
Moderne Stationsorganisation im Krankenhaus

Christian Bamberg · Nico Kasper · Max Korff ·
Rüdiger Herbold · Tessa Fleckenstein
(Hrsg.)

Moderne Stationsorganisation im Krankenhaus

2. Auflage

Hrsg.

Christian Bamberg
ZEQ AG
Mannheim, Deutschland

Nico Kasper
ZEQ AG
Mannheim, Deutschland

Max Korff
ZEQ AG
Mannheim, Deutschland

Rüdiger Herbold
ZEQ AG
Mannheim, Deutschland

Tessa Fleckenstein
ZEQ AG
Mannheim, Deutschland

ISBN 978-3-662-67157-3 ISBN 978-3-662-67158-0 (eBook)
<https://doi.org/10.1007/978-3-662-67158-0>

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© Der/die Herausgeber bzw. der/die Autor(en), exklusiv lizenziert an Springer-Verlag GmbH, DE, ein Teil von Springer Nature 2018, 2023

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jedermann benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des jeweiligen Zeicheninhabers sind zu beachten.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Planung/Lektorat: Ulrike Hartmann

Springer ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer-Verlag GmbH, DE und ist ein Teil von Springer Nature.

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Heidelberger Platz 3, 14197 Berlin, Germany

Vorwort zur zweiten Auflage

Zwischen der ersten und der zweiten Auflage dieses Buchs sind nun schon fünf Jahre vergangen – Jahre, die auch für Krankenhäuser zu teilweise dramatischen Einschnitten und Veränderungen führten. Die bereits in der ersten Auflage dieses Buchs 2018 zugrunde gelegten Entwicklungen sich immer weiter verschärfender Defizite bei einer wachsenden Zahl an Krankenhäusern und eines fortschreitenden Fachkräftemangels haben durch die COVID-19-Pandemie und die aktuellen Auswirkungen von historisch hoher Inflation und absurd gestiegenen Energiepreisen zum Beginn des Jahres 2023 eine neue Dimension erreicht.

Hinzu kommen einige für dieses Buch relevante Veränderungen, die durch den Gesetzgeber initiiert wurden: Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) hat die Bunderegierung 2018 beschlossen, die Kosten für Pflegepersonal im Krankenhaus aus dem Vergütungssystem der Fallpauschalen herauszulösen. Die Pflegekräfte werden ab Januar 2020 über ein krankenhausindividuelles Pflegebudget nach dem Selbstkostendeckungsprinzip vollständig finanziert. Ferner trat im November 2020 die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) in Kraft, die Vorgaben zur pflegerischen Besetzung von Tag- und Nachtschicht in sog. pflegesensitiven Bereichen festlegt. Mit Inkrafttreten Ende 2020 legte der Gesetzgeber mit dem Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) ein Investitionsprogramm mit einem Fördervolumen von 4,3 Mio. € für die Digitalisierung von Krankenhäusern auf.

Vor dem Hintergrund der finanziellen Auswirkungen der letzten Jahre, der schlechten wirtschaftlichen Prognose für 2023 und die Folgejahre sowie der chronisch gewordenen Überlastung der Krankenhäuser, diskutieren Bund und Länder derzeit über eine grundlegende Reform der Krankenhausfinanzierung – dabei soll neben einer Reform des Fallpauschalensystems (z. B. bezüglich Notfall-, Kinder- und Intensivmedizin) auch eine anteilige Vergütung der Vorhaltekosten der Krankenhäuser über Vorhaltepauschalen berücksichtigt werden. Die Krankenhausplanung soll zukünftig die Versorgung stationärer Patienten in medizinischen Leistungsgruppen und in drei Stufen organisieren (Basisversorgung, Schwerpunktversorgung und Maximalversorgung), die durch entsprechende Strukturvorgaben klar unterscheidbar sein werden. Zusätzlich wird das Angebot ambulant zu erbringender Leistungen deutlich ausgeweitet werden.

Die Autoren haben die Auswirkungen der bekannten und zu erwartenden Veränderungen auf die Inhalte dieses Buchs analysiert und kommen zum Schluss, dass einer „modernen Stationsorganisation“ auch im Krankenhaus der Zukunft eine herausragende Bedeutung zukommt. Die in unserem Buch herausgehobene wirtschaftliche Bedeutung und die Rolle der Stationen bei der Behandlungssteuerung bleiben erhalten – darüber hinaus wird die Stationsorganisation zu einem Erfolgsfaktor für die Arbeitgeberattraktivität: denn auch wenn Pflegekräfte zukünftig nicht mehr als „Kostenfaktor“ betrachtet und Stellen im Pflegedienst vollständig refinanziert werden, bleibt die ernüchternde Erkenntnis, dass Vakanzen wegen des anhaltenden Fachkräftemangels auch zukünftig nicht ausreichend besetzt werden können. Damit kommt der Mitarbeiterbindung – aus Sicht der Autoren insbesondere über gute Arbeitsbedingungen und Arbeitsorganisation – eine herausragende Bedeutung zu!

Wir haben in die Überarbeitung dieses Buchs unsere Erfahrungen mit Stationskonzepten für mittlerweile über 150 Stationen aller Fachrichtungen einfließen lassen. In der zweiten Auflage neu hinzugekommen sind Überlegungen und Projekt-Erfahrungen zur Digitalisierung von Stationen und zu innovativen Dienstplanmodellen, die in Kombination mit einer guten Stationsorganisation einen deutlichen Beitrag zur Arbeitgeberattraktivität leisten können.

Mannheim
im März 2023

Christian Bamberg
Nico Kasper
Max Korff
Rüdiger Herbold
Tessa Fleckenstein

Vorwort

Ein Patient muss noch eine Nacht länger auf der Station eines Krankenhauses bleiben, weil eine abschließende Untersuchung zu spät angemeldet wurde. Ein anderer Patient wird mittags kurzfristig entlassen, obwohl noch in der Visite am Vormittag die Entlassung erst für den Folgetag festgelegt wurde. Die Pflegekraft erlaubt dem Patienten, feste Kost zu sich zu nehmen – was der Stationsarzt kurze Zeit später vorwurfsvoll wieder untersagt. Kaum ist der Patient von seiner Sonographie-Untersuchung wieder in sein Stationsbett zurückgekehrt, holt ihn der Transportdienst zur CT-Untersuchung in die Radiologie ab. Immer wenn sich der Patient mit einer Frage zu seinem Gesundheitszustand an die Pflegekraft wendet, bekommt er zu hören, dass er auf den Stationsarzt warten soll, der dann – als er endlich mal da ist – auf die Oberarztbesprechung am Nachmittag verweist. Immerhin gibt es Pflegekräfte, die die Ausführungen des Arztes bei der Visite auf Nachfrage des Patienten für diesen verständlich erklären. Und „irgendwie“ wirkt der Alltag auf der Station hektisch und alle Mitarbeiter scheinen immer „auf dem Sprung zu sein“ und unter großem Druck zu stehen.

Das sind alles Beispiele von einem „ganz normalen“ Stationstag, wie er sich täglich in allen Krankenhäusern in Deutschland wiederholt.

Es geht in diesem Buch nicht darum, die Zustände auf den Stationen deutscher Krankenhäuser oder gar das dort tätige Personal klischeehaft und mit süffisantem Unterton bloßzustellen. Im Gegenteil: Auch nach Jahren der intensiven Begleitung von bis heute über 100 Stationen im Rahmen von Projekten zur Organisationsverbesserung, sind die Autoren immer noch beeindruckt vom Einsatz, den das Stationspersonal bei der Versorgung zunehmend älter und aufwändiger werdender, oft multimorbider Patienten unter schwierigen Rahmenbedingungen täglich erbringt.

Die Patientenzahlen steigen seit Jahren kontinuierlich an, die durchschnittliche Aufenthaltsdauer des Patienten hat sich deutlich verkürzt – als Folge davon ist die Arbeitsverdichtung des Stationspersonals merklich angestiegen. Gerade der Pflegeberuf, aber auch der Beruf des Krankenhausarztes, verliert mehr und mehr an Attraktivität – gleichzeitig ist der Arbeitsmarkt für Fachkräfte im Gesundheitswesen leergefegt und die Vorhaltung adäquater Personalstrukturen im Krankenhaus ist zunehmend bedroht. Schon heute wird intensiv darüber diskutiert, dass diese Entwicklung zu Qualitätsverlusten und steigenden

Risiken für Patienten führt, andererseits ist der Trend zu Innovationen und fachlicher Ausdifferenzierung in Medizin und Pflege zur Verbesserung der Behandlungsangebote weiterhin ungebrochen und verlangt von allen Akteuren immer mehr Expertenwissen und Koordinationsaufwand.

Daher erstauntes schon sehr, dass bei all den beschriebenen Herausforderungen Abläufe, Organisation und Einsatzplanung, aber auch das Selbstverständnis des Personals auf der Station seit Jahrzehnten nahezu unverändert geblieben sind – es ist nur immer mehr hinzugekommen und komplexer geworden!

Möglichkeiten, die die Digitalisierung bereits heute bietet, bleiben noch weitgehend ungenutzt. Auf zukünftige, bahnbrechende Veränderungen als Folge der Digitalisierung sind Stationen heute genauso wenig vorbereitet, wie auf den Personalengpass in allen Berufsgruppen, der sich trotz aller kurzfristig von der Politik auf den Weg gebrachten Finanzierungs- und Förderprogramme weiter verschärfen wird.

Es ist also dringend an der Zeit, der Stationsorganisation die – nicht zuletzt auch wirtschaftliche – Bedeutung zukommen zu lassen, die ihr im gesamten Krankenhausumfeld gebührt! So wie im Krankenhaus insgesamt, ist auch auf den Stationen ein wirksames Management von Nöten – neue Formen der Zusammenarbeit müssen den Patienten und den Mitarbeitern gerecht werden. Dabei rückt das berufsgruppenübergreifende Miteinander in einem multiprofessionellen Team in den Fokus.

Die Autoren haben in diesem Buch neue Ideen, bereits bewährte Konzepte und positive Projekterfahrungen zu einem facettenreichen Gesamtansatz für eine moderne Stationsorganisation zusammengetragen. Anschauliche Beispiele aus Beratungsprojekten, teilweise mit persönlichen Referenzen hinterlegt, sollen den Theorie-Praxis-Transfer für den Leser nachvollziehbar machen. Dabei sind die Möglichkeiten zur Verbesserung der Stationsorganisation mit den Ansätzen in diesem Buch noch lange nicht ausgeschöpft!

Die Autoren bedanken sich besonders bei den Projektpartnern, die dieses Buch mit ihrer Zustimmung zur Veröffentlichung von Praxisbeispielen ganz wesentlich unterstützt haben: Geschäftsführer Dr. Detlef Troppens und Pflegedienstleiterin Beatrice Marzahn sowie das pflegerische und ärztliche Team der Oberhavel-Klinken in Hennigsdorf und Oranienburg/Geschäftsführer Dieter Brünink, kaufmännische Abteilungsleiterin Sarah Sebeke, Chefarzt Dr. Martin Reckels, Pflegedirektor Andreas Dörkßen und Pflegedienstleitung Kornelia Rynas sowie das pflegerische und ärztliche Team der Klinik für Innere Medizin und Gastroenterologie des Borromäus Hospitals in Leer (Ostfriesland)/Geschäftsführer Markus Mord, Chefarzt Dr. Stefan Reinecke, Pflegedirektor Jürgen Gersetter sowie Jürgen Flemming und Christine Ehrenberg vom Project Management Office sowie das pflegerische und ärztliche Team des Zentrums für Innere Medizin II des Marienhospitals in Stuttgart sowie Geschäftsführer Axel Burghardt, Chefärzte Prof. Dr. Dirk Hausmann und Prof. Dr. Kinan Rifai, Pflegedirektor Ralf Harmel und Stellvertretende

Pflegedirektorin Kerstin Schmidt sowie das pflegerische und ärztliche Team der Klinik für Innere Medizin des Städtischen Klinikums in Wolfenbüttel.

Mannheim
im Mai 2018

Christian Bamberg
Nico Kasper
Max Korff
Rüdiger Herbold

Inhaltsverzeichnis

Teil I Die Grundidee

1 Die Station – ein mittelständisches Unternehmen?!	3
Christian Bamberg	
1.1 Die Bedeutung der Normalstationen für das Krankenhaus wird latent unterschätzt	3
1.2 Wunsch und Wirklichkeit prallen auf Normalstation oft aufeinander	5
1.3 Jede Normalstation ist ein kleines mittelständisches Unternehmen	5
1.4 Die Normalstation ist die Schaltzentrale zur Steuerung des Patientenaufenthalts	10
1.5 Der Aufenthalt auf Normalstation prägt ganz wesentlich die Qualitätswahrnehmung	10
1.6 Die bisherige Organisation des Unternehmens Normalstation kommt an ihre Grenzen	12
1.7 Eine wirksame Stationsorganisation braucht innovative Konzepte	13
2 Gut und schlecht organisierte Stationen – Auswirkungen auf die Mitarbeiterzufriedenheit	15
Christian Bamberg	
2.1 Die hohe intrinsische Motivation der Mitarbeiter auf den Stationen erlahmt zusehends	15
2.2 Die Organisation des eigenen Arbeitsumfelds ist die Basis für Zufriedenheit	16
2.3 Schlechte Organisation führt zu steigenden Risiken auf Station	18
2.4 Auf gut organisierten Stationen arbeiten weniger belastete und zufriedenere Mitarbeiter	19
Literatur	20

3	Die Lösung – berufsgruppenübergreifende Organisation als Königsweg	21
	Nico Kasper	
3.1	Die Adhoc-Problemlösungskompetenz der Stationen kommt an ihre Grenzen	21
3.2	Die Logik moderner Stationsorganisation – Orientierung an berufsgruppenübergreifenden Tageszielen	25
3.3	Der Weg zur optimierten Station – Die Erarbeitung eines Stationskonzepts	29
4	Die Rolle des Managementteams bei der Optimierung der Station	35
	Christian Bamberg	
4.1	Expertenorganisationen entwickeln eine Abwehrhaltung gegen Management	35
4.2	Krankenhäusern mangelt es an mittlerem Management	36
4.3	Berufsgruppenübergreifende Managementteams als neuer Lösungsansatz	38
4.4	Management braucht Ermächtigung, Ressourcen und Instrumente	40
	Literatur	42
5	Vermeidung von Verschwendung als Grundprinzip bei der Stationsoptimierung	43
	Christian Bamberg	
5.1	Kosten für „Nicht-Qualität“ bergen ungeahnte Wirtschaftlichkeitspotenziale	45
5.2	Die sieben Arten der Verschwendung im Lean Management und deren Bedeutung für die Optimierung der Stationsorganisation	47
5.3	Stationen brauchen dringend eine Arbeitshaltung des „Mach’s gleich richtig!“	52
	Literatur	54
6	Prozessstrainings – Ein wichtiger Baustein optimierter Stationen	55
	Nico Kasper und Christian Bamberg	
6.1	Krankenhäuser trainieren ihre Routineprozesse nicht – Warum eigentlich?	55
6.2	Krankenhäuser sollten ihre Routineprozesse trainieren – Aber wie?	56
6.3	Professionelle Kommunikation als wichtiger Schulungsinhalt	58
7	Evaluation optimierter Stationen	61
	Christofer Leschinger und Katrin Wessolowski	
7.1	Evaluation des Projekterfolgs anhand von direkten Parametern: Erfassung von Prozesskennzahlen	62

7.2	Evaluation des Projekterfolges anhand von indirekten Parametern: Erfassung von Mitarbeiter- und Patientenzufriedenheit	67
-----	--	----

Teil II Lösungen für typische Probleme

8	Personaleinsatzplanung und Ausfallmanagement	75
	Rüdiger Herbold	
8.1	Personaleinsatzplanung	76
8.1.1	Allgemeine Betrachtungen	76
8.2	Die Verteilung der geplanten Ausfallzeiten muss möglichst gleichmäßig sein	78
8.3	Auslastungsschwankungen müssen adäquat berücksichtigt werden	80
8.4	Der Prozess der Urlaubsplanung muss strukturiert werden	80
8.5	Die Personalplanung im Ärztlicher Dienst birgt viele Ansätze zur Optimierung	81
8.5.1	Kontinuität im Einsatz auf Station	81
8.5.2	Stationsärzte und Bereitschaftsdienste	83
8.5.3	Eine Dienstlänge unter acht Stunden ist auf Station nicht sinnvoll	84
8.5.4	Teilzeitbeschäftigte Ärzte sollten jeden Tag auf Station sein	84
8.6	Auch für den Pflegedienst lässt sich der Einsatz besser planen	86
8.7	Die Einsatzplanung folgt definierten Grundprinzipien	87
8.7.1	Kontinuität im Einsatzplan	87
8.7.2	Anpassung der Dienstzeiten der Pflege an die der Ärzte ...	89
8.7.3	Langfristige Dienstplanung	92
8.7.4	Zentrale Dienstplanorganisation	92
8.7.5	Vorhersehbare Minderbelegung	93
8.7.6	Vorhersehbare Minderbesetzung	94
8.7.7	Planung bei Leasingkräften	95
8.8	Die Operative Personalsteuerung sollte belegungsabhängig erfolgen	96
8.8.1	Belegungsabhängige Personalsteuerung	97
8.8.2	Management von Überstunden	101
8.9	Der Aufbau von Überstunden muss gesteuert werden	102
8.9.1	Überstunden durch längeres Arbeiten	102
8.9.2	Überstunden durch Einspringen	103
8.10	Der Abbau von Überstunden wirkt sich auf die Wirtschaftlichkeit aus	103
8.10.1	Instrumente zum Abbau von Überstunden	103

8.10.2	Management des Überstundenabbaus	104
8.10.3	Überstunden sind wirtschaftlicher als mehr Personal	105
8.10.4	Ein funktionierendes Ausfallmanagement ist von großer Bedeutung	105
8.10.5	Personeller Ersatz durch ein organisiertes Ausfallmanagement	106
8.10.6	Leasingkräfte	106
8.10.7	Organisationsmodelle zum Ausfallmanagement	106
8.11	Organisationsanpassungen bei Unterbesetzung	108
8.11.1	Personalverschiebung zwischen den Stationen	109
8.11.2	Anpassung des Dienstplans über einen Zwischendienst	109
8.11.3	Keine Begleitung der Visite	109
8.11.4	Verzicht auf ausgewählte pflegerische Tätigkeiten	109
9	Personalmix auf Station	111
	Eva M. Becker	
9.1	Die moderne Stationsorganisation braucht einen geeigneten Personalmix	111
9.2	Der Stellenschlüssel beeinflusst den Personalmix auf Normalstation	113
9.3	Fachweiterbildungen erweitern die Einsatzmöglichkeiten	113
9.4	Die Übertragung von Tätigkeiten auf Hilfskräfte ist möglich	114
9.5	Pflegeexperten fungieren als Berater und Vermittler von Pflegefachwissen (Fachboard)	114
9.6	Pflegefachpersonen übernehmen eigenständig Aufgaben	116
9.7	Die Prozesse im Krankenhaus ermöglichen die vertikale und horizontale Aufgabendelegation	117
9.8	Die Personalplanung muss Ausfallkonzepte berücksichtigen	121
	Literatur	123
10	Verweildauermanagement, Fallsteuerung	125
	Rüdiger Herbold	
10.1	Verweildauermanagement	126
10.1.1	Begründung für das Verweildauermanagement	126
10.2	Eine kurze Verweildauer liegt im Interesse der Patienten	126
10.3	Verweildauersteuerung	131
10.3.1	Die Verantwortung liegt beim stationsverantwortlichen Oberarzt	131
10.3.2	Mit dem Berichtswesen arbeiten	132
10.4	Prozesse mit Einfluss auf die Verweildauer	134
10.5	Unterstützende Strukturen	135
10.5.1	Medizincontrolling	135

10.5.2	Kodierfachkräfte	135
10.5.3	Case Management	136
10.5.4	Controlling	136
10.5.5	Wirtschaftlicher Aspekt des Verweildauer-Managements	136
	Literatur	137
11	Belegungssteuerung und -management	139
	Christian Bamberg	
11.1	Der Konflikt um die freien Betten entflammt täglich aufs Neue	139
11.2	Die Station ist das zentrale Logistikzentrum eines Krankenhauses ...	141
11.3	Belegungssteuerung im stationären Kontext	143
11.4	Belegungssteuerung und Belegungsmanagement enthalten zentrale und dezentrale Elemente und nehmen Rücksicht auf die Spezifika der Stationen	144
11.5	Belegungssteuerung und Belegungsmanagement werden Teil einer umfassenden Aufnahmeplanung für den Patienten	148
12	Schnittstellen	151
	Christian Bamberg	
12.1	Die Prozessoptimierung auf Station stößt schnell an Grenzen	151
12.2	Schnittstellenvereinbarungen regeln Kernpunkte der Zusammenarbeit	153
13	High Care oder Low Care – der pflegerisch-therapeutische Bedarf bestimmt die Belegung	157
	Christian Bamberg	
13.1	Fachrichtung und Ausgewogenheit des Aufwands bestimmen heute die stationäre Verteilung der Patienten	157
13.2	Normalstationen können in High Care und Low Care differenziert werden	160
13.3	Das Patientengut und die Strukturen einer Low Care-Station müssen genau definiert werden	163
13.4	High Care- und Low Care-Stationen vereinen maßgeschneiderte Betreuung mit wirtschaftlichem Potenzial	164
	Literatur	166
Teil III Stationskonzepte für unterschiedliche Stationstypen		
14	Spezielle Lösungsansätze für konservative und chirurgische Normalstationen	169
	Christofer Leschinger und Jan König	
14.1	Die gemeinsame Visite findet heute auf Station kaum noch statt	170
14.2	Die gemeinsame Visite ist von unschätzbarem Wert	170

14.3	Zeitpunkt und Dauer der gemeinsamen Visite müssen definiert werden	171
14.4	Die Rollen der Visiteteilnehmer	174
14.5	Störfaktoren einer effizienten und patientenorientierten Visite	176
14.6	Die digitale Visite	177
14.7	Alternativen zur gemeinsamen pflegerisch-ärztlichen Visite	178
14.8	Kommunikation außerhalb der Visite	182
14.9	Angehörigengespräche	183
14.10	Die Stationsassistentin als organisatorische „Drehscheibe“ der Station	184
14.11	Frühzeitige Entlassungsplanung und Belegungsmanagement	186
14.12	Das Managementteam sichert die Umsetzung der vereinbarten Regelungen	188
15	Lösungsansätze für Intensivstationen	189
	Eva M. Becker	
15.1	Intensivstationen als Kostentreiber im Krankenhaus	190
15.2	Intensivstationen werden getrennt oder interdisziplinär organisiert	190
15.3	Die Dienstplangestaltung muss eine hohe Stabilität und Präsenz sicherstellen	191
	15.3.1 Aspekte der ärztlichen Dienstplangestaltung	191
	15.3.2 Aspekte der pflegerischen Dienstplangestaltung	191
15.4	Pflegescores steuern die pflegerische Betreuung	193
15.5	Das Patientenzentrierte Pflegesystem bietet viele Vorteile	195
15.6	Die Delegation von Aufgaben ist bei ausreichender fachlicher Qualifikation möglich	195
15.7	Einsatz von Pflegeexperten	196
15.8	Die Stationsorganisation folgt verbindlich festgelegten organisatorischen Eckpunkten	197
	15.8.1 Tagesablauf	197
	15.8.2 Visite	198
	15.8.3 Belegungsmanagement	200
	15.8.4 Dokumentation	200
	15.8.5 Information und Kommunikation	201
	15.8.6 Briefings	201
	15.8.7 Tagesstrategiebesprechung	202
	15.8.8 Führungskräftebesprechung	202
	15.8.9 Fallbesprechungen	202
	15.8.10 Schichtübergaben	203
	15.8.11 Supervision/Coaching	203
	15.8.12 Qualifizierung/Fort- und Weiterbildung	203

16 Innovative Dienst- und Arbeitszeiten 205
Michael van Loo, Ulrike Mühle, Christine Navarro, Christian Bamberg,
Rüdiger Herbold und Franjo Lesko

16.1 Flexible Dienst- und Arbeitszeiten werden im Wettbewerb um
Fachkräfte immer wichtiger 206

16.2 Denkbare Dienst- und Arbeitszeitmodelle benötigen klare
Festlegungen 207

16.3 Flexible Dienstzeiten funktionieren nicht ohne eine moderne
Stationsorganisation 215

17 Die Digitale Station 229
Christian Bamberg, Max Korff, Tessa Fleckenstein, Eva Wißmann,
Nina Forler, Christina Munding und Katrin Faiß

17.1 Das Krankenhauszukunftsgesetz gibt den Rahmen vor 230

17.2 Digitale Lösungen beeinflussen die Stationsprozesse 233

17.3 Die Digitale Patientenkurve während der Behandlung 237

17.4 Digitale Medikationsprozesse 238

17.5 Der digitale Pflegeprozess auf Station 241

17.6 Der Arztbrief-Prozess muss ganz neu gedacht werden 244

17.7 Die Entlassung 248

17.8 Einführung eines PDMS auf Intensivstation 249

17.9 Fazit: Treiber dieser Visionen sind nicht die Krankenhäuser allein ... 252

Quellen 254

Stichwortverzeichnis 255

Mitarbeiterverzeichnis

Dr. Christian Bamberg ZEQ AG, Am Victoria-Turm 2, 68163 Mannheim
christian.bamberg@zeq.de

Eva M. Becker ZEQ AG, Am Victoria-Turm 2, 68163 Mannheim
eva.becker@zeq.de

Katrin Faiß ZEQ AG, Am Victoria-Turm 2, 68163 Mannheim
katrin.faiss@zeq.de

Dr. Nina Forler ZEQ AG, Am Victoria-Turm 2, 68163 Mannheim
nina.forler@zeq.de

Rüdiger Herbold ZEQ AG, Am Victoria-Turm 2, 68163 Mannheim
ruediger.herbold@zeq.de

Dr. Nico Kasper ZEQ AG, Am Victoria-Turm 2, 68163 Mannheim
nico.kasper@zeq.de

Max Korff ZEQ AG, Am Victoria-Turm 2, 68163 Mannheim
max.korff@zeq.de

Jan König ZEQ AG, Am Victoria-Turm 2, 68163 Mannheim
jan.koenig@zeq.de

Dr. Christofer Leschinger Universitätsklinikum Heidelberg, Team Medizinstrategie des Leitenden Ärztlichen Direktors, Im Neuenheimer Feld 672, 69120 Heidelberg
christofer.leschinger@med.uni-heidelberg.de

Franjo Lesko ZEQ AG, Am Victoria-Turm 2, 68163 Mannheim
franjo.lesko@zeq.de

Michael van Loo Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Geschäftsbereichsleitung Personal, Martinistraße 52, 20246 Hamburg
m.vanloo@uke.de

Christina Mundinger ZEQ AG, Am Victoria-Turm 2, 68163 Mannheim
christina.mundinger@zeq.de

Ulrike Mühle Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Zentrum für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Martinistraße 52, 20246 Hamburg
u.muehle@uke.de

Christine Navarro Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Projektmanagement, Martinistraße 52, 20246 Hamburg
christine.navarro@uke.de

Dr. Katrin Wessolowski ZEQ AG, Am Victoria-Turm 2, 68163 Mannheim
katrin.wessolowski@zeq.de

Eva Wißmann ZEQ AG, Am Victoria-Turm 2, 68163 Mannheim
eva.wissmann@zeq.de