dem Ziel, Doppelinformation und Kommunikationsdefizite zu verhindern.

Abschluss Themen:

- 8) Würden Sie **persönlich** eine Umsetzung bzw. Neustrukturierung der Prozesse nach dem KOPM-Modell auf Station begrüßen?

- 9) Eine **Umsetzung** solcher Projekte fordert ein hohes Engagement aller Beteiligten.
Welche Hürden sehen Sie darüber hinaus für die Implementierung?

Abschließende Worte:

- Dank für die Teilnahme
- kurzer Ausblick, in welcher Form die Informationen zur Anwendung kommen

Tabelle 7 Transkription Fokusgruppe

Transkription Fokusgruppen-Diskussion

M ... Moderator A. Mendelsohn

P1... Teamleitung 2a

5 P2... GKP + PA 2a

A1... Assistenzarzt 1

A2... Assistenzarzt 2

Begrüßung durch Moderator / Klärung des organisatorischen Rahmens

10 Einholung der Einwilligung zur Teilnahme und Aufzeichnung der Gruppendiskussion

Beginn mit dem Impulsreferat zum KOPM-Modell

Überleitung zur Gruppendiskussion und Start der Aufnahme:

15 M: „Was verstehen Sie unter dem Begriff Zusammenarbeit beziehungsweise Kooperation?“

P1: „Naja, eben gemeinsam zusammen zu arbeiten.“

20 P2: „Genau.“

A1: „Das man mit der anderen Profession zusammenarbeitet, sodass es funktioniert und dass man sich gegenseitig ergänzt. Außerdem das man miteinander und nicht gegeneinander arbeitet.“

25

A2: „Es geht auch nicht ohne einander. Es ist immer ein Miteinander!“

P2: „Das man sich nicht als Gegner wahrnimmt und sich mit Respekt begegnet.“

30 A2: „Genau! Das Eine funktioniert nicht ohne das Andere.“

A1: „Man hat ja letztendlich auch das gleiche bzw. ähnliche Ziel, nämlich die Patienten gut zu betreuen und zu versorgen und gemeinsam gut zusammenzuarbeiten.“

35 M: „Danke für diese ersten Ausführungen. Wenn man an das Thema anknüpft, dann stellen sich zwei wesentliche Fragen: Welche Bedeutung besitzt Interprofessionalität für Sie? Was verstehen Sie unter dem Begriff Interprofessionalität?“

40 A2: „Na ähnlicher Ansatz. Das es für das Erreichen der gleichen Ziele verschiedene Herangehensweisen bedarf. Da hat jeder seine Profession, die er dann einbringt. Das kann man dann noch weiterspinnen. Da sind nicht nur wir, sondern das sind noch mehr Personen beteiligt, beispielsweise die Stationsassistenten, die Physiotherapeuten und so weiter.

45 Am schönsten ist es natürlich, wenn alle zusammenkommen. Dann entstehen aber auch Schnittstellen zwischen den Beteiligten. Wenn die Physiotherapie eine Information zum Beispiel nur an die Pflege oder nur an uns Ärzte weitergibt, kann das zu Problemen oder Fehlern kommen. Wichtig ist, dass dann jede Disziplin, also mehr als zwei, untereinander Informationen teilen. Das finde ich manchmal sehr schwierig. Aber insgesamt heißt Interprofessionalität, dass jeder seine Profession hat und alle wollen
50 gemeinsam ein Ziel erreichen.“

Alle weiteren Personen im Raum stimmen dem Gesagten zu.

55 M: „Okay. Jetzt die Frage an jeden einzeln aus der Gruppe: Wie stellen Sie sich die eigene Zusammenarbeit mit der ärztlichen bzw. der pflegerischen Profession idealerweise vor?“

60 P1: „Na eigentlich idealerweise ja so, wie wir das gerade besprochen haben. Also was gibt es da groß zu sagen. Ich meine es geht ja im Endeffekt um die Zusammenarbeit als Solches. Ein gutes Beispiel ist das Thema Anordnungen. Wenn der Spätdienst kommt, machen die in der Regel ihr Ding und es kommen häufig noch Anordnungen rein. Dann ist es natürlich wünschenswert, da es im Spätdienst so ein bestimmtes Zeitfenster zwischen 13 und 15 Uhr gibt, wo die Anordnungen die am PC erscheinen meistens nicht wahrgenommen werden können, dass da in diesem Zeitfenster von den Ärzten
65 angerufen wird. Also vor allem wenn das wirklich wichtige und notwendige Anordnungen sind, z. B. ein Heparinperfusor oder ein Furesisperfusor, der dringend zum Patienten muss. Dann erwarte ich, wenn das in diesem Zeitfenster zwischen 13 und 15 Uhr ist, dass angerufen wird. Denn häufig ist es so, dass die Kollegen erst zwischen

- 70 17 und 18 Uhr Zeit haben in den PC zu schauen. Das wäre ja für wirklich wichtige Anordnungen ziemlich doof, wenn die so verspätet durchgeführt würden. Man wünscht sich halt einfach eine gute Zusammenarbeit. So grundlegend eben.“
- 75 A1: „Wie es eben gerade schon gesagt wurde. Also kurze und direkte Kommunikationswege finde ich persönlich sehr wichtig. Also lieber mit den betreffenden Leuten reden, als es halt immer über Entfernung über das PC-Programm zu machen. Deswegen ist es ja eben auch sinnvoll, wenn man sich früh verabredet, bevor man zur Visite geht. Damit man sich mit den Leuten auch nochmal über die Patienten kurz verständigen kann, da ja häufig keine Zeit bleibt mit zur Visite zu kommen. Das liegt ja vor allem daran, dass die internistische Visite ja häufig auch länger dauert, als die der chirurgischen Kollegen. Da
- 80 ist es ja eben sehr wichtig, dass man kurz über die Patienten spricht und die wichtigsten Informationen durchgibt. Damit es nicht zu extremen Zeitverzögerungen kommt bei wichtigen Therapieentscheidungen oder Medikamentenänderungen. Das versucht man ja wirklich zeitnah anzubringen und umzusetzen und weiterzugeben.“
- 85 A2: „Was auch noch wichtig ist, ist das man auch Rücksicht nimmt auf den Tagesablauf der Pflege. Da muss man sich dann wirklich die Zeit nehmen und schauen, was gerade bei den Pflegekräften ansteht und sich mit dem anderen Tagesablauf auseinandersetzen. Da stellt sich die Frage, ob die Pflegekräfte gerade in der Bettenrunde sind oder gerade die Übergabe zum nächsten Dienst ansteht. In solchen Phasen muss man schauen, wie es
- 90 zeitlich reinpasst und da hat man letztlich zwei Möglichkeiten: Entweder wenn es nicht ganz so dringlich ist, dass man wartet und danach auf die Pflegekräfte zugeht oder wenn es sehr wichtig ist, dass man hingeht und mit den jeweiligen Leuten spricht. Andersherum gibt es bei uns Ärzten ja auch zwei wesentliche Phasen. Wir ordnen einmal zur Visite bzw. kurz danach an und dann nach der Nachmittagsrunde. Es gibt
- 95 eigentlich keinen Nachmittag, an dem nicht nochmal ein ganzer Schwung an Anordnungen kommt, oder?“
- P1: „Das kommt immer darauf an, wer gerade so da ist von den Ärzten.“
- 100 A1: „Das ist ja eigentlich auf jeder Station auch so, dass am Nachmittag nochmal der Oberarzt oder der Facharzt kommt. Da werden nochmal alle Patienten durchgeschaut. Es ist ja häufig so, dass wenn zu den Patienten noch was zu besprechen ist oder etwas

- 105 kritisch ist, da dann noch wichtige Dinge geklärt werden. Da muss man dann auch schauen, dass man das auch an die Pflege weitergibt, wenn es wichtige Informationen gibt.“
- 110 M: „Okay. Wenn ich jetzt konkreter auf das KOPM-Modell eingehe, dann ist ein zentraler Punkt des Modells die kooperative Visite. Dabei wird die Teilnahme der Pflegekräfte an der Visite vorausgesetzt. In der Durchführung dieser Art von interprofessioneller Visite sollte die Pflege auch ein eigenes Zeitfenster erhalten, um wahrgenommene Probleme des Patienten anzusprechen. Daraus ergeben sich wiederum zwei Fragen an Sie. Wie kann die Durchführung einer gemeinsamen Visite von Pflegekräften und Ärzten realisiert werden? Wie kann die Pflege aktiver eingebunden werden?“
- 115 P2: „Also meiner Meinung nach ist die Pflege ja schon zum Teil in die Visite integriert. Gerade bei der gefäßchirurgischen und internistischen Visite wird das ja auch versucht. Aber es kommt einfach darauf an, welche Ärzte visitieren und ob dort das Interesse da ist, hören zu wollen, was die Pflegekräfte zu sagen haben. Der Raum ist dafür auf jeden Fall da gefäßchirurgisch wie internistisch. Aber so jetzt in unserem normalen Team, was wir so sind, ist eigentlich immer eine sehr gute Kommunikation und eine gegenseitige Rücksichtnahme vorhanden. Da haben wir teilweise schon ein gutes Hand-in-Hand arbeiten. Also wie gesagt, Raum ist auf jeden Fall dafür da.“
- 120
- 125 A1: „Das kann ich prinzipiell erstmal so bestätigen. Die Pflege hat ja auch extrem relevante Informationen für uns. Wir sehen da teilweise den Patienten im Nachthemd daliegen und wissen gar nicht, ob der Patient sich alleine versorgen kann. Da ist es wichtig das wir kurz und prägnant von der Pflege erfahren was kann der Patient bzw. was kann er nicht. Da reicht ja wenn gesagt wird, der geht alleine ins Bad und ist soweit selbstständig oder der Patient braucht wenig bzw. viel Hilfestellung. Das sind ja vor allem auch relevante Informationen für die weitere Planung. Müssen wir zum Beispiel den Sozialdienst in den Fall mit involvieren oder nicht usw.“
- 130
- P2: „Das lässt sich ja auch gut in die Visite mit einbauen.“
- 135 A1: „Das sind ja auch wichtige Dinge und Fragen, die wir Ärzte manchmal gar nicht mitbekommen und beantworten können, wie beispielsweise ob ein Patient aufstehen

kann? Das ist einem ja häufig gar nicht so richtig bewusst, wenn man den Patienten nur kurz sieht.“

140 A2: „Das Optimum wäre, dass die Pflege immer mit dabei ist. Das wir wirklich jeden Tag zusammen visitieren. Das ist aber häufig aus zeitlich und organisatorischen Gründen nicht möglich. Da haben wir aktuell die schöne Lösung gefunden, dass wir vorher die Bereiche besprechen. Da wird dann abgestimmt, auf was müssen wir achten und was sollten wir klären. Danach kommen wir meistens nochmal kurz zusammen, um dann
145 den weiteren Verlauf zu besprechen.

Wenn es jetzt aber so wäre, dass immer jemand mitläuft, dann fände ich es schön, wenn man die Pflegeschüler noch mehr mit einbezieht. Denn die Schüler betreuen meistens die schwierigen beziehungsweise sehr pflegebedürftigen Patienten. Häufig erzählen gerade die sehr pflegebedürftigen Patienten eher den Schülern von ihren Problemen und
150 Ängsten und trauen sich dann nicht, das Gleiche bei der Visite anzusprechen. Daher wäre es da sicherlich auch wichtig eben die Auszubildenden mehr mit einzubeziehen. Gerade auch unter dem Aspekt, dass die Auszubildenden auch lernen sollten, sich gegenüber den ärztlichen Kollegen zu trauen, wichtige Themen selbstständig anzusprechen und nicht aus Ehrfurcht oder Angst unerwähnt zu lassen.“

155 A1: „Ja, da hatten wir letzters erst ein Beispiel, wo das sehr gut geklappt hat. Da hatte ein Schüler eine sehr kranke Patientin betreut und hat da wirklich sehr gut die Probleme aufgenommen und an uns ärztliche Kollegen weitergegeben.“

160 P1: „Dem kann ich auch nur so zustimmen. Wir Pflegekräfte haben manchmal auch das Problem, dass wir die Patienten von pflegerischer Seite kaum sehen und betreuen. Da sind wir dann sehr stark darauf angewiesen, dass die Auszubildenden weitergeben, welche Probleme es bei den Patienten gibt.“

165 A2: „Naja das Problem bei den Pflegeschülern liegt sicherlich an der bestehenden Hemmschwelle. Man muss sich ja erstmal trauen, gegenüber anderen examinierten Pflegekräften bzw. gegenüber der ärztlichen Profession Probleme anzusprechen. Ich glaube da wird den Schülern in der Ausbildung häufig noch das Bild der sogenannten
170 ‚Götter in Weiß‘ vermittelt. Das stammt sicher noch aus der Zeit mit den krassen Hierarchien, wo der Chefarzt zuerst das Zimmer verlässt.“

- 175 M: „Sehr gut. Die Frage war ja, ob und wie die Pflege besser in die Visite eingebunden werden kann. Wenn man jetzt den Leitfaden für die Durchführung der Visite anpassen würde und damit der Pflege ein eigenes Zeitfenster innerhalb der Visite einräumen würde, wäre das ein denkbare Szenario um die aktive Beteiligung der Pflege zu fördern?“
- 180 P2: „Ich denke nicht. Denn wir kommen zur Visite nicht mit, weil wir da Pause machen, sondern weil wir das einfach nicht schaffen. Bei uns Pflegekräften ist der Knackpunkt aktuell, dass wir verpflichtet sind zur gefäßchirurgischen Visite mitzugehen. Das würde dann bedeuten täglich bis zu zwei Visiten zu begleiten, die ungefähr eine Stunde dauern. In der Zeit müssten dann die Auszubildenden die Pflegefälle betreuen. Wir stehen dann währenddessen 1-2h bei der Visite rum. Das ist tatsächlich personell nicht umsetzbar zu jeder Visite mitzugehen. Also wenn es so ein Fenster gäbe, wäre das wunderbar, aber ich denke, dass das in der Realität so nicht machbar ist.
- 185 Alleine, wenn wir schon nur die gefäßchirurgische Visite früh um 7 Uhr haben und aber parallel 10 Pflegefälle auf der Station liegen, dann ist das ein Genickbruch für uns.“
- 190 P1: „Vielleicht könnte man da auch erstmal einen Kompromiss finden und das Ganze vom zeitlichen und organisatorischen Rahmen testen, indem man das erstmal in der Oberarzt-Visite einführt. Denn zur Oberarzt-Visite gehen wir Pflegekräfte häufig mit. Das versuchen wir wirklich zu ermöglichen. Vielleicht beginnt man das Modell sinnvollerweise erstmal an einem oder zwei Tagen umzusetzen. Das heißt, man nimmt die Oberarzt-Visite und baut dort ein konkretes Zeitfenster für die Pflege ein. Das sollte eigentlich mit großer Wahrscheinlichkeit umsetzbar sein. Aber an allen anderen Tagen
- 195 ist die Umsetzung problematisch. Montag und Freitag sind an sich die PTA-Tage (perkutane transluminale Angioplastie). Am Freitag kommen noch viele Entlassungen dazu. Das heißt, dass es an diesen beiden Tagen schon mal nicht oder nur sehr schwierig möglich ist. Am Donnerstag ist der Herzschrittmacher-Tag, da ist in der Regel auch genug mit den OP-Vorbereitungen zu erledigen. Wenn man dann erstmal an einem
- 200 Dienstag das Modell einführt und in der Praxis testet wie alle damit klarkommen, wäre das sicherlich ein guter Einstieg.“
- A2: „Ich denke das wäre sicherlich ein guter Einstieg, denn man muss bedenken, dass nicht bei jedem Patienten jeden Tag neue pflegerische Probleme entstehen. Da ist es schon

- 205 ein guter Anfang, wenn man die Pflege an mindestens einem Tag in der Woche versucht ganz konkret mit in die Visite einzubeziehen.“
- P2: „Also am Dienstag ist das für die Pflege am besten umsetzbar. Da sind keine gefäßchirurgischen Operationen.“
- 210
- A1: „Ich denke, das lässt sich sicher sehr gut in die Visite integrieren. Ich finde das auch wichtig, dass die Pflege besser in die Visite integriert wird. Ich denke, dass sich das Zeitfenster auch einfach schaffen ließe. Beispielsweise indem man am Anfang der Visite, bevor man in das Patientenzimmer hineingeht, jeder Fachdisziplin kurz die
- 215 Möglichkeit gibt, die bestehenden Probleme von jedem Patienten anzusprechen und zusammenzufassen. Wenn der Patient selbstständig ist und es keine Auffälligkeiten gibt, dann muss man das sicherlich nicht wahnsinnig ausdehnen. Aber das ist grundsätzlich sicherlich gut, damit man einen Gesamteindruck vom Patienten hat und das ist für beide Professionen gleichermaßen wichtig.“
- 220
- M: „Das ist grundsätzlich schon mal ein guter Anfang. Jetzt stellt sich die Frage, wie man beide Professionen vielleicht auch auf anderen Ebenen noch näher zusammenbringen kann. Das KOPM-Modell schlägt in diesem Zusammenhang die Beteiligung der Pflege an der Planung von Versorgungsleistungen vor. Der Arzt trifft die Entscheidung, welche
- 225 diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen notwendig sind. Allerdings hat die Planung und der Ablauf der Untersuchungen maßgeblich Einfluss auf die Arbeitsorganisation der Pflegekräfte. Warum sollten die Pflegekräfte nicht entscheiden, wann und wie Untersuchungen stattfinden sollen? Da stellt sich dann natürlich auch im Anschluss neben der Frage, ob die Pflege an der Planung beteiligt werden sollte, die
- 230 Frage, ob eine Beteiligung der Pflege im realen Stationsablauf möglich und realistisch ist?“
- P2: „Nein, also das wäre schön, wenn die Pflege da einen größeren Einfluss hätte, aber ich denke, dass das nicht realistisch ist. Das läuft ja auch noch über andere Schnittstellen
- 235 und darauf haben wir ja gar keinen Einfluss.“
- A2: „Richtig, also ich kann dazu auch nur sagen, dass wir Ärzte ja da auch keinen so großen Einfluss haben. Da kommt dann ja wieder die Interdisziplinarität ins Spiel, dass da dann

- 240 noch mehr Akteure als Ärzte und Pflege involviert sind. Wir haben eigentlich gar keinen Einfluss darauf, wann ein Röntgen oder wann eine Gastroskopie stattfindet. Wir melden das über das Programm an und dann koordinieren sich die jeweiligen Abteilungen selbst.“
- 245 A1: „Das ist ja teilweise auch gar nicht immer so gut planbar. Nehmen wir mal an, ein Patient soll eine Gastroskopie bekommen und wir entscheiden uns für diese Untersuchung bei der Visite, dann melde ich die Untersuchung für den nächsten Tag an. Wenn ich Glück habe, dann sind da noch keine weiteren Gastroskopien angemeldet und der Patient kommt am nächsten Tag zeitnah dran. Wenn ich Pech habe, dann stehen für den Folgetag schon 5-6 Gastroskopien an. Das wiederum bedeutet, dass der Patient seine
- 250 Gastroskopie erst am späten Mittag bekommen wird. Sollten dann noch akute Fälle dazwischenkommen, dann kann sich das wiederum stark verschieben. Wie man sehen kann, ist also der Tagesablauf durch viele Unregelmäßigkeiten bzw. Zufälle beeinflusst. Ich wüsste nicht, wie die Pflege da besser oder anders planen sollte.
- 255 P2: „Wenn ich mich an früher zurückerinnere, dann war das früher mal eine Pflegeaufgabe, die Untersuchungen anzumelden und die in den Tagesablauf einzuplanen. Da wurde dann zur Visite gesagt der Patient braucht ein Röntgen und dann hat man das als Pflegekraft angefordert und dann ging das los.“
- 260 A1: „Genau dieser planerische Mehraufwand ist jetzt auf die Ärzte übergegangen.“
- P1: „Also ich denke, dass ist auch gar nicht realistisch für die Pflege. Das schafft man ja einfach nicht.“
- 265 P2: „Man kann ja da auch ansetzen, indem man andere Verabredungen trifft. Das wir als Pflege eben rechtzeitig informiert werden, dass eine Gastroskopie erst 14 Uhr stattfindet. Dann können wir ja auch ganz anders planen.“
- A1: „Aber da ist ja dann wieder das Problem, wenn dann die Untersuchung doch eher
- 270 stattfinden kann, dass es dann wiederum zu anderen Problemen kommt.

- 275 M: „Also ich höre da jetzt raus, wenn man wirklich etwas am Ablauf und der Tagesplanung ändern wollen würde und die Pflege ein größeres Mitspracherecht bei der Planung der Untersuchungen bekommen soll, dann bedarf es nicht nur der Anpassung der stationsbezogenen Prozesse, sondern auch noch einer viel stärkeren intersektoralen Verknüpfung der einzelnen Fachdisziplinen bzw. Abteilungen untereinander.“
- P1: „Richtig.“
- 280 A1: „Genau. Ich halte das nicht unbedingt für realistisch.“
- P2: „Ich denke eine so große Änderung würde den Rahmen sprengen und wäre nicht so einfach realisierbar.“
- 285 P1: „Bleiben wir bei dem Beispiel Gastroskopie. Nehmen wir an die Gastroskopie wird früh durch einen Arzt für den Folgetag angemeldet. Dann ruft am Nachmittag gegen 14 Uhr die Endoskopie bei uns an und sagt, dass der Patient morgen um 12 Uhr drankommt. Wir haben dann ja gar keinen Einfluss auf den tatsächlichen Ablauf. Wir können uns dann so einrichten, dass der Patient auf 12 Uhr vorbereitet wird für die Gastroskopie.
- 290 Häufig ruft die Endoskopie an und sagt, dass der Patient eher kommen kann oder dass es später stattfindet bzw. auf den nächsten Tag verschoben wird. Darauf haben weder wir Pflegekräfte, noch die Ärzte Einfluss.“
- A2: „Häufig ist das auf Station auch wirklich schwer planbar. Es gibt ja viele Zufallsgrößen, die Einfluss auf den Tagesablauf haben. Zum Beispiel, wenn sich ein Patient oder sogar mehrere Patienten verschlechtern, dann haben diese natürlich einen gewissen Vorrang bei Untersuchungen. Das ist ja meistens ein stetiger Fluss auf Station. Vor allem am Morgen ist so viel los auf den Stationen. Jeder hat da andere Vorstellungen und Aufgaben. Während wir morgens um 7.30 Uhr versuchen Blut abzunehmen, ist die Pflege beim Waschen und rundherum wuseln die Reinigungskräfte und die Essensfrauen. Das ist manchmal ein einziges Tohuwabohu. Da ist der Vormittag eigentlich zu kurz, um in diesem Durcheinander noch Dinge zeitlich sinnvoll zu planen.“
- 300 P1: „Eigentlich müssten wir nachts waschen und die Zimmer wischen.“
- 305

- A1: „Wir müssten dann früh um 6 Uhr Blut abnehmen. Das ist aber einfach nicht realistisch. Auf der Intensivstation ist das ja so, dass früh vor 6 Uhr Blut abgenommen wird, aber für die Normalstationen ist das kein vorstellbares Szenario. Das ist schon sehr schwierig, weil sich ganz viele Untersuchungen und Abläufe auf den Vormittag konzentrieren. Das sind einfach wahnsinnig viele Dinge, die da ablaufen. Die Visite, die Physiotherapeuten, die Pflege, viele Untersuchungen und so weiter.“
- 310
- P1: „Wenn man den Frühdienst mal so betrachtet, dann ist der einzige Freiraum zwischen 10 und 11 Uhr. Das ist das einzige Zeitfenster, wo man einen kleinen Puffer hat.“
- 315
- M: „Ich merke, dass die Diskussion sich im Kreis dreht. Daher möchte ich das Thema der Beteiligung der Pflege an der Planung von Versorgungsleistungen abhaken. Um nochmal zurückzukommen auf das Thema der interprofessionellen Visite: Im ersten Teil ist diskutiert worden, dass das gemeinsame Visitieren eine tolle Ergänzung für den Alltag wäre. Allerdings die Umsetzung sicherlich über kleine Schritte erfolgen müsste, um beide Professionen langsam stärker zueinander zu führen. In diesem Zusammenhang stellt sich mir die Frage, ob es denkbar wäre, statt der schwierig realisierbaren gemeinsamen Visite stattdessen die Ärzte an der pflegerischen Übergabe zu beteiligen, um so den Informationsaustausch beider Professionen zu stärken.“
- 320
- 325
- P1: „Das Fenster für eine Übergabe beträgt ungefähr 18 Minuten im Idealfall, damit der Nachtdienst oder auch der Frühdienst nicht länger bleiben muss. Da stellt sich die Frage inwieweit man da die Arbeitszeit anpassen will. Wir schaffen es so schon kaum in der vorgeschriebenen Zeit die Übergabe zu machen. Meistens bleibt der Nachtdienst oder der Frühdienst deutlich länger. Beispielsweise der Nachtdienst ist meistens bis fast um 7 Uhr da. Wenn sich da jetzt noch die Ärzte mit einklinken, dann stellt sich mir die Frage, wie lange sollen denn der Nachtdienst da noch bleiben.“
- 330
- P2: „Zumal, wenn die Übergabe früh um 6 Uhr beginnt, ist ja noch der ärztliche Dienst da. Der ärztliche Tagdienst kommt ja auch erst um 7 Uhr. Das funktioniert ja dann grundsätzlich von den Arbeitszeiten voneinander nicht. Nachmittags, wenn wir Übergabe machen, dann sind die Ärzte ja auch meistens in Besprechungen oder in ihrer eigenen Übergabe.“
- 335
- A2: „Genau, häufig haben wir dann auch Angehörigengespräche und ähnliches...“

340

P1: „Dann muss man da auch noch die personelle Besetzung bedenken. Nicht jeder fängt früh um 6 Uhr an!“

345

M: „Okay, wenn das Problem darin besteht, dass die Arbeitszeitgestaltung beider Professionen nicht gut genug aneinander angepasst ist, um diese gemeinsamen Fenster zu ermöglichen, wäre dann nicht die Anpassung der Dienstplanstruktur der Pflege und Ärzte eine Möglichkeit, um diesem Problem entgegenzuwirken?“

350

P1: „Also meiner Meinung nach ist das egal, ob man ärztlichen und pflegerischen Dienstplan aneinander anpasst, denn egal wie man die Arbeitszeiten verändert, bleibt der zeitliche Mehraufwand ja bestehen. Man kann ja dort dann nicht mehr Zeit einplanen, denn das Zeitfenster von ca. 20 Minuten ist ja nur schwer anpassbar. Also egal wie man die Arbeitszeiten schiebt, das Übergabefenster bleibt gleichgroß und das ändert nichts daran, dass jeder pünktlich Feierabend haben möchte.“

355

A2: „Ich denke das ist ein schöner Ansatz. Wenn ich an die Zeit auf ITS zurückdenke, dann war es so, dass ich früh um 6 Uhr die Labore kontrolliere während parallel die pflegerische Übergabe läuft. Da war es ganz gut, wenn ich nebenbei mithören konnte, was die Pflege bespricht. Außerdem konnte ich dann anmerken, wenn falsche Informationen weitergegeben worden. Also ich verstehe grundsätzlich den Ansatz, dass man nochmal alle Informationen zusammenführt, um Kommunikationsprobleme zu verhindern. Aber auf Station ist das ja insgesamt nochmal viel mehr. Das sind vier verschiedene Parteien, das ist der pflegerische Tag- und Nachtdienst, das ist der ärztliche Tag- und Nachtdienst. Das da dann alle nochmal zusammenkommen an einem Tisch und die Informationen teilen in so einem kleinen Zeitfenster halte ich für sehr schwierig. Das sind ja auch knapp 30 Patienten zu denen man sich besprechen muss.“

360

370

P2: „Jeder hat noch was hinzuzufügen. Ich denke da reicht die Visite sicherlich als gemeinsame Besprechung aus.“

A2: „So wünschenswert das Ganze wäre. Ich denke so schwer ist es auch umzusetzen.“

- 375 A1: „Ich kenne ein ähnliches Modell aus meiner Zeit als Student. Allerdings war das an einem großen Uniklinikum mit einem anderen Personalschlüssel. Da gab es dann immer eine kurze Besprechung der Ärzte mit der jeweiligen Schichtleitung der pflegerischen Seite. Diese Schichtleitung gibt es jetzt bei uns im Haus aufgrund der Personalsituation so nicht. Andererseits haben wir ja auch nicht so viele Studenten im Praktischen Jahr im Haus, die das Blutabnehmen übernehmen könnten und damit haben wir schon mal einen viel geringeren zeitlichen Puffer. Außerdem muss man ja auch sehen, dass bei einer 380 gemeinsamen Übergabe von Pflegekräften und Ärzten ja eine große Menge Personal für einen langen Zeitraum gebunden wäre.“
- 385 P1: „Daran fehlt es ja schon. Wir haben keine Schichtleitung, die die Koordination übernimmt. Wir haben bei uns Bereichspflege, wo jede Pflegekraft bestimmte Zimmer betreut. Hinzukommt, die unterschiedliche Besetzung in den Diensten und die unterschiedlichen Arbeitszeiten.“
- A1: „Ich denke grundsätzlich ist eine sehr gute Kommunikation wichtig.
- 390 P2: „Ich glaube in so einem Umfang ist die Kommunikation gar nicht nötig.“
- A1: „Das zweite Problem ist natürlich, dass sich durch eine ausgedehnte Übergabe alles andere nach hinten verschiebt. Wenn ich erst um halb neun mit dem Blutabnehmen fertig bin, dann kann ich um 9 Uhr keine produktive Visite machen, weil mir dann die 395 ganzen tagesaktuellen Blutwerte fehlen. Dadurch verzögern sich dann Entscheidungen, ob der Patient entlassen wird oder ob Medikamente gegeben werden müssen und vieles mehr. Wir sind ja von ärztlicher Seite auch nur zu zweit auf Station und dann verschiebt sich alles in den Nachmittag bzw. Abend. Um da wirklich was zu verändern, müsste man in einem ganz großen Rahmen denken und Veränderungen anstreben. Das umfasst 400 weitreichende Änderungen beginnend beim Dienstplan bis hin zur Alltags- und Arbeitsorganisation, die völlig neugestaltet werden müsste.“
- 405 P1: „Das Einzige, was man sicherlich gut nutzen könnte ist, dass die Pflegeberichte und der ärztliche Bericht im Orbis jeweils gelesen werden. Da könnte man auf jeden Fall die Kommunikation zwischen Pflege und Ärzten verbessern und dafür sorgen, dass weniger Missverständnisse existieren. Ich denke, da könnte man ansetzen, um gewisse Basics zu

410 setzen. Wenn jeder Arzt und jede Pflegekraft gegenseitig die Berichte lesen würden, wäre es sicher an manchen Stellen eine einfachere Zusammenarbeit. Die Pflegeberichte beinhalten ja Themen wie Mobilisation, Schmerzen, Selbstständigkeit, Atmung, Pflegeprobleme. Ich denke, wenn man da ansetzen würde, dann könnte man schon viel bewegen und verbessern.“

415 A2: „Wir müssen ja alle dokumentieren. Das Potenzial könnte man sicher gegenseitig noch besser nutzen. Aber da ist sicherlich auch eine Motivationsfrage für jeden Mitarbeiter. Denn man muss sich ja schon bewusst die Zeit nehmen, um den ärztlichen oder pflegerischen Bericht zu lesen. Außerdem ist das Lesen der jeweiligen Berichte auch eine Frage von Anerkennung und Wertschätzung. Gerade von ärztlicher Seite aus bewusst auf die Expertise der Pflegekräfte zu vertrauen und deren Berichte zu lesen.“

420 P1: „Das ist das Eine. Ein anderer positiver Effekt wäre, dass durch das Lesen der Berichte bei den Visiten sicherlich etwas Zeit gespart werden könnte und nur noch kurze Abstimmungen und Rücksprachen nötig wären. Das Lesen der Berichte sollte eine Grundvoraussetzung sein.“

425 M: „Okay ich denke, das war eine sehr ausführliche Diskussion zum Thema interprofessionelle Visite und Übergabe. Ich würde jetzt gerne zum letzten wesentlichen Aspekt des Modells kommen wollen. Der gemeinsamen Aufnahme- und Entlassung von Patienten. Dabei geht es, um die gemeinsame Formulierung von Versorgungszielen und eine gemeinsam durchgeführte Anamnese. Ziel ist es Doppelinformation und
430 Kommunikationsdefizite zu verhindern.“

P2: „Dazu haben wir ja eigentlich die Pflegeplanung im Orbis.“

435 P1: „Wenn einem schon die Zeit fehlt, die Visite mit zu begleiten, wie soll man denn dann noch die Aufnahme gemeinsam mit den Ärzten durchführen. Also gehen wir mal davon aus, es werden 5 Patienten aufgenommen. Dann wäre es ja ca. 1h die man hochgerechnet für die gemeinsame Aufnahme braucht. Wo sollen wir denn diese Zeit einsparen? Sollen wir die in der Pflege einsparen, weil man sagt die gemeinsame Aufnahme ist wichtiger oder soll man die Ärzte ihr Ding alleine machen lassen, weil man sagt, die Pflege ist

440 einem wichtiger. Wir machen dann unsere Aufnahme im Nachhinein über die
Pflegeplanung und den Aufnahmestatus.“

P2: „Letztendlich hat jeder Patient seine Aufnahmediagnose und dann später seine Verlaufs-
diagnose und wir Pflegekräfte haben ja alle genug Profession zu wissen, welcher
445 Fahrplan sich dann da anschließt. Größtenteils ist das ja meistens bei den Patienten der
gleiche Fahrplan. Klar gibt es immer mal Ausnahmen oder Abweichungen vom
Standardfahrplan, aber der grundsätzliche Ablauf ergibt sich aus den Krankheitsbildern
an sich.“

450 A2: „Also ich denke, dass das schwierig ist, denn die meisten Patienten lernt man ja erst über
die Liegedauer besser kennen. Da kann man am Anfang immer relativ schlecht planen.
Ich denke, dass man das erst im Verlauf eines Aufenthaltes so richtig erfassen kann.
Außerdem werden die Patienten ja meistens in der Notaufnahme schon von einem Arzt
455 untersucht. Dann auf Station nochmal erneut eine Untersuchung gemeinsam mit der
Pflege zu machen, sehe ich zeitlich als schwer umsetzbar an.“

P1: „Wir sind als Pflege auch kaum an dem eigentlichen Prozess beteiligt. Wir sind
vielleicht kurz mal mit dabei, wenn der Sozialdienst kommt und mit den Patienten das
weitere Prozedere bespricht. Aber wir schreiben weder den Brief, noch sind wir am
460 eigentlichen Entlassungsprozess beteiligt. Daran sind ja dann die anderen Professionen
wieder stärker beteiligt, also der Transportdienst, die Ärzte, der Sozialdienst und so
weiter. Da sind wir in der Pflege ja weitgehend außen vor. Das Einzige was wir machen
ist, dass wir den Patienten anziehen und den Transport oder das Taxi bestellen. Ich
wüsste jetzt nicht wie wir da mehr Verantwortung oder Aufgaben übernehmen könnten,
465 um andere zu entlasten bzw. das neu zu organisieren.“

A2: „Ich versuche mich immer, bevor ich den Entlassungsbrief schreibe, nochmal über
wichtige pflegerische Probleme zu informieren und schreibe diese dann in den Brief mit
rein.“

470 M: „Okay ich merke, dass das ein schwieriges Thema ist, um eine konkrete Lösung zu
finden bzw. zu besprechen. Ich denke hier bedarf es noch umfassenderen Konzepten,

um die Prozesse besser aufeinander abzustimmen. Um zu einem Ende zu kommen, habe ich noch eine abschließende Frage.

475 Würden Sie persönlich es begrüßen stationäre Prozesse nach dem KOPM-Modell teilweise neu zu organisieren, also beispielsweise eine stärkere Integration der Pflege in der Visite voranzutreiben?

P1: „Ich würde es sehr begrüßen.“

480

P2: „Ich auch. Man sollte das noch mehr trainieren, dass die Pflege wirklich dieses klare Zeitfenster in der Visite bekommt und das alle Pflegekräfte es auch als wichtig erachten bei der Visite dabei zu sein. Ich denke gerade der Dienstag, also die Oberarzt-Visite sollte eine gute Möglichkeit sein, das einzuführen und zu testen. Da sollte man dann 485 sicherlich auch schauen, inwieweit man über den Dienstplan die Voraussetzungen dafür schafft. Vielleicht reicht es schon, wenn dann über einen Auszubildenden oder einen Praktikanten hinaus noch 1-2 Personen mehr im Frühdienst geplant sind, die Aufgaben übernehmen und damit den Raum schaffen können, dass die Pflegekräfte die Visite begleiten können.“

490

A1: „Ich denke das wäre sehr sinnvoll, da einen konkreten Slot für die Pflege zu schaffen Probleme anzusprechen. Da müssen wir Ärzte auch schauen, dass wir der Pflege auch die Zeit dazu geben und vor allem keine großen Hierarchien entstehen. Denn es müssen sich die Pflegekräfte ja auch trauen diese pflegerelevanten Probleme anzusprechen.“

495

P2: „Ich denke, dass das ein sehr wichtiges Thema ist, dass sich alle mit Respekt und Anerkennung gegenüber treten.“

P1: „Ein wichtiger Schritt wäre sicherlich auch in diesem Zusammenhang ein klares 500 Zeitfenster für die Visite festzulegen, sodass sich die jeweiligen Pflegekräfte auch darauf einstellen können, wann und in welchem Umfang die Visite stattfindet. Also das man sagt, der Beginn ist 8.30 Uhr und das Ende gegen 10.30 Uhr. Dann können wir das auch besser in unseren Ablauf einplanen. Letztendlich muss man das Ganze etwas standardisieren.“

505

- A2: „Ich denke die limitierenden Faktoren für die Umsetzung werden immer Personal- und Zeitmangel sein.“
- 510 P1: „Ich denke eine Ausweitung auf zwei Tage ist sicherlich auch ein realistisches Szenario. Das dann eine interprofessionelle Visite dienstags und freitags stattfindet. Außerdem könnte man für die interprofessionelle Visite am Dienstag überlegen, ob man da noch mehr Professionen einbindet, wie beispielsweise die Physiotherapie oder den Sozialdienst. In anderen Fachabteilungen klappt ja dieses Konzept, dass mehr Professionen eingebunden werden, schon ganz gut.“
- 515 A2: „Das sollte man dann aber nicht vergessen, dass die internistische Visite deutlich länger dauert, als eine chirurgische Visite und dafür müssen alle Professionen die Zeit haben, da 1-2h dabei zu sein. Das ist sicherlich die nächste Frage.“
- 520 P2: „Ich denke nichts desto trotz sollte es möglich sein, dass alle einmal in der Woche zusammenkommen. Die Physiotherapie kann ja auch kurz am Anfang dazu stoßen und ihre Probleme und Anmerkungen zu ausgewählten Patienten loswerden.“
- 525 P1: „Ich denke, die erste Herausforderung wird sein überhaupt die anderen Professionen darauf aufmerksam zu machen, dass sie die Möglichkeit haben an der Visite teilzunehmen und ihre Sicht auf die Patienten und deren Probleme zu vermitteln. Das sollte sicherlich der erste Schritt sein. Ich denke allein schon der Fakt, dass andere Professionen miteinbezogen werden und die Möglichkeit bekommen, Informationen zu teilen, wäre ein toller Fortschritt.“
- 530 M: „Ich denke, dass ist ein guter Abschluss der Diskussion.“
- Stopp der Aufnahme der Diskussion
- 535 Dank für die Teilnahme an der Diskussion
- Verabschiedung

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, die vorliegende Arbeit selbständig, ohne fremde Hilfe und ohne Benutzung anderer als der von mir angegebenen Quellen angefertigt zu haben. Alle aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche gekennzeichnet. Die Arbeit wurde noch keiner Prüfungsbehörde in gleicher oder ähnlicher Form vorgelegt.

Dresden, der 08.08.2021

Alain-Fabian Mendelsohn