

Inhaltsverzeichnis

I Die Grundidee

1	Die Station – ein mittelständisches Unternehmen?!	3
	<i>Christian Bamberg</i>	
1.1	Die Bedeutung der Normalstationen für das Krankenhaus wird latent unterschätzt	4
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	9
1.5	Der Aufenthalt auf Normalstation prägt ganz wesentlich die Qualitätswahrnehmung	9
1.6	Die bisherige Organisation des Unternehmens Normalstation kommt an ihre Grenzen	10
1.7	Eine wirksame Stationsorganisation braucht innovative Konzepte	11
2	Gut und schlecht organisierte Stationen – Auswirkungen auf die Mitarbeiterzufriedenheit	13
	<i>Christian Bamberg</i>	
2.1	Die hohe intrinsische Motivation der Mitarbeiter auf den Stationen erlahmt zusehends	14
2.2	Die Organisation des eigenen Arbeitsumfelds ist die Basis für Zufriedenheit	14
2.3	Schlechte Organisation führt zu steigenden Risiken auf Station	15
2.4	Auf gut organisierten Stationen arbeiten weniger belastete und zufriedenere Mitarbeiter	16
	<i>Literatur</i>	17
3	Die Lösung – berufsgruppenübergreifende Organisation als Königsweg	19
	<i>Nico Kasper</i>	
3.1	Die Adhoc-Problemlösungskompetenz der Stationen kommt an ihre Grenzen	20
3.2	Die Logik moderner Stationsorganisation – Orientierung an berufsgruppenübergreifenden Tageszielen	23
3.3	Der Weg zur optimierten Station – Die Erarbeitung eines Stationskonzepts	26
4	Die Rolle des Managementteams bei der Optimierung der Station	31
	<i>Christian Bamberg</i>	
4.1	Expertenorganisationen entwickeln eine Abwehrhaltung gegen Management	32
4.2	Krankenhäusern mangelt es an mittlerem Management	32
4.3	Berufsgruppenübergreifende Managementteams als neuer Lösungsansatz	33
4.4	Management braucht Ermächtigung, Ressourcen und Instrumente	35
	<i>Literatur</i>	37

5	Vermeidung von Verschwendungen als Grundprinzip bei der Stationsoptimierung	39
	<i>Christian Bamberg</i>	
5.1	Kosten für „Nicht-Qualität“ bergen ungeahnte Wirtschaftlichkeitspotenziale	41
5.2	Die sieben Arten der Verschwendungen im Lean Management und deren Bedeutung für die Optimierung der Stationsorganisation	43
5.3	Stationen brauchen dringend eine Arbeitshaltung des „Mach’s gleich richtig!“..... Literatur	46
		48
6	Prozesstrainings – Ein wichtiger Baustein optimierter Stationen	49
	<i>Nico Kasper und Christian Bamberg</i>	
6.1	Krankenhäuser trainieren ihre Routineprozesse nicht – Warum eigentlich?	50
6.2	Krankenhäuser sollten ihre Routineprozesse trainieren – Aber wie?	50
6.3	Professionelle Kommunikation als wichtiger Schulungsinhalt	51
7	Evaluation optimierter Stationen	55
	<i>Christofer Leschinger und Katrin Wessolowski</i>	
7.1	Evaluation des Projekterfolgs anhand von direkten Parametern: Erfassung von Prozesskennzahlen	56
7.2	Evaluation des Projekterfolges anhand von indirekten Parametern: Erfassung von Mitarbeiter- und Patientenzufriedenheit	61

II Lösungen für typische Probleme

8	Personaleinsatzplanung und Ausfallmanagement	69
	<i>Rüdiger Herbold</i>	
8.1	Personaleinsatzplanung	71
8.1.1	Allgemeine Betrachtungen	71
8.2	Die Verteilung der geplanten Ausfallzeiten muss möglichst gleichmäßig sein	72
8.3	Auslastungsschwankungen müssen adäquat berücksichtigt werden	73
8.4	Der Prozess der Urlaubsplanung muss strukturiert werden	74
8.5	Die Personalplanung im Ärztlichen Dienst birgt viele Ansätze zur Optimierung	74
8.5.1	Kontinuität im Einsatz auf Station	74
8.5.2	Entlastung des Stationsarztes vom Nachtdienst	75
8.5.3	Eine Dienstlänge unter acht Stunden ist auf Station nicht sinnvoll	76
8.5.4	Teilzeitbeschäftigte Ärzte sollten jeden Tag auf Station sein	76
8.6	Auch für den Pflegedienst lässt sich der Einsatz besser planen	77
8.7	Die Einsatzplanung folgt definierten Grundprinzipien	78
8.7.1	Kontinuität im Einsatzplan	78
8.7.2	Anpassung der Dienstzeiten der Pflege an die der Ärzte	79
8.7.3	Kurze Übergabe- und Überlappungszeiten	82
8.7.4	Langfristige Dienstplanung	82
8.7.5	Zentrale Dienstplanorganisation	83
8.7.6	Vorhersehbare Minderbelegung	84

8.7.7	Vorhersehbare Minderbesetzung	84
8.7.8	Planung bei Leasingkräften.....	85
8.8	Die Operative Personalsteuerung sollte belegungsabhängig erfolgen.....	85
8.8.1	Belegungsabhängige Personalsteuerung	86
8.8.2	Management von Überstunden	89
8.9	Der Aufbau von Überstunden muss gesteuert werden.....	90
8.9.1	Überstunden durch längeres Arbeiten	90
8.9.2	Überstunden durch Einspringen.....	91
8.10	Der Abbau von Überstunden wirkt sich auf die Wirtschaftlichkeit aus.....	92
8.10.1	Instrumente zum Abbau von Überstunden.....	92
8.10.2	Management des Überstundenabbaus	92
8.10.3	Überstunden sind wirtschaftlicher als mehr Personal	93
8.10.4	Ein funktionierendes Ausfallmanagement ist von großer Bedeutung.....	93
8.10.5	Personeller Ersatz durch ein organisiertes Ausfallmanagement	93
8.10.6	Leasingkräfte	94
8.10.7	Organisationsmodelle zum Ausfallmanagement	94
8.11	Organisationsanpassungen bei Unterbesetzung	95
8.11.1	Personalverschiebung zwischen den Stationen	95
8.11.2	Anpassung des Dienstplans über einen Zwischendienst.....	95
8.11.3	Keine Begleitung der Visite	95
8.11.4	Verzicht auf ausgewählte pflegerische Tätigkeiten.....	96
9	Personalmix auf Station	97
	<i>Eva M. Becker</i>	
9.1	Die moderne Stationsorganisation braucht einen geeigneten Personalmix.....	98
9.2	Der Stellenschlüssel beeinflusst den Personalmix auf Normalstation	99
9.3	Fachweiterbildungen erweitern die Einsatzmöglichkeiten	99
9.4	Die Übertragung von Tätigkeiten auf Hilfskräfte ist möglich	99
9.5	Pflegeexperten fungieren als Berater und Vermittler von Pflegefachwissen (Fachboard)	100
9.6	Pflegefachpersonen übernehmen eigenständig Aufgaben	101
9.7	Die Prozesse im Krankenhaus ermöglichen die vertikale und horizontale Aufgabendelegation	101
9.8	Die Personalplanung muss Ausfallkonzepte berücksichtigen	105
	Literatur.....	106
10	Verweildauermanagement, Fallsteuerung	107
	<i>Rüdiger Herbold</i>	
10.1	Verweildauermanagement	108
10.1.1	Begründung für das Verweildauermanagement.....	108
10.2	Eine kurze Verweildauer liegt im Interesse der Patienten	108
10.3	Verweildauersteuerung	112
10.3.1	Die Verantwortung liegt beim stationsverantwortlichen Oberarzt.....	112
10.3.2	Mit dem Berichtswesen arbeiten.....	112
10.4	Prozesse mit Einfluss auf die Verweildauer.....	113
10.5	Unterstützende Strukturen.....	115
10.5.1	Medizincontrolling.....	115

10.5.2	Kodierfachkräfte	115
10.5.3	Case Management	115
10.5.4	Controlling	115
10.5.5	Wirtschaftlicher Aspekt des Verweildauermanagements	115
	Literatur	116
11	Belegungssteuerung und -management	117
	<i>Christian Bamberg</i>	
11.1	Der Konflikt um die freien Betten entflammt täglich aufs Neue	118
11.2	Die Station ist das zentrale Logistikzentrum eines Krankenhauses	119
11.3	Belegungssteuerung im stationären Kontext	120
11.4	Belegungssteuerung und Belegungsmanagement enthalten zentrale und dezentrale Elemente und nehmen Rücksicht auf die Spezifika der Stationen	121
11.5	Belegungssteuerung und Belegungsmanagement werden Teil einer umfassenden Aufnahmeplanung für den Patienten	124
12	Schnittstellen	127
	<i>Christian Bamberg</i>	
12.1	Die Prozessoptimierung auf Station stößt schnell an Grenzen	128
12.2	Schnittstellenvereinbarungen regeln Kernpunkte der Zusammenarbeit	129
13	High Care oder Low Care – der pflegerisch-therapeutische Bedarf bestimmt die Belegung	133
	<i>Christian Bamberg</i>	
13.1	Fachrichtung und Ausgewogenheit des Aufwands bestimmen heute die stationäre Verteilung der Patienten	134
13.2	Normalstationen können in High Care und Low Care differenziert werden	136
13.3	Das Patientengut und die Strukturen einer Low Care-Station müssen genau definiert werden	139
13.4	High Care- und Low Care-Stationen vereinen maßgeschneiderte Betreuung mit wirtschaftlichem Potenzial	139
	Literatur	141

III Stationskonzepte für unterschiedliche Stationstypen

14	Spezielle Lösungsansätze für konservative und chirurgische Normalstationen	145
	<i>Christofer Leschinger und Jan König</i>	
14.1	Die gemeinsame Visite findet heute auf Station kaum noch statt	147
14.2	Die gemeinsame Visite ist von unschätzbarem Wert	147
14.3	Zeitpunkt und Dauer der gemeinsamen Visite müssen definiert werden	147
14.4	Die Rollen der Visitenteilnehmer	150
14.5	Störfaktoren einer effizienten und patientenorientierten Visite	152
14.6	Die digitale Visite	152
14.7	Alternativen zur gemeinsamen pflegerisch-ärztlichen Visite	153
14.8	Kommunikation außerhalb der Visite	156
14.9	Angehörigengespräche	157

Inhaltsverzeichnis

14.10	Die Stationsassistentin als organisatorische „Drehscheibe“ der Station	157
14.11	Frühzeitige Entlassungsplanung und Belegungsmanagement.....	159
14.12	Das Managementteam sichert die Umsetzung der vereinbarten Regelungen	160
15	Lösungsansätze für Intensivstationen	163
	<i>Eva M. Becker</i>	
15.1	Intensivstationen als Kostentreiber im Krankenhaus.....	165
15.2	Intensivstationen werden getrennt oder interdisziplinär organisiert.....	165
15.3	Die Dienstplangestaltung muss eine hohe Stabilität und Präsenz sicherstellen.....	166
15.3.1	Aspekte der ärztlichen Dienstplangestaltung	166
15.3.2	Aspekte der pflegerischen Dienstplangestaltung.....	166
15.4	Pflegescores steuern die pflegerische Betreuung	167
15.5	Das Patientenzentrierte Pflegesystem bietet viele Vorteile	168
15.6	Die Delegation von Aufgaben ist bei ausreichender fachlicher Qualifikation möglich	169
15.7	Einsatz von Pflegeexperten.....	170
15.8	Die Stationsorganisation folgt verbindlich festgelegten organisatorischen Eckpunkten	170
15.8.1	Tagesablauf.....	170
15.8.2	Visite	171
15.8.3	Belegungsmanagement.....	172
15.8.4	Dokumentation.....	173
15.8.5	Information und Kommunikation.....	173
15.8.6	Briefings.....	174
15.8.7	Tagesstrategiebesprechung	174
15.8.8	Führungskräftebesprechung	174
15.8.9	Fallbesprechungen.....	174
15.8.10	Schichtübergaben	174
15.8.11	Supervision/Coaching.....	175
15.8.12	Qualifizierung/Fort- und Weiterbildung.....	175

IV Die Digitale Station

16	Warum sollten Stationen digitalisiert werden?	179
	<i>Max Korf</i>	
16.1	Rahmenbedingungen	180
16.2	Digitalisierung –was ist das und spielt sie überhaupt im Krankenhaus eine Rolle?	181
16.3	Von „applying digital“ zu „becoming digital“	181
16.4	Digitalisierung ist Teil der Unternehmensstrategie.....	182
16.5	Stationen als einer der Hauptschauplätze der Krankenhausprozesse	182
16.6	Wie steht es heute um die digitale Station?	182
16.7	Insellösungen, die nur schlecht miteinander arbeiten	183
16.8	Uneinheitliche Prozesse sind keine Grundlage für Digitalisierung	183
16.9	Auch auf die Kultur kommt es an	183

16.10	Warum Digitalisierung der Stationen? Weil wir es können!	184
16.11	Die Rolle des Patienten gewinnt an Bedeutung	185
16.12	Wer profitiert in welcher Form von digitalisierten Prozessen?	185
16.13	Hemmnisse der Digitalisierung auf Station	188
	Literatur	189
17	Die Digitale Station – Versuch einer Beschreibung	191
	<i>Max Korff</i>	
17.1	Die Vision – aus Sicht der Patienten	192
17.2	Die Vision – aus Sicht der Mitarbeiter	194
17.2.1	Die persönliche Grundausstattung des Personals ist maßgeblich.	194
17.2.2	Hauptprozesse auf der Station.....	195
17.3	Science-Fiction oder Realität?	197
	Serviceteil	
	Stichwortverzeichnis	204