



Kooperative Organisationsmodelle im Krankenhaus

*Das Krankenhaus auf dem Weg zur
kooperativen Prozessorganisation
am Beispiel des DRK-
Clementinenkrankenhauses Hannover*



Gliederung

- Vorstellung des Krankenhauses
- Strategische Organisationsentwicklung
- Aufgaben der wissenschaftlichen Projektbegleitung
- Organisationsmodell des Projektes
- Teilprojekt: Erweiterte Aufgaben von Pflegefachkräften
 - Aufgabenprofil
 - Qualifizierung
 - Evaluation



Strukturdaten des Krankenhauses

Medizinische Hauptabteilungen

- Allgemein-, Viszeral- und Unfallchirurgie
- Innere Medizin - Gastroenterologie
- Innere Medizin -Kardiologie

Medizinische Belegabteilungen

- Innere Medizin
- Allgemeinchirurgie
- HNO
- Augenheilkunde
- Gynäkologie
- Kardiologie
- Orthopädie
- Urologie

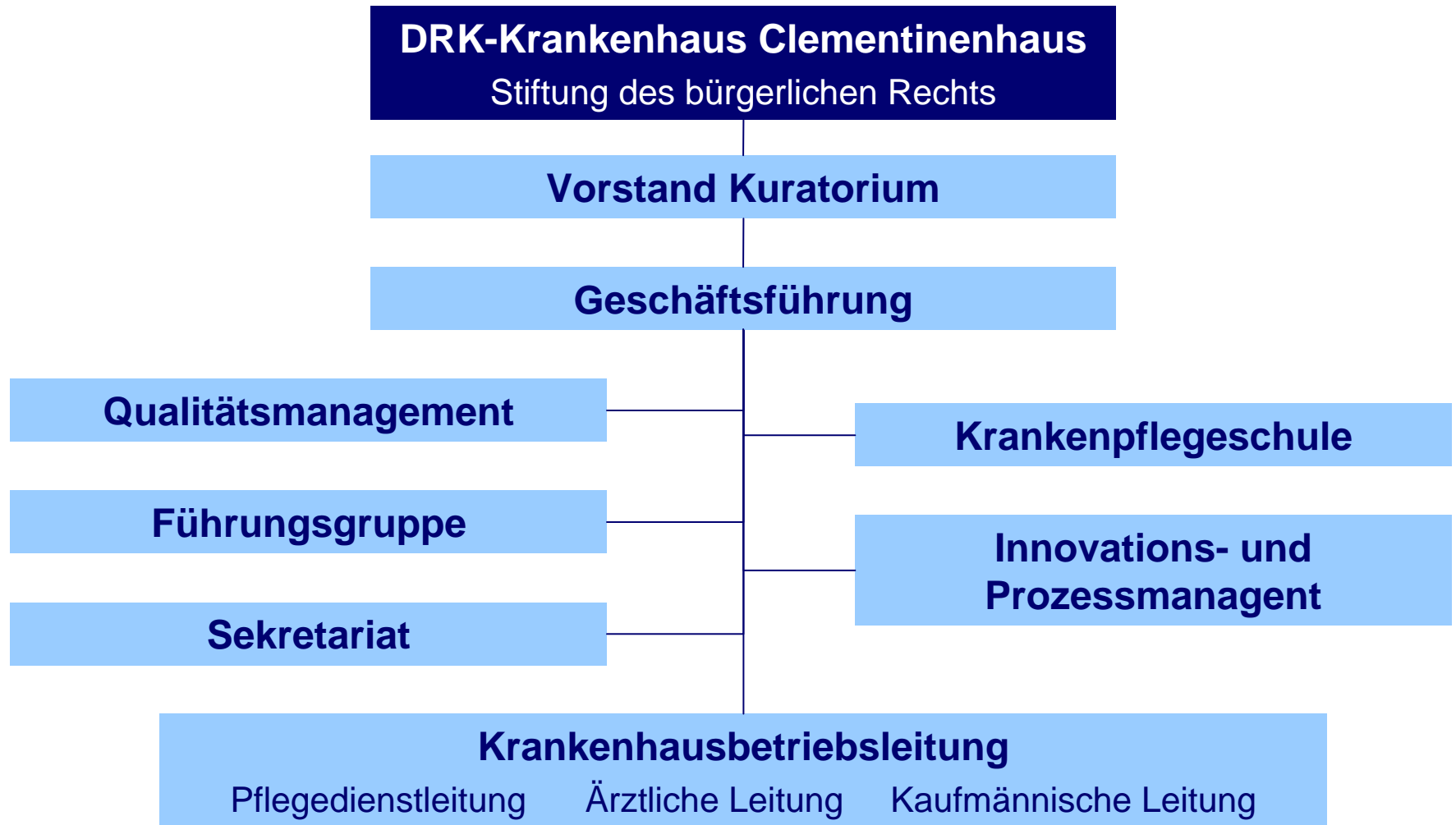
Krankenpflegeschule

Leistungsdaten 2008:

- Etwa 10.000 Behandlungsfälle
- 213 Betten
- Verweildauer 4,47 Tage
 - Hauptabteilung 5,75 Tage
 - Belegabteilungen 3,98 Tage



Strukturorganisation





Strategische Organisationsentwicklung

- Etablieren der **Führungsgruppe** vor 12 Jahren
- Einführung des POT (**patientenorientierter Tagesablauf**) zur zeitlichen Koordination aller Berufsgruppen (1998)
- Einführung einer „**Zentralen Patientenaufnahme**“ (2001) mit zentraler Belegungssteuerung und standardisiertem Aufnahmeprozess
- Prozessmanagement: **Entflechtung der Tätigkeiten** von Ärzten (Planung des stationären Aufenthaltes) und Pflegekräften (operative Steuerung des Behandlungsprozesses) ab 2004
- Konsequente **Arbeitszeitflexibilisierung** seit 2002
- Führung über **Zielvereinbarungsgespräche**
- Transparenz für alle Mitarbeiter/-innen über alle **leistungs- und betriebswirtschaftlichen Daten**



Ziele

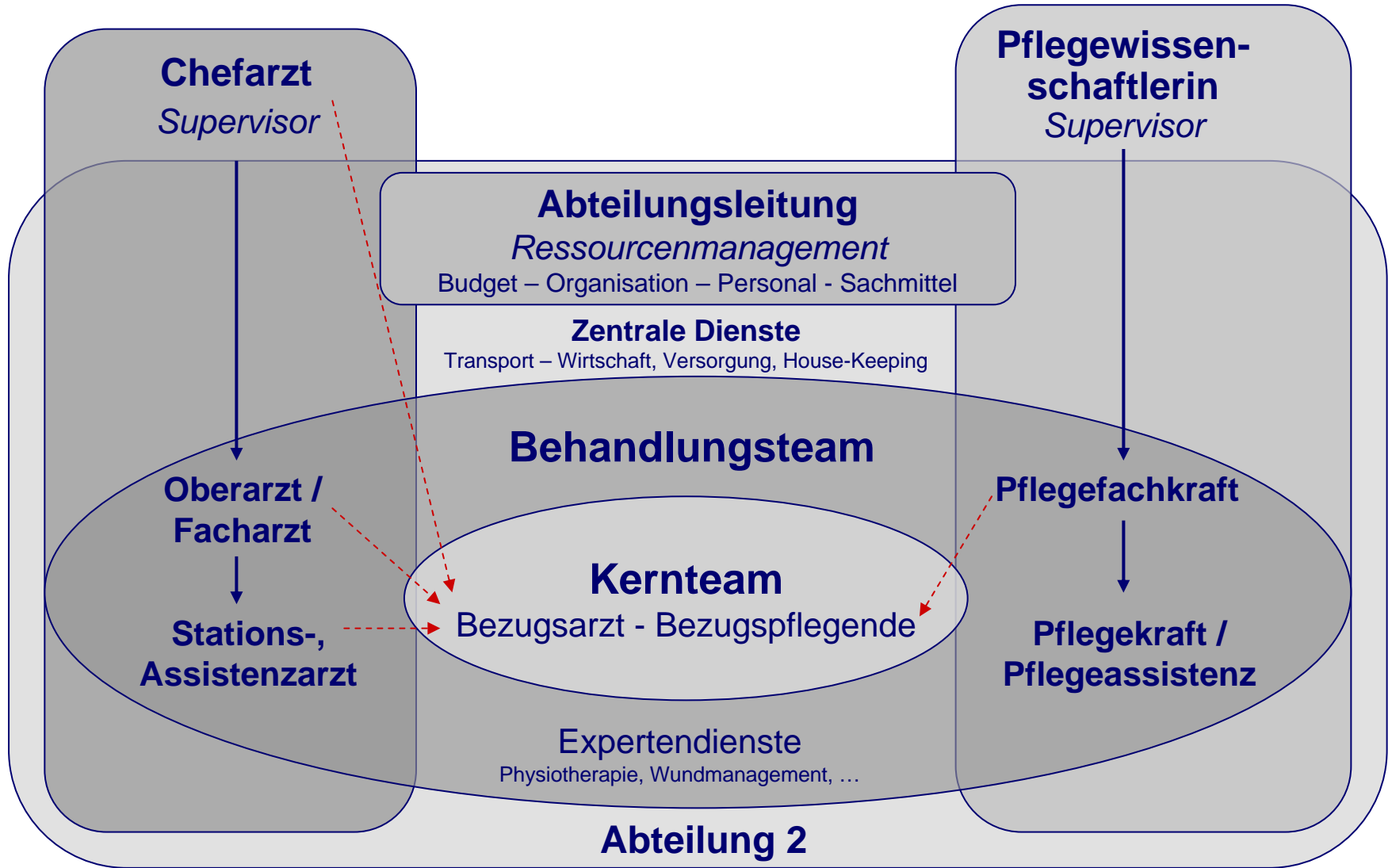
- Harmonische **Auslastung** durch interdisziplinäre Belegung
- Gewährleistung **kontinuierlicher Versorgungsprozesse**
 - Vermeidung von Schnittstellen
 - Etablierung von Bezugsärzten und –pflegenden
 - Formalisierung von Prozessabläufen mit Augenmaß
- Arbeitsteilung und Prozessverantwortung nach Grundsätzen des **Prozessnutzens**
 - Konzentration ärztlicher Tätigkeiten auf „Kerngeschäft“
 - Erweitertes Aufgabenspektrum der Pflegenden
 - Hierarchisierung der Pflegegruppe
 - Ausgliederung organisationsbezogener Leitungsaufgaben in einer „eigenen“ Stelle
- Etablierung eines „**Expertensystems Pflege**“ neben der Medizin, um den künftigen Herausforderungen der pflegerischen Versorgung im Krankenhaus zu entsprechen
 - Aufwertung pflegerischer Versorgung vor dem Hintergrund des demografischen und epidemiologischen Wandels
- Erhöhung der **Mitarbeiterzufriedenheit**
 - Zufriedenstellende Kommunikation Arzt- und Pflegedienst
 - Attraktive, herausfordernde Arbeitsplätze

Aufgaben der wissenschaftlichen Begleitung durch das KoPM[®]-Team

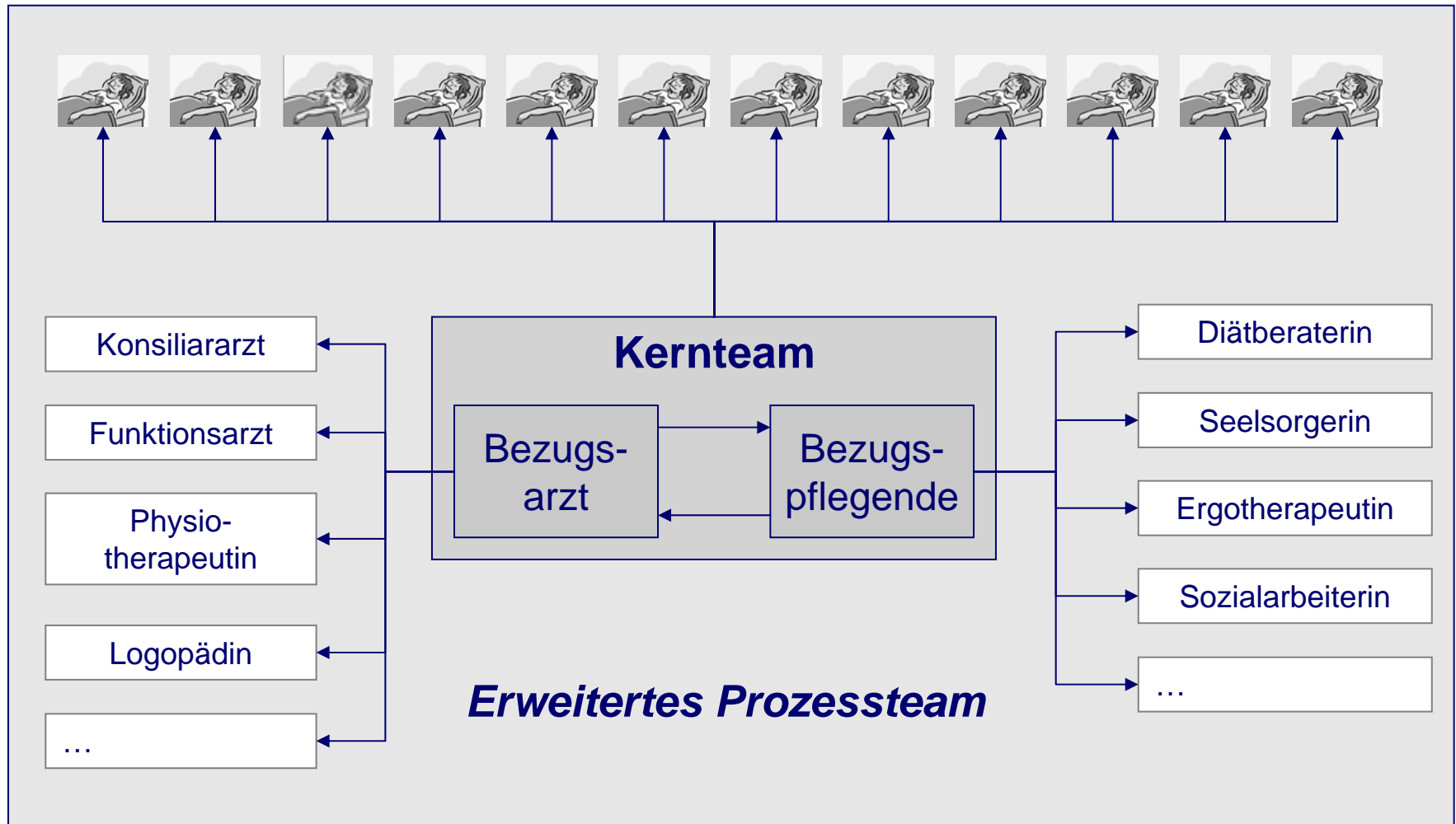
- Bereitstellung des **theoretischen Bezugsrahmens** (KoPM[®]-Modell)
- **Impulse** für die Projektbearbeitung
 - Entwicklung des Organisationsmodells
 - Entwicklung von Stellenprofilen
 - Konzeption des Expertensystems Pflege
 - Neukonzeption eines bedarfsorientierten Pflegeprozesses
- **Kritische Begleitung** des Konzeptentwicklungs- und Implementationsprozesses
- Konzeption und Durchführung von **Qualifizierungsmaßnahmen**
- **Evaluation** (*in Kooperation mit dem Institut für Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Prof. Dr. Hendrik van der Bussche*)



Das ECO-Modell



KoPM®-Prozessorganisation und Prozessteams

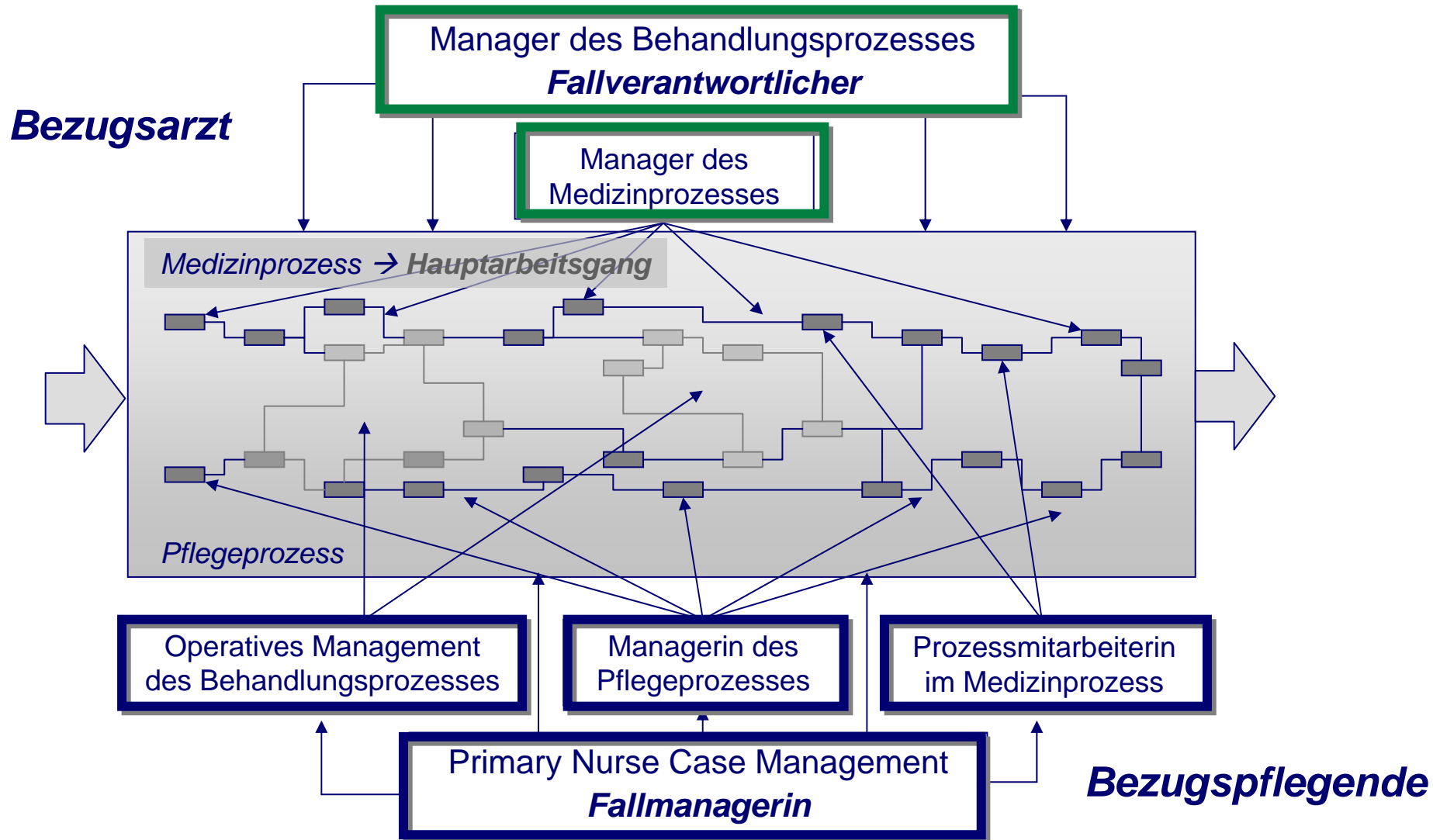




Kernelemente des Bezugssystems

- **Primäre Zuständigkeit**
 - Kernteam: Bezugsarzt und Bezugspflegende
- **Prozessverantwortung**
 - Rund um die Uhr; möglichst lange Betreuungszyklen
 - Zentrale Ansprechpartner
 - Direkte Information und dezentrale (patienten- und zeitnahe) Entscheidungen
 - Planungs- und Leistungsdokumentation
 - Delegations- und Weisungsrecht gegenüber anderen Mitgliedern des Behandlungsteams
- **Kontinuität gewährleisten**
 - Vermeidung von Schnittstellen und Übergabepunkten (Rückführung der Arbeitsteilung)
 - Suffiziente Vertretungsregelungen
 - Information von Nachfolgeinstanzen
- **Planung und Ausführung in einer Hand**
 - Teilnahme am Prozess (keine patientenferne Planungsinstanz!)
 - Vorbehaltsaufgaben: z.B. gemeinsame Visite, Aufklärung, Beratung, Schulung, Überleitung, Entlassung, Festlegung von Diagnostik-, Therapie- und Pflegeplan
- **Integration Medizin- und Pflegeprozess**
 - Komplementäre Arbeitsteilung
 - Diagnosebezogene Reorganisation des Pflegeprozesses

Kooperatives Arrangement Arzt-Pflege





Die KoPM[®]/ECO-Fachkraft

- „**Herzstück**“ des Vorhabens
- Annahmen:
 - Funktionsübernahme nach dem KoPM[®]/ECO-Konzept erfordert Kompetenzen, die nicht in der Ausbildung vermittelt worden sind → **Qualifizierung**
 - Nicht alle examinierten Pflegekräfte verfügen über hinreichendes Potenzial und/oder Motivation → **Auswahlverfahren**
 - Pflege hat gute Voraussetzungen für die Übernahme dieser Funktion
 - **Prozess- und patientennaher Charakter** der Pflegearbeit
 - Gestaltung der **Arbeitsorganisation** als **Kernaufgabe** der Pflege
 - Prozess der Patientenversorgung strukturieren
 - Managementaufgaben übernehmen
 - Informelle **Regelungen** müssen zu expliziten weiterentwickelt werden
 - **Verantwortungsbereich** wird größer und **Managementanforderungen** erhöhen sich
 - Positive Ergebnisse für **Zeit, Kosten, Qualität** der Versorgung sind zu erwarten
 - Zukünftig werden akademische Pflegekräfte die Funktion übernehmen



Qualifizierung von KoPM[®] /ECO-Fachkräften: Forschungsfragen

- Über welche **Qualifikationen** und **Kompetenzen** muss die Bezugspflegerin verfügen, um den Anforderungen gerecht zu werden?
- Wie sollte ein **Curriculum** zur Weiterbildung gestaltet sein, um Bezugspflegerin auf ihre Aufgaben vorzubereiten?
- Wie kann der **Transfer** der in der Weiterbildung erworbenen Qualifikationen/Kompetenzen in die Praxis befördert werden?
- Welche begleitenden **Organisationsmaßnahmen** befördern die Implementation: Formalisierungen (z.B. Funktionsprofile, formale Aufgabenübertragung), Information, Anpassung der Dokumentationen, ...?
- Welche Auswirkungen hat die Installation der Bezugspflegerin auf das **Kooperationsverhältnis** von Ärzten und Pflegenden, wie wirkt sich das auf die Arbeitszufriedenheit aus?
- Lassen sich positive Effekte auf das **Patientenoutcome** feststellen?



Ausgangsbedingungen für die Qualifizierung zur KoPM[®]/ECO-Fachkraft im Clementinenhaus

- **Personalauswahl:**
 - Das Clementinenhaus verfügt über eine ausreichende Anzahl von Pflegenden mit hinreichendem Potenzial zur Funktionsübernahme
 - Diese Pflegenden sind Vorgesetzten und Ärzten bekannt
 - Interessierte Pflegenden werden aufgefordert, sich zu bewerben
- Qualifizierung ist nicht an Themenkatalogen oder Fächern, sondern **an den zukünftigen Schwerpunktaufgaben** ausgerichtet
 - Aufgaben im Pflegeprozess
 - Mitarbeit im Medizinprozess
 - Managementfunktionen (Behandlungsprozess; Case Management)
- **Modellhafte Durchführung** 2009 bis 2010
- Formative und summative **Evaluation**



Curriculares Grundkonzept

- Differenzierung in **Präsenzlehrveranstaltungen, Präsentationen, Supervision im Arbeitsfeld** und **Selbststudium** (in Orientierung an Bologna-Prozess) im Gesamtumfang von 900 Stunden
- Transformation trüger Bildungswissen zur Handlungskompetenz: Integration von **Praxisaufgaben** und **Praxisreflexionen**
- Ausrichtung im Modellversuch an den **spezifischen Bedingungen** im Clementinenkrankenhaus
- Orientierung der WB-Themen an **handlungsbezogenen Schlüsselsituationen**, die im Rahmen der Qualifizierung exemplarisch ausgestaltet werden (*Beispiele: Kooperative Visite; Aufnahmegespräch*)
- WB-Durchführung durch **KoPM[®]-Team** und Integration von **Führungskräften** des Clementinenhauses in Lehre, Supervision und Aufgabenstellungen
- Einrichtung einer „**KoPM[®]-Werkstatt**“ (EDV-Arbeitsplatz; Besprechungsecke; Literaturzugang) im Clementinenhaus



Ziele der Evaluation

1. Gewinnung von Erkenntnis, wie die Qualifizierungsmaßnahme inhaltlich und methodisch optimal den **Kompetenzerwerb** der Teilnehmer/-innen unterstützt
2. Auswertung, inwieweit die Qualifizierungsmaßnahme zur **Übernahme** der **erweiterten Pflegeaufgaben** befähigt und welche **organisatorischen Voraussetzungen** getroffen werden müssen (Formalisierungen; Arbeitsplatzentwicklung)
3. Erfassung von Praktikabilität, Akzeptanz und Nutzungsgrad sowie von Anhaltspunkten zur weiteren **Optimierung des neuausgerichteten Pflegeprozesses**



Ziele der Evaluation

4. Untersuchung von **Effekten** des neuen Funktionszuschnitts der Pflegefachkräfte auf **Patientenzufriedenheit**, Qualität des kooperativen **ärztlich-pflegerischen Leistungsprozesses** und **Arbeitszufriedenheit** von Ärzten und Pflegenden
5. **Effekte** des Organisationsvorhaben auf **Patientenoutcomes** für die **wirtschaftliche Situation** des Krankenhauses
6. Bewertung des ECO-Implementationsprozesses (**Change-Management**)



Ein persönliches Fazit

*Vielen Dank für
Ihre
Aufmerksamkeit!*

