

STATIONSKONZEPTE (TEIL 1)

Chancen und Grenzen der Prozessoptimierung

Stationen repräsentieren einen Klinikbereich, der einen wichtigen Beitrag zur Wirtschaftlichkeit leistet. Die gemäß InEK-Kalkulation den Normalstationen zugeordneten Erlöse kommen vom Umsatz her der Größenordnung eines mittelständischen Unternehmens nahe. Grund genug, die Prozesse in einer Station unter die Lupe zu nehmen.

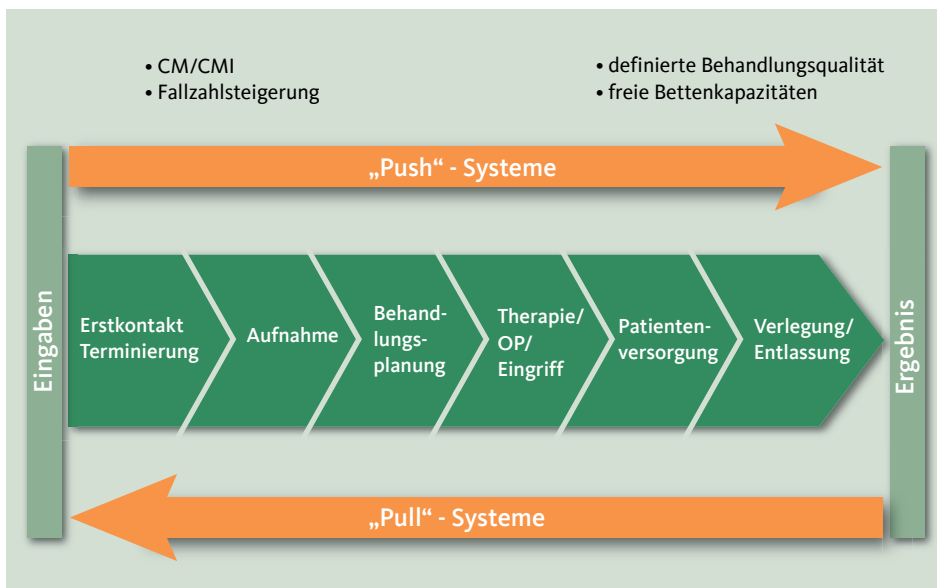


Abbildung 1: Push- vs. Pull-Organisation der Stationsprozesse.

Die Stationen stellen im Wesentlichen den wertschöpfenden Prozess dar – ähnlich der Produktion eines Unternehmens. Gleichzeitig binden Stationen einen hohen Personalanteil und haben – und das ist entscheidend – den größten Anteil am unmittelbaren zwischenmenschlichen Kontakt mit den Patienten über den gesamten Klinikaufenthalt hinweg. Auch ist die Station meist die Anlaufstelle für Angehörige. Damit tragen die Mitarbeiter wesentlich zur Qualitätswahrnehmung von Patienten und Angehörigen bei. Mehr noch: Die Dienstleistungsqualität der gesamten Klinik wird in hohem Maße durch das stationäre Umfeld und seine Mitarbeiter geprägt.

Typische Auswirkungen der DRG-Einführung verbunden mit demografischen Faktoren, zunehmender Multimor-

bidität der Patienten und wachsender fachlicher Ausdifferenzierung waren in den letzten Jahren:

- steigende stationäre Fallzahlen,
- deutlicher Rückgang der durchschnittlichen Verweildauer,
- sinkender Stellenanteil des pflegerischen Personals,
- moderater Anstieg beim Stellenanteil des ärztlichen Dienstes.

Die bisherigen Organisationsformen von Stationen kommen an ihre Grenzen. Die aus Sicht der Wirtschaftlichkeit und Qualität erforderliche Entwicklung einer Station hin zu mehr Effektivität und Effizienz muss jedoch dem Umstand einer hohen Komplexität der Stationsorganisation Rechnung tragen.

So gestalten sich die Arbeitsabläufe des ärztlichen und pflegerischen Perso-

nals zunehmend asynchron, damit ergeben sich immer weniger interprofessionelle Berührungspunkte im Stationsalltag. Der Pflegedienst ist im Schichtdienst organisiert, während Ärzte in der Regelarbeitszeit präsent sind. Weiterhin ist die Station nur ein Teilgebiet im Aufgabenfeld des Arztes, während die Pflegekräfte in der Regel 100 Prozent ihrer Tätigkeiten in der Station erledigen.

Die fachliche Ausdifferenzierung führt mit steigender Tendenz zu einer gemischten Belegung von Stationen, damit steigt der Koordinationsaufwand (z.B. mehrfach täglich Visiten).

„Neue“ Berufsgruppen und Spezialisten wie Diätassistenten oder Wundmanager führen zu mehr Schnittstellen und erhöhen den Koordinationsaufwand zusätzlich. Die stationären Abläufe weisen eine hohe Abhängigkeit von sogenannten ausgegliederten Prozessen im Krankenhaus selbst oder sogar über die Klinik hinaus auf (z.B. hausübergreifende Bettenbelegungsplanung, Reinigungsdienst). Diese ausgelagerten Prozesse können vom Stationspersonal kaum beeinflusst werden.

Die steigende Dokumentationspflicht führt zu einem erhöhten Informationsbedürfnis und -aufkommen bei allen Berufsgruppen und hat einen steigenden Zeitbedarf zur Folge.

Krankenhausinformationssysteme (KIS) bestimmen zunehmend den Workflow der stationären Abläufe – eine Effizienzsteigerung setzt allerdings eine ausreichende technische Ausstattung und eine hervorragende Kenntnis und Beherrschung der Module durch alle Stationsmitarbeiter voraus, die häufig so nicht anzutreffen sind.

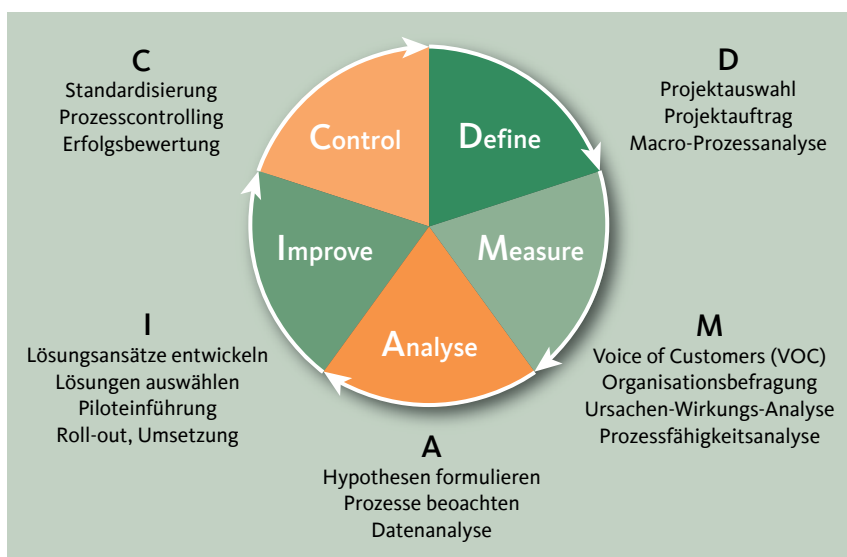


Abbildung 2: Der DMAIC-Zyklus der Prozessoptimierung.

STATIONSKONZEPTE

Stationskonzepte sind ein erfolgreicher Organisationsansatz, der hohen Komplexität durch Transparenz und Verbindlichkeit zu begegnen: Berufsgruppenübergreifend werden bezogen auf die wesentlichen Engpässe der Stationsorganisation gemeinsam „Spielregeln“ für das Miteinander vereinbart und in einem Organisationshandbuch fest verankert. Die in der Station Tätigen werden aus ihrer Ohnmacht, „nichts ändern zu können“, herausgeholt und werden so zu Akteuren der Veränderungen. Damit kann es gelingen, die Mitarbeiter aus der Spirale von empfundener Überlastung und Demotivation ein Stück weit zu befreien.

LERNEN, IN PROZESSEN ZU DENKEN

Prozesse sind definiert als „Satz von in Wechselbeziehung oder Wechselwirkung stehenden Tätigkeiten, die Eingaben in Ergebnisse umwandeln“. So lautet die etwas technokratisch anmutende Definition der DIN EN ISO 9000:2005. Eine wesentliche Schlussfolgerung hieraus besteht für die Stationen darin, dass der Blick auf die Logistik die traditionelle Betonung der Fachlichkeit von Medizin und Pflege gleichwertig ergänzt: Für das bestmögliche Ergebnis eines Patientenaufenthalts ist somit nicht mehr alleine die beste Medizin und Pflege entscheidend, sondern auch, dass diese in beherrschten und stabilen Prozessen wirtschaftlich erbracht werden.

Die Fokussierung auf die stationären Prozesse führt zu einem Paradigmenwechsel: Prozessorientierung bedeutet, die Abläufe vom Ende her zu denken. Damit wird die Entlassung zum wichtigsten Prozess. Die traditionelle Ausrichtung der Station liegt im Sinn einer „Push-Organisation“ in der Aufnahme. Der Aufnahmedruck bestimmt damit die weiteren Abläufe und führt zu Verwerfungen wie Hektik am Aufnahmetag, Wartezeit für Patienten bis zur Bettzuweisung und Belegung von Gangbetten. Die Organisation fällt quasi von einer Verlegenheit in die nächste.

In einer „Pull-Organisation“ ziehen die frei werdenden Bettenkapazitäten die Neuaufnahmen in die Klinik (Abb. 1). Stationen kommen so zu der Erkenntnis, dass es nicht so sehr von Bedeutung ist, dass alle Betten belegt sind (hohe Auslastung), sondern dass diese möglichst oft neu belegt werden können. Bei einem funktionierenden Entlassungsmanagement nach dem „Pull-Prinzip“ zeigt sich daher auch die Bedeutung eines effektiven Einweisermanagements in Bezug auf das Belegungsmanagement. Denn die Annahme, dass die Behandlungsbedürftigkeit eines Patienten alleine die Wahl der Klinik ausreichend begründet, wird im sich verschärfenden Wettbewerb immer öfter auf die Probe gestellt. Der Einweiser wird daher sowohl die Sicherheit bei der Terminvergabe als auch eine qualitativ hochwertige und durch das Krankenhaus organisierte Überleitung in nachfolgende Ver-

sorgungsbereiche zum Auswahl- und Empfehlungskriterium machen.

Im Prozessmanagement gilt nun das Prinzip, Risiken, die dem Ergebnis (hier der geplanten pünktlichen Entlassung) entgegenstehen, soweit wie möglich innerhalb der Prozesskette nach vorne zu verlagern: Je früher das Risiko erkannt wird, desto geringer ist der Aufwand, um die Auswirkungen des Risikos zu minimieren. Wird erst am Entlassungstag festgestellt, dass eine Weiterversorgung des Patienten nicht gesichert ist, entstehen weitere Kosten. Das ist der Beweis dafür, dass die Entlassung bereits bei der Aufnahme anfängt.

Die Bedeutung der Entlassung als zentralem Logistikprozess der Station wird noch unterstrichen durch die Tatsache, dass auch die DRG-Erlöse in der Vergütungssystematik der entlassenden Abteilung zukommen. Somit wird der Station die Aufgabe zugewiesen, ein suffizientes Verweildauermanagement zu betreiben, das dann auch unmittelbare Auswirkung auf die stationären Erlöse hat. Ferner wurde 2012 der § 39 SGB V konkretisiert: „[...] Die Krankenhausbehandlung umfasst auch ein Entlassmanagement zur Lösung von Problemen beim Übergang in die Versorgung nach der Krankenhausbehandlung [...].“ Eine Forderung, die der nationale Expertenstandard Entlassungsmanagement für die Pflege vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege schon seit Jahren erhebt. Das Krankenhaus wird jetzt aber durch den Gesetzgeber in die Verantwortung genommen.

Die Optimierung der Stationsprozesse folgt der Logik des DMAIC-Ansatzes, der zugleich die einzelnen Schritte im Verbesserungsprojekt vorgibt (Abb. 2). Lesen Sie im 2. Teil in der nächsten Ausgabe, wie der Weg zu einer organisierten Station aussehen kann.

DR. CHRISTIAN BAMBERG

Mitglied des Vorstandes
ZeQ AG, Mannheim, Kontakt:
christian.bamberg@zeq.de



MAX KORFF

Mitglied des Vorstandes
ZeQ AG, Mannheim,
Kontakt: max.korff@zeq.de

