

# Qualitätsorientierte interprofessionelle Kooperation (QuiK)

**Udo Schuss**  
**Reiner Blank**

Pflegfachkräfte und  
Mediziner im Fokus

# Qualitätsorientierte interprofessionelle Kooperation (QuiK)

# Qualitätsorientierte interprofessionelle Kooperation (QuiK)

Udo Schuss, Reiner Blank

Udo Schuss, Reiner Blank

# Qualitätsorientierte interprofessionelle Kooperation (QuiK)

Pflegefachkräfte und Mediziner im Fokus



**Udo Schuss. Dr. med., Stuttgart**  
E-Mail: u.schuss@t-online.de

**Reiner Blank. Dr. theol., Hamburg**  
E-Mail: r.blank@blankconsult.de

**Wichtiger Hinweis:** Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

**Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://www.dnb.de> abrufbar.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Kopien und Vervielfältigungen zu Lehr- und Unterrichtszwecken, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Anregungen und Zuschriften bitte an:

Hogrefe AG  
Lektorat Pflege  
z.Hd.: Jürgen Georg  
Länggass-Strasse 76  
3012 Bern  
Schweiz  
Tel: +41 31 300 45 00  
Fax: +41 31 300 45 93  
E-Mail: [verlag@hogrefe.ch](mailto:verlag@hogrefe.ch)  
Internet: [www.hogrefe.ch](http://www.hogrefe.ch)

Lektorat: Jürgen Georg, Martina Kasper  
Herstellung: René Tschirren  
Umschlag: Claude Borer, Riehen  
Satz: Claudia Wild, Konstanz  
Druck und buchbinderische Verarbeitung: Finidr s.r.o., Český Těšín  
Printed in Czech Republic

1. Auflage 2018  
© 2018 Hogrefe Verlag, Bern

(E-Book-ISBN\_PDF 978-3-456-95802-6)  
(E-Book-ISBN\_EPUB 978-3-456-75802-2)  
ISBN 978-3-456-85802-9  
<http://doi.org/10.1024/85802-000>

# Nutzungsbedingungen

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

## Anmerkung

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

# Inhalt

Vorwort .....	9
<hr/>	
<b>Teil I: Hochleistungsmedizin und technischer Fortschritt</b> .....	17
<b>1 Einleitung</b> .....	19
1.1 Das ökonomisch-soziale Missverstehen .....	20
1.2 Fehlende sozialwissenschaftliche und sozialetische Perspektive .....	22
1.3 Die qualitätsorientierte, interprofessionelle Kooperation: QuiK .....	23
<b>2 Praxen, Pflegeheime und Kliniken: soziale Leuchttürme oder medizinische Warenhäuser?</b> .....	29
2.1 Kliniken auf höchstem Niveau .....	29
2.2 Kliniken als Warenhäuser? .....	30
2.3 Ist Medizin ausreichend sicher? .....	33
2.4 Über den Umgang mit Fehlern: Verlässlichkeit und Konsistenz .....	35
2.5 Zeit und Raum für Begegnung .....	36
2.6 Falsche Anreize? .....	37
2.7 Zwischen Überaktivität und Unterlassungsirrtum .....	38
2.8 Kranksein lässt sich nicht üben! .....	39
2.9 Verlässliche Lotsen .....	41
2.10 Aufklärung tut Not! .....	42
2.11 Das Paradoxon der Verschwendung .....	43
2.12 Wertblindheit und Entfremdungserfahrung .....	45
<b>3 Bestandsaufnahme</b> .....	47
3.1 Hier und Heute .....	47
3.2 Das Unbehagen bei Pflegenden und Ärzten .....	50
3.3 Verlust an Qualität? .....	54
3.4 Bessere Qualität durch bessere Kontrolle? .....	57
3.5 Steuern und Rudern .....	59
3.6 Was ist „das Richtige“ und „das Gute“ in Medizin und Pflege? .....	62

3.7	Ökonomisches Denken als Notwendigkeit	64
3.8	Vom schwelenden Konflikt zum besseren Konzept	66

---

<b>Teil II: Umdenken</b>	73
--------------------------	----

<b>4</b>	<b>Umdenken, warum?</b>	75
4.1	Spannungen abbauen	81
4.2	Der Ausgleich zwischen „stark“ und „schwach“	83
4.3	Umdenken braucht Klugheit und Mut	84
4.4	Der „gute Geist“ – das „innere Band“	84
4.5	Die Krankenhäuser werden anders werden (müssen)	85
4.6	Zeit gewähren – um mehr Zeit zu haben	88
4.7	Die Klinik als Organismus: Homöostase	89
4.8	Die vier Kardinaltugenden	90
4.9	Was beim Wandel und Umdenken zu bedenken ist	91
4.10	Das Mehraugenprinzip	95
4.11	Kurz-Infos als Mittel der Kommunikation	96
4.12	Aufklärung als gemeinsame Aufgabe	96
4.13	Arbeitsklima	98
4.14	Umdenken – darum!	100
<b>5</b>	<b>Umdenken – wie?</b>	103
5.1	Innovationen gestalten	104
5.2	Veränderungsmanagement oder Wandel?	108
5.3	Krisen als Chance sehen und nutzen	110
5.4	Führen mit Haltung	112
<b>6</b>	<b>Der Transformationsprozess</b>	115
6.1	Wandel – ein Prozess	115
6.1.1	Wesentliche Voraussetzungen für den Prozess des Wandels	117
6.1.2	Den Prozess des Wandels hindernde und verhindernde Faktoren	120
6.1.3	Fehlermanagement in der Medizin: CIRS	124
6.1.4	Produktive Prozesssteuerung mit Bauchgefühl und Vernunft	125
6.1.5	Zusammenfassung	126
6.2	Persönliche Werte und Glaubwürdigkeit	127
6.2.1	Leistungskultur und Wir-Kultur	127
6.2.2	Gemeinwohl schaffen (Creating Shared Value)	131
6.2.3	Gemeinwohl als messbare Größe: KPS®	133
6.2.4	Corporate Community und Corporate Identity	134



6.3	Elementare Bindekräfte .....	135
6.4	Leitbilder – Formalität oder Wertschöpfungsfaktor? .....	139
<b>7</b>	<b>Führen durch Gestalten</b> .....	<b>147</b>
7.1	Navigationshilfe für Führung .....	148
7.1.1	Transformational Leadership und das AVP-Modell .....	148
7.1.2	Den Steuerungspunkt finden .....	153
7.1.3	Gestalten .....	154
7.2	Wave of Change® – wie Führungsverantwortliche den Wandel gestalten ...	159
7.2.1	Das Bild der Welle .....	159
7.2.2	Wave of Change-Phasen im Überblick .....	162
7.2.3	Wave of Change-Phasen im Einzelnen .....	163
<b>8</b>	<b>Schlusswort</b> .....	<b>173</b>
	Literaturverzeichnis .....	175
	Autorenverzeichnis .....	179
	Sachwortverzeichnis .....	181



# Vorwort

Pflege und Medizin haben in den letzten Jahrzehnten einen sehr hohen Qualitätsstandard erreicht. Das Leistungs- und Sicherheitsniveau ist in der Pflege und in der Medizin, bei der Behandlung mit Arzneimitteln, bei diagnostischen und operativen Interventionen deutlich verbessert worden. Dem persönlichen Willen der Patienten (deren „Autonomie“) wird mit Respekt begegnet und eine mündliche und schriftliche (auch fremdsprachliche) Einwilligung nach erfolgter Aufklärung (*informed consent*) ist heute gängige Praxis.

Das Gesundheitswesen ist insgesamt leistungsfähiger als je zuvor, ohne dass der Anteil am Bruttoinlandsprodukt (BIP) unverhältnismäßig gestiegen ist.

Dennoch ist von einer Krise des Gesundheitswesens die Rede. Im veröffentlichten Diskurs wird der Alltag in Kliniken, Praxen und Pflegeheimen häufig in düsteren Bildern gezeichnet. Patienten begegnen dem System und den darin arbeitenden Menschen zunehmend mit der misstrauischen Frage: „Meint man es gut **mit** mir oder hat man nur ein Interesse **an** mir“?

Genau genommen handelt es sich um eine Krise der ambulanten und stationären Medizin und der Pflege: Es geht um Zugangsgerechtigkeit und Qualität in der kurativen Versorgung. Das weite Feld der öffentlichen Gesundheitspflege (*Public Health*) hat andere, teilweise komplementäre Aufgaben und eine gesonderte Finanzierung.

Es sind die Mitarbeiter/-innen<sup>1</sup>, die zunehmend in ein Spannungsfeld zwischen **Wert- und Werteorientierung geraten**: Ihnen wird ein entscheidender Beitrag zur Qualität der Versorgung und auch der Wirtschaftlichkeit abverlangt, aber eine Einflussnahme auf die Systemregularien bleibt ihnen weitestgehend verwehrt.

Der „Mutterdisziplin“ Medizin stehen heute originäre und selbstbewusste Fachbereiche zur Seite, denen man früher – euphemistisch – eine „dienende“ Funktion zugeschrieben hat.

Die Pflegewissenschaften verfügen zwar noch nicht über eine vergleichbare akademische Tradition und evidenzbasierte Studien sind in den Fächern, die heute einen Master-

---

1 Beschäftigte im Sozialwesen sind weit überwiegend Frauen, was ein durchgehendes generisches Maskulinum kurios erscheinen lässt. Die gewählte Schreibweise will damit jedoch einem syntaktischen Gleichberechtigungsgefummel (Dagmar Rosenfeld, *Die ZEIT*) keinen Vorschub leisten.

abschluss ermöglichen (z.B. Logopädie, Physio- und Ergotherapie) noch eher selten, „Augenhöhe“ ist aber längst gegeben: Weder die „herrschende“ Medizin noch die „regierende“ Ökonomie werden auf diese heranwachsenden Kompetenzen verzichten können.

Diese sich verändernde soziologische Ausgangssituation wird im kommenden Jahrzehnt einen tiefgreifenden strukturellen Wandel nach sich ziehen (müssen). Noch achten die Interessenvertreter der jeweiligen Berufsgruppen mit Argusaugen darauf, dass ihnen nichts „genommen“ wird – ungeachtet der Frage: Was hat wem und mit welcher Begründung denn je „gehört“? Die Kerndisziplinen (Pflege und Medizin) werden enger zueinander finden müssen und es werden veritable, politisch ausgewogene, ideologiefreie und ermutigende Entscheidungen getroffen werden müssen!

Unterhalb der politischen Ebene, auf der Meso- und Mikroebene, werden aber auch die patientennah tätigen Akteure mit **eigenen Beiträgen** zur weiteren Verbesserung der Versorgung und der Arbeitsbedingungen beitragen müssen.

Berufsethische Prinzipien spielen dabei eine ebenso wichtige Rolle wie die Förderung der fachlichen Qualifikation und die Stärkung der persönlichen, sozialen Identität. Es verlangt Mut und Einsatzbereitschaft, sich qualifiziert gegen eine übermäßige Regulierung „von oben“ – durch Politik und Kostenträger – zu behaupten. Denn beide verfügen über keinen persönlichen Kontakt zu Patienten.

### These

Die vertikale Kommunikation zwischen „oben“ und „unten“ wird solange nicht gelingen, wie es im horizontalen, interprofessionellen Dialog nicht gelingt, die Aufgaben kooperativ und qualitätsorientiert zu gestalten!

Viele Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen im Gesundheitswesen, die sich täglich „gemeinsam mit anderen um andere“ kümmern, wollen diese konstruktive Zusammenarbeit: Den beiden großen Berufsgruppen (Pflege und Medizin) wird die Aufgabe zufallen, den Weg zu einer emanzipativen Form der Kooperation zu entwickeln. Deren gutes Zusammenwirken ist nicht nur aus Sicht der Patienten wünschenswert. Mitarbeitende in den Praxen, den Ambulanzen und auf Stationen oder in Operationssälen wissen längst, dass die Gesamtleistung in einem heterogenen Team höher ist als die Summe der Einzelleistungen (Synergie).

Gutmeinende, aber meist selbstautorisierte Prozessoptimierer gebärden sich häufig wie Betreuungsbevollmächtigte gegenüber den Mitarbeiter/-innen ganzer Abteilungen. Sie werden lernen müssen, die zur Mitwirkung Befähigten *ernster zu nehmen*. Mitarbeitende haben heute eigene Ansprüche an ihre Arbeitswelt, in der sie Sinnvolles zu leisten durchaus bereit sind: Auch im Sozialen wollen Menschen, von sich aus – wie Sportler, Politiker und Manager – erfolgreich sein und nicht durchschnittlich.

Dabei ist und bleibt das **Patientenwohl** der entscheidende ethische Maßstab! Dies umfasst die Dimensionen:

- **objektivierbare** (medizinische Parameter, Zugänglichkeit der Leistung),
- **subjektive** (Behandlungszufriedenheit, Berücksichtigung subjektiver Präferenzen) und
- **intersubjektive** (wechselseitige Anerkennung, Respekt, Achtsamkeit).<sup>2</sup>

Der Ethikrat verweist in diesem Zusammenhang ausdrücklich auf die Notwendigkeit, sich **stets einer prüfenden Betrachtung** zu stellen: Was ist objektiv nötig, subjektiv möglich und intersubjektiv erreichbar? Mitarbeitende, die in ihrer täglichen Praxis zu dieser Denkweise angeleitet werden und die ihr (Be-)Handeln zu begründen lernen, werden zu Garanten der Ergebnisqualität und der Patientensicherheit.

Wie aber können und warum sollten Ärzte und Pflegefachkräfte gemeinsam ihren Beruf als „Dienst am Nächsten“ verstehen, sich vor Selbstaussbeutung bewahren, den eigenen Interessen Geltung verschaffen und all dies auch noch ohne jemandem zu schaden und ohne ungerecht zu handeln? Die Antwort darauf ist zunächst eine simple Schlussfolgerung: In jeder Gruppe von Menschen, die sich auf die Ziele ihres Handelns (hier: eine gute medizinische-pflegerische Versorgung) geeinigt hat, führt Kooperation zu einem **positiven Wir-Gefühl**, welches für die Gruppe selbst zu einer sie *stärkenden Erfahrung*<sup>3</sup> wird (Reziprozität). Der Akt des Helfens ist nicht an Sympathie gebunden, sondern Ausdruck der persönlichen und sozialen Vernunft!

Das zur Hilfe geholte betriebswirtschaftliche Wissen hat das Gesundheitssystem vor der Jahrtausendwende buchstäblich vor der „Fahrt gegen die Wand“ gerettet – was heute gerne vergessen wird. Was die Betriebswirtschaft aber nach dieser „Rettung“ nicht leisten konnte und auch zukünftig nicht wird leisten können – gleichsam damals aber von ökonomisch ratlos gewordenen Medizinerinnen und Pflegedienstleitungen – überlassen bekam, war die Gestaltung einer optimistischen **Fürsorgekultur**.

Aus diesem Grund sind die Führungseliten der Fachbereiche Medizin und Pflege gefordert, mutiger als bisher, berufsethische und berufsspezifische Vorbehalte zu betonen, sie zu begründen und versorgungsfremden Interessen entgegenzustellen!

Die **moralischen Prinzipien**, die als Grundlage für *zustimmungsfähige* Entscheidungen gelten, sind für alle Beteiligten *eine dauerhafte Aufgabe* und im Alltag praktisch anwendbar:

1. das Prinzip des Wohltuns (oder Nutzen),
2. das Prinzip des Nichtschadens,
3. das Prinzip Respekt vor der Autonomie und
4. das Prinzip der Gerechtigkeit.<sup>4</sup>

2 Stellungnahme des Deutschen Ethikrates: Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus (2016) S. 37. (Hervorhebungen durch die Autoren)

3 G. Hüther. Was wir sind und was wir sein könnten (2011) S. 25

4 Einzelheiten bei G. Marckmann (Hrsg.) Praxisbuch Ethik in der Medizin (2015) S. 11

Wo sich die im Versorgungsalltag Mitarbeitende diesen Fragen stellen, entstehen keine endlosen medizin- und pflegeethischen Debatten, sondern zunächst einmal ein höheres Maß an **Aufmerksamkeit**. Aufkommende Fragen oder gar Widersprüche werden nach den genannten Prinzipien strukturiert geklärt.

Das Maß an Aufmerksamkeit hat bekanntlich physiologische Grenzen! Deshalb gilt es, eine Praxis der **Beteiligung** von möglichst vielen Mitarbeitenden zu entwickeln. Unabhängig vom beruflichen Status sind besonders die patientennah-tätigen Mitarbeiter/-innen zu ermutigen, ihre Beobachtungen, Eindrücke und Gefühle zu kommunizieren. Beteiligung wird dadurch zur Mitwirkung und fließt in Entscheidungsprozesse ein. Den etwa drei Millionen Menschen in Deutschland, die sich eine Versorgung von Älteren, Kranken oder Behinderten zur beruflichen Aufgabe gemacht haben, wird erst dadurch Respekt und Wertschätzung überzeugend vermittelt.

Beteiligung will **Wirksamkeit**: Für die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in den verschiedenen Gesundheitsberufen stellt sich ständig die Frage, was und wie viel sie dazu beitragen können, dass Kranken und Menschen mit Besonderheiten professionell und dennoch sehr persönlich geholfen wird. Ihr Engagement ist keine angeborene Tugendhaftigkeit, sondern eher ein Protest gegen die vielen Formen der sozialen Gleichgültigkeit: In jedem einzelnen „Fall“ besteht für sie die *Herausforderung darin, eine ... begründete – die ... Wertüberzeugung der Betroffenen respektierende – Entscheidung zu fällen* (Marckmann, ebd.).

Wenn das Ziel damit verbindlich definiert ist und die moralischen Prinzipien unter den Akteuren konsentiert sind, besteht die Hauptaufgabe darin, die multiprofessionelle Arbeit zu koordinieren und für weitere Entwicklungen *anschlussfähig* (A. Nassehi) zu machen. Auch der Erfahrenste und Begabteste wird wegen der zunehmenden Komplexität kompetente Mitarbeiter/-innen „auf Augenhöhe“ brauchen. Wer darauf verzichtet, der demotiviert und bringt damit genau die Kräfte zum Schweigen, die befähigt sind an Lösungen zu arbeiten.

Eine immer größer werdende Zahl von Mitarbeitenden, die schließlich den wesentlichen Teil der Ergebnisqualität im Versorgungsalltag bestimmen, wird es nicht akzeptieren, auf einen nur funktionalen Nutzen reduziert zu werden! Sie verweigern sich auch einer zunehmend betriebswirtschaftlichen Logik. Das Patientenwohl wird zwar werbewirksam plakatiert, aber in der Kulisse werden überwiegend die Erträge, kurze Liegezeiten und hohe Fallzahlen zum eigentlichen Ziel erklärt.

Persönliche Werthaltungen und Reflexionskompetenz entziehen sich der Messbarkeit und damit dem betriebswirtschaftlichen Kalkül. Die meisten Mitarbeiter/-innen wollen auf **Werte** aber dennoch nicht verzichten: Nach dem aktuellen Report der Swiss Academies gilt das *Berufsethos ... derzeit – immer noch – als wichtigste Richtschnur für das Patientenwohl*.<sup>5</sup>

Menschen mit Talenten und jene, die Christine Stüber<sup>6</sup> als *Homo honestus* – als ehrliche Mitarbeiter/-innen – beschreibt, werden nur dort mit Engagement arbeiten, wo Indikatio-

5 Swiss Academies Reports, Vol. 12, Nr. 2 (2017) S. 15

6 Christiane Stüber: Berufsethos im Krankenhaus (2013) S. 189ff

nen begründbar und transparent sind. Mitarbeitende werden zudem nur dort zur Ergebnisqualität und zum Fortschritt beitragen, wo ihr persönlicher Beitrag Anerkennung (oder auch Kritik) findet, wo ihre Neugier geweckt wird und wo Beteiligung und Mitsprache erwünscht sind – also dort, wo die „soziale Ökologie“ stimmt.

Pflegeeinrichtungen, Kliniken und Praxen, die sich als **Verantwortungsgemeinschaft** zu verstehen gelernt haben und die soziale und ethische Bildung ihrer Mitarbeitenden fördern, werden zu den Gewinnern bei der Suche nach qualifiziertem Personal gehören.

Wenn der *Patient im Mittelpunkt* stehen soll, wie alle stets betonen, dann wird man der Wechselwirkung von Patientenwohl *und* dem Wohl der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen mehr Beachtung schenken müssen:

**Das Wohl der Patienten setzt ein Wohl der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen voraus** – und dabei geht es nicht nur um höhere Einkommen oder gar behagliche Komfortzonen und eine sozialromantische Idylle!

Ärzte und Pflegende sind von Hause aus keine Gutmenschen<sup>7</sup>. Aber emotional neutral, frei von Empathie und ohne eine Bewusstheit für das Gute des eigenen Handelns sind selbst hochqualifizierte Pflegefachkräfte und „Spitzen“-Mediziner im eigentlichen Wortsinne – arbeitsuntauglich.

Die Mitarbeitenden im Gesundheitswesen erfahren die Folgen ihres Tuns oder Unterlassens in aller Regel persönlich. Einen Rückzug aus der Verantwortung kann es nicht geben, ohne Schuld auf sich zu nehmen. Darin unterscheiden sie sich von Anwendern eines Herbizids, von Abgasspezialisten, von Stückgut- und von Lebensmittelproduzenten: Pflegende und Ärzte erleben die Schädigungen und Komplikationen zeit- und oft sogar hautnah!

Für Mediziner und *Pflegehandelnde* (A. Riedel) kann das Gütekriterium ihrer Arbeit deshalb primär nicht der Wettbewerb und der Verkaufserfolg sein. Der Zweck ihres (Be-)Handelns erschöpft sich eben nicht in Fallzahlen, Bettenbelegung oder der Verweildauer – so relevant diese Faktoren aus betriebswirtschaftlicher Sicht auch sind. Mitarbeiter/-innen „verweigern“ sich nicht aus Unverständnis für die „großen“ sozialpolitischen Zusammenhänge, wie häufig unterstellt wird, sondern weil ein kranker, leidender Mensch vor ihnen sitzt, steht oder liegt – und keine betriebswirtschaftliche Verwertungsgröße! Der persönliche Beitrag der Mitarbeitenden zu mehr Wirtschaftlichkeit muss sich anderen Ortes erschließen!

Für viele Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen ist auch der selbstdienliche Aspekt von sozialer Arbeit wichtig: Persönlich *in die Situation einzugreifen als einer, der sie zum Besseren wenden* kann, entspringt einem *eigenem inneren* Bedürfnis.<sup>8</sup> Bei Viktor Frankl beantwortet sich die (ontologische) Sinnfrage wie folgt: Wenn „ich etwas nicht nur für mich“ tue!

7 Unwort des Jahres 2015 mit der Begründung, dass Hilfsbereitschaft nicht *naiv und dumm* sei.

8 G. Bittner: „Verlorne Liebesmühe“ – oder: der vergebliche Versuch, die Menschen ethisch aufzurüsten. In: Scheidewege Nr. 47(2017) S. 104

Auch wer persönlich keine lebenswichtigen Entscheidungen zu treffen hat, bleibt ein an der Fürsorge Beteiligter: Auch wer nur zuschaut, ist involviert!

**Die Rolle des schweigenden Mitwissers ist weder mit dem ärztlichen, noch mit dem pflegerischen Berufsethos vereinbar!**

Wo Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen unter ihren fachlichen und sozialen Möglichkeiten bleiben, liegen Potenziale brach. Durch die Besonderheit der Mensch-zu-Mensch Beziehung ist für Ärzte und Pflegende die Zufriedenheit mit der eigenen Arbeit von besonderer Bedeutung! Die positiven Folgen für die Qualität der Versorgung, der Fehlervermeidung, der Bewältigung von Konflikten und der Ökonomie liegen auf der Hand. Zusammenarbeit führt darüber hinaus zu einer stetigen Erneuerung „von innen heraus“ – und darum geht es!

**Die qualitätsorientierte, interprofessionelle Kooperation (QuiK)** ist zunächst einmal nur eine professionelle Herausforderung, der sich alle an der Gesundheitsversorgung beteiligten Berufsgruppen zu stellen haben.

Was von wem und warum als qualitativ gut bezeichnet wird, betrachten wir in Kapitel 3. Auch das Patientenwohl ist selten widerspruchsfrei zu formulieren. Es braucht einen Dialog: Zuerst, wenn möglich, mit dem Patienten und seinen An- und Zugehörigen, dann aber auch mit den beruflich Beteiligten. Die Suche nach dem „Wohl“ eines hilfebedürftigen Menschen ist im konkreten Fall stets ein Oszillieren zwischen Glauben und Zweifel. Konsens kann nicht, von einem stets rückwärtsgewandten Ansatz her, im kleinsten gemeinsamen Nenner gefunden werden: Das würde bedeuten, mit dem Blick in den Rückspiegel nach vorne zu fahren. Ein Konsens entwickelt sich erst aus einer guten Kooperation und dem Mut zur Emergenz (Kap. 4 und 5).

Wir verstehen Kooperation nicht als „Öl fürs Getriebe“, in dem die Größe der Zahnräder festgelegt ist und nur noch die Laufeigenschaften verbessert werden müssen. Diese eher klassische Vorstellung einer (linearen) Steigerung von Leistung und Qualität widerlegt sich gegenwärtig in den Sozialberufen selbst: Das Resultat vieler „Prozessoptimierungen“ ist nicht selten eine unbeabsichtigte Verlangsamung, die die (Transaktions-) Kosten erhöhen!

H. Rosa erklärt dies schlüssig am Beispiel *Verkehrsstau*. Die unerwünschte *Entschleunigung* nennt er eine *dysfunktionale Nebenfolge sozialer Beschleunigung*: Zum Stillstand kommt der Verkehr, weil jeder unkoordiniert möglichst schnell irgendwohin will. Stress, Hektik und auch ökonomischer „Druck“ führen in eine Verlangsamung, einer Zunahme des devianten Verhaltens und schließlich in *economic slowdowns*.<sup>9</sup> Sogenannte „Optimierungen“ werden selten ohne Widerspruch angenommen, weil sie ohne Beteiligung der Mitarbeitenden als nicht „organisch“ empfunden werden können (Kap. 5.2.2).

Die Kosten eines Betriebes steigen auch dann, wenn intelligente und leistungsbereite Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen als Wertschöpfer *unterfordert* werden. Als betriebsinterne Anspruchsgruppe (*interne stakeholder*) wissen sie um ihre Rechte, aber auch um die

<sup>9</sup> H. Rosa: Beschleunigung und Entfremdung (2016) S. 48 f



Pflicht, an der Ergebnisqualität mitzuwirken und einen „Stau“ (s.o.) und Fehler zu verhindern.

Natürlich wissen wir, dass die Bereitschaft zur Kooperation nicht zur Grundausrüstung von Menschen gehört. Kooperation wird auch nicht durch Belohnen oder Bestrafen erreicht – ein Krankenhaus ist keine Hundeschule. Die Zusammenarbeit von möglichst Vielen wird nur gelingen, wenn gute Erfahrungen gemacht wurden und zu neuen Einsichten führten!

Nach Jahrzehnten der Tätigkeit als Klinikarzt in leitender Funktion und Delegierter des Dt. Ärztetages (U.S.) und als Berater von Unternehmen mit vielfältiger Erfahrung in der Begleitung von Transformationsprozessen im Sozialwesen und in der Industrie (R.B.) sind wir, was „verordnete Veränderung“ angeht, bescheidener -, aber im Zutrauen in die Gestaltungskraft kooperierender Menschen immer zuversichtlicher geworden. (Kap. 5)

In **Teil I** suchen wir mit einem deskriptiven Ansatz, warum und wie unter den gegenwärtigen Bedingungen Kooperationen interdisziplinär und qualitätsorientiert im Versorgungsalltag gestaltet werden können.

In **Teil II** erläutern wir an einem erprobten Wellen-Modell, der „Wave of Change®“, wie der Wandel initiiert und gesteuert werden kann: Zum Nutzen der Patienten *und* der Menschen, die sich um sie kümmern.

Viele Mitarbeiter/-innen im Gesundheitswesen sind von oft jahrelangen, weniger guten Erfahrungen geprägt worden. Andere haben ihre Privilegien zu rechtfertigen gelernt und wieder andere haben sich resignativ irgendwie „arrangiert“. Skepsis und Abwehr gegenüber „Veränderungsprozessen“ sind verständlich und sogar berechtigt, weil das Ergebnis allzu oft zu Lasten einzelner Berufsgruppen ging.

Die Aufgaben sind eindeutig formuliert:

1. Versorgung auf einem hohen medizinischen und pflegerischen Niveau
2. Beachtung der Patientenautonomie
3. Qualität und Fehlerfreiheit anstreben
4. Wirtschaftlichkeit und Gerechtigkeit wahren.

Man muss konstatieren, dass es der Ärzteschaft allein *in vielen Bereichen nicht gelingt, die Orientierung auf das Patientenwohl zu gewährleisten*.<sup>10</sup> Alle Mitarbeitenden, die sich in freier Wahl für einen sozialen Beruf entschieden haben, sind also in der Pflicht: Die einen werden sich von Skepsis und Resignation, andere von *kurialen Krankheiten*<sup>11</sup> befreien müssen. Konkret bedeutet dies laut der Robert Bosch Stiftung (2018, S. 18): „Pflegerische Kompetenzen müssen in ihrer Differenziertheit und ihrem Beitrag zu einer exzellenten Gesund-

10 D. Klemperer: „Wem dient die Medizin wirklich?“ Interessen, Zielkonflikte und Patientenwohl in der Klinik. JEK 9 (2016) S. 28

11 Papst Franziskus (Jorge Mario Bergoglio SJ) in seiner Weihnachtsansprache 2014

heitsversorgung klare und breite Anerkennung erfahren. Dies schließt die Zuerkennung einer beruflichen Autonomie ein, die Kompetenzen selbstständig einsetzt und die Qualität verantwortet.“

Es obliegt den *Differenzierungseliten* (A. Nassehi), die sich für Führungsaufgaben qualifiziert haben – und zwar auf all den unterschiedlichen Ebenen der Versorgung – eine qualitätsorientierte, interprofessionelle Kooperation in der eigenen Institution einzuleiten und zu steuern (Kap. 6): Im eigenen Interesse, dem der Mitarbeitenden und dem Gemeinwohl – und nicht zuletzt im Interesse ihrer Patienten.

„Bewegen“ tun sich ständig alle: Parteien, Behörden, Institutionen, die Kirchen und auch die Medien: **Was wir vorschlagen, ist mehr als nur eine neue Choreografie!**

Dr. med. Udo Schuss, Stuttgart

Dr. theol. Reiner Blank, Hamburg

Februar, 2018

Teil I:

# Hochleistungsmedizin und technischer Fortschritt