



Regina Frömming-Ohmke  
Freiberufliche Tätigkeit als Beraterin, Supervisorin (DGSv) und Coach in Einrichtungen des Gesundheitswesens mit Sitz in Ludwigshafen/Rhein

Regina Frömming-Ohmke  
Rheinecke 43  
D-67071 Ludwigshafen am Rhein  
Tel.: 0621 682010  
Frömming-Ohmke.Beratung@t-online.de

Der Text ist die überarbeitete Fassung eines Vortrags im Rahmen des vom Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe (DBfK) Landesverband Baden-Württemberg veranstalteten Fortbildungstages „Wo bleibe ich?“ vom 27.06.02 in Stuttgart.

#### Schlüsselwörter

Zusammenarbeit

Übersicht

Veränderungen im Arbeitsalltag

# **Gemeinsam ins Boot – Berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit in Zeiten des Wandels**

Regina Frömming-Ohmke

*Organisationen im Gesundheitswesen müssen sich derzeit drastischen Veränderungen stellen. Schlagworte in sämtlichen stationären und ambulanten Einrichtungen des Gesundheitswesens sind Kosten, Qualität, Kundenorientierung und Personalkapazitäten. Dabei ist nicht nur der Mangel an Pflegekräften im Blickfeld, sondern auch der Mangel an Ärzten*

Die Arbeit in den Einrichtungen wird zusehends durch leere Kassen der Kostenträger und demografische Veränderungen, wie Geburtenrückgang, Überalterung der Gesellschaft und den dadurch bedingten Mehrfacherkrankungen der Patienten, erschwert. Die sich neuformierenden Anspruchshaltungen der Patienten tragen erheblich dazu bei, die Organisationen in einen gemeinsamen Wettbewerb zu führen.

Der Gesetzgeber fordert mehr Eigenbeteiligung und Eigenverantwortung und verlangt Einsparungen und Bettenabbau. Als Konsequenz werden in stationären Einrichtungen Betten reduziert, Abteilungen geschlossen bzw. umgewidmet und es wird Personal abgebaut.

Qualitätsmanagement und Zertifizierungen sollen helfen, trotz Einsparungen die Qualität der Leistungserbringung sicherzustellen.

Dazu werden u.a. Abläufe und Prozesse in Bezug auf Wirtschaftlichkeit und Notwendigkeit geprüft, um sie in der Weise zu modifizieren und zu verändern, weitere Kosten einzusparen.

Um die Kosten in den Krankenhäusern einzudämmen oder sie zumindest nicht weiter ansteigen zu lassen, verlangt der Gesetzgeber für das laufende Jahr 2003 eine sogenannte „Nullrunde“. Weiterhin wird mit Beginn dieses Jahres in den Krankenhäusern ein neues Abrechnungssystem (ein pauschalierendes Entgeltsystem für allgemeine Leistungen: Diagnosis Related Groups - DRG) eingeführt. Die Krankenkassen sollen nicht mehr Tagessätze bezahlen, sondern Fallpauschalen. Sollen einen Anreiz bieten, die Patienten möglichst zügig wieder zu entlassen. Dieses Jahr soll noch als Probephase gelten, bei der die Teilnahme freiwillig ist. Ab dem 1. Januar 2004 soll die neue Verfahrensweise für alle Krankenhäuser verbindlich eingeführt werden.

## **Mit welchen Veränderungen sind MitarbeiterInnen in Krankenhäusern heute generell konfrontiert?**

- Weniger Personal leistet mehr Arbeit.  
Der Kostendruck ist enorm. Die Mitarbeiter spüren den Druck vor allen Dingen in der Reduktion von Arbeitskräften in sämtlichen Bereichen. Mit der Umsetzung der vom Gesetzgeber geforderten „Nullrunde“ wird der bereits vorhandene Druck nochmals verstärkt.
- Der gesetzlich verordnete Bettenabbau verändert regional die Patientenströme d.h. Häuser konzentrieren sich freiwillig oder unfreiwillig zusätzlich auf Patienten mit bestimmten Krankheitsbildern, um möglichst keine Betten zu verlieren wie z.B. auf „Kurzliegerpatienten“ zur kardiologischen Diagnostik.

- Umstrukturierungen, Zusammenlegungen von Stationen erfordern, dass ein höheres Spektrum an verschiedenen medizinischen und pflegerischen Anforderungen zu erfüllen ist. Die Zusammenlegung und damit Vergrößerung der Station z.B. von 20 auf 40 Betten bilden die Voraussetzung für wirtschaftlicheres Arbeiten, insbesondere wird dadurch die Personalplanung flexibler. Allerdings kann die Konsequenz für das pflegerische Personal bedeuten, dass sie gemeinsam fachlich völlig umdenken und umlernen müssen. Nicht nur, dass sich die Reibungsverluste aufgrund mehrerer ärztlicher Leiter in der Regel vergrößern, zumeist wird im Zuge der Umstrukturierungen die Leitungsfrage sowohl im pflegerischen als auch im ärztlichen Bereich neu gestellt.
- Der Patient von heute ist anspruchsvoller geworden und er hat ein neues Selbstbewusstsein. Er ist insgesamt kritischer, misstrauischer und ungeduldiger. Nicht nur die Kasse wehrt sich gegen unnötige Liegezeiten, sondern auch der Patient.

Insgesamt wird von ihm mehr Eigenverantwortung verlangt und er wird verstärkt in Entscheidungsprozesse miteinbezogen und das setzt voraus, dass er besser informiert ist. So macht der Patient sich kundig über sein Krankheitsbild und mögliche Behandlungsmethoden (im Internet, in Zeitschriften und Büchern) und wählt nach Möglichkeit seinen Leistungsanbieter und die für ihn angemessenen Leistungen frei aus. (Probst 2001, S.100)

Der Wunsch nach zuvorkommender Behandlung und bestmöglicher Versorgung umfasst auch den Wunsch nach Hotelleistungen. Dieses veranlasst die Häuser, den Bettenabbau dazu zu nutzen, um z.B. Vier-Bett-Zimmer in Drei-Bett bzw. Zwei-Bett-Zimmer zu verkleinern und sie mit einer Nasszelle auszustatten.

- Die Verweildauer wird sich mit Umsetzung der DRGs reduzieren. Wenn mit Einführung der DRGs und einer Übergangszeit der mittlere Fallpreis auf Landes- und Bundesebene einheitlich festgelegt ist, verbleibt dem einzelnen Krankenhaus wenig Spielraum, das Budget zu beeinflussen. Eine erneute Verkürzung der Verweildauer wird als Möglichkeit weiterer Kostenreduktionen in Betracht gezogen. Somit sind weitere Leistungsverdichtungen für die Mitarbeiter absehbar.

Die oben beschriebenen Veränderungen stellen für sämtliche Berufsgruppen erhöhte Anforderungen dar und Mitarbeiter fühlen sich dadurch enorm belastet. Der Veränderungsdruck tangiert alle gemeinsam, wobei jede Berufsgruppe auf ihre Weise versucht, mit dem Druck umzugehen.

Was die Auseinandersetzung mit Neuem betrifft, sind Pflegende im Vergleich zu den anderen Berufsgruppen eines Krankenhauses schon recht lange auf dem Vormarsch. Viele Pflegende bilden sich kontinuierlich zu pflegefachlichen Themen fort, in Führung, Kommunikation, Kundenorientierung, Teamentwicklung usw. Allerdings gelingt es dem Pflegebereich nicht, Innovationen auf das gesamte Haus zu übertragen.

Es hat den Anschein, als ob die einzelnen Gruppierungen ihre interne Entwicklung scheinbar unabhängig voneinander vorantreiben und dabei auch unterschiedliche Ziele verfolgen.

*„Die Bewahrung der Grenzen zwischen den Funktionsbereichen ist stärker, als die Tendenz zur Integration.“ (Domayer 1998, S.150, 151)*

## Was braucht es, damit Veränderungen konstruktiv gestaltet werden können?

Die zentrale Frage für die Gestaltung von Veränderungen und damit für die Erhaltung bzw. Steigerung der Leistungsfähigkeit von Organisationen lautet:

**Wie kann es gelingen, bereichsübergreifende Kooperation und Koordination zu entwickeln?**

Nicht zuletzt erfordert die Zunahme an Komplexität in den einzelnen Bereichen ein verstärktes Miteinander. Abhängigkeiten untereinander verdichten sich, die wiederum einen vielfältigen Abstimmungsbedarf zur Folge haben, der „zeitlicher, inhaltlicher, sozialer und operativer“ Natur sein kann. (Probst 2001, S. 109)

Dass sich Kooperation und Koordination zumeist noch schwierig darstellt, liegt u.a. auch daran, dass bisher die Kommunikationsstrukturen sowohl teamintern als auch berufsgruppenübergreifend noch schwach entwickelt sind. Es wird bisher „wenig Zeit“ und Energie „in systematische Reflexion investiert“. (Grossmann/Prammer 1998, S.160)

Nachgewiesenermaßen gehören die Organisationen zu den erfolgreichsten, die ihre Entwicklungen und Restrukturierungen nicht nur aus ihrer Tradition heraus – oder gar aus aktuellen Krisen – begründen, sondern aus motivierenden Bildern – sogenannten Visionen – die die Zukunft abbilden.

*Wenn Du ein Schiff bauen willst, so rufe nicht Leute zusammen, um Holz zu beschaffen und um ihnen Aufgaben und Arbeit zuzuweisen, sondern lehre sie lieber die Sehnsucht nach dem weiten endlosen Meer. (Saint-Exupery)*

Alle Beteiligten müssen verstanden haben, dass Zukunftsgestaltung und Zukunftssicherung der Einrichtung nur mit der Bereitschaft für Veränderungen zu meistern sind. Und weiterhin, dass Veränderungen nur dann langfristig Wirkungen zeitigen, wenn sie gemeinschaftlich d.h. berufs- bzw. einrichtungsübergreifend bearbeitet werden.

## Was hindert, gemeinsam ins Boot zu steigen?

### Veränderungswiderstand

Das Initiieren und Gestalten von Veränderungen ist grundsätzlich keine leichte Sache. Wie mühsam es ist, haben wir selber schon am eigenen Leib erfahren, wenn wir z.B. ungesunde Lebensgewohnheiten verändern wollen. Der Widerstand in Organisationen ist somit im Zusammenhang von Veränderungen ein bekanntes Phänomen. Erfahrungswerte zeigen, dass in der Regel etwa 20 % der Mitarbeiter auf Veränderungen positiv reagieren, während 20 % der Mitarbeiter nicht bereit sind, Veränderungen konstruktiv mitzugestalten. Die übrigen 60% verhalten sich unentschieden und es gilt, diese Gruppe positiv einzubeziehen.

### Expertenbetrieb Krankenhaus

Krankenhäuser sind Expertenbetriebe. Jede Berufsgruppe, ob Medizin, Pflege, Verwaltung oder Technik, erbringt arbeitsteilig hochspezialisierte Leistungen.

Treten z.B. Probleme in der Kooperation oder Organisation auf, schaut jede Gruppe auf sich und begnügt sich zumeist mit kurzfristigen Anpassungen bzw. Lösungen. Bisher wird nur sehr begrenzt Energie für Fragen und Lösungen, die sie gesamte Organisation betreffen, aufgewendet. (Grossmann/Prammer 1998, S. 183)

### Krankenhäuser – in Traditionen gefangen

Veränderungen in Krankenhäusern zu initiieren, insbesondere in denen mit öffentlicher Trägerschaft, sind mühsam. Häufig überwiegt hier noch ein ausgeprägtes Verwaltungsdenken. Mit der Idee alles kontrollieren und regulieren zu können sind diese Einrichtungen einer Behörde sehr ähnlich. Eine weitere Hürde auf dem Wege der konstruktiven Gestaltung von Veränderungen ist die Kultur der Ärzte, „der wohl ältesten und härtesten Hierarchie in arbeitsteiligen Organisationen überhaupt.“ (Probst 2001, S.108) Ihre Handlungslogik dominiert oftmals noch eine gesamte Organisation. Nicht selten wird die formale Autorität der Verwaltung, die den Blick für die gesamte Organisation hat, von der funktionalen Autorität des ärztlichen Direktors überlagert, wenn trotz knapper finanzieller Mittel z.B. unbedingt eine Anschaffung getätigt werden muss, und als Begründung dafür die Notlage der Patienten angeführt wird. Widerspruch fällt in diesem Fall sehr schwer, denn eine Verwaltung ist angehalten, „ihre Entscheidungen am Zweck des Krankenhauses, nämlich einer angemessenen Krankheitsheilung ausrichten.“ (Probst 2001, S. 108) Dies vermittelt den Eindruck, als ob der ärztliche Dienst allein die Verantwortung für die Erbringung der krankheitsheilenden Leistung trägt. Dabei wird „ein produktives Gesamtergebnis im Sinne von Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit erst dann zustande kommen, wenn die Pflege, die Ärzte, die therapeutischen Berufe und die Verwaltung ihre jeweilige

Spezialisierung als autonom und wechselseitig voneinander abhängig verstehen und – bezogen auf die Gesamtaufgabe der Organisation – koordiniert und integriert handeln.“ (Probst 2001, S. 110)

### **Anforderungen der Mitarbeiter an einen zeitgemäßen Arbeitsplatz**

Nachgewiesenermaßen ist eine ansteigende Unzufriedenheit der Mitarbeiter an ihren Arbeitsplätzen zu verzeichnen. Dies hat ein Absinken der Arbeitsmotivation und -moral zur Folge. „Die Bereitschaft, den Job zu wechseln, wenn man das Gefühl hat, es könnte woanders besser sein, ist vorhanden. Beklagt wird aber weniger eine zu geringe Bezahlung als vielmehr das Fehlen persönlicher Entfaltungsmöglichkeiten und beruflicher Entwicklungsmöglichkeiten, vor allem fehlende Anerkennung und mangelnde Unterstützung. Sicher ist hier ein Zusammenhang mit den gestiegenen Belastungen unter den sich verändernden Arbeitsbedingungen zu sehen.“ (Zech 2001, S.73)

Darüber hinaus sind Bedingungen förderlich, die Motivation und Loyalität der Mitarbeiter gegenüber der Organisation erhöhen.

Das sind in erster Linie:

- „Das Ansehen der Einrichtung in der Öffentlichkeit, ihre Anerkennung und der Erfolg der Organisation
- Lebendige, von allen Mitgliedern geteilte Visionen und gemeinsame Ziele
- Die Stabilität des eigenen Arbeitsplatzes und die Kontinuität des eigenen Fortkommens, d.h. die Möglichkeiten zu einer beruflichen Karriere
- Eine Kultur der Selbstverantwortung und des Vertrauens statt rigider Kontrollmechanismen
- Ein Verhalten der obersten Führungsebene, das soziale Zugehörigkeit und die Identifikation mit der Organisation und ihren Mitarbeiter ausdrückt
- Ein kooperatives Führungsverhalten der Vorgesetzten im Umgang mit ihren Mitarbeitern und der persönliche Kontakt zwischen den Hierarchieebenen.“ (Zech 2001, S. 76)

### **Wie können Voraussetzungen für bereichsübergreifende Kooperation und Koordination geschaffen werden?**

#### **Die Verantwortung der Führungsebene**

Es beginnt bei der obersten Führungsebene, der Geschäftsführung bzw. Verwaltungsleitung, der pflegerischen Leitung sowie der ärztlichen Leitung eines Hauses. So reicht es nicht mehr aus, Führung z.B. durch eine herausragende ärztliche Persönlichkeit zu repräsentieren und vorrangig medizinische Innovationen voranzutreiben, sondern tatsächlich die Führungsrolle aktiv einzunehmen und zu gestalten. Jede Leitung hat die Aufgabe die eigene Berufsgruppe zu führen. Darüber hinaus wird allerdings ein weiteres Führungssystem benötigt, das horizontal vernetzt ist und als Team wirksam wird. (Domayer 1998, S.157)

Die Leitungskräfte eines Hauses benötigen eine Identität als Gruppe, der es gelingt, gemeinsam auf das Ganze zu blicken und Führung miteinander zu realisieren. Es liegt in der Natur der Sache, dass es durch die damit verbundenen Diszanzierung von der jeweils eigenen Berufsgruppe zu Konflikten kommen kann, die die Loyalität u.U. in Frage stellen. Eine Leitung muss sich dann fragen, soll ich „die Interessen der eigenen Berufsgruppe vertreten und dadurch die damit verbundenen Konflikte mit den anderen in die kollegiale Führung tragen, oder handle ich als Leitung im Sinne des Ganzen und riskiere Spannungsfelder mit der eigenen Berufsgruppe?“ (Domayer 1998, S. 158)

Standards, die sich auf diverse Leistungen und Abläufe innerhalb einer Berufsgruppe beziehen, sind noch relativ einfach zu realisieren. Schwieriger dagegen ist es, andere Berufsgruppen zur Einhaltung von Absprachen bzw. Standards zu verpflichten, d.h. Qualität aus der Sicht des Hauses zu betrachten. Dass es bisher kaum gelingt, zur Einhaltung von Absprachen eine berufsgruppenübergreifende Verbindlichkeit herzustellen, wird von Mitarbeitern allgemein als Manko erlebt.

## Wie kann es gelingen?

Die Erfahrung zeigt, dass die Entwicklung berufsgruppenübergreifender Zusammenarbeit in der Regel davon abhängt, ob zunächst die einzelne Berufsgruppe für sich genügend Sicherheit bezüglich der eigenen Rolle, im Rahmen des Ganzen, finden kann. Dafür grenzt sie sich zuerst von den anderen ab. Erst nach einer Phase der Findung innerhalb der eigenen Gruppe kann über Grenzen hinweg kooperiert werden und das Ganze gesehen werden z.B. in bereichsübergreifenden Projekten.

## Ein Praxisbericht aus dem Pflegebereich

Wie z.B. Stationsleitungen einiger Krankenhäusern heute bereits vorgehen, um ihre Mitarbeiter in diesen Zeiten der massiven Veränderungen ins Boot zu holen, soll der nachfolgende Praxisbericht aufzeigen:

Die gute Zusammenarbeit zwischen Team und Leitung wird als Grundvoraussetzung gesehen.

Jeder Mitarbeiter soll wissen, welche Aufgaben und Verantwortungen seine Leitung hat und in welcher Weise sie sich für das Team und dessen Aufgabebereich einsetzt. Dazu macht sie ihre Tätigkeit im Rahmen ihrer Führungsfunktion transparent. Sie versucht, Sicherheit zu vermitteln und Vertrauen herzustellen z.B. über eine konstruktive Beziehungsgestaltung. Dazu sucht sie Gelegenheiten, jeden Mitarbeiter mit seinen Leistungen anzuerkennen, in dem sie den Blick bewusst auf das lenkt, was diesem gelingt.

Im Rahmen des situativen Führens sieht sie es als ihre Aufgabe an, jeden Mitarbeiter dort abzuholen, wo er steht – unter Berücksichtigung der Persönlichkeit und Fachlichkeit. Die Rollen der Einzelnen werden neu gestärkt, um professionelle Standards in der Pflege zu realisieren. Jeder Mitarbeiter wird in der Weise gefordert und gefördert, dass er sich in den einzelnen Kompetenzebenen u.a. der Fachkompetenz, der sozialen Kompetenz, der Methodenkompetenz, der persönlichen Kompetenz weiterentwickeln kann.

So wird z.B. von jeder Fachkraft erwartet, sich einen Blick für die gesamte Station zu erarbeiten, um bei Bedarf die Schichtleitung übernehmen zu können.

Ziel ist es, dass die Station zu jeder Zeit reibungslos läuft, gleichgültig, ob die Stationsleitung da ist oder nicht.

Die Stationsleitung sieht ihren Leitungsauftrag nicht nur in der Bewältigung von Routineabläufen, sondern in der Weiterentwicklung der gesamten Station einschließlich ihrer Mitarbeiter. Je nach Einrichtungs- bzw. Stationskonzept hat sich die konkrete pflegerische Mitarbeit der Leitung verringert. Ihre Fachaufsicht, zunehmend mit Unterstützung von Pflegeexperten, behält sie weiterhin bei.

Wesentliches Führungsinstrument für die Stationsleitungen sind die Mitarbeiterjahresgespräche, in denen die Ziele des Hauses auf die Stationen heruntergebrochen werden, um sie mit den laufenden und künftigen Zielen des Mitarbeiters abzugleichen. Gleichzeitig erhält der Vorgesetzte wichtige Rückmeldungen über seine Führungsarbeit und die Beziehung zu seinem Mitarbeiter.

Es ist hinreichend bekannt, dass die Mitwirkung an Veränderungen dann für Mitarbeiter eher interessant und lohnenswert ist, wenn sie die Ziele kennen. Und die Umsetzung dann greift, wenn sie gemeinsam erarbeitet wurde. Es gibt keine Patentlösungen, sondern jede Station muss ihren eigenen Weg finden. Um die Mitarbeiter ausführlich informieren zu können, benötigt die Stationsleitung wiederum umfassende Informationen und Transparenz von Seiten der Pflegedirektion über geplante Maßnahmen und deren Zielsetzungen. Sie erwartet weiterhin Begleitung, und bei Bedarf, Unterstützung von dort.

Im Rahmen der Veränderungen stellt die Stationsleitung Zeit für Besprechungen bereit, um das Gemeinschaftsgefühl des Teams zu stärken. In Gesprächen werden nicht nur Absprachen getroffen, sondern auch Ängste artikuliert. Es geht um Grenzen der Belastbarkeit, um Prozesse der Verarbeitung und um den Faktor Zeit.

Wenn die Pflegenden in ihrem Team sicher sind, welche Rolle sie im Zusammenhang mit Veränderungen einnehmen, gelingt es ihnen, gemeinsam mit anderen Berufsgruppen zu kooperieren und den Blick über den Tellerrand – nämlich für die ganze Organisation – zu bekommen.

**Literatur:**

- Domayer, E.: Die Reorganisation eines Pflegeheimes – Eine Fallstudie vor dem Hintergrund allgemeiner Entwicklungstrends der Krankenhausführung, in: Dahlheimer, V./ Krainz, E./ Oswald, M. (Hrsg.): Change Management auf Biegen und Brechen, Wesbaden, 1998
- Grossmann, R./Prammer, K.: Die Qualität der Arbeit sichern und die Organisation entwickeln – Optimierung zentraler Leistungsprozesse im Krankenhaus am Beispiel eines „OP-Betriebs“, in: Dahlheimer, V./ Krainz, E./Oswald, M. (Hrsg.): Change Management auf Biegen und Brechen, Wesbaden, 1998
- Probst, A.: Gesundheit als Koproduktion – Zukunftsfähigkeit von Organisationen des Gesundheitssystems am Beispiel des Krankenhauses, in: Zech, R./ Ehses, C. (Hrsg.): Organisation und Zukunft, Hannover, 2001
- Zech, R.: Arbeits- und Unternehmenslandschaften im Wandel – zur Zukunft des Büros, in: Zech, R./Ehses, C. (Hrsg.): Organisation und Zukunft, Hannover, 2001

Die klare Identität der Berufsgruppe ermöglicht es, sich den anderen Berufsgruppen innerhalb der Einrichtung, wie Ärzten, Mitarbeitern des Labors, der Röntgenabteilung, der Küche, der Verwaltung kooperierend zuzuwenden. Der Blick ist stärker auf das gemeinsame Ziel allen Wirkens und Handelns gerichtet, den Patienten – verbunden mit der wirtschaftlichen Überlebensfähigkeit der Organisation und damit der Sicherstellung der Arbeitsplätze.

## Zusammenfassung

Krankenhäuser, wie andere Organisationen auch, sehen sich heute mit einer Vielzahl von Veränderungen konfrontiert. Damit geht auch die Einsicht einher, dass Veränderungen – intern oder extern bedingt, zur Arbeit und zum Leben gehören. Permanentes Lernen aller Beteiligten gehört zum Tagesgeschäft.

Voraussetzung für Veränderungen ist eine Führungsebene, die den Blick für das Ganze hat und nicht nur für den jeweiligen Bereich. Damit Veränderungen wirksam greifen, ist eine berufsgruppenübergreifende Kooperation erforderlich. Diese gelingt allerdings erst dann, wenn die Mitarbeiter eines jeden Bereiches ein Gefühl von Zugehörigkeit und Identifikation für ihren jeweiligen Bereich entwickelt haben.

Die Mitarbeiter wollen die Gründe für die Veränderung verstehen und was die Veränderungen für ihre Arbeit bedeutet. Sie erwarten umfassende Informationen, Transparenz sowie Unterstützung, Begleitung und Orientierung durch die Leitungsebene.

Die Pflegenden haben, da sie die größte Berufsgruppe in Gesundheitseinrichtungen sind, nicht nur in der Bewältigung der täglichen Arbeit, sondern auch in der Mitgestaltung von Veränderungen eine Schlüsselstellung. Und deshalb wollen und sollen Pflegenden im Rahmen der Veränderungen – gemeinsam im Boot mit den anderen Berufsgruppen – nicht nur Ruderer sein, sondern auch auf der Kommandobrücke des Schiffes ihren wichtigen Beitrag leisten.