

**Schwerpunkt****Bericht aus der Praxis**

Qualitätssteigerung durch qualifikationsorientierten Personaleinsatz und teamorientierter Zusammenarbeit

Iris Meyenburg-Altward*, Andreas Tecklenburg

Medizinische Hochschule Hannover

Zusammenfassung

Der vorliegende Bericht beschreibt anhand drei unterschiedlicher Beispielen aus der Praxis einer Universitätsklinik wie eine Qualitätssteigerung durch einen qualifikationsorientierten Personaleinsatz in Verbindung mit teamorientierter Zusammenarbeit insbesondere der Berufsgruppen Arzt und Pflege erreicht werden kann.

Im ersten Beispiel werden durch eine berufsgruppenübergreifende Arbeitsgruppe Aufgaben definiert die aus rechtlicher Sicht eine Übertragung von ausgewählten Tätigkeiten aus dem ärztlichen Bereich in den Pflegebereich ermöglichen und gleichzeitig den Arbeitsprozess aller verbessern. Nach dem PDCA Kreislauf konzipiertes Verfahren wurden Tätigkeits- und Aufgabenprofile, Schulungen und veränderte Arbeitsabläufe erstellt und durchgeführt. Die erste Evaluation erfolgte nach neun Monaten durch Interviews, Fragebogen (Patient, Arzt, Pflege) sowie durch die Nutzung von Kennzahlen aus dem Controlling sowie durch das CIRS.

Beim zweiten Beispiel wurde der Fokus auf zusätzliche Serviceangebote für

Wahlleistungs-Patienten und Entlastung des Pflegepersonals gelegt. Patienten sollten sich durch die zusätzlichen Serviceangebote wohlfühlen. Spezielle externe Servicemitarbeiter bieten Hotelleistungen auf hohem Niveau an. Die Patienten bewerten diese Leistungen durchgängig als sehr positiv. Die Methoden der Einführung und Evaluation waren analog zu Beispiel eins.

Beim dritten Beispiel geht es um die kontinuierliche pflegerische Versorgung und das Empowerment von Patienten über die stations- und Krankenhausgrenzen hinaus. Maßstab war dabei die Implementierung des nationalen Expertenstandards Entlassungsmangement nach DNQP. Die Methoden der Einführung waren analog Beispiel eins. Bei der Evaluation wurden Interviews mit allen partizipierenden Gruppen geführt.

Bei allen Beispielen konnten zwar (noch) keine konkreten quantitativen Kennzahlen dargestellt werden, allerdings sind die positiven Ergebnisse der Interviews und Fragebogen aller Betroffenen vielversprechend.

Schlüsselwörter: Patientenorientierung, Kernprozesse, Prozessoptimierung, Qualifikationsanpassung, Partizipative Zusammenarbeit, Aufgabenprofile, Teamarbeit

Enhancement of quality by way of deployment of qualification-oriented staff and team-oriented cooperation

Abstract

The present article describes how an enhancement of quality can be achieved by way of linking the deployment of qualification-oriented staff together with team-oriented cooperation, especially in the case of the

professional groups physicians and nurses, illustrated by three practical examples from a university hospital.

*Korrespondenzadresse: Iris Meyenburg-Altward, Diplom Pflegewirtin, Geschäftsführung Krankenpflege OE3010, Medizinische Hochschule Hannover, Carl-Neuberg Straße 1, 30625 Hannover.

E-Mail: Meyenburg-Altward.Iris@MH-Hannover.de (I. Meyenburg-Altward).



In the first example, a cross-profession work team defined tasks which enable legally acceptable selected tasks to be transferred from physicians to nurses while, at the same time, improving the work processes of all concerned. According to the PDCA circle based process, work and duty profiles, training and modified work-processes were created and implemented. The first evaluation took place after nine months by way of interviews, questionnaires (Patient, Physician, and Nurse) as well as the usage of key ratios obtained from the controlling department and from CIRS.

In the second example, emphasis was placed on offers of supplementary services for private patients with a resultant lightening of the workload on the nursing staff. These supplementary services are intended to enhance

the wellbeing of the patients. Special external service staff provide hotel services to a high standard. Patients consistently rate these services highly. The methods of introduction and evaluation are analogous to example 1. The third example is concerned with the extension of nursing care and patient empowerment beyond the boundaries of ward and hospital. The guidelines were the implementation of the national expert standard for discharge management according to the DNQP. The methods of introduction were analogous to example 1. For the evaluation, interviews were held with all participating groups.

In all examples, concrete quantitative key ratios are not yet available, nevertheless, the data collected from interviews and questionnaires form all participants are most encouraging.

Key words: patient oriented, core process, process optimisation, qualification alignment, participative collaboration, job Profiles, teamwork

Einleitung

Der Druck auf die Leistungserbringer im Krankenhaus wächst in den letzten Jahren ständig. Rechtliche Beschränkungen der Zusammenarbeit zwischen Kliniken und Wirtschaft, diktierte Preise verbunden mit steigenden Kosten durch Mehrwertsteuererhöhung, unterfinanzierten Tarifabschlüssen, abnehmende Investitionsvolumen bei steigendem Sanierungsbedarf und Mehrkosten durch Arbeitszeitgesetzgebung verschärfen die Situation ebenso wie der zunehmende Mangel an Fachpersonal (Ärzte und Pflege). Während die Pflage in den Jahren von 1994 bis 2006 lt. DKG¹ von 210,4 Mio. auf 142,3 Mio. gesunken sind, hat die Anzahl der Patienten im gleichen Zeitraum von 14,6 Mio. auf 16,8 Mio. zugenommen. Die Verweildauer ist dabei trotz stetig steigender Anzahl von chronisch und multimorbid erkrankten Patienten von 14,7 Tage auf 8,6 Tage gesunken. Wir wissen, dass wir dieser Herausforderung nicht dadurch begegnen können, noch mehr Geld in das System hinein zu pumpen und die Ressourcen noch weiter auszubauen.

Was wir brauchen sind:

- Bessere Ergebnisse für die Patienten (Outcome)
- Mehr Patientenorientierung und höhere Zufriedenheit der Patienten
- Steigerung der Zufriedenheit der Mitarbeiter
- Leistungssteigerung unter Nutzung von weniger Ressourcen
- Veränderungsbereitschaft, Mut und

Willen zur Verantwortung und Transparenz (sich dem Erfolg verpflichten).

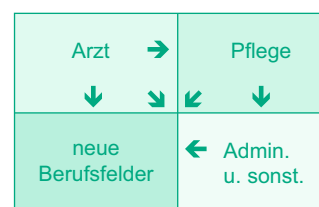
Gesellschaftliche und gesundheitspolitische Veränderungen erfordern neue Organisationsstrukturen und funktionierende interprofessionelle Zusammenarbeit (SVR2007)².

Als Konsequenz daraus ist eine Effizienz- und Effektivitätssteigerung im Kernprozess notwendig. Personalressourcen müssen effizienter genutzt werden. Das Erhalten und Erreichen einer wirtschaftlichen und qualitativ hochwertigen Krankenversorgung erfordert eine teamorientierte Zusammenarbeit. Durch die Einführung einer werteorientierten Strategie mit partizipativer und reflektiver Offenheit³ und transparenten Zielen, kann es im Einklang des Gesamtunternehmens und einer teamorientierten Zusammenarbeit, zu einer Win-Win Situation für alle Beteiligten kommen. Qualifikations- und strategieorientierter Personaleinsatz von heute benötigt einen Perspektivwechsel – von Partikularinteressen hin zu Patienten- und Klinikinteressen.

In der Medizinischen Hochschule Hannover gibt es auf verschiedenen Ebenen bereits diverse Veränderungsprozesse mit den Neuordnungen von Aufgaben und Verantwortungen der

unterschiedlichen Berufsgruppen, die erfolgreich praktiziert und stetig ausgebaut werden.

Neuordnung von Tätigkeiten im Bereich Arzt-Pflege und Administration



Während der ärztliche Bereich Tätigkeiten in die Pflege, die Administration und in neue Berufsfelder abgibt, werden auch Tätigkeiten aus dem bisherigen Pflegebereich in die Administration und in neue Berufsfelder verschoben. Von der Administration werden ebenfalls Aufgaben in die neuen Berufsfelder integriert.

Hieran wird deutlich, dass die klassischen Strukturen sowie die berufsspezifischen Aufgaben aufgebrochen werden und neue Strukturen sich entwickeln können. Dies ist notwendig, um den derzeitigen Herausforderungen gerecht zu werden. Neue Berufsfelder beziehungsweise neue Strukturen werden im Weiteren beispielhaft dargestellt und in der Umsetzung der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) vorgestellt.

Annahmen und Kriterien für eine Veränderung sind, dass schlechte Prozesse das gesamte Personal belasten und Prozessoptimierung auch immer eine Leistungsoptimierung nach sich zieht. Folglich ist die richtige Person, die fachlich, rechtlich, wirtschaftlich und dem Prozess entsprechend die Leistung qualitativ hochwertig erbringen kann. Wesentlich für eine Akzep-

²SVR 2007 = Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen Kooperation und Verantwortung 2007.

³Partizipative und reflektive Offenheit beinhaltet hier in Anlehnung an P.M. Senge, sowohl die Freiheit der persönlichen Meinungsäußerung und Einbindung bei Veränderungsprozessen von Mitarbeitern und Vorgesetzten als auch die Fertigkeiten und den Willen unser eigenes Denken kontinuierlich zu überprüfen und zu korrigieren.

¹DKG – Deutsche Krankenhaus Gesellschaft.

tanz der Neuausrichtung ist die Fach- und Sachdiskussion über Stations- und Hierarchiegrenzen hinweg und die konkrete systemisch angelegte Planung, Begleitung und Evaluation der Projekte. Das bedeutet:

- Kernbereiche von Arzt und Pflege in Anlehnung an VPU/VUD⁴ (Welche Komponenten sind nicht delegier- oder übertragbar?) definieren
- Aufgaben genau und bedarfsorientiert definieren
- Rahmenbedingungen klären (Rechtliches Umfeld, Mitbestimmung, Beteiligte, Betroffene, Personalrat, Dienstvereinbarungen etc.)
- Professionelles Projektmanagement
- Qualifikationsanpassung durch Einbindung neuer Berufsbilder in vorhandene Ausbildungsstrukturen und anpassen der Fort- und Weiterbildung (Kompetenzentwicklung), Leitlinien, Standards
- Ergänzungsvereinbarungen zum Arbeitsvertrag bzw. erweiterter Arbeitsvertrag für alle neuen Mitarbeiter, Verbindlichkeit, Erlöstransfer
- Projektbegleitung durch Qualitätsmanagement und Riskmanagement
- Durch CIRS⁵ und Projektevaluation sicherstellen, dass Fehlentwicklungen nicht systematisiert werden.

Beispiel 1: Übernahme von ausgewählten Tätigkeiten aus dem ärztlichen Bereich von der Pflege

Ausgangssituation

In der MHH wurden auf den meisten Normalstationen bis Anfang 2008, in der Regel vom ärztlichen Personal, die venösen Blutentnahmen, i.v. Injektionen und die Applikation von i.v. Medikamenten, durchgeführt. Einige Mitarbeiter in der Pflege führten diese Tätigkeiten auf freiwilliger Basis eben-

falls durch. Das Problem war die rechtlich ungeklärte Situation und teilweise unbefriedigende Diskussionen über Aufgaben und Zuständigkeiten. Durch stetige Arbeitsverdichtungen in allen Berufsgruppen war eine Neuregelung und Prozessoptimierung dringend erforderlich.

Durchführung

Seit Januar 2008 werden auf acht Pilotstationen diese Tätigkeiten vom Pflegepersonal durchgeführt. Analog der oben beschriebenen Projektvorgehensweise erarbeitete eine berufsgruppenübergreifend angelegte Arbeitsgruppe ein auf die Praxis abgestimmtes und den rechtlichen Voraussetzungen entsprechendes Schulungskonzept. Die zu übertragenden Tätigkeiten wurden in Anlehnung an den vom VPU veröffentlichten Leitfa-den zur Übernahme ärztlicher Tätigkeiten definiert. Die Qualifikationsanpassung erfolgte durch theoretische und praktische Schulungen und Standards und SOP⁶ sowie Ergänzungsvereinbarungen zum Arbeitsvertrag. Inzwischen durchlaufen alle neu eingestellten pflegerischen Mitarbeiter diese Schulungen. Bei unseren Auszubildenden in der Krankenpflege und Kinderkrankenpflege in der MHH ist diese Qualifikationsanpassung bereits automatischer Bestandteil der Ausbildung. Gemeinsam zwischen Apotheke, Rechtsabteilung, Arzt und Pflege wurde eine „Positivliste“ für die Gabe der i.v. Medikamente durch Pflegepersonal erstellt und in das für die MHH gelebte Qualitätsmanagement und CIRS eingebunden. Eine zwischen dem Präsidium und dem Personalrat geschlossene Dienstvereinbarung beinhaltet ein nach dem PDCA⁷ Kreislauf aufgebautes und transparentes Verfahren und ermöglicht Verbindlichkeiten für alle Beteiligten. Der zu erwartende reale zusätzliche Aufwand für das Pflegepersonal wurde im Vorfeld kalkuliert und auf unterschiedliche Weise Rechnung getragen. Bisherige Tätigkeiten aus dem Bereich Pflege wurden, soweit

kein pflegerisches Fachwissen erforderlich war, an Pflegeassistenten delegiert, teilweise wurde weiteres Pflegepersonal eingestellt. Die oben angesprochene Tätigkeitsverschiebung wird an diesem Beispiel sehr deutlich. Die Tätigkeitsverschiebung bewirkt, dass Zeitressourcen bei dem ärztlichen Personal frei werden, um originäre ärztliche Tätigkeiten optimiert durchführen zu können. Gleichzeitig wird das Tätigkeitsprofil des Pflegepersonals nicht nur erweitert sondern vor allem rechtlich abgesichert. Durch Aufstockung von Pflegepersonal oder durch die Einführung von Servicepersonal auf den Stationen, werden der tatsächlich entstandene Mehraufwand und somit auch die Zeitressource des Pflegepersonals ausgeglichen. Aus Patientensicht hat diese Ablaufoptimierung den Vorteil, dass beispielsweise Wartezeiten auf ein Minimum reduziert wurden und eine zeitgerechte i.v. Gabe gesichert ist.

Aufgrund der Prozessoptimierung, welche sich auf den acht Pilotstationen in der Ablaufoptimierung zeigt, wurde das Projekt der Tätigkeitsverschiebung mit der Schaffung eines neuen Berufsbildes auf die gesamte MHH ausgeweitet.

Beispiel 2: Delegation und Erweiterung von Service-Tätigkeiten aus der Pflege

Ausgangssituation

Der Anspruch der Patienten in Bezug auf einen Krankenhausaufenthalt ist in den letzten Jahren gestiegen. Patienten erwarten nicht nur sehr gute Leistungen im Bereich der Medizin und Pflege, sondern auch in den sogenannten „Service-Leistungen“. Diese Erkenntnis war Beweggrund, Maßnahmen im Bereich Service auszubauen, um auch hier steigenden Leistungsanforderungen gerecht zu werden.

Bis November 2007 gab es keine klar definierten und erkennbaren Unterschiede in der „Service-Leistung“ zwischen Wahlleistungspatienten und Pa-

⁴VPU = Verband der PflegedirektorInnen der Universitätsklinik, VUD = Verband der Universitätsdirektoren.

⁵CIRS = Critical Incident Reporting System.

⁶SOP = Standard Operation Procedure.

⁷PDCA = Plan, Do, Check, Act.

Ergebnis: Evaluation nach 9 Monaten

Fokus	Thema	Messinstrumente	Ergebnis
Patienten	Zufriedenheit, allgemein Zusammenarbeit der Berufsgruppen	Patientenfragebogen	↑
		Patientenfragebogen	↔
Arzt	Entlastung Diagnose und Therapiekontinuität Anzahl der Blutentnahmen etc. Zusammenarbeit Arzt/Pflege	Interview, Fragebogen	↑↑
		Dokumentation,	↑
		Interview	
		Statistik Laborbefunde	↔
		Interview, Fragebogen	↑
Pflege	Entlastung Diagnose- und Therapiekontinuität	Interview, Fragebogen	↓
		Dokumentation,	↑↑
		Interview	
	Schulungsaufwand und Personalentwicklung Motivation, Berufszufriedenheit Arbeitsablauf- und Prozessoptimierung Zusammenarbeit Arzt/Pflege	Dokumentation,	↑↑
		Interview	↑
		Interview, Fragebogen	↑↑
		Interview, Fragebogen	↑↑
		Interview, Fragebogen	↗
Qualität	CIRS, Zwischenfälle Kosten	Meldungen	↔
		Schulung,	↑↑
	kontinuierliche Personalkosten Arzt/Pflege	Arbeitsgruppe	
		Controlling, ILV	↔

tienten mit Regelleistung. Zwar wurden den Privatpatienten die üblichen Einzelzimmer bzw. Zweibettzimmer mit entsprechender Arzt-/Chefarztwahl angeboten, alle anderen Leistungen entsprachen aber nicht den Vorstellungen einer gehobenen Hotel- und Serviceleistung. Bei der medizinischen Versorgung und Pflege erhalten die Patienten Spitzenleistungen. Ziel war es auch im Service Maßstäbe zu setzen und den Patienten ein sogenanntes Rundum-Wohlfühlpaket Medizin-Pflege-Service anzubieten.

Die Idee dahinter ist einfach: Speziell geschulte Servicemitarbeiter sollten sogenannte Hotelleistungen auf hohem Niveau erbringen und für eine angenehme Atmosphäre sorgen und gleichzeitig Pflegekräfte von berufsfremden Tätigkeiten entlasten.

Durchführung

Bei dem neuen Stationsservice für die Wahlleistungsstationen ging es nicht nur darum neue Leistungen anzubieten, indem man zusätzliches Hotel- und Servicepersonal einstellt, sondern bisherige Abläufe und Aufgaben neu zu strukturieren und konsequent dem

Dienstleistungsgedanken Rechnung zu tragen. Viele Bereiche und Berufsgruppen waren betroffen. Von Anfang an wurden alle betroffenen Berufsgruppen bei der Neukonzeption einbezogen. Anhand eines speziell erstellten Analyseinstrumentes wurden neue Tätigkeitsfelder, Serviceprodukte, Auswahl und Schulung der neuen Servicemitarbeiter entwickelt. Aus diesen Erkenntnissen entstand ein individuelles Servicekonzept mit einem exakt beschriebenen Aufgabenkatalog. Wesentliches Element war auch die klare Abgrenzung der unterschiedlichen Professionen in ihren Verantwortlichkeiten und einer offenen Kommunikationsstruktur. Auf jeden Fall sollte verhindert werden, dass es durch zusätzliche Berufsgruppen zu einer Verschlechterung der Prozessabläufe und Kommunikationsdefizit kommt.

Wesentliche Kriterien für die Auswahl der Service-Mitarbeiter auf den Wahlleistungsstationen waren personelle und soziale Kompetenz und ein positives Erscheinungsbild. Die Schulung für die künftigen Aufgaben wurde durch Theorie- und Praxiselemente an drei Tagen durchgeführt. Es wurden dabei Themen von A wie Ansprache des Pa-

tienten über Erste Hilfe, Hygiene, Recht, Schweigepflicht bis Z wie Zusammenarbeit behandelt. Die Servicemitarbeiter erhielten eigene Dienstkleidung um sowohl von den Patienten als auch von anderen Berufsgruppen zugeordnet werden zu können. Der Auftrag wurde nach einer europaweiten Ausschreibung extern vergeben.

Eckdaten

Insgesamt arbeiten derzeit 14 Servicemitarbeiter auf vier Wahlleistungsstationen in der Zeit von 7:30 bis 19:30 Uhr. Wie im Hotel bekommen die Patienten Bademäntel, Handtücher, Waschlappen und einen Kulturbeutel sowie ein speziell zusammengestelltes Begrüßungspaket mit allerlei Nützlichem für den Klinikaufenthalt. Die Servicemitarbeiter bringen Zeitungen, Getränke, erklären die Handhabung von Patientenklänge, Bett und Telefon und übernehmen die täglichen Aufgaben aus dem Bereich Hotelleistungen. Insgesamt umfasst das Leistungsverzeichnis weit über 30 verschiedene Aufgabenfelder. Es geht darum, die vielen kleinen und manchmal auch größeren Wünsche der Patienten

Ergebnis: Evaluation nach sechs Monaten und fortlaufend

Fokus	Thema	Messinstrumente	Ergebnis
Patienten	Zufriedenheit fühlen sich als „Privatpatienten“ angenommen	Monatliche Patientenfragebogen mit speziellen Items, Querschnittinterviews/Sondererhebungen	↑↑ ↑↑
Arzt	Entlastung Prozessoptimierung	Interview Tätigkeitsverschiebung an Servicemitarbeiter und Pflegekräfte	↔ ↑
Pflege	Entlastung	Interview	↑↑
Qualität	Diagnose, Therapie- kontinuität weniger Unterbrechungen Kosten Kontinuierliche Personalkosten Arzt/Pflege/Service		↑ ↑ ↔

während eines Krankenhausaufenthalts komfortabler zu gestalten und gleichzeitig das Pflegepersonal von solchen Tätigkeiten zu entlasten, die keine pflegerische Qualifikation voraussetzen. Auch die anderen Berufsgruppen profitieren davon. Der ärztliche und pflegerische Bereich kann sich auf seine Kernkompetenzen konzentrieren und hat mehr Zeit für den Patienten. Die Patienten erleben die Station mit dem „neuen Team“ als gut organisiert, sie fühlen sich umsorgt und umfassend betreut. Die Ausweitung auf andere Stationen ist derzeit in der Umsetzung. Als zusätzliche Ergänzung wurde eine VIP-Lounge außerhalb der Station eingerichtet, in der Patienten in entspannter Atmosphäre Getränke zu sich nehmen können, Zeitung lesen oder einfach nur entspannen.

Aufgrund dieser Prozessoptimierung, -anpassung und -veränderung ist es gelungen das Ziel des „Rundum-Wohlfühlpakets“ Medizin-Pflege-Service zu erreichen und dieses auszubauen.

Durch dieses Projekt wurde das Thema Service als Dienstleistung in der gesamten Klinik in der täglichen Arbeit diskutiert. Es besteht der Wunsch von Personal und Patienten auch auf den

Normalstationen zunehmend Serviceleistungen einzuführen.

Beispiel 3: Individuelle integrative Versorgung von Patienten (Entlassungsmanagement)

Ausgangssituation

Durch die Einführung des DRG-Systems⁸ folgte, wie in der Einleitung beschrieben, die Leistungsverdichtung. Gekennzeichnet durch die Interdependenz zwischen der Erhöhung der Fallzahlen und der Senkung der Verweildauer, gepaart mit der Tatsache, dass die Anzahl der chronisch Kranken sowie die Anzahl der Patienten mit Multimorbidität steigt. Diese Faktoren waren neben anderen, Beweggrund zur Implementierung einer integrativen Versorgung in Form eines Entlassungsmanagements. Bis zur Einführung des Entlassungsmanagements sind Patienten mit Herausforderungen in der Entlassungsplanung von dem Stationspersonal adäquat entlassen worden. Mit der Zunahme der Fallzahlen in Verbin-

dung mit der veränderten Verweildauer, die sich durch die DRG ergaben, ist die Entlassungsplanung insbesondere bei den obengenannten Patienten ins Wanken geraten. Diese Patienten haben einen erhöhten Bedarf an einer strukturierten Entlassungsplanung, welche mehrere Tage vor Entlassung in die Wege geleitet werden muss. Die Leistungsverdichtung auf den Stationen ergab, dass der Aufgabenkomplex der Entlassungsplanung, welcher sich nach den Bedürfnissen der Patienten richtet, nur sehr schwer im täglichen Geschehen zu bewältigen war. Dies führte unter anderem zu der Gründung eines Entlassungsmanagements.

Durchführung

Im Jahr 2005 wurde das Entlassungsmanagement an der Medizinischen Hochschule Hannover gegründet mit dem Ziel, den Patienten eine lückenlose Weiterbehandlung und -betreuung zu ermöglichen. Grundlage ist der Expertenstandard Entlassungsmanagement, welcher vom DNQP⁹ 2002 veröffentlicht wurde. Die Strukturen zur Realisierung

⁸DRG = Diagnosis Related Groups.

⁹DNQP = Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege.

Ergebnis: Evaluation nach 14 Monaten

Fokus	Thema	Messinstrumente	Ergebnis
Patienten	Zufriedenheit	Interview	↑↑
Angehörige	Zufriedenheit		↑↑
Arzt	Entlastung	Interview	↑
Pflege	Entlastung	Interview	↑↑
Hausarzt	Entlastung/ Prozessoptimierung	Interview	↑↑
Amb. Pflege	Entlastung/ Prozessoptimierung	Interview	↑↑
Pflegeheim	Entlastung/ Prozessoptimierung		↑↑
Homecaredienste	Qualitätsprüfungen	Interview	↑
Qualität	Kosten Prozessoptimierung	Interview	↑

sierung wurden in einer Arbeitsgruppe, bestehend aus internen und externen Mitgliedern, geschaffen. Die Einführung und Übernahme des Entlassungsprozesses über das Entlassungsmanagement erfolgte schrittweise und wird ebenfalls schrittweise erweitert. Mittlerweile wird das Entlassungsmanagement von zwei Pflegefachkräften geführt, welche dadurch ein neues Berufsfeld erschlossen und Tätigkeiten von Stationen aus dem Bereich der Ärzte und der Pflege übernommen haben. Die Tätigkeiten sind vielfältig und berufsgruppenübergreifend. Angefangen von Beratung und Schulung sowie Abklärung des individuellen Hilfebedarfs über die Organisation der Pflegeüberleitung und der Begleitung während der Verlegung hin zur Kooperation, ferner dem Informationsaustausch im Netzwerk. Dieses Netzwerk wurde im Rahmen der Implementierungszeit geschaffen. Das Netzwerk besteht aus Krankenkassen, ambulanten Diensten, Einweisern, Pflegeheimen, Hilfsmittelversorger, den Mitarbeitern auf den Stationen u.v.m. Das Entlassungsmanagement zeichnet sich neben dem Kontakt zu den Netzwerkmitgliedern besonders in dem engen Kontakt zum Patienten aus. Dieser ist notwendig um die individuellen Bedürfnisse und Wünsche für die Entlassungsplanung und Überleitung erfassen zu können. Die Identifikation der Patienten, welche über das Entlassungsmanagement entlassen werden,

erfolgt in der Regel am Anfang eines Krankenhausaufenthaltes mittels des MIRE-Assessment¹⁰ durch das Personal auf der Station. Während des Krankenhausaufenthaltes beraten und schulen die Mitarbeiter des Entlassungsmanagements die Patienten und bereiten diese auf ihre bevorstehende Entlassung vor. In dieser Zeit findet auch die Netzwerkarbeit statt. Hier ist deutlich geworden, dass erhebliche Zeitressourcen bei dem Personal auf Station frei werden und zusätzlich die Qualität der Versorgung und Zufriedenheit der Patienten erheblich steigt. Innerhalb der ersten 48 Stunden nach Entlassung, befragt das Entlassungsmanagement per Telefon den kürzlich entlassenen Patienten, ob alle eingeleiteten Maßnahmen der Weiterversorgung zur Zufriedenheit statt gefunden haben und die pflegerische Situation angemessen beherrscht wird. Aufgrund der hohen Anzahl an Schnittstellen im Bereich des Entlassungsmanagements war es besonders wichtig, transparente Ablaufstrukturen und definierte Kompetenz- und Stellenbeschreibungen abzufassen, damit eine reibungslose Entlassung bzw. Überleitung möglich ist. Hinzuzufügen ist an dieser Stelle, dass klare Abgrenzungen zwischen dem Sozialdienst und dem pflegerischen Entlassungsmanagement bestehen. Organisatorisch ist das Entlassungsmanage-

¹⁰MIRE = Modifizierter Index der Risikofaktoren – Entlassungsmanagement.

ment in Stabsstellenfunktion der Geschäftsführung Krankenpflege zugeordnet.

Die Durchführung des Entlassungsmanagements leistet einen deutlich erkennbaren Beitrag zur Zufriedenheit der Patienten. Es wird dadurch ein hohes Maß an Qualität sichergestellt und gleichzeitig wird den Anforderungen des Gesundheitswesens Rechnung getragen sowie die Selbstständigkeit der Patienten erhalten und gefördert.

Fazit

Der Patient soll und muss im Mittelpunkt stehen, d.h., dass die Strukturen und Prozesse im Krankenhaus so ausgerichtet sein müssen, dass ein reibungsloser Krankenhausaufenthalt möglich ist. Um dies zu realisieren, ist die Bereitschaft aller Beschäftigten notwendig alte Strukturen und tradierte Prozesse zu durchbrechen, vorhandene Ressourcen zu berücksichtigen sowie die konsequente Steigerung der Patientensicherheit und Qualität stetig weiter zu entwickeln. Die oben aufgeführten Prozessoptimierungsbeispiele verdeutlichen, dass ein Benefit für alle beteiligten Berufsgruppen spürbar wird. Durch die Neuordnung der Aufgaben und die Erschließung neuer Berufsfelder hat Medizin und Pflege die Möglichkeit sich den ihr originär obliegenden Tätigkeiten zeitintensiver zu widmen, was die Patienten- sowie Mit-

arbeiterzufriedenheit steigern kann. Wie eingangs schon erwähnt, ist die richtige Person bzw. die richtige Berufsgruppe die, die fachlich, rechtlich, wirtschaftlich qualitativ hochwertige Leistungen erbringen kann. Diese zu ermitteln und zu verändern ist eine Kunst des Managements, welche künftig immer stärker gefragt ist. Hierfür ist ein kreatives Umdenken gepaart mit mutiger Veränderungsbereitschaft notwendig, um trotz knapper Ressourcen – Spielraum zu ermöglichen, in dem eine teamorientierte Zusammenarbeit möglich ist.

Weiterführende Literatur

- [1] Alsen, Cartes, Dominguez, Gurcke, Hart, Krahe, Lessing, Rohe, Thomeczek: Empfehlungen zur Einführung von Critical Incident Reporting Systemen (CIRS) Praxistipps für Krankenhäuser, 2007.
- [2] Baierlein, Ungar-Harrmann, Da-Cruz, Schommer, Oberender: Sachlichkeit statt Emotion, in: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus (04/ 2008).
- [3] Bienstein: Ist Weiterentwicklung auch Fortschritt? in: Die Schwester/ Der Pfleger (09/ 2006).
- [4] Blum, Offermanns, Perner: Krankenhaus Barometer Umfrage 2008, DKI.
- [5] Blum, Offermanns, Perner: Krankenhaus Barometer: Neuordnung pflegerischer und ärztlicher Aufgaben gehören zusammen, in: Die Schwester/ Der Pfleger (12/ 2008).
- [6] Blum, Offermanns: Fallstudien: Organisationsstrukturen im Entlassungsmanagement, in: Die Schwester/ Der Pfleger (04/ 2009).
- [7] Böhme: „Nicht alles, was Medizin ist, muss der Arzt selbst tun“. Delegation ärztlicher Tätigkeiten, in: Die Schwester/ Der Pfleger 44 (2005).
- [8] Dahlgaard, Schürgers, Stratmeyer, Stubenvoll: Kooperatives Prozessmanagement, in: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus (03/ 2007).
- [9] Deutsches Krankenhaus Gesellschaft: Eckdaten Krankenhausstatistik 2006/2007.
- [10] Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege, 2009.
- [11] Deutsche Krankenhaus Gesellschaft (DKG): Positionspapier 2009.
- [12] François-Kettner: Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege, in: Die Schwester/ Der Pfleger (03/ 2003).
- [13] Gewerkschaft ver.di: Neue Arbeitsteilung im Gesundheitswesen, in: Die Schwester/ Der Pfleger (08/ 2009).
- [14] Jacobs: Delegation – mehr als eine Frage der Arztentlastung, in: Die Schwester/ Der Pfleger (11/ 2007).
- [15] Kötter, Kullmann, Pieper: Das teamorientierte Unternehmen! MQ Management und Qualität (06/ 2009).
- [16] Offermanns, Bergmann, Eick & Partner: Neuordnung von Aufgaben des Ärztlichen Dienstes, Bericht des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI), 2008.
- [17] Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Gutachten 2007-Kooperation und Verantwortung, 2007.
- [18] Senge: Die fünfte Disziplin-Kunst und Praxis der lernenden Organisation, 2006.
- [19] Stemmer, Haubrock, Böhme: Bericht aus der Pflege, Gutachten „Zukünftige Handlungsfelder in der Krankenhauspflege“, Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz, Mainz, 2008.
- [20] Verband der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätsklinika in Deutschland (VPU): Übernahme ärztlicher Tätigkeiten-praktische und rechtliche Grenzen bei der Delegation ärztlicher Tätigkeiten; Pflegende und Ärzte in Kooperation für Qualität und Wirtschaftlichkeit; ein Beitrag zur rechtlichen Sicherheit und Prozessoptimierung im Krankenhaus. 2007.