

**Peter Nowak  
Jürgen M. Pelikan  
Hubert Lobnig**

**Organisations-  
entwicklung einer  
Krankenhausstation**

**Der Reformbedarf im Krankenhaus steigt aufgrund der Komplexität und Dynamik der Umwelten des Krankenhauses und der vergleichweisen Unterentwicklung der Organisations- und Entscheidungsstrukturen im Krankenhaus. Diese Entwicklungen zeigen sich nicht nur in der Gesamtorganisation des Spitals, sondern auch in der Aufbau- und Ablauforganisation der bettenführenden Stationen als zentraler Einheit des Krankenhauses.**



**MAG. PETER NOWAK**  
*ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Ludwig Boltzmann-Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie – WHO-Kooperationszentrum für Krankenhaus und Gesundheitsförderung. Koordinator der Intervention im Wiener WHO-Modellprojekt «Gesundheit und Krankenhaus» Berater des Subprojektes «Stationsorganisation».*



**UNIV.-PROF. DR. JÜRGEN M. PELIKAN**  
*ist Professor am Institut für Soziologie der Universität Wien, Leiter des Ludwig Boltzmann-Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie – WHO-Kooperationszentrum für Krankenhaus und Gesundheitsförderung. Leiter des Wiener WHO-Modellprojektes «Gesundheit und Krankenhaus»*



**MAG. HUBERT LOBNIG**  
*ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Ludwig Boltzmann-Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie – WHO-Kooperationszentrum für Krankenhaus und Gesundheitsförderung. Koordinator der Evaluation im Wiener WHO-Modellprojekt «Gesundheit und Krankenhaus».*

## Einleitung

Das Krankenhaus, als zentrale Organisationsform des Gesundheitswesens moderner Gesellschaften, zeigt häufig immer noch eine auffallend archaische Organisationskultur: Hierarchisch organisierte Berufsstände arbeiten mit wenig Koordination stark arbeitsteilig nebeneinander. Statt überschaubaren und transparenten Managementstrukturen gibt es häufig bürokratisch ausgeformte Verwaltungsregeln, die jedoch durch die Informalität vieler Entscheidungsabläufe konterkariert werden. Etwas überspitzt formuliert, verbinden Krankenhäuser, insbesondere im öffentlichen Bereich, moderne Technik und fachliche Professionalität mit ausgeprägten Resten überkommener Grundvorstellungen von Organisation: die Hierarchie eines Heeres, die Bürokratie eines absolutistischen Staates, den Altruismus einer kirchlichen Gemeinschaft und den Taylorismus eines frühen Industriebetriebes. Gleichzeitig verändern sich relevante Umwelten der Organisation Krankenhaus rasch und beträchtlich, so dass eine Weiterentwicklung der Struktur und Kultur des Krankenhauses gefordert sind. Vor dem Hintergrund der aktuellen Herausforderungen der Kostenexplosion im Krankenhausbereich scheinen Veränderungen in der Krankenhausorganisation nötiger denn je. Jahrzehnte von (versuchten) Krankenhausreformen haben jedoch nur begrenzte Erfolge gebracht.

Vor diesem Hintergrund kann das Beispiel eines gelungenen Organisationsentwicklungsprojektes an einer Wiener Krankenhausstation Interesse beanspruchen, durch das in vier Jahren Laufzeit ein Grossteil der Organisation einer Station verändert werden konnte.

Die Voraussetzungen für dieses Projekt, die Strukturen des Projektmanagements und der Ablauf und die Ergebnisse von vier ausgewählten Teilprojekten dieses umfassenden Organisationsentwicklungsprojektes werden im folgenden dargestellt.

## 1. Aufgaben und Organisationserfordernisse einer Krankenhausstation

Die bettenführende Station ist die zentrale Funktionseinheit des Krankenhauses, in der ein Grossteil des Personals seine Arbeit verrichtet und in der PatientInnen den überwiegenden Teil ihrer Zeit im Krankenhaus verbringen. Was sind spezifische Aufgaben und Probleme der Station und welche Konsequenzen für die Stationsorganisation ergeben sich daraus?

Die meisten PatientInnen auf einer Station befinden sich in einer *kritischen gesundheitlichen Lebenssituation*, die aus medizinischen, pflegerischen oder sozialen Gründen oder auch aus Mangel an alternativen Versorgungsstrukturen sowohl tagsüber wie auch nachts im Krankenhaus versorgt werden müssen. Krankenhausstationen müssen daher über 24 Stunden am Tag, zumeist 7 Tage in der Woche und zumeist 52 Wochen im Jahr einen *Dauerbetrieb* gewährleisten. Im Unterschied zu Arztpraxen oder auch Ambulanzen können auf bettenführenden Stationen Dienstleistungen nur begrenzt sequentiell erbracht werden; tendenziell muss für *mehrere PatientInnen gleichzeitig* eine Versorgung sichergestellt werden. Durch die stationäre Aufnahme muss für einen gewissen Zeitraum ein *Grossteil der aktuellen Lebensbedürfnisse* der PatientInnen durch Angebote des Krankenhauses erfüllt werden. Im Vergleich zu anderen Organisationen, die zumeist nur spezifische Bedürfnisausschnitte ihrer Kunden durch Produkte oder Dienstleistungen versorgen, muss die Krankenhausstation alltägliche haushalts- bzw. hotelmässige, krankheitsbedingte medizinische und pflegerische Dienstleistungen sowie psychosoziale Unterstützung bei der Bewältigung existentieller Krisen bereitstellen. Aus diesen Gründen können Krankenhausstationen als *«totale Institution»* im Sinne von Ervin Goffman beschrieben werden.

Die hochkomplexe Aufgabenstellung einer bettenführenden Krankenhausstation kann naturgemäss nicht durch einzelne Personen bewältigt werden. Sie erfordert sachliche (Interprofessionalität), zeitliche (Schichtdienst) und soziale (z.B. Hierarchiestufen) *Arbeitsteilung* durch die Zusammenarbeit unterschiedlicher, zum Teil hochspezialisierter Berufsgruppen auf der Station sowie die Kooperation mit krankenhausinternen und -externen, zum Teil hochtechnisierten Leistungserbringern (Labor, Röntgen, Apotheke, OP-Bereich, Küche etc.). Durch die Notwendigkeit stark arbeitsteiliger Strukturen zur Gewährleistung einer umfassenden Versorgung der PatientInnen entstehen vielfältige *Schnittstellen*, die gemanagt werden müssen. Interprofessionelle, interhierarchische und intertemporale *Kooperationsprobleme* und solche zwischen verschiedenen Einheiten sind unvermeidbar und müssen gelöst werden.

Ebenfalls vom Personal gemanagt werden muss das Dilemma, dass PatientInnen zugleich «Werkstück» und Kunden persönlicher Dienstleistungen sind. Daraus ergibt sich auch der Widerspruch zwischen routinemässiger standardisierter Berufsarbeit und der kompensatorischen Bedürfnisbefriedigung von individuell und existentiell betroffenen PatientInnen, das Aufeinandertreffen von *Experten- und Laienkulturen* sowie das gleichzeitige Management von «high-tech» und «high-touch».

Da medizinisches und pflegerisches Personal nicht ohne PatientInnenkontakte ausgebildet werden kann und klinische Forschung ebenfalls auf PatientInnen zurückgreifen muss, ist auf vielen Stationen die PatientInnenbetreuung mit Funktionen und Aufgaben der Ausbildung und Forschung zu verbinden. Daher sind zusätzlich Widersprüche zwischen *Versorgungs-, Forschungs- und Ausbildungslogiken* und -anforderungen zu bewältigen.

Insgesamt ergeben sich aus der vielfältigen Aufgabenstellung und der hocharbeitsteiligen Strukturierung der Stationsarbeit besondere Anforderungen an die Integration von unterschiedlichen Aufgaben, Berufsgruppen und Personen sowie das Management von verschiedenartigen Differenzen und System-Umwelt Grenzen. Gefragt sind also Organisationsstrukturen und -kulturen, die eine hohe Leistungsfähigkeit an Logistik und Reflexion, Aushandlungsprozessen und Konfliktmanagement im Sinne einer reflektierten Selbstorganisation und -steuerung der Station ermöglichen.

## 2. Rahmenbedingungen des Projektes «Stationsorganisation»

Das Projekt «Stationsorganisation» ist eines von 9 Subprojekten im Rahmen des Wiener WHO-Modellprojektes «Gesundheit und Krankenhaus», das seit September 1989, mit einer geplanten Laufzeit von fünf Jahren, im Auftrag der Stadt Wien und der WHO, Regionalbüro für Europa, durchgeführt wird. Es wird von zwei Partnern, dem Ludwig Boltzmann-Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie (LBIMGS) und der KA Rudolfstiftung (KAR), gemeinsam durchgeführt. Die KAR ist eines von vier Schwerpunktspitalern der Gemeinde Wien mit etwa 1900 MitarbeiterInnen, 33'000 stationären Aufnahmen und 220'000 ambulanten Behandlungen pro Jahr und einem Jahresbudget von ca. öS 1,7 Mrd. Die KAR ist eines von 20 Krankenhäusern im «Europäischen Projekt Gesundheitsfördernder Pilotkrankenhäuser» der WHO.<sup>1</sup>

Das Wiener WHO-Modellprojekt hat zum Ziel, Bausteine für die Wiener Spitalsreform zu entwickeln, zu erproben und zu evaluieren und die Rolle des Krankenhauses in der Gesundheitsförderung zu stärken. Es orientiert sich dabei an der »Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung« der

<sup>1</sup> zum Konzept des Gesundheitsfördernden Krankenhauses vgl. die entsprechenden Abschnitte des Bandes Pelikan, J.M., Demmer, H. u. K. Hurrelmann (Hg.) (1993): *Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen.* Weinheim, München: Juventa-Verlag

WHO und an den Prinzipien der Wiener Spitalsreform. Um diese Ziele zu erreichen, wurde unter Beratung des LBIMGS ein Prozess der Organisationsentwicklung in der KA Rudolfstiftung in Gang gesetzt, in den sowohl die Entscheidungsträger vor Ort als auch die betroffenen MitarbeiterInnen des Hauses sowie externe ExpertInnen eingebunden sind. Als zentrale Projektsteuerungsgruppe wurde ein «Projektausschuss» eingerichtet, dem die drei DirektorInnen des Spitals (Ärztlicher Dienst, Pflegedienst, Verwaltung), zwei Vorsitzende der Personalvertretung und das «Kernteam» des LBIMGS (die Autoren dieses Beitrages) angehören. Der «Projektausschuss» trifft alle wesentlichen Entscheidungen der Projektgestaltung konsensuell.

## ■ 2.1. Ausgangsbedingungen auf der Krankenstation

Die Neurologische Station ist die einzige Station der Neurologischen Abteilung. Sie war vor Projektbeginn mit 8 Krankenzimmern (4 6-Bettzimmer, 3 3-Bettzimmer, 1 1-Bettzimmer) mit insgesamt 34 systemisierten Betten ausgestattet. Die hohe durchschnittliche Auslastung (1989: 97,4 %) spiegelte die fast durchgehende Belastung mit Not- und Gangbetten wieder. Die für die KA Rudolfstiftung etwas überdurchschnittliche Verweildauer (1989: 11,7 Tage) der PatientInnen auf der Station kommt durch einen sehr hohen Anteil an Langzeitpatienten (z.B. Schlaganfall) und einem geringen Anteil an PatientInnen mit kurzer Verweildauer (z.B. Epilepsie) zustande. Der grosse Anteil an LangzeitpatientInnen mit meist sehr hohem Pflege- und Rehabilitationsbedarf führt zu hohen Anforderungen an die Pflege und an die rehabilitativen Aufgaben der Station. Das ärztliche Personal umfasste für die gesamte Abteilung (inklusive Ambulanz) 5 Oberärzte und 3 Ärzte in Ausbildung. Das Pflegepersonal bestand aus 10 diplomierten Krankenschwestern und zwei stationsleitenden Schwestern, zusätzlich waren 2 AbteilungshelferInnen und 1 Heilgymnastin der Neurologischen Station zugeordnet.

Das Beratererteam führte auf Einladung des Primarius (Chefarztes) 5 Gruppeninterviews mit den verschiedenen MitarbeiterInnengruppen der Abteilung durch. Folgende



Ausgangsprobleme wurden diagnostiziert: grosse Unzufriedenheit beim Personal mit den Arbeitsbedingungen insgesamt, Konflikte zwischen den Berufsgruppen über Kompetenzen, Aufgaben und Zeitabläufe; hohe Personalfuktuation und Krankenstände im Pflegedienst; Überlastung des Pflgeteams; Pflegestandard am Rande der «Gefährlichen Pflege»; administrative Überlastung der Stationschwestern und Sekundärärzte; Unzufriedenheit mit der pflegerischen und ärztlichen Weiter- und Fortbildung; unzureichende räumliche Bedingungen; Überbelegung mit Notbetten; zu wenig Ärzte für den Nachtdienst; hohes Problembewusstsein und starker Veränderungswunsch bei Schwestern und ÄrztInnen nach den Vorfällen im Wiener Krankenhaus Lainz im Jahre 1989.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die MitarbeiterInnen der Station über ein detailliertes Problembewusstsein verfügten, es mangelte jedoch an Strukturen, Kompetenzen und Ressourcen für erfolversprechende Problemlösungen.

Vor diesem Hintergrund waren die Ausgangsinteressen der Station an der Beteiligung an diesem Projekt folgende:

- Einführung neuer Managementmethoden in die Stationsorganisation
- Verbesserung der Situation des Pflegepersonals
- Verbesserung der räumlichen und technischen Ausstattung
- Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit
- Qualitätssicherung und -verbesserung in der medizinischen und pflegerischen Versorgung

Aus der Sicht der Beratung müsste ergänzt werden: der Wunsch, mehr Personal bewilligt zu bekommen sowie das Interesse, einen sonst nur schwer zu finanzierenden Umbau zu verwirklichen.

## ■ 2.2. Wie wurde das Projekt auf der Station initiiert?

Nach den Vordiagnose-Interviews mit dem Beratererteam wurde dem gemeinsamen Projektausschuss über das Interesse der Neurologischen Station und die Grundprobleme, die zur Bearbeitung vorgetragen wurden, berichtet. Von diesem Gremium wurde die Einrichtung eines Subprojektes «Stationsorganisation» beschlossen und auf Vorschlag der Beratergruppe eine Projektgruppe, bestehend aus 5 MitarbeiterInnen der Station, konstituiert. Herr Nowak wurde von seiten des Beratungsteams mit der Beratung dieses Subprojektes betraut. Die Projektgruppe wurde gebeten, eine systematische Problemanalyse durchzuführen und Lösungsvorschläge mit einem entsprechendem Projektplan auszuarbeiten.

## ■ 2.2. Welche Projektmanagementstruktur wurde aufgebaut?

In der Zusammensetzung der Projektgruppe wurde von seiten der Beratung besonders darauf geachtet, dass die beiden wichtigsten Berufsgruppen ausgewogen vertreten waren (Interprofessionalität), dass alle Hierarchiestufen in die Projektstruktur eingebunden waren und dass die Projektgruppenmitglieder von den Vorgesetzten wie auch von den MitarbeiterInnen der Station akzeptiert wurden.

Der Projektgruppe gehörten schliesslich ein Oberarzt, ein Arzt in Facharztausbildung, die beiden stationsleitenden Schwestern und eine einfache «Tourenschwester» an. Der Oberarzt und die Stationschwester übernahmen die Projektkoordination und sorgten für eine regelmässige Kommunikation des Projektprozesses mit den Auftraggebern und damit für eine Koordination des Projektes mit der Linienstruktur. Weiter informierten sie regelmässig die anderen MitarbeiterInnen der Station.

Die Abteilungsleitenden (Primarius und Oberschwester) waren selbst nicht Mitglieder der Projektgruppe, sondern haben als spezielle Auftraggeber eine kontinuierliche Begleitung der Projektgruppe übernommen.

Eine wesentliche Hürde war zu Beginn, die Ärzte davon zu überzeugen, dass das bis dahin gängige Rotationsprinzip der leitenden Stationsärzte (ein Oberarzt ist immer nur drei Monate stationsleitend, dann wechselt er in die Ambulanz) für eine sinnvolle und kontinuierliche Projektarbeit durchbrochen werden musste. Der Primarius gab schliesslich seine Zustimmung und

beauftragte den in der Projektgruppe aktiven Oberarzt für die Dauer des Projektes mit der Leitung der Station.

## ■ 2.3. Was waren die wesentlichen Interventionen der Beratung?

Die Tätigkeit des Beraters bestand zunächst in der Erstellung einer Vordiagnose der Stationsprobleme auf der Basis von ExpertInnengesprächen. Nach der Konstituierung der Projektgruppe unterstützte er diese bei der Entwicklung

von Kommunikations- und Arbeitsfähigkeit in Klausuren und regelmässigen Projektgruppensitzungen, bei der strategischen Planung, bei der Erarbeitung von Vorschlägen, bei der Erstellung von Berichten und bei Präsentationen. Er unterstützte weiter die Kommunikation der Projektgruppe mit Entscheidungsträgern in der Linie, mit unterschiedlichen Einrichtungen des Spitalserhalters (externe Umwelt des Projekts) und bei weiteren Aussenkontakten. Über weite Strecken übernahm er die Prozessdokumentation und plante gemeinsam mit der Projektgruppe und dem Koordinator für Evaluation die Projektevaluation.

## ■ 2.4. Was waren die wesentlichen Projektphasen und Milestones im Prozess?

Im Anschluss an diese erste Phase konzeptioneller Vordiagnosen und Vorgespräche wurde im Juni 1990 die Projektgruppe «Stationsorganisation» konstituiert. Nach einer Diagnose der Stationsorganisation auf der Neurologie begann die Planung und Umsetzung konkreter Massnahmen in insgesamt 11 Teilprojekten. Zusätzliche Ressourcen zum Umbau der Station und zur modellhaften Einführung von Gruppenpflege und eines Stationssekretariates wurden beantragt und vom Spitalserhalter bewilligt. In der Folge konnte mit der gezielten Umsetzung des Modells begonnen werden. Der Umbau der Station konnte in Angriff genommen werden.

Gleichzeitig wurden im Pflegedienst Gruppenpflege sowie Pflegeprozessmodell und Pflegeplanung, verbunden mit neuen und flexiblen Diensteinteilungen und einer Verringerung der Wochenarbeitszeit, eingeführt. Ein neues Aus- und Fortbildungskonzept für ÄrztInnen wurde realisiert, und die neue professionelle Rolle eines Stationssekretariates wurde in den Stationsablauf integriert. Zur Verbesserung der Koordination der Alltagsarbeit wurde mit der Abhaltung täglicher interprofessioneller Teambesprechungen begonnen. Nach etwa drei Jahren Entwicklung, Planung und Umsetzung konnten die wesentlichen Elemente der neuen Stationsorganisation im Modellbetrieb realisiert werden. Danach begann eine Phase der Informations- und Öffentlichkeitsarbeit, in der die Ergebnisse der Projektarbeit anderen Stationen, anderen Spitälern in Wien aber auch international vorgestellt wurden. In dieser Phase wurden die Projektressourcen gekürzt und das Stationssekretariat musste zurückgenommen werden, was eine Erschütterung in der Projektentwicklung mit sich brachte (s.u.). Gegenwärtig finden die abschliessenden Evaluationserhebungen statt, die die Auswirkungen des Projektes auf Fluktuations- und Krankenstandsdaten der Station, sowie auf die PatientInnenzufriedenheit überprüfen.

### 3. Teilprojekte der Organisationsentwicklung auf der Station

Im folgenden werden anhand von vier Teilprojekten die Ziele, der Ansatz und die Ergebnisse des Organisationsentwicklungsprozesses auf der Neurologischen Station verdeutlicht. Wir haben diese vier Beispiele ausgewählt, da sie u.E. zentrale Bereiche einer Krankenstation betreffen: die Raumgestaltung, die Koordination der Stationsarbeit, die interprofessionelle Kooperation und das Pflegemodell. In der Darstellung nicht berücksichtigt wurden die Einführung von EDV, Innovationen in der Organisation des ärztlichen Dienstes, die Einführung neuer Pflegeplanungs- und Dokumentationssysteme, die Aus- und Fortbildung im ärztlichen und pflegerischen Bereich und die heilgymnastische Betreuung.

#### ■ 3.1. Räumliche Neuordnung – der Platz für die neue Kultur

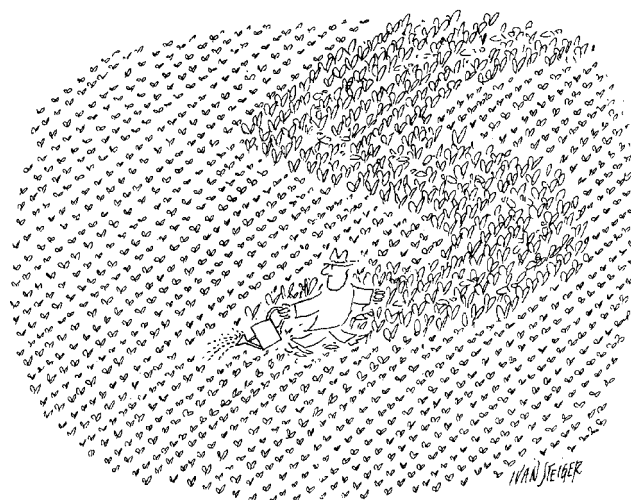
Die räumliche Situation zu Beginn des Projektes ergab ein Bild grosser Beengtheit und störender Verflechtung der verschiedensten Arbeiten und Funktionen. Insbesondere ist eine ungenügende Differenzierung in Räume für bestimmte Funktionen (z.B. Besprechungen, Schreibarbeiten, Depot) hervorzuheben. Die geplante funktionelle Neuordnung zielte neben einer erhöhten Effizienz der Arbeitsabläufe auch auf eine Verbesserung der Arbeits- und Aufenthaltsbedingungen für das Personal und die PatientInnen ab. Die Raumgestaltung sollte stärker als bisher den funktionellen Anforderungen entsprechen: eine Zentralisierung der Depoträume, die Schaffung von ruhigen Arbeitsplätzen für Besprechungen und Untersuchungen, eine Vergrösserung des Schwestern-Sozialraumes, die Schaffung von mehr Ruhe und Privatheit für die PatientInnen sowie schrittweise behindertengerechte Adaptierung der Station waren das Ziel. Weiter sollten die Arbeitsabläufe auf der Station entflochten und eine Verkürzung der Personalwege in der alltäglichen Arbeit erreicht werden.

Um dies erreichen zu können, wurde von der Projektgruppe ein detaillierter neuer Stationsplan ausgearbeitet, der in enger Zusammenarbeit mit den MitarbeiterInnen der Station erstellt wurde. Bei zentralen Entscheidungen wurde die Abteilungsleitung, bei speziellen Fragestellungen wurden die technische Betriebsleitung und die Materialverwaltung des Hauses, die entsprechenden Einrichtungen des Spitalseigentümers, und externe Lieferfirmen zugezogen. Nachdem die Planung abgeschlossen worden war und der Antrag von der Spitalplanungskommission be-

willigt wurde, konnte mit dem Umbau begonnen werden. Der Stationsbetrieb musste in dieser Zeit für etwa zwei Monate in ein Ersatzquartier ausweichen. Die Projektgruppe betreute in dieser Phase den Stationsumbau und half insbesondere bei der Klärung aktuell auftretender Probleme. Die Rückübersiedlung auf die umgebaute Station und die schrittweise Adaptierung der Inneneinrichtung erfolgte schliesslich etwa eineinhalb Jahre nach Beginn der Planungsarbeiten.

Folgende Ergebnisse des sehr erfolgreichen Umbaus der Neurologischen Station sollen hervorgehoben werden:

- Der Unterbringungsstandard für die PatientInnen konnte wesentlich gehoben werden, insbesondere in Hinblick auf Privatheit der PatientInnen und eine behindertengerechte Ausstattung. Die Zimmer wurden von 6-Bettzimmern in 3-Bettzimmer geteilt, optische Trennungen zwischen den PatientInnenbetten wurden errichtet.
- Die Räume für wesentliche bzw. neue Funktionen des Stationsbetriebes (Besprechungen innerhalb des Stationsteams, Schwestern-Dienstzimmer für Gruppenpflege, Arbeitsplatz für Stationssekretariat, Depoträume) konnten neu geschaffen werden.
- Die Personalwege im Alltagsbetrieb für das Pflegepersonal konnten verkürzt werden. Der Schwestern-Sozialraum wurde ins Zentrum der Station und in die Nachbarschaft zum Schwestern-Dienstzimmer verlegt.
- Die Arbeitsbedingungen des Personals wurden durch Pflegehilfen und ergonomisch verbesserte Inneneinrichtung wesentlich verbessert (neue Sitzgelegenheiten und Schreib- bzw. Arbeitstische, 2 höhenverstellbare Betten).
- Technische Informationseinrichtungen konnten auf den neuesten technischen Stand gebracht werden (PatientInnen-Rufanlage, Personal-Gegensprechanlage).



- Als Folge der Neuordnung der Station erhöhte sich die Arbeitszufriedenheit beim Personal, insbesondere da die MitarbeiterInnen ihre Station selbst entscheidend mitgestalten konnten.

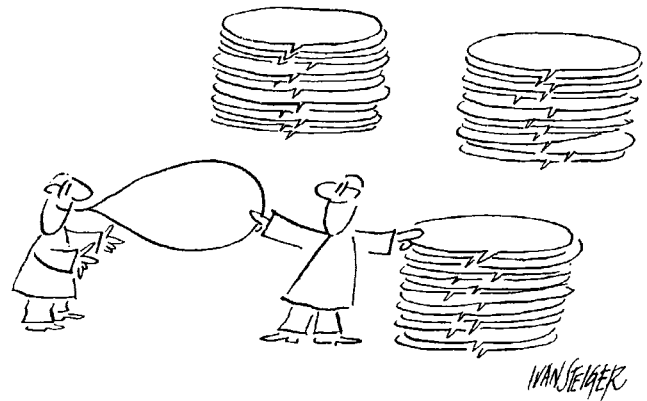
### ■ 3.2. Das Stationssekretariat – Kommunikationszentrale zur besseren Verwaltung der Aussengrenzen und der Innenkoordination

Der Bereich der Administration ist durch die organisatorische und technische Entwicklung im Krankenhaus in den letzten Jahren enorm gestiegen. Dies führt das Pflegepersonal und das ärztliche Personal weg vom Patienten und behindert insbesondere die Stationschwester in der Ausübung ihrer leitenden und koordinierenden Aufgaben. Da rein administrative Tätigkeit weder ärztliche noch pflegerische Aufgabe ist, führt die Frage nach der Zuständigkeit für administrative Belange immer wieder zu Spannungen zwischen den beiden Berufsgruppen (z.B. Wer hebt das Telefon ab? Wer ist verantwortlich, dass die Arztbriefe abgeschickt werden?) Besonders bei der Aufnahme und Entlassung von PatientInnen sind Pflegepersonal und ÄrztInnen so sehr von den administrativen Erfordernissen eingenommen, dass das direkte Gespräch mit den PatientInnen kaum mehr Platz findet.

Die Einführung eines Sekretariats auf der Neurologischen Station sollte deshalb das ärztliche Personal und den Pflegedienst von administrativen Tätigkeiten entlasten und mehr Zeit für die direkte PatientInnenarbeit verfügbar machen. Weiter sollten durch die Einführung dieser neuen professionellen Rolle die Kompetenzabgrenzung zwischen den Berufsgruppen und die Koordination der Stationsarbeit verbessert und weniger Störungen durch das Telefon und ungezielte Aussenkontakte sowie eine verbesserte Dokumentation der Stationsarbeit erzielt werden.

Für den Zeitraum des Modellbetriebes wurde die zusätzliche Stelle einer vollzeitbeschäftigten Stationssekretärin genehmigt. Ihre Stellenbeschreibung und die Gestaltung ihres Arbeitsplatzes wurde von der Sekretärin gemeinsam mit der Projektgruppe gestaltet. Sie übernahm die Erledigung der PatientInnenaufnahme- und Entlassungsformalitäten, die Übernahme und Vermittlung von Telefonanrufen, die Koordination und Dokumentation von Untersuchungen und Befunden, das Bestellwesen, Schreibarbeiten und zusätzlich administrative Unterstützung der Station.

Der Modellversuch «Stationssekretariat» auf der Neurologischen Station der KA-Rudolfstiftung kann insgesamt als sehr erfolgreich bewertet werden. Die Stationssekretärin ist mit 40 Wochenstunden voll ausgelastet. Sie ist nicht nur



eine grosse Entlastung für Ärzte, Stationschwestern und Tourenschwestern, sondern ermöglicht erst durch ihre Tätigkeit als zentrale Kommunikationsstelle die Einführung der Gruppenpflege und eine erhöhte Präsenz der Schwestern am PatientInnenbett.

Zusammenfassend kann festgestellt werden:

- Die Entlastung der Stationschwestern gab diesen die Möglichkeit, sich stärker in der Weiterentwicklung der Pflege zu engagieren und die Aufgaben der Leitung des Stationspflegeteams besser zu erfüllen.
- Für die diplomierten Schwestern der Station ist in erster Linie die Entlastung von der umfangreichen Telefonarbeit von entscheidender Bedeutung. Die Schwestern haben wesentlich mehr Zeit, um sich den eigentlich pflegerischen Aufgaben zu widmen.
- Die Koordinationstätigkeit der Stationssekretärin macht erst eine effiziente Durchführung von Gruppenpflege möglich, da sie die laufend hereinkommenden Informationen und Kooperationsnotwendigkeiten gezielt und direkt an die betroffenen Personen weiterleiten kann, ohne dass etwa Schwestern aus der anderen Gruppe gestört werden. Dies senkte auch den Alltagsstress des gesamte «Stationspersonal», da bisher das Telefon oft Minuten läuten musste, bevor jemand Zeit fand, es abzuheben.
- Ebenso berichten die Ärzte über eine grosse Entlastung im Stationsalltag durch Abgabe der Schreibarbeiten und die Einforderung von administrativ notwendigen Informationen. Als besonders hilfreich für die Information im Betreuungsteam wurden die maschinengeschriebenen Krankengeschichten bezeichnet, die allen Berufsgruppen wichtige Informationen liefern. Bisher waren die Krankengeschichten kaum lesbar. Weiter entstand so ein reibungsloserer und gesicherter Informationsfluss mit der Umwelt der Station.

- Da alle delegierbaren administrativen Tätigkeiten an die Stationssekretärin delegiert wurden, fallen entscheidende Reibungsflächen zwischen ärztlichem und pflegerischem Personal weg.

Aufgrund veränderter gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen und der beginnenden Dezentralisierung der Spitalsentwicklung in der Gemeinde Wien wurde die von der Gemeinde Wien zusätzlich genehmigte Personalstelle des Stationssekretariates zurückgenommen. Zu diesem Zeitpunkt existierten in den Spitälern noch keine verfügbaren Ressourcen, die die Einrichtung von Stationssekretariaten ermöglicht hätten. Die Zurücknahme des Stationssekretariates war ein starker Einschnitt in der Entwicklung der Stationsorganisation. Seither verringerte sich der hohe Standard der Administration, und die Aufgaben wurden wieder wie vor dem Modellbetrieb von den anwesenden Berufsgruppen, insbesondere der Stationsschwester übernommen. Die positiven Erfahrungen bleiben jedoch weiterhin bestehen, und die MitarbeiterInnen hoffen, eine Stelle für das Sekretariat im Zuge weiterer Dezentralisierungsschritte genehmigt zu bekommen.

### ■ 3.3. Interprofessionelle Besprechungskultur – lieber klein und rasch als gross und zu spät

Verbesserungswürdige Teamarbeit, insbesondere der Mangel an interprofessioneller Besprechungskultur in Krankenhäusern, ist seit langem ein Kritikpunkt in der vorherrschenden Form der Stationsorganisation. Obwohl auf der Neurologischen Station von allen MitarbeiterInnen ein sehr gutes Teamklima beschrieben wird, fehlten bisher auch an dieser Station die organisatorischen Rahmenbedingungen für effiziente und befriedigende Teambesprechungen. Im Rahmen des WHO-Modellprojekts sollten Besprechungssettings eingeführt werden, die den unterschiedlichen Anforderungen des komplexen Informations- und Entscheidungsbedarfs einer Station entsprechen.

Das Modell umfasst die Einführung einer täglichen «Morgenbesprechung» aller diensthabenden ÄrztInnen und Schwestern zur täglichen patientenbezogenen Koordination und Information im Betreuungsteam. Darüberhinaus sollte eine regelmässige «Stationsbesprechung» des gesamten Betreuungsteams der Station etabliert werden, um Kooperationsprobleme zwischen den MitarbeiterInnen und strukturelle Entscheidungen in der Organisation der Station zu besprechen.

Beide Besprechungssettings konnten erfolgreich in die Stationskultur eingeführt werden. Die tägliche interdisziplinäre Morgenbesprechung zu Fragen der PatientInnen-

betreuung stellt einen nicht mehr wegzudenkenden Teil der täglichen Routine auf der Station dar, in dessen Rahmen Ärzte und Schwestern die Erfahrungen mit der Betreuung der einzelnen PatientInnen austauschen und wichtige Abstimmungen für den Alltagsbetrieb durchführen. Etwa einmal monatlich stattfindende ausführlichere Teambesprechungen widmen sich umfassenderen Fragestellungen, wie innerorganisatorischen Veränderungswünschen, Kooperationsanforderungen mit externen Umwelten, Weiterbildungen etc.

### ■ 3.4. Gruppenpflege – vom Fließband zur Teamarbeit

Das weithin vorherrschende System der Funktionspflege wird seit längerem in der internationalen Diskussion der Pflegeforschung als zu wenig an den Bedürfnissen der PatientInnen orientiert beurteilt. In der Funktionspflege müssen sich die PatientInnen den funktionellen Abläufen der Station völlig unterordnen. Es gibt keine fixe Bezugsperson im Pflegeteam, sondern verschiedene Pflegepersonen führen unterschiedliche Pflegehandlungen an dem einzelnen Patienten aus («Fließbandarbeit»). Die «Hauptdienstschwester» muss über das Befinden aller PatientInnen der Station laufend den Überblick bewahren. Dies führt zu einer ausserordentlichen Belastung und Überforderung des «Hauptdienstes», was zur Folge hat, dass auf die individuellen Bedürfnisse der PatientInnen kaum mehr eingegangen werden kann.

Trotz dieser klaren Nachteile der Funktionspflege für PatientInnen und auch für das Pflegepersonal war die Einführung der Gruppenpflege bisher vor allem wegen Personalmangels und aufgrund der notwendigen aber kaum realisierten organisatorischen Voraussetzungen (z.B. angemessene Dienstzeiten, gute zentrale Koordination der Station, gut entwickelte Kompetenzabgrenzungen zu den anderen Berufsgruppen) nur in Ansätzen und nur auf wenigen Stationen möglich.

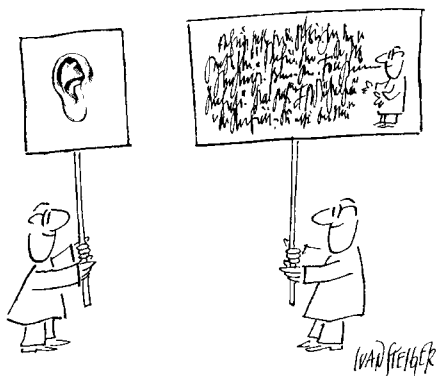
Im Rahmen des WHO-Modellprojektes griffen die MitarbeiterInnen des Pflegedienstes die Gelegenheit auf, die Organisationsentwicklung der Station mit der Einführung eines attraktiveren Pflegemodelles zu verbinden. Ziel wurde die Einführung von Gruppenpflege zur Entwicklung einer patientenorientierten Pflege und zur Hebung der Pflegequalität auf der Neurologischen Station.

Das Modell der Gruppenpflege sieht die Aufteilung der PatientInnen der Station in vorerst 2 (später vielleicht drei) Pflegegruppen vor, die jeweils von einem entsprechenden Teil des Pflegeteams versorgt werden.



Um dies umsetzen zu können, mussten zunächst die notwendigen strukturellen und institutionellen Rahmenbedingungen organisiert werden. Es bedurfte adäquater räumlicher Bedingungen (Einteilung der Zimmer in Gruppen, Schaffung paralleler Arbeitsplätze), technischer Ausstattung (Mappenwagen, Spritzenwagen etc.) und genügend Pflegepersonal (Aufteilung des Pflegeteams). Der Dienstplan wurde verändert, so dass pro Gruppe mindestens zwei diplomierte Schwestern sowie ein Schwesternhilfsdienst, auch am Wochenende, zur Verfügung stehen, um die Kontinuität in der Pflege zu gewährleisten. Auch der Nachtdienst muss durch je eine/n diplomierte/n Krankenschwester/pfleger pro Gruppe besetzt werden. Weiter wurden neue Kooperationsvereinbarungen zwischen dem Pflegedienst und dem ärztlichen Dienst getroffen, um sowohl die PatientInnenversorgung als auch die Administration mit dem neuen Pflegemodell abzustimmen. Die Diskussion dieses Gruppenpflege-Konzeptes wurde im Rahmen von Pflegeteam-Sitzungen diskutiert und im Verlauf immer wieder reflektiert und optimiert. Es wurde aber auch der ärztliche Dienst in die Entwicklung des Gruppenpflege-modells regelmässig einbezogen.

Die Einführung von Gruppenpflege auf der Station brachte mehr Zeit für einzelne Pflegehandlungen und förderte eine patientenorientierte Pflege. So konnte durch eine Kontinuität der AnsprechpartnerInnen im Pflegeteam der persönliche Kontakt zwischen dem Pflegepersonal und den PatientInnen der Station gefördert werden, und es konnte auch die Betreuung der Angehörigen stärker einbezogen werden. Ausreichende Gespräche zur Deckung der Informationsbedürfnisse der PatientInnen sind möglich geworden, und die Wünsche der PatientInnen können durch gute Übersicht und Planung besser und rascher berücksichtigt werden. Durch bessere Beobachtungsmöglichkeit haben die PatientInnen ein Gefühl der Sicherheit und das Pflegepersonal ist auch sicher, keine Pflegehandlungen vergessen zu haben. Das Pflegepersonal ist leichter erreichbar und direkter ansprechbar, da die Krankenschwestern/pfleger mehr bei den PatientInnen in den Krankenzimmern sein können.



Für das Pflegepersonal brachte die Einführung von Gruppenpflege attraktivere Möglichkeiten, tatsächlich in der Krankenpflege und damit entsprechend der Ausbildung tätig zu sein, was zu einer Erhöhung der Arbeitszufriedenheit und einer Verringerung der Fluktuation im Pflegedienst beigetragen hat. Die Überblickbarkeit des eigenen Arbeitsbereichs wurde verbessert und der Informationsgrad der Schwestern über die PatientInnen erhöht (Ergebnisse von Untersuchungen, aktuelles Befinden, Stand der Therapie etc.). Die Einführung von Pflegeteams brachte weiter mit sich, dass sich die MitarbeiterInnen besser kennen, effizienter zusammenarbeiten und ihre Arbeit selbständiger gestalten können. Auch bietet die intensivere Kooperation bessere Ausbildungsmöglichkeiten für SchülerInnen und die Einschulung neuer MitarbeiterInnen. Die Einführung der Pflegegruppen brachte auch eine Intensivierung der Kooperation mit den Ärzten mit sich, die sich in ihren Tätigkeiten (Visiten, Untersuchungen, Behandlungen) auf die Abläufe in den Pflegegruppen einstellen mussten. Beide Berufsgruppen berichten, dass sich das Verhältnis entschieden verbessert hat.

## 4. Zusammenfassende Einschätzung

Die Reorganisation der Station wurde von allen Beteiligten als erfolgreich erlebt.

Dieser Erfolg zeigt sich in einer Erhöhung der Arbeitszufriedenheit, die sich in geringeren Krankenständen und verringerter Personalfuktuation niederschlägt. Die Attraktivität der Station für das diplomierte Krankenpflegepersonal verbesserte sich deutlich («Magnetstation») durch die Ermöglichung einer hohen Qualität der PatientInnenversorgung, durch eine verbesserte Integration der unterschiedlichen Berufsgruppen und einer interprofessionellen Besprechungskultur.

Indikatoren für das entwickeltere Organisationsniveau sehen wir in einer Erweiterung der Selbstreflexionsmechanismen der Organisation durch entsprechende Besprechungssettings, in Selbstfestlegungen der Organisation durch konsensuell vereinbarte Regelungen, wie Standard-Pflegepläne, fixierte Tagesabläufe und der Einführung systematischer Einschulungsmechanismen für neue MitarbeiterInnen.

Inwiefern die Projektergebnisse im Dauerbetrieb stabil verankert werden können, lässt sich derzeit allerdings

schwer abschätzen, da das Stationssekretariat vorläufig zurückgenommen wurde.

Die erzielten Projektergebnisse sind das Resultat eines gelungenen kontinuierlichen Prozesses der Projektgruppenarbeit über vier Jahre. In diesen konnten alle Berufsgruppen und Hierarchieebenen des Personals eingebunden werden.

**Verbesserte  
Kooperation zwischen  
Berufsgruppen kann  
sehr wirkungsvoll  
durch gemeinsame  
Projektarbeit an einer  
gemeinsamen Aufgabe  
erreicht werden.**

Die Arbeit der Projektgruppe wurde horizontal und vertikal akzeptiert, und es entwickelte sich eine gute Kooperation mit der externen Beratung. Wesentliche Verbesserungswünsche des Personals konnten aufgegriffen und die meisten Ziele auch erreicht werden. Vor diesem Hintergrund war es auch möglich, schwierige Ressourcenverhandlungen und Unsicherheiten über

die Unterstützung des Projektes durch die vorgesetzten Stellen zu bewältigen. Kritisch anzumerken bleibt jedoch, dass kein Versuch gemacht wurde, PatientInnen direkt einzubeziehen und dass zu Beginn relativ wenige Ausgangsdaten für die Evaluation erhoben wurden.

Rückblickend betrachtet, wurde der Erfolg des Projektes und damit aber auch seine Transferierbarkeit, von einigen Vorbedingungen mitbestimmt, die von Beginn an den Organisationsentwicklungsprozess günstig beeinflussten:

Neurologie als klinisches Fach mit relativ grossem Interesse an psychosozialen Zusammenhängen und gleichzeitig relativ geringem Prestige in der Hierarchie der Fächer förderte eine grosse Aufgeschlossenheit für ein Engagement in einem Organisationsentwicklungsprojekt.

Die Abteilung hat nur eine Station (sonst zumeist 2-3 Stationen), so dass auch das Ärzteteam, das sonst alle Stationen in der Regel rotierend betreut, fix mit der Station und dem Pflgeitem verbunden war.

Der Primarius (ärztlicher Abteilungsleiter) erkannte rasch die Chance des Projektangebotes, noch einmal drei Jahre vor seiner Pensionierung wesentliche Akzente auf der Station zu setzen. Gleichzeitig war er auch bereit, seinen Oberärzten mehr Autonomie für die Projektdurchführung zu geben.

Zwei seit Jahren auf der Station tätige Oberärzte traten von Beginn an in eine engagierte Beziehung zum Projekt. Der eine als Kritiker und der andere, selbst in der Gewerkschaft aktiv, als Reformler und engagierter Befürworter der Einführung moderner Managementmethoden im Krankenhaus. Beide hatten jedoch eine gute Kooperationsbeziehung, die es später erlaubte, diese grossen Unterschiede in der Sichtweise für das Projekt nützlich zu machen.

Das Pflgeitem der Station war hoch belastet und personell im Vergleich zu anderen Neurologien unterausgestattet. Wenige Monate vor Beginn des Projektes war eine Mitarbeiterin an den Folgen einer wegen Arbeitslast übergangenen Grippe gestorben. Gleichzeitig hatte die Stationschwester ein relativ autonomes und vertrauensvolles Verhältnis zu Ihrer vorgesetzten Oberschwester, der auch eine zweite Abteilung unterstand, der sie mehr Aufmerksamkeit widmete.

Als hilfreich erwies sich, dass die Organisationsentwicklung im Zusammenhang mit dem sowohl für Personal als auch für PatientInnen positiv besetzten Begriff der Gesundheit und Gesundheitsförderung angeboten wurde und die Weltgesundheitsorganisation zugleich mit dem Spitalerhalter, als Auftraggeber eines umfassenderen Modellprojektes, die Entwicklungsarbeit auf der Station materiell und ideell unterstützten. ■