



**Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg**

Fakultät Wirtschaft und Soziales

Department Pflege und Management

Studiengang MBA Sozial- und Gesundheitsmanagement

**Analyse der Einflussfaktoren auf die  
interdisziplinäre Zusammenarbeit  
am Beispiel der Pneumologischen Frührehabilitation  
in der LungenClinic Grosshansdorf**

Master- Thesis

---

Tag der Abgabe: 17.01.2022

Vorgelegt von: Beate Dahm

████████████████████

Erstprüfende: Prof. Dr. Constanze Sörensen

Zweitprüfende: Dr. Andrea Kleipoedszus

## Inhaltsverzeichnis

|   |     |
|---|-----|
| Abbildungsverzeichnis .....   | III |
| Abkürzungsverzeichnis .....   | III |
| Tabellenverzeichnis .....   | IV  |
| Zusammenfassung .....   | V   |
| 1 Einleitung .....  | 1   |
| 1.1 Ausgangslage und thematischer Zusammenhang .....  | 1   |
| 1.2 Fragestellung und Zielsetzung .....   | 1   |
| 1.3 Aufbau und Gliederung der Arbeit .....  | 2   |
| 2 Theoretische Grundlagen.....  | 3   |
| 2.1 Interdisziplinäre Zusammenarbeit .....  | 4   |
| 2.2 Professionalisierung unterschiedlicher Berufsgruppen im Krankenhaus .....   | 6   |
| 2.2.1 Professionalisierung im ärztlichen Dienst .....   | 7   |
| 2.2.2 Professionalisierung der Pflege .....   | 9   |
| 2.2.3 Professionalisierung der Therapeuten .....  | 11  |
| 2.3 Organisationsentwicklung .....  | 12  |
| 3 Ausgangssituation in der LungenClinic Grosshansdorf .....   | 17  |
| 3.1 Vorstellung des Klinikums .....   | 17  |
| 3.2 Unternehmensstruktur.....   | 18  |
| 3.3 Unternehmenskultur.....   | 23  |
| 3.4 Unternehmensentwicklung .....   | 25  |
| 3.4.1 Portfolioerweiterung Pneumologische Frührehabilitation.....   | 28  |
| 3.4.2 Darstellung relevanter Stakeholder für die Portfolioerweiterung .....   | 29  |
| 4 Gesetzliche Anforderungen und Strukturvorgaben für die Etablierung des neuen Portfolios der Pneumologischen Frührehabilitation..... | 30  |

|       |   |    |
|-------|---|----|
| 4.1   | Gesetzliche Anforderungen .....   | 31 |
| 4.2   | Strukturvorgaben .....  | 32 |
| 4.2.1 | Organisatorische Anforderungen.....   | 35 |
| 4.2.2 | Anforderungen an die interdisziplinäre Zusammenarbeit .....   | 37 |
| 5     | Untersuchung der Anforderungen und Vorgaben in der LungenClinic Grosshansdorf<br>und Erfassung der Auswirkungen auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit..... | 38 |
| 5.1   | Methoden und Analyseverfahren.....  | 38 |
| 5.1.1 | Experteninterviews mit Mitarbeitenden unterschiedlicher Professionen .....  | 39 |
| 5.1.2 | Dokumentenanalyse.....  | 41 |
| 5.1.3 | Teilnehmende Beobachtung .....  | 42 |
| 5.2   | Darstellung der Ergebnisse .....  | 43 |
| 5.2.1 | Ergebnisse der Interviews.....  | 43 |
| 5.2.2 | Ergebnisse der Dokumentenanalyse .....  | 51 |
| 5.2.3 | Ergebnisse der teilnehmenden Beobachtung.....   | 55 |
| 6     | Diskussion .....  | 59 |
| 6.1   | Interpretation der Ergebnisse .....   | 59 |
| 6.2   | Transfer der Theorien und Erkenntnisse in die Praxis.....   | 61 |
| 6.2.1 | Chancen und Herausforderungen für die Mitarbeiter.....  | 61 |
| 6.2.2 | Chancen und Herausforderungen für die Patienten.....  | 62 |
| 6.2.3 | Chancen und Herausforderungen für die Organisation.....   | 63 |
| 6.3   | Limitationen.....   | 65 |
| 7     | Fazit und Ausblick.....   | 66 |
| 7.1   | Überprüfung der Zielsetzung und Beantwortung der Fragestellung .....  | 66 |
| 7.2   | Ausblick.....   | 69 |
|       | Literatur- und Quellenverzeichnis .....   | 71 |
|       | Anhang .....  | 79 |

## **Abbildungsverzeichnis**

|   |    |
|---|----|
| Abbildung 1: Elemente der interdisziplinären Zusammenarbeit ..... | 4  |
| Abbildung 2: Schwerpunkte der Organisationsentwicklung .....      | 13 |
| Abbildung 3: Organigramm der LungenClinic Grosshansdorf .....     | 20 |

## **Abkürzungsverzeichnis**

|            |   |
|------------|---|
| ÄAppO      | Approbationsordnung für Ärzte   |
| AMG        | Arzneimittelgesetz  |
| ATA        | Anästhesietechnische Assistenten  |
| BGB        | Bürgerlichen Gesetzbuch   |
| BSG        | Bundessozialgericht   |
| CNE        | Certified Nursing Education   |
| DGP        | Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V.                                  |
| DIMDI      | Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information                                 |
| DIN EN ISO | Deutsches Institut für Normung Europäische Norm International<br>Organization for Standardization |
| DNQP       | Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege   |
| DRG        | Diagnosis Related Groups  |
| DZL        | Deutsches Zentrum für Lungenforschung   |
| FPK        | Fallpauschalenkatalog   |
| G-BA       | Gemeinsamer Bundesausschuss   |
| GmbH       | Gesellschaft mit beschränkter Haftung   |
| GEK        | Gmünder Ersatzkassen  |
| HGB        | Handelsgesetzbuch   |
| HRG        | Hochschulrahmengesetz   |
| InEK       | Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus   |
| IT         | Informationstechnologie   |
| KHEntgG    | Krankenhausentgeltgesetz  |
| KHSG       | Krankenhausstrukturgesetzes   |
| KHZG       | Krankenhauszukunftsgesetz   |

|          |  |
|----------|--|
| KISS     | Krankenhausinformationssystem                                      |
| KTQ      | Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen       |
| MD       | Medizinischer Dienst   |
| MDK      | Medizinischer Dienst der Krankenkassen                             |
| MDS      | Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen   |
| MSGJFS   | Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren |
| MVZ      | Medizinisches Versorgungszentrum                                   |
| OPS      | Operationen- und Prozedurenschlüssel                               |
| OTA      | Operationstechnische Assistenten                                   |
| PDCA     | Plan- Do- Check- Act   |
| PfIBRefG | Pflegeberufereformgesetz   |
| PpUGV    | Personaluntergrenzenverordnung                                     |
| QM       | Qualitätsmanagement  |
| QMB      | Qualitätsmanagementbeauftragte                                     |
| QMH      | Qualitätsmanagementhandbuch  |
| SGB      | Sozialgesetzbuch   |

## **Tabellenverzeichnis**

|  |    |
|--|----|
| Tabelle 1: Stakeholder der LungenClinic Grosshansdorf .....      | 30 |
| Tabelle 2: Strukturmerkmale des OPS 8-559 .....                  | 35 |
| Tabelle 3: Mindestmerkmale des OPS 8-559 .....                   | 36 |
| Tabelle 4: Darstellung der Kategorien und Codierhäufigkeit ..... | 44 |
| Tabelle 5: Darstellung der überprüften Dokumente .....           | 52 |
| Tabelle 6: Beobachtungen und Tätigkeiten der Berufsgruppen ..... | 57 |

## **Zusammenfassung**

**Hintergrund:** Die Corona Pandemie hat den zunehmenden Fachkräftemangel im Gesundheitswesen noch deutlicher werden lassen. Neben der erhöhten Anzahl Pflegebedürftiger bringt der demografische Wandel auch einen steigenden Bedarf an medizinischem Fachpersonal mit sich. Personalgewinnung und Personalbindung sind für die Kliniken existenziell, um die Patientenversorgung sicherzustellen. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit gewinnt vor diesem Hintergrund zunehmend an Bedeutung.

**Ziel:** Durch die Untersuchung der Einflussfaktoren wie beispielsweise die Entwicklung der unterschiedlichen Berufsgruppen im Krankenhaus, der Organisationsentwicklung und der Vorgaben durch die Gesetzgebung soll die Bedeutung der interdisziplinären Zusammenarbeit aufgezeigt und daraus entstehende Chancen abgeleitet werden.

**Methode:** Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurden qualitative Untersuchungsmethoden gewählt. Neben leitfadengestützten Experteninterviews, die strukturiert ausgewertet wurden, konnten mittels einer Dokumentenanalyse und einer teilnehmende Beobachtung weitere Erkenntnisse in die Analyse einbezogen werden.

**Ergebnisse:** Die interdisziplinäre Zusammenarbeit ist dann erfolgreich, wenn alle Berufsgruppen auf Augenhöhe kommunizieren, sich gegenseitig unterstützen und ein gemeinsames Ziel verfolgen. Die Einbindung der Mitarbeitenden in die Organisationsentwicklung führt zu mehr Akzeptanz und Engagement.

**Schlussfolgerungen:** Die zunehmend komplexeren Herausforderungen im Klinikalltag sind durch interdisziplinäre Teams besser zu bewältigen. Professionalisierung, Aus- und Weiterbildung sowie aufeinander abgestimmte Prozesse, regelmäßiger Austausch und Feedback, aber auch Anerkennung und Wertschätzung führen zu einem besseren Miteinander, zufriedenen Mitarbeitenden und einer sicheren Patientenversorgung.

# 1 Einleitung

## 1.1 Ausgangslage und thematischer Zusammenhang

Das Gesundheitswesen ist eine der am größten und schnellsten wachsenden Branchen auf dem Arbeitsmarkt.<sup>1</sup> Der demografische Wandel bringt neben der erhöhten Anzahl Pflegebedürftiger<sup>2</sup> auch einen steigenden Bedarf an medizinischem Fachpersonal mit sich.<sup>3</sup> Mit der Einführung der Diagnosis Related Groups (DRG) wurden vom Gesetzgeber eine Reihe konkreter Erwartungen verknüpft. Als vordringlichstes Ziel wird die Kostenreduktion bei gleichbleibender oder sogar steigender Versorgungsqualität genannt. Überflüssige Leistungen sollen abgeschafft und erforderliche Leistungen effizienter erbracht werden. Dabei soll auch die Transparenz der Krankenhausleistungen gesteigert werden. Durch die Verknüpfung der erbrachten Leistungen mit der Vergütung sollen krankenhauserneuernde und krankenhauserneuernde Ressourcen bedarfsgerechter eingesetzt werden.<sup>4</sup>

## 1.2 Fragestellung und Zielsetzung

Im Hinblick auf den zunehmenden Konkurrenzdruck unter den Krankenhäusern und dem derzeitigen Pflegepersonalmangel wird der Personalgewinnung und der Personalbindung zukünftig eine noch größere Bedeutung zukommen. Es ist für die Kliniken existenziell, Mitarbeiter mit den erforderlichen Qualifikationen zu akquirieren, zu integrieren und an das Unternehmen zu binden, um das entsprechende Leistungsspektrum weiter anbieten zu können und die Patientenversorgung sicherzustellen.<sup>5</sup> Der kommenden Generation sind unter anderem die Zusammenarbeit im Team, Kommunikation auf Augenhöhe, Feedback und Anerkennung und eine ausgeglichene Work-Life-Balance wichtig.<sup>6</sup>

---

<sup>1</sup> Vgl. Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz (2021), [www.bmwi.de...](http://www.bmwi.de...), abgerufen am 09.12.2021.

<sup>2</sup> Für eine bessere Lesbarkeit wird nicht ausdrücklich in die geschlechtsspezifischen Personenbezeichnungen differenziert. Die männliche Form, die für diese Arbeit gewählt wurde, schließt alle anderen Formen gleichberechtigt ein.

<sup>3</sup> Vgl. Oberender, Peter; Zerth, Jürgen; Engelmann, Anja (2017), S. 199.

<sup>4</sup> Vgl. Beivers, Andreas; Emde, Annika (2020), S. 6.

<sup>5</sup> Vgl. Pfannstiel, Mario A. und Weiß, Christian (2016), S. 9.

<sup>6</sup> Vgl. Schmidt, Christian (2017), S. 249; Hasebrook, Joachim und Benning- Rohnke, Elke (2016), S. 63.

Das Thema der interdisziplinären Zusammenarbeit im Krankenhaus gewinnt zunehmend an Bedeutung, sie wird nicht nur von außen (durch gesetzliche Anforderungen und Strukturvorgaben) vorgegeben, sondern auch von innen (den Mitarbeitern) gefordert. Vor diesem Hintergrund ist die persönliche Motivation für die vorliegende Masterarbeit neben dem erfolgreichen Abschluss des berufsbegleitenden Studiums, die Möglichkeit, das neu erworbene, theoretische Wissen mit der Forschung nach neuen Erkenntnissen und den Erfahrungen als Krankenschwester (mit über 30 Jahren Berufserfahrung) zu verknüpfen, um somit den zukünftigen Veränderungen im Gesundheitswesen begegnen zu können und diese positiv zu beeinflussen. Im Rahmen dessen wurden unterschiedliche Einflussfaktoren identifiziert und in die folgenden Forschungsfragen eingebunden.

Die Fragestellungen, die dieser Masterthesis zu Grunde liegen sind:

- Wie wirken sich die Entwicklungen der unterschiedlichen Professionen und die Organisationsentwicklung im Krankenhaus als Einflussfaktoren auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit aus?
- Inwieweit unterstützen oder hemmen die Vorgaben durch die Gesetzgebung und die Strukturanforderungen?
- Welche Faktoren führen zu einer erfolgreichen interdisziplinären Zusammenarbeit wodurch Organisation, Mitarbeiter und Patienten profitieren?

Das Ziel dieser Arbeit ist, Antworten auf diese Fragen zu finden und die Bedeutung der interdisziplinären Zusammenarbeit herauszustellen. Am Beispiel der Pneumologischen Frührehabilitation in der LungenClinic Grosshansdorf soll untersucht werden, welche Einflussfaktoren auf die Zusammenarbeit einwirken. Anhand der gewonnenen Erkenntnisse soll aufgezeigt werden, welchen Stellenwert die interdisziplinäre Zusammenarbeit hat und wie die Fachkompetenz der verschiedenen Berufsgruppen genutzt werden kann, um gemeinsam die Prozesse im Krankenhaus zu verbessern und die Behandlungsabläufe zu optimieren.

### **1.3 Aufbau und Gliederung der Arbeit**

Diese Arbeit gliedert sich in sieben übergeordnete Kapitel. Nach der Einleitung wird im zweiten Kapitel auf die für diese Arbeit notwendigen theoretischen Grundlagen eingegangen. Die Vorstellung der LungenClinic Grosshansdorf erfolgt im dritten Kapitel, im vierten



Kapitel werden die Vorgaben und gesetzlichen Anforderungen für die Etablierung des neuen Portfolios der Pneumologischen Frührehabilitation erläutert. Um die Umsetzung der Vorgaben zu prüfen, erfolgt ein Abgleich anhand einer Dokumentenanalyse. Durch leitfadengestützte Experteninterviews wird den Forschungsfragen nachgegangen und die teilnehmende Beobachtung ermöglicht die Verknüpfung von theoretischem Hintergrundwissen und praktischer Erfahrung. Anschließend erfolgt eine Zusammenfassung der Ergebnisse. Im sechsten Kapitel werden, nach einer Diskussion und Interpretation der Ergebnisse, die möglichen Verbesserungen für die interdisziplinäre Zusammenarbeit herausgearbeitet. Die Überprüfung und Beantwortung der Fragestellungen erfolgen im siebten Kapitel.

Zur Erarbeitung der theoretischen Grundlagen für die Erstellung dieser Masterthesis wurde eine systematische Literaturrecherche vorgenommen. Im Rahmen der zugrundeliegenden Ermittlungen wurde unter anderem auf die Datenbanken Google Scholar, LIVIVO und PubMed zugegriffen und frei weiter recherchiert. Durch das Schneeballsystem konnte weitere Literatur hinzugezogen werden. Die Vorgaben und Voraussetzungen zur Etablierung des neuen Portfolios der Pneumologischen Frührehabilitation gelten nur in Deutschland. Es wurde daher ausschließlich nach deutschsprachiger Literatur gefiltert, da der Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit auf der interdisziplinären Zusammenarbeit im Zusammenhang mit der Pneumologischen Frührehabilitation in Deutschland liegt und kein Vergleich mit anderen Ländern beabsichtigt war.

Für den empirischen Teil der Arbeit wurden leitfadengestützte Interviews, eine Dokumentenanalyse sowie die teilnehmende Beobachtung als qualitative Forschungsmethoden ausgewählt. Im Kapitel 5.1 wird die Auswahl begründet und die angewendeten Methoden werden ausführlich beschrieben.

## **2 Theoretische Grundlagen**

In diesem Kapitel wird zunächst der Begriff interdisziplinäre Zusammenarbeit geklärt und anschließend untersucht und abgegrenzt. Die Wege der Professionalisierung von beteiligten Berufsgruppen im Krankenhaus werden analysiert, Konfliktpotenzial soll identifiziert und mögliche Ressourcen erkannt werden.

## 2.1 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Während der systematischen Literaturrecherche erschienen mehrere Begrifflichkeiten in Verbindung mit der Suche nach einer Definition zur interdisziplinären Zusammenarbeit. Die Definitionsansätze bleiben häufig unkonkret, ungeachtet dessen, ob der Begriff im Forschungs- oder Praxiszusammenhang genannt wird.<sup>7</sup> Die Begriffe interdisziplinär oder interprofessionell werden häufig als Sammelbegriff für mögliche Formen der berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit verwendet. Grundkonsens besteht darüber, dass bei dieser Form der Zusammenarbeit alle Beteiligten ihre Arbeit koordinieren und auf ein gemeinsames Ziel hinarbeiten.<sup>8</sup>

In der sozialen Arbeit wird oft auf die Definition von Bronstein zurückgegriffen. Brunner et al. übersetzen diese Definition der interdisziplinäre Zusammenarbeit von Bronstein als einen „effektiven zwischenmenschlichen Prozess, der das Erreichen von Zielen erlaubt, die von individuellen Angehörigen einer Profession allein nicht erreicht werden können.“<sup>9</sup> Die fünf zusammenhängenden Elemente der interdisziplinären Zusammenarbeit sind in Anlehnung an Brunner in der nachfolgenden Abbildung dargestellt.

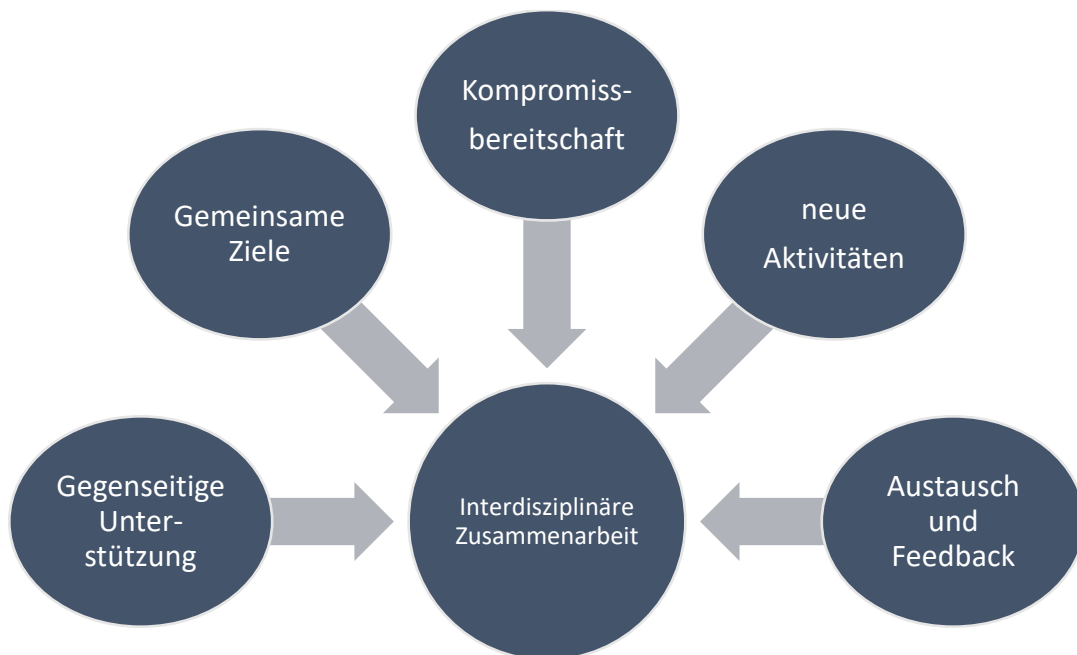


Abbildung 1: Elemente der interdisziplinären Zusammenarbeit in Anlehnung an Brunner<sup>10</sup>

<sup>7</sup> Vgl. Schunk, Yasmin (2021), S. 10.

<sup>8</sup> Vgl. Voelker, Claudia [u.a.] (2011), S. 141.

<sup>9</sup> Brunner, Monique [u.a.] (2018), S. 39.

<sup>10</sup> Vgl. Brunner, Monique [u.a.] (2018), S. 40.

Auch für Zusammenarbeit in den Gesundheitsberufen werden unterschiedliche Begrifflichkeiten verwendet. In einer Studie untersuchten Mahler u.a. die Trefferzahl zu „interdiszip\*“ und „interprof\*“ in unterschiedlichen Fachzeitschriften und kamen zu dem Schluss, dass beide Begriffe oft synonym, der Begriff „interdiszip\*(linär)“ aber am häufigsten in den Artikeln der Fachzeitschriften verwendet wurde.<sup>11</sup>

Im Rahmen dieser Masterarbeit, welche sich auf die Zusammenarbeit im Krankenhaus bezieht, wird vor diesem Hintergrund der Begriff interdisziplinäre Zusammenarbeit verwendet.

Im Krankenhaus arbeiten verschiedenen Berufsgruppen eng miteinander zusammen und müssen als Team funktionieren. Jede der in Abbildung 1 dargestellten Elemente kann auch auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Krankenhaus übertragen werden. Forster beschreibt am Beispiel der Visite im Krankenhaus, dass sich die Interdisziplinarität dadurch auszeichnet, dass unterschiedliche Fachrichtungen einbezogen werden, um ein Thema oder eine Aufgabe zu bearbeiten.<sup>12</sup>

An den folgenden zwei kurzen Praxisbeispielen soll verdeutlicht werden, dass interdisziplinäre Zusammenarbeit im Krankenhaus unverzichtbar ist und einen erheblichen Beitrag zum Erfolg leisten kann.

Eine Operation kann kein Arzt allein durchführen. Er braucht ein Team aus mehreren Fachdisziplinen wie beispielsweise Anästhesisten, Anästhesietechnische Assistenten (ATA), Operationstechnische Assistenten (OTA) und er benötigt Material (z.B. Skalpell, Tupfer), welches angereicht und wieder abgenommen werden muss. Es müssen Vorbereitungen (z.B. Lagerung der Patienten) getroffen werden und es braucht ein Team aus Ärzten, Pflegekräften und Therapeuten, welches die Patienten vor und nach der Operation betreut und behandelt.

Ebenso erfordern zu versorgende Notfälle ein Team, welches Hand in Hand arbeitet und durch eine schnelle, aufeinander abgestimmte Aktion und Reaktion die entsprechende Versorgung sicherstellt. Weider beschreibt, dass die fachübergreifende Zusammenarbeit bei Notfallteams in Krankenhäusern funktioniert, da die Kommunikation und das Miteinander

---

<sup>11</sup> Vgl. Mahler, Cornelia [u.a.] (2014), S. 3.

<sup>12</sup> Vgl. Forster, Alexander (2017), S. 5.

reibungslos sein müssen, um das Patientenwohl nicht zu gefährden.<sup>13</sup> Auch die Leistungsfähigkeit einer Klinik und der Versorgungsprozess der Patienten werden beeinflusst, von der Art und Weise, wie die verschiedenen Berufsgruppen im Krankenhaus zusammenarbeiten.<sup>14</sup>

Um eine patientenorientierte und abgestimmte Zusammenarbeit zu ermöglichen, bedarf es ein professionelles Auftreten, einer Kommunikation auf Augenhöhe und den Mut, aufeinander zuzugehen.<sup>15</sup>

## **2.2 Professionalisierung unterschiedlicher Berufsgruppen im Krankenhaus**

Zu den Berufsgruppen im Krankenhaus zählen neben dem ärztlichen Dienst und der Pflege auch Therapeuten und Assistenten sowie administrative Versorgungs- und Verwaltungsmitarbeiter. Im weiteren Verlauf wird der Schwerpunkt der Untersuchung auf die patientennahen Bereiche gelegt, also auf die Ärzte, die Pflegenden und die Therapeuten. Diese Berufsgruppen sind für die interdisziplinäre Zusammenarbeit vorrangig. Auf die Professionalisierung und den damit verbundenen Veränderungen im Arbeitsleben dieser drei Berufsgruppen soll in den nachfolgenden Abschnitten eingegangen werden. Für diese Arbeit soll der Schwerpunkt nicht auf der kompletten Darstellung der historischen Entwicklung der einzelnen Berufsgruppen liegen, vielmehr soll der Zusammenhang zwischen Weiterentwicklung, Spezialisierung und Professionalisierung und den daraus resultierenden Auswirkungen auf die Zusammenarbeit herausgearbeitet werden.

Von Bals wird die Professionalisierung folgendermaßen beschrieben: „Es ist festzuhalten, dass die Professionalisierung einer Tätigkeit mit einer Zunahme spezialisierten, systematischen und theoretischen Wissens, wie sie in der Regel durch eine wissenschaftliche Ausbildung vermittelt wird, notwendig einhergeht (»Expertenschaft«).“<sup>16</sup> Es wird darauf hingewiesen, dass dieses nur ein Kriterium zur Professionalisierung ist und dass es bei der Forderung nach professionellen Pflegekräften oder Therapieexperten nicht nur auf die Akademisierung

---

<sup>13</sup> Vgl. Weider, Nicole (2020), S. 19.

<sup>14</sup> Vgl. Weider, Nicole (2020), S. 15.

<sup>15</sup> Vgl. Forster, Alexander (2017), S. 6.

<sup>16</sup> Bals, Thomas (2011), S. 72.

der Ausbildung ankommt.<sup>17</sup> Im Buch „Pfleger heute“ wird die Professionalisierung beschrieben als „Weiterentwicklung eines Berufs zu einer Profession im berufssoziologischen Sinn.“<sup>18</sup>

Als Merkmale der Professionalisierung werden von Stößel folgende Punkte genannt:

- Expertenschaft
- abgrenzbare soziale Identität
- berufsspezifischer Ethos der Berufsausübung
- Gestaltungsautonomie in der Ausübung des Berufes<sup>19</sup>

Die Entwicklungen und Ausprägungen dieser Merkmale sind in den einzelnen Berufsgruppen unterschiedlich, daher wird im weiteren Verlauf näher darauf eingegangen.

### **2.2.1 Professionalisierung im ärztlichen Dienst**

Professionen gelten als gehobene Form von Berufen, sie zeichnen sich durch ein hohes Maß an strukturiertem Wissen und eine höhere kollektive und soziale Orientierung aus. Die sogenannten freien Berufe wie Ärzte und Juristen gelten als Vorbilder für eine gelungene Professionalisierung.<sup>20</sup> In der Mitte des letzten Jahrhunderts wurde der Arzt noch als „Gott in Weiß“ verehrt, die Meinung der Ärzte war Handlungsanweisung und wurde nicht hinterfragt. Die Beziehungen zwischen Ärzten und Patienten sowie zwischen Pflegenden und Patienten haben sich innerhalb der letzten Jahre deutlich verändert.<sup>21</sup> Patienten sind im Internetzeitalter deutlich besser informiert und bringen teilweise die von ihnen recherchierten Diagnosen bereits bei der Aufnahme mit in die Arztpraxis oder in das Krankenhaus.<sup>22</sup> Der Gesetzgeber hat im Jahr 2013 die Rechte der Patienten (Patientenrechtegesetz) gestärkt und im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) § 630a verankert.

Die Ziele sind:

- Verbesserung der Verfahrensrechte für die Betroffenen bei Behandlungsfehlern

---

<sup>17</sup> Vgl. Bals, Thomas (2011), S. 72.

<sup>18</sup> Lademann, Julia und Isfort, Michael (2019), S. 1489.

<sup>19</sup> Vgl. Stößel, Ulrich (2011), S. 75.

<sup>20</sup> Vgl. Meyer, Rita (2020), S. 549.

<sup>21</sup> Vgl. Forster, Alexander (2017), S. 70.

<sup>22</sup> Vgl. Bartel, Kathrin (2018), [www.swr.de...](http://www.swr.de...), abgerufen am 10.12.2021.

- Stärkung der Patientenbeteiligung und Patienteninformation
- Konkretisierung der Rechte der Patienten im Verhältnis zum Behandelnden.<sup>23</sup>

Klüter beschreibt in seiner Anforderung an die heutige Mediziner Ausbildung, dass angehende Ärzte möglichst frühzeitig motiviert werden sollten, interdisziplinär Kenntnisse und Fähigkeiten zu erwerben. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsberufen sollte im Kontext der Kompetenzbildung für Medizinstudenten, verankert werden.<sup>24</sup>

In der Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO) ist die Ausbildung in der Humanmedizin geregelt. Neben der eigenverantwortlichen und selbstständigen Berufsausübung sollen die Ärzte befähigt werden, die umfassende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung sicherzustellen, indem die notwendigen und erforderlichen Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten in allen Fächern vermittelt werden.<sup>25</sup>

2002 sollte durch die Überarbeitung der ÄAppO die ganzheitliche Sicht auf den Patienten und die interdisziplinären Behandlungsprozesse stärker berücksichtigt werden. Im § 1 Abs. 1 Satz 5 ÄAppO wurde als ein Ziel der Ausbildung folgendes festgeschrieben: „Die Ausbildung soll auch Gesichtspunkte ärztlicher Gesprächsführung sowie ärztlicher Qualitätssicherung beinhalten und die Bereitschaft zur Zusammenarbeit mit anderen Ärzten und mit Angehörigen anderer Berufe des Gesundheitswesens fördern.“<sup>26</sup>

Wie auch den Pflegenden, werden den Ärzten im Krankenhaus zunehmend mehr Tätigkeiten zugewiesen. Administrative Tätigkeiten wie Codierung und Leistungsdokumentation nehmen zusätzlich Zeit in Anspruch, die an anderer Stelle (z.B. Vier-Augen-Gespräch zwischen Arzt und Patient) fehlt.<sup>27</sup>

---

<sup>23</sup> Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2016), [www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de)..., abgerufen am 14.12.2021.

<sup>24</sup> Vgl. Klüter, Harald (2011), S. 45.

<sup>25</sup> Vgl. Klüter, Harald (2011), S. 48.

<sup>26</sup> Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2003), [www.gesetze-im-internet.de](http://www.gesetze-im-internet.de)..., abgerufen am 15.12.2021.

<sup>27</sup> Vgl. Wagner, Michael (2009), S. 49.

Die Pflegenden möchten im Gegenzug mehr Verantwortung übernehmen, aber eine reine Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten (z.B. Blutabnahme, Infusionstherapie) würde wiederum zur Überlastung des Pflegedienstes führen. Die Möglichkeit, delegierbare pflegerische Tätigkeiten an Pflegeassistenten zu übergeben, müsste geprüft werden.<sup>28</sup>

## 2.2.2 Professionalisierung der Pflege

Liliane Juchli gilt bis heute als eine der Wegbereiterinnen von professioneller Pflege im deutschsprachigen Raum und kämpfte für eine ganzheitliche, fachkundige und menschenwürdige Pflege.<sup>29</sup>

Schon im Vorwort der 6. Auflage von 1991 ihres berühmten Krankenpflegebuches schreibt Juchli, dass hinter der halben Million verkauften Exemplaren auch steht, dass „[...] die ständige Weiterentwicklung eines Berufsstandes, dessen Suchen nach mehr Berufsbewusstsein und mehr Professionalisierung in bezug auf ein eigenständiges Pflegeverständnis spiegelbildlich in diesem Buch sichtbar wird [...]“.<sup>30</sup>

Seitdem wurden viele Diskussionen, Analysen von Modellausbildungs- und Studiengängen und politische Debatten geführt, um eine international anerkannte und generalistische Ausbildung auf den Weg zu bringen.<sup>31</sup> Nach jahrzehntelangen Auseinandersetzungen ist am 1. Januar 2020 das Pflegeberufereformgesetz (PflBRefG) in Kraft getreten und hat das Altenpflegegesetz und das Krankenpflegegesetz abgelöst. Die Ziele des Gesetzgebers sind insbesondere:

- Modernisierung der Ausbildung zur Pflegefachkraft
- Erhöhung der Attraktivität des Pflegeberufes
- Aufwertung des Berufsbereiches<sup>32</sup>

Die Auszubildenden beginnen mit der generalistischen Ausbildung und können im dritten Ausbildungsjahr eine Spezialisierung zum "Altenpfleger/in" oder "Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in" wählen, oder die Ausbildung mit dem Abschluss "Pflegefachfrau/-

---

<sup>28</sup> Vgl. Wagner, Michael (2009), S. 48.

<sup>29</sup> Vgl. Lücke, Stephan (2020), [www.bibliomed-pflege.de](http://www.bibliomed-pflege.de)..., abgerufen am 15.12.2021.

<sup>30</sup> Juchli, Liliane (1991), Vorwort S. V.

<sup>31</sup> Vgl. Jakobs, Anke; Vogler, Christine (2020), S. 38.

<sup>32</sup> Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2020). [www.bmfsfj.de](http://www.bmfsfj.de)..., abgerufen am 15.12.2021.

mann" fortsetzen. In Ergänzung zur beruflichen Pflegeausbildung und zur weiteren Qualifizierung ist ein Pflegestudium möglich<sup>33</sup>, wodurch zusätzliche Karrierechancen geboten werden sollen. Für die Professionalisierung der Pflege sind die generalisierte Ausbildung und Qualifizierungsmöglichkeiten ein großer Schritt nach vorne. Die großen Chancen liegen in der Entstehung des gemeinschaftlichen Grundverständnisses zur eigenen Profession sowie in der Fokussierung auf die pflegerischen Kompetenzen, die sich deutlicher als eigenständiges Handlungsfeld darstellen.<sup>34</sup>

Im § 5 des PflBRefG sind die Ausbildungsziele genauer definiert, im Absatz 3 Satz 3 heißt es dazu:

*„Die Ausbildung soll insbesondere dazu befähigen [...] interdisziplinär mit anderen Berufsgruppen fachlich zu kommunizieren und effektiv zusammenzuarbeiten und dabei individuelle, multidisziplinäre und berufsübergreifende Lösungen bei Krankheitsbefunden und Pflegebedürftigkeit zu entwickeln sowie teamorientiert umzusetzen.“<sup>35</sup>*

In diesem Absatz wird deutlich, dass die teamorientierte und berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit wichtig ist und daher bereits in der Ausbildung vermittelt werden soll.

Der Pflegeberuf muss sich immer komplexer werdenden Aufgaben, Anforderungen und Veränderungen stellen und den Wissensstand kontinuierlich erweitern. Von der Pflege wird aufgrund dieser Entwicklungen eine weitere Professionalisierung im 21. Jahrhundert erwartet.<sup>36</sup> Der stärkere Einbezug der Pflegewissenschaften ist neben den Pflegestudiengängen auch in der Einführung von Expertenstandards durch das deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) zu erkennen. Expertenstandards gelten in Fachkreisen als verbindliche Empfehlung im Sinne einer qualitativen und evidenzbasierten Pflege. Bei Begutachtungen durch den Medizinischen Dienst (MD) werden diese Expertenstandards als Referenzen genutzt, da sie den aktuellen Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse widerspiegeln.<sup>37</sup>

---

<sup>33</sup> Vgl. Lademann, Julia und Isfort, Michael (2019), S. 1486.

<sup>34</sup> Vgl. Jakobs, Anke; Vogler, Christine (2020) S. 41.

<sup>35</sup> Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2020a), [www.gesetze-im-internet.de...](http://www.gesetze-im-internet.de...), abgerufen am 16.12.2021.

<sup>36</sup> Vgl. Breinbauer, Mareike (2020), S. 54.

<sup>37</sup> Vgl. Rath, Robert (2020), [www.relias.de...](http://www.relias.de...), abgerufen am 16.12.2021.



Im Zuge des demografischen Wandels, der älter werdenden Gesellschaft und den komplexeren (chronischen) Krankheitsverläufen, steigen die Anforderungen an die Pflegenden. Mit der Möglichkeit der Professionalisierung durch Akademisierung sollen sie befähigt werden, mehr Verantwortung im Berufsalltag zu übernehmen, auf Augenhöhe mit Ärzten und Therapeuten zu agieren und den Genesungsprozess der Patienten positiv zu beeinflussen.

### **2.2.3 Professionalisierung der Therapeuten**

Die Professionalisierung hat im Bereich der Physiotherapie im Vergleich zur Pflege sehr viel später begonnen. Bei der Untersuchung der Angebote an Studiengängen für Pflege und Physiotherapeuten, findet sich in der Literatur, dass erst seit 2002 Bachelorabsolventen für Physiotherapie die deutschen Hochschulen verlassen.<sup>38</sup> Im Gmünder Ersatzkassen (GEK)- Heil- und Hilfsmittelreport 2007 wurden in Bezug auf die Professionalisierung Fragen aufgeworfen wie:

- Werden studierte Therapeuten in Deutschland gebraucht?
- Steigen dadurch die Kosten für Heilmittel?
- Sollten diese Therapien nicht weiter unter der Aufsicht der Ärzte erfolgen?
- Dient die Akademisierung einem Selbstzweck zur Aufwertung und besseren Honorierung?<sup>39</sup>

Die Antworten auf diese Fragen versucht Höppner zu geben, indem sie die Entwicklungen und Bedarfe analysiert hat. Zusammenfassend kommt sie zu dem Schluss, dass die Anforderungen und die damit verbundenen Erwartungen an die Kompetenzen der Therapeuten gestiegen sind. Es wird erwartet, dass sich die Therapeuten an neuen, gesundheitswissenschaftlichen Erkenntnissen orientieren und ihre Behandlungskonzepte auf wissenschaftliche Grundlagen und ihre Evidenz überprüfen. Nach dem Verständnis von Höppner kann eine Anpassung der Berufsqualifikation an den steigenden Bedarf „[...] nur durch die Akademisierung und einem intelligenten Transfer von Theorie und Praxis erfolgen.“<sup>40</sup>

---

<sup>38</sup> Vgl. Höppner, Heidi (2009), S. 45.

<sup>39</sup> Vgl. Deitermann, Bernhilde [u.a.] (2007), S. 31.

<sup>40</sup> Höppner, Heidi (2007), S. 36.

## 2.3 Organisationsentwicklung

Durch veränderte Rahmenbedingungen aus Politik, Wirtschaft und Gesellschaft sind Krankenhäuser gezwungen, wirtschaftlich zu handeln, neue Geschäftsfelder zu erschließen und/oder bestehende zu überprüfen, um sich zukunftsfähig auszurichten. Die Behandlungsziele müssen in kurzer Zeit, unter Einhaltung hoher Qualitätsstandards und möglichst effizient erreicht werden. Dafür müssen neue Strukturen geschaffen werden.<sup>41</sup>

Die Organisationsentwicklung wird von Maier definiert als:

*„Strategie des geplanten und systematischen Wandels, der durch die Beeinflussung der Organisationsstruktur, Unternehmenskultur und individuellem Verhalten zustande kommt, und zwar unter größtmöglicher Beteiligung der betroffenen Arbeitnehmer.“<sup>42</sup>*

Durch die Beteiligung der Mitarbeiter wird die Veränderungsbereitschaft erhöht.<sup>43</sup> Auch Werther und Jacobs beschreiben, dass Partizipation und transparente Veränderungsprozesse als Erfolgsfaktoren der Organisationsentwicklung gelten.<sup>44</sup> Um die zukünftige, strategische Ausrichtung einer Organisation festzulegen, müssen einige Fragen beantwortet werden:

- Wie können die Mitarbeiter motiviert und qualifiziert werden?
- Welches Leistungsportfolio soll zukünftig angeboten werden?
- Werden für das Leistungsportfolio Kooperationspartner benötigt? Wer könnten diese Kooperationspartner sein?
- Müssen bauliche oder personelle Strukturen verändert werden?
- Wie kann die Organisation unter Einhaltung hoher Qualitätsstandards wettbewerbsfähig und erfolgreich wirtschaften?<sup>45</sup>

Die Schwerpunkte der Organisationsentwicklung sind in Anlehnung an Roeder und Bunzemeier in der folgenden Grafik zusammenfassend dargestellt.<sup>46</sup>

---

<sup>41</sup> Vgl. Roeder, Norbert.; Bunzemeier, Holger (2017), S. 477.

<sup>42</sup> Maier, Günter W.; Schewe, Gerhard (2018), [www.wirtschaftslexikon.gabler.de...](http://www.wirtschaftslexikon.gabler.de...), abgerufen am 10.12.2021.

<sup>43</sup> Vgl. Schafmeister, Sylvia (2019), S. 149.

<sup>44</sup> Vgl. Werther, Simon; Jacobs, Christian (2014), S. 45.

<sup>45</sup> Vgl. Roeder, Norbert; Bunzemeier, Holger (2017), S. 479.

<sup>46</sup> Vgl. Ebenda, S. 479.

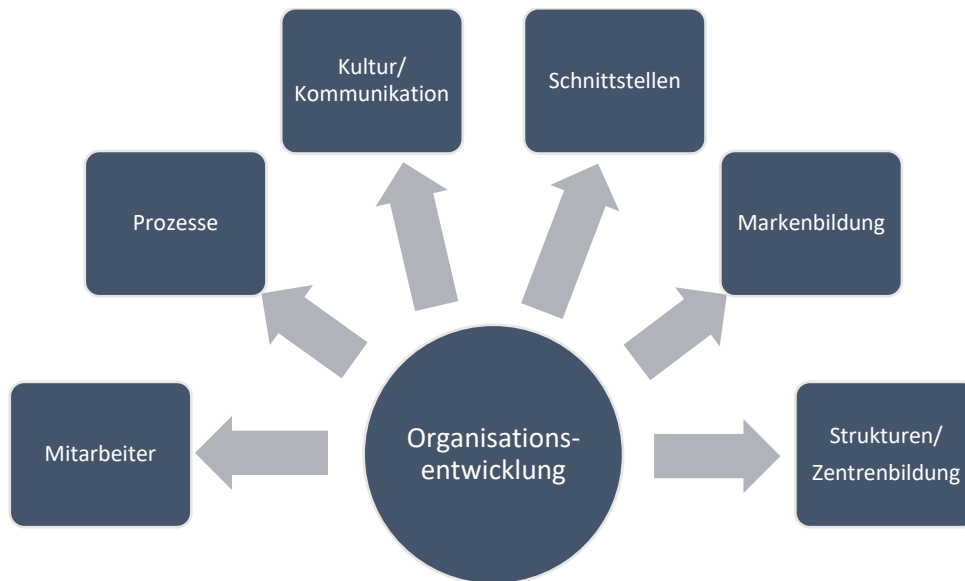


Abbildung 2: Schwerpunkte der Organisationsentwicklung in Anlehnung an Roeder und Bunzemeier

In der oben dargestellten Grafik ist erkennbar, dass Organisationsentwicklung ein komplexes Thema ist und unterschiedliche Bereiche einer Organisation betroffen sind.

Im Krankenhaus verlaufen ohne das Engagement jedes einzelnen Mitarbeiters viele Konzepte zur Entwicklung der Organisation ergebnislos.<sup>47</sup>

Die nachfolgend aufgeführten einzelnen Komponenten tragen maßgeblich zur erfolgreichen Organisationsentwicklung bei und sollen daher näher betrachtet werden.

### **Mitarbeiter**

In jede Art von Neustrukturierung oder Veränderung müssen alle Mitarbeiter umfassend einbezogen werden. Nur durch Beteiligung, Verständnis und Akzeptanz können Veränderungsprozesse erfolgreich umgesetzt werden. Wenn es gelingt, die Effektivität der Organisation zu steigern und dabei die Mitarbeiterzufriedenheit zu verbessern, ist ein Ziel der Organisationsentwicklung erreicht.<sup>48</sup>

<sup>47</sup> Vgl. Stachel, Kerstin (2017), S. 203.

<sup>48</sup> Vgl. Roeder, Norbert; Bunzemeier, Holger (2017), S. 483.

## **Prozesse**

Prozesse werden von Ertl- Wagner als: „[...] Folge von zwangsläufig aufeinander aufbauenden Tätigkeiten (Unterprozesse), die Eingaben („inputs“) in Ergebnisse („outputs“) umwandeln“, beschrieben.<sup>49</sup> Prozesse sollen möglichst effizient sein, nur so ist eine Qualitäts- und Nutzensteigerung für die Patienten zu erreichen. Eine reine Beschreibung der Prozesse, daraus entwickelte Verfahrensanweisungen und eine oftmals aufwendige Zertifizierung derselben, sichern nicht zwangsläufig eine Professionalität der Prozesse. Entscheidend ist die konstante, alltägliche Verhaltensweise der Mitarbeiter.<sup>50</sup>

## **Kultur und Kommunikation**

Insbesondere bei Veränderungsprozessen und dem ständigen Wandel, dem die Krankenhäuser unterliegen, haben die Kultur und die Kommunikation im Unternehmen einen hohen Stellenwert.

Interne Kommunikation ist wichtig, die Mitarbeiter müssen umfassend und zeitnah über notwendige Veränderungen informiert werden, um Befürchtungen und möglichem Widerstand frühzeitig zu begegnen. Durch professionelle und klare Veränderungskommunikation entstehen Verständnis und Akzeptanz, die wiederum notwendig sind, um die Mitarbeiter zu motivieren. Sie müssen sich mit den Unternehmenszielen identifizieren und durch ihre Arbeit den Unternehmenserfolg nachhaltig sichern.<sup>51</sup>

Externe Kommunikation zielt nicht nur auf die Patienten als Kunden ab, sondern muss zahlreiche Anspruchsgruppen/ Stakeholder informieren, mit ihnen in Kontakt bleiben, aber auch Fehlinformationen und Verstimmungen vermeiden. Als Anspruchsgruppe/ Stakeholder werden alle bezeichnet, die an der Entwicklung des Krankenhauses ein berechtigtes Interesse haben.<sup>52</sup>

Im weiteren Verlauf der Arbeit werden am konkreten Beispiel der LungenClinic Grosshansdorf die Stakeholder für die Pneumologische Frührehabilitation ermittelt.

---

<sup>49</sup> Ertl-Wagner, Birgit [u.a.] (2013), S. 96.

<sup>50</sup> Vgl. Pfitzer, Dirk [u.a.] (2017), S. 498.

<sup>51</sup> Vgl. Buchmann, Uta (2017), S. 679.

<sup>52</sup> Vgl. Birschmann, Nils (2017), S. 490.

## **Schnittstellen**

Die Schnittstellen zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen (z.B. Pflege/Arzt), wie auch zwischen den Fachabteilungen (z.B. Chirurgie und Innere Medizin) haben besondere Bedeutung bei Veränderungen im Krankenhaus. Sind zeitliche und inhaltliche Verantwortlichkeiten nicht ausreichend geklärt, entstehen Schnittstellen- und Prozessprobleme. Organisationsstrukturen sollten auf das Ziel ausgerichtet sein, patientenorientiert und interdisziplinär zu sein.<sup>53</sup>

## **Markenbildung**

Die Krankenhäuser müssen sich auf dem Markt positionieren, ihre Alleinstellungsmerkmale herausarbeiten und diese bewerben. Es wird für Krankenhäuser zunehmend wichtiger, dass Patienten generiert und gebunden werden. Bewertungsportale wie [www.krankenhausbewertung.de](http://www.krankenhausbewertung.de) oder [www.weisse-liste.de](http://www.weisse-liste.de) werden von Patienten genutzt, um sich zu informieren und sie entscheiden sich für eine Behandlung in dem jeweiligen Krankenhaus, nachdem sie die Informationen, Leistungskennziffern und Bewertungen verglichen haben. Zur Transparenz und Stärkung der Marke sind beispielsweise veröffentlichte Qualitätsberichte und nachvollziehbare Kontrollen durch externe Institutionen (Zertifizierungsgesellschaften) geeignet. Um für die Zukunft gerüstet zu sein, müssen Krankenhäuser aktiv an der Markenbildung arbeiten und das ganze Unternehmen konsequent darauf ausrichten.<sup>54</sup>

## **Strukturen/ Zentrenbildung**

Roeder und Bunzemeier beziehen sich in ihrer Empfehlung zur Organisationsentwicklung auf die Bildung von Zentren für größere Krankenhäuser. Fachgebiete werden organspezifisch zusammengeführt (z.B. Brustkrebszentrum), um den Behandlungserfolg zu sichern und die Kostenstruktur zu optimieren. Diagnostisches und therapeutisches Vorgehen werden in Zentren gemeinsam als Behandlungsstandards festgelegt. Strukturen, die oftmals doppelt vorgehalten werden (z.B. Funktionsdiagnostik) können zusammengelegt und effizienter genutzt werden.<sup>55</sup>

---

<sup>53</sup> Vgl. Roeder, Norbert; Bunzemeier, Holger (2017), S. 482.

<sup>54</sup> Vgl. Klein- Böltig, Ralf (2017), S. 675ff.

<sup>55</sup> Vgl. Roeder, Norbert; Bunzemeier, Holger (2017), S. 481.

Prof. Wehkampf ist Gesundheitsforscher und erläutert in einem Interview, warum entgegen den Empfehlungen aus der Bertelsmann-Studie<sup>56</sup> von 2019 die kleinen Kliniken nicht geschlossen und zu großen Zentren zusammengeführt werden sollten. Gerade in Zeiten der Corona- Pandemie hat es sich bewährt, dass auf die Kapazität der gesamten Krankenhäuser in Deutschland zurückgegriffen werden konnte. Die Kliniken können sich spezialisieren und durch Kooperationen Netzwerke bilden, von denen Mitarbeiter und Patienten profitieren.<sup>57</sup>

Anhand dieser genannten Schwerpunkte der Organisationsentwicklung lassen sich auch die Erfolgsfaktoren ableiten. Nach einer Analyse von Werther und Jacobs existiert eine Vielzahl von Klassifikationen von Erfolgsfaktoren; als gemeinsame Nenner werden folgende Faktoren genannt:

1. Umfassende Symptombeschreibung und Diagnose
2. Definition von Visionen und Zielen unter Einbeziehung aller Stakeholder
3. Notwendigkeit der Veränderung verdeutlichen
4. Unterstützung und Führungskoalition durch das Top- Management
5. Kommunikation möglichst klar, verständlich und fortlaufend
6. Zeitmanagement möglichst realistisch mit Einplanung von Zeitressourcen
7. Verantwortlichkeit und Projektorganisation mit Berücksichtigung aller Stakeholder
8. Unterstützung durch Qualifikation
9. Schnell sichtbare Erfolge als Motivation im Prozess
10. Reaktionsvermögen im Prozess als Gratwanderung zwischen Flexibilität und Zielorientierung
11. Controlling und Monitoring quantitativ (z.B. durch Kennzahlen) und qualitativ (z.B. durch Mitarbeiterbefragung/ Interviews)
12. Stabilisierung der Veränderung zur Sicherstellung des Entwicklungserfolges.<sup>58</sup>

Organisationsentwicklungen sind für Krankenhäuser mit umfangreichen Herausforderung verbunden. Die Umsetzung von Veränderungsprozessen ist schwierig, da die Gesundheitswirtschaft personalintensiv ist und möglichst alle Mitarbeiter eingebunden werden sollen.

---

<sup>56</sup> Vgl. Böcken, Jan (2019), [www. bertelsmann-stiftung.de...](http://www.bertelsmann-stiftung.de...), abgerufen am 17.12.2021.

<sup>57</sup> Vgl. Wehkampf, Karl- Heinz (2020) [www.taz.de...](http://www.taz.de...), abgerufen am 17.12.2021.

<sup>58</sup> Vgl. Werther, Simon; Jacobs, Christian (2014), S. 149.

Die Notwendigkeit der Personalentwicklung begründet sich in der Übernahme von neuen Aufgaben und sollte als kontinuierlicher Verbesserungsprozess angesehen werden.<sup>59</sup>

### **3 Ausgangssituation in der LungenClinic Grosshansdorf**

Nach einer kurzen Vorstellung der LungenClinic Grosshansdorf wird in diesem Kapitel auf die Unternehmensstruktur und die Unternehmenskultur eingegangen. Anschließend wird die Unternehmensentwicklung, insbesondere die Portfolioerweiterung der Pneumologischen Frührehabilitation dargestellt.

#### **3.1 Vorstellung des Klinikums**

Ursprünglich als Tuberkuloseheilstätte geplant, wurde am 11. Dezember 1900 ein Gesehnsheim in der walddreichen Umgebung von Hamburg mit zunächst 50 Betten in Betrieb genommen. Kurz darauf kam eine weitere Abteilung mit 70 Betten hinzu. Mit der Erfindung des Penicillins und angesichts besserer hygienischer Bedingungen ging die Zahl der Tuberkulosefälle zurück, aber durch die Zunahme des Tabakkonsums trat der Lungenkrebs als neue Erkrankung in das Leben der Menschen. Nach mehreren Um- und Anbauten ist die Klinik heute mit 179 Planbetten im Krankenhausplan von Schleswig- Holstein ein bedeutender Standort für alle Erkrankungen der Lunge. Die Klinik genießt einen exzellenten Ruf. Das hochqualifizierte Team aus medizinischem, pflegerischem und therapeutischem Personal sowie ein hohes Engagement in der Forschung tragen zum Erfolg der Klinik bei.<sup>60</sup>

In der Klinik sind ca. 420 Mitarbeiter tätig, die jährlich ca. 8000 Patienten stationär und ca. 4000 Patienten ambulant versorgen. Mit ca. 1000 Operationen pro Jahr zählt die Klinik zur führenden thoraxchirurgischen Abteilung in Norddeutschland.<sup>61</sup>

Aufbauend auf einer Systemzertifizierung nach dem Deutschen Institut für Normung Europäische Norm International Organization for Standardization (DIN EN ISO) 9001:2015 verfügt die Klinik über ein zertifiziertes Lungenkrebszentrum, ein zertifiziertes Kompetenzzentrum für Thoraxchirurgie und ein zertifiziertes Weaningzentrum.<sup>62</sup> Darüber hinaus ist auf

---

<sup>59</sup> Vgl. Roeder, Norbert; Bunzemeier, Holger (2017), S. 485.

<sup>60</sup> Vgl. LungenClinic Grosshansdorf (2020a), [www.lungenclinic.de](http://www.lungenclinic.de)..., abgerufen am 16.12.2021.

<sup>61</sup> Vgl. LungenClinic Grosshansdorf (2020b), [www.lungenclinic.de](http://www.lungenclinic.de)..., abgerufen am 17.12.2021.

<sup>62</sup> Weaning = Entwöhnung von der Beatmung.

dem Gelände der LungenClinic eine der insgesamt 18 Forschungsinstitutionen des Deutschen Zentrums für Lungenforschung (DZL) angesiedelt.

Um auch im ambulanten Sektor vertreten zu sein und den Patienten eine vor- und nachstationäre Versorgung aus einer Hand anbieten zu können, wurde 2019 die Hamburger Gemeinschaftspraxis Dress. Grützmacher/Ten Hoff von der LungenClinic Grosshansdorf übernommen und in das Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) „Besser atmen in Hamburg“ umgewandelt. Im Januar 2021 wurde eine weitere Lungenfacharztpraxis übernommen und in das MVZ Herz-Lungen-Praxis Hamburg-Bergedorf überführt.

### **3.2 Unternehmensstruktur**

Die LungenClinic Grosshansdorf befindet sich als eine der wenigen Kliniken in Deutschland in Trägerschaft der Deutschen Rentenversicherung Nord und wird in der Rechtsform einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) freigemeinnützig geführt. Wie unter Kapitel 3.1 beschrieben, ist dies historisch begründet. Anders als in Krankenhäusern privater Trägerschaft, welche mit Gewinnerzielungsabsicht nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen geführt werden, unterliegen Kliniken, die freigemeinnützig geführt werden, dem Gemeinnützigkeitszweck. Da steuerliche Vorteile damit verbunden sind (keine Steuern auf Erträge, ertragssteuerbefreit), unterliegt das erwirtschaftete Vermögen daher einer zweckgebundenen Verwendung.<sup>63</sup> Nach dem Handelsgesetzbuch (HGB) § 325 Abs.1 ist der festgestellte Jahresabschluss von Kapitalgesellschaften offenzulegen. Die Unterlagen müssen spätestens ein Jahr nach dem Abschlussstichtag des Geschäftsjahres in elektronischer Form eingereicht werden.<sup>64</sup> Durch die Veröffentlichung im Bundesanzeiger erhält Jedermann Einsicht in diese Unterlagen. Die LungenClinic Grosshansdorf zählt mit 420 Mitarbeitern zu den großen Unternehmen und muss daher folgende Angaben veröffentlichen:

- Bilanz
- Gewinn- und Verlustrechnung (GuV)
- Anhang
- Lagebericht

---

<sup>63</sup> Vgl. Rybak, Christian (2017), S. 27.

<sup>64</sup> Vgl. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (o.J.), [www.gesetze-im-internet.de...](http://www.gesetze-im-internet.de...), abgerufen am 17.12.2021.



- Angaben, die sich aus der Rechtsform des Unternehmens ergeben

Der veröffentlichte Jahresabschluss spiegelt die finanzielle Situation des Unternehmens wider und soll allen Interessierten (z.B. Stakeholdern wie Lieferanten, Kunden, Mitbewerbern), aber auch der Öffentlichkeit zur Verfügung stehen. Für die Nachvollziehbarkeit der in dieser Arbeit verwendeten Daten aus der LungenClinic ist der Bundesanzeiger ebenfalls ein wichtiges Informationsmedium. Der Jahresabschlussbericht aus dem Jahr 2020 ist noch nicht im Bundesanzeiger veröffentlicht, weshalb der Fokus für diese Arbeit auf das Geschäftsjahr 2019 gelegt werden musste. Aus dem Jahresabschlussbericht 2019 geht hervor, dass die Ertrags-, Finanz- und Vermögenslage der LungenClinic Grosshansdorf insgesamt als zufriedenstellend beurteilt und für das Jahr 2020 erwartet wird, dass die eingeleiteten Maßnahmen zur Portfolioerweiterung ihre volle Wirkung entfalten. Als ein Risiko wird der bestehende Fachkräftemangel beschrieben. Mit diesem Risiko ist die Gefahr verbunden, insbesondere die Bettenkapazität der Intensivstation nicht in vollem Umfang nutzen zu können.<sup>65</sup>

In einem Organigramm lassen sich verschiedene Stellen und deren Zugehörigkeit graphisch darstellen.<sup>66</sup> Die Organisationsstruktur und Hierarchiezuordnung ist im Organigramm der LungenClinic Grosshansdorf abgebildet und wird in Abbildung 2 dargestellt.

---

<sup>65</sup> Vgl. Bundesanzeiger (2019) [www.bundesanzeiger.de](http://www.bundesanzeiger.de)..., abgerufen am 18.12.2021.

<sup>66</sup> Vgl. Wagner, Michael (2009), S. 19.

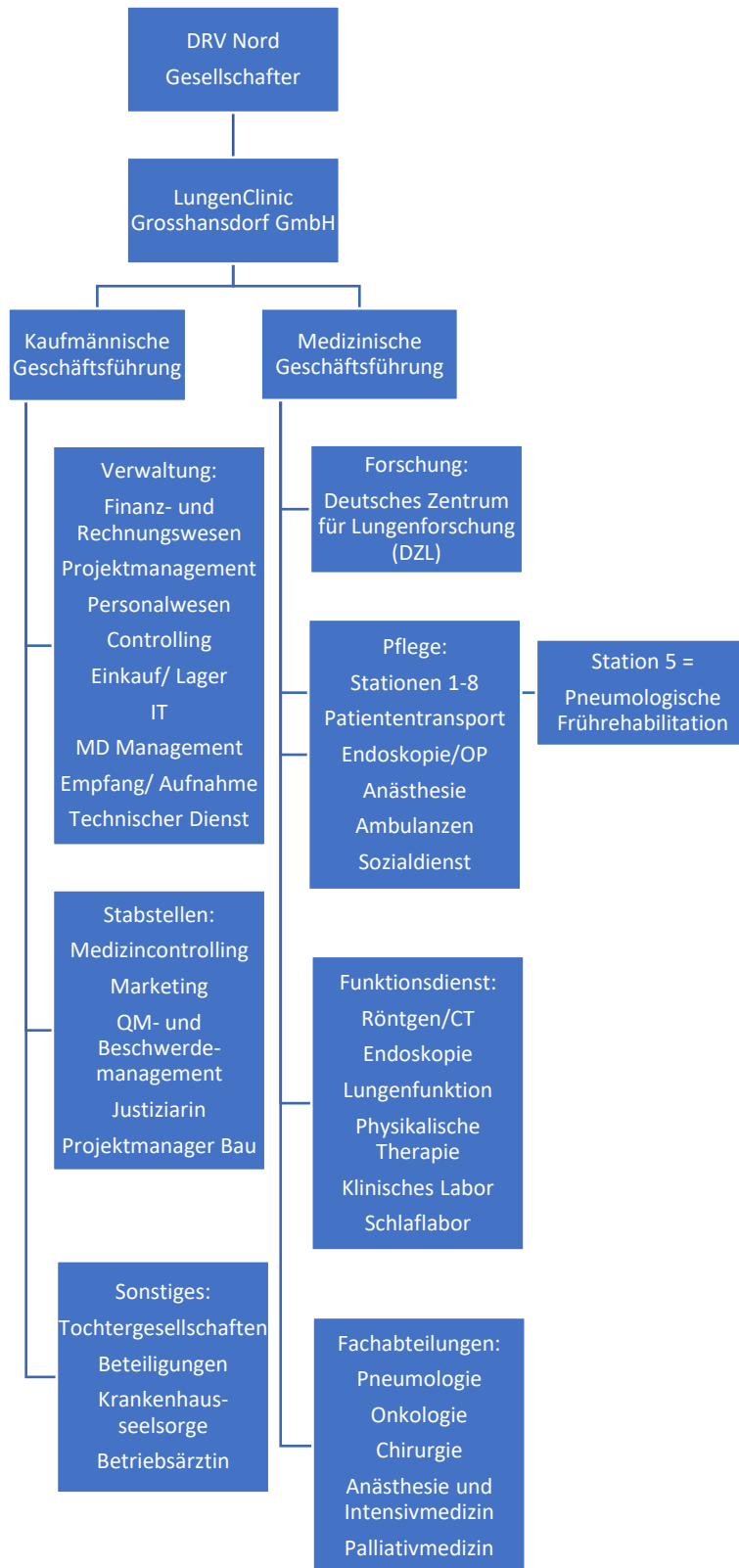


Abbildung 3: Organigramm der LungenClinic Grosshansdorf, eigene Darstellung

In der vorangegangenen Grafik ist ersichtlich, dass die Geschäftsführung in eine kaufmännische und medizinische Geschäftsführung unterteilt ist und die Abteilungen aufgrund ihrer Funktionen zugeordnet sind. Forschung, Pflege, Fachabteilungen und Funktionsdienst sind der medizinischen Geschäftsführung unterstellt, während die Verwaltung, Stabsstellen und die sonstigen Bereiche der kaufmännischen Geschäftsführung zugeordnet sind. Die Station fünf wird separat aufgeführt, da die Pneumologische Frührehabilitation dort verortet ist und im weiteren Verlauf der Arbeit eine wesentliche Rolle spielt.

Wie in Kapitel 3.1 beschrieben, ist die LungenClinic nach DIN EN ISO 9001:2015 zertifiziert und damit verpflichtet, sich ständig weiterzuentwickeln, Strukturen und Prozesse einheitlich zu regeln und für alle Mitarbeiter transparent und nachvollziehbar darzustellen.

Durch die Vorgaben, welche sich aus der Gesamthauszertifizierung ergeben, hat die LungenClinic ein sehr strukturiertes Qualitätsmanagementsystem. Das Qualitätsmanagement (QM)-Handbuch der LungenClinic Grosshansdorf ist ein Informationstechnisches (IT)-gestütztes Dokumentenmanagementsystem (Intranet) und für alle Mitarbeiter mittels persönlicher Autorisierung zugänglich. Es dient den Mitarbeitern als strukturiertes Arbeits- und Unterstützungsmittel.

Die Unternehmensprozesse müssen entsprechend der ISO-Norm identifiziert und beschrieben sein. Die Prozesslandkarte dient als Informations- und Navigationsinstrument und stellt die wichtigsten Geschäftsprozesse und die abteilungsübergreifende Struktur dar.<sup>67</sup> In der Prozesslandkarte der LungenClinic sind die Führungs-, Kern- Unterstützungsprozesse und ausgelagerte Prozesse dargestellt. Unter den Führungsprozessen sind neben der Strategie/ Führung/ Kommunikation und dem Controlling, das Personalmanagement mit dem Fort- und Weiterbildungsmanagement und dem Wissensmanagement verortet. Das Qualitäts- und Projektmanagement sowie das Chancen- und Risikomanagement ergänzen die Darstellung der Führungsprozesse.

Kernprozesse, die auch als wertschöpfende Prozesse bezeichnet werden, beziehen sich im Krankenhaus auf die patientenbezogenen Prozesse.<sup>68</sup> In der LungenClinic sind neben der

---

<sup>67</sup> Vgl. Ertl-Wagner, Birgit [u.a.] (2013), S. 93.

<sup>68</sup> Vgl. Ertl-Wagner, Birgit [u.a.] (2013), S. 97.

Aufnahme-, Diagnostik- und Behandlung- auch die Entlassungsprozesse als Kernprozesse definiert.

Die Unterstützungsprozesse dienen zur Sicherstellung und Optimierung der Kernprozesse und tragen mittelbar zur Wertschöpfung bei.<sup>69</sup> In der LungenClinic sind die Technik/ Sicherheit, Hygiene, IT und Datenschutz, Einkauf/ Beschaffung, Sterilgutversorgung, Seelsorge/Ethikkomitee und der Betriebsrat als Unterstützungsprozesse in der Prozesslandkarte zugeordnet. Mehrere ausgelagerte Prozesse wie beispielsweise Apotheke, Gesundheits- und Krankenpflegeschule, Speisenversorgung und Wäscheversorgung vervollständigen die Darstellung.

Die Prozesslandkarte mit der Darstellung der Führungs-, Kern- und Unterstützungsprozesse befinden sich zur besseren Nachvollziehbarkeit im Anhang auf Seite 80.

Die vorrangigen Ziele aller QM-Systeme, die für Krankenhäuser in Frage kommen sind der Plan- Do- Check- Act (PDCA)- Ansatz und die Prozessorientierung.<sup>70</sup> Die Prozessorientierung der LungenClinic ist in der Prozesslandkarte nachvollziehbar; im Intranet der Klinik sind die Prozessbeschreibungen aller Abteilungen einsehbar und unterliegen der drei-jährlichen Überprüfung und Aktualisierung. Diese Überprüfung aller beschriebenen Prozesse dient der ständigen Verbesserung und Weiterentwicklung. Der PDCA- Zyklus beginnt beim „Plan“, daher werden seitens der Geschäftsführung jährlich die Unternehmensziele definiert. Die Abteilung QM kommuniziert diese Jahresziele an die Fachabteilungen und fordert die Vorgesetzten auf, abteilungsspezifische Jahresziele daraus abzuleiten. Bevor neue Ziele definiert werden, muss ein Abgleich der Zielerreichung aus dem Vorjahr und eine Übernahme ins laufende Jahr erfolgen, wenn das entsprechende Ziel noch nicht erreicht worden ist.

Im Kapitel 3.4 wird der Prozess der Unternehmensentwicklung in der LungenClinic Grosshansdorf näher beschrieben.

Bei der Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen nimmt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) als oberstes Beschlussgremium eine entscheidende Position ein.<sup>71</sup>

---

<sup>69</sup> Vgl. Ertl-Wagner, Birgit [u.a.] (2013), S. 98.

<sup>70</sup> Vgl. Ertl-Wagner, Birgit [u.a.] (2013), S. 92.

<sup>71</sup> Vgl. Schneider, Kyra; Graf, Jürgen; Hinkelmann, Jürgen (2017), S. 572.

Im § 137 Abs. 1 Satz 3 des Sozialgesetzbuch (SGB) V sind die Richtlinien und Beschlüsse zur Qualitätssicherung festgeschrieben.

Der G-BA ist demnach ermächtigt, Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung (z.B. Qualitätszirkel, Audits, Begehungen) zu verlangen und kann bei Verstößen gegen wesentliche Qualitätsanforderungen, Durchsetzungsmaßnahmen festlegen (Entfallen von Vergütungsansprüchen, Vergütungsabschläge, Information an Dritte bei Verstößen oder die Publikation bei Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen).<sup>72</sup> Der für alle nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser jährlich zu erstellende, strukturierte Qualitätsbericht muss veröffentlicht werden und enthält u.a. Daten zu Patientenzahlen, Diagnosen und Prozeduren sowie Qualitätsindikatoren und Maßnahmen zur Qualitätssicherung.<sup>73</sup> Der Qualitätsbericht der LungenClinic Grosshansdorf ist auf der Homepage der LungenClinic einzusehen.<sup>74</sup>

### **3.3 Unternehmenskultur**

Die Unternehmenskultur ist ein wichtiger Aspekt in der Organisationsentwicklung und die sogenannten Spielregeln sind Bestandteile der Unternehmenskultur. Diese können beispielsweise sein:

- Visionen, Strategien, Leitbilder
- Regeln und Normen
- Werte und Rituale
- Verhaltensweisen
- Kleiderordnung<sup>75</sup>

Wesentliche Grundsätze, der Umgang miteinander, das Selbstverständnis des Unternehmens über Werte und die Ziele des Unternehmens werden in den Klinikleitbildern beschrieben.<sup>76</sup> Auch Birschmann empfiehlt, dass Leitbilder von Werten abgeleitet werden und unter der Moderation der Krankenhausleitung und Einbeziehung aller Berufsgruppen entwickelt werden.<sup>77</sup>

---

<sup>72</sup> Vgl. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (1988a), [www.gesetze-im-internet.de...](http://www.gesetze-im-internet.de...), abgerufen am 27.12.2021.

<sup>73</sup> Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2005), [www.g-ba.de...](http://www.g-ba.de...), abgerufen am 27.12.2021.

<sup>74</sup> Vgl. LungenClinic Grosshansdorf (2019), [www.lungenclinic.de...](http://www.lungenclinic.de...), abgerufen am 27.12.2021.

<sup>75</sup> Vgl. Werther, Simon und Jacobs, Christian (2014), S. 9f.

<sup>76</sup> Vgl. Weider, N. (2020), S. 40.

<sup>77</sup> Vgl. Birschmann, Nils (2017), S. 692.

Das Leitbild der LungenClinic Grosshansdorf stammt aus dem Jahr 1994 und wurde von einer „Arbeitsgruppe Zukunft“ entwickelt. Im Rahmen der ganzheitlichen Patientenversorgung dient das Leitbild als verbindliche Grundlage, aber zugleich als Ausrichtung der Ziele und Strategien. Im Leitbild der LungenClinic sind vier Schwerpunkte definiert:

- **Aufgabe**  
ein Zentrum für Pneumologie und Thoraxchirurgie zu sein
- **Mitarbeiter**  
ein von menschlicher Achtung, Toleranz, Vertrauen und Verantwortungsbewusstsein geprägtes Miteinander zu leben
- **Umwelt**  
einen Beitrag für eine gesunde Umwelt zu leisten
- **Zukunft**  
durch Eigeninitiativen und kontinuierliche Verbesserungen die Zukunft zu sichern.<sup>78</sup>

Obwohl das Leitbild schon aus dem Jahr 1994 stammt, sind die genannten Schwerpunkte noch immer aktuell. Auf der Homepage der LungenClinic beschreibt die Pflege ein zusätzliches Leitbild, aus dem hervorgeht, dass die hohe Fachkompetenz und Qualifikation, aber auch die menschliche Zuwendung und das Einfühlungsvermögen für eine professionelle und umfassende Pflege steht.

Unter der Rubrik Jobs und Karriere wirbt die LungenClinic um neue Mitarbeiter:

*„[...] erleben Sie bei uns eine direkte und persönliche Arbeitsatmosphäre, die Kollegenschaft ist nicht anonym, sondern man kennt sich. Vielleicht aus der Kantine, vielleicht von unseren jährlichen Betriebsfesten, zu denen alle Mitarbeiter eingeladen sind, oder vielleicht von unseren regelmäßig stattfindenden internen Weiterbildungsveranstaltungen in kleinen Gruppen.“<sup>79</sup>*

Dieses Zitat beschreibt eine Unternehmenskultur der Offenheit, der Kollegialität und der Wertschätzung durch Angebote der regelmäßigen internen Weiterbildung und der Einladung zu gemeinsamen Betriebsfesten. Die Betriebssportgruppen, die in der klinikeigenen Sporthalle regelmäßige ihre Kurse (z.B. Yoga) anbieten, sind gut besucht und werden bereits bei

---

<sup>78</sup> Vgl. LungenClinic Grosshansdorf (2020c), [www.lungenclinic.de](http://www.lungenclinic.de)..., abgerufen am 16.12.2021.

<sup>79</sup> Vgl. LungenClinic Grosshansdorf (2020d), [www.lungenclinic.de](http://www.lungenclinic.de)..., abgerufen am 16.12.2021.

Stellenausschreibungen erwähnt. In den Pressemitteilungen und den sozialen Medien der LungenClinic finden sich regelmäßig Meldungen, die die positive Unternehmenskultur widerspiegeln. Einige Beispiele bei Instagram sind: #Grillen, #Pflegeazubis2021, #Klimaschutz, #wirsindlungenclinic, #wirsindstolz. Inzwischen sind bei Instagram 146 Beiträge zu finden, die zunehmend geliked werden, 111 Personen haben beispielsweise den Post #wirsindstolz geliked. Viele von diesen Likes kommen von den Mitarbeitern selbst, werden in anderen sozialen Medien geteilt und auf privaten Accounts der Mitarbeiter gepostet.<sup>80</sup>

### **3.4 Unternehmensentwicklung**

Wie im Kapitel 3.2 beschrieben, ist durch das Qualitätsmanagement und den Anforderungen aus der Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2015 die LungenClinic zur Unternehmensentwicklung und ständigen Verbesserung verpflichtet. Auf der Website der LungenClinic wird im Bereich des Qualitäts- und Beschwerdemanagements unter anderem die fortgesetzte Anwendung von Qualitätsoptimierungsmaßnahmen als Grundlage des medizinischen Erfolges beschrieben.<sup>81</sup>

Um die Einhaltung der Qualitätsstandards sicherzustellen und die Unternehmensentwicklung voranzubringen, müssen Ziele definiert werden. Es müssen Maßnahmen eingeleitet werden und Korrekturen erfolgen, wenn die geplanten Ziele nicht erreicht wurden. Dies geschieht mittels Visitationen und interner Audits.<sup>82</sup> Mit der Umstellung des QM- Systems von Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ) auf DIN EN ISO 9001:2015 im Jahr 2015 wurden diverse Maßnahmen eingeleitet, um die interne Kommunikation zu verbessern und die Führungsqualität zu optimieren. Beispielsweise wurden die Intervalle der Teamleitersitzungen erhöht, Mitarbeiterjahresgespräche eingeführt und eine gemeinsame Vereinbarung von Zielvorgaben darin aufgenommen. 2016 wurde ein mehrtägiges Führungskräfte-seminar durchgeführt.<sup>83</sup> In der LungenClinic werden die Jahresziele zwischen der kaufmännischen und medizinischen Geschäftsführung abgestimmt und über die Qualitätsmanagementbeauftragte (QMB) in die Abteilungen kommuniziert. Die Abteilungsleitungen werden gebeten, mittels Vordruckformular die Erfüllung ihrer Vorjahresziele zu

---

<sup>80</sup> Vgl. LungenClinic Grosshansdorf (2021a), [www.instagram.com...](http://www.instagram.com...), abgerufen am 27.12.2021.

<sup>81</sup> Vgl. LungenClinic Grosshansdorf (2021b), [www.lungenclinic.de...](http://www.lungenclinic.de...), abgerufen am 16.12.2021.

<sup>82</sup> Vgl. Ertl-Wagner, Birgit [u.a.] (2013), S. 93.

<sup>83</sup> Vgl. Bundesanzeiger (2019), [www.bundesanzeiger.de...](http://www.bundesanzeiger.de...), abgerufen am 27.12.2021.

bewerten und neue Jahresziele abzuleiten. Die Jahresziele der Abteilungen sollen sich an den übergeordneten Unternehmenszielen orientieren und zu deren Zielerreichung beitragen. Das Formular zur Vereinbarung der Jahresziele findet sich als Muster im Anhang, Seiten 81-82.

Ebenso ist in den Jahresabschlussberichten die stetige Weiterentwicklung der LungenClinic deutlich zu erkennen.

- 2017: Eröffnung einer Privatstation, Erweiterung der Endoskopie und die Optimierung des Intranets; erstmalige Zertifizierung als Weaningzentrum<sup>84</sup>
- 2018: Ausweitung des Leistungsportfolios im Bereich der Thoraxchirurgie (Trichterbrust- Operationen, intrathorakale Chemotherapie), erstmalige Zertifizierung als Thoraxzentrum, Neuordnung der Bereiche klinischer und pathologischer Laborleistungen<sup>85</sup>
- 2019: Inbetriebnahme der pneumologischen Frührehabilitation<sup>86</sup>

Im April 2021 wurde die LungenClinic Grosshansdorf als erstes Lungenzentrum gemäß den Regelungen des G-BA zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 SGB V (Zentrums- Regelung) und als Spezialversorger vom Landeskrankenhausausschuss des Gesundheitsministeriums von Schleswig- Holstein anerkannt. Rückwirkend zum 01.01.2021 wurde die Klinik mit den geänderten Daten im Krankenhausplan von Schleswig- Holstein aufgenommen. Als erste Klinik in ganz Deutschland erfüllt die LungenClinic damit die vorgeschriebenen Qualitätsanforderungen des G-BA für Lungenzentren und übernimmt die überörtlichen und krankenhausesübergreifenden Aufgaben.<sup>87</sup>

Die Kriterien und Qualitätsanforderungen an Lungenzentren sind komplex, die vollständige Auflistung würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen, daher werden nur Stichpunkte genannt, um die Unternehmensentwicklung der LungenClinic Grosshansdorf aufzugreifen und darzustellen.

---

<sup>84</sup> Vgl. Bundesanzeiger (2017), [www.bundesanzeiger.de...](http://www.bundesanzeiger.de...), abgerufen am 27.12.2021.

<sup>85</sup> Vgl. Bundesanzeiger (2018), [www.bundesanzeiger.de...](http://www.bundesanzeiger.de...), abgerufen am 27.12.2021.

<sup>86</sup> Vgl. Bundesanzeiger (2019), [www.bundesanzeiger.de...](http://www.bundesanzeiger.de...), abgerufen am 27.12.2021.

<sup>87</sup> Vgl. LungenClinic Grosshansdorf (2021c), [www.lungenclinic.de...](http://www.lungenclinic.de...), abgerufen am 27.12.2021.



- **Strukturelle, personelle und fachliche Anforderungen am Standort**  
 Fachabteilung Pneumologie, Prüfartzqualifikation gemäß dem Arzneimittelgesetz (AMG), Vorhaltung einer Weaning-Einheit mit mindestens acht Betten und jährlich 100 Behandlungsfällen, zwei Atmungstherapeuten, Patienten- und Angehörigenschulung, Arzt mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugendpneumologie
- **Maßnahmen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung**  
 Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen, Veröffentlichung eines jährlichen Berichts zur Darstellung der Ergebnisse mit Bewertung und Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen
- **Vernetzung und Forschungstätigkeit**  
 Mitarbeit an Leitlinien und Konsensuspapieren, jährliche, internationale Veröffentlichung von wissenschaftlichen Publikationen, Teilnahme an internationalen oder nationalen krankheitsspezifischen Registern, Kooperation im wissenschaftlich-fachlichen Netzwerk für seltene Erkrankungen, eigenes onkologisches Zentrum oder Kooperation mit einem onkologischen Zentrum
- **Mindestfallzahlen**  
 jährlich mindestens 1300 stationäre Fälle mit Tuberkuloseerkrankung, jährlich mindestens 200 Primärfälle mit der Erstdiagnose Lungenkrebs
- **Spezialisierungen am Standort**  
 Unter anderem eine Behandlungseinheit für chronisch obstruktive Lungenerkrankungen mit mindestens jährlich 1200 stationären Fällen.<sup>88</sup>

Die besonderen Aufgaben und Anforderungen an das Lungenzentrum gehen über die reguläre Patientenbehandlung hinaus und werden daher zusätzlich vergütet. Gegenüber den Krankenkassen müssen die Zuschläge verhandelt und vereinbart werden.

---

<sup>88</sup> Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2019), [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)...abgerufen am 27.12.2021.

### **3.4.1 Portfolioerweiterung Pneumologische Frührehabilitation**

Neben der Portfolioerweiterung als Teil der Unternehmensentwicklung wird in diesem Kapitel auch die Pneumologische Frührehabilitation kurz erläutert, um im weiteren Verlauf der Arbeit darauf aufzubauen.

Seit 2017 ist die LungenClinic Grosshansdorf als zertifiziertes Weaningzentrum von der Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V. (DGP) anerkannt. Die hohe Behandlungskompetenz im Bereich der Beatmungsentwöhnung wird dadurch ausgezeichnet. Um die Versorgungslücke, welche oftmals nach einer erfolgreichen Beatmungsentwöhnung entsteht, zu schließen, wurde 2019 die Portfolioerweiterung der Pneumologischen Frührehabilitation durch die Geschäftsführung initiiert und als strategisches Entwicklungsprojekt geführt.

Zur Information und Transparenz über die laufenden und bereits abgeschlossenen Projekte der LungenClinic haben alle Mitarbeiter im Intranet Einsicht in den von der Geschäftsführung freigegebenen Projektantrag, in die Projektzeitpläne und in die Projektabschlussberichte. Das Projekt „Aufbau einer Pneumologischen Frührehabilitation“ wurde mit der fortlaufenden Nummer 21/2018 in die Projektübersichtsliste eingetragen. Die Projektgruppenmitglieder waren neben der Pflegedienstleitung, Pflegekräfte, Ärzte, Therapeuten und der Sozialdienst. Die Formatvorlage für Projektanträge, die im Intranet der LungenClinic Grosshansdorf zur Verfügung steht, sieht vor, dass:

1. Ausgangssituation und Projektkontext mit Anforderungen, Risiken und Schnittstellen
2. Projektgesamtziel, Projektteilziele/ Meilensteine und Nicht- Ziele
3. Termine wie der Projektstart mit dem Startereignis und das Projektende mit dem Projektendereignis
4. Projektbudget und Folgekosten
5. Projektentscheidung der Geschäftsführung

eingetragen werden und Verantwortlichkeiten zugewiesen sind. Die Freigabe der Projekte erfolgt durch die Unterschrift der Geschäftsführung, nachrichtlich geht der Antrag an die Referentin der kaufmännischen Geschäftsführung.

Die Frührehabilitation ist eine Kombination aus akutmedizinischer und rehabilitationsmedizinischer Behandlung und wird als erster Teil einer nahtlosen Rehabilitationskette verstanden. Durch die demografische und medizinisch- technische Entwicklung steigen auch der Bedarf und die Notwendigkeit der Frührehabilitation.<sup>89</sup>

Die Pneumologische Frührehabilitation ist eine von vier frührehabilitativen Komplexbehandlungen, die das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) definiert. Neben der geriatrischen und der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation sind die Frührehabilitation von Patienten mit Hals-Kopf-Tumoren und die Fachübergreifende und andere Frührehabilitationen benannt und kategorisiert.<sup>90</sup> Die Pneumologische Frührehabilitation gehört zu den letztgenannten. Im Kapitel 4 wird auf die Anforderungen und Strukturvorgaben für die Pneumologische Frührehabilitation näher eingegangen.

### **3.4.2 Darstellung relevanter Stakeholder für die Portfolioerweiterung**

Das strategisches Konzept sollte alle relevanten Stakeholder einbeziehen; aus der inneren Perspektive (z.B. Mitarbeiter) und aus der Außenperspektive der Organisation (z.B. Krankenkassen).<sup>91</sup>

Eine klassische Stakeholder Analyse zur Portfolioerweiterung wurde in den betriebsinternen Unterlagen nicht gefunden. Allerdings liegt ein Konzept vor, welches zur Information und Präsentation gegenüber den Gesellschaftern der Klinik und den Krankenkassen erstellt wurde. Die Stakeholder, die zur Erweiterung des Portfolios der Pneumologischen Frührehabilitation zu berücksichtigen gewesen wären, konnten durch die Autorin ermittelt werden und sind in der nachfolgenden Grafik dargestellt.

---

<sup>89</sup> Vgl. Beyer, Joachim [u.a.] (2015), S. 260.

<sup>90</sup> Vgl. DIMDI (2021a), [www.dimdi.de](http://www.dimdi.de)..., abgerufen am 27.12.2021.

<sup>91</sup> Vgl. Werther, Simon und Jacobs, Christian (2014), S. 127.

|                                 | <b>Anspruchsgruppen</b>              | <b>Interessen</b>   |
|---------------------------------|--------------------------------------|---|
| <b>Interne Anspruchsgruppen</b> | Mitarbeiter                          | Soziale Sicherheit, Einkommen, persönliche Entwicklung, Beteiligung und Mitarbeit im Projekt                    |
|                                 | Geschäftsführung                     | Strategische Entwicklung der Klinik, Standortsicherung, Erfüllen des Geschäftszwecks, positive Jahresabschlüsse |
|                                 | Betriebsrat                          | Sicherung der Arbeitsplätze, Verbesserung der Arbeitsbedingungen  |
|                                 | Gesellschafter                       | Information und Zustimmung zur Portfolioerweiterung   |
|                                 |                                      |   |
| <b>Externe Anspruchsgruppen</b> | Patienten                            | Bestmögliche Behandlung, Sicherung des Behandlungserfolges, Überleitung in eine Anschlussheilbehandlung         |
|                                 | Zuweiser                             | Übernahme/ Überweisung von Patienten  |
|                                 | Mitbewerber                          | Kooperation, Abgrenzung von Leistungen  |
|                                 | Lieferanten                          | Einhalten von Verträgen, Sicherstellung der Liquidität  |
|                                 | Staat/Bundesland Schleswig- Holstein | Erfüllen des Versorgungsauftrages, Sicherstellung der Krankenversorgung   |
|                                 | Krankenkassen                        | Versorgung der Patienten, Erfüllen der Strukturvoraussetzungen, korrekte Abrechnung der erbrachten Leistungen   |

Tabelle 1: Stakeholder der LungenClinic Grosshansdorf bezogen auf die Pneumologische Frührehabilitation (eigene Darstellung)

#### **4 Gesetzliche Anforderungen und Strukturvorgaben für die Etablierung des neuen Portfolios der Pneumologischen Frührehabilitation**

Im folgenden vierten Kapitel werden die grundlegenden Voraussetzungen für die Portfolioerweiterung der Pneumologischen Frührehabilitation beschrieben. Um der zweiten Forschungsfrage nachzugehen, welchen Einfluss die Vorgaben von außen auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit haben, müssen diesbezüglich die Gesetzgebung, die Anforderungen und Voraussetzungen für die Etablierung des neuen Portfolios näher betrachtet werden.

## 4.1 Gesetzliche Anforderungen

Wie in Kapitel 3.1 beschrieben, ist die LungenClinic Grosshansdorf im Krankenhausplan von Schleswig-Holstein als Fachkrankenhaus aufgenommen und hat den Versorgungsauftrag für 179 Planbetten. Diese teilen sich auf in 129 Planbetten für Innere Medizin, 40 Planbetten für Chirurgie und 10 Planbetten für Palliativmedizin. Der Bereich Pneumologie ist nicht separat ausgewiesen und zählt fachlich zum Bereich der Inneren Medizin. Eine Portfolioerweiterung in fachfremde Bereiche (z.B. Kinderheilkunde, Geriatrie) müsste beim Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren (MSGJFS) beantragt werden und wird nur nach entsprechender Bedarfsanalyse genehmigt. Insofern ist es für die LungenClinic naheliegend gewesen, im Fachgebiet der Inneren Medizin zu bleiben und das Portfolio in der Pneumologie zu erweitern.

Die Gesetzliche Grundlage zur Frührehabilitation ist im § 39 Abs. 1 Satz 4 SGB V geregelt:

*„Die Krankenhausbehandlung umfaßt im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung (§ 28 Abs. 1), Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung; die akutstationäre Behandlung umfaßt auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation.“<sup>92</sup>*

Die Vergütungen für erbrachten Leistungen im Krankenhaus sind im Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) geregelt und werden mit den Vertragspartnern jährlich neu verhandelt.<sup>93</sup> Seit 2004 gelten für die Vergütungen keine tagesbezogenen Pflegesätze mehr, welche damals noch unabhängig vom Pflege- und Behandlungsaufwand gezahlt worden sind. Das jetzige DRG-Fallpauschalensystem ist für alle somatischen Krankenhäuser verpflichtend anzuwenden. Die Eingruppierung in die DRG-Fallpauschale erfolgt durch die Krankheitsart (Diagnose), den patientenbezogener Schweregrad der Erkrankung sowie die erbrachten Leistungen (Operationen und Prozeduren). Patientenbezogene Eigenschaften wie das Ge-

---

<sup>92</sup> SGB V § 39 (1989), [www.gesetze-im-internet.de](http://www.gesetze-im-internet.de)..., abgerufen am 27.12.2021.

<sup>93</sup> Vgl. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2002), [www.gesetze-im-internet.de](http://www.gesetze-im-internet.de)..., abgerufen am 27.12.2021.

schlecht, das Alter und auch behandlungsbezogene Eigenschaften wie die zum Beispiel Verweildauer und die Beatmungsdauer werden ebenfalls berücksichtigt. Gelistet sind DRG und Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) im Fallpauschalenkatalog (FPK), welcher jährlich durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) fortgeschrieben und überarbeitet wird.

In § 4 Abs. 5 Satz 2 des KHEntgG ist geregelt, dass die Vertragsparteien an das vereinbarte Erlösbudget gebunden sind, aber die Möglichkeit gegeben ist, bei wesentlichen Änderungen und auf Verlangen einer Vertragspartei, das Budget neu zu verhandeln.<sup>94</sup>

Auf dieser Grundlage wurden das erarbeitete Konzept, die Zeitpläne und das Team der Pneumologischen Frührehabilitation den Vertragspartnern (im Fall der LungenClinic waren es die Krankenkassenvertreter der AOK und der Barmer Ersatzkasse) im Januar 2019 vorgestellt und ausführlich begründet. Die Vertreter der Krankenkassen beauftragten den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) zur Überprüfung der Einhaltung von Strukturvorgaben. Für die Pneumologische Frührehabilitation wird der OPS- Kode 8-559 als fachübergreifende und andere Frührehabilitation zu Grunde gelegt, da es für die Pneumologische Frührehabilitation keinen eigenen OPS- Kode gibt. Im Kapitel 4.2 wird auf die einzelnen Prüfkriterien zur Einhaltung der Strukturvorgaben näher eingegangen.

In der LungenClinic wurde die Pneumologische Frührehabilitation im April 2019 implementiert, die Überprüfungen durch den MDK erfolgte am 20.08.2019 und am 03.12.2019. In einem abschließenden Gutachten vom 06.04.2020 wurden die Einhaltung der Strukturmerkmale und die dokumentierte Prozessqualität anerkannt und die Abrechenbarkeit der erbrachten Leistungen gegenüber den Kostenträgern bestätigt.

## **4.2 Strukturvorgaben**

Strukturvorgaben finden sich in unterschiedlichen Bereichen wie beispielsweise im Hochschulrahmengesetz (HRG) § 9 Abs.1 (grundsätzliche und strukturelle Fragen des Studienangebots)<sup>95</sup> und im Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) § 12 Abs. 1 (Verbesserung der

---

<sup>94</sup> Vgl. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2002), [www.gesetze-im-internet.de...](http://www.gesetze-im-internet.de...), abgerufen am 27.12.2021.

<sup>95</sup> Vgl. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2019), [www.gesetze-im-internet.de...](http://www.gesetze-im-internet.de...), abgerufen am 27.12.2021.

Strukturen in der Krankenhausversorgung). Ziele von Strukturvorgaben sind ein einheitlicher und nachvollziehbarer Aufbau und eine entsprechende Gliederung und Anwendung.

Strukturvorgaben im Krankenhaus:

- **Strukturqualitätsvorgaben**

Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess-, und Ergebnisqualität für bestimmte Behandlungen, die besonders qualifiziertes Personal und eine festgelegte Ausstattung erfordern<sup>96</sup>

- **Strukturprüfungen**

Einhaltung von Strukturmerkmalen durch Meldung von erforderlichen einrichtungs- und personenbezogenen Daten an den medizinischen Dienst.<sup>97</sup>

Die genannten Strukturprüfungen, die Hintergründe und neuen Gesetzmäßigkeiten werden aufgrund des angewendeten Praxisbeispiels der Pneumologischen Frührehabilitation ausführlicher beschrieben.

Am 01. Januar 2020 ist das „Gesetz für bessere und unabhängige Prüfungen“ (MDK-Reformgesetz) in Kraft getreten. Alle MDKs sollen nicht mehr als Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen, sondern als Körperschaft des öffentlichen Rechts organisiert werden und in Medizinischer Dienst (MD) umbenannt werden. Neben der Stärkung der Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste, werden die erhöhte Transparenz über die Beratungs- und Begutachtungsaufgaben als Ziele des Gesetzgebers für das MDK Reformgesetz genannt.<sup>98</sup>

Gleichzeitig wurde das bisherige System der Krankenhausabrechnung durch das MDK-Reformgesetz geändert. Die Überprüfung der Strukturmerkmale durch den MD zur Abrechnung von OPS müssen zukünftig **vor** (Hervorhebung durch die Autorin) der Leistungserbringung durchgeführt werden. Der medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) hat am 28.02.2021 eine neue Richtlinie zur regelmäßigen Begutachtung zur Einhaltung von Strukturmerkmalen nach § 275d SGB V erlassen. Das Bundesministerium für Gesundheit hat diese Richtlinie am 20.05.2021 genehmigt. Daher wird in dieser

---

<sup>96</sup> Vgl. G-BA Strukturqualitätsvorgaben (2015), [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)..., abgerufen am 27.12.2021.

<sup>97</sup> Vgl. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (1988b), [www.gesetze-im-internet.de](http://www.gesetze-im-internet.de)..., abgerufen am 27.12.2021.

<sup>98</sup> Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2019), [www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de)..., abgerufen am 27.12.2021.

Arbeit die neue Richtlinie zur Überprüfung der geforderten Strukturmerkmale herangezogen. Eine Gegenüberstellung von alten und neuen Strukturmerkmalen ist nicht Ziel dieser Arbeit. Die neue Richtlinie dient zur einheitlichen Umsetzung von Strukturprüfungen durch den MD und regelt das Prüfverfahren. Die vom Gesetzgeber vorgesehenen Prüfungen sollen durch diese Richtlinie transparent werden und dienen als Grundlage einer kooperativen Zusammenarbeit zwischen dem MD und den Krankenhäusern.<sup>99</sup> Die geforderten Strukturmerkmale für den OPS- Kode 8-559 der fachübergreifenden und anderen Frührehabilitation sind in der nachfolgenden Tabelle aufgelistet.

| <b>Strukturmerkmal</b>  | <b>Spezifizierung</b>  | <b>Nachweis</b>  |
|---|--|--|
| Fachärztliche Behandlungsleitung des Frührehabilitations- Teams                             | Mindestens 5-jährige Tätigkeit in der Rehabilitationsmedizin oder 5-jährige Tätigkeit in der physikalischen und rehabilitativen Medizin oder Facharzt für physikalische und rehabilitative Medizin | Facharzt-Urkunde, Qualifikationsnachweis der Behandlungsleitung, Nachweis über die Sicherstellung der Behandlungsleitung (z.B. Ärztliche Dienstpläne)<br>Nachweis des Stellenanteils der an der Behandlungsleitung beteiligten Personen (z.B. Arbeitsverträge)<br>Vertretungsregelung für die Behandlungsleitung |
| Vorhandensein von besonders geschultem Pflegepersonal für aktivierend-therapeutische Pflege | Therapeutische Lagerung, Mobilisierung, Körperpflege, Kleiden, Essen und Trinken; Ausscheidungstraining, Wahrnehmungsförderung, Aktivierungstherapie, Trachealkanülenmanagement u.a.               | Qualifikationsnachweise der Mitarbeiter des Pflegeteams, Dienstpläne, Schulungsunterlagen, Pflegedokumentation, Pflegekonzept  |

<sup>99</sup> Vgl. MDS Richtlinie (2021), S. 1.



|  |   |   |
|--|---|---|
| Vorhandensein von mindestens 4 der nebenstehenden Therapiebereiche | Physiotherapie/Krankengymnastik,<br>Physikalische Therapie, Ergotherapie, Psychologie, Psychotherapie, Logopädie/faziorale Therapie/Sprachtherapie, künstlerische Therapie (Kunst- und/oder Musiktherapie), Dysphagietherapie | Qualifikationsnachweise der Therapeuten, Behandlungspläne, Assessment- und Dokumentationsbögen der Therapeuten, Kooperationsverträge, Dienstpläne |
|--|---|---|

Tabelle 2: Strukturmerkmale des OPS 8-559<sup>100</sup>

Die in der Tabelle 2 genannten Strukturmerkmale müssen in einem standardisierten Antragsformular, welche als Anlage 1 der Richtlinie des MDS zur Begutachtung der Einhaltung von Strukturmerkmalen zur Verfügung steht, beschrieben und somit nachgewiesen werden. Die erforderlichen Bestätigungen über Qualifikationen, Anwesenheiten und Dokumentationen sind seitens der Krankenhäuser dem MD zur Verfügung zu stellen. Die Prüfung wird beim zuständigen MD beantragt und kann als Dokumentenprüfung, als Dokumentenprüfung mit Vor-Ort-Prüfung oder als Vor-Ort-Prüfung durchgeführt werden. Der zuständige MD entscheidet über die Art der Überprüfung und informiert das Krankenhaus darüber. Sollten im Gutachten des MD festgestellt werden, dass die Strukturmerkmale nicht erfüllt sind, kann das Krankenhaus entsprechend korrigierende Maßnahmen einleiten und anschließend die Einhaltung der Strukturmerkmale erneut prüfen lassen. Zum 01.01.2022 dürfen Krankenhäuser, die die strukturellen Voraussetzungen nicht erfüllen, diese Leistungen nicht mit den Kostenträgern vereinbaren und nicht abrechnen.<sup>101</sup>

#### 4.2.1 Organisatorische Anforderungen

Zusätzlich zu den Strukturmerkmalen sind zur Abrechnung der jeweiligen OPS Codes, organisatorische Mindestmerkmale zu erfüllen. Das DIMDI ist Herausgeber der OPS Codes, die zur Verschlüsselung der Diagnosen und medizinischen Maßnahmen angewendet werden und die Grundlage für das Entgeltsystem in Kliniken und Praxen bilden.<sup>102</sup>

<sup>100</sup> Vgl. DIMDI (2021b), [www.icd-code.de...](http://www.icd-code.de...), abgerufen am 27.12.2021.

<sup>101</sup> Vgl. Richtlinie des MDS (2021), S. 8.

<sup>102</sup> Vgl. Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte (2021), [www.dimdi.de...](http://www.dimdi.de...), abgerufen am 27.12.2021.

In der nachfolgenden Tabelle sind die organisatorischen Mindestmerkmale des OPS 8-559 dargestellt, die den Behandlungsprozess beschreiben und konkretisieren.

| <b>Mindestmerkmal</b>  | <b>Spezifizierung</b>  | <b>Nachweis</b>   |
|--|--|---|
| Einsatz von krankheitsspezifischen Scoring-Systemen oder standardisiertes Frührehabilitations-Assessment in mindestens 5 Bereichen | Kommunikation, Bewusstseinslage, Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Kognition, Verhalten, Emotion (soll zu Beginn der Behandlung erfasst werden)                       | Zuordnung der Assessments zu den einzelnen Bereichen, Prozessbeschreibungen, Dokumentationsbögen der jeweiligen Assessments |
| Wöchentliche Teambesprechung   | wochenbezogene Dokumentation der bisherigen Behandlungsergebnisse und Festlegung weiterer Behandlungsziele   | Protokoll Teambesprechung, Dokument mit Festlegung der Behandlungsziele, Anwesenheitsliste                                  |
| Einsatz von mindestens 3 Therapiebereichen   | unterschiedliche Kombinationen und Zeitaufwand, durchschnittlicher Einsatz von mindestens 15 Therapieeinheiten (jeweils mindestens 30 Minuten) pro Woche und Patient | Behandlungsdokumentation der Therapeuten, genaue Zeiterfassung der Behandlungseinheiten                                     |
| Entlassungsassessment  | gezielte Entlassung oder Verlegung des Patienten   | Entlassungsassessment, Prozessbeschreibung des Entlassmanagements, Sozialdienstprotokoll                                    |

Tabelle 3: Mindestmerkmale des OPS 8-559<sup>103</sup>

Die in der Tabelle 3 aufgeführten Mindestmerkmale, die Spezifizierung und die zu erbringenden Nachweise zeigen die Komplexität der Anforderungen zur Abrechnung und Kodierung des OPS 8-559. Die Anforderungen an die interdisziplinäre Zusammenarbeit lassen

<sup>103</sup> Vgl. DIMDI (2021b), [www.icd-code.de](http://www.icd-code.de)..., abgerufen am 27.12.2021.

sich aus den genannten Mindestmerkmalen ableiten und werden im nächsten Abschnitt beschrieben.

#### **4.2.2 Anforderungen an die interdisziplinäre Zusammenarbeit**

Unter DRG-Bedingungen erhöht sich die Notwendigkeit von kompetenter Information und funktionierender Zusammenarbeit zwischen den Ärzten, Pflegenden, Therapeuten und anderen Berufsgruppen. Es müssen Prozesse aufeinander abgestimmt werden, um Verzögerungen und Fehler zu vermeiden. Die Kommunikation und Kooperation soll auch im Interesse des Krankenhausmanagements optimiert werden, um die Wirtschaftlichkeit zu sichern.<sup>104</sup>

Lediglich in einer Anforderung des OPS 8-559 wird eine direkte Zusammenarbeit gefordert; in der wöchentlichen Teambesprechung und gemeinsamer Dokumentation der bisherigen Behandlungsergebnisse und Festlegung weiterer Behandlungsziele. Daraus kann geschlossen werden, dass mit einer gemeinsamen Besprechung pro Woche dieses Kriterium erfüllt werden kann. Den Nachweis zu erbringen, dass alle an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen eingebunden und zur Teambesprechung anwesend waren, hat in einigen Krankenhäusern zu erheblichen Schwierigkeiten und Rückzahlungsforderungen durch die Krankenkassen geführt. Der MDK hat sich in seinen Überprüfungen dieses Strukturmerkmals auf ein Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) (Urteil B 1 KR 19/17 R) gestützt, in dem entschieden wurde, dass nicht nur die Anwesenheit, sondern auch die personenbezogene Benennung der fachärztlichen Behandlungsleitung, der Pflege und aller weiteren Therapiebereiche dokumentiert sein müssen.<sup>105</sup>

Im nachfolgenden Kapitel soll durch die Anwendung qualitativer Forschungsmethoden untersucht werden, wie die Vorgaben und Anforderungen in der LungenClinic Grosshansdorf umgesetzt worden sind und welche Auswirkungen sich auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit daraus ergeben haben.

---

<sup>104</sup> Vgl. Braun, Bernard [u.a.] (2010), S. 90.

<sup>105</sup> Vgl. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2017), [www.rechtssprechung-im-internet.de...](http://www.rechtssprechung-im-internet.de...), abgerufen am 27.12.2021.

## **5 Untersuchung der Anforderungen und Vorgaben in der LungenClinic Grosshansdorf und Erfassung der Auswirkungen auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit**

In diesem Kapitel soll durch gezielte Untersuchungsverfahren den Forschungsfragen nachgegangen und neue Erkenntnisse gewonnen werden. Die Wahl der Forschungsmethoden wird begründet und die Erstellung des Interviewfragebogens wird beschrieben.

### **5.1 Methoden und Analyseverfahren**

Im Gegensatz zu quantitativer Forschung, die sich durch Erhebung, Auswertung und In-Beziehung-Setzen von Zahlbegriffen auszeichnet<sup>106</sup>, geht es in der qualitativen Forschung um das Erkennen von Strukturen und Zusammenhängen sowie die Herausarbeitung individueller Besonderheiten.<sup>107</sup>

Die Recherche hat ergeben, dass in Deutschland nur 10 Kliniken die Pneumologische Frührehabilitation anbieten, daher liegen für die quantitativen Forschungsmethoden aufgrund der geringen Vergleichsdaten zu wenig Erhebungs- und Auswertungsmöglichkeiten vor. Es wurde daher entschieden, qualitative Forschungsmethoden anzuwenden.

Ein unstrukturiertes oder halbstrukturierte Interview wird im qualitativen Forschungsansatz als wichtigste Datenerhebungstechnik beschrieben und die Befragung zählt in den empirischen Sozialwissenschaften zur meistgenutzten Datenerhebungsmethode.<sup>108</sup>

Neben den zu führenden Experteninterviews sollen eine Dokumentenanalyse und eine teilnehmende Beobachtung als Erhebungsmethoden dienen.

Diese Kombination aus unterschiedlichen Methoden wird als Triangulation bezeichnet und soll die empirische Absicherung der gewonnenen Ergebnisse vergrößern. Des Weiteren kann durch die Anwendung verschiedener Methoden die Schwäche der einen Methode durch die Stärke einer anderen Methode ausgeglichen werden.<sup>109</sup>

---

<sup>106</sup> Vgl. Mayring, Philipp (2015), S. 17.

<sup>107</sup> Vgl. Kromrey, Helmut (2014), S. 201.

<sup>108</sup> Vgl. Döring, Nicola und Bortz, Jürgen (2016), S. 356.

<sup>109</sup> Vgl. Gläser, Jochen und Laudel, Grit (2010), S. 105.

### 5.1.1 Experteninterviews mit Mitarbeitenden unterschiedlicher Professionen

Im Folgenden werden die theoretischen Grundlagen zu Experteninterviews kurz erläutert. Neben der Erstellung des Leitfadens wird die Auswahl der Interviewpartner begründet und die geplante Vorgehensweise für die Interviews beschrieben.

Qualitative Experteninterviews zeichnen sich aus durch:

- systematisches Vorgehen (Nachvollziehbarkeit der Datenerhebung)
- theoriegeleitete Vorgehensweise (Anknüpfung an das bereits vorhandene theoretische Wissen)
- Offenheit und Neutralität des Forschers gegenüber neuen Erkenntnissen.<sup>110</sup>

Die Nachvollziehbarkeit soll sichergestellt werden, indem wie von Gläser und Laudel empfohlen, Tonaufzeichnungen vorgenommen werden. Eine handschriftliche Dokumentation könnte zu Informationsverlusten und -veränderungen führen.<sup>111</sup> Um die theoriegeleitete Vorgehensweise sicherzustellen, werden aus den Forschungsfragen und den theoretischen Vorüberlegungen Themen und Fragen in Leitfragen übersetzt.

Experteninterviews sollen möglichst nicht dazu dienen, eigene Annahmen zu bestätigen<sup>112</sup>, daher wurde bei der Auswahl und Formulierung der Interviewfragen auf Offenheit und Neutralität geachtet.

Leitfadengestützte Experteninterviews sind strukturierte Formen der Befragung und auf das Ziel ausgerichtet, spezifisches Wissen abzufragen, um der Beantwortung der Forschungsfragen näherzukommen.<sup>113</sup>

Im Gegensatz zu unstrukturierten Interviews, welches den Befragungspersonen erlaubt, sich völlig frei zu äußern, sind im halbstrukturierten Interview durch den Leitfaden die Reihenfolge und die Fragen vorgegeben. Um den Interviewfluss am Laufen zu halten, können in

---

<sup>110</sup> Vgl. Kaiser, Robert (2014), S.6f.

<sup>111</sup> Vgl. Gläser, Jochen und Laudel, Grit (2010), S. 157.

<sup>112</sup> Vgl. Kaiser, Robert (2014), S. 8.

<sup>113</sup> Vgl. Kaiser, Robert (2014), S. 35.

gewissen Grenzen individuelle Anpassungen vorgenommen werden (z.B. Fragen vorziehen, überspringen oder vertiefen).<sup>114</sup>

Zur Vorbereitung auf die zu führenden Experteninterviews wurde dementsprechend ein Leitfaden entwickelt (im Anhang Seiten 83- 84), um wie von Mayring empfohlen, die zentralen Aspekte zusammenzustellen und die Thematiken in eine sinnvolle Reihenfolge zu bringen.<sup>115</sup>

In zwei durchgeführten Probeinterviews konnte der Leitfaden getestet und angepasst werden. Es wurden Fragen, die missverständlich waren, umformuliert und konkretisiert.

Um einen möglichen Zusammenhang zwischen der Entwicklung der unterschiedlichen Professionen im Krankenhaus und der interdisziplinären Zusammenarbeit herauszufinden, wurden die drei Interviewpartner jeweils aus dem ärztlichen Bereich, der Pflege und der Therapeuten ausgewählt. Die Interviewpartner wurden entsprechend ihrer Qualifikation und Einsatz auf der zu untersuchenden Abteilung (Pneumologische Frührehabilitation) ausgewählt und haben der Befragung zugestimmt. Alle drei Interviewpartner zeichnen sich durch langjährige Berufserfahrung aus, somit können fachkundige und aussagekräftige Antworten erwartet und die Interviewpartner als Experten auf ihrem Gebiet eingestuft werden.

Gläser und Laudel beschreiben den Experten: „[...] als Quelle von Spezialwissen über die zu erforschenden sozialen Sachverhalte. Experteninterviews sind eine Methode, dieses Wissen zu erschließen.“<sup>116</sup>

Als wichtigster forschungsethischer Grundsatz wird in der Literatur beschrieben, dass den Befragten aus den Untersuchungen kein Schaden entstehen darf. Die Einhaltung des Datenschutzes und die informierte Zustimmung über Zweck und Inhalt der Forschung werden ebenfalls als wichtige Grundsätze angesehen.<sup>117</sup> Um die Einhaltung des Datenschutzes zu gewährleisten, wurden die Interviewpartner nummeriert und werden im Transkript als Interviewpartner 1-3 (IP1 bis IP 3) geführt.

In einer E- Mail wurden die Interviewpartner über die zeitliche und technische Vorgehensweise informiert und konnten Rückfragen zur Organisation und zum Ablauf stellen.

---

<sup>114</sup> Vgl. Döring, Nicola und Bortz, Jürgen (2016), S. 358.

<sup>115</sup> Vgl. Mayring, Philipp (2016), S. 69.

<sup>116</sup> Gläser, Jochen und Laudel, Grit (2010), S. 12.

<sup>117</sup> Vgl. Gläser, Jochen und Laudel, Grit (2010), S. 50.; Kaiser, Robert (2014) S.49.

Obwohl in Pandemiezeiten die digitale Form bevorzugt wurde, sind auf Empfehlung von Gläser und Laudel die Interviews (unter Einhaltung der gültigen Hygienebestimmungen) face- to- face durchgeführt worden. Die Kontrolle der Gesprächsführung und die Vielzahl der erhaltenen Informationen überwiegen gegenüber der Befragung am Telefon oder per E-Mail.<sup>118</sup>

Die Fragestellungen im Interview orientieren sich an den Forschungsfragen, die dieser Arbeit zu Grunde liegen.

Die Tonaufzeichnungen wurden vollständig transkribiert und befinden sich im Anhang auf den Seiten 85- 118. Es erfolgte eine Anonymisierung der personenbezogenen Daten und wie von Kuckartz empfohlen, wurde eine Korrekturlesung durchgeführt, um eventuelle Fehler zu verbessern.<sup>119</sup> Zur späteren Auswertung wurden die Transkriptionen in die Software MAXQDA Analytics 2021 übertragen. Zur Datenauswertung wurde eine strukturierte Inhaltsanalyse durchgeführt, welche sich in folgende Schritte einteilen lässt:

1. Textarbeit
2. Kategorienbildung
3. Codierung
4. Zusammenfassung der codierten Textstellen
5. Bildung von Subkategorien
6. Codierung des gesamten Materials
7. Auswertung und Darstellung der Ergebnisse.<sup>120</sup>

### **5.1.2 Dokumentenanalyse**

Die Dokumentenanalyse dient zur Erschließung und Überprüfung bereits bestehender Daten. Diese Methode hat den Vorteil, dass die Daten nicht eigenständig erfragt oder erforscht werden müssen, sondern bereits vorliegen, dadurch sind sie weniger fehleranfällig. Die Dokumente müssen interessant und interpretierbar sein.<sup>121</sup>

---

<sup>118</sup> Vgl. Gläser, Jochen und Laudel, Grit (2010), S. 154.

<sup>119</sup> Vgl. Kuckartz, Udo (2018), S. 170.

<sup>120</sup> Vgl. Kuckartz, Udo (2018), S. 100.

<sup>121</sup> Vgl. Mayring, Philipp (2016), S. 47.

Es wurden dahingehend die im Intranet der LungenClinic abgelegten Dokumente und eine Patientenakte der Pneumologischen Frührehabilitation zur Überprüfung und Analyse ausgewählt.

Die klinische Dokumentation im Krankenhaus hat einen zunehmend hohen Stellenwert. Sie dient neben der vollständigen Erfassung aller erbrachten Leistungen auch als Grundlage für die Abrechenbarkeit von Behandlungsfällen.<sup>122</sup>

Die Dokumentenanalyse wurde durchgeführt, um den Umsetzungsstand der vorgegebenen Strukturmerkmale und die Einbindung der Abläufe und Prozesse in das Qualitätsmanagementhandbuch (QMH) der Klinik zu überprüfen.

### **5.1.3 Teilnehmende Beobachtung**

Die teilnehmende Beobachtung erfolgte durch eine Frühschicht-Hospitation in der Pneumologischen Frührehabilitation der LungenClinic Grosshansdorf.

Wie von Gläser und Laudel beschrieben, dient diese Methode zur Interaktion mit den Teilnehmenden und zur Sammlung von Informationen zum Beispiel über eine interne Umsetzung einer Betriebsanweisung.<sup>123</sup> Es wurde explizit der Wochentag, an dem die Teambesprechung stattfindet, ausgewählt, um einen persönlichen Eindruck der Zusammenarbeit und Abstimmung im Team zu gewinnen. Durch den direkten Kontakt und die Begleitung des interdisziplinären Teams sollten zusätzliche Informationen gewonnen werden und ein Abgleich zwischen den Interviewaussagen, der Dokumentenanalyse und dem tatsächlichen Arbeitsalltag erfolgen. Die Einverständnisse der Geschäftsführung, der ärztlichen und pflegerischen Leitung auf der Pneumologischen Frührehabilitation wurden für die teilnehmende Beobachtung eingeholt. Die Teammitglieder der Pneumologischen Frührehabilitation wurden ebenfalls informiert. Es wurde zugesichert, keine personenbezogenen Daten zu dokumentieren und entsprechende Aussagen und Beobachtungen zu anonymisieren.

---

<sup>122</sup> Vgl. Wismann, Karen und Kaeuffer, Uwe (2017), S. 300.

<sup>123</sup> Vgl. Gläser, Jochen und Laudel, Grit (2010), S. 39.



## 5.2 Darstellung der Ergebnisse

Auf den nachfolgenden Seiten werden die gewonnenen Ergebnisse aus den Interviews, der Dokumentenanalyse und der teilnehmenden Beobachtung dargestellt und zusammengefasst.

### 5.2.1 Ergebnisse der Interviews

Die Interviews wurden im Herbst 2021 geführt, alle Interviewpartner waren sehr kooperativ und interessiert. Wie in Kapitel 5.1.1 beschrieben, wurde zur Auswertung, wie von Kuckartz empfohlen, die strukturierte Inhaltsanalyse durchgeführt.

Nach der Korrekturlesung und Übertragung der transkribierten Interviews in die Software MAXQDA 2021 wurden die wichtigen Textstellen markiert.

Die Kategorien können von den Forschungsfragen abgeleitet werden.<sup>124</sup> Es ergaben sich die folgenden Hauptkategorien:

- Professionalisierung
- Organisationsentwicklung/ neues Portfolio
- Patienten
- Interdisziplinäres Team
- Auswirkungen
- Gesetzliche Vorgaben

Das Textmaterial wurde den Kategorien zugeordnet und entsprechend markiert. Es erfolgte die Codierung des gesamten Materials und die Ableitung von Subkategorien.

Durch die starke Vorstrukturierung des Interviews fiel die Entscheidung über die richtige Zuordnung zu einer Kategorie leichter und musste nicht unbedingt von einem zweiten Codierer überprüft werden.<sup>125</sup> Im Anhang Seiten 119- 124 sind die Definitionen der einzelnen Codes mit jeweils einem zugehörigen Ankerbeispiel in einem Codebuch beschrieben.

Zur Darstellung und Zusammenfassung der Haupt- und Subkategorien dient die nachfolgenden Tabelle, die Anzahl der Codierungen ermöglicht eine Übersicht zur Häufigkeit der identifizierten und zugeordneten Codes.

---

<sup>124</sup> Vgl. Kuckartz, Udo (2018), S. 101.

<sup>125</sup> Vgl. Kuckartz, Udo (2018), S. 105.

| <b>Haupt- und Subkategorie</b>  | <b>Anzahl der Codierungen</b>                              |
|---|--|
| <b>Professionalisierung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anerkennung</li> <li>• Studium/ Ausbildung</li> <li>• Fachwissen</li> </ul>                                    | <b>12</b><br><b>7</b><br><b>18</b>                         |
| <b>Organisationsentwicklung/ neues Portfolio</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Markenbildung</li> <li>• Prozesse</li> <li>• Mitarbeiter</li> <li>• Strukturen</li> </ul> | <b>11</b><br><b>2</b><br><b>17</b><br><b>17</b>            |
| <b>Patienten</b>  | <b>15</b>  |
| <b>Interdisziplinäres Team</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Motivation</li> <li>• Teamentwicklung</li> <li>• Kommunikation</li> <li>• Zusammenarbeit</li> </ul>         | <b>8</b><br><b>5</b><br><b>26</b><br><b>32</b>             |
| <b>Auswirkungen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Herausforderungen</li> <li>• Chancen</li> <li>• Wünsche und Erwartungen</li> <li>• Zeit</li> <li>• Corona</li> </ul>   | <b>14</b><br><b>28</b><br><b>4</b><br><b>8</b><br><b>5</b> |
| <b>Gesetzliche Vorgaben</b>   | <b>16</b>  |

Tabelle 4: Darstellung der Kategorien und Codierhäufigkeit (eigene Darstellung)

In der Tabelle 4 ist ersichtlich, dass in den Interviewantworten am häufigsten die Zusammenarbeit im interdisziplinärem Team codiert werden konnte (32 Codes). Beim Themenkomplex Auswirkungen wurden überwiegend Chancen genannt (28 Codes), die Kommunikation ist mit 26 identifizierten Codes fast ebenso häufig genannt.

Um nicht nur die Häufigkeit der Codierungen, sondern die inhaltlichen Ergebnisse qualitativ darzustellen, wird im Folgenden auf die einzelnen Kategorien eingegangen und es werden, wie von Kuckartz empfohlen, prototypische Beispiele zitiert.<sup>126</sup>

### **Kategorie Professionalisierung**

Die Professionalisierung und Weiterentwicklung der Berufsgruppen wurde hervorgehoben und als Voraussetzung für die gestiegenen Anforderungen im Berufsleben benannt:

*„Wir haben plötzlich aus dem Nichts eine Rehaabteilung aufgemacht und das ist natürlich schon ein sportlicher Anspruch und inhaltlich muss ich sagen, hat uns diese Sichtweise nochmal viel Neues gebracht, an Input für uns selbst, für die Abteilung, aber auch fürs ganze Haus.“<sup>127</sup>*

Von der Hauptkategorie Professionalisierung konnten die drei Subkategorien **Anerkennung** (induktiv), **Studium/Ausbildung und Fachwissen** (deduktiv) abgeleitet werden. Als eine Form der **Anerkennung** wurde die Leistung und Stärke des Teams beschrieben:

*„[...] und kann deswegen jetzt stolz auf uns alle sein, weil wir das echt als Team geschafft haben, und sehr gute Arbeit leisten in meinen Augen (...) und von daher, uns nochmal richtig stark als Team gemacht haben und weil wir eben so zufrieden sind, sind natürlich ganz viele andere Sachen dabei raus resultiert.“<sup>128</sup>*

Der zusätzliche Erwerb von **Fachwissen** wurde als positiver Einfluss auf die Arbeit in der Pneumologischen Frührehabilitation beschrieben:

*„Und mein Fachwissen hat sich aufgrund der Fachweiterbildung, die gleichzeitig anlief wie die Eröffnung der Pneumologische Frühreha, natürlich extrem verstärkt und der Focus ist nochmal ganz anders dahin gelegt worden.“<sup>129</sup>*

### **Kategorie Organisationsentwicklung/ neues Portfolio**

Zu diesem Themenkomplex konnten vier Subkategorien (**Markenbildung, Prozesse, Mitarbeiter, Strukturen**) gebildet werden, die aus dem theoretischen Hintergrund deduktiv abgeleitet worden sind. Im Kapitel 2.3 wurden diese Schwerpunkte der Organisationsentwicklung untersucht. Diese Schwerpunkte wurden in den Interviewaussagen bestätigt. Auf das

---

<sup>126</sup> Vgl. Kuckartz, Udo (2018), S. 119.

<sup>127</sup> Interviewpartner 2 (2021), Abs. 16.

<sup>128</sup> Interviewpartner 3 (2021), Abs. 16.

<sup>129</sup> Interviewpartner 3 (2021), Abs. 7.

neue Portfolio sind die Mitarbeiter stolz und sehen das Entwicklungspotenzial für die Organisation:

*„Wir sind ja in Norddeutschland komplett neu aufgetreten und haben uns dann natürlich auch über Großhansdorfer Grenzen hinaus, bekannt gemacht und haben auf unsere Leistungen, die wir erbracht haben, sind wir extrem stolz und das transportieren wir auch nach draußen.“<sup>130</sup>*

*„Also, ich denke für das Unternehmen ist es natürlich etwas Unternehmerisches, das Portfolio ist etwas, was sozusagen für andere Häuser sehr, sehr attraktiv ist. Erstens gibt es das noch nicht und zweitens ist es natürlich genau der Punkt, dass die sagen: ich kann Patienten dorthin verlegen, die ich sonst vorher nicht hätte verlegen können. Für uns ist das die Chance neue Patienten zu bekommen.“<sup>131</sup>*

Hervorzuheben ist in der Subkategorie **Markenbildung**, dass die Mitarbeiter als Ziel angegeben haben, das neue Portfolio bekannter zu machen und Patienten generieren zu wollen:

*„Uns kannte noch keiner. Und wir haben als Ziel gesagt: wir wollen jetzt über unsere Arbeit, über Öffentlichkeitsarbeit und so weiter, so interessant für andere Intensivstationen werden, dass die uns zunehmend zuweisen.“<sup>132</sup>*

*„Mittlerweile sind wir bei 12. Und der Plan ist, dass wir in diesem Jahr sogar noch auf 14 wachsen und damit glaub ich, haben wir extrem was für die Belegung für das Haus gemacht für das Unternehmen, uns auch einen Namen gemacht in diesem Bereich.“<sup>133</sup>*

Daraus ist ersichtlich, dass den Mitarbeitern bewusst ist, dass sie durch ihre Arbeit und die Bekanntmachung des neuen Portfolios direkten Einfluss auf die Markenbildung und Stärkung des Unternehmens haben.

Die Einbindung des neuen Portfolios ins QM wurde deutlich, da die Interviewpartner von neu erstellten Konzepten und beschriebenen **Prozessen** und **Strukturen** berichten konnten.

*„Ja, also wir sind ja richtig in Vorbereitung gegangen, um zu gucken: erfüllen wir die Strukturmerkmale, die wir dort abrechnen? Und haben das alles aufgearbeitet, haben das mit Prozessbeschreibungen (...) niedergeschrieben, um dann eben auch in Verhandlung mit dem MDK zu gehen [...].“<sup>134</sup>*

---

<sup>130</sup> Interviewpartner 3 (2021), Abs. 44.

<sup>131</sup> Interviewpartner 2 (2021), Abs. 31.

<sup>132</sup> Interviewpartner 2 (2021), Abs. 31.

<sup>133</sup> Interviewpartner 3 (2021), Abs. 44.

<sup>134</sup> Interviewpartner 3 (2021), Abs. 22.

Die Einbeziehung der **Mitarbeiter** in die Organisationsentwicklung, wie von Roeder und Bunzemeier empfohlen, konnte nachvollzogen werden, da alle drei Interviewpartner der unterschiedlichen Berufsgruppen in das Projekt zum Aufbau der Pneumologischen Frührehabilitation eingebunden waren:

*„[...] und dann stand es ja schon ziemlich fest, dass die Pneumologische Frühreha entstehen wird und dass ich die mit aufbauen darf aus therapeutischer Sicht [...].“<sup>135</sup>*

*„[...] da war ich von Anfang an, weil es natürlich mein Bereich ist, mit eingebunden und fand das auch großartig. Ich hab das unterstützt und habe auch sehr viel Unterstützung erfahren und ich glaube, das ist ein Merkmal des Erfolges, um dann eben auch in der Kürze der Zeit zu einer Umsetzung zu kommen.“<sup>136</sup>*

*„Und dann habe ich sozusagen erstmal für die Pflege so ein Konzept erstellt und geguckt, kann man das mit den Menschen, die wir haben, machen und wie stell ich mir das vor. Und da hat mir meine Erfahrung aus der Reha geholfen, wo ich ja vorher gearbeitet habe [...].“<sup>137</sup>*

### **Kategorie Patienten**

In dieser Kategorie beschrieben die Interviewpartner ihre Arbeit am Patienten, ebenso wurden Rückmeldungen von Patienten hier codiert. Auffallend war, dass die positiven Rückmeldungen von den behandelten Patienten auch positive Effekte auf die Mitarbeiter hatten.

*„Und (...) solange der Patient immer motiviert ist, müssen wir genauso motiviert sein und alles geben [...].“<sup>138</sup>*

*„Und da haben wir natürlich Beispiele gehabt, die uns unheimlich viel Freude gemacht haben.“<sup>139</sup>*

### **Kategorie Interdisziplinäres Team**

Die häufigsten Codierungen (71) konnten dieser Kategorie zugeordnet werden. Neben der **Kommunikation** und der **Zusammenarbeit** (deduktiv erzeugt) wurden **Motivation** und **Teamentwicklung** als induktive Subkategorien ergänzt.

---

<sup>135</sup> Interviewpartner 1 (2021), Abs. 10.

<sup>136</sup> Interviewpartner 2 (2021), Abs. 10.

<sup>137</sup> Interviewpartner 3 (2021), Abs. 16.

<sup>138</sup> Interviewpartner 3 (2021), Abs. 32.

<sup>139</sup> Interviewpartner 2 (2021), Abs. 37.

Durch die zunehmende **Kommunikation** unter den Berufsgruppen empfinden die Mitarbeiter eine Verbesserung der Zusammenarbeit:

*„Es ist schon, je mehr man sich miteinander unterhält und auch regelmäßig unterhält, desto besser klappen die Strukturen, die Absprache ist besser (...) es ist auch die Kommunikation leichter, das Niveau wird auch immer besser (...).“<sup>140</sup>*

Die **Zusammenarbeit** im interdisziplinärem Team führt dazu, Absprachen zu treffen, gemeinsame Ziele festzulegen und dadurch bessere Ergebnisse zu erzielen:

*„Früher hat jede Berufsgruppe für sich alleine gearbeitet und heute haben wir doch übergeordnete Ziele, die auch sinnvoll sind und die die Zusammenarbeit deutlich besser machen und auch effektiver machen.“<sup>141</sup>*

Die Pflegenden sind als Berufsgruppe durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit gestärkt worden, bringen sich ein und erkennen ihre Chancen:

*„[...] wir haben durch diese Einführung der Frühreha extrem dazugewonnen und wir sind extrem stärker geworden in unserem Selbstbewusstsein, in unserem Handeln. Und auch in der Zusammenarbeit mit den Ärzten und mit den Therapeuten ist unsere Stimme plötzlich etwas wert. Und das ist ein extremer Zugewinn unserer Position auf der Station.“<sup>142</sup>*

*„Wir haben schon immer diese Arbeit geleistet und haben aber selbst, glaub ich, oftmals gar nicht so an uns geglaubt, an unser Wissen, was da gewesen ist. Und das haben wir jetzt sozusagen rausgeholt. Weil wir eben plötzlich gemerkt haben, die Wertschätzung von anderen Berufsgruppen kommt und du wirst ernst genommen. Und dadurch ist es wichtig, dass der Kollege aus der Pflege sagt: Ich bin jemand Professionelles hier und als der werde ich auch anerkannt.“<sup>143</sup>*

Dass sich die Zusammenarbeit bis in das Privatleben der Mitarbeiter auswirkt und zu einer **Teamentwicklung** führt, wird am folgenden Beispiel deutlich:

*„Also, wenn wir uns also privat irgendwo treffen, dann sagen wir immer, Mensch wir machen da eine geile Sache. Wir haben uns glaub ich auch früher nie so bewusst gemacht und haben auch nie so darüber gesprochen, wie toll wir eigentlich sind. Und das sagen wir uns jetzt auch oftmals und steigern damit natürlich das Selbstwertgefühl des Einen, aber auch des Teams und am Ende auch der Klinik.“<sup>144</sup>*

<sup>140</sup> Interviewpartner 2 (2021), Abs. 20.

<sup>141</sup> Interviewpartner 2 (2021), Abs. 6.

<sup>142</sup> Interviewpartner 3 (2021), Abs. 5.

<sup>143</sup> Interviewpartner 3 (2021), Abs. 52.

<sup>144</sup> Interviewpartner 3 (2021), Abs.44.

Die **Motivation**, die nicht von Anfang an gegeben war, hat sich auf andere Teammitglieder übertragen.

*„Die sind jetzt plötzlich alle irgendwie auch engagiert, also man merkt, dass diese Engagement auch an andere Leute übergegangen ist und so ist es eben in der Pflege auch gewesen.“<sup>145</sup>*

### **Kategorie Auswirkungen**

Diese Kategorie befasst sich mit den unterschiedlichen Auswirkungen auf die Mitarbeiter, die Zusammenarbeit und die Organisation. Es konnten drei deduktiv erzeugte Subkategorien gebildet werden, die sich mit **Herausforderungen**, **Chancen** und den Einflüssen der **Corona-** Pandemie beschäftigen. Die induktiv erzeugten Subkategorien **Wünsche & Erwartungen** und **Zeit** wurden ergänzt.

Als **Herausforderung** für die Klinik wurde die Abhängigkeit von Zuweisern beschrieben:

*„Das größte Problem, das ich sehe, ist natürlich, dass wir auch abhängig sind von anderen (...) Zuweisern, das heißt, die Belastbarkeit unseres Netzwerkes wird sich in Zukunft zeigen.“<sup>146</sup>*

Aber auch alte Strukturen und Hierarchien wurden als Herausforderungen beschrieben:

*„Nun hat man am Anfang ein bisschen gemerkt und man merkt es ab und zu jetzt nochmal, dass Hierarchien in den Köpfen der Ärzte leider so sind, noch.“<sup>147</sup>*

**Chancen** konnten am zweithäufigsten codiert und identifiziert werden. Es wurde von allen drei Befragten bestätigt, dass sich die interdisziplinäre Zusammenarbeit positiv auswirkt und dass hierdurch Erfolge für das Team, die Patienten und die Organisation entstehen:

*„[...] , wenn das Projekt gut läuft, dann macht es nochmal mehr Spaß, insofern glaub ich: ja, wir haben da viel gewonnen und es ist genau die richtige Richtung.“<sup>148</sup>*

*„Also ich sehe die ganze Behandlung von kritisch kranken Patienten, die kann nur erfolgreich richtig werden, wenn man interdisziplinär zusammenarbeitet, weil das ist so komplex ist, also unfassbar komplex [...].“<sup>149</sup>*

<sup>145</sup> Interviewpartner 3 (2021), Abs. 42.

<sup>146</sup> Interviewpartner 2 (2021), Abs. 35.

<sup>147</sup> Interviewpartner 3 (2021), Abs. 50.

<sup>148</sup> Interviewpartner 2 (2021), Abs. 8.

<sup>149</sup> Interviewpartner 1 (2021), Abs. 44.

„[...] dadurch, dass wir so echt zusammengewachsen sind. Wir haben gerade letzte Woche alle zusammen gefeiert, wirklich Arzt, Pflege, Ernährungstherapie, Physiotherapie, wirklich alle. Das wäre vor Jahren nicht denkbar gewesen, bei uns.“<sup>150</sup>

Die Einflüsse der **Corona-** Pandemie waren für den Bereich der Pneumologischen Frührehabilitation trotz der Schwere der Erkrankung durchaus positiv:

„Und da haben wir natürlich Beispiele gehabt, die uns unheimlich viel Freude gemacht haben. So schrecklich die Krankheit auch ist, aber die haben sich dann sehr gut wieder zurückgekämpft.“<sup>151</sup>

In der Subkategorie **Wünsche und Erwartungen** wurden von zwei Interviewpartnern Supervision als notwendige Unterstützung für die Arbeit genannt:

„Aus meiner Sicht, mir fehlt total eine Supervision, also dass man wirklich mal aufarbeiten kann, was ist da grad los [...].“<sup>152</sup>

Aber auch Weiterentwicklung und Fortbildungen wurden als Wünsche genannt:

„Ich würde gerne noch den Wundmanager machen und jetzt gerade in diesem Jahr: Ich würde gerne noch vielleicht Aromatherapeutin werden [...].“<sup>153</sup>

Die **Zeit** ist ein wesentlicher Faktor und beeinflusst die Zusammenarbeit ebenso wie die Behandlung der Patienten:

„Es ist extrem gut investierte Zeit, weil am Ende kommt es dem Behandlungsauftrag zugeute.“<sup>154</sup>

Allerdings wurden auch Anspannungen deutlich, die durch Zeitdruck entstehen können:

„Ja, das merkt man schon. Also wenn wir es merken, wir sind zeitlich halt voll drüber, also dass wir echt ganz eng getaktet sind und man merkt, irgendwie stehen heute alle unter Strom [...].“<sup>155</sup>

---

<sup>150</sup> Interviewpartner 3 (2021), Abs. 36.

<sup>151</sup> Interviewpartner 2 (2021), Abs. 37.

<sup>152</sup> Interviewpartner 1 (2021), Abs. 34.

<sup>153</sup> Interviewpartner 3 (2021), Abs. 9.

<sup>154</sup> Interviewpartner 2 (2021), Abs. 20.

<sup>155</sup> Interviewpartner 1 (2021), Abs. 22.



## **Kategorie Gesetzliche Vorgaben**

Um die Einflüsse der gesetzlichen Vorgaben auf die Arbeit in der Pneumologischen Frührehabilitation herauszufinden, wurde in den Interviews konkret danach gefragt. Die gesetzlichen Vorgaben halfen einerseits bei der Umsetzung des Projekts (zwingende Voraussetzung eines Rehamediziners als Behandlungsleitung), andererseits wurden die Vorgaben teilweise als zu starr und für die Pneumologische Reha als ungeeignet empfunden:

*„Und die Strukturvorgaben sind natürlich etwas, was das Ganze transparent machen und die haben uns am Anfang sehr geholfen, um erstmal einzusteigen.“<sup>156</sup>*

*„[...] weil ja jeder diese Vorgabe erreichen muss und bei dem Einen weißt du okay, der könnte das so gut gebrauchen z.B. Ergotherapie, der bräuchte es wirklich so viel Ergotherapie, einfach weil er es nicht hinkriegt, diese feinmotorische Sachen, wir haben aus der physiotherapeutischen Sicht, finde ich, Kapazität und ich muss den aber zu wem anders hinschicken, einfach weil die Einheit fehlt und das ist halt mega nervig und frustrierend dann natürlich. Natürlich kann ich mich da schon bisschen von distanzieren, aber aus therapeutischer Sicht und für den Patienten finde ich es komplett schwachsinnig.“<sup>157</sup>*

*„Also, da steht es uns so ein bisschen im Weg, deswegen haben wir ja auch schon relativ zeitnah in den ersten Gesprächen mit dem MDK sozusagen, anklingen lassen, dass wir sehr wohl an einer Zusammenarbeit interessiert sind, um zu sagen: das würden wir gerne professioneller gestalten, um zu sagen: Pneumologische Frühreha ist nochmal etwas ganz Spezielles und da müssen wir vielleicht die Strukturvorgaben nochmal ein bisschen anders vorgeben für zukünftige Pneumologische Frühreha - Einrichtungen.“<sup>158</sup>*

### **5.2.2 Ergebnisse der Dokumentenanalyse**

Wie in Kapitel 3.2 beschrieben, ist das QMH im Intranet der Klinik sehr strukturiert aufgebaut; die Möglichkeit, Begriffe in ein Suchfeld einzugeben, erleichtert die Recherche nach den abgespeicherten Dokumenten. Im Intranet der LungenClinic, welches gleichzeitig als QMH dient, sind alle Prozesse und deren Beschreibungen abgelegt. Durch die Vorgaben der

---

<sup>156</sup> Interviewpartner 2 (2021), Abs. 40.

<sup>157</sup> Interviewpartner 1 (2021), Abs. 54.

<sup>158</sup> Interviewpartner 3 (2021), Abs. 60.

Iso- Zertifizierung sind alle Dokumente regelmäßig auf ihre Gültigkeit zu überprüfen, notwendige Änderungen und Aktualisierungen sind vorzunehmen. In einer Prozessbeschreibung zur Dokumentenlenkung (Dokumenten- Nr. 34895) wurde festgelegt, dass alle Prozessbeschreibungen und Formulare spätestens im 3-Jahres-Abstand zu aktualisieren sind. Die grundsätzliche Struktur in Führungs-, Kern- und Unterstützungsprozesse ist eingehalten, die Dokumente der Pneumologischen Frührehabilitation lassen sich in das Dokumentensuchfeld des Intranets eingeben oder über die vorgegebenen Kategorien (z.B. Aufnahme, Behandlung, Entlassung) filtern. Die Dokumente wurden auf das Erstelldatum, die notwendige Aktualisierung, die Einbindung in das QMH der LungenClinic sowie hinsichtlich des Inhalts überprüft. In der nachfolgenden Tabelle sind die Dokumente und geprüften Inhalte dargestellt.

| <b>Dokument/ Prozess</b>           | <b>Dokumenten-Nr.</b> | <b>Erstelldatum</b> | <b>Aktualisierung erforderlich am:</b> |
|------------------------------------|-----------------------|---------------------|--|
| Aufnahmeassessments                |                       |                     |  |
| • Atmungstherapie                  | 37295                 | 08.02.2019          | 08.02.2022                             |
| • Dysphagie- Screening             | 37297                 | 01.02.2019          | 01.02.2022                             |
| • Tinetti- Test                    | 37302                 | 27.08.2019          | 27.08.2022                             |
| • Handkraftmessung                 | 37299                 | 23.05.2019          | 23.05.2022                             |
| • Mini Mental Satus                | 37300                 | 27.03.2019          | 27.03.2022                             |
| • Frühreha-/Barthel- Index         | 37767                 | 15.01.2019          | 15.01.2022                             |
| Behandlung                         |                       |                     |  |
| • Pflege und Therapeuten           | 37303                 | 30.04.2019          | 30.04.2022                             |
| • Arzt (Behandlungsführung)        | 40586                 | 16.06.2021          | 16.06.2024                             |
| • Dokumentation der Therapiezeiten | 37296                 | 30.04.2019          | 30.04.2022                             |
| Teambesprechung                    | 37304                 | 20.11.2019          | 20.11.2022                             |
| Entlassung                         | 37743                 | 25.11.2019          | 25.11.2022                             |

Tabelle 5: Darstellung der überprüften Dokumente (eigene Darstellung)

In der Tabelle ist ersichtlich, dass die für die Pneumologische Frührehabilitation notwendigen Prozesse und deren Beschreibungen ordnungsgemäß beschrieben und in das QMH der LungenClinic eingebunden sind. Die Analyse hat ergeben, dass die Kern- und Unterstützungsprozesse entsprechend den Vorgaben beschrieben sind und die abgelegten Dokumente auf dem aktuellen Stand sind.

Um die Dokumentation in einer Patientenakte zu überprüfen, wurde ein Termin mit dem Stationsarzt der Pneumologischen Frührehabilitation vereinbart, da nur medizinischem Fach-, Codier- und Abrechnungspersonal aufgrund von geltenden Datenschutzrichtlinien der Zugriff auf die Patientendaten gestattet ist. Personenbezogene Daten wurden nicht ausgewertet. Die Überprüfung erfolgte durch konkretes Abfragen nach den jeweiligen Dokumenten durch die Autorin und Beantwortung durch den Stationsarzt.

Es wurde eine Patientenakte der Pneumologischen Frührehabilitation aus dem Jahr 2020 per Zufallsprinzip ausgewählt und auf Vollständigkeit geprüft. Anhand der Aufnahmeummer, die jedem Patienten bei Aufnahme ins Krankenhaus zugewiesen wird, ist für alle am Behandlungsprozess beteiligten Mitarbeiter die Zuordnung und die Identifikation nachvollziehbar. Neben der Aufnahme- und Behandlungsdokumentation wurden die Pflegedokumentation, die Verlaufsdokumentation und die Dokumentation der Therapieeinheiten überprüft. Im ausgewählten Behandlungsfall waren die Dokumente vollständig, die Therapieeinheiten mit Datum, Uhrzeit, fachlichem Inhalt und Unterschrift ersichtlich. Die wöchentlichen Teambesprechungen waren als Protokolle in der Patientenakte abgelegt und enthielten neben den geforderten Strukturen auch die jeweiligen Zielformulierungen und entsprechende Unterschriften aller Beteiligten.

Um zu prüfen, ob die erbrachten Leistungen ordnungsgemäß in das Krankenhausinformationssystem (KISS) eingetragen, codiert und abgerechnet worden sind, wurde ein Termin mit einer Kodierfachkraft vereinbart. Kodierfachkräfte prüfen die Behandlungsfälle auf vollständige und korrekte Erfassung der erbrachten Leistungen auf der Grundlage der medizinischen und pflegerischen Dokumentation. Um die Dokumentenanalyse an einem Beispiel in der Pneumologischen Frührehabilitation durchzuführen, wurde ein Behandlungsfall aus dem Jahr 2020 per Zufallsprinzip ausgewählt. Folgende Vollständigkeitsüberprüfungen wurden durchgeführt:

### **1. Diagnosen**

Es wurde ein Abgleich zwischen den im KISS eingetragenen Diagnosen und den Diagnosen im Entlassbrief des Patienten (sind die Haupt- und Nebendiagnosen eingetragen?) vorgenommen. Die Eintragungen stimmten überein.

### **2. Prozeduren**

Es wurde ein Abgleich mit den in der Patientenakte eingetragenen Prozeduren (Computertomografie, Beatmungsstunden, Gehstest, Lungenfunktionsmessungen usw.) vorgenommen. Alle durchgeführten Prozeduren waren vollständig eingetragen und entsprechend codiert.

### **3. Prüfung durch den Medizin Controller**

Es wurde überprüft, ob die Freigabe durch den Medizin Controller erfolgt ist und die Weiterleitung zur Abrechnung veranlasst worden ist. Beides war im System ersichtlich.

### **4. Abrechnung**

Es wurde geprüft, ob die Rechnung ordnungsgemäß erstellt worden ist und alle Zu- und Abschläge (z.B. Ausbildungszuschlag, Pflegezuschlag, Abschlag wegen Nichtteilnahme an der Notfallversorgung) eingetragen sind. Die Überprüfung ergab eine vollständige Erfassung aller erbrachten Leistungen und der Berücksichtigung der entsprechenden Zu-/Abschläge.

Die weitere Überprüfung der Dokumente hat ergeben, dass die erstellte Rechnung von der zuständigen Krankenkasse zur Überprüfung an den MD geschickt worden ist. Der MD hatte daraufhin der LungenClinic Grosshansdorf eine Prüfanzeige geschickt. Es wurden diverse Unterlagen angefordert und an den MD verschickt. Seitens des MD wurde ein ärztliches Gutachten erstellt und eine Rechnungskürzung von einem Aufenthaltstag vorgenommen. Als Begründung wurde angeführt, dass die Entlassung des Patienten schon einen Tag früher hätte erfolgen können, da aus den Unterlagen ersichtlich war, dass am letzten Aufenthaltstag keine Behandlungen mehr vorgenommen worden sind und daher keine Notwendigkeit der stationären Behandlung gegeben war. Die Rechnungskürzung musste akzeptiert werden. Die Rückmeldung an die zuständige Abteilung und Überprüfung, ob noch weitere Behandlungsfälle der Pneumologischen Frührehabilitation von Rechnungskürzungen betroffen sind, war nicht Gegenstand der Dokumentenanalyse.

Auf Nachfrage im Controlling der LungenClinic wurde bestätigt, dass es Auswertungen und Analysen zu Rechnungsbeanstandungen bzw. Rechnungskürzungen gibt, die Abteilung MD- und Erlösmanagement regelmäßig an die Geschäftsführung berichtet und Maßnahmen zur Verbesserung eingeleitet werden. Eine entsprechende Prozessbeschreibung liegt in einer aktualisierten Version vom 31.08.2021 vor und ist im Intranet der LungenClinic mit der Dokumentennummer 41056 im QMH der LungenClinic abgelegt.

### **5.2.3 Ergebnisse der teilnehmenden Beobachtung**

Die teilnehmende Beobachtung fand an einem Donnerstag im Herbst 2021 in einer Früh- schicht statt. Diese Schicht wurde explizit ausgewählt, um bei den Übergaben (Schichtwech- sel der Pflgeteams) und auch bei der wöchentlich stattfindenden, interdisziplinären Team- besprechung anwesend zu sein. Die teilnehmende Beobachtung ermöglichte einen persönli- chen Einblick in den Alltag des interdisziplinären Teams. Die Kommunikation und Abstim- mung zwischen den beteiligten Berufsgruppen konnte miterlebt werden, es bestand die Mög- lichkeit, direkte Nachfragen zu stellen. Durch die direkte Teilnahme am Behandlungsg- schehen (bei der Mobilisation) konnte die Interaktion der beteiligten Berufsgruppen und die direkte Rückmeldung mehrerer Patienten beobachtet werden.

Mit Beginn der Frühschicht um 06:06 Uhr erfolgte eine kurze Vorstellungsrunde und Erklä- rung über Ziel und Zweck der teilnehmenden Beobachtung. Es wurde auf die Dokumenta- tion und entsprechende Anonymisierung der erhobenen Daten hingewiesen.

Während der Schichtübergabe vom Nachtdienst zum Frühdienst wurde über alle Patienten und deren relevanten Ereignisse in der vergangenen Nacht berichtet. Die Übergabe erfolgte im Dienstzimmer, der elektronische Visitenwagen ermöglichte den direkten Einblick und Dokumentation in den Patientenakten. Nach der Übergabe erfolgte eine kurze Absprache und Schichteinteilung durch die Stationsleitung. Die Station ist in drei Bereiche eingeteilt:

- Zimmer 501-504 für allgemein pneumologische Patienten
- Zimmer 505-508 für Heimbeatmungskontrollpatienten
- Zimmer 509-514 für Patienten der Pneumologischen Frührehabilitation

und es wird im Konzept der Bereichspflege gearbeitet.

Bereichspflege bedeutet im Gegensatz zur Funktionspflege, dass die Verantwortung innerhalb einer Schicht für die Pflegeplanung und alle patientenbezogenen Pflegehandlungen bei der jeweiligen Pflegefachkraft liegt.<sup>159</sup> Es erfolgt die Berücksichtigung von examiniertem und Hilfspersonal (je Bereich ist ein examinierter Mitarbeiter und eine zusätzliche Pflegehilfskraft eingeteilt). Ein Praktikant, welcher sich in Vorbereitung auf die Pflegeausbildung befindet, war zusätzlich auf der Station eingesetzt und wurde den vorderen Bereichen der allgemein pneumologischen Patienten als Unterstützung zugeteilt.

Die Ergebnisse der teilnehmenden Beobachtung werden in der nachfolgenden Tabelle zusammengefasst und erläutert. Ziel ist nicht gewesen, jede einzelne Tätigkeit der Berufsgruppen in der Tabelle vollständig aufzulisten, sondern einen Überblick über die beobachteten Abläufe darzustellen und insbesondere die Zusammenarbeit und Abhängigkeiten der Berufsgruppen zu erfassen. Das vollständige Protokoll der teilnehmenden Beobachtung befindet sich im Anhang auf den Seiten 125- 128.

| <b>Berufsgruppe</b> | <b>Tätigkeit</b>   | <b>Beobachtungen</b>   |
|---------------------|--|--|
| Pflege              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grund- und Behandlungspflege</li> <li>• Dokumentation</li> <li>• Pflegeaufnahme, Assessments</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unterstützung durch Hilfspersonal</li> <li>• Teilweise zeitaufwendig durch unzureichende WLAN- Struktur</li> <li>• Abhängigkeiten (z.B. Zimmerreinigung, Untersuchungen, ärztl. Anordnungen)</li> </ul> |
| Ärztliches Personal | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Untersuchungen</li> <li>• Visite</li> <li>• Aufnahmen und Entlassungen</li> </ul>                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abhängigkeiten (z.B. notwendige Vorbereitungen, Transportdienst)</li> <li>• Nur teilweise gemeinsam mit der Pflege durchgeführt</li> <li>• Abhängigkeiten zu anderen Berufsgruppen</li> </ul>           |
| Physiotherapeuten   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Einzel- und Gruppentherapie</li> <li>• Einleitung von Maßnahmen (z.B. Hustentraining)</li> </ul>        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abhängigkeiten zur Grund- und Behandlungspflege</li> <li>• Abstimmung mit anderen Berufsgruppen notwendig</li> </ul>  |
| Atmungstherapeuten  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Auswertung der nächtlichen Messungen</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abstimmung mit anderen Berufsgruppen notwendig</li> </ul>   |

<sup>159</sup> Vgl. Dangel, Bärbel (2019), S. 1407.

|                    |   |  |
|--------------------|---|--|
|                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beatmungseinleitung</li> </ul>   |  |
| Ergotherapeuten    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Therapieeinheiten</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abstimmung mit anderen Berufsgruppen notwendig</li> </ul> |
| Psychologin        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beratung und Hilfe</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abstimmung mit anderen Berufsgruppen notwendig</li> </ul> |
| Sozialdienst       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beantragung von Hilfsmitteln, Entlassmanagement</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abstimmung mit anderen Berufsgruppen notwendig</li> </ul> |
| Servicekraft       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Speisenversorgung</li> <li>• Wäscheservice</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abstimmung mit anderen Berufsgruppen notwendig</li> </ul> |
| Patiententransport | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abholen und Zurückbringen der Patienten bei Untersuchungen im Haus</li> </ul>                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abstimmung mit anderen Berufsgruppen notwendig</li> </ul> |
| Stationssekretärin | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patientenaufnahme</li> <li>• Schreiben von Arztbriefen und Verordnungen</li> </ul>                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abstimmung mit anderen Berufsgruppen notwendig</li> </ul> |
| Reinigungskraft    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zimmer-, Flur- und Funktionsraumreinigung</li> <li>• Bettenaufbereitung</li> <li>• Müllentsorgung</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abstimmung mit anderen Berufsgruppen notwendig</li> </ul> |

Tabelle 6: Beobachtungen und Tätigkeiten der Berufsgruppen (eigene Darstellung)

In der Tabelle 6 wird ersichtlich, dass jede Berufsgruppe in Abhängigkeiten zu anderen Berufsgruppen steht und Abstimmungen untereinander notwendig sind. Während der teilnehmenden Beobachtung ist weiterhin aufgefallen, dass es zusätzliche Beteiligte gibt, die die Zusammenarbeit beeinflussen. Beispielsweise wurde die Abholzeit einer Patientin durch das Krankenwagentransportunternehmen auf 21.00 Uhr verschoben. Diese Meldung hatte Einfluss auf den Ablauf und die Belegung der Station. Für diese verspätete Abholung musste ein Zweibettzimmer als Dreibettzimmer belegt werden, es mussten zusätzliche Geräte (Sauerstoff) ins Zimmer gebracht werden und die Essensbestellung musste angepasst werden. Die zusätzliche Belegung, durch die nicht entlassene Patientin musste in der Spätschicht bei der Berechnung zur Pflegepersonaluntergrenzenverordnung (PpugV) berücksichtigt werden.

Die interdisziplinäre Fallbesprechung findet immer donnerstags statt und hat einen besonders hohen Stellenwert. In der Strukturvorgabe ist diese Besprechung vorgegeben. Alle an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen (außer Logopädie) waren anwesend. Jeder Frührehabilitations-Patient wurde besprochen.

Beispiel:

Zu Patient 1 berichtet der Reha- Mediziner, dass die Medikation angepasst worden ist, die Pflege ergänzt, dass die Vitalzeichen auch unter Belastung (aktivierende Pflege) stabil geblieben sind und die Physiotherapeutin informierte darüber, dass die Therapieeinheiten im Bett um ein Aufsteh-Training erweitert werden konnte. Die Mitarbeiterin des Sozialdienstes erkundigte sich nach der geplanten Anschlussheilbehandlung, da diese rechtzeitig beim zuständigen Kostenträger beantragt werden muss. Die Abweichungen zur Vorwoche und die Therapieziele jeder Berufsgruppe für die kommende Woche wurden gemeinsam besprochen und in den Patientenakten dokumentiert.

Die Atmosphäre im Raum war sehr entspannt, es wurde aktiv kommuniziert, jede Berufsgruppe konnte Ergänzungen oder neue Vorschläge einbringen. Am Ende der Besprechung gab es die Anregung der Oberärztin, ein neues, zusätzliches Beschäftigungsangebot für die Patienten zu schaffen, um neben den geforderten Therapieeinheiten etwas Abwechslung in den Stationsalltag zu bringen. Als Beispiel wurde eine Stationsrallye vorgeschlagen, währenddessen die Patienten kleine Aufgaben und Rätsel lösen könnten. Alle Berufsgruppen wurden eingeladen, bis zur nächsten Woche Ideen zu sammeln. Erste Wortmeldungen dazu waren positiv und jede Berufsgruppe konnte sich vorstellen, etwas dazu beizutragen. Die Besprechung wurde nach ca. 90 Minuten beendet.

Im weiteren Verlauf der teilnehmenden Beobachtung konnten die verschiedenen Berufsgruppen während ihrer Tätigkeiten begleitet werden. Die Physiotherapeutin hat sich beispielweise mit der Pflege abgestimmt, um die Therapieeinheit mit einer Patientin zu planen. Es wurde besprochen, ob es sinnvoll ist, die Übungen vor oder nach dem Mittagessen durchzuführen. Eine laufende Infusionstherapie musste dafür unterbrochen werden. Die Pflegekraft wurde benötigt, um die notwendigen Maßnahmen (Infusionstherapie pausieren, Venenverweilkanüle verbinden) durchzuführen und die Mobilisation vorzubereiten. Die anschließende Mobilisation der Patientin durch die Physiotherapeutin am Stütz-Gehwagen wurde von der Autorin begleitet. Die Patientin war sehr dankbar, es war ihr erster Gang auf dem Flur nach drei Wochen. Die Freude über den Mobilisationserfolg wurde von allen Berufsgruppen, die auf dem Stationsflur während des Gehtrainings vorbeikamen, geteilt. In der Dokumentation und in der späteren Schichtübergabe wurde davon berichtet.



Trotz des hohen Arbeitspensums und der teilweise hektischen Betriebsamkeit konnte auf der gesamten Station ein harmonisches Miteinander beobachtet werden. Die immer wieder erforderliche Abstimmung untereinander und das gemeinsame Handeln aller Berufsgruppen funktionierte gut und wirkte sich positiv auf die Abläufe, die Stimmung und auch auf die Patienten aus.

Die teilnehmende Beobachtung endete mit der Übergabe an den Spätdienst und dem Schichtwechsel um 14:12 Uhr.

## **6 Diskussion**

In diesem Kapitel erfolgt neben der Interpretation der Ergebnisse ebenfalls der Transfer von zugrundeliegenden Theorien und gewonnenen Erkenntnisse in die Praxis. Die Limitationen bilden den Abschluss des Kapitels.

### **6.1 Interpretation der Ergebnisse**

Durch die vorangegangene Literaturrecherche und intensive Auseinandersetzung mit den theoretischen Hintergründen war es möglich, die gewonnenen Ergebnisse aus den Interviews, der Dokumentenanalyse und der teilnehmenden Beobachtung zu nutzen, um einerseits Bestätigungen der Theorien, andererseits aber auch neue Erkenntnisse zu gewinnen. Dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit sich dadurch auszeichnet, dass alle Beteiligten ihre Arbeit koordinieren und auf ein gemeinsames Ziel hin ausrichten, wurde in der Theorie beschrieben und konnte in der Praxis durch Interviewaussagen, in der Überprüfung der Dokumente und auch während der teilnehmenden Beobachtung bestätigt werden. Die Koordinationen und Absprachen unter den Berufsgruppen erfolgt tagtäglich und ist für den reibungslosen Ablauf unbedingt erforderlich. Die Ziele der einzelnen Berufsgruppen sind einerseits die Erfüllung ihrer jeweils zugewiesenen Aufgaben, andererseits arbeiten alle auf das gemeinsame Ziel hin, den Patienten eine Frührehabilitation zu ermöglichen, die zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes führt. Jede Berufsgruppe kann einen eigenen Teil zur Zielerreichung beitragen, ist aber auf die Unterstützung und Zusammenarbeit mit den anderen Berufsgruppen angewiesen. Besonders erwähnt wurde die Kommunikation, die stark zugenommen hat und nicht nur auf fachlicher Ebene, sondern auch zwischenmenschlich erfolgt. Durch das tägliche Miteinander werden nicht nur positive Ereignisse, sondern

auch negative Ereignisse bewusst angesprochen und reflektiert. Die einzelnen Berufsgruppen fühlen sich gehört und gestärkt, lernen von- und miteinander. Explizit die Pflege fühlt sich ernstgenommen und kann auf Augenhöhe mit Therapeuten und Ärzten agieren.

Durch gezielte Fort- und Weiterbildung (z.B. Atmungstherapeuten) wird notwendiges Wissen erlangt und in den Arbeitsalltag eingebracht. Nicht nur die Fort- und Weiterbildung, sondern auch die zunehmende Professionalisierung wurde von allen drei interviewten Berufsgruppen erkannt und als wichtige und notwendige Entwicklung bezeichnet. Die Komplexität der Behandlungsfälle auf der Pneumologischen Frührehabilitation erfordern neben den Grundausbildungen auch spezifisches und wissenschaftlich basiertes Fachwissen von allen Berufsgruppen, um den bestmöglichen Behandlungsweg gemeinsam abzustimmen. Die vorgegebene PpugV einzuhalten, aber auch die wirtschaftliche Situation im Blick zu haben (z.B. Belegungstage, DRG) erfordern ein zusätzlich erhöhtes Fach- und Spezialwissen.

Durch die Einbindung der Mitarbeiter in die geplante Portfolioerweiterung, war die Akzeptanz und Bereitschaft, daran mitzuwirken, deutlich erkennbar. Die strategische Entscheidung der Geschäftsführung, im Leistungsportfolio der Lungenerkrankungen zu bleiben und dadurch die Belegung und gleichzeitig den Standort zu sichern, konnte nachvollzogen werden. Die schnelle Umsetzung und Erfüllung der gesetzlichen und strukturellen Voraussetzungen hingegen hat die Mitarbeiter und die Klinik vor mehrere Herausforderungen gestellt. Die erforderlichen, neuen Vorgaben (z.B. Akquise von einem Reha-Mediziner, Logopäden) mussten erfüllt werden. Die Einbindung dieser neuen Kollegen in das bestehende Team war wiederum erfolgreich und die zusätzlichen Fachexpertise führte zu Wissens- und Erkenntnisgewinnen aller Beteiligten. Die Verschriftlichung der neuen Prozesse und Schnittstellen sowie deren Einbindung in das bestehende QMH der Klinik erleichtert die Einarbeitung neuer Mitarbeiter und die Überprüfung durch Externe (ISO- Zertifizierungen, MD- Strukturprüfung). Die Bewerbung des neuen Portfolios erfolgt nicht nur über das Internet und Social Media, sondern wird auch im beruflichen und privaten Kontext der Mitarbeiter erwähnt.

Daraus lässt sich eine Zufriedenheit der Mitarbeiter ableiten, die auch in den Interviews bestätigt wurde. Der Stolz auf die geleistete Arbeit, die erfolgreiche interdisziplinäre Zusammenarbeit, aber auch die Anerkennung und das Lob der Patienten tragen einen Teil dazu bei, dass die Kommunikation intern und extern positiv beeinflusst wird.

## **6.2 Transfer der Theorien und Erkenntnisse in die Praxis**

Um der dritten Forschungsfrage nachzugehen, werden im folgenden Kapitel die Faktoren für eine erfolgreiche interdisziplinäre Zusammenarbeit erarbeitet, indem die eingangs untersuchten Theorien mit den Erkenntnissen aus der Praxis verbunden werden.

Da weder in der Literaturrecherche noch im praktischen Teil der Interviews, in der Dokumentenanalyse oder der teilnehmenden Beobachtungen tatsächliche Risiken identifiziert worden sind, werden im Folgenden die Schwerpunkte auf Chancen und Herausforderungen gelegt.

### **6.2.1 Chancen und Herausforderungen für die Mitarbeiter**

Um den Versorgungsauftrag der Klinik erfüllen zu können, bedarf es in erster Linie einer ausreichenden Anzahl an qualifiziertem und engagiertem Fachpersonal. Nicht nur die PpugV in der Pflege gilt es einzuhalten, um Leistungen erbringen und abrechnen zu können. Mit der erfolgreichen Etablierung des Portfolios der Pneumologischen Frührehabilitation in der LungenClinic Grosshansdorf ist es gelungen, die Mitarbeiter nicht nur einzubinden, sondern von und für die Arbeit zu begeistern. In den Interviews und der teilnehmenden Beobachtung kam deutlich zum Ausdruck, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit zu einer neuen Form des Miteinanders geführt hat. Durch die Einbindung aller Berufsgruppen ist ein Team entstanden, in dem auf Augenhöhe agiert und kommuniziert wird. Eine Chance für die Mitarbeiter besteht darin, sich durch Qualifizierung und Professionalisierung einzubringen und die Abläufe und Prozesse damit positiv zu beeinflussen. Die Möglichkeit, dass die Mitarbeiter der Pflege oder der Therapeuten direkt in der LungenClinic Grosshansdorf die Weiterbildung zum Atmungstherapeuten absolvieren können, ist ebenfalls eine große Chance. Damit einher geht nicht nur die erhöhte Fachexpertise und Bindung an die Klinik, sondern auch die Gelegenheit, durch die festgelegten Einsatzzeiten der Atmungstherapeuten, vom Schicht-, Wochenend- und Feiertagsdienst in den Regeldienst (Montag bis Freitag von

08.00- 16.30 Uhr) zu wechseln. Nicht nur für Mitarbeiter mit Kindern ist diese Arbeitszeit interessant und erstrebenswert.

Eine Herausforderung für die Mitarbeiter ist, dass durch das neue Portfolio der Pneumologischen Frührehabilitation nicht nur ein schwerkrankes Patientenkontinuum zu versorgen ist, sondern dass durch die Notwendigkeit der interdisziplinären Abstimmung neue Prozesse und Arbeitsabläufe etabliert werden mussten. Wie in den Interviews berichtet, sind nicht alle Mitarbeiter dieser Entwicklung und Veränderung gefolgt, sondern haben teilweise diese Station oder sogar die Klinik verlassen<sup>160</sup>. Die Möglichkeit für diese Mitarbeiter, innerhalb der LungenClinic die Fachabteilung zu wechseln sollte unbedingt genutzt werden, um die Fachkräfte am Standort zu halten. Im Rahmen der jährlich stattfindenden, strukturierten Mitarbeiterjahresgespräche bietet sich die Chance, nach den grundsätzlichen Entwicklungswünschen der Mitarbeiter zu fragen und im gegenseitigen Austausch, Lösungen zu erarbeiten.

## **6.2.2 Chancen und Herausforderungen für die Patienten**

Die Patientenzufriedenheit lässt sich beispielweise an der „Weissen Liste“ der Bertelsmann Stiftung ablesen. Die Weiterempfehlungsrates der LungenClinic liegt mit 84% über dem Bundesdurchschnitt.<sup>161</sup> In einem Zitat auf der Website der LungenClinic beschreibt eine Patientin ihre Zufriedenheit: „Mich an diese Klinik zu wenden, war die beste Entscheidung, die ich bezüglich meiner Krankheit treffen konnte. Vielen Dank und großes Lob für alle hier!“<sup>162</sup> Wie in Kapitel 3.4 beschrieben, hat die LungenClinic sich stetig weiterentwickelt. Die Anerkennung im April 2021 als erstes Lungenzentrum in Deutschland trägt dazu bei, über die Landesgrenzen hinaus bekannt zu sein und empfohlen zu werden. Die oft schwerkranken Patienten suchen sich explizit Zentren und Spezialversorger aus, auch für die zu- und überweisenden Ärzte ist die Fachexpertise ein wichtiges Entscheidungskriterium zur Weiterversorgung ihrer Patienten. Die Behandlung im neuen Portfolio der Pneumologischen Frührehabilitation ist für die Patienten nach einer erfolgreichen Beatmungsentwöhnung wichtig und notwendig, um nicht in eine Versorgungslücke zu geraten. Um den bis dahin erreichten Therapieerfolg zu sichern und den Patienten einen Übergang in die Anschlussheilbehandlung oder die Häuslichkeit zu ermöglichen, ist die Versorgung durch ein interdisziplinäres

---

<sup>160</sup> Interviewpartner 3 (2021), Abs. 20.

<sup>161</sup> Vgl. Weisse Liste (2020), [www.weisse-liste.de](http://www.weisse-liste.de)..., abgerufen am 27.12.2021.

<sup>162</sup> Goldbecher, Heike (o.J.), [www.lungenclinic.de](http://www.lungenclinic.de)..., abgerufen am 27.12.2021.

Team notwendig. Die in Kapitel 4.2 genannten Strukturvorgaben und Strukturmerkmale sollen den Behandlungserfolg unterstützen und sicherstellen.

Die Auswertung des Controllers in der LungenClinic hat ergeben, dass seit der Etablierung des neuen Portfolios im April 2019 insgesamt 296 Patienten in der Pneumologischen Frührehabilitation behandelt worden sind. Die Auslastung der zur Verfügung stehenden Frührehabilitationsbetten lag bei durchschnittlich 87,4%. Von den 296 Patienten wurden 2020 und 2021 75 Patienten mit Post-Covid oder Long-Covid Erkrankungen in der Pneumologischen Frührehabilitation behandelt. In den Interviews mit den Mitarbeitern wurde bestätigt, dass dieses Patienten Klientel zwar schwer krank auf die Station gekommen ist, dass aber durch die interdisziplinäre Versorgung sehr schnelle Erfolge erzielt werden konnten.<sup>163</sup>

Eine Herausforderung für die Patienten ist beispielsweise die Vielzahl an Therapieeinheiten, die aufgrund der Strukturvorgaben absolviert werden müssen. Nicht alle Patienten können oder wollen so viele Therapieeinheiten wahrnehmen. Auch die Möglichkeiten der Auswahl (z.B. lieber eine Massage als ein Gehtraining) besteht aufgrund der Vorgaben nicht.

### **6.2.3 Chancen und Herausforderungen für die Organisation**

Für die LungenClinic Grosshansdorf wird es in den nächsten Jahren darauf ankommen, nicht nur den Standort zu stärken und zu sichern, sondern auch das notwendige engagierte und qualifizierte Fachpersonal zu gewinnen und an die Klinik zu binden. Die Weiterbildungsmöglichkeit zum Atmungstherapeuten am eigenen Klinikstandort ist, wie in Kapitel 6.3.1 beschrieben, eine Chance für die Mitarbeiter, gleichzeitig aber auch für die Klinik selbst. Dem Bedarf und auch den Wünschen der Pflegenden sollte explizit beim Pflegepersonal nachgegangen werden, da diese zukünftig vermehrt in die Verantwortung und Steuerung der Organisation eingebunden werden. Duale- und berufsbegleitende Studiengänge bieten zudem die Möglichkeit, den Qualifizierungs- und Professionalisierungswünschen des Pflegepersonals zu entsprechen. Durch Unterstützungsangebote (z.B. Reduzierung der Wochenarbeitszeit, finanzielle Zuschüsse) kann sich die Klinik als attraktiver Arbeitgeber präsentieren und gleichzeitig vom neu erworbenen Fachwissen profitieren.

---

<sup>163</sup> Interviewpartner 2 (2021), Abs. 37.

Durch die Vorgaben im DRG-System sind die Verweildauern festgelegt, jede Überschreitung führt bei einer Prüfung durch den MD zur Rechnerkürzung und somit zu Erlöseinbußen für die Klinik. Durch die Anerkennung der Strukturvorgaben im OPS 8-559 wurde für die Klinik die Möglichkeit geschaffen, nicht nur den vereinbarten Tagessatz für die Patienten der Pneumologischen Frührehabilitation abrechnen zu können, sondern auch die Verweildauer bei vorliegender Behandlungsbedürftigkeit zu verlängern. Die Patienten profitieren davon, aber auch die Klinik kann dadurch ihre Bettenauslastung sicherstellen und die Erlöse für die Behandlungsdauer sichern.

Als eine Herausforderung kann der zunehmende Konkurrenzdruck unter den Kliniken angesehen werden. Wie in den Chancen beschrieben, ist die Versorgung von Patienten in der Pneumologischen Frührehabilitation ein wirtschaftlich attraktives Portfolio, somit ist es auch für Mitbewerber interessant. Sollten mehrere Kliniken in Norddeutschland dieses Portfolio aufbauen, könnten die Fallzahlen in der LungenClinic sinken, was wiederum mit Erlöseinbußen einhergeht und die Wirtschaftlichkeit der LungenClinic gefährden könnte.

Die Zuweiser müssen über gezielte Marketingmaßnahmen von dem Versorgungsangebot in der LungenClinic erfahren und die Erreichbarkeit für mögliche Anfragen zur Übernahme oder Einweisung von Patienten muss sichergestellt sein. Über die erfolgreichen Behandlungen in der Pneumologischen Frührehabilitation sollte weiterhin regelmäßig in der Presse und den sozialen Medien berichtet werden, um die Bekanntheit weiter zu erhöhen und neue Patienten zu generieren.

Eine weitere Herausforderung ist der Fachkräftemangel und die einzuhaltenden Personaluntergrenzen. Es müssen Zeit, Geld und Kreativität in die Personalakquise und Personalbindung investiert werden. Der aktuelle Trend, dass sich die Kliniken bei den potenziellen Mitarbeitern bewerben, hält an. Dadurch entstehen neue Herausforderungen an das Marketing und die Unternehmenspräsentation.

Die klassischen Stellenanzeigen müssen durch Werbung und Präsenz in sozialen Medien ergänzt werden. Es werden bei Mitbewerbern teilweise hohe Prämien für qualifizierte Mitarbeiter geboten<sup>164</sup> und besonders Zeitarbeitsfirmen locken mit alternativen Angeboten (fle-

---

<sup>164</sup> Vgl. Cichy, Christiane (2021), [www.daserste.de...](http://www.daserste.de...), abgerufen am 27.12.2021

xible Arbeitszeiten, Wunschdienste). Die Akquise und Anwerbung ausländischer Pflegekräfte muss verstärkt werden. Die Herausforderungen, aber auch die Chancen, die mit dieser Form der Personalgewinnung zusammenhängen, sind groß. Eine genaue Betrachtung und Analyse der damit verbundenen Chancen, aber auch der Risiken würde eine separate Masterarbeit füllen.

Die abgeleiteten Chancen und Herausforderungen basieren auf den theoretischen Hintergründen und den gewonnenen qualitativen Forschungsergebnissen. Sie sind als Empfehlung gedacht und könnten auf andere Institutionen übertragen werden. Durch die im folgenden Kapitel genannten Limitationen sind diese aber nicht als vollumfänglich und vollständig zu erachten.

### **6.3 Limitationen**

Bei den vorangegangenen Interpretationen der Ergebnisse muss beachtet werden, dass sie sich zum Teil auf die geführten Interviews, die Dokumentenanalyse und die teilnehmenden Beobachtungen stützen. Bei den Interviews könnte, bedingt durch die Tonaufnahmen, der Inhalt der Antworten verschiedenen Einflüssen unterlegen haben. Es besteht die Möglichkeit, dass aus Sorge vor Konsequenzen, besonders schwierige Themen oder Situationen nicht an- bzw. ausgesprochen worden sind. Insofern würden diese Aussagen in den Analysen fehlen.

Eine Limitation in der Dokumentenanalyse ist der eingeschränkte Zugang zu den Dokumenten. Hinsichtlich des Datenschutzes ist es allerdings nachvollziehbar und begründet, dass nur Mitarbeiter, die am Behandlungs- und Abrechnungsprozess beteiligt sind, Zugriff auf Behandlungsakten und Patientendaten haben dürfen.

Bei der teilnehmenden Beobachtung handelte es sich um eine Momentaufnahme. Die Mitarbeitenden könnten durch die gezielten Beobachtungen anders agiert und kommuniziert haben. Je nach Schichtbesetzung, Tageszeit und anfallender Arbeit könnten die Beobachtungen unterschiedlich ausfallen.

Eine weitere Limitation der vorliegenden Arbeit ist die fehlende Patientenbefragung und Auswertung von Patientendaten. Durch einen Vergleich von Ausgangswerten bei Aufnahme der Patienten, Behandlungsergebnissen und Entlassdaten hätten Rückschlüsse auf eine er-

folgreiche interdisziplinäre Zusammenarbeit gezogen werden können. Diese Datenerhebungen und Untersuchungen sind sehr umfangreich und würden den Rahmen dieser Masterarbeit sprengen. Die Form der Untersuchungen bedürfen eines Ethikvotums und könnten möglicherweise Gegenstand einer weiterführenden Doktorarbeit sein. Daher wurde auf die Befragung von Patienten und die Auswertung von Patientendaten verzichtet.

Auf die Auswertung und Darstellung der Wirtschaftlichkeit im Zusammenhang mit dem neuen Portfolio der Pneumologischen Frührehabilitation wurde ebenfalls verzichtet. Die erfolgreiche Umsetzung und die positiven Auswirkungen der interdisziplinären Zusammenarbeit konnten dargestellt werden, eine Untermauerung mit Zahlen ist aufgrund der fehlenden Kosten-Leistungsrechnung in der LungenClinic nicht möglich gewesen.

## **7 Fazit und Ausblick**

Im letzten Kapitel dieser Thesis werden die Forschungsfragen beantwortet und die Zielsetzung wird überprüft. Im Ausblick werden Empfehlungen abgegeben, wie an die gewonnenen Erkenntnisse angeknüpft werden kann und welche Fragestellungen eine weiterführende Forschung untersuchen sollten.

### **7.1 Überprüfung der Zielsetzung und Beantwortung der Fragestellung**

Im theoretischen Teil dieser Arbeit wurden zur Beantwortung der ersten Forschungsfrage neben den Begriffsbestimmungen der interdisziplinären Zusammenarbeit und der Professionalisierung auch die unterschiedlichen Entwicklungen der einzelnen Berufsgruppen im Krankenhaus untersucht. Durch die Zunahme der Qualifizierungs- und Weiterbildungsangebote, aber auch durch das gestiegene Interesse der Pflegekräfte und Therapeuten ist die Professionalisierung vorangeschritten und wirkt sich positiv auf die Zusammenarbeit aus. In den Interviews konnte diese Theorie von den befragten drei Berufsgruppen (Arzt, Pflege und Therapeuten) bestätigt werden. Dass sich die Organisationsentwicklung im Krankenhaus auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit auswirkt, konnte am konkreten Beispiel der Unternehmensentwicklung der LungenClinic Grosshansdorf im Kapitel 3.4 herausgearbeitet werden. Die Einbindung der Mitarbeiter in die Entwicklungen (z.B. Portfolioerweiterung) ist für das Gelingen unbedingt erforderlich. Durch die Beteiligung der betroffenen Berufsgruppen ist nicht nur die Akzeptanz höher, die Mitarbeiter identifizieren sich auch mit den gemeinsam



erarbeiteten Abläufen und Prozessen. Sie sind Teil der Organisationsentwicklung, da sie nicht unerheblichen Einfluss auf das Gelingen oder Scheitern eines Projektes haben. Im Fall der untersuchten Organisationsentwicklung am Beispiel der Pneumologischen Frührehabilitation konnte das Zusammenwirken von Unternehmensstruktur (Beispiel: QM-Struktur und kontinuierliche Verbesserungsprozess), Unternehmenskultur (Beispiel: Betriebsfeste und Social Media-Präsenz) und Unternehmensentwicklung (Beispiel: Portfolioerweiterung, Anerkennung als Lungenzentrum) ausführlich beschrieben und dargestellt werden. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit ist mit der Portfolioerweiterung der Pneumologischen Frührehabilitation nachweislich gelebte Praxis. In den Interviews, der Dokumentenanalyse und auch während der teilnehmenden Beobachtung konnte die interdisziplinäre Zusammenarbeit nachgewiesen werden. Somit wirken sich die Professionalisierung der unterschiedlichen Berufsgruppen, als auch die Organisationsentwicklung positiv auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit aus.

In der zweiten Fragestellung sollte überprüft werden, inwieweit die Vorgaben und die Gesetzgebung die Entwicklungen unterstützen oder hemmen. Die gesetzlichen Anforderungen wurden im Kapitel 4.1 beschrieben und verdeutlichen den Aufwand und die Komplexität, die mit einer Portfolioerweiterung einhergehen. Die Bedarfsanalyse, die zu schaffenden Strukturen und die erforderlichen Fachpersonalgewinnung sind nur der Anfang eines umfangreichen und teilweise langwierigen Prozesses. Die Abrechenbarkeit der Leistungen erfordert zunächst eine Prüfung durch den MD. Erst mit Erstellung eines Gutachtens und Bestätigung der Vollständigkeit aller zu erfüllenden Vorgaben, ist die Abrechenbarkeit gegeben. Insofern wird von den Kliniken, die sich entwickeln und ein neues Portfolio anbieten möchten, erwartet, dass sie in Vorleistung gehen. Das wirtschaftliche Risiko muss einkalkuliert werden. Durch die konkreten Vorgaben ist aber gewährleistet, dass beispielsweise die Personalbesetzungen eingehalten werden. Ähnlich der PpugV für die Pflege, werden im OPS 8-559 konkrete Anforderungen gestellt, die die interdisziplinäre Arbeit erst ermöglichen. Durch den erforderlichen Rehabilitationsmediziner konnte einerseits die Vorgabe erfüllt werden, andererseits haben alle Berufsgruppen davon profitiert, diese neue Kompetenz im Team zu haben. In den Interviews kam deutlich zum Ausdruck, dass auch die Logopäden und Kunsttherapeuten, die neu hinzugekommen sind, die Zusammenarbeit und die Behandlungsergebnisse deutlich verbessern. Somit sind die Vorgaben hilfreich, das Team zu stärken und die interdisziplinäre Zusammenarbeit zu fördern.

Die dritte Fragestellung, welche Faktoren zu einer erfolgreichen interdisziplinären Zusammenarbeit führen, wodurch die Organisation, Mitarbeiter und Patienten profitieren, konnte ebenfalls beantwortet werden. In den Kapiteln 6.3.1 bis 6.3.3 wurden die Faktoren als Chancen und Herausforderungen beschrieben. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit in der LungenClinic Grosshansdorf wurde durch die Einflussfaktoren

- Entwicklungen der einzelnen Professionen
- Organisationsentwicklung
- Gesetzliche Vorgaben und Strukturanforderungen

positiv beeinflusst, ist gewachsen und bietet den Mitarbeitern und der Organisation Potenziale, sich weiterzuentwickeln und zu verbessern.

Aus den Elementen der interdisziplinären Zusammenarbeit wie in Kapitel 2.1 beschrieben, konnten durch die angewendeten qualitativen Forschungsmethoden die Erfolgsfaktoren herausgearbeitet werden. Diese sind:

- Gegenseitige Unterstützung- durch interdisziplinär zusammenarbeitende Berufsgruppen
- Gemeinsame Ziele- durch interdisziplinäre Teambesprechungen und Abstimmungen unter und mit den verschiedenen Berufsgruppen
- Kompromissbereitschaft- durch Kommunikation auf Augenhöhe, Anerkennung und Wertschätzung
- neue Aktivitäten- durch Einbindung in die Portfolioerweiterung
- Austausch und Feedback- durch intensivierete Kommunikation und Teamentwicklung

Die funktionierende, zielorientierte Zusammenarbeit zwischen einzelnen Mitarbeitern, dem Team und den unterschiedlichen Abteilungen im Krankenhaus wird zukünftig über die Leistungsfähigkeit einer Organisation entscheiden. Damit diese Zusammenarbeit gelingt, sollte jeder einzelne Mitarbeiter, jedes Team und jede Abteilung einen Beitrag dazu leisten und somit zum größtmöglichen Erfolg der Organisation beitragen.<sup>165</sup>

---

<sup>165</sup> Vgl. Moser, Bobby (2013), S.136.

Am Beispiel der Pneumologischen Frührehabilitation in der LungenClinic Grosshansdorf ist diese zielorientierte Zusammenarbeit gelungen und es kann von einem Erfolgskonzept für die Organisation gesprochen werden.

Um für zukünftige Generationen ein attraktiver Arbeitgeber zu sein, müssen wie eingangs beschrieben, die Faktoren wie Zusammenarbeit im Team, Kommunikation auf Augenhöhe, Feedback und Anerkennung berücksichtigt und fokussiert werden.

Wenn es gelingt, die interdisziplinäre Zusammenarbeit auf die genannten Erfolgsfaktoren zu stützen, sie zu intensivieren, um dem gemeinsamen Ziel der besseren Patientenversorgung näherzukommen, ist Zusammenarbeit tatsächlich ein Erfolg. Auch Henry Ford hat seinerzeit schon erkannt:

*„Zusammenkommen ist ein Beginn, Zusammenbleiben ist ein Fortschritt, Zusammenarbeiten ist ein Erfolg.“<sup>166</sup>*

## **7.2 Ausblick**

Im Ausblick wird erst auf die möglichen weiteren Forschungen eingegangen, um dann eine Empfehlung für die Kliniken, die das gleiche Portfolio anbieten, abzugeben.

Bereits durch die unterschiedlichen Begrifflichkeiten der interdisziplinärer Zusammenarbeit ist es schwierig, aus Theorie und Praxis einheitliche Maßstäbe abzuleiten. Die Forschung könnte mit Fallstudien in Kliniken dazu beitragen, effiziente Methoden der interdisziplinären Zusammenarbeit herauszufinden und Leitlinien und Standards daraus zu entwickeln. In Aus- und Weiterbildungen sollte die interdisziplinäre Arbeit fester Bestandteil sein, um der kommenden Generation entsprechend ihren Bedürfnissen und Wünschen nach Zusammenarbeit im Team und Kommunikation auf Augenhöhe entgegenzukommen. Ebenso sollten die Auswirkungen von interdisziplinärer Zusammenarbeit auf die Patienten erforscht werden, um positive wie auch negative Auswirkungen zu erfassen, auszuwerten und Verbesserungen abzuleiten.

Ein Austausch unter den Kliniken in Deutschland, die ebenfalls eine Abteilung der Pneumologische Frührehabilitation betreiben, könnte hilfreich sein, um voneinander zu lernen und

---

<sup>166</sup> Ford, Henry (o.J.), [www.henry-ford.net...](http://www.henry-ford.net...), abgerufen am 28.12.2021.

sich weiter zu verbessern. Abzuwarten bleiben die Ergebnisse der Strukturprüfungen des MD und die möglichen Konsequenzen daraus.

Wie schon bei der Etablierung des neuen Portfolios in der LungenClinic kritisch angemerkt wurde, ist der fehlende spezifische OPS-Abrechnungs-Code für Pneumologische Frührehabilitation problematisch. Es sollte ein gemeinsames Anliegen der beteiligten Kliniken sein, die Kriterien und Strukturvoraussetzungen dafür zu definieren und den OPS-Code beim DIMDI zu beantragen. Die notwendige pneumologische Fachexpertise aus allen Berufsgruppen sollte dabei einfließen. Beispielsweise könnte das Vorhalten und die Einbindung eines Atmungstherapeuten ein neues Strukturmerkmal sein. Dadurch würde die pneumologische Fachexpertise gestärkt und neue Maßstäbe gesetzt. Neben der besseren Abrechenbarkeit bietet ein neuer OPS-Code bei entsprechend nachgewiesenen und erfüllten Voraussetzungen die Möglichkeit, sich von anderen Mitbewerbern abzuheben.

Die Zukunft der deutschen Kliniken wird von der Fachkräftegewinnung und Fachkräftebindung, aber auch von Spezialisierung und/oder Zentrenbildung abhängig sein. Ob es mehr oder weniger Krankenhäuser und Behandlungsplätze geben wird, ist auch aufgrund der anhaltenden Corona-Pandemie derzeit nicht absehbar. Verschiedenste Einflüsse von Politik, Krankenkassen und statistischen Berechnungen werden die Kliniken vor neue Herausforderungen stellen. Welcher Weg eingeschlagen wird, kann heute noch nicht vorhergesagt werden, es sollte jedoch immer zum Wohl der Patienten sein und zu deren Genesung beitragen.

## Literatur- und Quellenverzeichnis

- Bals, Thomas (2011):** Ausbildung für die Gesundheitsversorgung von morgen, in: Robert Bosch Stiftung (Hrsg): *Gewinnung neuer Kompetenzprofile für die Berufe des Gesundheitswesens*, Stuttgart, 2011, ISBN: 978-3-7945-2868-4.
- Bartel, Kathrin (2018):** Zeitreise - Die gefallenen Halbgötter in Weiß | Startseite | SWR odysso; abgerufen am 10.12.2021, <https://www.swr.de/wissen/odysso/aexavarticle-swr-78206.html>
- Beivers, Andreas und Emde, Annika (2020):** DRG-Einführung in Deutschland: Anspruch, Wirklichkeit und Anpassungsbedarf aus gesundheitsökonomischer Sicht, in: Klauber, Jürgen u.a. (Hrsg): *Krankenhaus-Report 2020: Finanzierung und Vergütung am Scheideweg*, Berlin, Heidelberg, 2020, ISBN: 978-3-662-60487-8.
- Beyer, Joachim [u.a.] (2015):** Positionspapier zur Fachübergreifenden Frührehabilitation, in: *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin*, Band 25, Ausgabe 05, 2015, S. 260–280, DOI: 10.1055/s-0035-1564089.
- Birschmann, Nils (2017):** Unternehmenskommunikation- Reputation steuern, in: Debatin, Jörg F. u.a. (Hrsg): *Krankenhausmanagement: Strategien, Konzepte, Methoden*, Berlin, 3., vollständig aktualisierte und erweiterte Auflage, 2017, ISBN: 978-3-95466-301-9.
- Böcken, Jan (2019):** Studie - Eine bessere Versorgung ist nur mit halb so vielen Kliniken möglich, 2019, abgerufen am 17.12.2021, <https://www.bertelsmannstiftung.de/de/themen/aktuelle-meldungen/2019/juli/eine-bessere-versorgung-ist-nur-mit-halb-so-vielen-kliniken-moeglich>
- Braun, Bernard (Hrsg) (2010):** Pauschalpatienten, Kurzlieger und Draufzähler: Auswirkungen der DRGs auf Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus, Bern, 1. Aufl, 2010, ISBN: 978-3-456-84825-9.
- Breinbauer, Mareike (Hrsg) (2020):** Untersuchungsgegenstand: Pflege, Wiesbaden, 2020, ISBN: 978-3-658-32021-8, DOI: 10.1007/978-3-658-32021-8\_2.
- Brunner, Monique [u.a.] (2018):** Wie Schulsozialarbeit und Schule kooperieren: Fünf Merkmale interdisziplinärer Zusammenarbeit zwischen Schulsozialarbeitenden und Lehrpersonen, in: Chiapparini, Emanuela u.a. (Hrsg): *Soziale Arbeit im Kontext Schule*, Auflage 1, (o.O.) 2018, ISBN: 978-3-86388-774-2, DOI: 10.2307/j.ctvbkjtb.6.
- Buchmann, Uta (2017):** Interne Kommunikation und Corporate Identity, in: Debatin, Jörg F. u.a. (Hrsg): *Interne Kommunikation und Corporate Identity*, Berlin, 3., vollständig aktualisierte und erweiterte Auflage, 2017, ISBN: 978-3-95466-301-9.

**Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte (2021):** Aufgaben und Organisation des DIMDI, 2021, abgerufen am 27.12.2021, <https://www.dimdi.de/dynamic/de/gebaerdensprache/aufgaben-und-organisation-des-dimdi/>

**Bundesanzeiger (2017):** Unternehmensregister, Jahresabschluss der LungenClinic Grosshansdorf 2016, abgerufen am 27.12.2021, (Direktlink aufgrund von Sicherheitsabfrage nicht möglich).

**Bundesanzeiger (2018):** Unternehmensregister, Jahresabschluss der LungenClinic Grosshansdorf 2017, abgerufen am 27.12.2021. (Direktlink aufgrund von Sicherheitsabfrage nicht möglich).

**Bundesanzeiger (2019):** Unternehmensregister, Jahresabschluss der LungenClinic Grosshansdorf 2018, abgerufen am 27.12.2021. (Direktlink aufgrund von Sicherheitsabfrage nicht möglich).

**Bundesanzeiger (2020):** Unternehmensregister, Jahresabschluss der LungenClinic Grosshansdorf 2019, abgerufen am 27.12.2021. (Direktlink aufgrund von Sicherheitsabfrage nicht möglich).

**Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (1976):** Hochschulrahmengesetz (HRG) § 9, zuletzt geändert durch Art. 1 G v. 15.11.2019, abgerufen am 27.12.2021, <https://www.gesetze-im-internet.de/hrg/BJNR001850976.html>

**Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (1988a):** SGB V § 137, Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses, abgerufen am 27.12.2021, [https://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_5/\\_\\_\\_137.html](https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/___137.html)

**Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (1988b):** SGB V § 275d Prüfung von Strukturmerkmalen, abgerufen am 27.12.2021, [https://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_5/\\_\\_\\_275d.html](https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/___275d.html)

**Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2002):** Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz - KHEntgG), zuletzt geändert durch Art. 2 G v. 3.6.2021, abgerufen am 27.12.2021, <https://www.gesetze-im-internet.de/khentgg/BJNR142200002.html>

**Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2003):** Approbationsordnung für Ärzte, 2003, abgerufen am 15.12.2021, [https://www.gesetze-im-internet.de/\\_appro\\_2002/BJNR240500002.html](https://www.gesetze-im-internet.de/_appro_2002/BJNR240500002.html)

**Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2017):** Urteil des Bundessozialgericht, B 1 KR 19/17 R, 2017, abgerufen am 27.12.2021, [http://www.rechtsprechung-im-internet.de/jportal/portal/t/19ke/page/bsjrsprod.psm1?pid=Dokumentanzeige&showdoccase=1&js\\_peid=Trefferliste&documentnumber=1&numberofresults=10908&fr](http://www.rechtsprechung-im-internet.de/jportal/portal/t/19ke/page/bsjrsprod.psm1?pid=Dokumentanzeige&showdoccase=1&js_peid=Trefferliste&documentnumber=1&numberofresults=10908&fr)

omdoctodoc=yes&doc.id=KSRE146400217&doc.part=L&doc.price=0.0&doc.hl=1  
#focuspoint

**Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (o.J.):** § 325 HGB -  
Einzelnorm, abgerufen am 17.12.2021, [https://www.gesetze-im-internet.de/hgb/\\_325.html](https://www.gesetze-im-internet.de/hgb/_325.html)

**Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2020):** Gesetz zur  
Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz-PfIBRefG), abgerufen am  
15.12.2021, <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/gesetze/gesetz-zur-reform-der-pflegeberufe-pflegeberufereformgesetz--119230>

**Bundesministerium für Gesundheit (2016):** Patientenrechtegesetz, abgerufen am  
14.12.2021, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/patientenrechtegesetz.html>

**Bundesministerium für Gesundheit (2019):** MDK-Reformgesetz, abgerufen am  
27.12.2021, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/mdk-reformgesetz.html>

**Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz (2021):** Gesundheitswirtschaft,  
2021, abgerufen am 09.12.2021,  
<https://www.bmwi.de/Redaktion/DE/Textsammlungen/Branchenfokus/Wirtschaft/branchenfokus-gesundheitswirtschaft.html>

**Cichy, Christiane (2021):** Kopf-Prämien für Pflegekräfte - Plusminus - ARD | Das Erste,  
2021, abgerufen am 27.12.2021, <https://www.daserste.de/information/wirtschaft-boerse/plusminus/sendung/pflegepersonal-abwerben-kliniken-untereinander-100.html>

**Dangel, Bärbel (2019):** Pflege im Gesundheitssystem, in: Lauster, Martina u.a. (Hrsg):  
*Pflege Heute: Lehrbuch für Pflegeberufe*, München, 7. Auflage, Kleine Ausgabe,  
2019, ISBN: 978-3-437-26778-9.

**Deitermann, Bernhilde u.a. (2007):** GEK-Heil- und Hilfsmittel- Report 2007, St. Augustin,  
2007, ISBN: 978-3-537-44057-0.

**Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)  
(2021a):** OPS- 8-55 Frührehabilitative Komplexbehandlung abgerufen am  
27.12.2021, <https://www.icd-code.de/ops/code/8-55.html>

**Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)  
(2021b):** OPS-2021 8-559 Fachübergreifende und andere Frührehabilitation, 2021,  
abgerufen am 27.12.2021, <https://www.icd-code.de/ops/code/8-559.html>

- Döring, Nicola und Bortz, Jürgen (2016):** Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften, Berlin, Heidelberg, 2016, ISBN: 978-3-642-41088-8, DOI: 10.1007/978-3-642-41089-5.
- Ertl-Wagner, Birgit [u.a.] (2013):** Qualitätsmanagement und Zertifizierung, Berlin, Heidelberg, 2013, ISBN: 978-3-642-25315-7, DOI: 10.1007/978-3-642-25316-4.
- Ford, Henry (o.J.):** Zitate von Henry Ford, abgerufen am 28.12.2021, <https://www.henry-ford.net/deutsch/zitate.html>.
- Forster, Alexander Benedikt (2017):** Visite! - Kommunikation auf Augenhöhe im interdisziplinären Team, Berlin, 2017, ISBN: 978-3-662-53698-8.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2005):** Qualitätsberichte der Krankenhäuser, abgerufen am 27.12.2021, <https://www.g-ba.de/themen/qualitaetssicherung/datenerhebung-zur-qualitaetssicherung/datenerhebung-qualitaetsbericht/>
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2015):** Strukturqualitätsvorgaben, abgerufen am 27.12.2021, <https://www.g-ba.de/themen/qualitaetssicherung/vorgaben-zur-qualitaetssicherung/vorgaben-strukturqualitaetsvorgaben/>
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2019):** Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 SGB V (Zentrums-Regelung), abgerufen am 27.12.2021, [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2422/Z-R\\_2021-02-18\\_iK-2021-02-20.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2422/Z-R_2021-02-18_iK-2021-02-20.pdf)
- Gläser, Jochen und Laudel, Grit (2010):** Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen, Wiesbaden, 2012, ISBN: 978-3-531-17238-5.
- Goldbecher, Heike (o.J.):** LungenClinic Grosshansdorf: Spezialisiert auf Lungenerkrankungen, abgerufen am 27.12.2021, <https://www.lungenclinic.de/>.
- Hasebrook, Joachim und Benning-Rohnke (2016):** Erfolgreiche Führung aller Mitarbeitergenerationen im Krankenhaus, in Hellmann, Wolfgang [u.a.] (Hrsg.): *Krankenhäuser zukunftssicher managen*, Stuttgart, 1. Auflage, 2016, ISBN: 978-3-17-026915-6.
- Höppner, Heidi (2009):** „High Potentials“ – Zum (in)effektiven Einsatz studierter Physiotherapeuten für die Professionalisierung der Physiotherapie *In: physioscience*, Band 5, Ausgabe 02, 2009, S. 45–46, DOI: 10.1055/s-0028-1109435.
- Jakobs, Anke; Vogler, Christine (2020):** Generalistische Ausbildung: Ein Jahr „neue Pflege“ *In: Pflege Zeitschrift*, Band 73, Ausgabe 12, 2020, S. 38–41, DOI: 10.1007/s41906-020-0949-7.
- Juchli, Liliane (1991):** Krankenpflege: Praxis und Theorie der Gesundheitsförderung und Pflege Kranker; 140 Tabellen, Stuttgart, 6., überarb. und erw. Aufl, 1991, ISBN: 978-3-13-500006-0.



- Kaiser, Robert (2014):** Qualitative Experteninterviews: konzeptionelle Grundlagen und praktische Durchführung, Wiesbaden, 2014, ISBN: 978-3-658-02478-9.
- Klein- Böltig, Ralf (2017):** Exkurs: Markenaufbau von Krankenhäusern, in: Debatin, Jörg F. u.a. (Hrsg): *Krankenhausmanagement: Strategien, Konzepte, Methoden*, Berlin, 3.vollständig aktualisierte und erweiterte Auflage, 2017, ISBN: 978-3-95466-301-9.
- Klüter, Harald (2011):** Ausbildung für die Gesundheitsversorgung von morgen, in: Robert Bosch Stiftung (Hrsg): *Neue Anforderungen an die Mediziner Ausbildung aus Sicht der Ausbilder*, Stuttgart, 2011, ISBN: 978-3-7945-2868-4.
- Kromrey, Helmut (2014):** Qualitative und quantitative Methoden in der Sozialforschung: Differenz und/oder Einheit, in: Mey, Günter und Mruck, Katja (Hrsg): „*Qualitativ*“ versus „*quantitativ*“ – *Ideologie oder Realität?* Wiesbaden, 2014, ISBN: 978-3-658-05537-0.
- Kuckartz, Udo (2018):** *Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung*, Weinheim Basel, 4. Auflage, 2018, ISBN: 978-3-7799-3682-4.
- Lademann, Julia; Isfort, Michael (2019):** Beruf und Profession, in: Lauster, Martina u.a. (Hrsg): *Pflege Heute: Lehrbuch für Pflegeberufe*, München, 7. Auflage, Kleine Ausgabe, 2019, ISBN: 978-3-437-26778-9.
- Lücke, Stephan (2020):** „Große Pionierin“ der deutschsprachigen Pflege gestorben - Trauer um Schwester Liliane Juchli, 2020, abgerufen am 15.12.2021, <https://www.bibliomed-pflege.de/news/trauer-um-schwester-liliane-juchli>
- LungenClinic Grosshansdorf (2019):** LungenClinic Grosshansdorf: Strukturierter Qualitätsbericht 2019, abgerufen am 27.12.2021, [https://www.lungenclinic.de/fileadmin/user\\_upload/Bilder/PDF/Qualitaetsmanagement/Qualitaetsbericht2019\\_kl.pdf](https://www.lungenclinic.de/fileadmin/user_upload/Bilder/PDF/Qualitaetsmanagement/Qualitaetsbericht2019_kl.pdf)
- LungenClinic Grosshansdorf (2020a):** LungenClinic Grosshansdorf: Home > Das Haus> Geschichte, abgerufen am 16.12.2021, <https://www.lungenclinic.de/das-haus/geschichte/>
- LungenClinic Grosshansdorf (2020b):** LungenClinic Grosshansdorf: Home > Das Haus> Daten und Fakten, abgerufen am 17.12.2021, <https://www.lungenclinic.de/das-haus/daten-fakten/>
- LungenClinic Grosshansdorf (2020c):** LungenClinic Grosshansdorf: Home > Das Haus> Daten und Fakten, abgerufen am 16.12.2021, <https://www.lungenclinic.de/das-haus/leitbild/>
- LungenClinic Grosshansdorf (2020d):** LungenClinic Grosshansdorf: Home > Jobs/ Karriere, abgerufen am 16.12.2021, <https://www.lungenclinic.de/karriere/>
- LungenClinic Grosshansdorf (2021a):** LungenClinic Grosshansdorf (@lungenclinic\_grosshansdorf) • Instagram-Fotos und -Videos, abgerufen am 27.12.2021, [https://www.instagram.com/lungenclinic\\_grosshansdorf/](https://www.instagram.com/lungenclinic_grosshansdorf/)

- LungenClinic Grosshansdorf (2021b):** LungenClinic Grosshansdorf: Home>Das Haus>Qualitäts- und Beschwerdemanagement, abgerufen am 16.12.2021, <https://www.lungenclinic.de/das-haus/qualitaets-und-beschwerdemanagement/>
- LungenClinic Grosshansdorf (2021c):** LungenClinic Grosshansdorf: LungenClinic Grosshansdorf als erstes Lungenzentrum in Deutschland ausgezeichnet, 2021, abgerufen am 27.12.2021, <https://www.lungenclinic.de/aktuelles/presse-und-oeffentlichkeitsarbeit/pressemitteilungen/>
- Mahler, Cornelia [u.a.] (2014):** Begrifflichkeiten für die Zusammenarbeit in den Gesundheitsberufen – Definition und gängige Praxis *In: GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*, Band 31, Ausgabe 4, 2014, S. Doc40, DOI: doi: 10.3205/zma000932.
- Maier, Günter W. und Schewe, Gerhard (2018):** Definition: Organisationsentwicklung, 2018, abgerufen am 10.12.2021, <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/organisationsentwicklung-43924>
- Mayring, Philipp (2015):** Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken, Weinheim Basel, 12. überarbeitete Auflage, 2015, ISBN: 978-3-407-25730-7.
- Mayring, Philipp (2016):** Einführung in die qualitative Sozialforschung: eine Anleitung zu qualitativem Denken, Weinheim Basel, 6. überarbeitete Auflage, 2016, ISBN: 978-3-407-25734-5.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) (2021):** Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V, Regelmäßige Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen von OPS-Kodes nach § 275d SGB V.
- Meyer, Rita (2020):** Professionalisierung, Professionalität und Professionalisierbarkeit, in: Arnold, Rolf u.a. (Hrsg): *Handbuch Berufsbildung: mit 53 Abbildungen und 19 Tabellen*, Wiesbaden, 3., völlig neu bearbeitete Auflage, 2020, ISBN: 978-3-658-19311-9, DOI: 10.1007/978-3-658-19312-6.
- Moser, Bobby (2013):** Teamentwicklung im Wandel der Generationen, in: Eberhardt, Daniela (Hrsg): *Together is better? die Magie der Teamarbeit entschlüsseln*, Berlin, 2013, ISBN: 978-3-642-34436-7.
- Oberender, Peter [u.a.] (2017):** Wachstumsmarkt Gesundheit, Konstanz, 4., komplett überarbeitete Auflage, 2017, ISBN: 978-3-8252-4380-7.
- Pfannstiel, Mario A. und Weiß, Christian (2016):** Neue Herausforderungen an das Krankenhaus als Dienstleister im demografischen Wandel- ein Überblick, in: Hellmann, Wolfgang [u.a.] (Hrsg.): *Krankenhäuser zukunftssicher managen*, Stuttgart, 1. Auflage, 2016, ISBN: 978-3-17-026915-6.
- Pfitzer, Dirk [u.a.] (2017):** Exkurs: Schlanke Prozesse im Krankenhaus, in: Debatin, Jörg F. [u.a.] (Hrsg): *Krankenhausmanagement: Strategien, Konzepte, Methoden*, Berlin, 3. vollständig aktualisierte und erweiterte Auflage, 2017, ISBN: 978-3-95466-301-9.

- Rath, Robert (2020):** Verbindlichkeit von Expertenstandards in der Pflege, 2020, abgerufen am 16.12.2021, <https://www.relias.de/blog/verbindlichkeit-von-expertenstandards-in-der-pflege/>.
- Roeder, Norbert; Bunzemeier, Holger (2017):** Strukturierte Organisationsentwicklung, in: Debatin, Jörg F. u.a. (Hrsg): *Krankenhausmanagement: Strategien, Konzepte, Methoden*, Berlin, 3., vollständig aktualisierte und erweiterte Auflage, 2017, ISBN: 978-3-95466-301-9.
- Rybak, Christian (2017):** Rechtsformen und Krankenhausträger, in: Debatin, Jörg F. u.a. (Hrsg): *Krankenhausmanagement: Strategien, Konzepte, Methoden*, Berlin, 3., vollständig aktualisierte und erweiterte Auflage, 2017, ISBN: 978-3-95466-301-9.
- Schafmeister, Sylvia (2019):** Personalmanagement im Gesundheitswesen, 2019, ISBN: 978-3-8252-5032-4.
- Schmidt, Christian (2017):** Mitarbeitergesundheit und betriebliche Gesundheitsförderung, in: Debatin, Jörg F. u.a. (Hrsg): *Krankenhausmanagement: Strategien, Konzepte, Methoden*, Berlin, 3., vollständig aktualisierte und erweiterte Auflage, 2017, S. 248–253, ISBN: 978-3-95466-301-9.
- Schneider, Kyra; Graf, Jürgen; Hinkelmann, Jürgen (2017):** Qualitätsmanagement im Krankenhaus- Rahmenbedingungen, Konzepte und Implementierungen, in: Debatin, Jörg F.u.a. (Hrsg): *Qualitätsmanagement im Krankenhaus- Rahmenbedingungen, Konzepte und Implementierungen*, Berlin, 3., vollständig aktualisierte und erweiterte Auflage, 2017, ISBN: 978-3-95466-301-9.
- Schunk, Yasmin (2021):** Interdisziplinäre Zusammenarbeit im Hochschulstudium: eine Studie zum studentischen Kontaktverhalten in interdisziplinären Lehrveranstaltungen, Wiesbaden [Heidelberg], 2021, ISBN: 978-3-658-32359-2.
- Sozialgesetzbuch SGB V (1989):** § 39 SGB V Krankenhausbehandlung, zuletzt geändert durch Art. 14 Nr. 2 G v. 10.12.2021, abgerufen am 27.12.2021, <https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/39.html>
- Stachel, Kerstin (2017):** Personalmanagement, in: Debatin, Jörg F. u.a. (Hrsg): *Krankenhausmanagement: Strategien, Konzepte, Methoden*, Berlin, 3., vollständig aktualisierte und erweiterte Auflage, 2017, ISBN: 978-3-95466-301-9.
- Stößel, Ulrich (2011):** Ausbildung für die Gesundheitsversorgung von morgen, in: Robert Bosch Stiftung (Hrsg): *Podiumsdiskussion zur Interprofessionalität als zentrale Herausforderung*, Stuttgart, 2011, S. 75, ISBN: 978-3-7945-2868-4.
- Voelker, Claudia; Becker, Annette [u.a.] (2011):** Berufliches Selbstverständnis, Berlin, 1. Aufl, 2011, ISBN: 978-3-06-450320-5.
- Wagner, Michael (2009):** Aufgaben im Krankenhaus neu aufteilen: Chancen für Pflege, Medizin und Assistenzberufe, Stuttgart, 1. Aufl, 2009, ISBN: 978-3-17-020586-4.

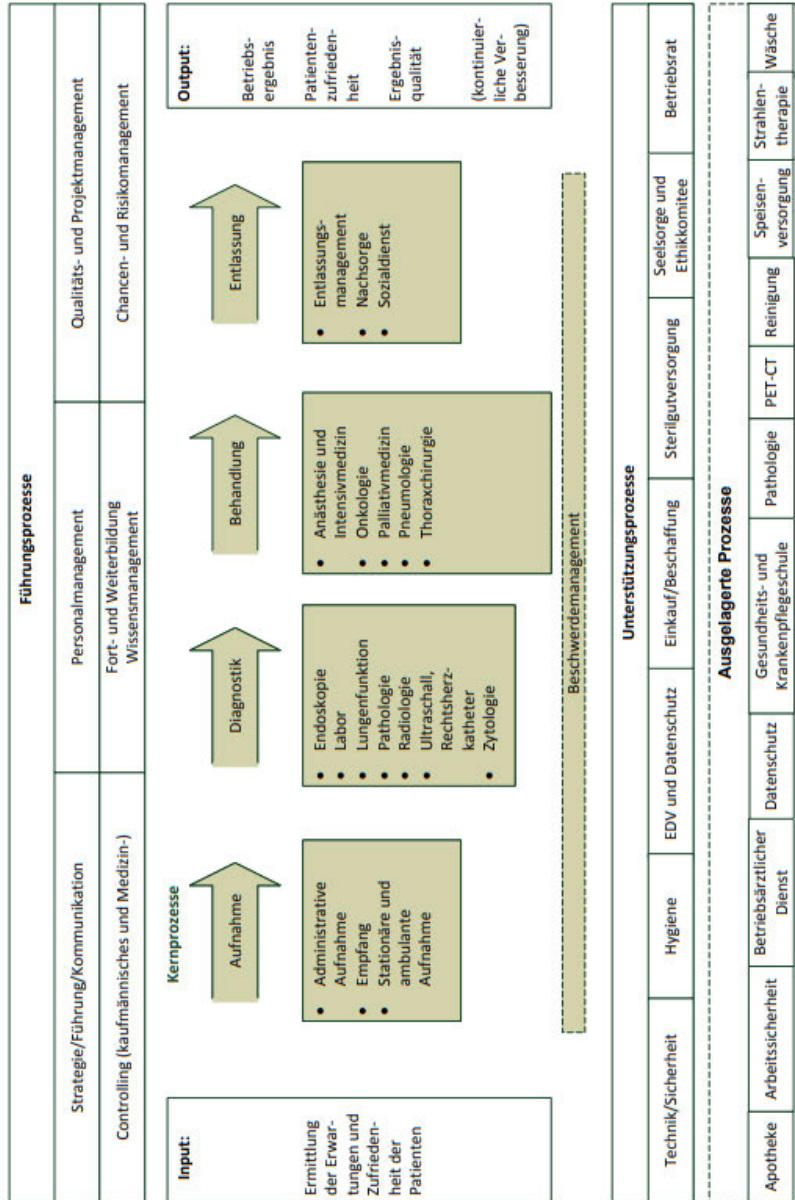
- Wehkampf, Karl- Heinz (2020):** Gesundheitsforscher über Krankenhäuser: „Schließungen sind keine Lösung“ *In: Die Tageszeitung: taz*, 2020, abgerufen am 17.12.2021, <https://taz.de/!5681414/>.
- Weider, Nicole (2020):** Teamarbeit im Krankenhaus: Handlungswissen für erfolgreiche Zusammenarbeit, Stuttgart, 1. Auflage, 2020, ISBN: 978-3-17-033100-6.
- Weisse Liste (2020): Detailseite für Krankenhaus:** LungenClinic Grosshansdorf, abgerufen am 27.12.2021, [https://www.weisse-liste.de/krankenhaus/d/22927%20Gro%C3%9Fhansdorf/LungenClinic\\_Grosshansdorf--1831](https://www.weisse-liste.de/krankenhaus/d/22927%20Gro%C3%9Fhansdorf/LungenClinic_Grosshansdorf--1831)
- Werther, Simon und Jacobs, Christian (2014):** Organisationsentwicklung: Freude am Change, Berlin Heidelberg, 2014, ISBN: 978-3-642-55441-4, DOI: 10.1007/978-3-642-55442-1.
- Wismann, Karen und Kaeuffer, Uwe (2017):** Richtig kodieren-erfolgreich wirtschaften, in: Debatin, Jörg F. u.a. (Hrsg): *Krankenhausmanagement: Strategien, Konzepte, Methoden*, Berlin, 3., vollständig aktualisierte und erweiterte Auflage, 2017, ISBN: 978-3-95466-301-9.

## **Anhang**

|   |             |
|---|-------------|
| Anhang A: Prozesslandkarte der LungenClinic Grosshansdorf | S. 80       |
| Anhang B: Vorlage zur Vereinbarung der Jahresziele        | S. 81- 82   |
| Anhang C: Interviewleitfaden                              | S. 83- 84   |
| Anhang D: Transkript IP 1                                 | S. 85- 93   |
| Anhang E: Transkript IP 2                                 | S. 94- 105  |
| Anhang F: Transkript IP 3                                 | S. 106-118  |
| Anhang G: Codebuch  | S. 119- 124 |
| Anhang H: Protokoll der teilnehmenden Beobachtung         | S. 125- 128 |

# Anhang A: Prozesslandkarte der LungenClinic Grosshansdorf

|  |                            |
|--|----------------------------|
| <br><b>LUNGENCLINIC<br/>GROSSHANSDORF</b> | LungenClinic Grosshansdorf |
| <b>Übersicht</b>   | <b>Prozesslandkarte</b>    |



Autor: A. Ehlert, OM  
 Freigeber: Fr. Quante, Kaufm. GF  
 Erstelldatum: 29.07.19  
 Freigabedatum: 24.08.2020

Dateipfad: U:\Qualitätsmanagement\Strategie&Führung\Prozesslandkarte\Prozesslandkarte\_2020-08-24.doc  
 Version: 5  
 Seite 1 von 1

## Anhang B: Vorlage zur Vereinbarung der Jahresziele

|   |
|---|
|  |
| <b>Benennung der abteilungsspezifischen Jahresziele 2021</b><br>QM                |

|                      |                                       |
|----------------------|---------------------------------------|
| Abteilung*:          | Datum:                                |
| Abteilungsleitung**: | Mitwirkende bei der Zielformulierung: |

### Ziele aus 2020 – Welche Ziele des zurückliegenden Jahres werden in 2021 weiter verfolgt?

| Ziele aus 2020 | Ziel umgesetzt?<br>Ja/Nein                                |
|----------------|---|
|                | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
|                | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
|                | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |

### Aktuelle Ziele 2021 (z.B. virtuelle Kongresse, Projekte, Prozessoptimierungen)

| Aktuelle Ziele                                | IST:<br>Wie ist es momentan (ZDF = Zahlen, Daten, Fakten)? | SOLL:<br>Wie ist das Wunschziel (ZDF = Zahlen, Daten, Fakten)? |
|---|--|--|
|   |  |  |
| <b>Einzelne Maßnahmen zur Zielerreichung:</b> | <b>Wer</b>   | <b>Bis wann</b>  |

\*: z.B. Fachabteilung, Station, Funktionsabteilung, kaufmännische Abteilung

\*\* : Ausfüllen durch die Chefarzte, die Stationsleitungen, die Pflegedienstleitung, Leitungen der Funktionsabteilungen, Leitungen der kaufmännischen Bereiche und Stabstellen

Autor: Ehlert, QM

Erstelldatum: 30.03.2020

Revisionsdatum: 30.03.2021

Dateipfad:

C:\Users\beate\OneDrive\Dokumente\MBA\Masterarbeit\Jahresziele\_2021.docx

Version: 1.0

Seite 1 von 2

|   |   |
|---|---|
|  |  |
| <b>Benennung der abteilungsspezifischen Jahresziele 2021</b>                      |   |

| Aktuelle Ziele                                | IST:<br>Wie ist es momentan (ZDF = Zahlen, Daten, Fakten)? | SOLL:<br>Wie ist das Wunschziel (ZDF = Zahlen, Daten, Fakten)? |
|---|--|--|
| <b>Einzelne Maßnahmen zur Zielerreichung:</b> | <b>Wer</b>   | <b>Bis wann</b>  |
| <b>Aktuelle Ziele</b>                         | IST:<br>Wie ist es momentan (ZDF = Zahlen, Daten, Fakten)? | SOLL:<br>Wie ist das Wunschziel (ZDF = Zahlen, Daten, Fakten)? |
| <b>Einzelne Maßnahmen zur Zielerreichung:</b> | <b>Wer</b>   | <b>Bis wann</b>  |
|   |  |  |
|   |  |  |
|   |  |  |

\*: z.B. Fachabteilung, Station, Funktionsabteilung, kaufmännische Abteilung

\*\* : Ausfüllen durch die Chefsärzte, die Stationsleitungen, die Pflegedienstleitung, Leitungen der Funktionsabteilungen, Leitungen der kaufmännischen Bereiche und Stabstellen

Autor: Ehlert, QM

Erstelldatum: 30.03.2020

Revisionsdatum: 30.03.2021

Datipfad:

C:\Users\beate\OneDrive\Dokumente\MBA\Masterarbeit\Jahresziele\_2021.docx

Version: 1.0

Seite 2 von 2



## **Anhang C: Interviewleitfaden**

### **Einleitung**

Wie lange arbeiten Sie/arbeitest Du schon in Ihrem/Deinem Beruf?

### **Kategorie Professionalisierung**

Wie nehmen Sie/ nimmst Du die Entwicklung/ Professionalisierung der eigenen Berufsgruppe wahr?

- Wie wurde Ihr/Dein eigenes Fachwissen beeinflusst?
- Haben Sie/hast Du neues Wissen erlangt? Wie äußert sich das?

Wie wirkt sich die Professionalisierung der einzelnen Berufsgruppen auf die Zusammenarbeit aus?

- Wie kann die eigene Meinung eingebracht werden?
- Wer geht auf wen zu?
- Kann Kritik oder Verbesserung offen geäußert werden?

### **Kategorie Organisationsentwicklung/ neues Portfolio**

Wie wurden Sie/wurdest Du in das Projekt Pneumologische Frührehabilitation eingebunden?

Welche Prozesse haben sich durch Weiterentwicklung geändert?

Welche Fachkompetenz war für das neue Portfolio erforderlich?

- Gab es Schulungen/Fortbildungen?

Wie wurde das neue Portfolio in das QMS eingebunden?

### **Kategorie Patienten**

Welchen Einfluss hat die interdisziplinäre Zusammenarbeit auf die Patienten?

- Woran erkennen Sie/erkennst Du das?

Wie wirkt sich die Professionalisierung Ihrer/Deiner Berufsgruppe auf die Patienten aus?

- Können Sie/kannst Du ein Beispiel nennen?

### **Kategorie Zusammenarbeit**

Wie empfinden Sie/ empfindest Du die Zusammenarbeit mit den Kolleg\*innen der eigenen Fachdisziplin?

Wie erleben Sie/erlebst Du die Zusammenarbeit mit den anderen Berufsgruppen?

Gibt es genügend Zeit für den Austausch unter den Berufsgruppen?

- Wie kommunizieren Sie / kommunizierst Du mit den anderen Berufsgruppen?

- Wie erfolgt die Abstimmung im Team?
- Wie werden positive/negative Erfahrungen reflektiert?

Entsteht durch die Zusammenarbeit neues Wissen, Verständnis für die andere Berufsgruppe?

- Wie bringen sich die einzelnen Berufsgruppen in die Zusammenarbeit ein?

Welche Chancen sehen Sie/ siehst Du in der interdisziplinären Zusammenarbeit? Können Sie/ kannst Du Erfolgsfaktoren benennen?

Welche Risiken sehen Sie/siehst Du in der interdisziplinären Zusammenarbeit?

### **Kategorie Vorgaben und Strukturen**

Wie wirken sich die gesetzlichen Vorgaben und Strukturanforderungen auf Ihre/ Deine Arbeit aus?

Welche Einflüsse haben die Vorgaben auf die Zusammenarbeit?

- Führen diese Vorgaben zu einer anderen Form der Zusammenarbeit?

### **Zusatzfrage Corona**

Wie hat sich die Corona- Pandemie auf die Zusammenarbeit ausgewirkt?

### **Abschluss**

Haben Sie/hast Du noch eine Ergänzung?

Vielen Dank für die die wertvollen Informationen und die die Bereitschaft, mitzuwirken.

## Anhang D: Transkript IP 1

### Interview 1

1. I: Also erst einmal vielen Dank für die Bereitschaft bei dem Interview mitzumachen ich würde eine Einleitungsfrage stellen und die lautet: Wie lange arbeitest du schon in deinem Beruf?
2. B: In meinem Beruf arbeite ich jetzt seit über 13 Jahren. (...).
3. I: Zu der Kategorie Professionalisierung habe ich mehrere Fragen und ich würde beginnen mit: Wie nimmst du die Entwicklung der Professionalisierung deiner eigenen Berufsgruppe wahr?
4. B: Also da tut sich sehr viel und gleichzeitig auch sehr wenig, weil immer mehr Therapeuten schon auch einen akademischen Abschluss haben oder auch bevorzugen, weil sie oftmals in der Ausbildung auch parallel stattfinden kann sowohl die Ausbildung als auch direkt ein halbes Jahr oder Jahr dranhängen und dann Bachelor zu machen. Und dann auch weiter Master. Und es gibt natürlich auch die Möglichkeit für einige zu promovieren an Hochschulen oder an Universitäten und auf der anderen Seite läuft das alles sehr sehr sehr schleppend. Ja, weil es einfach keine wirklichen Strukturen dafür gibt, also das sind dann zwar schon immer mehr Bachelorabsolventen, aber wo arbeiten die? Da gibt es ja noch keine wirklichen Veränderungen im System, sag ich mal.
5. I: Hast du dich selbst verändert, wurde dein eigenes Fachwissen beeinflusst von der Professionalisierung der Berufsgruppe?
6. B: Ich würde sagen ja. Also weil halt viel mehr in Frage gestellt wird. Was wir überhaupt machen. Also man glaubt nicht mehr einfach, das was man in der Fortbildung hört, sondern stellt es erstmal in Frage, welche Theorie überhaupt dahintersteht, um dann zu gucken, von wann ist denn eigentlich der Gedanke von wann ist die Theorie, woher kommt es, wer hat die vielleicht entwickelt und ist es wirklich noch up to date oder passt das mit den Erkenntnissen, die wir jetzt haben überhaupt noch zusammen.
7. I: Ja, sehr gut. Wie wirkt sich die Professionalisierung der einzelnen Berufsgruppen auf die Zusammenarbeit aus?
8. B: Ich weiß gar nicht, ob man da sagen kann, dass die Professionalisierung sich auf die Zusammenarbeit auswirkt. Finde ich schwierig. Ich könnte mir vorstellen, dass es vielleicht in der Kommunikation liegen könnte, wobei das ja auch von jedem Einzelnen abhängt. Also ich hab ja Therapeuten, die sind einfach fachlich so großartig und haben keine Bachelorabschluss und dann hast du wieder welche, die haben vielleicht einen Bachelorabschluss, aber den fällt es schwer mit anderen zu reden oder in Kontakt im Gespräch zu kommen. Weißt du, ob man es da jetzt direkt mit zumindest aktuell heute im Stand vielleicht in der weiteren Entwicklung, dass da

auch ein ganz anderes Selbstbewusstsein von den Therapeuten entsteht, aber meistens ist es ja noch so, dass sich nicht alle, aber viele Therapeuten eher zurücknehmen. (...) Das ist glaub ich noch altes Denken da. Weil man immer noch den Ärzten untergeordnet ist und wir einfach keine Selbstbestimmung, sag ich mal direkt haben, dass wir entscheiden können das und das halte ich für sinnvoll für den Patienten, klar in Zusammenarbeit mit dem Arzt, aber der muss es schon halt schon noch mit abstimmen.

9. I: Kommen wir vielleicht im weiteren Verlauf des Gespräches nochmal darauf zurück, in der Kategorie Zusammenarbeit. Ich würde jetzt erst mal zum Themenkomplex Organisationsentwicklung kommen. Und fragen: Wie wurdest du in das Projekt der Pneumologischen Frühreha eingebunden?
10. B: Also ich hab ja hier im Februar 2018 angefangen und dann stand es ja schon ziemlich fest, dass die Pneumologische Frühreha entstehen wird und dass ich die mit aufbauen darf aus therapeutischer Sicht oder was sich dann einfach so ergeben hat. Und von dem her wurde dann meine therapeutische Expertise schon sehr gefragt und mit eingebunden. (...)
11. I: Und haben sich Prozesse verändert durch das neue Portfolio?
12. B: Also was da ganz klar ist, ist die Therapiezeit für die Patienten, also es ist das erste was mir einfällt. Weil sonst im DRG- System ist ja Physiotherapie nebensächlich und so wie es halt angeboten wird und in der Frühreha als Komplexbehandlung, da musst du therapeutische Leistungen erbringen und du musst am Patienten sein und wir haben auch die Zeit dafür. (...) Also, weil das ist auch eine ganz andere Outcomequalität hat.
13. I: Und welche Fachkompetenz war für das neue Portfolio erforderlich?
14. B: (...) schwierig. (...)
15. I: Also gab es zum Beispiel Schulungen oder Fortbildungen für die Physiotherapeuten an der Stelle?
16. B: Also jetzt direkt in der Abteilung nicht. das meiste hab ich ja mitgebracht aus meiner vorherigen Expertise, weil ich ja seit Anfang an in der Pneumologie arbeite (...) da 5 Jahre Weaning Erfahrung und eigentlich wirklich von Intensiv bis zum Sportpneumologischen Patienten begleitet hab und das ist da alles mit eingeflossen.
17. I: Und wurde das neue Portfolio ins QMS- System mit der Abteilung eingebunden?
18. B: Da haben wir eine komplette Prozessbeschreibung erstellt (...) und dann eben auch im Team natürlich besprochen, was hat sich jetzt wirklich verändert, oder wo liegt der Schwerpunkt? (...) ja das war so hauptsächlich, dass wir uns so nach und nach eingearbeitet haben, wir haben quasi die Struktur erstellt geguckt: wo müssen wir dran arbeiten, wir arbeiten ja jetzt im Prinzip noch dran. Also wir, das ist ja

nicht, dass man das irgendwann, das wirklich abgeschlossen hat, sondern das entwickelt sich ja jedes Mal mit dem Patientenkiel weiter (...) Jetzt gerade auch durch Covid bedingt, da muss man sich ja auch erst wieder komplett neu einfinden, was ja mit dem was vorher am Anfang ist ja ganz anderes Vorgehen als bei den COPD Patienten zum Beispiel nach Intensiv.

19. I: Da hab ich am Ende noch eine Frage dazu, würde ich nochmal darauf zurückkommen, vielen Dank schon mal. Zur Kategorie Patienten möchte ich gerne wissen, welchen Einfluss die interdisziplinäre Zusammenarbeit auf die Patienten hat, wirkt sich das aus, nehmen Sie davon was wahr, dass sich das auf die Patienten auswirkt?
20. B: Also das Feedback, was wir bekommen, ja, also das meiste, was auffällt, ist die gute Stimmung und was ganz oft gesagt wird: ja hier weiß ja jeder über alles Bescheid (lacht) und wir sagen dann natürlich auch immer konkret, wenn sie jetzt wollen, dass es nur zwischen uns bleibt, dann bleibt das natürlich zwischen uns und ansonsten ist klar, dass wir es im Team alles besprechen. Also (...) ja, doch, da wird doch einiges wahrgenommen.
21. I: und, merken die Patienten auch diese Zusammenarbeit im täglichen Arbeitsleben, also, dass sie merken, dass es untereinander abgestimmt ist, zum Beispiel.
22. B: ja, das merkt man schon. Also wenn wir es merken, wir sind zeitlich halt voll drüber also dass wir echt ganz eng getaktet sind und man merkt, irgendwie stehen heute alle unter Strom, kriegen die Patienten direkt mit, weil sie merken, okay da passen jetzt die Absprachen nicht so richtig oder das ist dann schwierig und je nachdem wer auch teilweise zusammenarbeitet zwischen den Disziplinen, da merkst du dann auch ein Hand in Hand arbeiten und das kriegen dann die Patienten natürlich auch mit. Also wenn alles aufeinander abgestimmt ist, wir mobilisieren raus in den Stuhl, dann kommt das Frühstück, dann kommt der Logopäde und dann passt es und wenn alles so total unkoordiniert ist, dann wird es halt mega chaotisch. Das kriegen die auch mit.
23. I: Dann ist die nächste Frage schon beantwortet: mit dem Ein Beispiel dafür, wie die Patienten davon profitieren ist im Grunde ja schon beantwortet, dass die Patienten das gut finden, wenn das im Team besprochen wird und dass die Prozesse im Grunde aufeinander abgestimmt sind. Zur Kategorie Zusammenarbeit würde ich gerne wissen: Wie empfindest du die Zusammenarbeit mit den Kollegen der eigenen Fachdisziplin erst einmal?
24. B: Ach, bei uns gut, das hat sich wirklich gut entwickelt. Am Anfang gab es natürlich noch einige Schwierigkeiten (...) aber so im Verlauf, da haben wir wirklich gutes Teamwork. Also natürlich gibt es wie bei allem gibts Auf und Ab`s, aber grundlegend über alles, da arbeiten wir echt gut zusammen.
25. I: Und, die Zusammenarbeit mit den anderen Berufsgruppen?
26. B: Da auch, also ich könnt jetzt echt nicht sagen, dass ich mit irgendwem da groß

Schwierigkeiten hab, weil ich jedem mal seinen schlechten Tag eingestehe und dann kracht es mal an der ein oder anderen Stelle (lacht) und dann ruckelt es sich wieder zusammen und dann funktioniert das wieder. ja (...)

27. I: Gibt es genügend Zeit für den Austausch unter den Berufsgruppen?
28. B: Doch, doch, doch, würde ich schon sagen. Wir haben ja morgens wirklich diese Besprechung, da machen wir schon viel weg und sonst haben wir sehr kurze Wege. Also ich weiß, wer Ansprechpartner ist von Pflege, ich weiß wer der Logopäde ist, Psychologe da kann mal schnell anrufen oder kurzer Dienstweg.
29. I: Wie wird dann miteinander kommuniziert? Also, gibt es feste Termine oder trifft man sich?
30. B: Also feste Termine haben wir nur die morgentlicher Besprechung um 8, die meistens so eine viertel Stunde geht und einmal die Stunde donnerstags und ansonsten ist alles nach Bedarf.
31. I: Wie erfolgt dann die Abstimmung im Team, also wer geht auf wen zu, wenn es Absprachen bedarf, oder wenn man ein Problem hat, wer geht den ersten Schritt, sozusagen?
32. B: Ach, das ist auch unterschiedlich. Also, wenn ich jetzt ein Problem hab, dann spreche ich das Problem an. Natürlich merkt man manchmal, okay, der auf der anderen Seite wer auch immer die andere Seite jetzt ist, da dümpelt vielleicht was, man macht mal vielleicht so kleine Vorstöße: Wo ist jetzt eigentlich das Problem, oder (...) manchmal gute, manchmal (lacht) nicht so gut. Also insgesamt würde ich sagen, haben wir eine offene Gesprächskultur, dass jeder sagen kann, wenn es irgendwo hängt, egal, ob jetzt die Psychologin, Sozialdienst, Logo, Ärzte, Pflege.
33. I: Und wie werden denn positive oder negative Erfahrungen reflektiert, in der eigenen Gruppe, oder mit den eigenen Mitarbeitern oder eben im Team dann speziell.
34. B: Ich glaub, das ist schon noch sehr schwierig. also grad, wenn wirklich schwierige Situationen, Patienten und sowas kommen. Aus meiner Sicht, mir fehlt total eine Supervision, also dass man wirklich mal aufarbeiten kann, was ist da grad los und manchmal merkt man wirklich da ist, da dümpelt irgendwas immer sowas unten mit rum. Da schwirrt irgendwie, wie so ein kleines Feuerchen und dann reicht manchmal nur so eine kleiner Piecks und dann flammt es hoch (...) aber ich bin jetzt aus meiner Persönlichkeit, ich bin jemand, ich rede gerne über Dinge und klär die dann auch. Einfach, weil ich es mag, und das fehlt mir total noch bei uns. Also wenn der Patient jetzt ein leichter Patient ist, der gut (...) ja, mitmacht und eine hohe Motivation hat, das ist wesentlich einfacher, als wenn du wirklich jemand hast, der keine Motivation hat, oder einfach mal so ungewohnt laut wird, depressiv ist, Angststörungen hat oder Ängste, das ist halt schon herausfordernd. Und ich glaub da ist bei uns noch Bedarf.

35. I: Man profitiert aber doch sicherlich auch davon, dass die Berufsgruppen sich entwickeln, dass man miteinander arbeitet. kann man das an einem Beispiel benennen, wie das eigene Wissen und auch das Verständnis für die andere Berufsgruppe wächst durch die Zusammenarbeit?
36. B: Ja, wir haben das gerade ganz neu. Vor ein paar Wochen angefangen, dass wir wie so Minifortbildungen machen bei uns, also im Rahmen von dieser Teambesprechung, dass wir dann zum Schluss nochmal so 10-15 Minuten alles in diesem (...) Rahmen so ein bisschen das Verständnis schaffen, in dem man dann z.B. ein Logopäde über Schluckstörungen redet, oder ich hab dann mal meine Bachelorarbeit vorgestellt an der Physiotherapie oder dass (NAME) irgendwas (...) erzählt (...) genau. Das probieren wir gerade jetzt so ein bisschen aus.
37. I: Und das hat auch immer diesen festen Rahmen, dass man an diese Besprechung andockt, weil sich dann alle sowieso zusammentreffen?
38. B: Genau, das wird jetzt auch nicht jede Woche stattfinden, einfach so, wie es auch gerade passt, aber so ist jetzt erstmal unser Ziel. Das wir das wirklich jede Woche mal so ranmachen, dass wir diese Verständnis so bekommen, meistens grad beim Sozialdienst gibt es irgendwelche neuen Gesetze, wo drauf müssen wir achten bei der Entlassung? Weil, das uns ja gar nicht immer alles bewusst ist, oder auch wenn es neue Erkenntnisse in der Forschung sind von der Medizin gerade bei den Covid-Sachen, das ist ja ganz wichtig, dass wir up to date sind.
39. I: Ja, verstehe.
40. B: Und dann einfach drüber reden.
41. I: Und bringen sich die Berufsgruppen alle gleichmäßig ein, oder (...) gibt es da Unterschiede?
42. B: Würde ich schon sagen, ich glaub hauptsächlich sind schon noch die Ärzte, die viel Wissen weitergeben jetzt mit dem Logopäden kommt auch nochmal viel Wissen dazu. Ich würde sage, ich persönlich lege da auch viel Wert drauf, dass ich viel Input reingebe und ansonsten ist es immer eher so bisschen zurückhaltend.
43. I: Ja, welche Chancen siehst du in der interdisziplinären Zusammenarbeit? Kannst du z. B. Erfolgsfaktoren benennen?
44. B: Ja, total. Also ich sehe die ganze Behandlung von kritisch kranken Patienten, die kann nur erfolgreich richtig werden, wenn man interdisziplinär zusammenarbeitet, weil das ist so komplex ist, also unfassbar komplex und wenn man es sich so überlegt (...) also wenn ich in so eine Situation reingehe, gucke ich immer mit meinem Blick auf die Sache drauf und dann finde ich es mega wichtig, wenn die Pflege nochmal mit einem ganz anderen Blickwinkel da drauf guckt, weil manchmal kommt man ja irgendwo nicht weiter und dann brauchst du den anderen Blick. Das geht einfach nicht anders. (...) und dass man dann sich eben irgendwie zusammenfindet und dann, da ist ja dann diese Schwierigkeit, herauszufinden okay, wer hat

jetzt Recht und da das herauszufinden, das ist glaub ich schon viel Herausforderung, aber da liegt glaub ich auch die Chance drin für die Patienten (...).

45. I: Und würde man auch Risiken beschreiben können?
46. B: Könnt man genauso, also da liegt genau die Chance drin und genau auch das Risiko, weil wenn wir dazu in der Lage sind, miteinander zu reden, dann können wir den Patienten natürlich helfen und wenn dann durch diese Diskrepanz zwischen den verschiedenen Ansichten und Meinungen kann es natürlich auch in eine ganz andere Richtung umschlagen, wo der Patient nicht von profitiert. Also das ist ja genau dieses Verständnis voneinander so wichtig.
47. I: Gut, vielen Dank schon mal so weit. Eine Kategorie habe ich noch, wo es um Vorgaben und Strukturen geht. Für diese Abteilung pneumologische Frühreha gab es ja doch sehr viele Vorgaben und die erste Frage wäre: Kennen Sie diese Vorgaben und wenn ja, wie wirkt sich das auf die Arbeit aus, auf die eigenen Arbeit aus?
48. B: Also du meinst jetzt die Vorgaben, die es gibt. Ja ich habe mich ja selbst auch damit beschäftigt, mit den Vorgaben, da sind sie mir schon weitestgehend bekannt (...) und wie war das nochmal genau?
49. I: Wie wirken sich die gesetzlichen Vorgaben auf die eigene Arbeit aus? Wenn die Vorgabe ist, eine Anzahl von Therapieeinheiten zu erbringen, wie wirkt sich das auf die Arbeit aus?
50. B: Ach manchmal finde ich es mega nervig. Also ich finde es (...) ja, also ich kann das schon verstehen, dass man gerne so eine Grundlage hat mit diesen 15 Einheiten die Woche mit den unterschiedlichen Disziplinen und sowas, aber manchmal finde ich es einfach total Quatsch, wenn ich Patienten habe, der "einfach nur trainiert" werden muss, warum muss ich dann och irgendwas anderes hinschicken, wenn er keinen psychologischen Bedarf, er findet die Kunsttherapie Scheiße, oder (...) und wir müssen den einfach trainiert werden. Punkt. und das zieht er durch, der macht seine Eigenübungsprogramm, warum muss ich das an die Einheiten ranfügen. Finde ich jetzt (...) da müssen wir jetzt irgendwie noch eine Einheit irgendwoher ziehen.
51. I: Weil die Vorgabe so ist?
52. B: Einfach, weil die Vorgabe das ist.
53. I: Ja, verstehe.
54. B: Finde ich ja quatsch. Und beim Anderen also nur diese hin- und herjonglieren, die ganze Station so im Blick zu haben, weil ja jeder diese Vorgabe erreichen muss und bei dem Einen weißt du okay, der könnte das so gut gebrauchen z. B. Ergotherapie, der bräuchte es wirklich so viel Ergotherapie einfach weil er es nicht hinkriegt, diese feinmotorische Sachen, wir haben aus der physiotherapeutischen Sicht, finde ich, Kapazität und ich muss den aber zu wem anders hinschicken, einfach



weil die Einheit fehlt und das ist halt mega nervig und frustrierend dann natürlich. Natürlich kann ich mich da schon bisschen von distanzieren, aber aus therapeutischer Sicht und für den Patienten finde ich es komplett schwachsinnig.

55. I: Meine ergänzende Frage dazu wäre: Führen die Vorgaben zu einer anderen Form der Zusammenarbeit? Weil sie so starr sind, dass eben diese Anzahl gefordert wird oder diese Art der Einteilung gefordert wird. Arbeitet man dadurch anders zusammen?
56. B: (...) ja, das hat bestimmt eine Auswirkung. Also ich hab jetzt ja den Vergleich zwischen Normalstation und der Komplexbehandlung. Ja, manchmal muss man sich dann noch mehr austauschen. wenn man dann zusammen überlegt, was wäre denn jetzt noch am aller sinnvollsten von den ganzen Möglichkeiten, die wir haben (...) ja weiß ich nicht, ob sich das wirklich auf die Zusammenarbeit auswirkt. Ich glaub eher, dann muss man es halt machen, also natürlich kann man alles wegstreichen, sonst, weil Therapeuten ja eh eher gerne weg-rationalisiert werden und so müssen sie halt gemacht werden. Also sie sind Teil des Systems und es ist halt auch mega sinnvoll, die Patienten in die Bewegung zu bringen, jetzt physiotherapeutisch und anders kann man es halt einfach schnell unter den Tisch fallen lassen, obwohl es ja jedem bekannt ist, in 1000 Studien, dass Menschen bewegt werden müssen, damit sie wieder gesund werden, aber das wird dann irgendwo abgebildet und da hat man zumindest die Möglichkeit, dass es (...) auf die Art und Weise gesehen wird.
57. I: Und ist es ein Stück weit Zwang, fühlt man sich verpflichtet zusammen zu arbeiten, weil es diese Vorgabe gibt, oder empfindet man das eher als gutes Instrument von außen, um das gemeinsam machen zu können, was da jetzt möglich ist?
58. B: Ich glaub, ich habe es noch nie aus dem Blickwinkel so mir angeguckt, dass es irgendwie die Zusammenarbeit, dass es eine Auswirkung darauf hätte, haben könnte. Die Zahlen, weil es bei uns immer so dieses MUSS dahintersteckt und für mich macht die interdisziplinäre Zusammenarbeit eigentlich die Gesprächsführung und nicht die Einheiten (...).
59. I: Wobei die Gesprächsführung, also zumindest diese Teambesprechung ja auch ein Teil dieser Vorgabe ist.
60. B: Das finde ich mega sinnvoll und das finde ich auch sehr wichtig. Dass es da in der Vorgabe drin ist, weil es wird dann sonst auch schnell unter den Tisch gefegt. Natürlich kannst du immer sagen: Vorgabe sind so und was gemacht wird, ist so, klar, aber hier würde ich ja sagen, wir profitieren da alle von.
61. I: Ja, sehr gut. Und eine Zusatzfrage, die hatten wir vorhin mal schon kurz angerissen zum Thema Corona: Hat sich die Corona- Pandemie auf die Zusammenarbeit ausgewirkt und wenn ja, wie?
62. B: (...)

63. I: Musste eine andere Form der, nicht nur Zusammenarbeit, sondern vielleicht der Abstimmungen geben durch verschiedenste Maßnahmen, Infektionsschutz, Abstand (...) einkleiden, umkleiden, Abläufe in der Organisation?
64. B: Also in der Frühreha selbst haben wir ja keine ansteckenden Corona, wir haben ja nur Post- Covid, Long- Covid - Patienten, deswegen ist so aus hygienischer Sicht keine Veränderung, ich glaub was eher wirklich einen Unterschied macht, ist, dass die Covid- Patienten meisten wirklich motiviert sind, die wollen wieder zurück ins Leben, die haben Bock (...) die nehmen an allem teil, also da wird weniger diskutiert, würde ich mal sagen, als wie mit vielen chronisch kranken Patienten, das ist einfach eine ganz andere Basis von der Therapie her und da steckt eine andere Motivation auch wieder im Team dahinter. Ja das andere ist manchmal echt zäh und dann muss man sich gegenseitig immer wieder, wir müssen uns gegenseitig motivieren oder manchmal machen wir auch, tauschen wir untereinander, wenn du merkst: okay, ich das wird gerade alles zu viel, ich kann jetzt gerade dem Patienten nicht die Therapie zukommen lassen, wir brauchen mal kurz einen Wechsel, eine andere Gesprächsführung und dann passt es schon besser- zwischenmenschlich. (...) und bei den Covid- Patienten da hast du halt meistens echt Bock drauf (lacht), um es mal so zu sagen.
65. I: Das ist ja auch angenehm, wenn man ein gegenüber hat, was mitarbeiten will und motiviert ist, als wenn es eben nicht der Fall ist.
66. B: Ja klar. Ich muss dazu sagen, man muss auch immer wieder einen Schritt zurück gehen. Also das geht mir jetzt so, immer mal wieder, okay die kommen von der Intensivstation, die sind eh chronisch krank, die haben vielleicht schon ein Delir hinter sich, denen geht das echt Scheiße und welche Zukunftsaussichten haben die, wenn die dann kein soziales Umfeld haben, vom Verständnis her ist das total nachvollziehbar. Also diese Demotivation und sich da einfach mal wieder so den Schritt zurückzuschaffen und gucken, wo ist denn jetzt eigentlich unser Therapieziel. Die sind halt ganz andere, von der Zielformulierung, die läuft halt ganz anders ab und sich da erstmal drauf so umzudenken, würde ich sagen. Obwohl es ja eigentlich, wir haben ja damit angefangen, aber meistes hat man so eine ideelle Vorstellung wie etwas ablaufen soll oder wie etwas sein soll von diesem Ideal mal wieder weg zu kommen und wirklich den Patienten zu gucken, was ist denn jetzt noch das Ziel von dem 80jährigen COPD-ler, der alleine nach Hause geht. das ist halt ganz anders, als wenn ich eine junge Familienmutter hab, die zu ihrer Familie nach Hause geht und da ist glaub ich dann wirklich dieses interdisziplinäre wo man immer mal wieder so (...) sich einjustieren muss. Und da merkt man bei uns auch, dass es immer mal wieder, Eine hat mal wieder mehr Verständnis, also es gibt immer mal wieder Einen im Team, der ist dann irgendwie so positiver gestimmt.
67. I: Dann ist es gut, wenn man ein Team ist und gegenseitig profitiert, so nimmt einer den andern mal wieder ein Stück mit. Das kann ich gut nachvollziehen. Ja, hast du noch eine Ergänzung, fällt dir noch etwas ein zu den Fragen?
68. B: Ergänzung, ich kann mir nicht mehr vorstellen, nicht interdisziplinär zu arbeiten.

Ich glaub da würde ich echt, wenn ich auf einer Station wäre, wo das nicht funktioniert, ich würde bekloppt werden, wirklich. Könnte ich nicht arbeiten, würde ich direkt wieder sagen "adios amigos", geht nicht. wenn da kein Bedarf ist, sich dahin zu entwickeln, einfach so für mich als Therapeutin, weil man da auch selbst ganz viel draus zieht (...) allein für die Arbeitsmoral sag ich mal, wenn du schon weißt, okay, ich komm jetzt auf eine Station, der Arzt guckt mich mit dem Arsch nicht an, die Pflege macht eh ihr Ding ja, dann reden wir eh aneinander vorbei da können wir uns die ganze Sache auch irgendwie (...) ja. (lacht)

69. I: Das ist doch ein gutes Schlusswort (beide lachen). Vielen lieben Dank. danke für die vielen Informationen und die Bereitschaft mitzuwirken. Wunderbar. Danke

## Anhang E: Transkript IP 2

### Interview 2

1. I: Das sieht gut aus. Vielen Dank schon mal für die Bereitschaft zum Interview. Ich hab die Fragen bisschen vorbereitet und ein paar Kategorien. Als Einleitungsfrage würde ich gerne wissen wollen: Wie lange arbeiten Sie schon in Ihrem Beruf?
2. B: 30 Jahre.
3. I: (...) toll. Zur Kategorie Professionalisierung. Nehmen Sie eine Weiterentwicklung und eine Professionalisierung Ihrer eigenen Berufsgruppe wahr?
4. B: (...) also, ich sage es mal so, ich komm ja aus dem ärztlichen Bereich, da hat es schon immer traditionsgemäß eine starke Professionalisierung stattgefunden, sei es durch die verschiedenen Fachrichtungen, sei es durch verschiedene strukturelle Veränderungen, die uns auch immer vorgegeben werden. Das fängt dabei an, dass unsere Ausbildung sich 10x geändert hat und und und. Die Facharztentwicklung hat sich verändert, auch da mussten wir uns anpassen und wir haben natürlich auch im stationären Bereich viele verschiedene Entwicklungen mitgemacht, die uns auch zu einer Professionalisierung haben kommen lassen, gerade auch im Miteinander und insofern würde ich für den ärztlichen Bereich auf jeden Fall sagen: Ja, und es ist bemerkenswert, jedenfalls für mich, die ich ja nun schon über ein langes Arbeitsleben zurückblicke, dass es nicht nur am Anfang ist, sondern immer weiter geht, bis zur Rente findet das statt und das ist ein herausragendes Merkmal der ärztlichen Daseins.
5. I: Ja. Und wie wirkt sich die Professionalisierung der einzelnen Berufsgruppen auf die Zusammenarbeit aus?
6. B: Mit Sicherheit sehr gut. weil einfach wenn alle sich in eine gewisse Richtung entwickeln, die zielorientiert ist, dann ist der Effekt einfach größer. Also, wir stellen immer wieder fest, dass seh ich eben auch bei mir, dass wir viele ich sag mal parallele Entwicklungen haben, wenn wir aber in der Summe es schaffen, dieses zu bündeln, dann ist der Effekt ungleich größer. Also Zusammenarbeit ist schon ganz wichtig. Es hat immer eine gute Qualität vorgelegen, das ist der eine Punkt, ich glaube nicht, dass die Ausbildung der verschiedenen Professionen heute besser ist, als früher, die war früher auch gut, aber ich glaube, dass sozusagen die Zielorientierung, die ist anders geworden. Früher hat jede Berufsgruppe für sich alleine gearbeitet und heute haben wir doch übergeordnete Ziele, die auch sinnvoll sind und die die Zusammenarbeit deutlich besser machen und auch effektiver machen.
7. I: Und dann kann auch jeder seine Meinung einbringen?
8. B: Natürlich. Natürlich, das ist schon auch ein Arbeiten auf Augenhöhe, wo man einfach sagt, egal ob die Pflege ist, egal ob es die Physios sind, ob es die Ergos oder Atmungstherapeuten sind, da rücken schon die verschiedenen Professionen zusammen. Das ist so, das war immer auch ein Wunsch von uns, aber viele andere haben

da noch nicht so mitgezogen. Es hängt immer auch von den Personen ab, das ist ganz klar, aber da haben im Moment einen guten Lauf, das ist sehr erfreulich und es hängt sicherlich auch damit zusammen, ich denke mal, dass so Schranken werden abgebaut, nicht miteinander reden wollen, weil da irgendwas ist und natürlich dann auch die Rückkopplung ich glaube, das ist ganz wichtig, dass man effektiv ist. Das gehört dazu, wer kein Erfolg hat, hat keine Lust und wenn das Projekt gut läuft, dann macht es nochmal mehr Spaß, insofern glaub ich: ja, wir haben da viel gewonnen und es ist genau die richtige Richtung. das hängt auch immer mit davon ab, wie die sagen wir mal, Vorgesetzten, das Ganze unterstützen. Wir waren ja im Grunde genommen immer in einer ähnlichen Situation, dass man sich fragt: Was hat sich jetzt eigentlich geändert? Und da muss man sagen: sowohl die jungen Leute mit ihrem Anspruch einerseits wie aber auch die Unterstützung der Leitungsstrukturen, die ist ganz wichtig. Sonst funktioniert das nicht und ich glaube, dass auch, nehmen wir mal als Beispiel die Pflege früher, da ist schon auch ein bisschen ausgebremst worden. Wir kennen auch noch alle Zeiten, wo es heißt: ne, das machen wir jetzt genau nicht und das war schon immer sehr eingefahrene Strukturen, da haben wir uns jetzt doch deutlich rausbewegt, wobei ich für uns, für den ärztlichen Bereich immer so das Gefühl habe: wir mussten uns da eigentlich am wenigsten bewegen, aber vielleicht ist das auch eine sehr persönliche Einschätzung.

9. I: Zum Thema Projekt, was Sie angesprochen haben. Wie wurden Sie in das Projekt Pneumologische Frühreha eingebunden?
10. B: Am Ende war es so, dass wir uns natürlich schon seit langer Zeit jetzt konkret für dieses Projekt eine (.) ein Projekt dieser Art gewünscht haben. Die Patienten waren vorher auch schon da, die haben wir vorher auch versorgt, aber wir sind sehr schnell und immer wieder an unsere Grenzen gekommen und das war natürlich dann auch (...) auch unzufriedenstellend, weil natürlich diese Rückkopplung häufig auch mit einer Überforderungssituation war, das muss man fairerweise sagen. Auf vielen verschiedenen Ebenen und dann wurde dieses auch mit eben Unterstützung der Geschäftsführung doch relativ spontan ins Leben gerufen und da hat sich eine, ich will es mal mit meinen Worten sagen, eine schlagkräftige Gruppe zusammengesetzt und gesetzt und gesagt: was wollen wir, als gemeinsames Ziel, das ist ganz wichtig, einfach zu definieren, was ist denn unser Ziel und es müssen natürlich Leute aus verschiedenen Ebenen tätig werden. Es nützt nichts, wenn ich mich da hinsetzte und sage: ich möchte! Dann wird das nie was, sondern es muss natürlich, sozusagen, die kaufmännische Abteilung, die ärztliche Abteilung und und und. Die müssen sich zusammensetzen und sagen: Was wollen wir? Denn, ohne Unterstützung geht es nicht und da war ich von Anfang an, weil es natürlich mein Bereich ist, mit eingebunden und fand das auch großartig. Ich hab das unterstützt und habe auch sehr viel Unterstützung erfahren und ich glaube, das ist ein Merkmal des Erfolges, um dann eben auch in der Kürze der Zeit zu einer Umsetzung zu kommen. (...)
- I: Ja, das stimmt.
11. I: War für das neue Portfolio neue Fachkompetenz erforderlich?
12. B: Ja, also das mussten wir schon ausdehnen. Die Strukturvorgaben einerseits, aber

eben auch der Qualitätsanspruch, das musste ja nicht immer Hand in Hand gehen, aber da waren schon Erweiterungen notwendig, so dass wir auch Leistungen einkaufen mussten. In diesem konkreten Beispiel aber möchte ich nennen, die Logopädie, sowas hatten wir hier noch nie. Bin ja auch relativ viel mit verschiedenen Visitationen in anderen Krankenhäusern unterwegs im Rahmen von Auditierungen und war damals schon immer erstaunt, wie viele Logopäden so unterwegs sind und wir hatten nie einen. Das spielte bei uns auch nie eine Rolle, aber erst wenn man sie hat, weiß man, was man vermisst hat. Und das mussten wir neu implementieren, auch andere Dinge wie Kunsttherapie oder Ergotherapie, was im Moment noch eingekauft wird, hat den Bereich deutlich erweitert und sehr auch positiv eingeschlagen. Also, das ist jetzt nichts, was nur auf dem Papier ist, sondern was uns sehr zugeht und nicht glaube einfach, je breiter wir in dem Angebot sind für unsere Patienten, desto effektiver sind wir. Das ist immer so im Leben. Es gibt viele Sinne, die sie ansprechen müssen, ich sag mal: es fängt beim Essen an und hört bei der Fußpflege auf, so ungefähr. Und wenn sie das Gesamtpaket vertreten bei diesen Menschen, dann ist es umso erfolgreicher. Das mag manchmal auf den ersten Blick gar nicht so wichtig sein, aber das ist ein kleiner Baustein und diese Bausteinmethode führt dann wirklich zu einer sehr stabilen Wand und da kann man dann was draus machen. Also wir haben uns da sehr entwickelt und das macht Freude das zu sehen.

13. I: Es gab diese Anforderungen auch für den ärztlichen Bereich, diese Zusätzliche.
14. B: Genau, das war für uns natürlich eine große Hürde, weil wir das noch nicht in der Form hatten. (...) die Rehamedizin hat bei uns bisher noch keine große Rolle gespielt, ist auch eine schwierige Thematik, weil die sich vom klinischen Alltag sehr weit entfernt hat, in Deutschland. Deshalb gibt es in den Krankenhäusern traditionell keine Rehamediziner, das heißt, die außerklinische Versorgung findet fast nur in irgendwelchen extern gelegenen Rehakliniken statt und das ist jetzt nichts unbedingt, was im Krankenhaus implementiert ist. Deshalb hatten wir auch große Probleme jemanden zu finden für diesen Bereich und wir sehen eben auch, wir haben jetzt einen Rehamediziner, der aber erstmal mit speziell unserer thorakalen Medizin gar nichts zu tun hat. das können wir wunderbar durch uns ergänzen, abgesehen davon, dass es personell ein Glücksgriff war, war es dennoch sehr schwierig. Wir hatten vorher ja schon umfangreiche Versuche gestartet, wir haben auch mit den Rehamedizinern Kontakt aufgenommen, egal ob im ambulanten oder im stationären Bereich und letztlich klagten alle über das gleiche Problem, dass es kaum gut ausgebildete Leute gibt. Weil das wenig Ausbildungsstätten gibt, weil es aber auch für die meisten keine gute Perspektive gibt. Was nützt mir der beste Facharzt, wenn ich damit nichts anfangen kann? Und irgend so einer Reha\_ Klitsche will auch nicht jeder landen. Deshalb ist es für die Rehamediziner schwierig. Es ist im ersten Moment vielleicht nicht so die ganz attraktive Facharztausbildung. Das wird sich sicherlich mit Entwicklung auch solcher Abteilungen, wie wir es vorgelegt haben, glaub ich schon verändern, weil das interessant ist für viele junge Leute, aber wir wissen eben auch, es gibt nur wenige Abteilungen, dieser Art. Also für uns war es sehr schwierig, wir mussten einen Rehamediziner finden und hatten das große Glück dort jemanden auch eben auch bekommen zu können, aber das war nicht einfach. Also Internisten, Chirurgen, Pneumologen kriegen sie leichter als einen

Rehamediziner, ja.

15. I: Und haben Sie auch davon profitiert, dass diese neue ärztliche oder diese neue ärztliche Expertise an der Stelle gab.
16. B: Ja, also das ist auf jeden Fall so. Es ist nochmal eine ganz andere Sichtweise. Also, wenn sie sich das Ganze angucken, wir sind ja organbezogen mit der Lunge, aber auch Internisten. Dann guckt der Rehaarzt auf den Fall nochmal ganz anders und viele Begrifflichkeiten, hinter denen aber immer auch ein Inhalt steckt, sind für uns neu gewesen, viele Therapieansätze sind neu gewesen und insofern war und ist das für uns eine enorme Bereicherung. Gerade in dem Bereich, der bisher noch gar nicht vertreten war. Wir haben plötzlich aus dem Nichts eine Rehaabteilung aufgemacht und das ist natürlich schon ein sportlicher Anspruch und inhaltlich muss ich sagen, hat uns diese Sichtweise nochmal viel Neues gebracht, an Input für uns selbst, für die Abteilung, aber auch fürs ganze Haus. I: Das glaube ich gerne. Super.
17. I: Zur Kategorie Patienten würde ich gerne wissen, welchen Einfluss hat diese interdisziplinäre Zusammenarbeit auf die Patienten?
18. B: Also, ich denke, es sind zwei Aspekte. Der eine Aspekt ist, (...) wir haben durch die Zusammenarbeit schneller erkannt, wo die größten Defizite liegen. Weil jeder aus seinem Bereich einmal den Patienten durchleuchtet, sagt, hier ist das Problem. Das heißt, auch da wieder die Zielorientierung, wo ist der Ansatz und wer muss sich sozusagen ganz gezielt darauf, wen muss ich ganz gezielt darauf ansetzen? Jeder Patient, das ist auch eine Neuerung und das ist sehr positiv, wird sehr individuell betrachtet, so dass wir für jeden einzelnen Patienten immer gucken, in welchem Zustand ist er? Wo wollen wir hin? Und wo ist jetzt das größte Problem? Und danach setzen wir auch unsere Ressourcen ein. Da kommt jeder zu seinem Recht, das wird auch gemeinsam besprochen. So dass man sagt: nicht jeder braucht Logopädie, das ist so, aber wird Logopädie gebraucht für ein bestimmtes Krankheitsbild, kriegt dieses eben besonders intensiv. Und ich bin fest davon überzeugt, dass der Outcome und auch die Wirksamkeit für diesen Patienten wesentlich besser ist, als vorher. Das spiegelt sich auch in unseren Daten wider und der zweite Aspekt ist, dass wir natürlich gegenüber Dritten auch viel attraktiver werden. Wir haben bisher immer nur die Patienten behandelt, die bei uns im Hause angefallen sind, die hier aus dem Haus von der Intensivstation geweant oder operiert oder was auch immer sind, und dann zu uns gekommen sind und sind natürlich jetzt auch mit diesem ja schon multiprofessionellen Ansatz sehr attraktiv geworden für viele andere Häuser. Die natürlich vor dem gleichen Problem sehen, aber eben auch wissen, dass sie hier ein sehr erfolgreiches Team haben und das ist fürs Portfolio schon sehr wichtig. (...)
- I: Ja. Da haben Sie schon ganz viel zum Thema Zusammenarbeit gesagt, da habe ich auch noch ein paar Fragen dazu. Und eine davon wäre:
19. I: Wie empfinden Sie die Zusammenarbeit erstmal mit der eigenen Fachdisziplin und natürlich dann auch gerne mit den anderen Berufsgruppen. Wie die Zusammenarbeit an der Stelle klappt und wie Sie das empfinden?
20. B: Also grundsätzlich halte ich das für sehr sinnvoll, sehr motivierend. Es ist schon,

je mehr man sich miteinander unterhält und auch regelmäßig unterhält, desto besser klappen die Strukturen, die Absprache ist besser (...) es ist auch die Kommunikation leichter, das Niveau wird auch immer besser (...). Natürlich muss man sich am Anfang erstmal so ein bisschen drauf einstellen. Was wollen wir überhaupt besprechen? Wie wollen wir das machen? So ein bisschen Struktur ist immer gut. Aber man merkt schon, dass die Problemfelder doch eindeutig thematisiert werden. Mit der eigenen Gruppe ist es so, dass wir uns natürlich auf unserem bekannten Niveau sehr schnell verständigen. Das ist aber auch immer etwas, wie es persönlich klappt. wenn es gut klappt, dann klappt das auch sehr gut. Das gilt für jede Zusammenarbeit. Und wenn man sich so viel sieht wie wir, dann ist das natürlich schon immer Gold wert, wenn man sich sehr gut versteht. Also das würde ich mal als sehr unproblematisch bezeichnen. Das kommt natürlich dem Arbeitsalltag zugute. Würden wir uns jetzt nicht so gut verstehen, dann würden wir trotzdem gut zusammenarbeiten und würden natürlich dank der Strukturen, die vorgegeben sind, einfach auch sehr effektiv bleiben. Aber das kennt jeder aus seinem Arbeitsbereich, wenn es nett und sympathisch alles abläuft, dann macht man es umso gerne. Das multiprofessionelle finde ich eine enorme, sag mal, Erweiterung auch des Arbeitsalltags und sehe einfach eine viel größere Effektivität. Was wir so im Alltag erreichen, jetzt mal unabhängig von der Zeit, sondern nur von dem Resultat am Ende des Aufenthaltes, das ist schon enorm und das hätten wir alleine aus ärztlicher Pillendreherei, oder was weiß ich, nicht geschafft. Und das ist wirklich dem Team zu danken, das sehr konzentriert, aber eben auch sehr zielorientiert arbeitet. Unterm Strich muss ich sagen, die Zeit, die wir zusätzlich investieren, die muss man natürlich auch haben. Ich finde es schon sehr anstrengend in der heutigen Zeit (...) den Terminkalender so voll zu haben, dennoch, die Zeit, die wir uns nehmen für die Gespräche, für die Fallbesprechung. Es ist extrem gut investierte Zeit, weil am Ende kommt es dem Behandlungsauftrag zugute. Also da würde ich sagen. uneingeschränkt Ja. Wenn das jetzt vergleicht, wir haben ja auch früher und ich glaub, das ist auch der entscheidende Knackpunkt, die Multiprofessionalität. Wir haben früher auch viele Gespräche geführt mit nur Pflege- Arzt, Pflege -Arzt. Es gab immer wieder gemeinsame Gespräche und und und. Die sind alle gut gewesen, aber haben sich auch gerne mal so ein bisschen totgelaufen. Jeder hatte das Gefühl, so ganz viel kommt nicht dabei rum und das ist mit dieser Multiprofessionalität wesentlich besser geworden. Weil einfach sozusagen die unterschiedlichen Aspekte und auch die unterschiedlichen Sichtweisen dann eben so ein Fall auch besser abbilden. Und da glaube ich einfach, ist der entscheidende Vorteil, dass so viele Therapeuten an einem Tisch sitzen. >Telefon klingelt<

21. Unterbrechung aufgrund eines Telefonats
22. I: Zum Thema Zusammenarbeit haben wir jetzt schon ganz viele, konnten Sie mir schon ganz viele Antworten geben. Kommunikation hatten Sie auch schon angesprochen. Wie ist die Abstimmung im Team? Also, wer z. B. auf wen zu? Wie wird das untereinander abgestimmt?
23. B: Also, im Moment haben wir schon noch eine (...) ärztlich geführte Leitung, die sowohl die Gesprächsführung, die Teamleitung und auch die sagen wir mal, Alltagskommunikation dominiert. Das ist sicherlich auch dadurch bedingt, dass unser



Rehamediziner das aufgrund seiner Tätigkeit natürlich für uns einen enormen Wissensvorsprung hat und einfach kennt. Ich könnte mir vorstellen, wobei man sagen muss, es sind relativ flache Hierarchien, also es ist nicht so, dass er vorgibt, was gemacht wird, sondern es braucht auch eine gewisse Standardisierung. In den Abläufen, es fängt dabei an, dass man sagt, wann sind die Termine, wer kommt da? Das man einfach bestimmte Dinge auch einhält, einer muss da die Hand draufhaben. Es muss jetzt nicht zwangsläufig der ärztliche Leiter sein. Ich könnte mir z. B. für die Zukunft vorstellen, dass das auch jemand aus dem Team macht, der dann ein bisschen die quasi administrative Leitung übernimmt. Das betrifft jetzt in erster Linie Organisationsfragen, aber die sind ganz wichtig, um eben auch da eine Struktur reinzukriegen. Und ansonsten haben wir natürlich den großen Vorteil, dass wir da eine starke Vorgabe haben, über die einzelnen Themen, die dann eben auch (...) sagen: wann ist was zu machen. Also das ist ja in der Frühreha wie in vielen anderen (...) Rehabilitationseinrichtungen auch so, dass wir bestimmte Standards haben, die wir einhalten. Im Moment alles noch ein bisschen ärztlich geleitet, aber ich glaube, das wird sich auch ein bisschen ändern können. So dass man dann eben auch jemand aus dem Team nimmt.

24. I: Und wie würden z.B. positive oder negative Erfahrungen reflektiert? Wie macht man das im Arbeitsalltag?
25. B: Also im Prinzip hat man ja doch über tägliche Besprechung, die jeden Morgen stattfinden, die auch in großer Gruppe mit allen Therapeuten einmal die Woche stattfinden, die Möglichkeit solche Dinge anzusprechen. Also, wenn es innerhalb des Teams zu Spannungen kommt, was ja auch immer mal sein kann, dann haben wir uns einfach vorgenommen, dieses auch offen anzusprechen. Auch da ist es so, dass der ärztliche Leiter im Moment eine Moderatorenrolle einnimmt. Das heißt, dass passt vielleicht auch ganz gut, dass er diese Sachen anspricht, dass er erstmal im direkten Dialog oder dann auch in der Gruppe, je nachdem, Probleme bespricht. Das ist jetzt innerhalb der Therapeuten. Ich glaube, das sollte man tun. Wie in jeder, sagen wir mal, Teamleitung, dass da Probleme angesprochen werden. Hinsichtlich der Patienten, auch wenn Sachen schief laufen oder problematisch sind, haben wir durch die täglich stattfindenden Visiten immer die Möglichkeit das anzusprechen. Wir machen keine gemeinsame Visite jedenfalls nicht in der Woche. Das würde auch den Rahmen sprengen, da kommen wir mit unserer Zeiteinteilung nicht hin, aber wir haben die Möglichkeit das anzusprechen und können auch im Rahmen unserer einmal wöchentlichen Fallbesprechung negative Erfahrung mit Therapiekonzepten, natürlich auch mit problematischen Patienten. Wir haben auch noch eine Psychologin dabei, dieses thematisieren, so dass wir am Ende natürlich aus unseren eigenen Fehlern lernen. Ja.
26. I: Und das ist wahrscheinlich schon in den anderen Antworten ein paar Mal drin. Aber, entsteht durch die Zusammenarbeit neues Wissen und auch Verständnis für die andere Berufsgruppe?
27. B: Unbedingt. Unbedingt. Also, es ist so, dass die unterschiedliche Sichtweise eben verschiedene Dinge noch einmal beleuchtet und wir auch (...) die dann für bestimmte Fragestellung hinzuziehen, was wir früher auch noch nicht gemacht haben.

Das heißt, wir haben schon ein großes Vertrauen auch in die Profession der anderen Gruppen, um zu sagen, können sie sich das mal angucken und so weiter und so weiter. Und es ist natürlich auch so, dass man für uns alle jetzt eine Erweiterung auch des (.) Behandlungserfolges sieht, also insofern würde ich das zu 100% unterstützen. Ja.

28. I: Und welche Erfolgsfaktoren könnten Sie benennen, der interdisziplinären Zusammenarbeit, also, stecken da noch mehr Chancen drin? Was kann man damit noch erreichen?
29. B: Also, das ist natürlich immer am Ende (.) ausbaufähig. Wir haben natürlich für uns den Anspruch, wenn wir den Erfolg bemessen, dann ist es erstens in der Zufriedenheit des Patienten, dass er sagt: hat mir gut gefallen. Zweitens in dem, was dabei rumkommt. Das wäre z. B. gerade in der Rehamedizin, worum geht es? Patient kommt bettlägerig zur Aufnahme und geht per Fuß wieder nach Hause. Das ist ein Erfolg. Und wenn man diesen Erfolg definiert, entweder als Schritte oder als Versorgungsstruktur oder wie auch immer, dann können wir das messen. Das machen wir ja auch, in dem wir sozusagen am Anfang und am Ende des Aufenthaltes bestimmte Parameter aus der Leistungsfähigkeit, aber eben auch aus der Selbstständigkeit, also die Aktivitäten des täglichen Lebens. Was kann der Patient jetzt, was er z. B. vor 8 Wochen noch gar nicht konnte. Das können wir alles messen und wenn man dann sagen kann, er kam bettlägerig, konnte sich nicht die Zähne putzen und bei Entlassung kann er sich komplett selber versorgen, kann sich waschen, duschen, nimmt sein Koffer in die Hand und geht wieder nach Hause. Dann ist das ein 100%iger Therapieerfolg. Das kann man also messen und wenn wir dann es noch schaffen durch Einsatz auch vielleicht weiterer Professionen, da ist die Reise ja noch nicht am Ende z.B. in kürzerer Zeit Patienten zu mobilisieren und erfolgreich zu behandeln. Dann könnten wir natürlich noch mehr Patienten behandeln. also, das sind alles Erfolgsprädiktoren, wo wir einfach sagen: ja. das ist etwas für die Zukunft. Denn man muss sich ja immer darüber im Klaren sein: wir reden hier von der Frührehabilitation. Das heißt die Patienten kommen direkt von der Intensivstation und unser Ziel ist, eben auch die Intensivstation zu entlasten. Egal wo. Das sind teure, sehr teure Betten und (...) wenn Patienten in Anführungsstrichen, da nur liegen, weil man sie nicht adäquat versorgen kann, aber die Intensivmedizin gar nicht mehr erforderlich ist, dann fehlt dieses Zwischenglied und das wollen wir eben mit der Frühreha abdecken. Also, ich glaube, ja, wir können noch mehr Professionen einbinden und dazu gehören z.B. auch solche Sachen wie Musiktherapie und und und. Die einfach auch die Individualität und die Ganzheitlichkeit der Patienten so ein bisschen mehr reflektieren. Jeder ist anders gestrickt und es gibt Patienten, die blühen darunter auf und es gibt andere, wo man sagt, die können damit gar nichts anfangen. Das ist so und das ist auch gut so. Aber je breiter unser Angebot, desto besser ist es für die Patienten.
30. I: Steckt da auch eine Chance für die Mitarbeiter und das Unternehmen drin? Also wenn man diese jetzt betrachtet für die Pneumologische Frühreha, ist das Konzept ja neu gemacht worden. Diese interdisziplinäre Zusammenarbeit gab es ja vorher schon, aber nicht in diesem Ausmaß, sag ich jetzt mal. Stecken da auch Chancen für die Mitarbeiter und das Unternehmen drin?

31. B: Also, ich denke für das Unternehmen ist es natürlich etwas Unternehmerisches, das Portfolio ist etwas, was sozusagen für andere Häuser sehr sehr attraktiv ist. Erstens gibt es das noch nicht und zweitens ist es natürlich genau der Punkt, dass die sagen: ich kann Patienten dorthin verlegen, die ich sonst vorher nicht hätte verlegen können. Für uns ist das die Chance neue Patienten zu bekommen. Als wir angefangen haben, hatten wir fast ausnahmslos eigene Patienten von unserer Intensivstation, das ist auch völlig normal. Uns kannte noch keiner. Und wir haben als Ziel gesagt: wir wollen jetzt über unsere Arbeit, über Öffentlichkeitsarbeit und so weiter, so interessant für andere Intensivstationen werden, dass die uns zunehmend zuweisen. Also Patienten, neu generieren und das ist auch Erfolg, wenn man sich mal die Zahlen der letzten zwei Jahre anguckt, dann sieht man, dass die internen Verlegungen abnehmen, also relativ gesehen. Und die Externen zunehmen und insofern ist das eine neue Patientengruppe, die wir bisher noch gar nicht hier hatten. Das ist natürlich etwas, was fürs Unternehmen sehr interessant ist, weil das nicht auf Kosten anderer Patienten geht, sondern weil wirklich eine neue Patientengruppe generiert wird. Und für uns selbst, für die Mitarbeiter besteht aus meiner Sicht das große Interesse der Arbeitsmotivation. Das nehme ich so wahr. Am Anfang große Skepsis, alles was neu ist, man weiß nicht, hab ich keine Lust. Was ist das schon wieder und am Ende steht immer: muss ich mehr arbeiten? Und das ist doch gewichen, einer großen Zufriedenheit, weil natürlich man selber auch im Alltag einfach merkt wie groß die Fortschritte sind. Ich glaube das ist für die Arbeitsmotivation ganz ganz wichtig. (.) wenn man sagt: ich habe einen Job, ich muss viel arbeiten, aber wenn es gut läuft und wenn mein Produkt wirklich sehr gut ist, dann hab ich umso mehr Spaß da dran. Und deshalb würde ich einfach erwarten, dass natürlich über eine erhöhte Zufriedenheit sowohl die Bindung ans Haus, weniger krank, besseres Klima, dass das sehr positive Entwicklungen sind. Ich persönlich nehme das so wahr, kann das jetzt nicht mit Zahlen belegen, aber die anfängliche Skepsis ist sehr gewichen.
32. I: Ist vielleicht auch die Attraktivität als Arbeitgeber gestiegen, weil man dieses neue Portfolio hat?
33. B: Das könnte ich mir durchaus vorstellen, weil sie natürlich plötzlich einen Bereich ansprechen, der vorher noch gar nicht da war. Wo Leute sagen: ja, ich finde das total interessant und spannend. Natürlich ist es immer so, dass man gegenüber neuen Mitarbeitern auch ein attraktives Angebot stricken will (...) was ich sehr schön finde ist, dass wir die Möglichkeit haben, zwischendurch auch die Therapeuten in verschiedenen Bereichen tätig zu werden. Man muss sich nicht entscheiden für Entweder- Oder, sondern man kann eben auch sagen: ich arbeite jetzt eine Zeitlang in der Frühreha und dann begleitend auf dem anderen Teil der Station. Je nachdem wie die Bedürfnisse sind. Und da kann ich mir sehr gut vorstellen, dass das für Therapeuten, für Pflege durchaus ein attraktives Angebot ist.
34. I: Und jetzt haben wir ganz viele Chancen und Erfolgsfaktoren benannt. Würde es auch Risiken geben, die in der interdisziplinären Zusammenarbeit schlummern, sozusagen. Das man Bedenken hat, ob das alles von allen so mitgetragen wird. Oder gibt es andere Risiken, wo Sie sagen: kann ich mir vorstellen?

35. B: Naja, man muss natürlich schon sagen, das steht und fällt mit der Güte und der Qualität des Teams. Das ist allerdings immer so und (.) wenn sie natürlich Leute jetzt zusammengesetzt haben und auch Leute ausgewählt haben für einen durchaus speziellen Bereich, dann formen sie auch ein bisschen die Gruppe. Wenn die dann wegbrechen sollten aufgrund von persönlichen Geschichten, oder es kommt jemand dazu, der, ich möchte es mal sagen: dahinversetzt wird und keine Lust hat auf diese Art der Arbeit, die schon mal ein bisschen speziell ist. Das ist genau das Gleiche, als wenn sie gegen ihren Willen auf die Intensivstation versetzt werden. Da wird auch nicht so viel bei rumkommen. Insofern (...) besteht die Gefahr natürlich immer darin, dass eine Teamänderung Unruhe bringt und man dann wieder gucken muss, dass man alle einfängt. Wenn man ein hochmotiviertes Team hat, dann ist das die Idealvorstellung, aber davon kann man erst mal primär nicht ausgehen. Also mit anderen Worten, man versucht immer eine Stabilität zu erhalten. Das größte Problem, das ich sehe, ist natürlich dass wir auch abhängig sind von anderen (...) Zuweisern, das heißt, die Belastbarkeit unseres Netzwerkes wird sich in Zukunft zeigen. Wir haben natürlich jetzt durch die Corona- Pandemie viele Patienten, die sozusagen hier auch verlegt wurden. Wenn wir uns jetzt vorstellen, die Corona- Pandemie ist irgendwann vorbei- vielleicht kommt irgendwann auch die Neue. Aber dann ist die Frage (.) hält das Netzwerk genauso an, wie bisher, dass die Patienten aus den anderen Krankenhäusern ihre Intensivpatienten zu uns weisen. Ich würde mal davon ausgehen, aber das ist eine gewisse Unsicherheit. da müssen wir einfach gucken, was kommt. Corona- Pandemie war viel Lunge und wenn wir jetzt mal irgendwas anderes haben, dann haben wir natürlich Herzpatienten, dann haben wir Magen-Darm Patienten und und und. Die würden jetzt nicht zu uns kommen. Insofern, das müssen wir mal schauen, wie sich das weiterentwickelt, aber ich bin eigentlich ganz zuversichtlich, dass das klappen wird, denn wir sind immer noch in der (.) Werbephase und wir sehen einfach, dass wir über das Netzwerk, was wir uns aufgebaut haben schon echte zuverlässige Zuweiser, große Zuweiser, haben (...) die wir natürlich auch gerne bedienen. Ja.
36. I: Weil Sie Corona gerade angesprochen haben, würde ich meine Zusatzfrage einmal vorziehen. Wie hat sich die Corona- Pandemie auf die Zusammenarbeit ausgewirkt? Gab es etwas, was das beeinflusst hat?
37. B: Na also im Team, ja. Also man muss natürlich sagen, das war schon eine enorme Belastung für alle Mitarbeiter, weil natürlich in der Pflege und auch in der Medizin der persönliche und körperliche Kontakt sehr groß ist. (...) und wenn Patienten, die auch entweder mit oder ohne Corona- Infektion gerade in der ersten Zeit immer doch ein unsicheren Infektionsstatus hatten, dann war das schon auch viel Verunsicherung dabei. Allerseits, es hat uns sehr viele Patienten (...) sozusagen vor die Füße gekippt, die auch in einem bemitleidenswerten Zustand waren, aber hier eine enorm positive Entwicklung hingelegt haben. Für uns war das natürlich insofern muss man sagen, so schrecklich die ganze Geschichte auch ist, (...) sehr erfreulich, weil wir viele junge Patienten hatten. Durch die Krankheit sind viele junge Patienten schwer krank geworden, waren intensiv- pflichtig. Das hat man ja so normalerweise nicht. Das Durchschnittsalter der internistischen Intensivpatienten ist deutlich älter. Und hier hatten wir plötzlich 30- 40jährige und und und, die beatmet waren, die dann anschließend zu uns gekommen sind. Das war eine sehr neue Erfahrung,

aber natürlich auch eine sehr angenehme Erfahrung, weil einfach, und das weiß man bei jungen Leuten natürlich (...) einfach die Ressourcen viel größer sind. Und da haben wir natürlich Beispiele gehabt, die uns unheimlich viel Freude gemacht haben. So schrecklich die Krankheit auch ist, aber die haben sich dann sehr gut wieder zurückgekämpft. Das ist anders, wenn man 70 oder 80 ist und insofern waren das neue, aber eben auch sehr ambivalente Erfahrungen. Krankheit ganz schlimm, aber tolle Erfolge und insofern hat Corona für uns viele Facetten, mittlerweile ist der Schrecken der Infektion ein bisschen gewichen, weil einfach man auch genauer damit umgehen kann. Das ist viel professioneller geworden. Viele Patienten, die geimpft sind, erkrankt sind, wie auch immer, die erstmal kein bekanntes, erhöhtes Infektionsrisiko darstellen, aber Corona ist für uns hinsichtlich des Klientels der Patienten immer noch allgegenwärtig. Es hat also jetzt doch zu einer deutlichen Beruhigung geführt. Und ich glaube auch da muss man sagen, hat das Haus eine gute Politik bewiesen, im dem man einfach ganz viel über die Corona Task Force z. B. ganz viel Information gegeben hat. Es waren viele Ansprechpartner da, wenn man die selber nicht wusste, und das fand ich sehr angenehm an der ganz klaren Richtlinie (...) und das ist aus meiner Sicht so als Nebenprodukt auch ein Grund dafür, dass wir eine hohe Impfquote haben.

38. (...) das muss man auch vorleben als Leiter oder als Leitung, dass man sagt: ich gehe mit bestimmten Dingen voran, von denen ich überzeugt bin, dass sie richtig sind. Es muss mir jetzt nicht Jeder folgen, aber damit biete ich eine Orientierung an. Und ganz viele und das ist völlig normal für uns, das geht uns auch so (...) da weicht dann diese Skepsis und dann sagt man doch: ne, ich glaub, das ist schon richtig, das machen wir jetzt auch so. Und deshalb hat eine Leitungsstruktur (.) vor allem niedrigschwelliges Angebot für dies und das und jenes aus meiner Sicht immer noch Sinn. Ja.
39. I: Eine Kategorie habe ich tatsächlich noch, wo es um Vorgaben und Strukturen geht für die Frühreha gab es ja viele Vorgaben, auch gesetzliche Vorgaben und wie haben sich diese Vorgaben auf die Arbeit ausgewirkt?
40. B: Nun muss man sagen, da gibt es natürlich 2 Aspekte, die Struktur an sich ist erstmal etwas, was uns natürlich sowohl in der Diskussion mit den Kostenträgern (...) sowohl eine Orientierung bietet, aber natürlich auch wie ein mehr oder weniger festes Korsett. Der Kostenträger ist immer bemüht, uns eins reinzuwürgen und zu sagen: ihr erfüllt die Struktur nicht, also kriegt ihr das Geld nicht. Das hat für die eine ganz andere Bedeutung, das nehmen wir auch wahr, indem wir sagen: da müssen wir nachbessern, aber das ist natürlich eigentlich nicht primär unser Interesse, dieses zu erfüllen. Für uns ist die Struktur etwas, (...) das ist ja nicht aus dem luftleeren Raum entstanden, sondern da haben sich Leute Gedanken gemacht, wie man so etwas abbilden kann und was notwendig ist, um auch auf Ressourcen zurückgreifen zu können, denn am Ende ist es natürlich so, wir fordern einen bestimmten Preis, einen Behandlungspreis und der reflektiert natürlich diese ganzen Dinge. Es ist teuer, was wir machen. Es ist auch teuer, was wir machen, das muss man sagen. Multiprofessionalität kostet ihren Preis, umsonst ist das nicht. Und die Strukturvorgaben sind natürlich etwas, was das Ganze transparent machen und die haben uns am Anfang sehr geholfen, um erstmal einzusteigen. Um auch für uns eine Orientie-

nung zu finden, gerade in der Anfangsphase, wie macht man sowas (...) und die positiven Dinge, die übernehmen wir in den Alltag und wo wir sagen, das ist ein Korsett für uns, das bringt uns jetzt nichts. Man kann die nicht einfach weglassen, aber man kann sie natürlich so und so gestalten. Da machen wir auch einen kleinen Bogen drum, aber grundsätzlich muss man sagen: das war eine sehr gute Orientierung. Im Grunde genommen ist das wie ein Koordinatensystem. Sie finden sich dann besser zurecht und für den Alltag war das eine große Hilfe.

41. I: Und auf die Zusammenarbeit speziell? Also es gab ja schon Vorgaben, wie z. B. diese Teambesprechung, die es vorher in anderer Form sicherlich gab, aber in dem Zusammenhang hat man ja auch diverse Nachweise zu führen. Wer anwesend sein muss und so weiter. Wirkt sich das aus? Also, hat die Vorgabe dazu geführt, dass man es anders macht als vorher?
42. B: Die Inhalte nein, die sind die Gleichen, aber es war natürlich für uns einfach die Fahrkarte dafür zu sagen, wir brauchen diese Profession. Wir hatten ja vorher gar keine und über die Strukturprüfung wurden wir natürlich genötigt. Für uns war das ne gute Sache, zu sagen, gegenüber der Geschäftsführung: wir brauchen einfach verschiedene Professionen, sonst geht das Ganze nicht und (...) für die Inhalte hat es jetzt gar nicht so viel gebracht, sondern es war für uns einfach die Möglichkeit in einem Rahmen der Besprechung zu sagen: (...) wir haben verschiedene Stühle und da sitzen verschiedene Professionen und wir alle müssen hier gemeinsam ein Ziel verfolgen und was natürlich wichtig ist und deshalb darf man die Strukturprüfung nicht unterschätzen, es sind alle gezwungen, sich diesen Termin freizuhalten. Das ist wichtig. Es ist nicht so, dass man sagt: hab ich heute keine Lust, kann ich nicht oder so, sondern es sind alle Professionen gehalten von der Struktur her zu sagen: ich muss meinen Arbeitsalltag so planen, dass ich diese Termine einhalte. Und da glaube ich, sind wir wesentlich stringenter geworden, das war früher auch gerne mal so: gibt es was zu besprechen? Nö, dann lassen wir es ausfallen. Heute ist es einfach ein wichtiger Termin und wenn er wichtig ist, wird er auch automatisch mit Leben gefüllt. Insofern war das schon eine Hilfestellung. Ja.
43. I: Ja, haben Sie eine Ergänzung? Fällt Ihnen irgendwas ein zu den vorher genannten Punkten? Möchten Sie noch irgendwas loswerden?
44. B: Was ich schon immer mal sagen wollte (beide lachen). Fällt mir jetzt nichts akutes ein. Also das Resümee für mich ist einfach, dass ich festgestellt habe, für mich ist es ein Erfolgsmodell. Das muss ich schon sagen und ich finde (...) das hat mit dem Team, was wir zusammengestellt haben und was jetzt am Ende ja auch sich herauskristallisiert hat, ist das eine wirklich schöne Zusammenarbeit geworden. Es sind ja auch ein paar gegangen, das war auch gut so. Das ist ganz normal. Jeder muss gucken, was bedeutet das für mich? Und, will ich das auch? Aber (...) das ist schon auch ein bisschen Lebensaufgabe da oben. Also man kann sich da schon wirklich ausleben und (...) was sicherlich, auch wenn es nur eine kleine Geschichte ist, aber man braucht, man muss jetzt immer nochmal gucken, was können wir noch optimieren an technischen, an inhaltlichen Dingen. Dafür ist das alles noch relativ neu. Pneumologische Frühreha gibts es ja noch nicht so viel und ich glaube da ist noch viel Luft nach oben. Also ich glaube da kann man sich auch hier noch enorm

entwickeln, also ich sehe da Potenzial für die Zukunft auf jeden Fall. Nicht nur in der Quantität, sondern auch in der Qualität. Da kann noch viel passieren. Ja.

45. I: Sehr gut. Gut. Dann bedanke ich mich herzlich für die wertvollen Informationen und die Bereitschaft mitzumachen. Es ist eine Menge Stoff dabei rausgekommen, was ich alles wunderbar nutzen kann. Vielen Dank.

46. B: Gerne. Gerne

## Anhang F: Transkript IP 3

### Interview 3

1. I: Ich starte einmal hier und bedanke mich erst einmal für die Zeit und die Bereitschaft für das Interview. Ich würde eine kleine Einleitungsfrage stellen, nämlich:
2. Wie lange arbeitest du schon in deinem Beruf?
3. B: In meinem Beruf, ich bin gerade gestern gefragt worden, wie lange ich schon hier bin- Das sind 12 Jahre und vorher habe ich 3 Jahre nach Ausbildung in meinem Beruf schon gearbeitet. In einer geriatrischen Reha, von daher war das für das Projekt, was wir hier gestartet haben, hilfreich. I: Super
4. I: Zur Kategorie Professionalisierung: Wie nimmst du die Entwicklung oder Professionalisierung der eigenen Berufsgruppe wahr?
5. B: (...) also, wir haben durch diese Einführung der Frühreha extrem dazugewonnen und wir sind extrem stärker geworden in unserem Selbstbewusstsein, in unserem Handeln. Und auch in der Zusammenarbeit mit den Ärzten und mit den Therapeuten ist unsere Stimme plötzlich etwas wert. Und das ist ein extremer Zugewinn unserer Position auf der Station. Wir sind nicht immer (...) diese Leute, die 24 Stunden da sind und die Arbeit irgendwie machen, sondern wir bekommen endlich auch mal den Zuspruch für unsere Arbeit, die wir machen und wir werden als wichtig angenommen.
6. I: Und wurde dein eigenes Fachwissen beeinflusst durch die Weiterentwicklung?
7. B: Also, es war ja irgendwie alles so zur gleichen Zeit, mich hat es natürlich diese ganze Vorbereitung auf die Pneumologische Frühreha sehr auch geholfen in meiner Fachweiterbildung zur Atmungstherapeutin. Also habe ich sozusagen zwei Fliegen mit einer Klappe schlagen können, ich hab die ganzen Vorbereitungen für die Pneumologische Frühreha natürlich auch für mich selbst genutzt in dem Falle. Und mein Fachwissen hat sich aufgrund der Fachweiterbildung, die gleichzeitig anlieft wie die Eröffnung der Pneumologische Frühreha, natürlich extrem verstärkt und der Focus ist nochmal ganz anders dahin gelegt worden.
8. I: Nimmst du auch wahr, dass sich deine Berufsgruppe auf den Weg macht, sozusagen mehr wissen zu wollen und sich mehr entwickeln zu wollen, vielleicht zu studieren, oder so?
9. B: Ja, also wir haben ja, also viele Prozesse sind ja hier so gleichzeitig gelaufen, deswegen kann ich gar nicht so genau sagen, ist es jetzt so die Frühreha, die das ausschlagende Ereignis war, oder war es halt einfach auch die neue Pflegedienstleitung. Das Umdenken auf Leitungsebene, also durch diese Mitarbeiterjahresgespräche, die wir ja auch eingeführt haben jetzt in der ganzen Zeit, merkt man, dass bei den Menschen endlich angekommen ist: Ich muss auch mal was tun und gerade die auch viel in der Frühreha eingesetzt sind, da ist so richtiges Engagement entstan-



den und von Menschen, wo man vorher gar nicht gedacht hat, dass die sich in irgendeiner Art und Weise nochmal irgendwie entwickeln wollen, kommt plötzlich: Ich würde gerne noch den Wundmanager machen und jetzt gerade in diesem Jahr: Ich würde gerne noch vielleicht Aromatherapeutin werden oder all solche Geschichten. Das ist einfach durch den Umbruch, glaub ich, auf Pflegedienstleitungsebene, auf wir (.) machen das professioneller in der Pneumologischen Frühreha, der Umgang mit den Patienten und arbeiten nicht nur einfach so ab. Und wir kümmern uns richtig und wollen, dass die Patienten, die lange auf Intensivstation waren, dass die anders (...) individuell gefördert werden. Diese Patienten hatten wir ja schon immer auf der Station 7 damals mit dem Umzug dann auf die 5 und die Eröffnung der Pneumologischen Frühreha ist es halt einfach nur professioneller geworden und hat also es war zu Anfang extrem schwierig. Da hab ich gedacht, ich finde niemanden, der das macht- Pneumologischen Frühreha- und jetzt wollen sie irgendwie alle und ich (...) habe nicht wirklich große Fluktuation, aber da ist ein bisschen Fluktuation drin und die, die immer wieder neu nachkommen sind auch sofort engagiert und wollen das machen. Und ich hab auch schon immer (...) junge, engagierte Kollegen gehabt, die natürlich studieren, also so jemand wie (NAME) zum Beispiel, die war eigentlich schon während der Ausbildung war zu sehen, dass das da irgendwie noch weitergeht. Und von daher haben wir bei Vielen so einen Punkt erreicht, wo man sagt, so (...) da muss doch noch ein bisschen mehr gehen in meinem Beruf.  
I: Großartig

10. I: Und wie wirkt sich diese Professionalisierung oder diese Weiterentwicklung auf die Zusammenarbeit mit den anderen Berufsgruppen aus?
11. B: Also ich glaub, dass viel immer noch so ist, wie man es aus der Theorie kennt. So lernen am Modell (...), hat dazu geführt (...), dass wir alle viel professioneller miteinander arbeiten. Das Verhältnis zwischen Arzt, Pflege und Therapie auf der 7 war schon immer speziell und anders als auf den anderen Stationen hier im Haus. Und das hat sich durch diese Einführung der Pneumologischen Frühreha nochmal gesteigert und sie haben glaub ich von mir immer gesehen, dass ich das vorlebe. Du musst die Kommunikation mit allen Berufsgruppen wählen und natürlich auch aufgrund der Teambesprechung, die jeden Morgen stattfinden, muss man natürlich auch in irgendeiner Art und Weise kommunizieren und da ist selbst derjenige, der eigentlich immer eher so ruhig und zurückhaltend gewesen ist in die Kommunikation sich nach außen gegangen und hat sich geöffnet. Und (...) ich denke, dass sie dann erst so richtig verstanden haben. Und damit dieses Selbstwertgefühl gesteigert haben, also das eigene Selbstwertgefühl und sagen: So, meine Arbeit ist endlich war wert und ich bin nicht nur jemand, der abarbeitet.
12. I: Und dann geht auch jeder mal auf den anderen zu und es gibt nicht eine Berufsgruppe, die (...) ich sag mal, immer das Sagen hat, sondern es ist ein Austausch?
13. B: Ja, ja. Was natürlich auch extrem gut war, war, dass wir mit (...) unserer Physiotherapeutin, die ja jemand Neues von extern dazubekommen haben, der sehr welt-offen, also der sehr offen uns gegenüber auch ist. Und so diese ganze (...) Scheu auch abgelegt hat. Früher war das immer so, so auf Erfahrung: die Patienten sind

von der Physiotherapie rausgesetzt worden und irgendwann war man dann derjenige, der die Patienten wieder zurückgesetzt hat. Jetzt plötzlich ging es los, dass der Patient rausgesetzt worden ist und je nach dem, wie lange der Patient konnte, ist er auch wieder zurück mobilisiert worden. Oder hat der Patient im Bett gelegen und die Therapie sollte starten und der sagte: Ich muss aber jetzt erst zur Toilette, dann hat man diesen (.) Weg auf den Toilettenstuhl als Therapie sozusagen für sich gesehen und dann hat der Physiotherapeut das auch mal gemacht. Früher hat man dann immer, dann sind sie mal rausgekommen, haben gesagt: So, der muss mal zur Toilette. Und das ist durch (NAME), kann man ruhig so benennen, dann nochmal offener geworden und die hat gesagt: so; ja, das gehört zu meinem Job. Das sind die Alltagsgeschichten, die der Patient wieder lernen muss und deswegen kümmere ich mich auch darum.

14. I: Kommen wir zur nächsten Kategorie: Organisationsentwicklung, neues Portfolio.  
15. Wie wurdest du in das Projekt Pneumologischen Frühreha eingebunden?

16. B: Das war ganz lustig. Es hieß erst ja, wir wollen da mal was Neues machen. Okay, hab ich gesagt, dann machen wir mal. Dann seid ihr ja alle losgefahren und dann seid ihr wieder gekommen und dann hat die Pflegedienstleitung mir ein Konzept vorgelegt, hat gesagt: So, guck mal. So machen die das in der Klinik, wo wir waren. Können wir da mal was entwickeln für uns? Ich sag ja, sag ich, das ist gar kein Problem. Dann ist leider meine Mutti schwer erkrankt und ich musste für eine Woche nach Hause, um das da zu Hause zu regeln und genau in dieser Woche musste ich das (...) das Frühreha-Konzept schreiben, was ich dann auch gemacht habe, sehr gerne. Das hat mich ein bisschen abgelenkt und so (...) bin dadurch erstmal so hoppla die hopp reingerutscht. Ich habe eigentlich gedacht, wir haben noch ein bisschen Zeit, aber es war am Ende auch ganz gut so (...). Und dann habe ich sozusagen erstmal für die Pflege so ein Konzept erstellt und geguckt, kann man das mit den Menschen, die wir haben, machen und wie stell ich mir das vor. Und da hat mir meine Erfahrung aus der Reha geholfen, wo ich ja vorher gearbeitet habe, und mir war von Anfang an klar, ich will nicht so eine strikte Trennung: wir sind Pflege, das ist Physiotherapie, das ist Ergotherapie und jeder kümmert sich nur um sein eigenen Bereich, sondern von Anfang an war es mir wichtig, zu sagen: Wir sind ein Team. Und deswegen bin ich so auch auf die Menschen losgegangen und habe das auch glaub ich meinen Kollegen vorgelebt und kann deswegen jetzt stolz auf uns alle sein, weil wir das echt als Team geschafft haben, und sehr gute Arbeit leisten in meinen Augen (...) und von daher, uns nochmal richtig stark als Team gemacht haben und weil wir eben so zufrieden sind, sind natürlich ganz viele andere Sachen dabei raus resultiert.

17. I: Und war eine neue Fachkompetenz erforderlich? Auch seitens der Pflege? Wurde da geschult?

18. B: Also in der Pneumologischen Frühreha wird ja gefordert, dass man sich um die Mobilisierung kümmert, dass man sich im Prinzip um die Alltagswehwechen, die man so hat und die man wieder erlernen muss, die man nach dem langen Intensiv-aufenthalt nicht mehr kann, erlernt und dazu muss man sagen, dass wir schon immer aktivierend in der Pflege gearbeitet haben. Nur wir haben es so nicht benannt,

weil (...) und wir haben wahrscheinlich auch nicht an jedem Tag immer darauf so geachtet. Zu sagen: der Patient muss aktiv mitgestalten, sondern an manchen Tagen hat man sich, glaub ich, auch einfach gesagt: ach jetzt mach ich das mal, dann ist das ein bisschen schneller. (...) und hat in dem Moment nicht an den Patienten gedacht, das hat auf jeden Fall zugenommen, dass man sagt: So, der Patient muss auch mal selber irgendwas machen, weil wir können das alle. Das man jetzt nochmal so jemanden speziell losschicken musste, ist jetzt so nicht in meinen Augen erforderlich gewesen und zeigt es auch jetzt nicht, weil wir extrem professionell ausgebildet sind.

19. I: Wenn ich dazu rückfragen darf, diese Weiterbildung als Atmungstherapeut, war das hilfreich an der Stelle?
20. B: Das war auf jeden Fall hilfreich, weil man ja nochmal so gesonderten Umgang mit Patienten mit Trachealkanülen und mit Beatmung hat. Zu Anfang war das ja eher so gewesen, dass die Patienten wenig NIV- beatmet waren und wenig mit Trachealkanülen zu uns auf die Station gekommen sind, sondern die sind ja eher immer schon fast fertig von der Intensivstation gekommen. Und dadurch, dass wir jetzt die Pneumologischen Frühreha sozusagen etabliert haben, kommen die natürlich viel früher. Also, die werden (...) viel früher von Intensivstation verlegt, weil man weiß, bei uns gibt es diese Kompetenzen, weil wir eben diese 2-fach ausgebildeten Krankenpflegekräfte haben und noch obendrauf die zusätzlich da sind und da kommt es auch her, dass man sagt, man traut uns das plötzlich mehr zu, warum auch immer. Die Leute waren ja immer gleich da. Also, ich sag mal, der Stamm an Personal ist ja immer noch da und die haben die Ausbildung seit 2013, seit 2017 gibt es die Kollegen, die diese Weiterbildung schon haben. (...) nur jetzt traut man das uns, glaub ich mehr zu und diese Weiterbildung zur Atmungstherapeutin hat natürlich den Blick nochmal ein bisschen geweitet und hat gesagt: das Team muss größer werden und muss richtig gut zusammenarbeiten.
21. I: Noch eine organisatorische Frage: Wurde das neue Portfolio ins QMS eingebunden?
22. B: Ja, also wir sind ja richtig in Vorbereitung gegangen, um zu gucken: erfüllen wir die Strukturmerkmale, die wir dort abrechnen? Und haben das alles aufgearbeitet, haben das mit Prozessbeschreibungen (...) niedergeschrieben, um dann eben auch in Verhandlung mit dem MDK zu gehen und zu sagen: Guck mal hier. Wir haben da was, wir machen da was, wir wollen da was. Und von daher ist das mit aufgenommen, ja. I: Super.
23. I: Da bin ich schon bei der nächsten Kategorie: Patienten. Welchen Einfluss hat die interdisziplinäre Zusammenarbeit auf die Patienten?
24. B: (...) ich glaube, die Patienten profitieren davon, dass wir so unterschiedliche Menschentypen sind und dass (...) diese Interprofessionalität bringt viele verschiedene Eindrücke. Also, wenn wir manchmal von der Pflege nicht so richtig weiterwussten, haben wir jetzt einen Physiotherapeuten mit denen wir viel enger zusammenarbeiten und mal Sachen ausprobieren. Und sagen: So, ah. Guck mal, da geht

vielleicht doch in dieser Richtung nochmal ein bisschen und was eben auch, was wir vorher ja von unserer Arbeit hier nicht kannten, war die Arbeit mit einer Ergotherapeutin und die hat nochmal ganz andere Ansätze und die ist manchmal, die denkt wieder ganz anders, weil sie einfach aufgrund dessen, dass sie so überhaupt gar keine Ahnung von Pneumologie hat, sondern aus der Praxis kommt und die nochmal ganz andere Ansätze hat. dann denkt die dieses Alltägliche, was wir so haben, als Beispiel: Masken anlegen ist ja so eine Sache, wenn die von Intensivstation kommen und ihre Arme nicht mehr so richtig bewegen können, sollen jetzt aber plötzlich so eine nichtinvasive Beatmung aufsetzen. Was kann ich da eigentlich üben? Und wir haben da unsere Standardvorstellung, der Atmungstherapeut hat seine Standardvorstellung und die Ergotherapeutin kommt nochmal mit ganz anderen Sachen um die Ecke. Und das hilft natürlich den Patienten ungemein. Wenn er viele verschiedenen Menschen hat, die ihm immer wieder unterschiedliche (...) Behandlungswege zeigt, um zum Ziel zu kommen.

25. I: Und wirkt sich auch diese (...) erhöhte Professionalisierung der einzelnen Berufsgruppen auf die Patienten aus? Merken die, also man könnte jetzt auch den Patienten fragen, aber das würde zu weit führen. Profitieren die Patienten davon, dass die Berufsgruppen sich weiterentwickelt haben?
26. B: Ja. Also wie ich schon gesagt habe, war ja früher so: man hat manchmal einfach gemacht für den Patienten und jetzt macht der Patient plötzlich alles für sich. Klar, gönnen wir dem auch mal Pausen und sagen: so, verraten sie mich nicht, wenn sie jetzt heute Abendbrot essen, nur an der Bettkante, oder so und lassen dem auch seine Pausen, weil man denen das schon ansieht, dass sie oftmals erschöpft sind. Am Ende hören wir aber ganz oft, dass sie extrem glücklich sind, hier diesen Zwischenschritt nochmal gemacht zu haben, gerade jetzt auch bei den Covid- Patienten, die freuen sich, dass sie nochmal so einen Zwischenschritt hatten und nicht gleich alles so in so einer AHB selbst machen müssen, sondern, dass sie hier Zeit haben, dass wir Geduld haben im Umgang mit ihnen. Und dann freuen die sich richtig also und wir werden reich beschenkt, gerade heute wieder eine Patientin entlassen, riesen Süßigkeiten Korb und so. Da muss man schon ein bisschen vorsichtig sei. Manchmal.
27. I: Aber, merken die Patienten denn auch, dass es diese Abstimmungen gibt im Team, dass man sich im Grund aufeinander (.) abstimmt tatsächlich. Dass sie das mal vielleicht äußern die Patienten und sagen: huch jetzt schon wieder einer, oder?
28. B: Also, die merken das schon, dass wir auf jeden Fall auch über sie als Patienten uns täglich austauschen. In der Morgenbesprechung findet das ja immer statt und dann auch viel intensiver in der Teambesprechung am Donnerstag und sie merken schon, dass wir da untereinander unsere Informationen, die der Eine oder der Andere hat, austauschen, weil am meisten merkt man es immer dann, wenn so an Punkte geht, wo der eigentlich gar nicht möchte und wo jetzt plötzlich wir als Berufsgruppe kommen und sagen: so, ne das machen wir jetzt nicht mehr für sie, sondern das müssen sie selber machen. Da merken sie dann schon so: och Mensch. Wir hatten jetzt gerade vor kurzem eine Patientin, (...) die musste selbst nachts auf den Toilettenstuhl. Das hat die natürlich erstmal, im ersten Moment nicht gewollt, aber

dieser Schweinehund muss ja erstmal überwunden werden und das merken die jetzt halt, dass wir uns darüber unterhalten, wenn er zwar in der Therapie- wir haben ja bis sonst früher immer erlebt in der Therapie machen die extrem gut mit, aber wenn wir dann plötzlich um die Ecke kommen, dann sagen sie: so, och, Toilettenstuhl? Geht nicht auch das Steckbecken heute mal. Und dann ist jetzt eben bei uns auch der Punkt erreicht, wo wir sagen: so, nein, das ist hier ihre Trainingseinheit, die müssen sie wahrnehmen und wir stehen da jetzt nebenbei und sie versuchen mal. Und daher merkt der schon, dass wir uns extrem austauschen auch.

29. I: Gut, die Kategorie Zusammenarbeit ist spannend. Wie empfindest du die Zusammenarbeit mit den Kolleginnen der eigenen Fachdisziplin, also auch Kollegen, natürlich, der eigenen Fachdisziplin erst einmal?
30. B: Also wie schon gesagt: zu Anfang haben wir ja so erst gedacht, als ich das alles so geschrieben habe, was dann so alles kommt, da findest du niemanden, niemals Freiwillige für und jeder hat gesagt, ja, das ist doch bloß wieder so blödes Konzept und ihr habt euch wieder was ausgedacht am grünen Tisch und so. Ich glaube die meisten haben nicht damit gerechnet, dass wir das auch wirklich so umsetzen können, wie das da steht, weil (...) ich denke, die haben mich ein bisschen unterschätzt, würde ich mal so sagen. Weil sich viele dafür auch gar nicht im ersten Moment interessiert haben, was das ich aus so einer Rehaeinrichtung komme und sowas schon mal gemacht habe und das genau mein Thema war. (...) und von daher haben sie gemerkt: entweder ich zieh jetzt hier mit, oder ich zieh nicht mit, dann wissen sie aber auch bei mir ganz genau, dass sie sagen können, das funktioniert nicht. Und ich möchte, und dadurch, dass wir die Trennung haben, ist das auch ganz gut. Wenn Kollegen das zu viel wird, weil man eben sich da nicht mehr so rausnehmen kann aus den Schicksalen der Patienten, dann wissen sie, dass sie zu mir kommen können und sagen können: wir gehen, möchten heute mal woanders hin und dann wird das auch berücksichtigt.
31. I: Und wie erlebst du die Zusammenarbeit mit den anderen Berufsgruppen?
32. B: Also, es ist ja so, dass ich es immer vorgelebt habe, dass (...) ich das extrem toll fand, dass es jetzt endlich so möglich ist und so professionell auch dadurch, dass die neue Physiotherapeutin gekommen ist, die eben genauso von der anderen Seite mir gegenüberstand und gesagt hat: so, komm, wir Beide machen das, weil wir machen das für die Patienten am Ende des Tages und so war auch immer meine Argumentation. Wir tun das hier nicht für uns, sondern wir tun das für die Patienten, die dort liegen. Und (...) solange der Patient immer motiviert ist, müssen wir genauso motiviert sein und alles geben Und (...) die Logopädin, die ja neu dazugekommen ist und auch die Ergotherapeutin haben unser Team nochmal ein bisschen größer gemacht und damit die Sichtweisen nochmal so ein bisschen erweitert und damit natürlich auch uns allen geholfen. Auch so Sachen, die uns belasten, abzulassen, zu sagen: So, da müssen wir jetzt mal drüber reden. Wir haben lange gesagt: Supervision brauchen wir nicht, bis dann so die ersten Schicksale kamen, wo wir so gesagt haben: vielleicht ist es doch mal ganz nett. Dann kam leider die Corona- Pandemie dazwischen, deswegen hat bisher noch nie so ein Treffen stattgefunden, aber wir haben mit unserer Psychologin ja hier, dadurch, dass sie an Teambesprechungen

teilnimmt, immer mal so ein paar wichtige Sachen auch aufgearbeitet.

33. I: Das beantwortet im Grunde schon meine nächste Frage. Gibt es genügend Zeit für den Austausch unter den Berufsgruppen?
34. B: Ja, auf jeden Fall. Also, wir sind ja mindestens 15, wenn nicht sogar 20/25 Minuten jeden Morgen alle zusammen, um über die Patienten zu reden und ich sag mal man merkt jetzt dadurch, dass wir, wir sind wie so ein neues Team auch zusammengewachsen mit Therapeuten, Ärzte, Schwestern und Pfleger, alle so zusammen. Wir alle zusammen sind wir auch nochmal ein neues Team geworden und da merkt man natürlich, wenn es dem Einen nicht so gut geht und wenn man dann eben, morgens hat man immer die Zeit, darüber zu reden, oder aber man redet mal in so einer Teamsitzung darüber, wenn es schwierige Patienten gibt, wo man dann in dieser Teambesprechung merkt: jede Berufsgruppe hat so ein paar Problemchen oder paar Sachen, wo man so sagt, wo man aneckt.
35. I: Und erfolgt so eine Abstimmung im Team? Wie werden z.B. positive oder negative Erfahrungen reflektiert?
36. B: (...) Also, ich sag mal, wenn jetzt so Zwischenfälle sind, so Notfälle, dann werden die immer direkt danach analysiert (...) so, aber so analysiert, dass jeder nochmal irgendwie ein paar Minuten Zeit hatte, in seine Ecke gehen konnte und dann sagt man so: ach komm, wir müssen uns doch nochmal zusammensetzen. Und ansonsten ist in dieser Teambesprechung schon immer auch positiv und negativ wird da reflektiert und gesagt: so, (...) manchmal ist es auch so, dass wir von der Pflege eher sagen: so, bis dahin und nicht weiter und dann sagt der Andere komm gut, dann machen wir heute mal die und die Aktion, also so, dass man sich auch dann gegenseitig mal so hilft. Und manchmal ist es auch so, im Dienst, wenn dann solche Situation entsteht, dass man sagt: okay, du hast jetzt akut irgendwie eine Diskrepanz zwischen dem, der den Patienten pflegerisch versorgt und dem Patienten und dann kommt jemand aus dem anderen Pflegebereich dazu und sagt, man vermittelt mal so ein bisschen und wenn man sagt: geh du mal lieber aus der Situation jetzt raus und ich versuche das nochmal auf anderem Wege. Das (...) ist dadurch, dass wir so echt zusammengewachsen sind. Wir haben gerade letzte Woche alle zusammen gefeiert, wirklich Arzt, Pflege, Ernährungstherapie, Physiotherapie, wirklich alle. Das wäre vor Jahren nicht denkbar gewesen, bei uns. Und von daher zeigt es schon, dass wir ein echt gutes Team geworden sind und das sind auch Sachen, die wir immer wiederholen in Teambesprechungen, oder aber auch in (...) ganz normalen Dienstbesprechungen. Ich habe auch als Verantwortliche für die Station ein e-mail- Verteiler für alle Kollegen, also wenn ich informiere über neue Sachen, die so im Haus sind über e-mail Protokolle verschicke, dann verschicke ich die nicht nur an die Kollegen aus der Pflege, sondern dann verschicke ich auch das an die Kollegen aus der Physiotherapie, aus der Logopädie, also die alle sozusagen auf meiner Ebene beruflich zusammenarbeiten. So dass man da auch keinen Halt davor macht.
37. I: (...) entsteht denn durch diese Zusammenarbeit neues Wissen und auch Verständnis für die anderen Berufsgruppen?

38. B: Ja, also wir haben jetzt. Wir haben ja zu Anfang immer erst so unsere Findung, wir haben natürlich, jeder hat ganz viele Ideen gehabt und wollte natürlich gleich 180% geben und so, aber das ging dann alles nicht. Und dann haben wir erst einmal gesagt: wir müssen langsam starten, wir müssen erst einmal mit unseren Aufgaben wachsen. Mittlerweile sind wir da angekommen, dass wir sogar bei Teambesprechungen 15 Minuten Minivorträge einbauen, so dass (...) jede Berufsgruppe, also da ist so ein Zettel angeführt, der hängt aus und da kann man sich eintragen und dann werden von den unterschiedlichsten Berufsgruppen so Minifortbildungen, 15 Minuten lang, abgehalten. (...) I: Super, das ist eine ganz tolle Idee, das finde ich wirklich großartig, dass man so einen Austausch und auch neuen Input dann reinbringt an der Stelle.
39. I: Welche Chancen siehst du in der interdisziplinären Zusammenarbeit? Könntest du Erfolgsfaktoren benennen?
40. B: (...) Alles ist ein Erfolg. Also, am Anfang haben wir gedacht, wir schaffen das gar nicht und ich glaube einfach, die Menschen, die das Ganze, was wir auf Papier gebracht haben, mit Leben füllen, sind alle so speziell und so motiviert, ihren Job auszuführen und sagen nicht nur: ich komm in die LungenClinic und mach die Tür auf und komme hierher und mache meine bezahlte Arbeit und gehe wieder zurück, sondern alle sind engagiert, wollen sich einbringen, haben Verbesserungsvorschläge in den Anfängen gehabt. Haben immer wieder hinterfragt: ist das was ich hier gerade mache alles so richtig? Können wir etwas besser machen und haben dann immer so ihre Themen mit reingebracht (...) das hat uns extrem (...) extrem in die Karten gespielt, dass wir so engagiertes Personal da haben in dem Bereich.
41. I: Und wäre z.B. für diese (...) wäre ein Erfolg, wenn man durch die Zusammenarbeit noch für die ein oder andere Berufsgruppe Chancen sieht, dass man sagt: die können sich noch entwickeln, weil sie das aus dieser Zusammenarbeit sehen, was möglich ist.
42. B: (...) Na, so was ich jetzt im ersten Moment sagen kann ist ja: wir hatten immer sehr eingefahrene, alteingesessene Physiotherapeuten hier. Die sind jetzt plötzlich alle irgendwie auch engagiert, also man merkt, dass diese Engagement auch an andere Leute übergegangen ist und so ist es eben in der Pflege auch gewesen. Man hatte immer so seine Kandidaten, wo man sagt: die kommen her, machen wirklich nur ihren Job und gehen wieder zurück und die haben plötzlich angefangen, sich mehr damit zu identifizieren und genauso so ist es eben auch auf dem Bereich Physiotherapie gewesen und wir sind jetzt dabei, zu gucken, können wir vielleicht noch mehr von der Ergotherapie dazu holen? Weil wir merken, die hat doch andere Ansätze als wir und bringt uns insgesamt alle so ein Stück weiter vor und kann die nicht vielleicht doch noch ein bisschen länger zu uns kommen, ein bisschen öfter und kann uns dann auch nochmal da ein Stückchen weiter voranbringen.
43. I: Wäre das auch für das Unternehmen, könnte man Erfolgsfaktoren für das Unternehmen benennen?

44. B: Ja, auf jeden Fall, weil wir haben, ja am 1.04. 2019, glaub ich mit 6 Patienten gestartet (...) und weil dann doch alles so extrem schnell gut gewachsen ist und wir ein gutes Konzept gefunden haben ohne dass es übergeordnet jemanden gibt, der die Therapien plant, so wie ich es aus meinem alten Haus kenne. Da gab es immer so strikt nach Uhrzeit vorgegeben, dann muss der Patient da und da sein, sondern wir versuchen wirklich alles individuell zu planen. Haben wir alle unterschiedlichen Therapiebereiche zusammenbekommen und bekommen es hin, den Patienten so individuell zu fördern, dass er extreme Fortschritte macht und wir haben mit 6 Patienten angefangen, wir sind dann mal ganz langsam auf 8 hochgegangen und dann haben wir mal, ohne irgendwie mit der Geschäftsführung darüber zu sprechen auf 10 erhöht. Mittlerweile sind wir bei 12. Und der Plan ist, dass wir in diesem Jahr sogar noch auf 14 wachsen und damit glaub ich, haben wir extrem was für die Belegung für das Haus gemacht für das Unternehmen, uns auch einen Namen gemacht in diesem Bereich. Wir sind ja in Norddeutschland komplett neu aufgetreten und haben uns dann natürlich auch über Großhansdorfer Grenzen hinaus, bekannt gemacht und haben auf unsere Leistungen, die wir erbracht haben, sind wir extrem stolz und das transportieren wir auch nach draußen. Also, wenn wir uns also privat irgendwo treffen, dann sagen wir immer, Mensch wir machen da eine geile Sache. Wir haben uns glaub ich auch früher nie so bewusst gemacht und haben auch nie so darüber gesprochen, wie toll wir eigentlich sind. Und das sagen wir uns jetzt auch oftmals und steigern damit natürlich das Selbstwertgefühl des Einen, aber auch des Teams und am Ende auch der Klinik. (...) und wir sind natürlich immer auf der Suche: was können wir, wo können wir uns vielleicht doch noch verbessern. Wir sagen jetzt nicht: halt Stopp, da bleiben wir stehen, sondern wir versuchen uns stets und ständig weiterzuentwickeln, um dann zu gucken wie kann man da noch weiter für das Unternehmen etwas Gutes tun? Und ich glaube, dass wir durch diese ganze Öffentlichkeitsarbeit, die wir in dem Bereich leisten und unsere Auftritte im Fernsehen und im Funk und auch auf unserer eigenen Internetseite, auf unserem eigenen Instagram - Account viele Sachen jetzt viel öffentlicher darstellen für die Klinik.
45. I: Und führt diese Darstellung auch zum Interesse von außerhalb? Würde man darüber Personal gewinnen, weil dieses Konzept ersichtlich ist und weil dieser positive Teamspirit im Grunde nach draußen getragen wird? Wäre das auch ein Magnet, um neue Leute zu finden? Weil sie sich für eine andere Art von (...) Arbeit und Professionalisierung interessieren?
46. B: Also, da sind wieder viele Sachen gleichzeitig gekommen. Wir haben mit der (...) Einstellung der neuen Pflegedienstleitung sowieso nochmal einen ganz anderen Focus auf Personalgewinnung, Personalaquise und so gerichtet. Und wichtig ist unserer Pflegedienstleitung immer, dass wenn man die Menschen in einem Bewerbungsgespräch kennenlernt, wozu wir ja jetzt im Moment immer als Stationsleitung dazu gerufen werden, das war ja früher auch nicht der Fall. Wir werden also immer dazu gerufen und dann werden immer Hospitationstage vereinbart. So dass der neue Kollege, der da kommen möchte, vielleicht, sich auf jeden Fall an mindestens einem Tag uns anguckt, sozusagen und wenn der dann von uns so überzeugt ist, dann trägt er das natürlich auch nach draußen. Schon alleine wie man sich um diesen bemüht. Früher kannte ich das überhaupt gar nicht, dass irgendwie Kollegen bei



einem Vorstellungsgespräch mal mit der Pflegedienstleitung über die Station gelaufen sind. Also ich selber habe es in meinem Einstellungsgespräch gehabt, ich bin damals mit der stellvertretenden Pflegedienstleitung auf die Intensivstation gegangen, bin da vorgestellt worden und habe mal so geguckt und ja und tschüss und wieder weg. (...) aber dadurch, dass man sich jetzt wirklich an einem Tag so richtig beschnuppern kann, manche kommen sogar einen zweiten Tag (...) hat man nochmal einen anderen Eindruck von dem und hat nochmal einen anderen Eindruck von uns. Im Moment ist es auch so, dass wir extrem weltoffen sind, was so Praktikanten, andere Auszubildende angeht, von anderen Kooperationspartnern, die wir hier alle herholen. Und wenn wir merken, dem geht es gut hier, dann gehen wir natürlich auch aktiv hin und sagen: Mensch, komm doch in unser Team, wir würden uns freuen und dass man da auch nochmal ganz anders umgeht, also man hat, man merkt, dass die Kollegen das viel mehr wahrnehmen, wie schön es eigentlich bei uns ist. Natürlich hat man immer schlechte Tage und sagt: oh Gott, heute ist alles doof, ich bin müde, oder was auch immer und mir läuft heute alles quer, aber an den meisten Tagen ist man doch stolz, hier zu arbeiten und zu sagen: ich bin Teil dieses Teams und das (...) trage ich auch nach draußen und das strahle ich auch mit meiner ganzen Aura aus. das glaube ich, ist extrem (...) extrem gut geworden.

47. I: Das Eine ist ja einen Chance. Wenn man eine Chance sieht, sieht man ja aber auch oft, oder sollte man auch zumindest das Risiko im Auge behalten. Gibt es denn ein Risiko (.) durch die Zusammenarbeit, oder könnte es eins geben?
48. B: Also ich seh im Moment überhaupt gar keins, weil wir (...) wollen professionell, so professionell wie wir jetzt sind, bleiben und noch besser werden und das können wir nur als Team mit allen zusammen. Und durch das ganze Wissen, was jeder Einzelne und jede einzelne Berufsgruppe da mit reinbringt, kann man nur professionell sein, bleiben und werden. Ich sehe überhaupt kein Risiko, nein.
49. I: Manchmal stellt man sich sowas vor, dass vielleicht eine Berufsgruppe ein Stück weit entgegenkommen muss, damit die andere Berufsgruppe auf Augenhöhe kommt. Also oftmals ist es ja so, dass man denkt, die Ärzte sind immer noch so ein bisschen besonders oder drüber und wäre das sowas, wo man sagt: ne, wenn die nicht bereit sind auf diese Ebene ein Stück weit entgegenzukommen, wäre das ein Risiko, dass es vielleicht doch nicht so gut klappt. Weil es vielleicht noch in deren Köpfen so ist, oder weil (...) diese Arztgruppe, wie auch immer sie jetzt sein mag, nicht bereit ist, diese Zusammenarbeit mitzugehen.
50. B: Also, im alltäglichen erlebt man es schon mal, dass der Arzt noch denkt, er noch so ein bisschen obendrüber, aber relativ schnell merkt er, dass er auch in ein Abhängigkeitsverhältnis gerät, wenn er sich doof mit uns anstellt, sozusagen. Und ich glaube, was extrem positiv beeinflusst hat ist, dass wir schon immer eine extrem gute Zusammenarbeit mit den Ärzten bei uns auf der Station hatten, weil wir schon immer extrem kranke Patienten hatten und weil es schon immer ich sag jetzt mal, "um die Wurst ging für die Patienten" und wenn man dann da nicht zusammenarbeitet, dann hat man verloren, auch als Arzt. Und ich glaube, dass ist das, was die neuen Kollegen relativ schnell merken. Natürlich ist immer in manchen Situation,

wenn es so um Bettenbelegung geht, oder Der darf nicht mit Dem zusammen liegen, da merkt man immer noch schon so ein bisschen Hierarchien, aber die versuche ich immer sofort wegzuspülen und zu sagen: Wir sind hier genauso verantwortlich, wir müssen hier arbeiten und das wird dann auch so von mir ein Stück weit vorgelebt und (...) wir haben ja zu Anfang als Behandlungsleitung eine Kollegin gehabt, die extrem viel Erfahrung hatte, was das heißt, Arzt und Pflege müssen zusammen arbeiten. Und da hat man gemerkt, dass man nur zusammen, alle zusammen und jeder musste sich ein Stück entwickeln, sozusagen. Und sagen: Ich geh da mal ein Stück in die Richtung und da mal ein Stück in die Richtung. Und dann, nur dann funktioniert es. Nun hat man am Anfang ein bisschen gemerkt und man merkt es ab und zu jetzt nochmal, dass Hierarchien in den Köpfen der Ärzte leider so sind, noch.

51. I: Hilft es dann, dass die Pflege sich tatsächlich auf den Weg gemacht hat, sich zu professionalisieren, sich weiterzuentwickeln und zu sagen: ich will mehr, ich will mehr wissen, ich möchte mitarbeiten, ich möchte mitgestalten, ich möchte das Ziel mit definieren, ich habe etwas zu sagen? B: Ja. I: Und ich habe mein Wissen und das möchte ich einbringen.
52. B: genau. Also das ist das ja, was ich vorhin schon einmal beschrieben habe. Wir haben schon immer diese Arbeit geleistet und haben aber selbst, glaub ich, oftmals gar nicht so an uns geglaubt, an unser Wissen, was da gewesen ist. Und das haben wir jetzt sozusagen rausgeholt. Weil wir eben plötzlich gemerkt haben, die Wertschätzung von anderen Berufsgruppen kommt und du wirst ernst genommen. Und dadurch ist es wichtig, dass der Kollege aus der Pflege sagt: Ich bin jemand Professionelles hier und als der werde ich auch anerkannt. Ich bin nicht als der 24/7 und du bist der Befehlsempfänger- Dienst, sozusagen da, sondern ich bin was mit meiner Stimme, mit meinem Beruf etwas wert und das glaube ich, hat das sozusagen dahin geführt, dass man sagt (...) wir werden alle professioneller, wir sind professionell ausgebildet. Unsere Ausbildung ist professionell. Das haben wir spätestens da gemerkt, als es um die Strukturmerkmale ging, die zu erfüllen sind auf pflegerischer Ebene. das wir da extrem gut aufgestellt sind in unserer Ausbildung und in dem, was wir hier im Haus alles schon etabliert haben. Und das ist jetzt nochmal richtig deutlich geworden und man spricht da offen drüber und dadurch ist das, hat das alles so eine positive Entwicklung genommen.
53. I: Zum Thema Strukturen und Vorgaben habe ich tatsächlich jetzt noch eine Frage. Wie wirken sich die gesetzlichen Vorgaben und Strukturanforderungen auf deine Arbeit in dem Fall aus?
54. B: Also die Strukturen sind da ja nur niedergeschrieben, aber gearbeitet haben wir größtenteils schon so. Wir haben das nur nicht so dokumentiert. Also, die Dokumentation ist ein bisschen intensiver geworden, die Arbeit an sich so am Patienten, die hat schon immer so stattgefunden. Nur eben nicht so professionalisiert und so detailgenau aufgeschrieben.
55. I: Führen diese Vorgaben zu einer anderen Form der Zusammenarbeit, weil sie vielleicht genauso vorgegeben sind mit den Einheiten und der Qualifikation und so

weiter?

56. B: (...)

57. I: Also man wird ja ein Stück weit gezwungen diese Zusammenarbeit zu leisten, weil es eine Vorgabe ist.

58. B: Ja, aber die hat glaub ich nur zu Anfang, als es darum ging zu gucken, schaffen wir das wirklich, oder schaffen wir das nicht. Und wo müssen wir ein bisschen nachsteuern? Jetzt ist es mittlerweile zu einem Selbstverständnis geworden. Also, ich mach mir, haben wir ganz früher immer geguckt: Kommen wir auf die gesetzlich vorgeschriebenen Therapieeinheiten? Das ist jetzt alles, läuft alles so Hand in Hand, das ist alles so koordiniert, dass jeder weiß, er hat da so und so viele Therapien abzuleisten und zu dokumentieren, dass man da gar nicht mehr gucken muss. Und das wir uns auch gar nicht mehr so wild machen. Zu Anfang war man ja wirklich noch so: oh Gott und hat jetzt jeder seine Therapie auch wirklich richtig inhaltlich dokumentiert und könnte man uns da vielleicht doch irgendwie einen Strick draus drehen. Also, das war zu Anfang ein bisschen belastend, aber mittlerweile ist das schon so in uns übergegangen, dass es völlig selbstverständlich ist für uns.

59. I: Und kann man denn sagen, dass es gut war, diese Vorgabe zu haben. Also (...) du hast ja eben schon gesagt, dass man schon immer so gearbeitet hat, aber hat diese Vorgabe oder haben diese Vorgaben nochmal dazu geführt, dass man intensiver machen konnte, weil man das gemeinsam bespricht, weil man gemeinsam durchführt, weil man es dokumentiert und am Ende auch bezahlt bekommt. Also, hat diese Vorgabe und Struktur das ein Stück weit vielleicht beschleunigt, diesen Prozess?

60. B: (...) Also in einigen Punkten glaub ich manchmal steht es uns so ein bisschen im Weg, in unserer Eigenheit als Pneumologische Frühreha, weil wir ja eben noch keine Vorgabe, Strukturvorgabe haben für die Pneumologischen Frühreha, sondern wir benutzen ja eine (...) Vorgabe, eine Strukturvorgabe, die eigentlich für einen anderen Bereich, sozusagen, genutzt wird. und das ist, hat uns in der Planung am Anfang so ein bisschen im Weg gestanden und hat gar nicht abgebildet, was wir eigentlich pneumologisch hier wirklich richtig für wichtig empfehlen für den Patienten und auch für wichtig (...) empfinden und dann auch am Ende machen müssen für den Patienten. Das ist so eine Sache, wo man sagt: Da wird gar nicht widergespiegelt, was eigentlich unsere wichtige Aufgabe in der Pneumologie ist. Also, da steht es uns so ein bisschen im Weg, deswegen haben wir ja auch schon relativ zeitnah in den ersten Gesprächen mit dem MDK sozusagen, anklingen lassen, dass wir sehr wohl an einer Zusammenarbeit interessiert sind, um zu sagen: das würden wir gerne professioneller gestalten, um zu sagen: Pneumologische Frühreha ist nochmal etwas ganz Spezielles und da müssen wir vielleicht die Strukturvorgaben nochmal ein bisschen anders vorgeben für zukünftige Pneumologische Frühreha - Einrichtungen.

61. I: Eine Zusatzfrage hätte ich noch zum Thema Corona. Es hat uns ja alle beschäftigt. Wie hat denn die Corona- Pandemie sich auf die Zusammenarbeit ausgewirkt.

Also, hat sie sich ausgewirkt und wenn ja, wie?

62. B: Also ich würde jetzt sagen, das hat sich auf den Bereich Pneumologische Frühreha nicht so extrem ausgewirkt. Wir hatten im anderen Teil der Station weniger Patienten zu versorgen und hatten dadurch vielleicht ein bisschen intensiver Zeit für die Patienten, dass sie von mehr Therapien profitiert haben, noch mehr als man eigentlich schon gemacht hat, aber die Zusammenarbeit für uns als multiprofessionelles Team hat das überhaupt gar nicht beeinflusst. Weil wir sind immer noch genauso professionell und wir waren es zwischendrin auch. Wir haben zu Anfang natürlich ein bisschen Anlaufschwierigkeiten gehabt, als wir damit ganz gestartet sind. Aber dass man jetzt sagt, dass so Corona direkt irgendwie eine Auswirkung darauf hatte, kann ich jetzt nicht bestätigen, nein.
63. I: Dann wären wir im Grunde auch schon am Ende des Interviews. Hast du noch eine Ergänzung, fällt dir irgendwas ein zu den Fragen? Möchtest du noch etwas loswerden?
64. B: (...) nö, im Moment fällt mir nichts weiter ein. Nein.
65. I: Gut, dann vielen Dank für die Informationen und die Bereitschaft, an dem Interview mitzuwirken.

## Anhang G: Codebuch

### Codesystem

|   |    |
|---|----|
| 1 Auswirkungen                              | 0  |
| 1.1 Herausforderungen                       | 14 |
| 1.2 Chancen                                 | 29 |
| 1.3 Corona                                  | 5  |
| 1.4 Wünsche und Erwartungen                 | 4  |
| 1.5 Zeit                                    | 8  |
| 2 Interdisziplinäres Team                   | 0  |
| 2.1 Motivation                              | 8  |
| 2.2 Teamentwicklung                         | 5  |
| 2.3 Kommunikation                           | 26 |
| 2.4 Zusammenarbeit                          | 32 |
| 3 Gesetzliche Vorgaben                      | 16 |
| 4 Patienten                                 | 15 |
| 5 Organisationsentwicklung/ neues Portfolio | 0  |
| 5.1 Markenbildung                           | 11 |
| 5.2 Prozesse                                | 2  |
| 5.3 Mitarbeiter                             | 17 |
| 5.4 Strukturen                              | 17 |
| 6 Professionalisierung                      | 0  |
| 6.1 Anerkennung                             | 12 |
| 6.2 Studium/ Ausbildung                     | 7  |
| 6.3 Fachwissen                              | 18 |

### 1 Auswirkungen

#### 1.1 Herausforderungen

**Beschreibung:** Dieser Subcode wurde vergeben, wenn im Interview Herausforderungen im Zusammenhang mit der Tätigkeit genannt wurden.

**Ankerbeispiel:**

Also wenn der Patient jetzt ein leichter Patient ist, der gut (...) ja, mitmacht und eine hohe Motivation hat, das ist wesentlich einfacher, als wenn du wirklich jemand hast, der keine Motivation hat, oder einfach mal so ungewohnt laut wird, depressiv ist, Angststörungen hat

oder Ängste, das ist halt schon herausfordernd. Und ich glaub da ist bei uns noch Bedarf. (IP 1, Abs. 34)

**Erzeugung des Codes:** Induktiv

## 1.2 Chancen

**Beschreibung:** Dieser Subcode wurde vergeben, wenn über entstehende oder entstandene Chancen und Entwicklungsmöglichkeiten gesprochen wurde.

**Ankerbeispiel:**

I: Und haben Sie auch davon profitiert, dass diese neue ärztliche oder diese neue ärztliche Expertise an der Stelle gab.

B: Ja, also das ist auf jeden Fall so. Es ist nochmal eine ganz andere Sichtweise. Also, wenn sie sich das Ganze angucken, wir sind ja organbezogen mit der Lunge, aber auch Internisten. Dann guckt der Rehaarzt auf den Fall nochmal ganz anders und viele Begrifflichkeiten, hinter denen aber immer auch ein Inhalt steckt, sind für uns neu gewesen, viele Therapieansätze sind neu gewesen und insofern war und ist das für uns eine enorme Bereicherung. Gerade in dem Bereich, der bisher noch gar nicht vertreten war. Wir haben plötzlich aus dem Nichts eine Rehaabteilung aufgemacht und das ist natürlich schon ein sportlicher Anspruch und inhaltlich muss ich sagen, hat uns diese Sichtweise nochmal viel Neues gebracht, an Input für uns selbst, für die Abteilung, aber auch fürs ganze Haus. (IP 2, Abs. 16)

**Erzeugung des Codes:** Deduktiv

## 1.3 Corona

**Beschreibung:** Dieser Code wurde vergeben, wenn Aussagen zum Einfluss der Coronapandemie auf die Arbeit und den Einfluss auf die Zusammenarbeit beschrieben worden sind.

**Ankerbeispiel:**

Und hier hatten wir plötzlich 30- 40jährige und und und, die beatmet waren, die dann anschließend zu uns gekommen sind. Das war eine sehr neue Erfahrung, aber natürlich auch eine sehr angenehme Erfahrung, weil einfach, und das weiß man bei jungen Leuten natürlich (...) einfach die Ressourcen viel größer sind. Und da haben wir natürlich Beispiele gehabt, die uns unheimlich viel Freude gemacht haben. So schrecklich die Krankheit auch ist, aber die haben sich dann sehr gut wieder zurückgekämpft. (IP 2, Abs. 37)

**Erzeugung des Codes:** Deduktiv

## 1.4 Wünsche und Erwartungen

**Beschreibung:** Dieser Subcode wurde vergeben, wenn die Interviewpartnerinnen Wünsche und Erwartungen bezüglich ihrer Arbeit in der Pneumologischen Frühreha genannt haben.

**Ankerbeispiel:**

Aus meiner Sicht, mir fehlt total eine Supervision, also dass man wirklich mal aufarbeiten kann, was ist da grad los und manchmal merkt man wirklich da ist, da dümpelt irgendwas immer sowas unten mit rum. (IP 1, Abs. 34)

**Erzeugung des Codes:** Induktiv

## 1.5 Zeit

**Beschreibung:** Dieser Subcode wurde vergeben, wenn zeitliche Aspekte im Zusammenhang mit der Tätigkeit benannt wurden.

**Ankerbeispiel:**

B: Ja, das merkt man schon. Also wenn wir es merken, wir sind zeitlich halt voll drüber also dass wir echt ganz eng getaktet sind und man merkt, irgendwie stehen heute alle unter Strom. (IP 1, Abs. 22)

**Erzeugung des Codes:** Induktiv

## 2 Interdisziplinäres Team

### 2.1 Motivation

**Beschreibung:** Dieser Subcode wurde vergeben, wenn die Interviewteilnehmerinnen über Motivation und Engagement gesprochen haben.

**Ankerbeispiel:**

Alles ist ein Erfolg. Also, am Anfang haben wir gedacht, wir schaffen das gar nicht und ich glaube einfach, die Menschen, die das Ganze, was wir auf Papier gebracht haben, mit Leben füllen, sind alle so speziell und so motiviert, ihren Job auszuführen und sagen nicht nur: ich komm in die LungenClinic und mach die Tür auf und komme hierher und mache meine bezahlte Arbeit und gehe wieder zurück, sondern alle sind engagiert, wollen sich einbringen, haben Verbesserungsvorschläge in den Anfängen gehabt. Haben immer wieder hinterfragt: ist das was ich hier gerade mache alles so richtig? Können wir etwas besser machen und haben dann immer so ihre Themen mit reingebracht (...) das hat uns extrem (...) extrem in die Karten gespielt, dass wir so engagiertes Personal da haben in dem Bereich. (IP 3, Abs. 40)

**Erzeugung des Codes:** Induktiv

### 2.2 Teamentwicklung

**Beschreibung:** Dieser Subcode wurde vergeben, wenn über Teamentwicklung und Zusammenhalt gesprochen wurde.

**Ankerbeispiel:**

Also, wenn wir uns also privat irgendwo treffen, dann sagen wir immer, Mensch wir machen da eine geile Sache. Wir haben uns glaub ich auch früher nie so bewusst gemacht und haben auch nie so darüber gesprochen, wie toll wir eigentlich sind. Und das sagen wir uns jetzt auch oftmals und steigern damit natürlich das Selbstwertgefühl des Einen, aber auch des Teams und am Ende auch der Klinik. (IP 3, Abs. 44)

**Erzeugung des Codes:** Induktiv

### 2.3 Kommunikation

**Beschreibung:** Dieser Subcode wurde vergeben, wenn sich die Interviewpartnerinnen zu den Themen Kommunikation und Austausch geäußert haben.

**Ankerbeispiel:**

Also grundsätzlich halte ich das für sehr sinnvoll, sehr motivierend. Es ist schon, je mehr man sich miteinander unterhält und auch regelmäßig unterhält, desto besser klappen die

Strukturen, die Absprache ist besser (...) es ist auch die Kommunikation leichter, das Niveau wird auch immer besser. (IP 2, Abs. 20)

**Erzeugung des Codes:** Deduktiv

## 2.4 Zusammenarbeit

**Beschreibung:** Dieser Subcode wurde vergeben, wenn über die Zusammenarbeit im Team und mit beteiligten Berufsgruppen gesprochen wurde.

**Ankerbeispiel:**

Du musst die Kommunikation mit allen Berufsgruppen wählen und natürlich auch aufgrund der Teambesprechung, die jeden Morgen stattfinden, muss man natürlich auch in irgendeiner Art und Weise kommunizieren und da ist selbst derjenige, der eigentlich immer eher so ruhig und zurückhaltend gewesen ist in die Kommunikation sich nach außen gegangen und hat sich geöffnet. Und (...) ich denke, dass sie dann erst so richtig verstanden haben. Und damit dieses Selbstwertgefühl gesteigert haben, also das eigene Selbstwertgefühl und sagen: So, meine Arbeit ist endlich was wert und ich bin nicht nur jemand, der arbeitet. (IP 3, Abs. 11)

**Erzeugung des Codes:** Deduktiv

## 3 Gesetzliche Vorgaben

**Beschreibung:** Dieser Code wurde vergeben, wenn die Befragten über die gesetzlichen Vorgaben und deren Einfluß auf die Arbeit in der Pneumologischen Frühreha gesprochen haben.

**Ankerbeispiel:**

Und die Strukturvorgaben sind natürlich etwas, was das Ganze transparent machen und die haben uns am Anfang sehr geholfen, um erstmal einzusteigen. Um auch für uns eine Orientierung zu finden, gerade in der Anfangsphase, wie macht man sowas (...) und die positiven Dinge, die übernehmen wir in den Alltag und wo wir sagen, das ist ein Korsett für uns, das bringt uns jetzt nichts. Man kann die nicht einfach weglassen, aber man kann sie natürlich so und so gestalten. Da machen wir auch einen kleinen Bogen drum, aber grundsätzlich muss man sagen: das war eine sehr gute Orientierung. Im Grunde genommen ist das wie ein Koordinatensystem. Sie finden sich dann besser zurecht und für den Alltag war das eine große Hilfe. (IP 2, Abs. 40)

**Erzeugung des Codes:** Deduktiv

## 4 Patienten

**Beschreibung:** Dieser Code wurde vergeben, wenn die Befragten über die Auswirkungen der Zusammenarbeit auf die Patienten gesprochen haben, auch Rückmeldungen von Patienten an die Interviewpartner wurden hier codiert.

**Ankerbeispiel:**

Also das Feedback, was wir bekommen, ja, also das meiste, was auffällt, ist die gute Stimmung und was ganz oft gesagt wird: ja hier weiß ja jeder über alles Bescheid (lacht) (IP 1, Abs.20)

Am Ende hören wir aber ganz oft, dass sie extrem glücklich sind, hier diesen Zwischenschritt nochmal gemacht zu haben, gerade jetzt auch bei den Covid- Patienten, die freuen sich, dass sie nochmal so einen Zwischenschritt hatten und nicht gleich alles so in so einer AHB selbst machen müssen, sondern, dass sie hier Zeit haben, dass wir Geduld haben im Umgang mit ihnen. Und dann freuen die sich richtig also und wir werden reich beschenkt,



gerade heute wieder eine Patientin entlassen, riesen Süßigkeiten Korb und so (IP 3, Abs. 26)

**Erzeugung des Codes:** Deduktiv

## 5 Organisationsentwicklung/ neues Portfolio

### 5.1 Markenbildung

**Beschreibung:** Dieser Subcode wurde vergeben, wenn sich die Interviewteilnehmerinnen über Maßnahmen und Auswirkungen des Marketings und der Öffentlichkeitsarbeit, speziell zur Pneumologischen Frühreha geäußert haben.

**Ankerbeispiel:**

Uns kannte noch keiner. Und wir haben als Ziel gesagt: wir wollen jetzt über unsere Arbeit, über Öffentlichkeitsarbeit und so weiter, so interessant für andere Intensivstationen werden, dass die uns zunehmend zuweisen. (IP 2, Abs. 31)

**Erzeugung des Codes:** Deduktiv

### 5.2 Prozesse

**Beschreibung:** Dieser Subcode wurde vergeben, wenn die Interviewteilnehmerinnen über die Prozesse und deren Eingliederung in die Klinik, speziell in der Pneumologischen Frühreha berichtet haben.

**Ankerbeispiel:**

B: Da haben wir eine komplette Prozessbeschreibung erstellt (...) und dann eben auch im Team natürlich besprochen, was hat sich jetzt wirklich verändert, oder wo liegt der Schwerpunkt? (...) ja das war so hauptsächlich, dass wir uns so nach und nach eingearbeitet haben, wir haben quasi die Struktur erstellt geguckt: wo müssen wir dran arbeiten, wir arbeiten ja jetzt im Prinzip noch dran. Also wir, das ist ja nicht, dass man das irgendwann, das wirklich abgeschlossen hat, sondern das entwickelt sich ja jedes Mal mit dem Patientenkiel weiter (...) Jetzt gerade auch durch Covid bedingt, da muss man sich ja auch auch erst wieder komplett neu einfinden, was ja mit dem was vorher am Anfang ist ja ganz anderes Vorgehen als bei den COPD Patienten zum Beispiel nach Intensiv. (IP 1, Abs. 18)

**Erzeugung des Codes:** Deduktiv

### 5.3 Mitarbeiter

**Beschreibung:** Dieser Subcode wurde vergeben, wenn die Interviewteilnehmerinnen über die Einbindung in das Projekt zum Aufbau der Pneumologischen Frühreha berichtet haben.

**Ankerbeispiel:**

B: Also ich hab ja hier im Februar 2018 angefangen und dann stand es ja schon ziemlich fest, dass die Pneumologische Frühreha entstehen wird und dass ich die mit aufbauen darf aus therapeutischer Sicht oder was sich dann einfach so ergeben hat. Und von dem her wurde dann meine therapeutische Expertise schon sehr gefragt und mit eingebunden. (...) (IP 1, Abs.10)

**Erzeugung des Codes:** Deduktiv

### 5.4 Strukturen

**Beschreibung:** Dieser Subcode wurde vergeben, wenn die Strukturen der Klinik oder der Abteilung genannt wurden.

**Ankerbeispiel:**

Wir kennen auch noch alle Zeiten, wo es heißt: ne, das machen wir jetzt genau nicht und das war schon immer sehr eingefahrene Strukturen, da haben wir uns jetzt doch deutlich rausbewegt, wobei ich für uns, für den ärztlichen Bereich immer so das Gefühl habe: wir mussten uns da eigentlich am wenigsten bewegen, aber vielleicht ist das auch eine sehr persönliche Einschätzung. (IP 2, Abs. 8)

**Erzeugung des Codes:** Deduktiv

## 6 Professionalisierung

### 6.1 Anerkennung

**Beschreibung:** Dieser Subcode wurde vergeben, wenn sich die Interviewteilnehmerinnen zu Anerkennung und Wertschätzung bezüglich ihrer Arbeit in der Pneumologischen Frühreha geäußert haben.

**Ankerbeispiel:**

Und deswegen bin ich so auch auf die Menschen losgegangen und habe das auch glaub ich meinen Kollegen vorgelebt und kann deswegen jetzt stolz auf uns alle sein, weil wir das echt als Team geschafft haben, und sehr gute Arbeit leisten in meinen Augen (...) und von daher, uns nochmal richtig stark als Team gemacht haben und weil wir eben so zufrieden sind, sind natürlich ganz viele andere Sachen dabei raus resultiert. (IP 3, Abs. 16)

**Erzeugung des Codes:** Induktiv

### 6.2 Studium/ Ausbildung

**Beschreibung:** Dieser Subcode wurde vergeben, wenn die Interviewteilnehmerinnen über ihre Ausbildung/ ihr Studium/ ihre Weiterbildung und über den Einfluss auf die Arbeit gesprochen haben.

**Ankerbeispiel:**

B: Also da tut sich sehr viel und gleichzeitig auch sehr wenig, weil immer mehr Therapeuten schon auch einen akademischen Abschluss haben oder auch bevorzugen, weil sie oftmals in der Ausbildung auch parallel stattfinden kann sowohl die Ausbildung als auch direkt ein halbes Jahr oder Jahr dranhängen und dann Bachelor zu machen. Und dann auch weiter Master. Und es gibt natürlich auch die Möglichkeit für einige zu promovieren an Hochschulen oder an Universitäten und auf der anderen Seite läuft das alles sehr sehr sehr schleppend. Ja, weil es einfach keine wirklichen Strukturen dafür gibt. also das sind dann zwar schon immer mehr Bachelorabsolventen, aber wo arbeiten die? Da gibt es ja noch keine wirklichen Veränderungen im System, sag ich mal. (IP 1, Abs. 4)

**Erzeugung:** Deduktiv

### 6.3 Fachwissen

**Beschreibung:** Dieser Subcode wurde vergeben, wenn die Interviewteilnehmerinnen über besonderes Fachwissen und die Auswirkungen auf Ihre Arbeit gesprochen haben.

**Ankerbeispiel:**

B: Also, es war ja irgendwie alles so zur gleichen Zeit, mir hat es natürlich, diese ganze Vorbereitung auf die Pneumologische Frühreha sehr auch geholfen in meiner Fachweiterbildung zur Atmungstherapeutin. (IP 3, Abs. 7)

**Erzeugung:** Deduktiv

## **Anhang H: Protokoll der teilnehmenden Beobachtung**

### **Teilnehmende Beobachtung am 30.10.2021**

#### **Beginn 6.06 Uhr**

#### **Dienstübergabe vom Nachtdienst zum Frühdienst**

- Bericht über Auffälligkeiten/ Besonderheiten in der Nachtschicht
- anhand der elektronischen Patientenakte erfolgt die Übergabe der einzelnen Patienten
- Besonderheiten für den anstehenden Tag (Untersuchungen, Entlassungen, Verlegungen und Neuaufnahmen von Patienten) werden angesprochen
- Meldung einer technischen Störung (Absaugung funktionierte nicht einwandfrei)

#### **Einteilung der Mitarbeiter für die Frühschicht durch die Schichtleitung**

- Station ist in 3 Bereiche eingeteilt (Zimmer 1-4, Zimmer 5-8, Zimmer 9-14)
- Berücksichtigung von examiniertem und Hilfspersonal (je Bereich 1 MA examiniert + Hilfskraft)
- 1 Praktikant ist zusätzlich auf der Station (Vorbereitung zur Ausbildung)

#### **Aufgaben der Schichtleitung/ Stationsleitung:**

- Schichteinteilung
- Dienstplanänderungen, -anpassungen, Organisation von Krankheitsvertretungen
- Praxisanleitertätigkeiten und –zeiten planen
- Beauftragung von Haus- oder Medizintechnik zur Behebung techn. Defekte
- Planung und Durchführung von Geräteeinweisungen
- BTM- Kontrolle in jeder Schicht
- Fort-und Weiterbildungsplanung
- Sonderbestellungen von Materialien (z.B. Rollstühle, Toilettenstühle)
- Telefondienst im Pflegestützpunkt
- Organisation von Transportdiensten, Taxen, KTW

#### **Unterstützende Tätigkeiten des Praktikanten:**

Auffüllen der transportablen Sauerstoffgeräte, Tauschen der Wasserbehälter für Sauerstoff, Auffüllen von Pflegematerialien im Patientenzimmer, Hilfestellung bei der Körperpflege von Patienten, Unterstützung von Patienten bei der Nahrungsaufnahme, Koffer packen für Entlassungen, Auspacken von Koffern bei Neuaufnahmen, Unterstützung beim Patientenentertainment

| <b>Examiniertes Pflege- u. Hilfspersonal</b><br><b>06.06- 14.12 Uhr</b>   | <b>Ärztliches Personal</b><br><b>07.30- ca.17.00 Uhr</b>   | <b>Atmungstherapeuten</b><br><b>07.00- 15.00 Uhr</b>  | <b>Physiotherapeuten</b><br><b>07.30- 16.30 Uhr</b>  | <b>Logopäden</b><br><b>07.30- 16.30 Uhr</b>   |
|---|--|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grund- und Behandlungspflege,</li> <li>• Vitalzeichenkontrolle</li> <li>• Dokumentation</li> <li>• Vorbereitung von Untersuchungen</li> <li>• Ausarbeiten von ärztl. Anordnungen</li> <li>• Verabreichen von Infusionen und Medikamenten</li> <li>• Verbandswechsel</li> <li>• Pflege-Assessments</li> <li>• Pflegebericht und -planung</li> <li>• Vorbereitung Neuaufnahmen von Patienten</li> <li>• Vorbereitung und durchführen von Entlassungen</li> <li>• Eingabe PPR und DRG ins KISS</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Untersuchungen</li> <li>• Visite</li> <li>• Arztbriefe diktieren</li> <li>• Dokumentation</li> <li>• Rekrutierung von Neupatienten</li> <li>• Freigabe von angemeldeten Untersuchungen</li> <li>• Freigabe von Apothekenbestellungen</li> <li>• DRG -erfassung und Codierung</li> <li>• Planung von Entlassungen/ Verlegungen</li> <li>• Bettenplanung mit den MA des Belegungsmanagements</li> <li>• Patienten-/ Angehörigengespräche</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Auswertung der nächtlichen Messungen</li> <li>• Übertragung in das KISS</li> <li>• Ableitung von Maßnahmen</li> <li>• Blutgasanalysen</li> <li>• Trachealkanülenmanagement</li> <li>• Bronchoskopie, Absaugen, Inhalationen</li> <li>• Beatmungseinleitung/-anpassungen</li> <li>• Masken und Hilfsmittelberatung</li> <li>• Schulung der Patienten</li> <li>• Geräteprüfung und -auswertung</li> <li>• Verordnungen von Hilfsmitteln vorbereiten</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Handkraftmessung</li> <li>• Muskelkraft-Skalierung</li> <li>• Tinetti- Test</li> <li>• Übergang von der Einzel- in die Gruppentherapie</li> <li>• Ergometer/ Laufband</li> <li>• sekretmobilisierende Maßnahmen (warme Packung, Cornett, PEP- Maske...)</li> <li>• theoretisches Unterstützungsangebot (Divices-Training, NASA, COBRA)</li> <li>• 6 Minuten Geh-Test</li> <li>• Lymphdrainage</li> <li>• Massage</li> <li>• Physikalische Therapie</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trachealkanülenmanagement</li> <li>• Absaugen, Inhalationen</li> <li>• Schluck-/Sprechtests</li> <li>• Dysphagietest</li> <li>• Besprechungen mit Ernährungsberater (z. B. wegen Andicken von Getränken und Suppen)</li> </ul> |

| <b>Stationssekretärin</b><br><b>MTA</b><br><b>07.30- 12.30Uhr</b>   | <b>Servicekraft</b><br><b>07.30- 12.30Uhr</b>   | <b>Reinigung</b><br><b>06.00- 12.30Uhr</b>   | <b>Ernährungsberaterin</b><br><b>08.00 -16.00Uhr</b>   |
|---|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Blutabnahmen</li> <li>• Admin. Tätigkeiten</li> <li>• Patientenaufnahme</li> <li>• Schreiben von Arztbriefen und Verordnungen</li> <li>• Befund- CD´s einlesen</li> <li>• Einscannen von Medikationsplänen</li> <li>• Posteingänge und –ausgänge bearbeiten</li> <li>• Bearbeiten von Laboraufträgen</li> <li>• Überprüfung der einbestellten Patienten (Rückruf, ob das Einbestelldatum eingehalten werden kann)</li> <li>• Büromaterialbestellung</li> <li>• Entsorgung Datenmüll</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bestellung Stationsbedarf</li> <li>• Essenverteilung (hier wichtige Information: welche Patienten müssen aufgrund von Untersuchungen nüchtern bleiben)</li> <li>• Essenswünscheabfragung von Patienten</li> <li>• Patientenzimmer auffüllen mit Pflege- und Hilfsmaterialien</li> <li>• Verräumen von angelieferten Materialien</li> <li>• Aufräumen von Nebenräumen (z.B. Spülräume)</li> <li>• kleinere Botengänge)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reinigung aller Flure, Dienst- und Patientenzimmer</li> <li>• Müllentsorgung</li> <li>• Bettenabholung zur Aufbereitung</li> <li>• Rückmeldung von zusätzl. Patientenwünschen</li> </ul> <p>Aufgrund von besonderen Sprachkenntnissen können die Reinigungskräfte bei der Kommunikation unterstützen.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erarbeiten von Ernährungsplänen</li> <li>• Absprache mit der KH- Küche</li> <li>• Unterstützung der Logopädin</li> <li>• Zubereiten von Spezialnahrung</li> <li>• Absprache mit der Servicekraft zum zusätzl. Bedarf</li> </ul> |

## **Interdisziplinäre Fallbesprechung 09.00 -10.30Uhr**

Beteiligte Berufsgruppen: Pflege, Ärzte, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Ernährungsberatung, Sozialdienst, Psychologe

Gesprächsführung erfolgt durch den Reha- Mediziner

- Einzelaufruf jedes Patienten, Abfrage jeder Berufsgruppe (medizinische/ pflegerische Veränderungen, Belastbarkeit, Mobilisation (z. B. Transfer vom Bett zum Stuhle für alle Berufsgruppen wichtige Information), Ernährung, Angehörigengespräche
- ärztlicher Hinweis: immer die Sauerstoffsättigung der Patienten im Blick behalten (gilt für alle Berufsgruppen)
- Festlegung von Veränderungen zur Vorwoche und Ableitung von Therapiezielen (pro Berufsgruppe)
- Digitaler Visitenwagen wird zur Dokumentation in die Besprechung mitgenommen, Dokumentation erfolgt direkt im System und ist für alle Berufsgruppen zugänglich
- Sozialdienst berichtet über berufliche Hintergründe, familiäre Zusammenhänge und mögliche Anschlussheilbehandlungen

Neue Idee wird seitens der Oberärztin eingebracht: mehr Angebote für die Patienten am Nachmittag und Wochenende (Spielbox, Quizz, Stationsrallye), alle sind aufgefordert, bis zur nächsten Besprechung Ideen einzubringen.

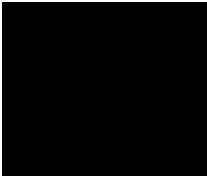

## **Besondere Beobachtungen**

- Hilfsmittelversorger kommt zur Absprache einer Patientenweiterrversorgung (Beatmungsgerät für zu Hause)
- Logopäde war an dem Tag der teilnehmenden Beobachtung nicht in der Frührschicht anwesend
- Computer und elektronischer Visitenwagen arbeiten zu langsam, WLAN scheint nicht ausreichend stark zu sein, Verzögerung der Abläufe
- KTW verschiebt die Abholzeit einer zu entlassenden Patientin auf 21.00 Uhr
- Patiententransport (kann nicht immer zeitnah erscheinen) verzögert die Abläufe
- Dienstübergabe an den Spätdienst: 13.24 (Übergabe am Patientenbett)

Ende der Frühschicht: 14.12 Uhr, Ende der teilnehmenden Beobachtung

### **Eidesstattliche Erklärung**

Ich versichere, dass ich vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

 17.01.2022  


Beate Dahm