

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 ... Literatur	40
	42
5 Vermeidung von Verschwendungen als Grundprinzip bei der Stationsoptimierung	43
Christian Bamberg	
5.1 Kosten für „Nicht-Qualität“ bergen ungeahnte Wirtschaftlichkeitspotenziale	45
5.2 Die sieben Arten der Verschwendungen im Lean Management und deren Bedeutung für die Optimierung der Stationsorganisation	47
5.3 Stationen brauchen dringend eine Arbeitshaltung des „Mach's gleich richtig!“ ... Literatur	52
	54
6 Prozesstrainings – 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 Verweildauermanagements	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 Visitenteilnehmer	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 Mundinger 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