

Hellmann/Hoefert/Wichelhaus (Hrsg.)

Ärztliche Karriere im Krankenhaus

Ein Leitfaden für die Übernahme
von Führungsaufgaben



Gesundheitswesen in der Praxis

 medhochzwei

Das Krankenhaus im Wandel – Prozessorientierung im Krankenhaus

Peter Stratmeyer/Axel Düsenberg

		Rn.
1	Das Krankenhaus vom Kopf auf die Füße stellen – Organisation patientennaher kooperativer Versorgungs- prozesse auf Stations- und Abteilungsebene	1 – 36
1.1	Ausgangslage	1 – 10
1.2	Paradigmenwechsel – von der Versäulung zur Prozess- organisation	11, 12
1.3	Modell Kooperatives Prozessmanagement im Krankenhaus	13 – 18
1.4	Konzept der erweiterten Pflegeaufgaben	19 – 22
1.5	Bezugspersonenkonzept	23 – 35
1.6	Zusammenfassung und Überleitung	36
2	Das ECO-Konzept des DRK-Krankenhauses Clementinenhaus	37 – 77
2.1	Zukünftige Herausforderungen	39 – 45
2.2	Ziele	46
2.3	Organisationselemente des ECO-Konzepts (Expert Care Organisation)	47 – 68
2.4	Implementierung und Evaluation des ECO-Modells	69 – 77
3	Fazit	78 – 81
Literatur		

Schlagwortübersicht

	Rn.		Rn.
Bezugspersonenkonzept	23	Kernteam ..	31, 35, 50 f., 53, 58, 60, 71, 79
DRK-Krankenhaus Clementinen-		Kooperatives Prozessmanagement	
haus	36 f., 78	(KoPM®)	13, 15
ECO-Konzept		Leistungsgarantie	32
(Expert Care Organisation)	71	Leitungsrollen	33 f.
ECO-Pflegefachkraft	52, 58	Mitarbeiterorientierung	80
Erweitertes Behandlungsteam	50, 53	Patientenorientierung	17, 79 f.
Expertensystem Medizin	55	Prozessorganisation	11, 23, 26, 32, 36
Expertensystem Pflege	56	Prozessverantwortung	23, 32
Fallverantwortung	31	Zentrale Patientenaufnahme (ZPA)	48

Abstract: Ziel des Aufsatzes ist es, ein auf praktische Erfahrungen basierendes sowie theoretisch begründetes kooperatives Modell moderner Organisationsgestaltung von Krankenhäusern vorzustellen. Ausgehend von dem Leitmotiv patientenorientierter Versorgung werden die Leistungsprozesse der Patientenversorgung konsequent in den Vordergrund gerückt, an denen sich die Anforderungen der Arbeitsteilung sowie des Zusammenwirkens der Berufsgruppen und der jeweiligen Leitungsstrukturen zu orientieren haben. Vorgestellt wird ein Krankenhaus, das sich bereits vor Jahren auf den Weg gemacht hat, eine grundlegende Revision ihrer Organisation in Richtung auf konsequente Umsetzung von Prozessorganisation und Prozessmanagement durchzuführen.

1 Das Krankenhaus vom Kopf auf die Füße stellen – Organisation patientennaher kooperativer Versorgungsprozesse auf Stations- und Abteilungsebene

1.1 Ausgangslage

- 1 Seit vielen Jahren wird beklagt, dass die Krankenhausorganisation unter berufsständischer Versäulung leide, die einer Konzentration auf die arbeitsteilig zu erbringenden Leistungsprozesse entgegenwirke.¹
- 2 Organisationstheoretisch bedeutet die Vorstellung, dem Krankenhaus mit seinen Berufsgruppen, Hierarchiegefügen und Stellen in der Organisationsgestaltung einen zentralen Stellenwert einzuräumen, in die sich die Leistungsprozesse einzupassen haben, eine primäre Orientierung an der Strukturorganisation. Wer sich

¹ Stratmeyer, Das patientenorientierte Krankenhaus, 2002.

einen Überblick über ein Krankenhaus verschaffen will, wird sich auch zunächst am formalen Organisationsaufbau orientieren: Krankenhausleitung, Medizinische Fachabteilungen mit ihren jeweiligen personellen Untergliederungen, Pflegedienst, Verwaltung und Wirtschaftsabteilung, medizinische Funktionsdienste, usw.

Die medizinische Fachabteilung nimmt dabei eine besondere Rolle ein, da sie den eigentlichen produktiven Kern des Krankenhauses darstellt. In der Abteilung werden die Patienten aufgenommen, behandelt, gepflegt, versorgt und in der Regel auch wieder entlassen. Die nichtmedizinischen Abteilungen bekommen dabei den Status von Service- und Supportfunktionen zugewiesen. Dieses Bild, die medizinischen Fachabteilungen mit ihren Hauptrepräsentanten den Chefarzten als eigentliche Kernbereiche zu verstehen, um die sich das übrige Krankenhaus mit seinen vielfältigen Berufsgruppen herumorganisiert, besteht sicherlich noch in vielen Köpfen leitender Krankenhausärzte, hat sich aber angesichts der Entwicklungen immer mehr überlebt. 3

Dafür ist eine ganze Reihe von Gründen verantwortlich. So haben die Krankenhäuser im Laufe ihrer Geschichte ausdifferenzierte Strukturen ausgebildet, die eine Art systemisches Eigenleben betreiben und z. T. nur noch lose an die medizinische Versorgung in den Abteilungen gekoppelt sind. Sie fühlen sich den Prämissen der ärztlichen Versorgung der Patienten nicht mehr alleine und im vollem Umfang verpflichtet, sondern stärker den Zielen und Aufgaben des eigenen Bereiches. Als eindrucksvolle Beispiele zählen insbesondere die Wirtschafts- und Qualitätsmanagementabteilungen. Um es deutlich zu machen, diese Entwicklung mag aus krankenhausesärztlicher Sicht beklagt werden, sie ist aber unweigerlich der Organisationsevolution geschuldet, die durch vielerlei gesellschaftliche, politische, wissenschaftliche und berufsständische Entwicklungen beeinflusst wird. So gilt es heute mehr denn je, eine moderne Organisationsform zu etablieren, die in der Lage ist, dem systemischen Eigenleben von Subsystemen des Krankenhauses entgegenzuwirken, um dem Leistungsbedarf angemessene und für die Akteure zufriedenstellende Arbeitsbedingungen zu schaffen. 4

Am Beispiel des Kooperationsverhältnisses von Ärzten und Pflegenden soll die Krankenhaussystementwicklung kurz nachgezeichnet werden. Der Pflegedienst hat sich, gestützt durch politische, gesetzgeberische, berufsständische und aktuell auch wissenschaftliche Entwicklungen, als eine eigene Berufssäule mit eigener beruflicher Identität, eigenen Organisations- und Leitungsstrukturen parallel und z. T. auch unabhängig von der Krankenhausmedizin entwickelt. Während der Pflege im Krankenhaus alter Prägung das Kümern um basale Grundbedürfnisse der Patienten, hauswirtschaftliche Versorgung, die ärztliche Assistenz und der Bereich der Zuwendung und Fürsorge zugeschrieben wurde, drängt sich daraus heute mit immer größerem Selbstbewusstsein eine wissenschaftlich begründete Pflege neben die Medizin und macht ihr in Teilen ihre Vormachtstellung streitig. Die Abgrenzungs- und z. T. auch nicht immer richtig verstandenen Professionalisierungsbestrebungen der Pflege, die ihre Entwicklungsmöglichkeiten unter einer 5 6

allseits dominierenden Medizin im Krankenhaus beschnitten sahen, erhielten zuletzt insbesondere in den 90er Jahren Auftrieb durch zunehmende Probleme der Personalsicherung. Hohe Abwanderungsquoten und geringerer Nachwuchs schafften vielen Krankenhäusern erhebliche Engpässe bis hin zu Betten- und OP-Saalschließungen. Auch auf politischer Ebene wurde zu dieser Zeit der Blick auf strukturelle Mängel und Versäumnisse in der Pflege geschärft. Neben moderater Stellenerhöhung, Einkommensverbesserungen erhielt die Formel „Abgabe berufsfremder Arbeiten“ Hochkonjunktur, um eine spürbare Verbesserung der Arbeitssituation zu erreichen. Mit z. T. relativer Beliebigkeit wurden in vielen Krankenhäusern einzelne Aufgaben herausgeschnitten, die fortan von anderen Berufsgruppen erbracht werden sollten. Im Focus standen Bereiche der hauswirtschaftlichen Versorgung, administrative Tätigkeiten und ärztliche Aufgaben. Blutentnahmen, Injektionen, mitunter auch Blutdruckmessung und anderes wurde in die Kategorie „berufsfremd“ verbannt. Der eherne ökonomische Grundsatz, dass unter Wahrung der Rechtssicherheit Aufgaben von denen übernommen werden sollten, die dies nicht nur am besten, sondern auch mit den geringsten Personalkosten tun können, wurde auf dem Schauplatz des Pflegenotstands geopfert. Das langwährende stillschweigende Übereinkommen, Pflegearbeit als eine disponible Restgröße des Krankenhauses zu verstehen, die die Lücken zwischen den sich immer weiter ausdifferenzierenden Berufsgruppen schließt, wurde zunehmend in Frage gestellt und aufgekündigt. Die Zugriffsmöglichkeiten des ärztlichen Dienstes auf Pflegearbeit wurden mit der Ära des Pflegenotstands immer mehr beschnitten.

- 7 Die Bestrebungen zur Aufwertung der Pflege führten auch zu einer deutlichen Verbesserung des Leitungskaders. Ab 1993 konnte unterhalb der Ebene der Pflegedienstleitung für jeweils 80 Beschäftigte im Tag- und Nachtdienst eine leitende Krankenpflegeperson oberhalb der Stationsleitungsebene eingesetzt werden. Dass ein solches Erstarken auf der Leitungsebene die systemischen Verselbstständigungstendenzen des Pflegedienstes befördern, ist unmittelbar einsichtig.²
- 8 Nach im internationalen Vergleich extrem verzögerter Akademisierungsentwicklung wurden seit etwa Mitte der 90er Jahren in fast allen Bundesländern die Weichen für die Hochschulqualifikation der Pflegeberufe gestellt. Innerhalb weniger Jahre wurden etwa 50 Studiengänge eingerichtet. Nachdem in den ersten Jahren noch die traditionellen Weiterbildungsziele wie Leitungs- und Unterrichtsqualifikation auf Hochschulniveau gehievt wurden, sind in den letzten Jahren verstärkt Tendenzen zur wissenschaftlichen Fundierung der klinischen Pflege zu beobachten. Das damit erworbene Professionalisierungsniveau erreicht in diversen Anwendungsbereichen Qualitäten, die den Vergleich mit ärztlicher Kompetenz keinesfalls scheuen müssen. Rückwirkungen dieser Entwicklung reichen bis in die Aus-, Fort- und Weiterbildungsstrukturen und in die Pflegepraxis. So haben sich

² Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung, BGBl. 1992 I S. 2266, Leitende Krankenpflegepersonen.

in einzelnen Segmenten der medizinisch-pflegerischen Versorgung mittlerweile in vielen Krankenhäusern pflegfachliche Expertisen entwickelt, die weit über die durchschnittlich zu erwartenden Kompetenzen von Ärzten hinausgehen: z. B. Wundmanagement, Inkontinenzversorgung, Schmerzmanagement, Patientenedukation, Patientenüberleitung, Entlassungs- und Casemanagement. Durch unzureichende Arbeitsteilung, Delegation und Aufgabenübertragung nutzen die Krankenhäuser diese Potenziale aber bisher viel zu wenig.

Zwar kommt in der Krankenhausversorgung der ärztlichen Dienstleistung nach wie vor eine Vorrangstellung zu, allerdings gilt diese Vorrangstellung nicht mehr ungebrochen und gilt nicht mehr in jedem Fall. Der Sachverständigenrat urteilt recht klar, wenn er Defizite in der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe konstatiert und die zentrale Schlüsselstellung von Ärzten nicht mehr als durchgehend angemessen in der Gesundheitsversorgung erachtet. Die Verteilung der Tätigkeiten würde längst nicht mehr den demographischen, strukturellen und innovationsbedingten Anforderungen gerecht.³

Zwischenzeitlich hat sich das Blatt gewendet. Vom Pflegenotstand ist keine Rede mehr. Dies liegt zum großen Teil auch daran, dass in den Jahren 1995 bis 2006 insgesamt knapp 46.000 Vollkraftstellen im Pflegebereich allgemeiner Krankenhäuser abgebaut wurden (- 14,2 %), während im gleichen Zeitraum rund 21.000 Stellen für Ärzte geschaffen wurden (+ 21,7 %).⁴ Diese Entwicklung im ärztlichen Bereich hat allerdings ganz offenbar nicht die erhofften Entlastungswirkungen gezeigt. Im Gegenteil, die Attraktivität des Berufes Krankenhausarzt hat sehr deutlich gelitten. Heute sind wenigstens 4.000 Arztstellen unbesetzt.⁵ Jüngste Verbesserungen im Bereich Arbeitszeit und Einkommen zeigen ganz offensichtlich nicht oder noch nicht die erwünschten Wirkungen und schon zeigt sich am Horizont ein neuer Pflegenotstand, da sich die Arbeits- und z. T. auch Einkommensbedingungen für Pflegenden im Krankenhaus in den letzten Jahren deutlich verschlechtert haben.⁶

Die traditionelle, versäulte Krankenhausorganisation ist nicht in der Lage, diese Entwicklungslinien der Berufsfelder angemessen zu berücksichtigen. Vielmehr wirkt die Orientierung an den traditionellen Strukturen der Aufbauorganisation einer produktiven Leistungserstellung und für Ärzte und Pflegenden zufriedenstellenden Arbeitsbedingungen entgegen. Die Fokussierung auf berufsgruppenbezogene Egoismen, Durchsetzung berufsständischer Partialinteressen, Departmentdenken und Abgrenzungsversuche befördern Separationsentwicklungen unter denen letztlich Ärzte und Pflegenden gleichermaßen leiden. Bereiche und Abteilungen haben die Tendenz sich nach innen zu orientieren und gegeneinander

3 Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2007, S. 96.

4 Simon, Personalabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser, 2009, S. 111.

5 Blum/Offermanns/Perner, Ärztemangel bundesweit drastisch zugenommen, 2009, S. 36.

6 Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V., *Pflegethermometer 2007* (www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/Pflege-Thermometer2007_Zusammenfassung.pdf).

der abzuschotten. Damit ist geringere Transparenz verbunden und erschwerte Kooperation zwischen den Abteilungen. Die Probleme in den Schnittstellen der Bereiche müssen mit relativ großem Aufwand mittels hierarchischer Kontrolle koordiniert werden. Das kostet der Organisation viel Energie und Ressourceneinsatz, der an anderer Stelle sinnvoller einzusetzen wäre.⁷ Selbst wenn es einer Organisationseinheit gut gelingt, Optimierungen herbeizuführen, so geht dies mitunter zu Lasten der anderen. Die Geschichte der Arbeitsteilung von Ärzten und Pflegenden im Krankenhaus hat hierfür eine ganze Reihe eindrucksvoller Beispiele hervorgebracht.

1.2 Paradigmenwechsel – von der Versäulung zur Prozessorganisation

- 11 Ein organisatorischer Gegenentwurf zum Primat der Aufbauorganisation wie er oben problematisiert wurde, stellt die Prozessorganisation dar. Ihr Ansatzpunkt ist es, sich in erster Linie an den Anforderungen von möglichst optimal ausgerichteten Leistungsprozessen zu orientieren, die berufsgruppen-, hierarchie- und abteilungsübergreifend modelliert werden. Grundverständnis stellt dabei das Modell der Kunden- und Lieferantenbeziehung dar. Eine vertragliche Vereinbarung zwischen beiden regelt, dass der Lieferant ein Produkt bzw. eine Dienstleistung liefert, die den Erwartungen des Kunden entspricht. Dieser simple Grundsatz wird nun nicht nur auf die Beziehungen zwischen Leistungsakteuren und externen Kunden wie Patienten, Einweisern, Krankenkassen etc. bezogen, sondern auch auf die Beziehungen aller an Leistungsprozessen beteiligten internen betrieblichen Akteure übertragen. Der Pflegedienst übergibt einen Patienten in den OP-Bereich in einer vereinbarten Dienstleistungsqualität, die es dem „Kunden“ OP-Abteilung ermöglicht, störungsfrei seine Arbeit unter optimalen Voraussetzungen aufzunehmen. Gleichmaßen kann die Station darauf vertrauen, den Patienten vom OP in einer definierten Qualität übergeben zu bekommen: mit stabiler Kreislauffunktion, selbstständig und hinreichend atmend, mit aseptischem Wundverband, vollständigen Unterlagen usw. So markiert der output eines Teilprozesses im Idealfall den input des nächsten Teilprozesses, der dann weiterverarbeitet wird (throughput) usw.
- 12 Der Strukturorganisation kommt in dieser Betrachtung eine zweitrangige Bedeutung zu. Nicht das Selbstverständnis einer Stelle, ihr etabliertes Profil oder ihre traditionelle Funktion sind ausschlaggebend, sondern die Frage, inwieweit die Stellen in der Lage sind, die Leistungsprozesse möglichst optimal zu unterstützen – das gilt wohlgemerkt nicht nur für Prozessmitarbeiter unterer Hierarchieebenen, sondern gleichermaßen für die Führungskräfte bis in die Beletage des Krankenhauses hinein.

7 Dahlgaard/Stratmeyer, Kooperatives Prozessmanagement im Krankenhaus, 2006, S. 22.

Eine solche Perspektive kommt – wie man sich leicht denken kann – in einem traditionellen Krankenhaus einem Paradigmenwechsel gleich. Wer Prozessorganisation als umfassendes Managementprinzip versteht, muss darauf eingestellt sein, dass das Krankenhaus sich damit auf einen Prozess längerer Organisationsentwicklung mit z. T. weitreichenden Restrukturierungsmaßnahmen einlässt. Niederschwellig bietet sich Prozessorganisation aber durchaus auch an, wenn bei dysfunktionalen Abläufen partielle Lösungen gesucht werden: etwa in der Reorganisation des Transportdienstes, des Patienteneinbestellwesens oder des Visitenablaufes auf der Station. In diesem Zusammenhang sprechen wir daher von kleinen prozessorientierten Organisationslösungen, die Verbesserungen bringen ohne die Gesamtstruktur einer Abteilung im Sinne eines umfassenden Change-Managements einer Revision zu unterwerfen.

1.3 Modell Kooperatives Prozessmanagement im Krankenhaus

Das Kooperative Prozessmanagement (KoPM[®]) geht auf eine mittlerweile mehr- 13
jährige Entwicklung zurück. Ausgangspunkt des Modells sind gleichermaßen die subjektiven Erwartungen von Patienten (und ggf. der Angehörigen) an eine gute Krankenhausbehandlung und Unterbringung sowie die objektiven Erfordernisse einer Patientenversorgung, die immer stärker geprägt wird durch demografische, epidemiologische und gesundheitsökonomische Einflüsse:

- Älteres und kränkeres Klientel bei immer kürzeren Liegezeiten, 14
- hinreichendes Versorgungsangebot, das sich zwar in erster Linie den aktuellen medizin- und pflegewissenschaftlichen Entwicklungen verpflichtet fühlt, dabei aber nicht die wirtschaftlichen Möglichkeiten des die Arbeitsplätze sichernden Krankenhauses außer Acht lässt.

Kooperatives Prozessmanagement setzt an der Zusammenarbeit von Ärzten und 15
Pflegerinnen an. Es zielt auf Optimierung: Verbesserung der Patientenversorgung bei gleichzeitiger Elimination von Verschwendung im Prozess der patientenbezogenen Leistungsabläufe. Ob es dabei zu Einsparungen kommt oder „nur“ zur Verbesserung der Versorgungsqualität, hängt von den analysierten Problemen und von der Zielsetzung des Krankenhauses ab.

Zentrale Merkmale der patientenorientierten Versorgung im KoPM[®]-Modell sind: 16

- Eine hochwertige medizinische Versorgung,
- eine gleichermaßen hochwertige, die medizinische Behandlung der Patienten unterstützende Pflege, die auf ein möglichst hohes Maß an körperlicher Unabhängigkeit der Patienten ausgerichtet ist,
- eine kontinuierliche und vertrauensfördernde Beziehungsstruktur zwischen Ärzten und Pflegerinnen auf der einen Seite und Patienten bzw. Angehörigen auf der anderen,

- eine wirkungsvolle psycho-soziale Unterstützung der Patienten bzw. Angehörigen im Prozess der emotionalen Krankheitsbewältigung,
 - eine funktionelle Edukation zur Verbesserung des Krankheitsmanagements der Patienten ggf. unter Beteiligung von Angehörigen sowie
 - ein auf die Patientenanforderungen ausgerichtetes funktionelles Versorgungsarrangement.
- 17 Die Grundsätze der Arbeitsteilung zwischen Ärzten und Pflegenden werden aus der Perspektive der Patientenorientierung und des beruflichen Handlungsvermögens beider Gruppen unter Berücksichtigung rechtlicher Prämissen abgeleitet. Dabei werden die jeweiligen Anteile aufeinander abgestimmt und ergänzen sich sinnvoll. Der Prozessmanagementansatz bietet das grundlegende Gestaltungsmodell zur Orientierung bei der Steuerung der Abläufe. Die jeweiligen Verantwortungsbereiche sind zwischen Ärzten und Pflegenden geklärt und die Managementaufgaben im Prozess der Patientenversorgung sind funktionell zwischen Ärzten und Pflegenden aufgeteilt. Im KoPM[®]-Modell konzentrieren sich Ärzte grundsätzlich auf Kernaufgaben der medizinischen Diagnostik und Therapie. Dafür sind sie ausgebildet, dies entspricht in der Regel auch ihren beruflichen Neigungen und es bedeutet gleichzeitig auch eine möglichst hohe Nutzung ihrer vergleichsweise teuren Arbeitskraft. Auf die Berufsgruppe der Pflegenden kommen allerdings erhöhte Anforderungen und erweiterte Pflegeaufgaben zu.
- 18 Auch dies entspricht dem Bedürfnis nicht aller aber vieler Pflegenden, die herausfordernde Arbeitsbedingungen suchen und einen größeren Verantwortungs- und Entscheidungsbereich für sich reklamieren.

Anhand von drei wesentlichen Konzeptbestandteilen wird im Folgenden das KoPM[®]-Modell näher illustriert.

1.4 Konzept der erweiterten Pflegeaufgaben

- 19 Pflege und Medizin stellen die größten Bereiche gesundheitlicher Versorgung dar. Zwar lassen sich beide Disziplinen hinsichtlich ihrer Hauptzielrichtungen differenzieren – Medizin zielt auf Erkennen, Heilen und Lindern von Krankheiten ab, Pflege auf die Bewältigung der durch Krankheit und Pflegebedürftigkeit entstandenen Beeinträchtigungen – so konkurrieren doch beide im selben Feld und eine Abgrenzung fällt schwer, wenn beide für sich Versorgungsansprüche reklamieren. Zum Beispiel: Wem gehört der Prozess der Patientenentlassung? Dem Arzt, der aus medizinischem Kalkül den Entlassungstag festlegt, oder der Pflegenden, die sich darum kümmern, dass das häusliche Umfeld auf die Entlassung vorbereitet ist?
- 20 Prozessverantwortung bedeutet, die Aufgaben, Zuständigkeiten und Befugnisse zwischen den Berufsgruppen so eindeutig wie möglich festzulegen, ohne dabei

in ein starres Konzept der Überreglementierung zu verfallen, in dem sich beide Akteursgruppen auf ein „das-ist-aber-nicht-meine-Aufgabe“-Prinzip zurückziehen können.

Der Sachverständigenrat spricht in diesem Zusammenhang von einem „Kompetenzpool“, der es grundsätzlich beiden Gruppen ermöglicht, Aufgaben zu erledigen.⁸ Im Verständnis der Prozessorganisation bedeutet dies, dass Aufgaben im Kompetenzpool von denjenigen wahrgenommen werden, die damit den größten Prozessnutzen erbringen. Der Streit über die Zuständigkeit von Blutentnahmen bekommt so eine neue Richtung. Nicht die Zugehörigkeit zu einer Berufsgruppe entscheidet über die Aufgabenerledigung, sondern die Erfordernisse des Prozesses. Lässt sich die Blutentnahme in die morgendliche Versorgung der Patienten sinnvoll integrieren, übernehmen es die Pflegenden. Ist sie Bestandteil der ärztlichen Patientenaufnahme, so ist es seine Aufgaben. 21

Während im KoPM®-Modell der ärztliche Aufgabenbereich eine Konzentration auf die Kernbereiche der Diagnostik und Therapie (Medizinprozess) erfährt, wird die Rolle der Pflege im Sinne einer Komplementärfunktion erweitert. Sie lässt sich mit drei Aufgabenbereichen skizzieren, die allesamt nicht neu sind, aber schärfer als verbindliches Nutzenversprechen konturiert werden und traditionelle Aufgabengrenzen verschieben. 22

a) Aufgaben im Pflegeprozess

Die Aufgaben im Rahmen des Pflegeprozesses stellen eine Komplementärfunktion zur medizinischen Versorgung dar. Sie unterstützen damit ärztliche Behandlungsziele, zu deren Zweck die allermeisten Patienten in das Krankenhaus kommen. Das pflegerische Arbeitsvermögen im Pflegeprozess setzt sich dabei aus drei Hauptfunktionen zusammen:

Im Bereich der **„körperfunktionsorientierten Unterstützung“** versuchen Pflegende körperliche Beeinträchtigungen durch Wiederherstellung oder Substitution zu vermindern bzw. körperliche Ressourcen zu mobilisieren.

Der Bereich der **„psycho-sozialen Unterstützung“** dient vor allem der Begleitung der Patienten in ihrem Prozess der Krankheitsbewältigung. Insbesondere Menschen mit chronischen Krankheiten, mit unklarer Prognose, prekärem Krankheitsverlauf benötigen emotionalen Beistand und Entlastung.

Bei immer kürzeren Krankenhausaufenthalten, aber auch bei der längerfristigen oder dauerhaften Versorgung von Patienten, müssen Aufgaben des Krankheitsmanagements auf die Betroffenen oder ihre Angehörigen übertragen werden. Der

⁸ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklungen im Gesundheitswesen 2007, S. 96 und 160.

Bereich der „*edukativen Unterstützung*“ dient dazu, stabile Versorgungsarrangements herzustellen, in denen Patienten resp. Angehörige informiert, geschult, angeleitet und beraten werden.

b) Aufgaben im Medizinprozess

Der zweite wesentliche Aufgabenbereich dient der direkten Unterstützung des Medizinprozesses. Zum Einen geht es um die Übernahme von klar umschriebenen diagnostischen und therapeutischen Tätigkeiten (z. B. Blutentnahmen, Anlegen von Venenverweilkathetern, intravenöse Injektionen), sofern hierfür kein medizinwissenschaftlicher Sachverstand vonnöten ist. Zum Anderen handelt es sich um die Übertragung von weitgehend klar umschriebenen und abgrenzbaren medizinischen Teilprozessen. Beispiele sind die Übernahme des präoperativen Assessments, der postoperativen Überwachung, des Wundmanagements und des Schmerzmanagements. Diese Aufgaben werden in weitgehender Autonomie von hierfür besonders qualifizierten und autorisierten Pflegenden übernommen, vollziehen sich aber nicht unabhängig von ärztlicher Überwachung. Diese Aufgaben werden heute unter dem aus dem angloamerikanischen Raum stammenden Konzept der *Advanced Nursing Practise* verstanden.⁹

c) Manageriale Aufgaben im Versorgungsprozess

Hierbei geht es um die eindeutige Adressierung von Aufgaben und Befugnisse der noch immer in Krankenhäusern eher stiefmütterlich behandelten Steuerung der individuellen Versorgungsprozesse der Patienten an die Berufsgruppe der Pflegenden. Dabei lassen sich zwei Hauptfunktionen unterscheiden. Zum Einen müssen patientenbezogen alle Prozeduren von Diagnostik, Therapie und Pflege so miteinander koordiniert, veranlasst, gesteuert und überwacht werden, dass ein möglichst sachlich und zeitlich optimaler Behandlungsablauf für die Patienten erfolgt. Die Funktionen werden heute oftmals im informellen Arrangement mit unklaren Absprachen und Befugnissen zwischen Ärzten und Pflegenden aufgeteilt. Die Folge sind unnötige Zeitverzögerungen, Pannen durch Vergesslichkeit, erhöhter Aufwand für kurzfristige Nachregulation usw. Verbindliche Behandlungspfade, die für generelle Abläufe stehen, können erheblich den Routinebetrieb entlasten, indem Pflegenden alle vorgesehenen Prozeduren veranlassen bzw. (insbesondere unerfahrene) Ärzte auf die entsprechenden Maßnahmen orientieren. Die individuelle ärztliche Therapiehoheit ist damit nicht ausgesetzt sondern wird wirksam unterstützt.

Die sogenannte Case-Managementfunktion impliziert darüber hinausgehend, die Einbettung der Krankenhausbehandlung in übergreifende Versorgungsprozesse der Patienten. Insbesondere Patienten mit chronischen Krankheiten bedürfen ei-

⁹ Sachs, *Advanced Nursing Practise-Trends*, 2007, S. 101 – 117.

ner vorausschauenden Planung des poststationären Behandlungs- und Pflegeverlaufes. Neben der traditionellen Überweisung in die haus- oder fachärztliche Praxis oder Rehabilitationseinrichtung entstehen wegen der komplexeren Versorgungssettings besondere Anforderungen zur Einbeziehung von Angehörigen sowie zur Überleitung in pflegerische Versorgungseinrichtungen. Die besondere Herausforderung ist die Aufnahme einer über die Krankenhausbehandlung hinausgehenden, gleichermaßen medizinische wie pflegerische Belange integrierenden Versorgungsperspektive.

1.5 Bezugspersonenkonzept

Prozessorganisation und Prozessmanagement ist ohne die Zuweisung von eindeutiger Prozessverantwortung für die einzelnen Prozessebenen und Teilprozess nicht erfolgsversprechend. Eine in vielen Behandlungspfaden vorzufindende allgemeine Zuschreibung „Arztdienst“ oder „Pflege“ erweist sich als völlig unzureichend, weil sie nur Selbstverständlichkeiten abbildet, aber keine konkreten Verbindlichkeiten einlöst. Die Erfahrung zeigt, dass dies ein Kardinalfehler bei der Umsetzung von Prozessorganisation ist und eine der Hauptgründe für deren Scheitern. 23

Passt man die Grundsätze der Prozessorganisation auf die Besonderheiten der patientenbezogenen Versorgungsprozesse an, so ergeben sich daraus Prämissen: 24

These 1: Der individuelle Behandlungs- und Pflegeprozess muss patientennah modelliert werden. 25

Alle Entscheidungen, die nicht unmittelbar am Patientenbett, d. h. vorzugsweise unter Einbezug des Patienten getroffen werden, bedeuten zusätzlichen Aufwand durch erhöhte Informationsarbeit, durch vermeidbare Feedback-Schleifen und Risiken der Informationsübermittlung an den Übergabepunkten. Prozessorganisation impliziert immer auch Rückführung der Arbeitsteilung auf ein vernünftiges, unverzichtbares Maß und damit Vermeidung entbehrlicher Schnittstellen. Das ist ihr eigentlicher Nutzen. Eine Verlagerung von Entscheidungen fern ab vom Patienten bedeutet somit, sinnvolle interprofessionelle Entscheidungen bspw. zwischen Ärzten und Pflegenden zu behindern oder aufwändig über Kooperationsgremien organisieren zu müssen. In der Regel müssen keine neuen Besprechungsgremien kreiert werden. Vielmehr bietet die tägliche Visite eine für die meisten Fälle ideale Bedingung, die allerdings zu einem Ort der interprofessionellen Begegnung von Patient, Arzt und Pflegenden weiterentwickelt werden muss.¹⁰ 26

Wohl verstanden geht es hier nicht um ein Entweder-oder-Prinzip, sondern um eine Leitorientierung. So wird es auch weiterhin intraprofessionelle Besprechungsgremien geben müssen, in denen z. B. komplizierte therapeutische Abwägungen getroffen, Behandlungsverläufe kritisch betrachtet oder differenzierte 27

¹⁰ Dahlgaard/Schürgers/Stratmeyer, Kooperatives Prozessmanagement im Krankenhaus, 2007, S. 60 – 72.

Entscheidungen getroffen werden müssen. Die in der deutschen Medizin längst überfällige Debatte um Shared Decision-Making zeigt, wie wichtig es ist, Patienten in für sie wesentliche Entscheidungsprozesse einzubinden.¹¹

- 28 Eine Verlagerung von medizinischen und pflegerischen Entscheidungen an das Patientenbett ist allerdings nicht voraussetzungslos zu erreichen. Ärzte und Pflegende müssen über die notwendigen fachlichen und kommunikativen Kompetenzen verfügen. Sie müssen auch mit Entscheidungsmandaten ausgestattet sein, verbindliche und (nicht nur bis zur nächsten Chefarztvisite) gültige Vereinbarungen herzustellen. Darüber hinaus müssen sie über Befugnisse verfügen, ihre Entscheidungen auch innerhalb der jeweiligen Berufsgruppe durchzusetzen. Das ist nicht bei allen Ärzten, v.a. aber auch innerhalb der Pflegenden noch keine Selbstverständlichkeit.
- 29 **These 2: Es bedarf eindeutiger und zeitlich stabiler patientenbezogener Zuständigkeits- und Verantwortungsregelungen über den gesamten Prozess des Patientenaufenthalts.**
- 30 Patienten brauchen verlässliche Ansprechpartner, die nicht ständig wechseln. Selbst die rationalsten Therapie- und Pflegeentscheidungen basieren auf Verständnis, Vertrauen, Zuversicht und menschlicher Zuwendung, die für tragfähige, stabile Behandlungs- und Pflegeregimes notwendige Voraussetzung darstellen. Häufig wechselnde Verantwortlichkeiten bedeuten zudem eine stetige Quelle möglicher Fehler und erfordern einen hohen Abstimmungsaufwand innerhalb und zwischen den beteiligten Personen. Ein Arzt, der sich bei der Visite alltäglich mit anderen Pflegekräften vereinbaren muss, stellt gleichermaßen ein Organisationsproblem dar wie eine Pflegekraft, die sich ständig neuen zuständigen Ärzten gegenüber sieht.
- 31 Das KoPM[®]-Modell sieht daher vor, patientenbezogene **Kernteams**, bestehend aus Bezugsarzt und Bezugspflegende, zu bilden (vgl. Abb. 1). Im Sinne der komplementären Arbeitsteilung kommt dem Arzt für seine, von ihm betreuten Patienten die **Fallverantwortung** zu, der alle patientenbezogenen Entscheidungen letztendlich zu vertreten hat. Der Bezugsarzt hat gegenüber seinem Vorgesetzten (Ober- oder Chefarzt) seine Entscheidungen und sein Vorgehen zu rechtfertigen. Die Bezugspflegende unterliegt der Begründungspflicht gegenüber ihrem Bezugsarzt. Im Interesse einer gedeihlichen Arbeitsbeziehung gilt dieser Grundsatz selbstverständlich auch im umgekehrten Fall. Der Prozessnutzen wird dann am größten, wenn der Handlungsspielraum der Bezugspflegenden dabei – wie oben ausgeführt – möglichst großzügig gestaltet wird. Die Steuerung und Koordination des gesamten integrierten Medizin-Pflegeprozesses wird verantwortlich von der Bezugspflegenden übernommen – ihr kommt damit die Funktion des **Fallmanagements** (Bezugspflege-Casemanagement) zu, die sich z. B. auch auf Fragen der Patientenentlassung oder Überleitung bezieht. Der Bezugsarzt hat dabei lediglich möglichst frühzeitig den Entlassungszeitpunkt festzulegen.

11 Scheibler/Pfaff (Hrsg.), Shared Decision-Making, 2003.

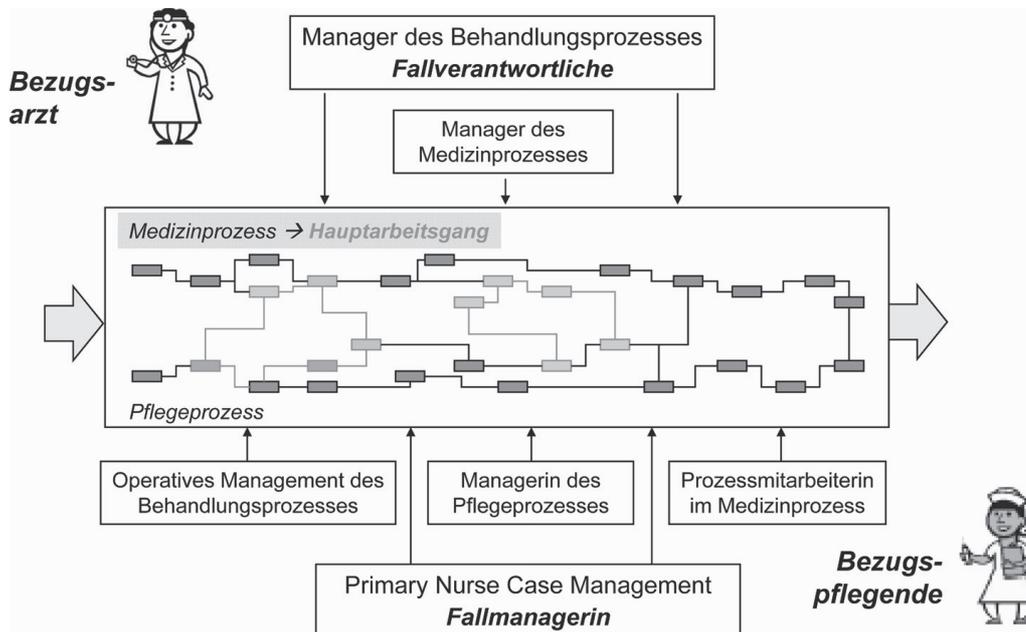


Abb. 1: KoPM-Kernteammodell

Es sollte deutlich geworden sein, Prozessorganisation schließt nicht nur Prozessverantwortung ein, sondern auch eine **Leistungsgarantie** gegenüber den Kooperationspartnern i. S. der internen Kunden-Lieferanten-Beziehungen. Dies gilt selbstverständlich wechselseitig auch im Binnenverhältnis von Bezugsarzt und Bezugspflegender. 32

These 3: Die Leitungsrollen müssen im Dienste des Prozessnutzens kritisch überdacht und z. T. neu definiert werden. 33

Die Etablierung des Kooperativen Prozessmanagements hat Konsequenzen für die traditionellen Leitungsrollen im Arzt- und Pflegedienst. In diesem Konzept nehmen leitende Ärzte stärker als bisher eine Doppelfunktion ein. Zum Einen, wenn sie als Bezugsärzte direkte Behandlungsverantwortung für Patienten übernehmen (z. B. bei privat versicherten Patienten mit Anspruch auf Chefarztbehandlung). Für sie gilt dann das bisher ausgeführte gleichermaßen. Zum anderen muss ihre Rolle aber sehr stark darauf ausgerichtet sein, den Versorgungsprozess möglichst optimal zu unterstützen. Als „Prozesseigner“ sind sie für die grundlegende Modellierung der Prozesse verantwortlich, z. B. indem sie über die Implementierung neuer Behandlungsverfahren entscheiden. Sie sorgen im Rahmen des Personaleinsatzes und der Personalentwicklung dafür, dass z. B. Bezugsärzte auch über die erforderlichen fachlichen (und sozialen) Kompetenzen verfügen und sie überwachen mithilfe geeigneter Führungsinstrumente die Qualität der Arbeitsausführung. Für viele Ober- und Chefarzte kann dieses bedeuten, sich von der unmittel- 34

baren Einflussnahme auf patientenbezogene Entscheidungen zurückzunehmen. Ihre Rolle ist mehr die eines Coaches im Sinne einer Unterstützung von Entscheidungen als die eines Anweisers in Entscheidungssituationen.

- 35 Für pflegerische Leitungskräfte sind die Anforderungen an den Rollenwandel gleichermaßen erheblich. In diesem Modell stellt die Bezugspflegende die oberste pflegefachliche patientenbezogene Instanz dar, die nur gegenüber dem Bezugsarzt begründungspflichtig ist. Personalführung bedeutet somit, die Rahmenbedingungen herzustellen, dass bestmögliche fachliche (und soziale) Kompetenzen von Pflegenden in den Funktionen der Bezugspflegenden verfügbar sind – das Kernteam aus Bezugsarzt und Bezugspflegenden stellt gleichsam die Schlüsselstellung im Kooperativen Prozessmanagement dar. Pflegeleitungen übernehmen somit zentrale Aufgaben der personellen Ressourcensteuerung, sichern durch Einführung neuer pflegerischer Verfahren Pflegequalität und überwachen ihrerseits durch geeignete Führungsinstrumente, dass diese Verfahren auch fachgerecht umgesetzt werden. Eine unmittelbare Verantwortung für die Ausformung eines individuellen Versorgungsprozesses gegenüber einzelnen Patienten übernehmen sie dagegen nicht.

1.6 Zusammenfassung und Überleitung

- 36 Bereits in vielen Krankenhäusern sind die Weichen in Richtung Prozessorganisation und Prozessmanagement gestellt. Oftmals leiden diese Vorhaben allerdings daran, dass sie nur berufsständische Insellösungen (z. B. Case-Management) darstellen und nicht in ein integratives Organisationsmodell eingebettet sind und damit hinter ihren Möglichkeiten verbleiben, mitunter sogar zusätzliche Reibungen verursachen. Eines der Krankenhäuser, das sich auf den Weg gemacht hat, konsequent Prozessorganisation im Kernbereich der Patientenversorgung einzuführen, ist das DRK-Krankenhaus Clementinenhaus in Hannover. Exemplarisch wird daher im Folgenden dieses unter dem eigenen Label ECO (expert care organisation) firmierende Unternehmenskonzept vorgestellt. Es wird – nicht zuletzt wegen der jahrelangen fruchtbaren Zusammenarbeit des KoPM-Zentrums an der Hochschule für Angewandte Wissenschaft in Hamburg mit dem DRK-Krankenhaus – deutlich, dass beide Partner mit der Synthese von Theorie und Praxis hier eine fruchtbare Partnerschaft eingegangen sind.

2 Das ECO-Konzept des DRK-Krankenhauses Clementinenhaus

- 37 Das DRK-Krankenhaus Clementinenhaus (Stiftung bürgerlichen Rechts, gemeinnützig) ist ein mittleres Krankenhaus der Regelversorgung mit 213 Betten im Zentrum von Hannover. Mit den Hauptfachabteilungen (Viszeralchirurgie, Un-

fallchirurgie/Orthopädie, Gastroenterologie, Kardiologie, Anästhesie/Intensivmedizin) sowie den Belegabteilungen (Augen, Gynäkologie, HNO, Kardiologie/HK-Labor, Orthopädie, Urologie) ist es als Stadtteilkrankenhaus auch überregional bedeutsam.

Um mittel- und langfristig als eigenständiges Krankenhaus in der engen Situation in Hannover bestehen zu können, wurde beschlossen, neben guter medizinisch-pflegerischer Qualität eine Dienstleistungsstruktur zu schaffen, die den Patienten uneingeschränkt in den Mittelpunkt stellt. Dabei wird die Klinik in einem längeren Organisationsentwicklungsprozess konsequent auf eine prozessorientierte Organisationsstruktur umgestellt. **38**

2.1 Zukünftige Herausforderungen

2.1.1 Patienten

Die demographische Entwicklung lässt zukünftig immer mehr ältere Patienten erwarten mit Zunahme altersgemeinschaftlicher Lebensphasen und gleichzeitiger Verkleinerung der Familienverbände. Der Rückgang der Fürsorgereserve durch Entkopplung sozialer Bindungen zu nachfolgenden Generationen macht Pflege und Betreuung zunehmend durch Lebenspartner notwendig. Kliniken werden noch mehr gefordert sein, für Patienten und betreuende Lebenspartner neben guter medizinisch-pflegerischer Qualität Dienstleistungen anzubieten, die Unterstützung im gesamten Genesungsprozess geben. Das beinhaltet die Organisation poststationärer Betreuung genauso wie z. B. Prävention, gezielte OP-Vorbereitung und Hilfe für Angehörige während des Klinikaufenthaltes. Auf diese Entwicklungen müssen Versorgungsstrukturen im Krankenhaus eine Antwort geben. **39**

2.1.2 Medizinisch-pflegerische Dienstleistungen

Das Morbiditätsspektrum zukünftiger Patienten ist gekennzeichnet durch gleichbleibende Diagnoseschwerpunkte und Zunahme chronischer Krankheiten und Multimorbidität. Angesichts immer kürzerer Verweildauern und immer komplexerer diagnostisch-therapeutischer Maßnahmen gewinnt die begleitende Kommunikation als gleichwertiger Anteil der medizinisch-pflegerischen Dienstleistung noch stärker an Bedeutung. **40**

Gleichzeitig steigt mit zunehmender finanzieller Beteiligung und medizinischer Expertise in eigener Sache die Erwartung der Patienten besonders an den kommunikativen Anteil der Dienstleistung: **41**

- Darstellung professionell, nachvollziehbar, vergleichbar
- Inhalte nicht so sehr fachlich vereinfacht, sondern individualisiert
- Gleichzeitigkeit zwischen Informations-Anforderung und Erhalt

- Transparente modulare Struktur mit Wahl- und Kombinationsmöglichkeit
 - Nicht nur therapeutische Elemente, sondern auch adjuvante Leistungen (Prävention, life-style-induzierte Angebote,)
 - Sektorenübergreifend vernetzt mit anderen Anbietern von Gesundheitsleistungen
 - Informationsaustausch aller am Behandlungsprozess Beteiligten nicht monologisch sondern dialogisch
- 42 Nur wenige primär zuständige und kompetente Ansprechpartner, die die Patienten während des ganzen stationären Aufenthaltes begleiten und auf das Leben zu Hause vorbereiten, können die Anforderungen an gemeinsame Entscheidungen und individuelle Kommunikation erfüllen.

2.1.3 Mitarbeiter

- 43 Dem steigenden Bedarf hochqualifizierter Mitarbeiter/-innen bei erhöhter Nachfrage nach medizinisch-pflegerischen Dienstleistungen steht eine immer kleiner werdende Anzahl junger Arbeitnehmer/-innen gegenüber. Auch die Mitarbeiter/-innen im Krankenhaus werden zukünftig einen höheren Altersdurchschnitt aufweisen. Bis zum Jahre 2035 stellt die Gruppe der über 50-jährigen (babyboomer) das größte Arbeitskräftereservoir für Krankenhäuser dar. Der Erfolg einer Klinik wird davon abhängen, ob es gelingt, Mitarbeiter/-innen in allen Altersstufen attraktive Arbeitsplätze anzubieten.
- 44 Der Notwendigkeit einer Klinik, medizinisch-pflegerisches Spezialwissen auf aktuell hohem Niveau vorzuhalten, kommt das Interesse insbesondere von Ärzten und Pflegekräften entgegen, klar strukturierte Weiterbildungs- und Aufstiegsmöglichkeiten zu erhalten und fest zu vereinbaren. Dabei ist es attraktiver und effizienter, jeden in seiner Hauptkompetenz (z. B. als Facharzt) auch einzusetzen und nicht in für den Beruf unspezifischen Aufgabenfeldern. Im Rahmen eines beruflichen Aufstiegs wird gerade bei fachlich hochqualifizierten Mitarbeiter/-innen die Zunahme der Entscheidungsfreiheit über das eigene Handeln ebenso wie eigene Kompetenzbereiche die Arbeitszufriedenheit erhöhen. Dabei stellt es eine Herausforderung dar, dieses in berufsübergreifenden Teamstrukturen zu verwirklichen, die horizontal entlang einer Behandlungskette arbeiten und dadurch gleichzeitig eine Versorgung auf hohem Niveau sicherzustellen.

2.1.4 Führung, Steuerung

- 45 Rahmenbedingungen für Kliniken ändern sich ständig. Es gibt eine unübersehbare Menge an Einflussnehmern und Einflussnahmen, Prognosen sind mittel- und langfristig nur sehr eingeschränkt möglich. Diese zunehmende Komplexität bewirkt eine schlechter werdende Entscheidungssituation. Der Zwang, sich ins Unbekannte fortzuentwickeln bedeutet,

- seine Lage immer wieder neu zu bedenken,
- neue Anpassungen vorzunehmen,
- das Erreichte auf kontrollierte Weise permanent in Frage zu stellen,
- Vorgehensweisen zu stärken, die von innen heraus Integration und Koordination bewirken.

2.2 Ziele

Die Ziele des längerfristig angelegten Organisationsentwicklungsprozesses lassen sich wie folgt zusammenfassen: 46

Patientenorientierung als Leitidee für die Versorgungsprozesse nach dem Prinzip der primär verantwortlichen Rundumbetreuung durch wenige Ansprechpartner im Sinne des zuvor beschriebenen Bezugspersonenkonzepts

Prozessorientierung: Organisation der Klinik entlang der Kernprozesse aus Patientensicht: „Weg durch die Klinik als Kette von Ereignissen“ und „Patientenorientierter Tagesablauf“

Mitarbeiterorientierung: Schaffung attraktiver Arbeitsplätze für engagierte Mitarbeiter/-innen, die die Bedürfnisse nach beruflicher Weiterentwicklung, Einsatz im eigenen Kompetenzfeld, Entscheidungsspielraum und Einbeziehen des familiären Umfeldes berücksichtigen

Umgang mit Komplexität: Schaffung der Voraussetzungen für erfolgreiche Teamarbeit: Adäquate fachliche Kompetenz, ausreichende Dispositionsspielräume, Fehlertoleranz, Förderung von Selbstorganisation und Selbststeuerung, Delegation von Aufgaben und Entscheidungen an die „richtige“ Stelle, Kontrolle über „output“-Kennzahlen

2.3 Organisationselemente des ECO-Konzepts (Expert Care Organisation)

Mit ECO wurde begonnen, die Aufbauorganisation unserer Klinik entlang des Kernprozesses „Aufnahme – Diagnostik, Therapie, Pflege – Entlassung“ neu zu gestalten. 47

2.3.1 Zentrale Patientenaufnahme (ZPA)

Die ZPA ist eine eigenständige Abteilung unter pflegerischer Leitung in der ein interdisziplinäres Behandlungsteam nach kooperativen Regeln der Arbeitsteilung zusammenwirkt. Seit 2001 gelangt jeder Patient durch die zentrale Patientenaufnahme (ZPA) in die Klinik. 48

- 49 Die ZPA ist zentrale Kommunikationsstelle nach draußen, organisiert den „ersten Eindruck“ des Patienten von der Klinik, nimmt alle Patienten administrativ, pflegerisch und ärztlichen nach festgelegten Standards auf, bündelt alle ambulanten Dienstleistungen des Hauses, schafft Voraussetzungen zur erfolgreichen Kostensicherung, ist verantwortlich für die Terminplanung (auch Beginn der OP-Planung) und managt die Belegung des Krankenhauses.

2.3.2 Kernteam Arzt-Pflegekraft

- 50 Jeder Patient wird verantwortlich betreut durch ein Kernteam bestehend aus einem Arzt und einer Pflegekraft, das primär für alle individuellen Belange des Patienten zuständig ist, alle Maßnahmen eng abstimmt, Transparenz herstellt, gemeinsam Entscheidungen fällt und ggf. andere Experten hinzuzieht (erweitertes Behandlungsteam). Das besondere Vertrauensverhältnis ermöglicht eine erfolgreiche Kommunikation mit dem Patienten und seinen Angehörigen, um die Komplexität des Krankenhauses und der medizinisch-pflegerischen Maßnahmen adäquat zu vermitteln und den Bedürfnissen des Patienten anzupassen. Das Kernteam steuert den horizontalen Behandlungsprozess und nimmt den gesamten Behandlungsverlauf (auch vor- und nachstationär) in das Blickfeld.
- 51 Einerseits ist die Aufgabenverteilung zwischen Arzt und Pflegekraft eindeutig definiert, andererseits bewirkt die intensive berufsgruppenübergreifende Kooperation, dass jeder Patient eine Teamleistung des „Kernteams“ wahrnimmt.
- 52 **Aufgabenverteilung:** Die Planung des stationären Aufenthaltes erfolgt durch den Arzt ergänzt durch den pflegerischen Aspekt der ECO-Pflegefachkraft (s.u.) am Aufnahmetag. Sie beinhaltet die Diagnosen, die diagnostisch-therapeutisch-pflegerische Zielplanung und den voraussichtlichen Entlassungstag. Die operative Steuerung bis zur Entlassung übernimmt die Pflege, Kontrollen und Anpassungen täglich in der Visite. Darüber hinaus erhält die Pflege weitere klar umschriebene Aufgabenbereiche (s.u.)
- 53 **Erweitertes Behandlungsteam:** Das Kernteam zieht bei Bedarf weitere Experten (Physiotherapie, Logopädie, Konsilärzte, Diätberatung, Sozialdienst u. a.) hinzu und formt damit ein patientenindividuelles Behandlungsteam.

2.3.3 Trennung der fachlichen Expertensysteme von operativ-organisatorischer Struktur

- 54 Ärzte, aber auch Pflegekräfte wurden im Zuge berufsfachlicher Qualifikation und Beförderung zunehmend in administrative und Managementaufgaben eingebunden, die sie in der Ausübung ihrer eigentlichen Grundkompetenz und Selbstbestimmung einschränken. Als konsequenten Schritt in Richtung Prozessorientierung werden zukünftig die vertikalen Expertensysteme Medizin und Pflege von der horizontalen operativ-organisatorischen Struktur getrennt. Fachliche Exper-

tise und strukturierte Fort- und Weiterbildung werden in den vertikalen Expertensystemen „Medizin“ und „Pflegerische“ sichergestellt. Als horizontale, prozessorientierte Struktur werden Abteilungen geschaffen, in denen die Arbeit in berufsübergreifenden Behandlungsteams organisiert wird. So ergibt sich die Chance, Mitarbeiter/-innen differenziert nach Qualifikation eher fachlich medizinisch-pflegerisch oder operativ-organisatorisch einzusetzen.

Expertensystem Medizin: Das bereits seit langem bestehende „Expertensystem Medizin“ (Chefarzt – Oberarzt – Stationsarzt) organisiert erfolgreich Fort- und Weiterbildung und stellt sicher, dass jeder Patient mit adäquater fachlicher Expertise behandelt wird. Über betriebliches „Wissensmanagement“ finden aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse genau so Anwendung wie optimierte hausinterne Standards. 55

Expertensystem Pflege: Diesem Vorbild werden wir parallel ein „Expertensystem Pflege“ zur Seite stellen, so dass auch hier eine auf pflegewissenschaftliche Erkenntnisse beruhende Handlungsgrundlage entsteht und zwischen den Professionen „auf Augenhöhe“ kommuniziert werden kann. 56

Aufbau und Weiterentwicklung des Expertensystems Pflege wird im Verantwortungsbereich einer pflegewissenschaftlich qualifizierten Mitarbeiterin liegen. Sie stellt die oberste pflegefachliche Leitungsinstanz des Krankenhauses dar und ist Mitglied der Führungsgruppe (s.u.). Sie ist an der Strategieentwicklung des Hauses beteiligt, stellt das pflegerische Leistungsangebot sicher, kontrolliert und entwickelt die Pflegequalität, und ist an der Personalentwicklung der Mitarbeiter/-innen des Pflegedienstes beteiligt. 57

Die **ECO-Pflegeschichtskraft** steht als Mitglied im Kernteam „Arzt-Pflegeschichtskraft“ (s.o.) im Zentrum des kooperativen Organisationsmodells auf der operativen Ebene. Die ECO-Pflegeschichtskraft übernimmt die im „Konzept der erweiterten Pflegeaufgaben“ (vgl. Rn. 19ff.) näher vorgestellten Aufgaben. Folgende Schwerpunktaufgaben: 58

- Verantwortliche Übernahme des Pflegeprozesses (Körperfunktionsorientierung, psycho-soziale Begleitung von Patienten und Angehörigen, Verhaltens- und handlungsorientierte Unterstützung)
- Erweiterte Mitarbeit im Medizinprozess (z. B.: präoperatives Assessment, Routinediagnostik, postoperative Überwachung, Schmerzmanagement, Wundmanagement, Medikamentenmonitoring, Management vorbeugender Maßnahmen und „Alltagsbeschwerden“)
- Aufgaben im Bereich des operativen Managements des Behandlungsprozesses (Koordination von Diagnostik und Therapie nach zeitlichen und sachlichen Erfordernissen im Rahmen der vorgegebenen Standards (Behandlungspfade) oder individueller Anordnung, Veranlassung der Untersuchungen und Therapien auf der Grundlage einer einzigen ärztlichen Anordnung, Überprüfung der ordnungsgemäßen Anordnung (Scheine), Überwachung der Befundeingänge, Absprachen mit Funktionsabteilungen)

- Case-Management-Funktionen für den gesamten Versorgungsprozess (insbesondere Advokaten-Funktion und vermittelnde Funktion)
- 59 Die „ECO-Pflegefachkraft“ arbeitet mit den jeweiligen Bezugsärzten, die die patientenbezogene Verantwortung für den Medizinprozess tragen, eng zusammen und übernimmt in Abstimmung mit diesen zusätzlich zur Pflege der Patienten Aufgaben, die im Schnittfeld der Versorgung durch beide Berufsgruppen liegen (vgl. Rn. 23ff.). Durch diese Aufgaben- und Verantwortungsübernahme werden die Ansprechbarkeit für den Patienten verbessert und typische Schnittstellenprobleme der Versorgung reduziert. Dieses Expertensystem „Pflege“ macht es möglich, je nach Bedarf mit differenzierten Qualifikationen zu arbeiten. ECO-Pflegefachkräfte werden geschult, Aufgaben zu delegieren sowie auch Pflegeassistentenkräfte zielgerichtet einzusetzen und deren Arbeitsausführung zu überwachen.
- 60 Um die zukünftigen Aufgaben als Teil des Kernteams „Arzt – Pflege“ übernehmen zu können, werden derzeit examinierte Pflegekräfte in Kooperation mit der Hochschule für Angewandte Wissenschaften berufsbegleitend in zweijähriger Weiterbildung auf die Aufgaben der „ECO-Pflegefachkräfte“ vorbereitet.

2.3.4 Berufsgruppenübergreifende Abteilungsstruktur

- 61 Im Rahmen einer kompletten baulichen Sanierung des Clementinenkrankenhauses werden je 2 Stationen zu einer interdisziplinären „Abteilung“ mit 50 Betten zusammengelegt. Diese Abteilungen werden durch Abteilungsleitungen geführt, die die Rahmenbedingungen zur Organisation und Ressourcensteuerung für die Arbeit der Behandlungsteams schaffen und den kompletten Wertschöpfungsprozess überblicken. Die Abteilungsleitungen werden Mitglieder der Führungsgruppe (s.u.) der Klinik.
- 62 Die Abteilungsleitung
- sorgt für ausreichend und adäquat qualifiziertes Personal und ausreichend Sachmittel, plant den mengenmäßigen und zeitlichen Einsatz und unterstützt die Entwicklung einer gemeinsamen medizinisch-pflegerischen Versorgungsidentität,
 - entwickelt und supervidiert gemeinsam mit den Oberärzten und den Pflegefachkräften medizinisch-pflegerische Standardprozesse,
 - koordiniert die Behandlungsteams hinsichtlich Zeit, Raum und Ressourcen und gestaltet die Zusammenarbeit mit den anderen Abteilungen im Gesamtnetzwerk des Krankenhauses,
 - ist dafür verantwortlich, dass für ihren Bereich zeitnah Kennzahlen mit jährlichen Zielwerten vorliegen und ist gemeinsam mit den Behandlungsteams für die Zielerreichung verantwortlich,

- führt nicht so sehr direkt, sondern eher systemisch über eine Gestaltung von Arbeitsbedingungen mit dem Ziel, Selbststeuerung der Behandlungsteams zu ermöglichen und Kontrollaufwand zu minimieren,
- ist disziplinarisch weisungsbefugt gegenüber den Pflegekräften und gegenüber allen MitarbeiterInnen in der Abteilung hinsichtlich der Einhaltung feststehender Prozessvereinbarungen.

Die Position der Abteilungsleitung spiegelt am weitesten die Vorgabe der Prozessorientierung wider. Sie übernimmt Verantwortung für die Qualität der Kernprozesse in der Zusammenarbeit der interdisziplinären Behandlungsteams in ihrer Abteilung. 63

2.3.5 Prozessorientierte Aufbauorganisation

Mit der Orientierung am horizontalen Behandlungsprozess des Patienten folgt auch die Aufbauorganisation den Abläufen. Zentrale Patientenaufnahme und interdisziplinäre Abteilungen sind die Hauptleistungseinheiten unserer Klinik. OP, Funktionsabteilungen, Medizinische Therapeuten, Intensivstation und Intermediate Care sind in einem medizinischen; Verwaltung, Technik, Wirtschaft/Versorgung, EDV und Controlling in einem wirtschaftlichen Dienstleistungsbereich zusammengefasst. 64

Ein wesentliches Führungsinstrument des Krankenhauses und oberstes Leitungsgremium ist die Führungsgruppe. Sie besteht aus Geschäftsführung, Chefärzten, Pflegedienstleitung, Innovations- und Prozessmanagement und kaufmännischer Leitung und existiert bereits seit 11 Jahren. In monatlichen Sitzungen werden die Entscheidungen „im Konsent“ getroffen, also gemeinsam unter der Voraussetzung, vorrangig die Belange des ganzen Hauses zu berücksichtigen. Am Ende jedes Jahres erfolgen die Bilanz der Jahresziele jedes einzelnen Mitgliedes der Führungsgruppe und die Festlegung der Ziele für das Folgejahr. Diese sind Grundlage der Zielvereinbarungsgespräche mit Nachgeordneten in jedem Bereich. Alle 5 Jahre trifft sich die Führungsgruppe mehrtägig außerhalb des Krankenhauses, um die mittel- bis langfristige Strategie des Hauses zu bilanzieren und neu auszurichten. Zukünftig wird die Führungsgruppe durch die Abteilungsleitungen und die Pflegewissenschaftlerin ergänzt. 65

Die Expertensysteme: Die bisherigen vertikalen Abteilungen, nach Berufsgruppen organisiert, existieren als Expertensysteme weiter (Medizin, Physiotherapie, ...) oder werden als solche neu gestaltet (Pflege). 66

Expertensysteme dienen der Sicherstellung fachlicher Expertise sowie der strukturierten Fort- und Weiterbildung als Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung und für berufliche Weiterentwicklung. 67

- 68 Operativ-organisatorische Belange im Tagesgeschäft der Patientenversorgung sind Aufgabe der neuen Abteilungen. Die Verteilung personeller Ressourcen nach fachlicher Qualifikation obliegt (besonders im ärztlichen Bereich) weiterhin den Expertensystemen in enger Abstimmung mit den Abteilungsleitungen.

2.4 Implementierung und Evaluation des ECO-Modells

- 69 Das ECO-Projekt ist eingebettet in einen vor 12 Jahren begonnenen Organisationsentwicklungsprozess. Es besteht darüber Einigkeit in der Führungsgruppe und im Kuratorium (Aufsichtsrat); die Mitarbeiter/-innen sind über das Vorhaben umfassend informiert. Mit Fertigstellung der Baumaßnahme 2011 werden auch räumlich alle Voraussetzungen für die Umsetzung gegeben sein.
- 70 Seit Anfang 2009 wird die erste Gruppe der zukünftigen ECO-Pflegefachkräfte berufsbegleitend weitergebildet. Bei zunehmender Expertise und Fähigkeiten werden die Arbeitsweise in den Kern- und Behandlungsteams bereits ab November 2009 schrittweise eingeführt. Die Steuerung erfolgt durch die Projektgruppe „Implementierung“ und folgt den Schritten:
- Identifikation derjenigen Anteile der Qualifizierungsmaßnahme, die im laufenden Versorgungsprozess implementierbar sind
 - Beschreibung der dazu notwendigen Organisationsentwicklungsmaßnahmen
 - Herbeiführen eines positiven Beschlusses durch die Führungsgruppe
 - Implementieren der identifizierten ECO-Anteile in den Behandlungsprozess
 - Evaluation
- 71 Über den Behandlungsprozess im Kernteam „Arzt-Pflege“ hinaus werden Anteile des ECO-Modells schrittweise implementiert, so dass am Ende des Umbaus das vollständige ECO-Konzept eingeführt ist.
- 72 Das betrifft insbesondere:
- die Trennung der Expertensysteme von der operativen Steuerung der Abteilungen,
 - neue Positionen in der Aufbauorganisation: Abteilungsleitung, Pflegewissenschaftlerin, ECO-Pflegefachkräfte,
 - neue Rollen und Aufgabenstellungen (insbesondere von Ärzten und Pflegenden),
 - fachlich orientierte hierarchische Differenzierung im Pflegebereich,
 - erweitertes und profiliertes Aufgabenfeld im Pflegeprozesses.
- 73 In allen Abschnitten des OE-Prozesses ist Evaluation zur Erfolgskontrolle zentrales Element. Sie bezieht sich sowohl auf die prozessbegleitende Generierung von

Erkenntnissen, die in den weiteren Projektverlauf rückgekoppelt werden (formative Evaluation), als auch auf eine abschließende Bewertung der Projektergebnisse (summative Evaluation).

Darüber hinaus sollen Erkenntnisse erzielt werden, die generelle Aussagen über einen erfolgreichen Implementationsprozess von Projekten dieser Größenordnung im Krankenhausbereich zulassen. 74

Zur Anwendung kommen daher diverse Methoden der Evaluation, die unterschiedlich fokussieren, zur Triangulation der Ergebnisse geeignet sind, sich z. T. gegenseitig ergänzen und damit insgesamt der Komplexität des Organisationsvorhabens im hohen Maße Rechnung tragen. 75

Evaluationsbereiche sind: 76

- Evaluation der Qualifizierungsmaßnahme
- Evaluation des neuen Pflegeprozesses
- Evaluation der Implementierung des ECO-Konzeptes
- Ergebnisevaluation des ECO-Konzeptes insgesamt

Die Gesamtkoordination des Evaluationsvorhabens wird vom Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Hamburg Eppendorf, Direktor Prof. Dr. Hendrik van den Bussche, übernommen. 77

3 Fazit

Für das DRK-Krankenhaus Clementinenhaus ist der erwartete Nutzen des Projekts entsprechend der Zielsetzung wie folgt zu beschreiben: 78

Patientenorientierung: Jedem Patienten wird primär verantwortlich ein Kernteam Arzt – Pflegekraft zur Seite gestellt, das die individuelle Dienstleistungsauswahl mit dem Patienten bespricht, vereinbart und im gesamten Verlauf koordiniert. Erwartet wird damit eine Steigerung der Wertschätzung unseres Hauses mit Fallzahlsteigerung durch eine deutlich erhöhte Patientenzufriedenheit und eine intensivere und effizientere Kommunikation mit den niedergelassenen Ärzten. 79

Mitarbeiterorientierung: 80

Durch Trennung von Expertensystemen und operativ-organisatorischen Abteilungen erhält das strukturierte Gewinnen fachlicher Expertise und die Organisation von Fort- und Weiterbildung und beruflichem Aufstieg einen der Patientenorientierung gleichwertigen Stellenwert. Insbesondere der Aufbau des Expertensystems Pflege eröffnet für die Mitarbeiter/-innen neue Perspektiven.

81 Erwartet werden:

- attraktivere Arbeitsplätze, insbesondere für hochqualifizierte Mitarbeiter, die bei beruflichem Aufstieg eine Zunahme der Entscheidungsfreiheit über das eigene Handeln ebenso wie eigene Kompetenzbereiche bieten,
- höhere Arbeitszufriedenheit und Effizienz durch Einsatz der Mitarbeiter in ihrer Hauptkompetenz,
- Stärkung unseres Hauses bei der Gewinnung hochqualifizierter Mitarbeiter,
- prozessorientierte Aufbauorganisation.

Literatur

- Blum, K./Offermanns, M./Perner, P.: Ärztemangel bundesweit drastisch zugenommen, in: *Arzt und Krankenhaus*, 2/2009, S. 36.
- Dahlgaard, K./Stratmeyer, P.: *Kooperatives Prozessmanagement im Krankenhaus*. Band 2: Prozessorganisation, Neuwied/Köln/München 2006.
- Dahlgaard, K./Schürgers, G./Stratmeyer, P.: *Kooperatives Prozessmanagement im Krankenhaus*. Band 6: Kooperation und Führung, Neuwied/Köln/München 2007.
- Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. (Hrsg.): *Pflegethermometer 2007*. Online verfügbar: www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/Pflege-Thermometer2007_Zusammenfassung.pdf (abgerufen: 11.1.2010).
- Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung*, in: BGBl. 1992 I S. 2266, Leitende Krankenpflegepersonen.
- Sachs, M.: *Advanced Nursing Practise – Trends: Implikationen für die deutsche Pflege*. Ein Literaturüberblick mit Beispielen aus den USA, Großbritannien und den Niederlanden, in: *Pflege & Gesellschaft*, 2/2007, S. 101–117.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen* (Hrsg.): *Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung*, Gutachten 2007, Langfassung.
- Scheibler, F./Pfaff, H. (Hrsg.): *Shared Decision-Making. Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess*, Weinheim/München 2003.
- Simon, M.: *Personalabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser: Hintergründe, Ursachen, Perspektiven*, in: *Pflege & Gesellschaft*, 2/2009, S. 111.
- Stratmeyer, P.: *Das patientenorientierte Krankenhaus. Eine Einführung in das System Krankenhaus und die Perspektiven für die Kooperation zwischen Pflege und Medizin*. Weinheim/München 2002.