

Kapitel I

Einleitung: Neustrukturierung im Pflegebereich

1991 wurde von dem Land Niedersachsen eine Modellerprobung in fünf ausgewählten Krankenhäusern initiiert, die eine umfassende Umstrukturierung im Pflegebereich zum Gegenstand hatte. Ziel war, die Berufsmotivation und -zufriedenheit der Pflegekräfte zu erhöhen, um damit die gesundheitliche Versorgung sicherzustellen und ihre Effizienz zu fördern. Im Zusammenhang mit dem in den achtziger Jahren vorhandenen Mangel an qualifiziertem Personal war dies zunehmend mehr zu einem Problem geworden. Die Personalknappheit fand als "Pflegenotstand" politische Beachtung, wobei mit diesem Begriff zugleich eine Reihe defizitärer Arbeitsbedingungen in der Pflege mit aufgegriffen worden sind:

- die ungünstigen Arbeitszeiten, die eine Vereinbarkeit von Familie und Beruf erschweren und die Berufsunterbrechung begünstigt
- die an zeitökonomischen Maßstäben orientierte Funktionspflege, innerhalb derer die Grundpflege eingeschränkt ist und eine an den Bedürfnissen der PatientInnen orientierte Pflege nicht entwickelt werden kann
- die im Zusammenhang mit der Zunahme der Zuarbeiten für den ärztlichen Bereich anwachsenden Aufgaben in der Behandlungspflege, die eine Ausweitung dokumentarischer Tätigkeiten zur Folge hat bei gleichbleibender Personalstärke
- die oft gering zentralisierten Dienste, die zusätzlich vom Pflegepersonal mitübernommen werden müssen
- mangelhafte Kooperation mit den angrenzenden Funktionsbereichen und Berufsgruppen, die einerseits Folge wachsender Belastungen auch dort sind, andererseits zusammenhängen mit einer eigendynamisch wirksamen "Abschottung" der verschiedenen Leistungstellen in den Krankenhäusern. Die mangelhafte Zusammenarbeit führt in der Pflege wie in allen anderen Bereichen zu Störungen in der Arbeitsablauforganisation und zu Mehrbelastungen

Verbunden mit den besonderen Qualifikations- und Verantwortungsanforderungen im Pflegeberuf haben diese defizitären Arbeitsbedingungen zu einer erhöhten physischen und psychischen Belastung der Pflegekräfte geführt, der weder eine angemessene Entlohnung gegenübersteht, noch ein entsprechend hohes soziales Ansehen.

Infolge des anwachsenden öffentlichen Interesses konnten nun im Laufe der Zeit einige Verbesserungen in der Vergütung erzielt werden und die berufspolitische Debatte über eine Professionalisierung der Pflege hat das soziale Ansehen dieses Berufes aufgewertet. Parallel zu den Diskussionen um neue qualitative Anforderungen und Erkenntnisse pflegerischen Handelns sowie damit verbundener Kompetenzneureglungen ist von der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Spitzenverbänden der Krankenversicherung eine Werbeaktion "Berufe fürs Leben" gestartet worden, durch sowohl BerufsanfängerInnen als auch ehemalige Krankenschwestern für den Pflegeberuf gewonnen werden sollten. 1993 meldet die Fachpresse sowie andere Zeitungen und Zeitschriften, daß sich die Lage im Pflegebereich nicht zuletzt auch durch den Arbeitskräftezustrom aus den neuen

Bundesländern entspannt habe. 1994 erscheint im "Stern" sogar ein Artikel zum Wandel vom Pflegenotstand zur Schwesternschwemme. (Stern Nr. 36/94)

Das noch vor wenigen Jahren akute Problem der Personalknappheit hat sich so mittlerweile fast in sein Gegenteil verkehrt. Das Wissenschaftliche Institut der AOK hat Berechnungen angestellt, nach denen in der Zeit vom 1990 bis 1993 bei den Pflegekräften ein Zuwachs von 10,7% zu verzeichnen ist, während im gleichen Zeitraum die Zahl der zu pflegenden Patienten um 4,5% gesunken ist. Während in allen anderen Bereichen des Gesundheitswesens Einsparungen zu verzeichnen waren, sind die Budgets der Krankenhäuser zwar auch gedeckelt worden, aber noch konnten und können hier Pfl egetage abgerechnet werden. Diese Phase wird 1996 endgültig abgelöst werden durch ein neues Entgeltsystem, welches im wesentlichen aus drei Elementen besteht:

- 1) Fallpauschalen und Sonderentgelte
- 2) Abteilungspflegesätze für die ärztlichen und pflegerischen Leistungen, die nicht durch Fallpauschalen und Sonderentgelte vergütet werden und
- 3) einen Basispflegesatz für nicht durch ärztliche oder pflegerische Tätigkeiten veranlaßte Leistungen

Insgesamt führen die Veränderungen zu einer Abkehr von dem Selbstkostendeckungsprinzip und hin zu einer Entwicklung zu betriebswirtschaftlicher Rationalität. Zu erwarten ist, daß unter den Krankenhäusern ein zunehmender Wettbewerb entstehen wird, der die Stellung des Patienten als Kunden stärken wird. Und nicht nur unten den Krankenhäusern wird dieser Wettbewerb entstehen, sondern durch die Aufhebung der Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung auch gegenüber den ambulanten Einrichtungen.

Was genau bedeutet diese Entwicklung nun für den Pflegebereich? Im wesentlichen lassen sich hier drei große Veränderungsbereiche markieren.

1. Die Abteilungspflegesätze und leistungsbezogenen Entgelte implizieren eine ökonomische Mitverantwortung der Pflegekräfte. Es ist eine lückenlose Dokumentation von Pflegeleistungen erforderlich, die sich eng an der Diagnose zu orientieren hat. Dies ist deshalb von Bedeutung, da durch das Gesundheitsstrukturgesetz eine Vergleichbarkeit der verschiedenen Entgelte der Krankenhäuser untereinander angestrebt wird. Auf Grundlage eines an der Diagnose orientierten Pflegestandardplanes können sowohl Daten für die Personaleinsatzplanung gewonnen werden als auch für Art und Menge von Pflegematerialien, um Rationalisierungsreserven zu erkennen.
2. Im Zusammenhang mit der Dokumentation von pflegerischen Leistungen sind im weiteren die wachsenden Anforderungen an eine qualifizierte Pflege zu nennen, für die verstärkt Pflegestandards benötigt werden. Mittels der Pflegestandards muß intern ein kontinuierlicher Ist-Soll-Vergleich der Leistungen in bezug auf ihre ökonomische Effizienz und ihre Qualität initiiert werden. Auf diese Weise ist auch extern ein Vergleich mit den Leistungen anderer Krankenhäuser möglich.
3. Die dritte einschneidende Konsequenz folgt im Zusammenhang mit der Öffnung der Krankenhäuser für vor-, teil- und nachstationäre Behandlungen, sowie für ambulante Operationen. Dies wird eine einschneidende Veränderung in der Patientenstruktur bewirken. Nicht komplikationsgefährdete Patienten, an denen kleinere Eingriffe vorgenommen werden müssen, werden

sich ambulant behandeln lassen, während die schwer Erkrankten stationär zu versorgen sind. Mit dem Ausbau von ambulanten Behandlungsmöglichkeiten können zukünftig immer anspruchsvollere Therapien durchgeführt werden, was die Existenz einer großen Anzahl heute noch belegter Akutbetten gefährden wird. Die verbleibenden Betten werden überwiegend mit pflegeintensiven Patienten belegt sein.

Alle Veränderungen zusammengenommen haben eine gesteigerte Leistungsintensivierung in der Pflege zur Folge bei gleichzeitigen Rationalisierungsanforderungen. Wie die Entwicklung in den USA nach der Einführung von leistungsbezogenen Entgeltformen zeigt, folgt dem Bettenabbau jedoch nicht unbedingt ein proportional entsprechender Abbau des Personalbestandes. Umgekehrt mußte dort partiell Personal aufgestockt werden, um den Anforderungen an eine Pflege von überwiegend schwerstkranken Patienten gerecht werden zu können. Fachexperten gehen auch in Deutschland von einem Mehrbedarf an Pflegekräften aus, der sich in einer vom Bundesministerium in Auftrag gegebenen Studie von 1990 mit 32.000 Personen im Jahre 2010 gegenüber 1986 beziffert. Insofern ist weniger das Augenmerk oder die Befürchtungen auf die Rationalisierung von Arbeitskräften in der Pflege zu richten, als vielmehr auf die anwachsenden Qualifikationsanforderungen in Verbindung mit Effizienz und Flexibilität. Die neuen Herausforderungen für den Pflegebereich durch das Gesundheitsstrukturgesetz sind wesentliche Bezugspunkte gewesen bei den konzeptionellen Überlegungen für die zweite Phase des Modellversuchs. Bevor dies ausführlicher dargestellt wird, folgt zunächst eine kurze Zusammenfassung der Ziele und Ergebnisse in der ersten Phase der Modellerprobung.

1 Ziele und Ergebnisse in der 1. Phase des Modellversuchs

Noch geprägt und beeinflusst durch die Diskussion um den "Pflegerotstand" war die Zielsetzung des Modellversuchs in seiner Planungs- und Entstehungsphase stark motiviert durch die Zielsetzung, durch qualitative Verbesserung der Arbeitsbedingungen und durch eine Restrukturierung der Arbeitszeiten die Attraktivität des Pflegeberufes zu erhöhen. Folgende Bereiche standen bei der Neustrukturierungsdiskussion im Vordergrund:

- Einführung einer patientenorientierten Bereichspflege
- Entwicklung und Einführung einer Pflegedokumentation und -planung, die umfassend Informationen für alle an der Heilung des Patienten beteiligten Personen verfügbar hält
- Rollen- und Kompetenzabklärung zwischen der Pflege und anderen Berufsgruppen und Funktionsbereichen zur Verbesserung der Kooperation
- Veränderung der Arbeitszeiten: Einführung der 5-Tage-Woche auf Basis der 38,5 Stundenwoche, familienfreundliche Veränderung der Hauptarbeitszeiten, Einführung des arbeitsfreien Wochenendes

Die Modellerprobung wurde zunächst in fünf ausgewählten Krankenhäusern initiiert, deren Größe und Anzahl der Betten sich folgendermaßen darstellte:

- Modellkrankenhaus 1: 200 Betten
- Modellkrankenhaus 2: 397 Betten
- Modellkrankenhaus 3: 732 Betten
- Modellkrankenhaus 4: 760 Betten
- Modellkrankenhaus 5: 290 Betten

Mit der Auswahl der beteiligten Krankenhäuser sollte gewährleistet sein, daß Häuser unterschiedlicher Trägerschaft und Größe an dem Modellprojekt teilnehmen, wobei durch die Verteilung der Standorte und damit verbundener regionaler Spezifika zusätzliche Besonderheiten gegeben waren. Insgesamt war damit intendiert, die in dem Modellprojekt gesammelten Erfahrungen für Krankenhäuser unterschiedlichster Voraussetzungen nutzbar werden zu lassen.

Die Projektleitung der Modellerprobung wurde der "Niedersächsischen Akademie für Fachberufe im Gesundheitswesen" e.V. in Osnabrück übertragen, die das Vorhaben in Kooperation mit der Bildungsvereinigung Arbeit und Leben Niedersachsen e.V. durchführte.¹ Von der Niedersächsischen Akademie wurden die Modellkrankenhäuser 1, 2 und 3 begleitet, AuL übernahm die Prozeßbegleitung der Modellkrankenhäuser 4 und 5. Die Unterstützung des Modellprojektes durch das Niedersächsische Sozialministerium umfaßte neben der Prozeßbegleitung des weiteren eine wissenschaftliche Begleitung für die Darstellung und vergleichende Analyse des Prozeßgeschehens. (vgl. Abb. 1)

Eine ausführliche Dokumentation und Auswertung der durchgeführten Maßnahmen in der ersten Phase des Modellversuchs sind in dem Bericht "Qualifikation und Kooperation in Krankenhäusern" Teil I dargelegt worden. An dieser Stelle soll es darum gehen, die wichtigsten Ergebnisse und Konsequenzen noch einmal kurz zusammenzufassen, um den "Anschluß" des konzeptionellen Vorgehens in der zweiten Phase nachvollziehbarer werden zu lassen.

In den Modell-Krankenhäusern 1, 2 und 3 konnten durch eine umfangreiche diagnostische Phase der Ausgangsbedingungen sowohl die konkreten Veränderungsbedarfe genau markiert als auch Kommunikations- und Auseinandersetzungsbereitschaften initiiert und gefördert werden, die sich positiv auf das kooperative Miteinander auswirkten. Der Diagnoseprozeß ist insofern ein Anstoß gewesen, den die Beteiligten aufgegriffen haben, um einen gemeinsam gewünschten Zustand zu formulieren und sich rückzubesinnen auf ihren gemeinsamen Auftrag, nämlich kranken Menschen humane Hilfe und Pflege zukommen zu lassen.

Konkrete Veränderungsprozesse wurden dann mit Hilfe von externen ExpertInnen der Niedersächsischen Akademie zum einen auf ausgewählten Modellstationen initiiert und zum anderen im Bereich der berufs- und klinikübergreifenden Teamentwicklung. Auf den Modellstationen zeigte sich

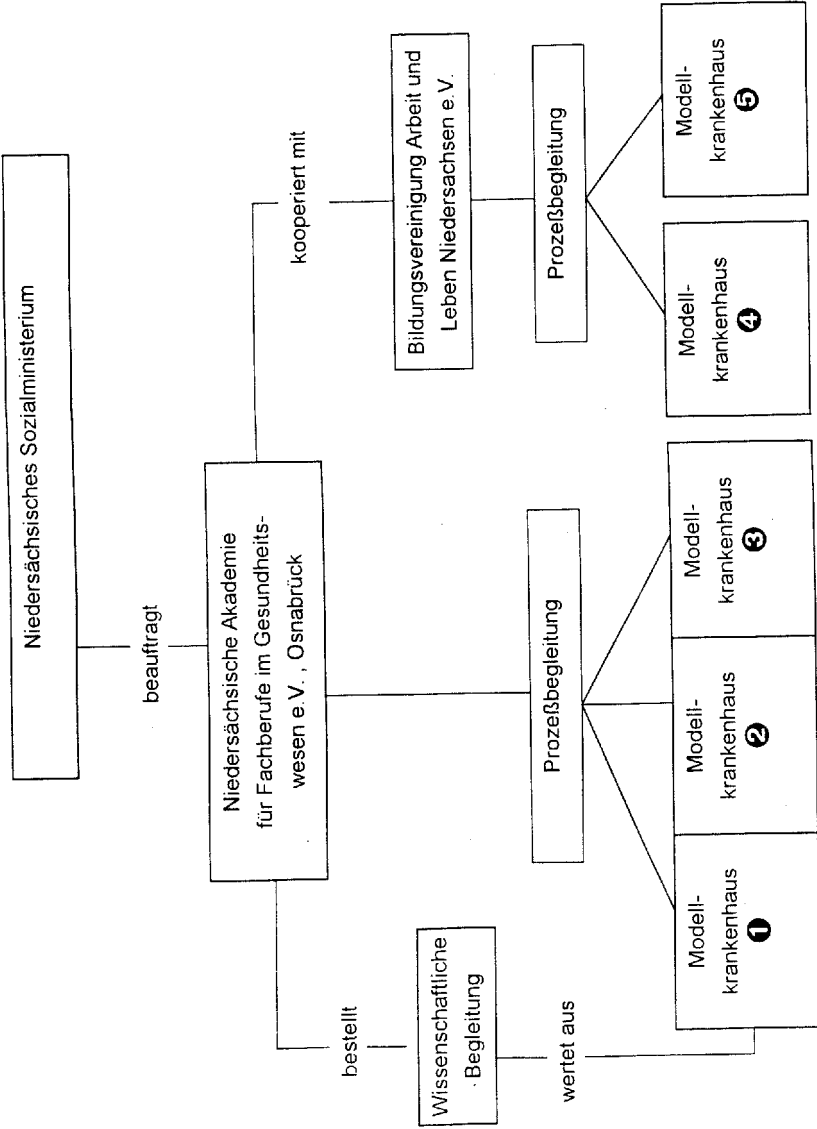
¹ Im weiteren Textverlauf wird für die Niedersächsische Akademie für Fachberufe im Gesundheitswesen e.V. die Kurzform Niedersächsische Akademie verwendet und für die Bildungsvereinigung Arbeit und Leben e.V. das AuL

im Ergebnis, daß infolge einer intensiven Schulung zu den Themen Pflegestandards, Pflegeplanung und Pflegebericht der dokumentierte Pflegeprozeß von den MitarbeiterInnen beherrscht wird. Auf dieser Grundlage sind die Bereichspflege eingeführt und verschiedene Arbeitsabläufe umstrukturiert worden. Eine Arbeitszeitveränderung ist im Modellkrankenhaus 2 vorgenommen worden mit der Einführung der 5-Tage-Woche und eines Zwischendienstes. In den Krankenhäusern 1 und 3 sind die Zeiten zunächst einmal beibehalten worden.

Um alle patientenbezogenen Maßnahmen - nicht nur die der Pflege - von dem Primat einer ganzheitlichen, den Bedürfnissen der Patienten entsprechenden Versorgung aus zu reorganisieren, ist die systematische Entwicklung interdisziplinärer und bereichsübergeordneter Teams von besonderer Bedeutung. In der ersten Phase des Modellversuchs sind hier erste Schritte eingeleitet worden, wo es zunächst um eine gemeinsame Ist-Soll-Analyse ging.

In dem Modellkrankenhaus 4 wurde aufgrund des fortgeschrittenen Standes hinsichtlich der Einführung der Bereichspflege ein besonderes Gewicht auf die Supervidierung zwei ausgewählter Modellstationen gelegt. Ziel und Inhalt war dabei die Bearbeitung von Rollenkonflikten und Kommunikationsstörungen infolge veränderter Arbeitsabläufe und Kompetenzaufteilungen. Darüber hinaus wurden Projektgruppen initiiert, die stationsübergreifend Verbesserungen auch in anderen Bereichen bewirken sollten, hier insbesondere auch bezüglich der nur gering entwickelten kommunikativen Infrastruktur.

Abb. 1



Im Modellkrankenhaus 5 wurden zu Beginn der Arbeit ebenfalls zwei Modellstationen durch eine wöchentliche Supervision begleitet. Anders als im Modellkrankenhaus 4 war hier jedoch die Bereichspflege noch nicht eingeführt. Von den zwei Modellstationen ist eine gleich zu Anfang aufgrund von Teamkonflikten ausgeschieden, auf der anderen konnte die Bereichspflege eingeführt werden. Allerdings standen die MitarbeiterInnen den Veränderungsprozessen nicht einheitlich positiv gegenüber.

Des Weiteren wurde von AuL im Modellkrankenhaus 5 eine Projektgruppe zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Abteilungen initiiert. Ausgehend von einem detaillierten Konfliktprofil wurden punktuelle Probleme zwischen einzelnen Bereichen verhandelt. Grenzen wurden dort sichtbar, wo Entscheidungen über Lösungsvorschläge nicht mehr in den eigenen Kompetenzbereich fielen, die Krankenhausleitung aber auch keine klaren Handlungsoptionen formulierte.

Nach einem Jahr Modellversuch wurde für das Modellkrankenhaus 5 in gegenseitigem Einverständnis zwischen den Prozeßbegleitern von AuL und der Krankenhausleitung beschlossen, die Arbeit zunächst nicht weiter fortzusetzen. Beendet wurde auch die Prozeßbegleitung im Modellkrankenhaus 4, allerdings hier vor dem Hintergrund einer erfolgreich abgeschlossenen Unterstützung bei der Verankerung der prozeßorientierten Pflege, die schließlich in Form der Bereichspflege im ganzen Haus eingeführt wurde.

Für die Modellkrankenhäuser 1, 2 und 3 schien eine Fortsetzung notwendig und erfolgversprechend, wobei vor dem Hintergrund der bislang erreichten Ergebnisse im wesentlichen zwei Konsequenzen formulieren wurden.

1. Auf der Ebene der Umstrukturierungsprozesse auf den Modellstationen war trotz aller positiven Erfahrungen der Pflegekräfte mit der Bereichspflege aufgrund der Isolierung der einzelnen Station die Gefahr vorhanden, daß das Erreichte wieder zusammenbricht. Wichtig schien daher, eine zweite Modellstation zu begleiten, um die Veränderungen auf eine breitere Basis zu stellen. Parallel dazu wurde es weiterhin für wichtig gehalten, gezielt auf der Ebene der Stationsleitungen MultiplikatorInnen auszubilden, die eine wichtige Funktion für eine flächendeckende Einführung der Bereichspflege haben.
2. Eine zweite Konsequenz bezog sich auf die begonnene Arbeit für eine Verbesserung der Kooperationsbeziehungen. Hierbei ist überdeutlich geworden, in welchem starkem Maße eine erfolgreiche Veränderung im Pflegebereich von der Einbeziehung der angrenzenden Funktionsbereiche und Dienstgruppen abhängig ist. Umstrukturierungen im Pflegebereich als einem Subsystem in der Organisation Krankenhaus haben letztendlich Auswirkungen auf alle anderen Bereiche. Wird versäumt, dort Bereitschaft herzustellen, die Kooperation neu zu gestalten, hat letztendlich das Ziel, die Situation in der Pflege zu verbessern, kaum Aussicht auf Erfolg. Daraus ergab sich die Notwendigkeit, an der Problematik der Zusammenarbeit der verschiedenen Bereiche intensiv weiterzuarbeiten, wobei die verschiedenen Entscheidungs- und Leitungskompetenzen ein damit verbundenes Thema darstellt.

Im weiteren sollen die Ziele und das konzeptionelle Vorgehen in der zweiten Phase des Modellversuchs detaillierter beschrieben werden. Dies erfolgt zum Teil im Rückgriff auf das Konzept in der ersten Phase, da in den Modellversuch ein neues Haus - in dem vorliegenden Bericht als Modellkrankenhaus 4 bezeichnet - aufgenommen wurde und dort zunächst wieder eine ausführliche Diagnostik vorgeschaltet war. Das Konzept der zweiten Phase bildet jedoch ohnehin kein in sich geschlossenes Modell, sondern beinhaltet eine differenzierte Fortentwicklung des Vorgehens in der ersten Phase des Modellversuchs.

2 Ziele und konzeptionelles Vorgehen in der 2. Phase des Modellversuchs: Innovative Verbindung von Diagnostik, Fortbildung, Beratung und interprofessioneller Teamentwicklung

Die Entschärfung der Arbeitsmarktsituation in den Pflegeberufen ist während der Laufzeit der ersten Phase des Modellversuchs deutlich spürbar gewesen. So verfügten die Modellkrankenhäuser 2 und 3 seit längerer Zeit erstmalig wieder über eine Warteliste an Bewerbungen von examinierten Pflegekräften. Der Entspannung in diesem Bereich stand allerdings eine zunehmende Verunsicherung gegenüber in bezug auf die in ihrem vollen Ausmaß noch kaum begriffenen Folgen für den Pflegebereich durch das Gesundheitsstrukturgesetz. Vorrangig erschien die Beschäftigung mit der neuen Pflegepersonalregelung als dringlich, um die damit verbundenen Möglichkeiten zusätzlicher Stellen im Pflegebereich voll auszuschöpfen. Damit konnten im Einzelnen auch Verbesserungen erzielt werden, aber insgesamt fehlte die Entwicklung von Perspektiven, wie sich der Pflegedienst 1996 mit der verbindlichen Einführung von leistungsbezogenen Entgelten organisiert und den wachsenden Ansprüchen auf Effizienz und Qualität gerecht wird. Vor dem Hintergrund des durch das Gesundheitsstrukturgesetz initiierten historischen Wandels der Krankenhäuser von Versorgungs- und Betreuungseinrichtungen hin zu Dienstleistungsunternehmen in freier Konkurrenz, ist es notwendig die Bedeutung und Aufgabe von Pflege völlig neu zu überdenken. Übergeordnete Zielorientierungen für das konzeptionelle Vorgehen waren entsprechend

- die Entwicklung einer genauen Vorstellung über den Beitrag der Pflege für das gesamte Dienstleistungsunternehmen Krankenhaus (Pflegequalität, personeller und sachlicher Aufwand, Gestaltung der Schnittstellen zu den angrenzenden Bereichen und Dienstgruppen)
- die Sicherung der Qualität pflegerischer Leistungen durch einen fortlaufenden Ist-Soll-Vergleich, der auch die ökonomische Effizienz mit berücksichtigt
- die Restrukturierung von Führungsverantwortung und Führungskompetenz, um eine Personalentwicklung in Gang zu setzen, die gezielt die Selbstverantwortung und Eigeninitiative der MitarbeiterInnen stärkt und durch gemeinsame Zielsetzungen Identifikationsprozesse fördert.

Diese übergeordnete Zielorientierung kann gebündelt werden in die drei Schlüsselbegriffe "Qualität", "Effizienz" und "Kooperation". Sie durchziehen wie ein roter Faden das konzeptionelle Vorgehen in der zweiten Phase des Modellversuchs, was in einer Erweiterung des Konzeptes der ersten Phase acht

Schritte umfaßt und eine Verknüpfung von Diagnostik, Fortbildung, Beratung und interprofessioneller Teamentwicklung leistet.

1. Zu Beginn des Projektes erfolgte in einem ersten Schritt eine umfassende Information über den Modellversuch an die Krankenhausleitung, die Pflegekräfte der Modellstation, den ärztlichen Dienst der Modellstation, an die angrenzenden Funktionsbereiche und den Betriebsrat. Impliziert war hierbei, von Anfang an Transparenz und Öffentlichkeit hinsichtlich des geplanten Vorhabens herzustellen und zu verdeutlichen, daß der Erfolg von Veränderungen im Pflegebereich abhängig ist von der Akzeptanz und Kooperation aller Leistungsbereiche und Dienstgruppen.
2. Ein zweiter Schritt umfaßte den Diagnoseprozeß. Mittels qualitativer Interviews mit den am Projekt beteiligten MitarbeiterInnen in der Pflege, im medizinischen Dienst und der Verwaltung wurden Wahrnehmungen und Beurteilungen von Problemen in der Pflege sowie im eigenen Arbeitsalltag erhoben. Parallel dazu erfolgte eine Analyse der Arbeitsabläufe auf den Modellstationen im Früh,- Spät- und Nachtdienst, die u. a. Pflegequalität, Stoßzeiten und Leerläufe sowie den Anteil pflegefremder Tätigkeiten ermittelte.
3. Im dritten Schritt wurden die Untersuchungsergebnisse allen Befragten zurückgespiegelt. Ausgehend von der Interpretation der Daten in Hinblick auf die angestrebten Veränderungsprozesse in der Pflege wurde das Vorgehen besprochen und damit auf die spezifische Situation des jeweiligen Modellkrankenhauses abgestimmt.
4. In einem vierten Schritt wurde mit den Fortbildungsseminaren für die MitarbeiterInnen der Modellstationen gestartet zu den thematischen Bereichen: Bereichspflege, Pflegeplanung und -dokumentation, Arbeitsablauf- und Zeitorganisation sowie Arbeitszeitmodelle. Qualitätssicherungsaspekte waren integraler Bestandteil der verschiedenen Themen.
5. Im fünften Schritt wurde dann mit der Prozeßbegleitung der Umstellung der Modellstationen von der Funktions- zur Bereichspflege durch externe FachexpertInnen begonnen.
6. Sowohl die Stationsleitungen als auch besonders qualifizierte und engagierte Pflegekräfte wurden während der Prozeßbegleitung bereits auf ihre zukünftige Multiplikatorenrolle vorbereitet. Im sechsten Schritt ist diese Vorbereitung untermauert worden durch weitere Qualifizierungsmaßnahmen für MultiplikatorInnen.
7. Parallel zu den Fortbildungsseminaren und der Prozeßbegleitung wurde in einem siebten Schritt die Kooperations- bzw. Schnittstellenproblematik aufgegriffen, die zugleich die Frage nach den Entscheidungs- und Führungsstrukturen mit berührt hat. In verschiedenen Workshops ging es damit zum einen um Ursachenanalysen und Problemlösungsarbeit in bezug auf die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Bereichen, zum anderen um die Restrukturierung von Leitungs- und Verantwortungskompetenz. Wichtiger Schwerpunkt war dabei zusätzlich die Frage nach den Verbesserungsmöglichkeiten der kommunikativen Infrastruktur, d.h., der Verankerung bereichs- und berufsübergreifender Konferenzen und Besprechungen.
8. Im achten und abschließenden Schritt wurden in allen Modell-Krankenhäusern mit den beteiligten Mitarbeitern ein Auswertungsgespräch geführt. Inhalt dessen war sowohl die Überprüfung der

erreichten Prozeßergebnisse hinsichtlich ihrer Effektivität für die Organisation, als auch die Akzeptanz durch die Beteiligten. Die dabei markierten Problemfelder bestimmten jeweils die Festlegung nächster, noch offenstehender Veränderungsschritte.

Die einzelnen Prozeßschritte sind hier idealtypisch dargestellt. Sie bildeten jeweils den Leitfadens für das konzeptionelle Vorgehen, wobei im einzelnen der Prozeßverlauf durch unterschiedliche institutionelle, personelle und motivationale Bedingungen beeinflusst war und entsprechende Spezifika aufwies.

3 Externes und internes Projektmanagement

In der ersten Phase des Modellversuchs ist für die Koordination und die konzeptionelle Entwicklung der Arbeit eine Lenkungsgruppe gegründet worden, der VertreterInnen der Niedersächsischen Akademie, von AuL, des Niedersächsischen Sozialministeriums, sowie die wissenschaftliche Begleitung angehörten. Die Lenkungsgruppe wurde in der zweiten Phase erweitert um die Krankenhausleitungen der vier beteiligten Modellkrankenhäuser. Zugleich ist ihre Arbeit ergänzt und intensiviert worden durch den Aufbau eines internen Projektmanagements in den einzelnen Häusern. Damit verbunden war die Vorstellung, daß künftige Entscheidungsprozesse besser strukturiert werden können, ein kontinuierlicher Informationsfluß zwischen allen Beteiligten gewährleistet ist und geplante Maßnahmen umgesetzt werden. Die Form der Zusammenarbeit zwischen dem internen Projektmanagement und der Niedersächsischen Akademie wurde verbindlich festgelegt und folgte einer dreigliedrigen Unterteilung. (Vgl. Abb. 2)

1. Zunächst war in jedem Haus ein/e ProjektkoordinatorIn zu benennen, dessen/deren Aufgabe darin bestand, sämtliche projektbezogenen Termine und Informationen zu koordinieren, an die entsprechenden Personen weiterzuleiten sowie AnsprechpartnerIn für alle am Projekt Beteiligten zu sein (MitarbeiterInnen der Modellstationen, MultiplikatorInnen und ProzeßbegleiterInnen). Gleichzeitig sollte die ProjektkoordinatorIn in unmittelbarem Rückkopplungsprozeß mit der Niedersächsischen Akademie stehen und Informationen, Ergebnisse und Planung mit Osnabrück abstimmen. Ihrer Koordinierungsaufgabe entsprechend sollte die ProjektkoordinatorIn die Koordinierungsgruppe leiten (siehe hierzu Punkt 3) und an den Sitzungen des Projektausschusses teilnehmen (siehe hierzu Punkt 2).
2. In jedem Haus war ein Projektausschuß zu etablieren in folgender Teilnehmerzusammensetzung:
 - Pflegedienstleitung, ProjektkoordinatorIn
 - Ärztlicher Direktor
 - Verwaltungsleiter
 - 1 Mitglied des Personalrats
 - Geschäftsführerin der Niedersächsischen Akademie

Der Projektausschuß sollte viermal jährlich tagen. Ihm oblagen folgende Aufgaben:

- Entscheidungen treffen
- Projektziele und -verlauf beobachten und ggf. intervenieren
- Projektbedingungen sichern

Seitens der Workshops bestand gegenüber dem Projektausschuß eine Informationspflicht. Die dortigen Ergebnisse wurden im Projektausschuß vorgetragen und die daraus resultierenden Konsequenzen verhandelt.

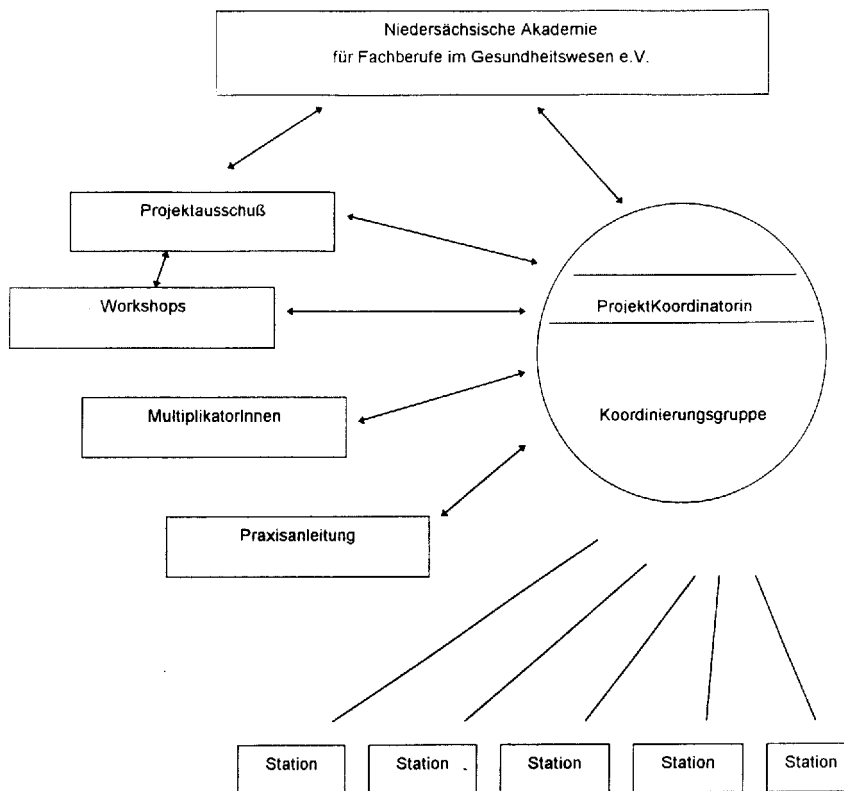
3. Die Pflegedienstleitung sollte eine Koordinierungsgruppe einrichten, deren Leitung auf die von ihr benannte ProjektkoordinatorIn übertragen wurde. Die Koordinierungsgruppe setzte sich aus folgenden Funktionsträgern zusammen:
- ProjektkoordinatorIn, Pflegedienstleitung
 - Jeweils zwei interessierte Pflegekräfte von den Modellstationen, die von ihren KollegInnen auf den jeweiligen Modellstationen gewählt/ernannt werden sollten
 - Jeweils ein interessierter Arzt von den Modellstationen
 - 1 Mitglied des Personalrats
 - Geschäftsführerin der Niedersächsischen Akademie

Die Koordinierungsgruppe sollte sich regelmäßig einmal pro Monat in dem jeweiligen Modellkrankenhaus treffen. Sie hatte folgende Aufgaben wahrzunehmen:

- Entscheidungen umsetzen
- Kommunikation herstellen
- das Projekt weiterentwickeln

Für die Darstellung des internen Projektmanagement gilt dasselbe wie für die des konzeptionellen Vorgehens: es wurde hier der idealtypische Zustand beschrieben. In der Praxis haben sich in Anlehnung an dieser Struktur verschiedene Formen des Projektmanagements herauskristallisiert.

Abb. 2 Internes Projektmanagement



Kapitel II

Diagnostische Ergebnisse zur Ausgangssituation vor der Modellerprobung

1 Methodisches Vorgehen der Untersuchung

Wie in dem einleitenden Kapitel zur konzeptionellen Vorgehensweise bereits beschrieben wurde, ist vor Beginn der Maßnahmen zur Qualitätsveränderung in der Pflege eine umfangreiche Ist-Analyse in den Modell-Krankenhäusern durchgeführt worden. Diese sollte Aufschluß darüber geben, welches Maß an Veränderungen in den einzelnen Häusern möglich ist, auf welchem Niveau die Entwicklung stattfinden kann und welche Potentiale zur Unterstützung des Prozesses vorhanden sind. Im einzelnen umfaßte die Ist-Analyse folgende Schwerpunktbereiche:

1. Auswertung krankenhauser Statistiken und Informationsmaterialien, die Aufschluß geben über
 - das Qualifikationsprofil und die Alterstruktur des Pflegedienstes
 - geleistete Pflegetage und durchschnittliche Verweildauer der Patienten, sowie deren Altersstruktur
 - Entwicklung der Pflegesätze und Belegdaten
 - Leistungsentwicklungen in der Funktionsdiagnostik und im Operationsbereich
2. Teilnehmende Beobachtung der Arbeitsabläufe auf den Modellstationen im Früh-, Spät-, und Nachtdienst, sowie Mitarbeit in den drei Schichten, um Pflegequalität, Leistungsvolumen, vorhandene Stoßzeiten, bzw. Leerläufe und den Anteil pflegefremder Arbeiten zu ermitteln.
3. Qualitative Interviews mit dem Pflegepersonal auf den Modellstationen, der Krankenhausleitung, dem ärztlichen Dienst, den angrenzenden Funktionsbereichen und den hausinternen Fortbildnern, um Problemsichten und Veränderungswünsche sowohl bezüglich des Pflegebereichs, als auch hinsichtlich der Kooperation zu erheben. Gesprächsstrukturierend wurden dabei einerseits Fragen zur Wahrnehmung und Beurteilung von Problemen im eigenen Arbeitsbereich und zu dem angrenzenden Arbeitsbereich gestellt. Dieser Perspektivenwechsel von Selbst- und Fremdbeschreibung sollte Aufschluß geben über die wechselseitigen Kompetenzzuschreibungen und Rollenverständnisse.

Die qualitativen Interviews hatten neben der Erfassung von Einstellungsorientierungen und subjektiven Zustandsbeschreibungen zusätzlich den wichtigen Stellenwert, Kommunikationsbereitschaften zu fördern und Transparenzen zu schaffen, da eine Qualitätsveränderung der Pflege in starkem Maße abhängig ist von funktionierenden Kooperationsbedingungen. So war einmal in den Gesprächen die Gelegenheit gegeben und auch wahrgenommen worden, sich eingehend über die konzeptionellen Überlegungen des Modellprojekts zu informieren und zum anderen, die eigenen Wünsche und Interessen darzustellen. Wir vereinbarten mit unseren Gesprächspartnern ein Ergebnisprotokoll anzufertigen, das zunächst wieder rückgekoppelt wurde und nach erzielt

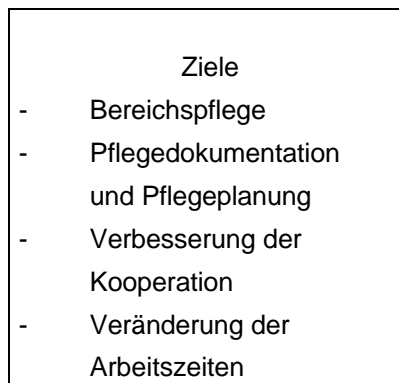
Einverständnis über die Richtigkeit der wiedergegebenen Aussagen grundsätzlich allen Beteiligten zugänglich war und schließlich in die Analyse einfloß.

Abb. 3 zeigt das analytische Raster, das bei der Zuordnung der einzelnen Untersuchungsergebnis, die mittels der verschiedenen Erhebungsmethoden erzielt wurden, zugrunde gelegt wurde. Ausgehend von der Zielvorstellung, Qualität und Effizienz von Pflege zu optimieren - dargestellt in dem mittleren Kreis - sind fünf Bedingungsfaktoren isoliert worden, die im wesentlichen die Basis für eine solche Veränderung darstellen. Bei den organisatorischen Voraussetzungen ist der pflegerische Zentralisationsgrad ermittelt worden, der Indikator für den Personalbedarf hinsichtlich einer ausreichenden Patientenversorgung ist, bzw. Aufschluß gibt über den Anteil an pflegerischen und pflegefremden Tätigkeiten. Es wurden dabei folgende elf Kategorien gebildet:

1. Patientenaufnahme
2. Bettenaufbereitung
3. Krankentransport
4. Essensversorgung
5. Reinigungsdienst
6. Schreibdienst
7. Pflegedokumentation
8. Gütertransport
9. Patienten- und Angehörigen/Besucherkommunikation
10. Innerbetriebliche Kommunikation
11. Funktionalität der Modellstationen

- E) Wünsche und Befürchtungen
 - Pflege
 - Ärztlicher Dienst
 - Verwaltung
- A) Organisatorische Voraussetzungen
 - Patientenaufnahme
 - Bettenaufbereitung
 - Krankentransport
 - Essensversorgung
 - Reinigungsdienst
 - Schreibdienst
 - Pflegedokumentation
 - Gütertransport
 - Kommunikation
 - Funktionalität der Modellstation

- D) Fortbildung
 - Angebote
 - Ressourcen
 - Bedarfe



- C) Subjektive Voraussetzungen
 - Qualifikation
 - Belastungserleben
 - Motivation
- B) Interdisziplinäre Zusammenarbeit
 - Pflege/Ärztlicher Dienst
 - Pflege/Funktionsdiagnostik
 - Pflege/Wirtschaft
 - Pflege/Verwaltung

Abb. 3: Analytisches Raster für die Zuordnung der Untersuchungsergebnisse

Neben den organisatorischen Bedingungen (A) ist die Kooperation zwischen Pflege und angrenzenden Dienstgruppen und Funktionsbereichen (B) eine wesentliche Voraussetzung für eine Qualitätssteigerung und einer damit verbundenen Erhöhung der Arbeitsmotivation. Bei den subjektiven Voraussetzungen (C) ist die Qualifikation des Pflegepersonals, das Belastungserleben und die Motivation ermittelt worden. Hinsichtlich der Qualifikationsentwicklung des Pflegepersonals wurde untersucht, in welchem Umfang und mit welchen Zielen Fortbildungen (D) angeboten werden und in dem fünften und letzten Punkt sind Einstellungen, Wünsche und Befürchtungen (E) vom Pflegepersonal auf den Modellstationen, der Krankenhausleitung und dem ärztlichen Dienst hinsichtlich der angestrebten Veränderungen im Pflegebereich zusammengetragen worden.

Die Ergebnisse dieser Untersuchungen einschließlich der Aufarbeitung und Interpretation krankenhauserinterner Leistungsstatistiken sind in dem Bericht über die erste Phase des Modellversuches ausführlich dargestellt worden. Um Wiederholungen zu vermeiden, dem/der LeserIn aber dennoch die notwendigen Hintergrundinformationen zu liefern, die für ein Verständnis der folgenden Kapitel wichtig sind, ist folgendes Vorgehen gewählt worden:

Einleitend werden zunächst die wichtigsten Rahmendaten der Modellkrankenhäuser zusammenfassend angeführt. Es folgt eine ausführliche Darstellung der Untersuchungsergebnisse des Modellkrankenhauses 4, welches in der zweiten Phase des Modellprojektes neu aufgenommen wurde. Die Auswertung der Daten, die auf dem in Abb. 3 vorgestellten methodischen Vorgehen basiert, ist in Form von graphischen Darstellungen noch einmal als Kurzresümee gebündelt worden (Vg. Abb. A4, B4, C4, D4 und E4). Dieselben Kurzresümee wurden auch für die Modellkrankenhäuser 1, 2 und 3 im Bericht über die erste Phase der Modellerprobung erarbeitet. Um den zusammenfassenden Vergleich aller Häuser und die Bewertung der Ausgangssituation nachvollziehbar machen zu können, werden anstelle einer gesamten Wiederholung der Ausführungen zur Diagnostik die graphisch dargestellten Kurzresümee noch einmal aufgenommen. Mit Hilfe des Textes über die Untersuchungsergebnisse im Modellkrankenhaus 4 können dabei die Bedeutungsinhalte der Graphiken gut nachvollzogen werden.

Im fünften Kapitel dieses Abschnitts geht es dann um einen in der zweiten Modellerprobungsphase vertieften Untersuchungsaspekt: der exemplarischen Analyse von Zeiten für Botendienste durch das Pflegepersonal und der Berechnung damit verbundener Kosten.

2 Rahmendaten der Modellkrankenhäuser

Das Modellkrankenhaus 1 ist ein kleines Krankenhaus in kirchlicher Trägerschaft. Das Haus ist Sondervermögen der Pfarrei. Dabei handelt es sich um eine Ein-Personen-Trägerschaft, die von dem Pfarrer seit 6 Jahren bekleidet wird. Bis 1980 wurden die Patienten des Modellkrankenhauses 1 überwiegend von "Den Grauen Schwestern" betreut, einem katholischen Orden. Die christliche Tradition hat - obwohl seit 1980 freie Schwestern an ihre Stelle getreten sind - nach wie vor im Modellkrankenhaus 1 eine besondere Bedeutung.

Das Krankenhaus ist Bestandteil der Regelversorgung des Niedersächsischen Krankenhausplanes und übernimmt zusammen mit den Städtischen Krankenanstalten die Versorgung der Bevölkerung in X. Das Modellkrankenhaus 1 verfügt über 205 Betten. Davon entfallen 80 auf die innere Medizin, untergliedert in Kardiologie und Gastroenterologie, 75 Betten auf die Chirurgie, untergliedert in Kinderchirurgie und Unfallchirurgie, 10 Betten auf die Hals-, Nasen- und Ohrenabteilung als

Belegarztsystem, 6 Betten auf die interdisziplinäre Intensivpflege, 24 Betten auf die Frauenheilkunde und 16 Betten auf die Geburtshilfe.

1993 stehen dem Modellkrankenhaus insgesamt 245,50 Stellen zur Verfügung, wovon 103,06 auf den pflegerischen Bereich entfallen, die von 125 Pflegekräften besetzt sind. Von den 125 Pflegekräften verfügen 115 über eine abgeschlossene Berufsausbildung als Krankenschwester/-pfleger. Nach den noch geltenden Anhaltszahlen der DKG von 1974, nach denen bei zentralisierten pflegerischen Versorgungsdiensten mindestens achtzig von Hundert, bei nichtzentralisierten siebzig von Hundert Pflegekräften examiniert sein sollten, weist das Pflegepersonal im Modellkrankenhaus 1 ein überdurchschnittliches Qualifikationsprofil auf.

Die Belegentwicklung war in den letzten Jahren zunächst leicht rückläufig, stieg dann aber wieder von 162,18 im Jahr 1991 auf 190 im Jahr 1993 an bei einem Nutzungsgrad von 87,35%. Die Statistik von 1993 weist weiterhin eine durchschnittliche Verweildauer von 11,25 Tagen aus bei insgesamt 60.574 geleisteten Pflagetagen.

Sowohl die Höhe des Lebensalters als auch eine überdurchschnittlich niedrige Verweildauer sind Meßgrößen für die Erfassung der Intensität des Leistungsaufwandes im Pflegebereich. Im Modellkrankenhaus 1 zeigt die Differenzierung der durchschnittlichen Verweildauer nach Lebensalter, daß der prozentuale Anteil der über 65jährigen Patienten 33,8 beträgt. Verglichen mit der durchschnittlichen Verweildauer in Deutschland, die sich nach Angaben des statistischen Bundesamtes 1992 mit 13,9 Tage beziffert, liegt bei dem hohen Anteil älterer Patienten die Verweildauer des Modellkrankenhauses deutlich unter diesem Durchschnitt.

Das Modellkrankenhaus 2 (Betriebsbeginn 1968) ist organisatorisch zusammen mit zwei weiteren Krankenhäusern zu einem Verbund zusammengefaßt. Träger ist der Landkreis, die Krankenhausbetriebsleitung obliegt dem Krankenhausdirektorium, bestehend aus dem Verwaltungsdirektor, dem ärztlichen Direktor und der Oberin.

Das Modellkrankenhaus 2 ist Bestandteil der Regelversorgung des Niedersächsischen Krankenhausplanes. Es ist ein Akutkrankenhaus und verfügt über 397 Planbetten. Davon entfallen 137 auf die Innere Medizin, 157 auf die Chirurgie, 73 auf die Gynäkologie/Geburtshilfe, 8 auf die Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, 12 auf die Hals-, Nasen- und Ohrenabteilung als Belegsystem und 10 auf die Augenklinik, ebenfalls als Belegsystem.

1993 standen im Modellkrankenhaus 2 insgesamt 631,7 Stellen zur Verfügung plus 108 Ausbildungsplätze an der zentralen Krankenpflegeschule des Landkreises, die ihren Sitz im Modellkrankenhaus 2 hat. Von den 631,7 Stellen entfielen 283,50 auf den Pflegedienst. Vom Qualifikationsprofil her verfügen ca. 85% über eine Ausbildung als Krankenschwester/-pfleger.

Die Belegdaten des Modellkrankenhauses 2 sind für 1993 mit 352 beziffert. Dies entspricht bei einer Gesamtkapazität von 397 Planbetten einer Auslastung von 88,5 %. Die geleisteten Pflagetage sind für 1993 mit 122,298 ausgewiesen, wobei sich die durchschnittliche Verweildauer der Patienten in den letzten Jahren immer weiter reduziert hat und im Jahr 1993 bei 9,5 Tagen liegt. Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt ist auch hier die Verweildauer besonders niedrig, wobei ähnlich wie im Modellkrankenhaus 1 der Anteil der über 65jährigen Patienten etwa ein Drittel (31,59) ausmacht.

Das Modellkrankenhaus 3 ist eines von sieben Krankenhäusern in der Trägerschaft der Stadt. Es wurde 1895 als Städtisches Krankenhaus 1 gegründet und im Pavillonstil errichtet. Heute ist es Bestandteil der Regelversorgung des Niedersächsischen Krankenhausplanes und verfügt über 732 Betten. Die Krankenhausleitung ist in die Kompetenz des ärztlichen Direktors, des Verwaltungsdirektors und der Pflegedienstleitung gestellt.

Die durchschnittlich beschäftigten Vollkräfte sind im Modellkrankenhaus 3 1993 mit 1.352,5 ausgewiesen. Davon entfallen auf den Pflegedienst 459,2 und auf die Auszubildenden in der Krankenpflegeschule 48,0. Ca. 85% der Beschäftigten im Pflegedienst verfügt über eine Ausbildung als Krankenschwester/-pfleger; gemessen an den Anhaltszahlen der DKG weist das Pflegepersonal auch hier ein überdurchschnittliches Qualifikationsprofil auf.

Die Statistik weist aus, daß in den letzten 4 Jahren ein Zuwachs an Planbetten zu verzeichnen ist. 1993 beziffern sich diese insgesamt mit 732, wobei dies eine Auslastungsquote von 77,06% gegenübersteht. Die geleisteten Pfl egetage sind 1993 mit 205.895 angegeben und die durchschnittliche Verweildauer der Patienten mit 9,88 Tagen. Letztere ist vergleichbar mit der in den Modell-Krankenhäusern 1 und 2 und liegt damit ebenfalls deutlich unter dem Schnitt auf Bundesebene. Zieht man auch hier wieder als zusätzliches Kriterium zur Ermittlung der Pflegeintensität die Differenzierung von Lebensaltersgruppen heran, nach der im Modellkrankenhaus 3 die Gruppe der über 65jährigen Patienten etwa 30% ausmacht, so lassen sich ebenfalls Tendenzen von Höherbelastungen im Pflegebereich vermuten.

Das Modellkrankenhaus 4 wurde 1957 unter der Trägerschaft des Landkreises Z. mit einer Bettenkapazität von 284 neu eröffnet. Es folgten in den nächsten Jahrzehnten mehrere Erweiterungs- und Umbaumaßnahmen, um der wachsenden Inanspruchnahme durch die Bevölkerung eines großen Einzugsgebietes gerecht werden zu können. 1978 wurde das Modellkrankenhaus 4 als akademisches Lehrkrankenhaus anerkannt. Die Leitung obliegt gemeinsam dem ärztlichen Direktor, der Pflegedienstleitung und dem Verwaltungsdirektor.

Heute verfügt das Haus über 410 Betten, von denen 150 auf die chirurgische Klinik entfallen, 55 auf die Frauenklinik, 145 auf die Medizinische Klinik, 48 auf die Urologische Klinik und 12 auf die Belegabteilung für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten.

Im Modellkrankenhaus 4 sind insgesamt 1993 580 MitarbeiterInnen beschäftigt plus 92 Auszubildenden. Von den 580 MitarbeiterInnen entfallen 61 auf den ärztlichen Dienst, 222 auf den Pflegebereich, 66 auf den medizinisch-technischen Dienst, 56 auf den Funktionsdienst, 118 auf den Bereich Wirtschaft/Versorgung, 10 auf den technischen Dienst, 39 auf den Verwaltungsdienst und 9 auf Sonderdienste. Das Qualifikationsprofil bei den MitarbeiterInnen in der Pflege ist wie in den anderen Modell-Krankenhäusern mit ca. 86% ausgebildeten Krankenschwester/- pflegern sehr hoch.

Der Gesamtkapazität von 410 Betten steht 1993 eine Auslastungsquote von 76,81% gegenüber. Die Anzahl der Pfl egetage beziffert sich mit 114.953. Die durchschnittliche Verweildauer ist in den letzten Jahren kontinuierlich gesenkt worden und beträgt 1993 10,98 Tage. Die im Vergleich zum Bundesdurchschnitt um 3 Tage geringere Verweildauer verweist ebenfalls in Verbindung mit einem

relativ hohen Anteil an älteren Patienten - knapp ein Drittel - auf eine ansteigende Leistungsintensität im Pflegebereich hin.

3 Untersuchungsergebnisse im Modellkrankenhaus 4

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Untersuchungen im Modellkrankenhaus 4 ausführlich dargestellt. Wie in Kapitel 1 dieses Abschnitts beschrieben, erfolgte die Aufarbeitung und Zuordnung der Daten mittels eines analytischen Rasters, in welchem als Basis für eine Qualitätssteigerung in der Pflege fünf Bedingungsfaktoren genannt sind:

- Die organisatorischen Voraussetzungen (Ermittlung des pflegerischen Zentralisationsgrades nach 11 Kategorien)
- Die interdisziplinäre Zusammenarbeit
- Die subjektiven Voraussetzungen auf der Modellstation (Qualifikation, Belastungserleben und Motivation)
- Das Fortbildungsangebot (qualifikatorische Voraussetzungen für die Einführung der Pflegeprozeßmethode)
- Die Wünsche und Befürchtungen der Krankenhausleitung und speziell noch einmal des ärztlichen Dienstes und der Pflegekräfte auf der Modellstation.

A. Organisatorische Voraussetzung (vergl. **Abb. A4**)

- | | |
|-----------------------|--|
| 1. Patientenaufnahme | 7. Pflegedokumentation |
| 2. Bettenaufbereitung | 8. Gütertransport |
| 3. Krankentransport | 9. Patienten- und Angehörigen/Besucher-
kommunikation |
| 4. Essensversorgung | 10. Innerbetriebliche Kommunikation |
| 5. Reinigungsdienst | 11. Funktionalität der Modellstationen |
| 6. Schreibdienst | |

1. Patientenaufnahme

Die Arbeitszeit der zentralen Patientenaufnahme beginnt um 8.00 Uhr und endet um 15.30, bzw. am Mittwoch bereits um 13.00 Uhr und am Freitag um 15.00 Uhr. Danach erfolgt die Aufnahme von Patienten über die Stationen, wodurch es zu einem erheblichen Mehraufwand an Schreibarbeiten für die Patientenidentifikation kommt. In besonderer Weise ist hiervon die Modellstation betroffen, da nur ca. 10% der Patienten über die Aufnahme kommt. 90% werden von der Intensivstation oder der Notaufnahme zugewiesen. Ein hoher Arbeitsaufwand ist dabei damit verbunden, daß etwa die Hälfte der zugewiesenen Patienten die Formulare nicht selbst ausfüllen kann.

2. Bettenaufbereitung

Die Bettenaufbereitung ist zentral organisiert und von Montags bis Samstags besetzt. Die Arbeitszeit beginnt um 7.00 Uhr und endet um 15.30, am Samstag um 12.00 Uhr. Für den Wochenendbedarf sind genügend aufbereitete Betten bereitgestellt. Durch häufige nachmittägliche und abendliche Entlassungen fallen jedoch viele Bettentransporte an, für die das Pflegepersonal zuständig ist, da die Zentrale dann nicht mehr besetzt ist.

3. Krankentransporte

In dem Modellkrankenhaus 4 existiert kein zentralisierter Krankentransport. Dieser erfolgt ausschließlich von den Stationen aus, was zu häufiger Abwesenheit der Pflegekräfte führt. Die langen Wartezeiten am Aufzug erhöhen den Zeitaufwand dabei noch um ein erhebliches.

4. Essensversorgung

Seit einigen Jahren ist ein zentrales Tablettsystem eingeführt worden. Die Bestellungen müssen am Vortag bis 13.00 Uhr aufgegeben werden und am gleichen Tag können von 6.00 Uhr bis 7.00 Uhr, von 10.00 Uhr - 10.30 und von 14.00 Uhr bis 14.45 Uhr noch Nach- und Umbestellungen aufgegeben werden.

5. Reinigungsdienst

Der Reinigungsdienst ist zentralisiert und von Montag bis Sonntag von 5.00 Uhr bis 17.45 Uhr im Einsatz. Durch die feste Zuordnung von Mitarbeitern zu den Stationen verläuft die Zusammenarbeit positiv. Allerdings arbeiten die Reinigungskräfte auf den Stationen nur von 7.00 Uhr bis 11.30 Uhr, so daß danach alle anfallenden Reinigungsarbeiten vom Pflegepersonal ausgeführt werden müssen.

6. Schreibdienst

Der Modellstation des Modellkrankenhauses 4 ist eine Stationsassistentin zugeordnet worden, die einen großen Teil der anfallenden Schreibarbeiten übernimmt. In ihren Kompetenzbereich gehört z.B. das Ausarbeiten von Kurven, das Eintragen von Laborwerten, das Ausstellen von Entlassungspapieren, das Ausfüllen von Leistungs- und Materialanforderungen und das Führen von Beschäftigungsnachweisen und Statistiken. Darüber hinaus übernimmt sie Terminabsprachen im und außer Haus.

7. Pflegedokumentation

Für alle Stationen ist das Hinz - System angeschafft worden, wobei viele der Formulare selbst entwickelt wurden. Für das Dokumentationssystem gibt es keine Pflegemappen, sondern Plastikschnellhefter, die nicht nur sehr unübersichtlich sind, sondern größtenteils auch schon kaputt. Die täglichen wichtigen Arbeitsmaterialien, die für eine patientenzentrierte Pflege unabdingbar sind, sind in hohem Maße unfunktional.

8. Gütertransport

Der Gütertransport ist zentralisiert und von Montag bis Freitag von 7.00 Uhr bis 15.45 Uhr im Einsatz. Nicht eingeschlossen in dessen Leistung ist der Transport von Untersuchungsanforderungen, der Transport von Laborproben und -befunden und der Transport von Röntgentüten, die vom Pflegepersonal geleistet werden müssen. Auch hierdurch ergibt sich eine häufige Abwesenheit der Pflegekräfte von der Station.

9. Patienten- und Angehörigen-/Besucherkommunikation

Die Informations- und Kommunikationsmöglichkeiten speziell auf der Modellstation sind nicht ausreichend. Es ist kein Besucherraum vorhanden, sondern lediglich eine offene Sitzecke und es fehlt auch ein Untersuchungszimmer, in dem Gespräche mit Angehörigen geführt werden könnten.

10. Innerbetriebliche Kommunikation

In ca. zwei Jahren sollen die derzeitigen EDV-Inseln in eine Gesamtanlage integriert werden, die eine Datenvernetzung bis auf Stationsebene leistet. Derzeitig gibt es aufgrund der defizitären Informationsübermittlungsmöglichkeiten viele Reibungsverluste in der Kooperation zwischen den Bereichen. Es fehlt auch hier die Ebene berufs- und bereichsübergeordneter Besprechungen, die viele der Defizite mindern könnten.

11. Funktionalität der Modellstation

Die Modellstation verfügt über ein Vier-Bett-Zimmer und acht Drei-Bett-Zimmer. Ein gynäkologisches Untersuchungszimmer wird als Patientenzimmer genutzt. Es fehlt ein Untersuchungszimmer, alle Untersuchungen müssen in den Krankenzimmern durchgeführt werden. Aufklärungsgespräche und Gespräche mit den Angehörigen finden im Arztzimmer statt. Die Ärzte arbeiten mit im Stationzimmer an einem eigenen Schreibtisch. Es gibt noch ein weiteres Arztzimmer, wo Briefe diktiert werden. Die Pflegeutensilien und Medikamente sind vor der Station in einem Einbauschränk auf dem Flur gelagert. Insgesamt stellen die baulichen Voraussetzungen erschwerte Bedingungen für die Einführung der Bereichspflege dar.

B. Interdisziplinäre Zusammenarbeit (vergl. Abb. B4)

1. Pflegekräfte - Ärztlicher Dienst

Wie in allen Modell-Krankenhäusern besteht hinsichtlich der Absprachen der Visiten ein Problem. Die Modellstation ist aufgrund ihrer interdisziplinären Belegung mit drei unterschiedlichen Facharztvisiten konfrontiert, wobei die innere Klinik mit 18 Betten dominiert. Hier finden die Visiten der Stationsärzte in der Regel vormittags und oftmals ohne Begleitung des Pflegepersonals statt. Die Oberarzt und Chefarztvisite liegt in den späten Nachmittagstunden mit der Folge zusätzlicher Arbeitsspitzen für das Stationspersonal.

Durch die unterschiedliche und nicht miteinander harmonisierende Arbeitsablauforganisation von ärztlichem Dienst und Pflegepersonal ist auch der Austausch nicht ausreichend, bzw. folgt keinem klaren Konzept. Teilweise werden Informationen so ganz vergessen, teilweise muß wiederholt nachgefragt werden. Die Komplementarität von pflegerischen und medizinischen Behandlungen ist nur ungenügend entwickelt.

Von Seiten der Ärzte gibt es Zweifel, ob die Einführung der Bereichspflege den mangelhaft organisierten Austausch nicht noch weiter verschärft, da Unklarheit besteht, ob zu jedem Zeitpunkt kompetente Aussagen zu jedem Patienten gegeben werden können.

2. Funktionsdienste

- Pflegekräfte - Funktionsdiagnostik

Für das Pflegepersonal ist nur das EKG planbar, da es ein fahrbares Gerät gibt. Anmeldungen hierfür müssen ein Tag vorher erfolgen. Für alle anderen Untersuchungsbereiche gilt, daß die Patienten von den Stationen abgerufen werden. Es existiert kein Koordinationsplan für Patienten, bei denen mehrere Untersuchungen durchgeführt werden müssen. Dies hat einen hohen Aufwand von Krankentransporten zur Folge, die dem Pflegepersonal obliegen. Darüber hinaus häufen sich die Telephonate auf den Stationen unnötig hoch. Desweiteren stellt sich für das Pflegepersonal als Belastung dar, daß sie die Laborproben und -befunde transportieren müssen. Vor allem, wenn nachträgliche Blutabnahmen gemacht werden, fallen vermehrte Wegstrecken an.

Von Seiten der Röntgenabteilung wurde kritisiert, daß die Anforderungsscheine z.T. fehlerhaft beschriftet sind und der Rücklauf von Röntgentüten mangelhaft organisiert ist. Die eigene Planbarkeit ist begrenzt durch die fehlenden Angaben auf den Anforderungsscheinen, ob der Patient bettlägerig ist, im Rollstuhl sitzt oder allein laufen kann. Da mit dem Pflegebereich kein geregelter Austausch besteht, erfolgt die Planung aber ohnehin vorrangig vor dem Hintergrund der eigenen arbeitsorganisatorischen Notwendigkeiten.

Für das Labor stellt sich aufgrund der Arbeitsorganisationen des ärztlichen Dienstes und des Pflegepersonals bis 8.30 ein Leerlauf ein, dem dann bis 12.00 eine relativ hohe Arbeitsdichte folgt. Hinzu kommt, daß dreimal täglich Blutentnahmen für Blutzucker und Blutgasmessungen auf den Stationen durch die Mitarbeiterinnen geleistet wird und zusätzlich noch von 22.00 Uhr bis 24.00 Uhr Nachtzucker.

3. Pflegekräfte - Wirtschaftsabteilung

Wie in anderen Modell-Krankenhäusern auch wird von den Pflegekräften die z.T. zu geringe Qualität der Pflegematerialien beklagt und das Zusammenstreichen von Anforderungen, die vor dem Hintergrund der Deckelung des Budgets vorgenommen werden. Kritisiert wurde auch die Kompliziertheit der Leistungsanforderungsscheine, die das Ausfüllen erschwere.

Die Zuständigkeit für die Befürwortung von Anforderungen liegt bei der Pflegedienstleitung, die vor dem Hintergrund der vorgegebenen finanziellen Mittelbegrenzungen den spezifischen Bedarf der Stationen hauptverantwortlich beurteilt und kontrolliert. Daß das Zentrallager für die Stationen oft zum Sündenbock erklärt wird, wenn Anforderungen zusammengestrichen werden, hat seine Ursache in der zu geringen Rückkopplung von Entscheidungen und Vorgehensweisen der Pflegedienstleitung zu den Stationen, bzw. Stationsleitungen.

4. Pflegekräfte - Küche

Mit der Einführung eines vollständigen Tablettsystems hat sich die Speise- und Geschirrvorsorgung auf den Stationen optimiert. Bei den Befragungen auf der Modellstation wurden bezüglich des Themas Zusammenarbeit mit der Küche keine negativen Angaben gemacht.

Probleme wurden demgegenüber von Seiten des Küchenchefs formuliert. Er monierte, daß einige Stationen die Patienten nicht über die vielfältigen Wahlmöglichkeiten aufklärten und vermutete als Grund die damit verbundene höhere Arbeitsaufwendigkeit. Ein weiteres Problem sei, daß Essen nicht abbestellt wird, wenn Patienten früher entlassen werden und weiterhin, daß aus dem zentralen Depot übermäßig viel Lebensmittel entnommen werden. Hohe Fehlerquoten gebe es auch bei dem

Ankreuzen von Diätessen, was die Küche teils durch Erfahrungswerte und teils durch stichprobenartiges Nachfragen auf den Stationen ausgleicht. Trotz mehrfacher Angebote, das in bezug auf Diäten etwas komplizierte Kartensystem den Pflegekräften - vor allem Schülern und neuen Mitarbeitern - zu erklären, wird dieses nicht genutzt.

C. Subjektive Voraussetzungen (vergl. Abb. C4)

1. Qualifikation

Auf der Modellstation arbeiten neun examinierte Pflegekräfte, eine Krankenpflegehelferin, zwei examinierte Nachtwachen und eine Arzthelferin als Stationsassistentin.

Bei der teilnehmenden Beobachtung auf der Station wurden Qualifikationsdefizite insbesondere bei dem dokumentierten Pflegeprozeß festgestellt. Pflegeplanungen und Pflegeberichte sind bislang nur vereinzelt durchgeführt worden. Dennoch zeigte sich ein großes Bemühen um eine patientenorientierte Krankenpflege, was auch in der differenzierten Übergabe deutlich wurde. Unsicherheiten bestehen noch in der Einstufung der Patienten in die Pflegekategorien. Wie auf den anderen Modellstationen sind diese sehr ungenau und für die Berechnung des durchschnittlichen Minutenwerts nur bedingt brauchbar.

2. Belastungserleben

Ein besonders starkes Belastungserleben wurde nicht ausgedrückt. Moniert wurde, daß bei Ausfall durch Krankheit keine Aushilfen gestellt werden, sondern auf das vorhandene Personal zurückgegriffen werden muß. Überstunden hätten sich jedoch kaum angesammelt. Belastend sind jedoch die Bedingungen, unter denen gearbeitet werden muß. So liegen beispielsweise die Lagerungsräume für Pflegeutensilien und Medikamente vor der Station auf dem Flur. Problematisch ist auch, daß kein Besucherraum vorhanden ist, sondern lediglich eine offene Sitzecke. Beklagt wurde desweiteren, daß das auf Basis des Hinz-Systems hauseigen entwickelte Dokumentationsystem so schlecht handhabbar sei. Es gibt keine Pflegemappen, sondern Plastikschnellhefter, die nicht nur sehr unübersichtlich sind, sondern größtenteils auch schon kaputt. Die täglichen wichtigen Arbeitsmaterialien, die für eine patientenzentrierte Pflege unabdingbar sind, werden nicht gestellt.

3. Motivation

Alle befragten Pflegekräfte erhofften sich von dem Modellprojekt eine Unterstützung bei ihrem Anliegen, die Bereichspflege einzuführen und den dokumentierten Pflegeprozeß zu erlernen. Wünsche hinsichtlich einer Veränderung der Arbeitszeiten sind nicht formuliert worden, wohl aber das Interesse, darüber in Diskussion zu kommen und über andere Modelle nachzudenken.

Von der Situation des Teams her waren die Ausgangsbedingungen für die angestrebten Veränderungen sehr positiv. Nach Auskunft aller Pflegekräfte gibt es keine größeren Störungen in der Zusammenarbeit. Es herrscht ein kollegialer Umgangston und wechselseitige Hilfsbereitschaft ist selbstverständlich. Die Stationsleitung wird als kompetent anerkannt, Wünsche bezüglich der Dienstplangestaltung werden gemeinsam abgesprochen.

D. Fortbildung (vergl. Abb. D4)

Das Modellkrankenhaus 4 verfügt über keine Stelle für die innerbetriebliche Fortbildung. Fachspezifische Weiterbildungen werden teils durch den ärztlichen Dienst, teils durch externe Anbieter durchgeführt, folgen aber weder zeitlich noch inhaltlich einem klaren Konzept. Generell muß von einem Mangel an Angeboten gesprochen werden. Dies betrifft insbesondere noch einmal die Entwicklung eines einheitlichen Pflegekonzeptes und den fehlenden Vorgaben von Pflegequalitätskriterien. Die Folge ist, daß jede Pflegekraft, bzw. jede Stationen eigene Kriterien und ein eigenes Verständnis entwickelt. Problematische Auswirkungen sind diesbezüglich auch festzustellen bei der Anleitung von Schülern, da die Zusammenarbeit zwischen Pflegedienstleitung und Ausbildungsstätte nur gering entwickelt ist.

E. Wünsche und Befürchtungen (vergl. Abb. E4)

Obleich das Modellprojekt von der Krankenhausleitung befürwortet worden ist, schien eine breitere Information der Mitarbeiter nicht erfolgt zu sein. Mit Ausnahme der Pflegekräfte auf der Modellstation zeigten sich die MitarbeiterInnen anderer Stationen und Bereiche zurückhaltend und skeptisch, so daß bei der Untersuchung regelmäßig ein breiter Raum für die Darstellung und Information des Projektes eingeräumt werden mußte. Bei dem ärztlichen Dienst konnten zunächst nur der Stationsarzt und der Oberarzt befragt werden, da alle anderen Gesprächstermine nicht zustande gekommen sind.

4 Zusammenfassender Vergleich und Bewertung der Ausgangssituation der Modellkrankenhäuser 1, 2, 3 und 4

In der Zusammenschau der einzelnen Bedingungsfaktoren in den vier Modell-Krankenhäusern fallen einerseits strukturelle Ähnlichkeiten ins Auge, andererseits unterscheiden sich einige Ausgangsbedingungen doch erheblich.

Die organisatorischen Bedingungen, bzw. die Ermittlung des pflegerischen Zentralisationsgrades als einem ersten Untersuchungsaspekt erlauben sowohl Rückschlüsse auf den Pflegepersonalbedarf zur Sicherstellung einer ausreichenden Patientenversorgung, als auch auf den Anteil pflegefremder Tätigkeiten. Bei einem Vergleich der vier Modellkrankenhäuser fällt zunächst auf, daß ein hohes Ausprägungsmerkmal nur bei der Essensversorgung in den Krankenhäusern 3 und 4 besteht. (Vg. Abb. A1 - A4) Ein mittlerer Ausprägungsgrad läßt sich in den Häusern 2, 3 und 4 zumindestens für etwa die Hälfte der die pflegerische Zentralisation bestimmenden Dienste und Arbeitsvoraussetzungen ausmachen. Das Modellkrankenhaus 1 weicht diesbezüglich deutlich ab, hier ist lediglich bei der Patientenaufnahme und der Pflegedokumentation ein mittlerer Ausprägungsgrad erkennbar. Folge dessen ist, daß es hier zu erheblichen Überlastungserscheinungen beim Pflegepersonal kommt. Dabei spielt vor allem eine Rolle, daß eine Vielzahl von Reinigungsarbeiten - einschließlich Zuarbeit bei der Bettenaufbereitung und Säubern von Nachtschränken - von dem Pflegepersonal übernommen werden muß. Zeitaufwendig ist auch die Übernahme des Krankentransportes durch das Pflegepersonal, was für alle beteiligten Modellkrankenhäuser gilt. Im Krankenhaus 3 existiert zwar ein zentraler Transportdienst, dieser ist jedoch aufgrund einer zu

knappen Personaldecke permanent überbelastet, so daß das Pflegepersonal ein Teil der Transporte regelmäßig übernimmt. In den Krankenhäusern 1,2 und 4 erhöhen sich die aufgewendeten Arbeitszeiten für den Krankentransport noch durch Wartezeiten an Aufzügen, die nicht nach Personen- und Transportaufzug getrennt sind. Im Modellkrankenhaus 3 ist der Zeitaufwand durch das Pavillonsystem sehr hoch.

Abb. A₁

Organisatorische Voraussetzungen			
Organisatorische Einfluß bereiche	Ausprägungsgrad/-merkmal		
	hoch	mittel	gering
Patientenaufnahme		X	
Bettenaufbereitung			X
Krankentransport			X
Essensversorgung			X
Reinigungsdienst			X
Schreibdienst			X
Pflegedokumentation		X	
Gütertransport			X
Angehörige und Besucher			X
innerbetriebliche Kommunikation			X
Funktionalität der Modellstation			X
Anzahl der Nennungen	-	2	9
v. H.		ca. 18,2	ca. 81,8

Abb. A₂

Organisatorische Voraussetzungen			
Organisatorische Einflußbereiche	Ausprägungsgrad/-merkmal		
	hoch	mittel	gering
Patientenaufnahme		X	
Bettenaufbereitung		X	
Krankentransport			X
Essensversorgung		X	
Reinigungsdienst		X	
Schreibdienst			X
Pflegedokumentation		X	
Gütertransport		X	
Angehörige und Besucher			X
innerbetriebliche Kommunikation			X
Funktionalität der Modellstation			X
Anzahl der Nennungen	0	6	5
v. H.		54,5	ca. 45,5

Abb. A₃

Organisatorische Voraussetzungen			
Organisatorische Einflußbereiche	Ausprägungsgrad/-merkmal		
	hoch	mittel	gering
Patientenaufnahme		X	
Bettenaufbereitung		X	
Krankentransport			X
Essensversorgung	X		
Reinigungsdienst		X	
Schreibdienst			X
Pflegedokumentation		X	
Gütertransport		X	
Angehörige und Besucher			X
innerbetriebliche Kommunikation			X
Funktionalität der Modellstation		X	
Anzahl der Nennungen	1	6	4

Organisatorische Voraussetzungen

Abb. A₄

organisatorische Einflußbereiche	Ausprägungsmerkmal		
	hoch	mittel	gering
Patientenaufnahme		x	
Bettenaufbereitung		x	
Krankentransport			x
Essensversorgung	x		
Reinigungsdienst		x	
Schreibdienst		x	
Pflegedokumentation			x
Gütertransport		x	
Angehörige und Besucher			x
innerbetriebliche Kommunikation			x
Funktionalität der Modellstation			x
Anzahl der Nennungen	1	5	5

Neben diesem - in allen Häusern ähnlichen - Organisationsdefizit zeigen sich desweiteren überall strukturelle Schwächen in den Bereichen Angehörige und Besucher, Schreibdienst und innerbetriebliche Kommunikation. Bei ersterem sind die fehlenden oder beengten Aufenthaltsräume zu

nennen, die knappe Zeit für Gespräche mit Angehörigen und Besuchern, sowie die z.T. nicht vorhandenen Informationsbroschüren. Bezüglich des Schreibdienstes müssen mit Ausnahme des Modellkrankenhauses 4 die Pflegekräfte alle anfallenden Schreibarbeiten übernehmen. Dort wurden für etliche Stationen eine Stationssekretärin eingestellt, deren Aufgabenprofil jedoch noch nicht klar abgegrenzt und herausgearbeitet ist.

Die innerbetriebliche Kommunikation ist in allen Modell-Krankenhäusern in Veränderung begriffen, da mittelfristig die existierenden EDV-Inseln in Gesamtanlagen integriert werden sollen. Die Datenvernetzung wird dabei bis auf die Stationsebene reichen. Neben den Fortschritten in der EDV gibt es jedoch in keinem der beteiligten Krankenhäuser übergreifende Kommunikationszusammenhänge und Besprechungen, in denen der Kooperationsbedarf zwischen den verschiedenen Abteilungen, Berufsgruppen und Funktionsstellen abgesprochen wird.

Zusammenfassend läßt sich für den Untersuchungsaspekt des pflegerischen Zentralisationsgrades sagen, daß trotz teils verschiedener Voraussetzungen in allen Häusern der Anteil für die zur Verfügung stehenden Zeit für die Pflege erheblich von dem differiert, wie er bei den Berechnungen des Personalbedarfs zugrundegelegt wird.

Bei dem zweiten Untersuchungsaspekt der Interdisziplinären Zusammenarbeit beschränkt sich die vergleichende Bewertung auf die Felder, die in allen Häusern einbezogen worden sind: Kooperation Pflege/Ärztlicher Dienst, Pflege/Funktionsdiagnostik und Pflege/Wirtschaftsabteilung. (Vg. Abb. B1 - B4)

Kooperationsprobleme mit dem ärztlichen Dienst bestehen in allen Häusern in bezug auf die mangelnden Absprachen von Visitenzeiten. Besonders dann, wenn Visiten erst in den Nachmittagsstunden durchgeführt werden, entstehen für das Pflegepersonal hier zusätzliche Arbeitsspitzen. Aus ärztlicher Sicht - insbesondere bei den Chirurgen - ist die Planung fester Zeiten aufgrund der eignen Arbeitsablauforganisation kaum möglich. Ein weiteres Problem besteht in der Informationsübermittlung, die keinem festen Konzept folgt. Das Pflegepersonal und der ärztliche Dienst verfügen über keine formellen Kommunikationsaustausch, wobei sich hier erschwerend auswirkt, daß immer noch nicht alle Ärzte ihre Anweisungen in das Dokumentationssystem eintragen. Trotz dieser Kooperationskonflikte wird der Umgang miteinander in den Häusern 3 und 4 wechselseitig positiv beschrieben.

In der Zusammenarbeit zwischen dem Pflegepersonal und den MitarbeiterInnen der verschiedenen diagnostischen Bereiche sind ebenfalls fehlende (feste) Absprachen in allen Häusern ein Problem. Überall fehlt ein Koordinationsplan für Patienten, bei denen mehrere Untersuchungen durchgeführt werden müssen und es gibt keine Terminierung von Untersuchungen. Folge dessen sind häufige Telefonate zu den Stationen, die aber z.T. auch mit fehlerhaft ausgefüllten Untersuchungsscheinen zusammenhängen. Eine besondere Erwähnung verdient noch das in allen Häusern dargestellte Problem des Röntgentütentransportes. Hier ist in keinem der Häuser eindeutig geklärt, in wessen Kompetenzbereich diese Aufgabe fällt, wobei es aber eine unausgesprochene Erwartung gibt, daß das Pflegepersonal hierfür zuständig ist. Oft werden die Röntgentüten von den Ärzten auf der Station oder in der Ambulanz benötigt, bevor die Befunde geschrieben sind. Da sie nach Gebrauch nicht automatisch wieder zurückgebracht werden, beginnt die Suche danach mit aufwendigen Telefonaten.

In der Kooperation Pflege/Wirtschaftsabteilung wird in allen Modell-Krankenhäusern von dem Pflegepersonal die z.T. zu geringe Qualität der Pflegemittel kritisiert. Ein weiteres Problem sind die komplizierten, nicht ausreichend standardisierten Leistungsanforderungsscheine, die das Ausfüllen erschweren. Im Modellkrankenhaus 4 wird von den Pflegekräften besonders betont, daß Anforderungen gekürzt werden, was z.T. die qualitative Versorgung des Patienten beeinträchtigt. Im Krankenhaus 3 monierten die MitarbeiterInnen besonders, daß die Entsorgung von Müll, Wäsche und Glas nicht ausreichend erfolgt.

Aus Sicht der Wirtschaftsleitungen wird in allen Krankenhäusern übereinstimmend der schlechte Informationsaustausch mit der Pflege benannt. Fehlerhaftes Ausfüllen von Anforderungsscheinen wird im Modellkrankenhaus 3 in Verbindung mit mangelnden Absprachen zwischen den Schichten gebracht.

Insgesamt überwiegen in der Kooperation zwischen den verschiedenen Bereichen und Dienstgruppen die Probleme und Dysfunktionalitäten. Hier kann ein breites Spektrum an Ursachen genannt werden. Ein wichtiges Moment ist die extrem gestiegene Leistungsentwicklung während der letzten Jahre in allen Bereichen bei gleichbleibender Personalstärke und reduzierten Arbeitszeiten, die nur noch einen sehr geringen Spielraum für die Entwicklung einer reibungslosen Zusammenarbeit offenläßt. Eine weitere Ursache sind die nicht miteinander harmonisierenden Arbeitsabläufe und -zeiten zwischen Pflege und angrenzenden Funktionsbereichen. Jeder Bereich plant nach Maßgabe seiner organisatorischen Notwendigkeiten die Arbeitsabläufe, wobei eine an den Bedürfnissen des Patienten orientierte Versorgung mitunter völlig aus dem Blickfeld gerät. Als Beispiel hierfür sei die Einbestellpraxis der Röntgenabteilung im Modellkrankenhaus 3 angeführt. Um einen reibungslosen Ablauf ihres Bereiches zu gewährleisten, ist dazu übergegangen worden, viele Patienten zur gleichen Zeit zu bestellen, was für die Patienten zu langen Wartezeiten (auf einem kalten langen Flur) führt.

Abb. B₁

Interdisziplinäre Zusammenarbeit		
Bereich	Art der Probleme	Lösungsvorschläge
Aussage der Pflegekräfte	<ul style="list-style-type: none"> – keine festen Zeiten für Visiten; häufig erst spät am Nachmittag – führt zu zusätzlichen Arbeitsspitzen in den Abendstunden 	<ul style="list-style-type: none"> – feste Terminierung der Visiten am frühen Morgen
Aussagen des ärztlichen Bereiches	<ul style="list-style-type: none"> – fehlende feste Terminierung von Visiten – mangelhafte Präzision bei Auskünften über Patienten – nicht voll ausgeschöpfte Möglichkeiten des Dokumentationssystems 	<ul style="list-style-type: none"> – früherer Dienstbeginn – ausreichend Personaldecke i. d. Pflege – weitere Anleitung zur Handhabung des Dokumentationssystems – gemischte Station bilden
Operationsdienst	<ul style="list-style-type: none"> – unkoordinierte Terminabsprache und z.T. erheblich verlängerte OP-Programme – Mehrbelastung und erhöhter Zeitdruck 	
Röntgen, EKG	<ul style="list-style-type: none"> – unkoordinierte Terminabsprachen – fehlender Koordinationsplan für Patienten mit mehreren Untersuchungen – fehlende Unterteilung nach Gehfähigkeit, Rollstuhlfahrer, Bettlägerigkeit 	

Abb. B₂

<p>Pflege</p> <ul style="list-style-type: none"> • teilweise mangelhafte Kooperation hin sichtlich der Bereichspflege • zu späte Visitenzeiten, die in der Regel auch nicht festgelegt sind • Probleme mit den Belegbetten der Unfallchirurgie 	<p>ärztlicher Dienst</p> <ul style="list-style-type: none"> • teilweise zu geringes Engagement den Patienten gegenüber • Auskünfte über Patienten z. T. zu unpräzise • mangelnde Kooperationsbereitschaft • Schwierigkeiten in der Absprache von Visiten • zu geringer Informationsfluß
<p>Pflege</p> <ul style="list-style-type: none"> • trotz vorhandener Terminplanung häufig Änderungen und Verlängerung des OP- Programms, dadurch Mehrbelastung und erhöhter Zeitdruck • z.T. über längeren Zeitraum keine ärztlichen Ansprechpartner • keine Unterstützung beim Umlagern der Patienten durch das OP-Personal 	<p>Operationsdienst</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verzögerung des OP-Programms durch Schichtwechsel und Übergabezeiten auf den Stationen • Unterstützung der Pflege beim Umlagern von Patienten nicht möglich, da OP-Personal bereits eingeschleust ist
<p>Pflege</p> <ul style="list-style-type: none"> • durch späte Blutabnahmen Verzögerung von Befunden • häufige Transporte von Befunden aus dem Labor 	<p>Labor</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anforderungsscheine und Blutröhrchenbeschriftung z.T. fehlerhaft beschriftet • Proben kommen häufig zu spät ins Labor • Kreuzblutanordnung der Chirurgie zunehmend in den späten Nachmittagsstunden • generell besteht der Eindruck, daß zuviel Untersuchungen angeordnet werden • Rückverlagerung von Zuckernachtprofilen in den Bereich der Pflege
<p>Pflege</p> <ul style="list-style-type: none"> • fehlender Koordinationsplan für Patienten mit mehreren Untersuchungen • unkoordinierte Terminabsprachen 	<p>Röntgen</p> <ul style="list-style-type: none"> • fehlerhaft ausgefüllte Leistungsscheine (Patientendaten, Einteilung nach Mobilität) • Probleme beim Rücktransport der Röntgentüten • Anmeldungen von der Pflege häufig nach 19.00 Uhr oder Nachmeldungen am gleichen Tag
<p>Pflege</p> <ul style="list-style-type: none"> • z. T. zu geringe Qualität der Pflegemittel • unzureichende Versorgung mit Handdesinfektionsmittel • kompliziertes, nicht standardisiertes Leistungsscheinanforderungssystem 	<p>Wirtschaftsabteilung</p> <ul style="list-style-type: none"> • mangelhafte Kommunikation zwischen Pflege und Wirtschaftsbereich <ul style="list-style-type: none"> – Qualität und Quantität von Pflegeartikeln – ungenaue Bestellungen • zu wenig Lagerungsflächen auf den Stationen und Wünsche nach Systematisierung

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Pflege	ärztlicher Dienst
– überwiegend positive Zusammenarbeit	– Kollegiale Zusammenarbeit
– zu späte Visitenzeiten, keine festgelegten Zeiten	– Informationsübermittlung und Austausch verbesserungsbedürftig, Informationen gehen teilweise verloren
– Informationsübermittlung und Austausch verbesserungsbedürftig	– Visiten der Stationsärzte teilweise ohne Begleitung der Pflegekräfte

Pflege	Funktionsdiagnostik
– fehlender Koordinationsplan für Patienten mit mehreren Untersuchungen	Labor: – Blutzucker und Blutgas sehr laufintensiv für Labor
– Funktionsdienste rufen Patienten von Station ab, fehlende Terminabsprachen	– bis 8.30 Uhr Leerlauf, da Blutproben spät eintreffen
– positiv: fahrbares EKG	– häufige Arbeitsunterbrechung durch Telefonbedienung; Wunsch: Telefax für Befundrücklauf zur Intensivstation
	Röntgen – z.T. fehlerhaft beschriftete Anforderungen
	– Rücklauf von Röntgentüten mangelhaft organisiert
	– häufige Telefonate zu den Stationen
	– häufiger Einsatz des fahrbaren Röntgengerätes: hohe Strahlenbelastung für MitarbeiterInnen

Abb. B₄

Pflege	Zentrallager
– z.T. zu geringe Qualität der Pflegemittel	– Deckelung des Budgets, daher notwendige Einsparungen
– Zusammenstreichung von Anforderungen (z.B. weiches Toilettenpapier, Funktionsbestecke, Schlitztücher)	– Überprüfung der Anforderungen durch PDL
	– Beispiel für Verschwendung: Benutzung von Latexhandschuhen, wo Gummihandschuhe getragen werden sollen

Pflege	Küche
– positive Zusammenarbeit	– teilweise "verschwenderische" Bestellpraxis
– ausreichende Zeiten für Nach- und Umbestellungen	– Entnahmen aus zentralem Depot werden nicht immer abgezeichnet
	– Pflegekräfte nutzen kaum das Angebot der Küche, das Kartensystem für Diäten zu erklären
	– hohe Fehlerquote beim Ankreuzen von Diätessen

Pflege	Hol- und Bringdienst
– Hol- und Bringdienste zum Labor	<u>Hol- und Bringdienst</u> – Mehrfachwege zu Stationen, da Essenswagen oft nicht eingeräumt sind
	<u>Wäscherei</u> – doppelte Reinigung von Wäsche, da oft Verbandsmaterialien, z.T. auch OP-Bestecke hingeworfen werden

Schließlich ist eine dritte wichtige Ursache für die Reibungsverluste in der Kooperation die defizitäre kommunikative Infrastruktur, die zwar wesentlich verbessert werden könnte durch eine EDV Vernetzung (in allen beteiligten Krankenhäusern ist dies erst in Planung) jedoch allein dadurch nicht zu beheben ist. Traditionell kann in der Organisation Krankenhaus immer schon eine ausgeprägte Separierung der einzelnen Fachbereiche beobachtet werden. Die verschiedenen Berufsgruppen sind zuallererst ihrer Professionalität verpflichtet - sei es in der Pflege, in der Dienstgruppe der Ärzte, bei dem medizinisch technischen Personal oder den Verwaltungskräften. Zugleich besteht aber eine hohe Abhängigkeit und ein großer Kooperationsbedarf zwischen den verschiedenen patientenbezogenen Maßnahmen. Während diese in medizinisch-technischer Hinsicht reibungslos funktionieren, sind die Organisations- und Kommunikationsstrukturen, die die Bearbeitung fach- und bereichsübergreifender Aufgaben zum Gegenstand haben, relativ gering ausgeprägt. Zwar gibt es in den drei Krankenhäusern vereinzelt arbeitsorganisatorische Absprachen, übergreifende Besprechungen und interprofessionelle Planungs- und Entscheidungsprozesse existieren jedoch lediglich zwischen fachorientierten Kommissionen (Arztkonferenzen) und auf der Ebene der Krankenhausleitung. Für die Einführung der Bereichspflege bedeutet dies - und hierin werden sich viele andere Krankenhäuser

kaum unterscheiden - daß ein Zusammenwachsen komplementärer Behandlungsleistungen etwa von Pflege und Medizin extrem erschwert ist und der gemeinsame Auftrag, kranken Menschen humane Hilfe und Pflege zukommen zu lassen, potentiell immer wieder durch die Abschottung der Bereiche verhindert wird.

Bei dem dritten Untersuchungsaspekt über die subjektiven Voraussetzungen der Pflegekräfte auf den Modellstationen zeigen sich zunächst bei der Frage nach dem qualifikatorischen Hintergrund ähnliche Ergebnisse in den Modell-Krankenhäusern (Vergl. Abb. C1 - C4). Überwiegend verfügen die Krankenschwester/-pfleger über eine dreijährige Ausbildung mit qualifiziertem Abschluß. Voraussetzungen und Kenntnisse in bezug auf die Pflegeprozeßmethode waren kaum vorhanden und spezielle Kenntnisse im Umgang mit älteren und desorientierten Patienten fehlten.

Das Belastungserleben hingegen war unterschiedlich hoch. So fühlten sich die MitarbeiterInnen im Modellkrankenhaus 4 wenig gestreßt, während sie im Modellkrankenhaus 1 ein besonders starkes Belastungserleben ausdrückten. Entsprechend war gerade hier die Motivation zur Umstellung auf die Bereichspflege eher gering und bei dem Pflegepersonal im Modellkrankenhaus 4 sehr hoch. Ausgeprägt positive Erwartungshaltungen ließen sich auch in den Häusern 2 und 3 ausmachen.

Der vierte Untersuchungsaspekt Fortbildung ist untergliedert worden in die Frage nach den vorhandenen Ressourcen und Angeboten, nach den subjektiven Wünschen der Pflegekräfte und dem von uns ermittelten Bedarf. (Vg. Abb. D1 - D4)

In den Modell-Krankenhäusern 1 und 2 stehen Stellen für die hausinterne Fortbildung zur Verfügung, wo erste Schulungen zu den Themen Pflegeplanung, Pflegedokumentation und Einführung der Bereichspflege durchgeführt werden konnten. Im Modellkrankenhaus 3 sind viele Fortbildungen von externen Anbietern und den Lehrkräften der Ausbildungsstätte durchgeführt worden. Im Modellkrankenhaus 4 gab es so gut wie keine Fortbildungsangebote. Entsprechend war hier der von uns ermittelte Bedarf am umfangreichsten, was allerdings nicht unbedingt mit den subjektiven Wünschen korrespondierte; hier sind deutlich weniger Themen genannt worden. In den anderen drei Häusern waren der von uns ermittelte Nachqualifizierungsbedarf und die Bedürfnisse von seiten des Pflegepersonal überwiegend deckungsgleich. In den Krankenhäusern 1 und 2 differierte noch das Thema Pflege und Umgang mit älteren Menschen, bei dem von uns Qualifikationsdefizite festgestellt worden sind und es wurde auch ein stärkerer Bedarf an persönlichkeitsbildenden Themen und Gesprächsführung gesehen im Vergleich zu den subjektiven Nennungen.

Abb. C₁

Subjektive Voraussetzungen		
Qualifikation	Belastungserleben	Motivation
<ul style="list-style-type: none"> • 10 examinierte Krankenschwestern (von 13) • Qualifikationsdefizit: <ul style="list-style-type: none"> – Umgang mit Pflegekategorien – Pflege und Umgang mit älteren Menschen und desorientierten Patienten (häufiger Patientenruf) – Umgang mit Dokumentationssystem 	<ul style="list-style-type: none"> • höhere Arbeitsintensität auf einer Frauenstation im Vergleich zu einer gemischten • hohe Arbeitsintensität aufgrund des hohen Altersschnitts • fehlende Zeit für Kontaktaufnahme und Gespräche • Arbeitshetze durch <ul style="list-style-type: none"> – zusätzliche Reinigungsarbeiten – lange Wegstrecken – Transport von Materialien – Bettenaufbereitung • Angst, Fehler zu machen aufgrund der hohen Arbeitsdichte • Probleme wirken zu Hause nach • Regenerationsphasen reichen nicht aus • besonders hohes Belastungserleben in Urlaubszeiten • Schwestern denken immer wieder daran, "das Handtuch zu schmeißen" 	<ul style="list-style-type: none"> • unter den derzeitigen Bedingungen geringe Motivation, die Gruppenpflege einzuführen • Hoffnungen, daß durch das Modellprojekt Entlastungen bewirkt werden, die Veränderungen möglich machen • gleichzeitig generelle Skepsis, ob dieses Vorhaben nicht zusätzliche Belastungen impliziert

Abb. C₂

Subjektive Voraussetzungen		
Qualifikation	Belastungserleben	Motivation
<ul style="list-style-type: none"> - 14 examinierte Pflegekräfte 2 Krankenpflegehelferinnen (14,5 Stellen) - Qualifikationsdefizite: <ul style="list-style-type: none"> * geringer Ausprägungsgrad patientenorientierter Krankenpflege * Dokumentationssystem dient überwiegend nur zur quantitativen Leistungserfassung * einheitliche Umsetzung neuer Pflegestandards * Umgang mit Pflegekategorien * Umgang mit älteren und desorientierten Patienten * nicht ausreichende pflegerische Kompetenzen (Hygiene, Prophylaxe) 	<ul style="list-style-type: none"> - zu wenig Zeit für Gespräche mit Patienten - hohe Arbeitsdichte bei Gleichzeitigkeit von Patientenentlassungen/-aufnahme und Krankentransporten - teilweise Arbeitshetze durch <ul style="list-style-type: none"> * Gütertransport * lange Wegstrecken * Wartezeiten am Aufzug * - häufige Telefonate - häufiges Umschieben von Betten - steigender Zeitaufwand für Schreibarbeiten im Rahmen des Dokumentationssystems - Arbeitsbelastung durch mangelhafte Arbeitsablaufplanung - Unzufriedenheit mit dem derzeitigen Kommunikationssystem im eigenen Pflegeteam 	<ul style="list-style-type: none"> - ausgeprägte Motivation, eine personal- und patientenorientierte Bereichspflege einzuführen - starkes Interesse, die Arbeitsablaufsplanung zu organisieren - überwiegend Interesse an der Einführung einer 5-Tage-Woche - teilweise Interesse an externen Fortbildungen im Rahmen des Modellprojekts

Abb. C₃

Subjektive Voraussetzungen		
Qualifikation	Belastungserleben	Motivation
14 examinierte Krankenschwestern (von 16)	Störungen in den Pausenzeiten	hohe Motivation für Einführung der Bereichspflege
Qualifikationsdefizite	teilweise Arbeitshektik durch zeitaufwendige Krankentransporte	Hoffnungen, daß durch das Modellprojekt eine ausreichende Begleitung bei den Umstrukturierungsprozessen gewährleistet ist
Umgang mit Pflegekategorien	Störungen von Arbeitsabläufen durch viele Telefonate	hohe Motivation, ein neues Dokumentationssystem einzuführen
Pflegeplanung, Pflegeprozeß	Mehrbelastung durch Schreibarbeiten, wenn die Patientenaufnahme nicht besetzt ist	
Pflegedokumentation	Verzögerung von Arbeitsabläufen (Untersuchungsanmeldungen) durch späte Visiten	teilweise Bedenken, daß "zuviel auf das Pflegepersonal zukommt"
Pflegeethorie	zu wenig Zeit für Gespräche mit Patienten	teilweiser Wunsch nach Umstellung auf die 5-Tage-Woche
psychische Betreuung von schwer und unheilbar Erkrankten	psychische Belastung im Zusammenhang mit der Pflege Schwerstkranker	Es herrscht im Team eine familiäre Atmosphäre, Veränderungswünsche werden untereinander abgesprochen

Subjektive Voraussetzungen

Abb. C₄

Qualifikation	Belastungserleben	Motivation
– 12 examinierte Pflegekräfte (von 14)	– kein besonders starkes Belastungserleben	– hohe Motivation zur Teilnahme an dem Modellprojekt
– Qualifikationsdefizite	problematische Bereiche:	– besondere Wünsche und Bedarf nach Fortbildungen, um Pflegequalität zu erhöhen
* dokumentierter Pflegeprozeß	– keine Aushilfen bei Ausfall durch Krankheit	
	– lange Wegstrecken für Pflegeutensilien und Medikamente	
	– erschwerte Bedingungen durch schlechte Arbeitsmaterialien (Dokumentationssystem in Plastikschnellheftern)	

Abb. D₁

Fortbildung

Fortbildung		
hausinterne Fortbildung	subjektive Wünsche	ermittelter Bedarf
<ul style="list-style-type: none"> - Pflegeplanung - Pflegedokumentation (2 x wöchentlich) - Einführung der Gruppenpflege (geplant) 	<p>-----> -----> -----></p> <ul style="list-style-type: none"> - Bobathtraining - Kinästhetik - Gesprächsführung - Pflegestandards <p>- an den derzeit durchgeführten Fortbildungen wird kritisiert, daß sie zu häufig und in der Freizeit durchgeführt wurden</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Persönlichkeitsbildende Themen - Mitarbeiterführung f. Vorgesetzte - Pflege u. Umgang mit älteren Menschen - Pflege und Umgang mit desorientierten Menschen - Umgang mit Pflegekategorien - Pflegekategorien - Pflegetheorie - Pflegequalität

Abb. D₂

Fortbildung		
hausinterne Fortbildung	subjektive Wünsche	ermittelter Bedarf
<ul style="list-style-type: none"> - Pflegetheorie - Einführung des Dokumentationssystems - Einführung der Bereichspflege - Pflegeplanung, Pflegeprozeß - fachspezifische Weiterbildung wie: <ul style="list-style-type: none"> * Hygiene * Reanimation * Brandschutz 	<ul style="list-style-type: none"> - Pflegeplanung - Pflegeberichte - Umgang mit Pflegekategorien - Teamentwicklung - Bobathtraining - Kinästhetik 	<ul style="list-style-type: none"> - Schulung von Pflegequalitätskriterien - Umgang mit Pflegekategorien - Pflegetheorie - Umgang mit dem Dokumentationssystem - Einführung der Bereichspflege im Zusammenhang mit der Verbesserung der Arbeitsablauf- und Zeitorganisation - Pflege und Umgang mit älteren Patienten - persönlichkeitsbildende Themen - Teamentwicklung - patientenorientierte Gesprächsführung

Abb. D₃

Fortbildung		
hausinterne Fortbildung	subjektive Wünsche	ermittelter Bedarf
<ul style="list-style-type: none"> - keine gesonderte Stelle für Fortbildungen - fachspezifische Weiterbildung durch Ausbildungskräfte von der Pflegedokumentation-Schule - externe Fortbildner: * Personalführung Kommunikation * Konflikttraining 	<ul style="list-style-type: none"> - Pflegeplanung - Pflegebericht - Einführung in das Dokumentationssystem - Reanimation - Umgang mit verwirrten und aggressiven Patienten - Bobathtraining 	<ul style="list-style-type: none"> - Pflegequalitätskriterien - Umgang mit Pflegekategorien - Einführung der Bereichspflege im Zusammenhang mit der Verbesserung der Arbeits- und Zeitorganisation * - Pflege mit verwirrten und aggressiven Patienten

Abb. D4

hausinterne Fortbildung	subjektive Wünsche	ermittelter Bedarf
<ul style="list-style-type: none"> - Pflegestandardgruppe 	<ul style="list-style-type: none"> - Bobathtraining - i.m. Spritzen - Reanimation - Tod und Sterben 	<ul style="list-style-type: none"> - Pflegedokumentation - Pflegeplanung - Pflegebericht - Pflegequalitätssicherung - Pflege- und Umgang mit - Mitarbeiterführung - Konfliktregelung - Zeitmanagement

Befürchtungen und Wünsche in bezug auf Veränderungen in der Arbeitsablauf- und Zeitorganisation in der Pflege				
Inhalte	Modelisation	ärztlicher Dienst	Verwaltung	Pflegedienstleitung
Bereichspflege	<ul style="list-style-type: none"> wünschenswert, aber aufgrund der hohen Arbeitsdichte kaum realisierbar 	<ul style="list-style-type: none"> Fehlen eines verantwortlichen Ansprechpartners auf der Station 	<ul style="list-style-type: none"> wünschenswert im Sinne einer ganzheitlichen Betreuung der Patienten 	<ul style="list-style-type: none"> wünschenswert und notwendig
Pflegedokumentation/ Pflegeplanung	<ul style="list-style-type: none"> wird teilweise als Bürokratisierung der Arbeit empfunden weitere Unterweisung gewünscht 	<ul style="list-style-type: none"> Überhandnehmen bürokratischer Maßnahmen zusätzliche Mehrbelastungen Zweifel, ob die ärztlichen Eintragungen gelesen werden 	<ul style="list-style-type: none"> wünschenswert und notwendig 	<ul style="list-style-type: none"> wünschenswert und notwendig
Arbeitszeitveränderung	<ul style="list-style-type: none"> abwartende Haltung, was die neue Umstellung bringt teilweise Wünsche auf Umstellung auf die 5-Tage-Woche 	<ul style="list-style-type: none"> nicht aufeinander abgestimmte Arbeitszeiten von Pflege u. ärztlichem Dienst durch Kernarbeitszeiten Ausdünnung der Spät- und Frühschicht bei 5-Tage-Woche zu häufiger Wechsel der Schwestern 	<ul style="list-style-type: none"> Einführung der 5-Tage-Woche wünschenswert einschl. Der Kernarbeitszeiten, aber problematisch hinsichtlich einer zu starken Ausdünnung am Wochenende 	<ul style="list-style-type: none"> Einführung der 5-Tage-Woche mit Kernarbeitszeit

Abb. E2

Bereichspflege	Modelstation	ärztlicher Dienst	Verwaltung	leit. Pflegekraft
Bereichspflege	<ul style="list-style-type: none"> wünschenswert, hohe Motivation Befürchtungen, daß sich eine „das-geht-mich-nicht-an“-Haltung z. T. durchsetzt 	<ul style="list-style-type: none"> teilweise Befürwortung (Kompetenz wird gesteigert) teilweise Skepsis: Fehlen eines verantwortlichen Ansprechpartners auf der Station 	<ul style="list-style-type: none"> wünschenswert und notwendig hinsichtlich einer erhofften positiven Verstärkung der Arbeitsidentifikation beim Pflegepersonal 	<ul style="list-style-type: none"> wünschenswert im Sinne einer ganzheitlichen Betreuung der Patienten
Pflegedokumentation Pflegeplanung	<ul style="list-style-type: none"> wird derzeit als zusätzliche Arbeitsbelastung erlebt noch keine Vorstellung über die Möglichkeiten einer qualitativen Leistungserfassung 	<ul style="list-style-type: none"> zu großer Aufwand an Schreibarbeiten zu geringe qualitative Nutzung des Dokumentationssystems 	<ul style="list-style-type: none"> wünschenswert und notwendig 	<ul style="list-style-type: none"> wünschenswert und notwendig
Arbeitszeitveränderung	<ul style="list-style-type: none"> überwiegend Wünsche nach Umstellung auf 5-Tage-Woche Abstimmen der Arbeitszeiten von Pflege und anderen angrenzenden Bereichen 	<ul style="list-style-type: none"> hinsichtlich der Kooperation zwischen ärztlichem Dienst und Pflege abprachebedürftig 	<ul style="list-style-type: none"> Veränderung von Arbeitszeitregelungen nach Bedarf der Betroffenen 	<ul style="list-style-type: none"> Einführung der 5-Tage-Woche und neue Pausenregelung dringendes Ziel

Abb. E3

Bereichspflege	Modelistation	ärztlicher Dienst	Verwaltung	leit. Pflegekraft
Bereichspflege	<ul style="list-style-type: none"> • uneingeschränkt wünschenswert, hohe Motivation 	<ul style="list-style-type: none"> • Befürwortung (Kompetenz wird gesteigert) • unterstützenswert, aber „alter Hut“ • Pflege erwartet, daß Ärzte Bereichsschwesern kennen müßten, wisse aber nicht, welcher Bereich von den Ärzten betreut wird 	<ul style="list-style-type: none"> • positive Auswirkungen auf die Beziehung zum Patienten 	<ul style="list-style-type: none"> • Hoffnung auf Qualitätsverbesserung der Pflege
Pflegedokumentation Pflegeplanung	<ul style="list-style-type: none"> • starke Motivation, neues Dokumentationssystem einführen • teilweise Befürchtungen, daß die Anforderungen auf der Schreibwand zu hoch sind 	<ul style="list-style-type: none"> • starke Skepsis, ob das neue Dokumentationssystem übersichtlich und effektiv ist • Vermutung, daß der Schreibaufwand zu hoch ist • Problem der Archivierung • keine Angaben 	<ul style="list-style-type: none"> • wünschenswert, da durch Dokumentation qualitativ Leistungen erfaßt werden 	<ul style="list-style-type: none"> • wünschenswert und notwendig, jedoch Vermeidung von Bürokratisierungstendenzen
Arbeitszeitveränderung	<ul style="list-style-type: none"> • Einführung der 5-Tage-Woche • keine Veränderungen der Nachtschichtzeiten (= nach 7 Nächten eine Woche frei) 		<ul style="list-style-type: none"> • Veränderung von Arbeitszeitregelungen nach Bedarf der Betroffenen 	<ul style="list-style-type: none"> • Einführung der 5-Tage-Woche und neue Pausenregelung dringendes Ziel

Befürchtungen und Wünsche in bezug auf Veränderungen in der Arbeitsablauf- und Zeitorganisation in der Pflege				
Inhalte	Modellstation	ärztlicher Dienst	Verwaltung	Pflegedienstleitung
Bereichspflege	<ul style="list-style-type: none"> wünschenswert, im Sinne einer ganzheitlichen Betreuung der Patienten 	<ul style="list-style-type: none"> aufgeschlossen Unsicherheit hinsichtlich der Veränderung von Ansprech-partnern 	<ul style="list-style-type: none"> aufgeschlossen 	<ul style="list-style-type: none"> wünschenswert und notwendig
Pflegedokumentation/ Pflegeplanung	<ul style="list-style-type: none"> hoher Bedarf an Unterstützung Bedarf an neuen Arbeitsmaterialien 	<ul style="list-style-type: none"> Überhandnahmen bürokratischer Maßnahmen 	<ul style="list-style-type: none"> wünschenswert und notwendig 	<ul style="list-style-type: none"> wünschenswert und notwendig
Arbeitszeitveränderung	<ul style="list-style-type: none"> Interesse über andere Arbeits-zeitmodelle zu diskutieren 	<ul style="list-style-type: none"> Kernarbeitszeiten könnten zu einer Ausdünnung der Spät- und Frühschicht führen 	<ul style="list-style-type: none"> Umstellung auf 5-Tage-Woche wünschenswert 	<ul style="list-style-type: none"> Umstellung auf 5-Tage-Woche wünschenswert Änderungen nach Absprache unter den Pflegekräften vor Ort

Der letzte Untersuchungsaspekt umfaßte die Sondierung von Wünschen und Befürchtungen des Pflegepersonals auf den Modellstationen, der Krankenhausleitung und des ärztlichen Dienstes (Vg. Abb. E1 - E4). Der Vergleich zeigt hier zunächst, daß in allen Modell-Krankenhäusern von der Pflegedienstleitung ähnliche Vorstellungen und Hoffnungen formuliert sind. Ihnen geht es um die ganzheitliche Betreuung der Patienten, der Dokumentierung des Pflegeprozesses und um Arbeitszeitveränderung in Richtung auf Einführung der 5-Tage-Woche. Ähnlich formulierten auch die Verwaltungsdirektoren ihr Anliegen. Für den ärztlichen Dienst gilt demgegenüber in allen vier Modellkrankenhäusern, daß überwiegend Skepsis gegenüber den angestrebten Veränderungen geäußert wurde. Hauptgrund ist dabei vermutlich, daß die traditionell gewachsene Hierarchie zwischen Ärzten und Pflegepersonal in der Bereichspflege eine Veränderung erfährt, wobei die Absprachen von Visiten ein ganz besonderes Problem darstellen. Von einzelnen Ärzten wurde aber auch die Vorstellung und die Hoffnung geäußert, daß durch die Bereichspflege eine patientenzentrierte Versorgung in Gang gesetzt wird und detailliertere Informationen weitergegeben werden können.

Die Angaben des Pflegepersonals sind weitestgehend identisch mit denen zum Untersuchungsaspekt über die subjektiven Voraussetzungen, wo u.a. die Motivation erfaßt worden ist. Mit Ausnahme des Modellkrankenhauses 1, wo aufgrund der hohen Arbeitsbelastung eher pessimistische Stimmungen deutlich werden, zeigt sich in allen anderen Krankenhäusern bei dem Pflegepersonal ein positiver Veränderungswunsch. Differenzen zeigen sich allerdings bei den Angaben zur Arbeitszeitveränderung. Hier gab es zwar auch Wünsche in Richtung auf die Einführung einer 5-Tage-Woche, aber es zeigten sich auch Tendenzen, die eingespielten Arbeitszeitregelungen nicht neu strukturieren zu wollen.

5 Focus: Pflegefremde Tätigkeiten Exemplarische Untersuchung von Zeiten für Botendienste durch das Pflegepersonal im Modellkrankenhaus 3

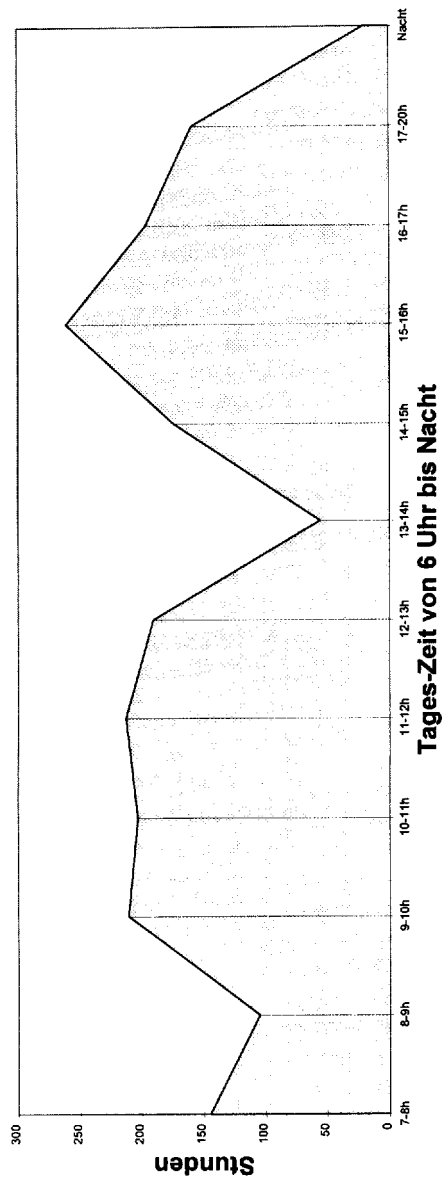
Der umfangreiche diagnostische Vorlauf in der ersten Phase des Modellversuchs hatte deutlich werden lassen, in welchem starkem Maße Pflegekräfte für Tätigkeiten herangezogen werden, die nicht dem pflegerischen Bereich zugerechnet werden können. Oft fiel die saloppe Bemerkung, "man breche sich wohl keinen Zacken aus der Krone, wenn man eben das eine oder andere gleich miterledigt". Dies trifft jedoch keinesfalls den Kern der Problematik, sondern verharmlost und minimalisiert eher das unökonomische Umgehen mit Ressourcen, sowie die Tatsache, daß pflegefremde Tätigkeiten die für die Patienten zur Verfügung stehende Zeit verkürzt. Um eine eindeutigere Bezugsgrundlage für die Diskussion über Veränderungsnotwendigkeiten hinsichtlich dieses Problems gewinnen zu können, schien es uns sinnvoll, durch eine vertiefende Analyse eines Bereiches der nicht- oder nur teilzentralisierten Dienste unsere gewonnenen Erkenntnisse weiter zu untermauern. Das Modellkrankenhaus 3 erklärte sich bereit, eine weitere Untersuchung durchführen zu lassen, die auf die Erfassung von Zeiten für Botendienste durch Personen des Pflegedienstes fokussiert war.

Um ein möglichst repräsentatives Ergebnis für das gesamte Krankenhaus zu gewinnen, wurden zunächst von allen Kliniken Stationen ausgewählt, auf denen erfahrungsgemäß eine durchschnittliche Belastung durch Botengänge zu verzeichnen ist. Beteiligt wurden schließlich zwei Stationen aus der Inneren Klinik, drei Stationen aus der Chirurgie, eine aus der Frauenklinik und eine aus der Hals-,

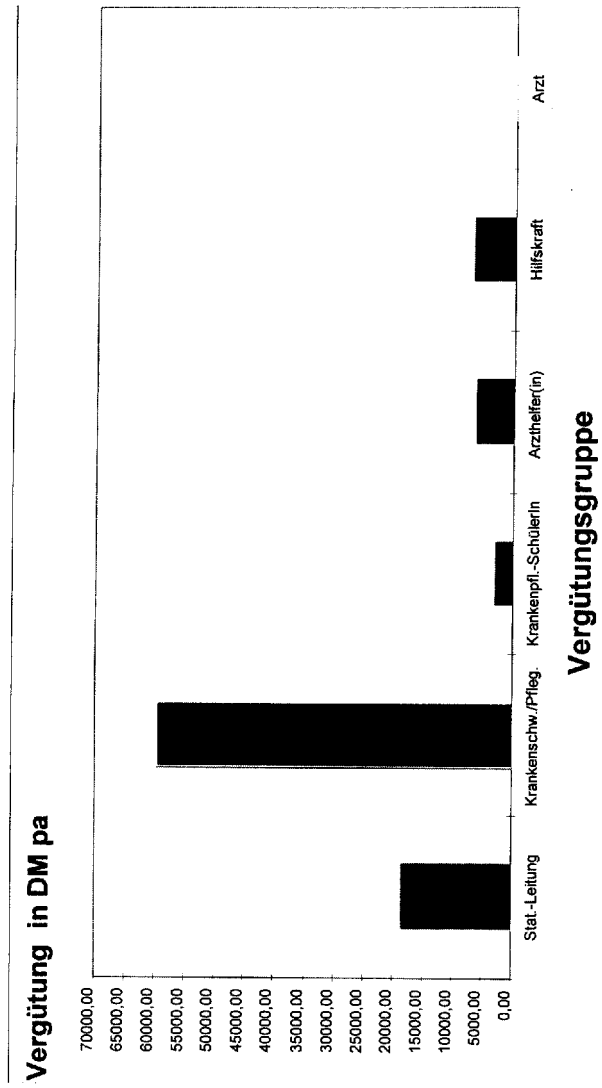
Nasen- und Ohrenklinik. Mittels eines von der Niedersächsischen Akademie entwickelten Erfassungsbogens der Botendienste zu den Bereichen Röntgenabteilung, Labor/ Bakteriologie, Konsilanforderungen, Patientendokumentation, Wirtschaftsstelle und Verwaltung wurden dann von den MitarbeiterInnen dieser Stationen Zeiten für Botendienste aufgeschrieben. Die Zeiterfassung erfolgte über einen Zeitraum von 14 Tagen.

Das Ergebnis war beeindruckend: Insgesamt werden auf den untersuchten Stationen - hochgerechnet auf ein Jahr - 1961 Stunden für Botendienste durch Personen des Pflegedienstes erbracht. (Vg. Tab.1) Werden diese Zeiten mit den durchschnittlichen Kosten der einzelnen Vergütungsgruppen der betroffenen Personengruppe bewertet und über die Anzahl der Stationen hochgerechnet, so ergibt sich ein Wert von ca. 350.000 DM. (Vg. Tab.2) Geschätzte Kosten für die nicht untersuchten Bereiche **Augenklinik - 20.000 DM, Neurologie - 30.000 DM** können in etwa mit 50.000 DM angesetzt werden, so daß sich für die pflegefremden Arbeiten insgesamt (ohne Intensivstation) für das Modellkrankenhaus 3 ein Wert in Höhe von ca. 4.000.000,-DM errechnen läßt, was etwa fünf Vollarbeitsplätzen entspricht. Tabelle 3 gibt Aufschluß über die Kalkulationsgrundlagen für die DM-Bewertung der erfaßten Zeiten für die Botendienste durch Personen des Pflegedienstes.

Tab. 1: Erfasste Zeiten für Botendienste



Tab. 2: Bewertung der erfaßten Zeiten



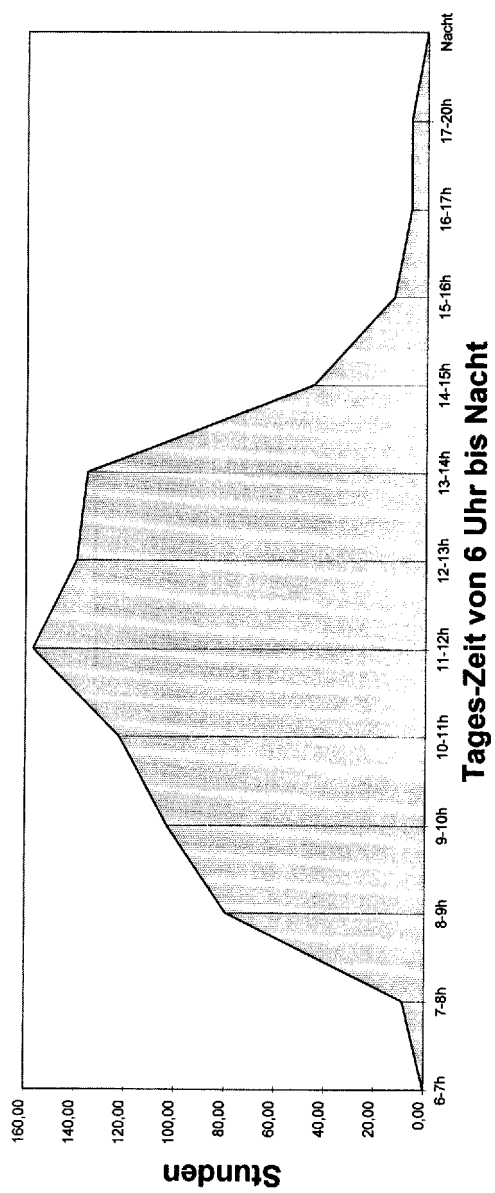
Schlüsselt man die insgesamt aufgewendeten Zeiten nach Bereichen auf, so zeigt sich eine Häufung in den Bereichen "Röntgen", "Labor/Bakteriologie" und "Patientendokumentation", die 80% des Zeitaufwandes ausmachen. Dieses Ergebnis bestätigt vorhergehende Untersuchungen von uns. So wurde bereits dort auf das Problem des Transportes von Röntgentüten hingewiesen, die sowohl auf den Stationen, als auch in der Röntgenabteilung und bei ärztlichen Besprechungen gebraucht werden. Es gibt hier kein definiertes System von Ablagen und keine Kompetenzklärung, wer für den Transport zuständig ist. Die zeitaufwendigen Botengänge in das Labor hängen u.a. mit unregelmäßigen Visiten zusammen. Insbesondere, wenn diese in den Nachmittagsstunden stattfinden, bzw. spät Anordnungen erfolgen oder Befunde benötigt werden, müssen die Pflegekräfte zusätzlich zu dem zentralen Botendienst Transporte übernehmen. Der intensive Zeitaufwand für Transporte in Verbindung mit der Patientendokumentation schließlich ist ein Problem, was mit einer unzureichend entwickelten Infrastruktur auf den Stationen zusammenhängt, speziell der Trennung administrativer Tätigkeiten von pflegerischen Aufgaben, die mit entsprechenden Stellenprofilen einhergehen müßte.

In welchem Umfang nun die Botendienste durch andere Personen im Haus übernommen werden können, ist erst festzustellen, wenn noch weitergehende Untersuchungen in anderen Bereichen durchgeführt werden, um eventuell vorhandene freie Kapazitäten aufzuspüren. Die im Rahmen der Erfassung von Zeiten für Botendienste mit untersuchten Zeiten des Transportdienstes für das Labor lassen erkennen, daß hier Möglichkeiten einer rationaleren Gestaltung von Arbeitsabläufen bestehen (Vgl. Tab. 4 und 5). Dies würde jedoch nicht ausreichen, das erhebliche Ausmaß an gebundenen Arbeitsreserven von qualifizierten Pflegekräften für den eigentlichen Auftrag - die Patientenversorgung - freizusetzen. Neben der Rationalisierung und Restrukturierung von Arbeitsabläufen in mehreren Bereichen muß vielmehr auch überlegt werden, inwieweit die verschiedenen pflegefremden Tätigkeiten bei den Berechnungen des Personalbedarfs im Pflegebereich wieder herausgetrennt und in den Verwaltungs- bzw. Wirtschaftsbereich eingegliedert wird. Denkbar ist auch eine anteilige Kostenübernahme durch letzteren. Zielperspektive wäre aber in jedem Fall eine genaue Konturierung der verschiedenen Aufgabenprofile von ausgebildeten Pflegekräfte auf der einen Seite und Hilfskräften auf der anderen. Eine solche Klärung von Kompetenzen würde nicht nur dem Anspruch auf eine patientenzentriertere Pflege mehr gerecht - die dann ja ausschließlich Aufgabe der Pflegekräfte wäre -, sondern sie hätte vermutlich auch positive Auswirkungen auf die Arbeitszufriedenheit der MitarbeiterInnen.

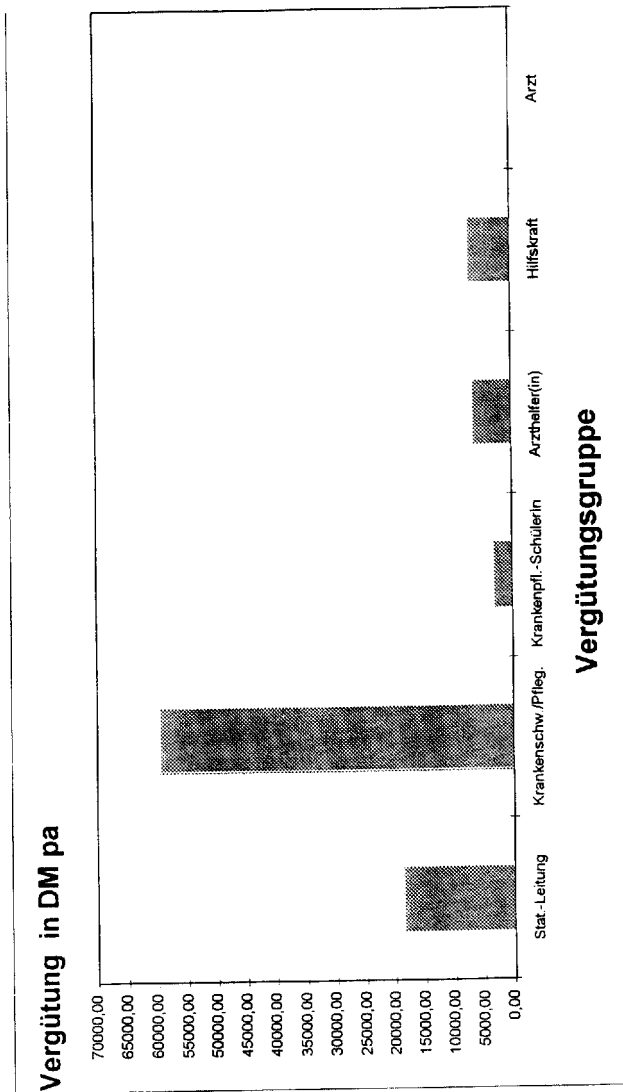
Kalkulationsgrundlagen für die DM - Bewertung der erfaßten Zeiten für die Botendienste durch Personen des Pflegedienstes				
1	Arbeitszeit je Woche in Stunden	38,5		
2	Wochen pro Jahr	52		
3	Brutto Arbeitszeit (38,5*52)	2.002		
4	Ausfallzeiten im Durchschnitt in %	24,00		
5	Ausfallzeit in Stunden	480		
6	Netto Arbeitszeit in Stunden	1.522		
7	Netto Arbeitszeit gerundet	1.520		
8	Netto Arbeitszeit in Minuten	91.200		
9				
10				
11	Kalkulationssätze für einzelne Vergütungsgruppen			
12				
13		DM pa	DM / min	DM /Std.
14	Stationsleitung (KR VII)	84.000,00	0,92	55,20
15	Pflegekraft (KR VA)	76.000,00	0,83	49,80
16	Pflegehelferin (KR I)	61.000,00	0,67	40,20
17	Arzthelferin (BAT VII)	66.000,00	0,72	43,20
18				
Bei der Hochrechnung auf einen Monat sind die für 2 Wochen erfaßten Werte durch 2 geteilt und mit 4,3 Wochen multipliziert worden, da ein Durchschnittsmonat 4,3 Wochen hat (52 Wochen geteilt durch 12 Monate)				

Tab. 3: Kalkulationsgrundlagen

Tab. 4: Erfasste Zeiten für den Trägerdienst



Tab. 5: Bewertung der erfaßten Zeiten



Kapitel III

Inhaltliches Konzept der begleitenden Fortbildungsmaßnahmen für die Einführung der prozeßorientierten Pflege

In Kapitel II.2. ist das Vorgehen und der Stellenwert der Fortbildungen im Rahmen der Gesamtkonzeption ausführlich dargestellt worden. Abb. 4-6 veranschaulichen noch einmal auf einen Blick den Umfang, die Inhalte und die verschiedenen Anteile der durchgeführten Maßnahmen. In diesem Kapitel soll speziell auf die Inhalte Bezug genommen werden und zwar auf die theoretischen Grundlagen der Einführung des Pflegeprozesses und deren didaktische Umsetzungen in den Qualifizierungstrainings.

In unserem Verständnis ist der Pflegeprozeß vor allem ein Mittel, um pflegerische Arbeitsabläufe zu systematisieren und Transparenz zu schaffen. In Verbindung mit einem ganzheitlichen Pflegekonzept, welches die physischen, psychischen, sozialen und wirtschaftlichen Ressourcen und Bedürfnisse des Patienten mit einbezieht, ist das Ziel der geplanten Veränderungen eine patientenorientierte Pflege. D.h., um die qualitative Veränderung in der Pflege von ihrer Orientierung am naturwissenschaftlich-medizinischen Menschenbild hin zu einem ganzheitlichen Menschenbild zu bewirken, bedarf der Pflegeprozeß eines theoretischen Bezugsrahmens. Wie in der überwiegenden Anzahl von Krankenpflegeschulen und Krankenhäusern sind die Fortbildungen zum Pflegeprozeß nach dem Pflegemodell von Nancy Roper et.al. (1987) durchgeführt worden. Das ADL-Strukturmodell, welches Lebensaktivitäten beschreibt, deren Realisierung sich auf Leben und Gesundheit auswirken, hat Krohwinkel (1992) um die existentiellen Erfahrungen des Lebens ergänzt:

Aktivitäten und existentielle Erfahrungen des Lebens (AEDL):

1. Kommunizieren
2. Sich bewegen
3. Vitale Funktionen des Lebens aufrecht erhalten
4. Sich pflegen
5. Essen und Trinken
6. Ausscheiden
7. Sich kleiden
8. Ruhen und schlafen
9. Sich beschäftigen
10. Sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten
11. Für eine sichere Umgebung sorgen
12. Soziale Bereiche des Lebens sichern
13. Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen

Abb. 4: Fortbildungsvolumen

Jahr	Anzahl der Tage
1992	41
1993	48
1994	102
1995	41

Abb. 5: Fortbildungsinhalte

Fortbildungsinhalt	Tage
Supervision	59
Qualitätssicherung	2
Prozeßbegleitung	13
Multiplikatoren-schulung	23
Einführung in die Bereichspflege	35
Pflegeplanung und Dokumentation	20
Gesprächsführung/Kommunikation	23
Konfliktlösung / Motivation	18
Management	10
Anleiten und Beurteilen	15
Sonstige	8

Abb. 6: Anteile der verschiedenen Projektmaßnahmen

Maßnahme	Anteil in Tagen
Prozeßbegleitung	206
Workshops	58,5
Arbeitsgruppenbegleitung	8
Ergebnispräsentation	13
Fortbildung	90

Angeregt durch die Kritik Mischo-Kellings (1989), die auf die mangelnde Berücksichtigung der Interaktion zwischen Pflegenden und PatientInnen in diesem Modell eingeht, ist in den Fortbildungen die Reflexion der TeilnehmerInnen über ihre Rolle und persönliche Identität ein wichtiger Bestandteil der Lernprozesse gewesen. (vergl. Abb.7)

Die Anwendung der Pflegeprozeß - Methode in Verbindung mit dem ganzheitlich orientierten Pflegemodell ermöglicht auf systematische Weise, den Bedürfnissen des Patienten nach pflegerischer Betreuung zu entsprechen. Dabei folgt der Krankenpflegeprozeß einer Reihe von aufeinander aufbauenden Planungs- und Handlungsschritten, die auf ein Ziel ausgerichtet sind und im Sinne eines Regelkreises einen Ist-Soll-Vergleich und entsprechende Neuanpassungen implizieren. (vergl. Abb. 8)

Im ersten Schritt wird ein Aufnahmegespräch mit dem Patienten geführt, um eine möglichst umfangreiche Datenbasis für die Pflegeplanung zu gewinnen. Diese ausführliche Informationssammlung bildet die unverzichtbare Grundlage für eine qualitativ hochstehende Pflege und bildet zugleich die Voraussetzung für eine ökonomische Arbeitsweise, da nach der Pflegepersonalregelung ein gezielter Einsatz von Pflegemaßnahmen, Arbeitszeit und Arbeitsmitteln gefordert ist.

Die Informationen liefern die Grundlage für die Definition der Probleme und Ressourcen der PatientInnen, nach denen sich der Handlungsbedarf an die Pflege ableiten läßt. Mit der Bestimmung der Ressourcen sollen vor allem die Fähigkeiten der PatientInnen stärker berücksichtigt werden im Sinne der Förderung seiner Unabhängigkeit.

Abb. 7: Darstellung des modifizierten Modells von Roper

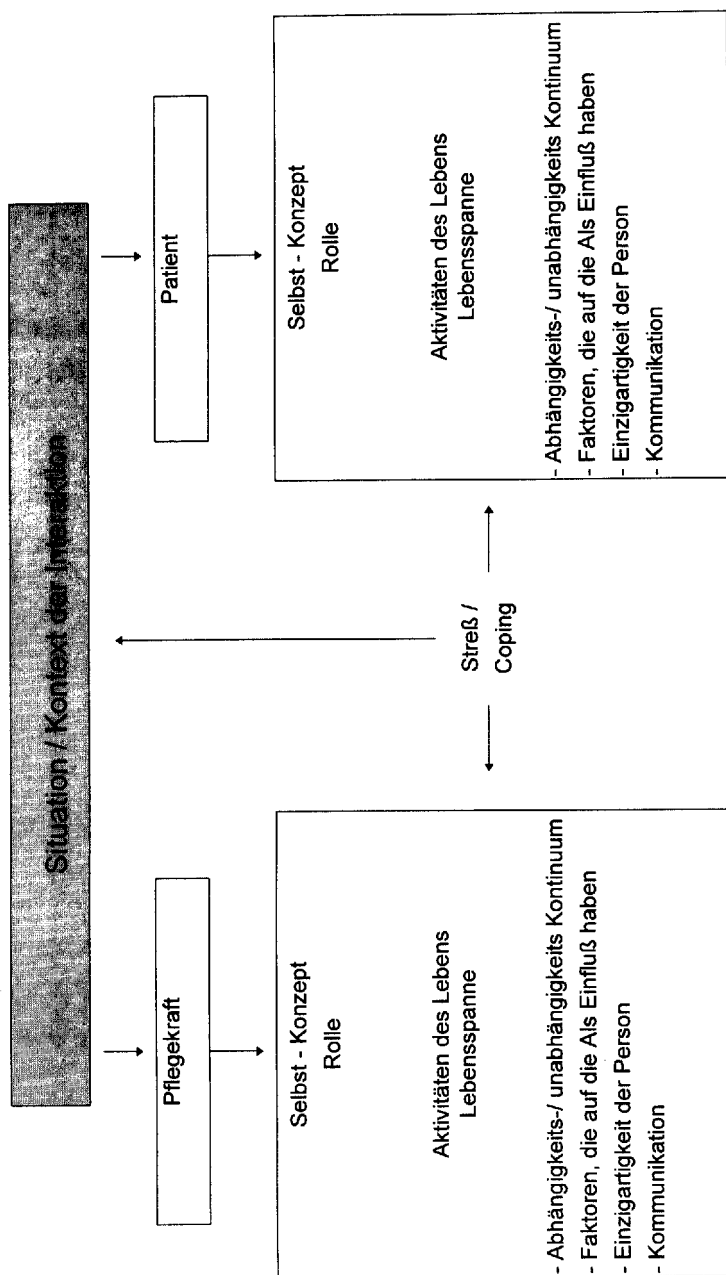
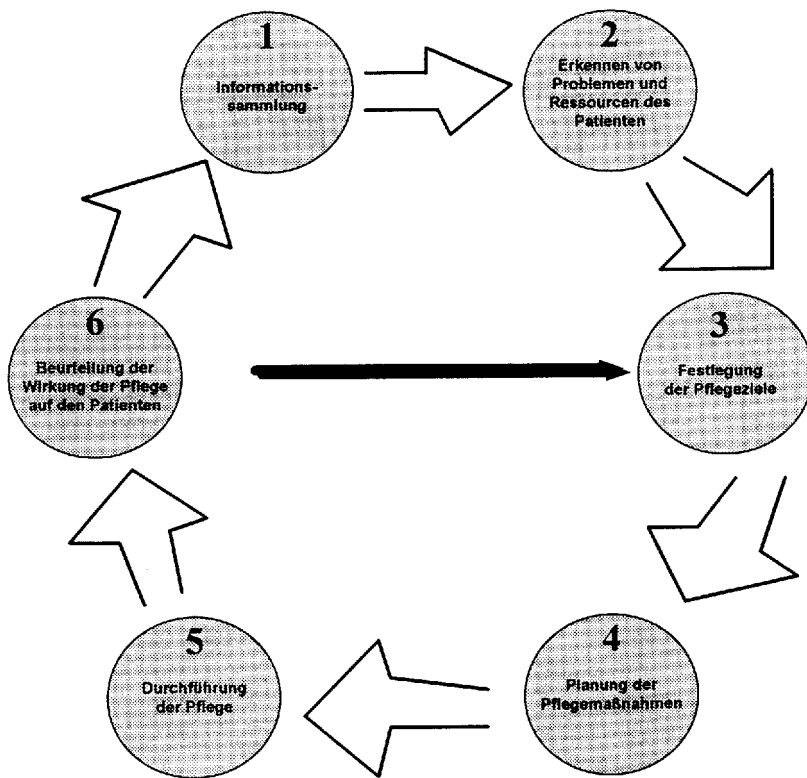


Abb. 8: Der Krankenpflegeprozeß



Auf Basis der formulierten Pflegeprobleme werden in Abstimmung mit dem Patienten die Pflegeziele festgelegt, deren Effektivität und Erreichbarkeit überprüft werden.

In einem Pflegeplan werden die Pflegemaßnahmen, welche sich in den Problemen, Ressourcen und Zielen begründen, differenziert und regelmäßig dokumentiert.

Dieser Pflegeplan ist Grundlage für alle pflegerischen Arbeiten am Patienten. Mit der Dokumentation von Art und Häufigkeit der Pflegetätigkeiten läßt sich ein Pflegeverlauf aufgrund einer Pflegemaßnahme nachvollziehen.

Im Pflegebericht schließlich wird die Wirkung der Pflege auf den Patienten beschrieben. Die in dem Regelkreis angelegte Ist-Soll-Analyse führt gegebenenfalls zu einer Reformulierung von Problemen, Zielen und/oder Maßnahmen.

Bei der Umsetzung der Pflegeprozeß-Methode ist in den Fortbildungen als ein wichtiges Primat vermittelt worden, die konkreten Rahmenbedingungen - sofern die minimalen personellen und strukturellen Voraussetzungen für die Einführung der ganzheitlichen Prozeßpflege garantiert sind - zum Ausgangspunkt aller Problemlösungsschritte zu machen. D.h. wichtig erschien, anstelle überhöhter, unrealistischer Ansprüche die gewünschten Veränderungen mit dem Machbaren in Einklang zu bringen und dabei Zweckmäßigkeit und Rentabilität der geplanten Maßnahmen nicht aus dem Auge zu verlieren.

Entsprechend diesen Vorüberlegungen ist auf den Fortbildungen mit der Reflexion des Berufsalltages, bzw. mit einer Ist-Analyse der Pflegepraxis von den TeilnehmerInnen gestartet worden. Folgende Fragen wurden dabei bearbeitet:

- wie sieht der Arbeitsalltag aus?
- gibt es ein festes Arbeitsschema?
- gibt es Routineaufgaben morgens, mittags, nachmittags, abends, nachts?
- welche Vor- und Nachteile ergeben sich daraus
- welche Veränderungen halten Sie für notwendig/ wünschenswert für a) Mitarbeiter b) Patienten

Anschließend wurden die Probleme nach organisatorischen und inhaltlichen Aspekten geordnet. Auf der organisatorischen Ebene folgte zunächst die Darstellung unterschiedlicher Organisationsformen der Pflege:

Funktionspflege, Bereichspflege, Primary Nursing, Bezugspflege und Seitenpflege. Für jede Organisationsform haben die TeilnehmerInnen dann die Kriterien herausgearbeitet, die sie charakterisieren, welche Aufbau- und Ablauforganisation damit verknüpft ist und welche Vor- und Nachteile sichtbar sind.

In einer praktischen Übung zeichneten dann die TeilnehmerInnen ihre Stationen, um gegebenenfalls Veränderungen der räumlichen und technischen Ausstattung zu planen, die für die Einführung der Bereichspflege erforderlich sind. In einem nächsten Schritt planten die TeilnehmerInnen auf Basis der erarbeiteten Ist-Analyse Umstrukturierungen der bisherigen Arbeitsabläufe wie z.B. veränderte Weck- und Waschzeiten, Zentralisierung von Schreib- und Koordinationsaufgaben, Einteilung von bereichsübergeordneten Tätigkeiten und Einplanung von Zeit für Aufnahmegespräche und Pflegeplanung.

Die Auseinandersetzung mit der Bereichspflege auf der inhaltlichen Ebene umfaßte daran anschließend die Erarbeitung theoretischer Konzepte der Pflege. Die Vorstellung und Diskussion des AEDL-Strukturmodells wurde an drei Übungen konkretisiert:

1. Übung: Selbsteinschätzung nach den AEDLs
2. Übung: Umgang mit den AEDLs anhand der zentralen Elemente Kontakt und Kommunikation mit dem Medium Märchen und der Übung der Kommunikationskette. Bei den Märchen sollten Probleme und Fähigkeiten der zentralen Figuren herausgearbeitet werden.
3. Übung: Auseinandersetzung mit den unterschiedlichen Beziehungsformen im beruflichen Alltag: Probleme und deren Handhabung in der Beziehung Pflegende - PatientIn, Pflegende - Pflegende, Pflegende - Ärzte, Pflegende - andere Berufsgruppen.

Schließlich ist die Bedeutung und der Einsatz der Modelle in der Pflegepraxis dargestellt worden am Beispiel von Krohwinkels Apoplexstudie zur Erfassung ganzheitlich-rehabilitierender Prozeßpflege in Akutkrankenhäusern. (1991) Bedingung für die Umsetzung solch eines ganzheitlich orientierten Pflegeverständnisses ist der Pflegeprozeß. An Hand von Fallbeispielen erarbeiteten die TeilnehmerInnen - den verschiedenen Elementen des Regelkreises folgend - exemplarisch Pflegeprozesse. Diese Übungen haben sich später bei den konkreten Umstrukturierungen als sehr effektiv und sinnvoll erwiesen.

Kapitel IV

Ergebnisse zu den Prozeßbegleitungen und Fortbildungen in der zweiten Phase des Modellprojektes

In der zweiten Phase des Modellprojektes ist die Vorgehensweise der Prozeßbegleitung etwas verändert worden. Zu Anfang des Projektes waren die Expertinnen während der Umstellungsbegeleitung noch relativ stark direkt in den Arbeitsablauf mit eingebunden. Dies hatte zur Folge, daß in ihrer Anwesenheit die Neuerungen relativ gut funktionierten, wohingegen sich die Pflegekräfte allein in der Tendenz überfordert fühlten. Die Überforderungen hingen jedoch nicht nur mit den als zu lang empfundenen Zeitrhythmen der Begleitungstage zusammen, sondern auch mit zu hohen Ansprüchen und fehlenden Feinzielvereinbarungen. Obgleich sich auf den ersten ausgewählten Modellstationen eine Vielfalt an positiven Veränderungen und Entwicklungen hergestellt hatte, war doch eine gewisse Instabilität erkennbar infolge der hohen Anspruchshaltungen einerseits, sowie der exklusiven Rolle als erste Modellstationen andererseits. Entsprechend gingen die Überlegungen hinsichtlich notwendiger Veränderungen in Richtung einer stärker von außen agierenden Prozeßbegleitung, sowie der Entwicklung von Teilzielen und Übungszeiten, die jeweils im Sinne einer treppenförmigen Entwicklung die Stufe für die nächste Zielformulierung darstellen sollten. Um ein einheitliches Vorgehen der Prozeßbegleitungen zu ermöglichen, ist eine Strukturvorgabe für die Ist- und Soll-Analyse der Stationen entwickelt worden, die als Grundlage für den dann zu erarbeitenden und zu spezifizierenden Maßnahmenplan hinsichtlich aufeinanderfolgender Veränderungsschritte dienen sollte. Die weitere Darstellung der Prozeßbegleitungsergebnisse folgt inhaltlich im wesentlichen der Gliederung dieser Strukturvorgabe, die nachfolgend aufgeführt ist:

Strukturvorgabe für die Aufbau- und Ablauforganisation auf den Modellstationen

1. Allgemeine Angaben

- a) Zugehörigkeit der Station, Anzahl der Betten, Anzahl der Stationsärzte
- b) Räumliche Voraussetzungen (genaue Auflistung des Ist-Zustandes und Bewertung)
- c) Personelle Situation, Aufteilung der Pflegekräfte auf die einzelnen Schichten und Bewertung
- d) Patientenstruktur
- e) Arbeitszeiten einschließlich Pausen und Übergaben, Wochenendbesetzung
- f) Visitenzeiten
- g) Dokumentationssystem, Pflegestandard- und Stationshandbuch
- h) OP-Pläne

1. Ist-Analyse

- b) Beschreibung der Arbeitsabläufe und Arbeitseinteilung im Früh-, Kern-, Spät- und Nachtdienst einschließlich der Darstellung von Übergaben
- c) Erfassung von pflegefremden Tätigkeiten (Bettentransport, Hol- und Bringedienst, Reinigungsarbeiten, Essensversorgung, Patientenaufnahme, Gütertransport, Bettenaufbereitung)
- d) Beschreibung der Pflegequalität und Erfassung der Patientensituation

- e) Ist-Zustand des Umgangs mit der Pflegedokumentation einschließlich Pflegeplanung und Pflegebericht

1. Soll-Zustand

Aus römisch I und II erfolgen Bestimmungen dessen, was verändert und umstrukturiert werden soll:

- a) räumliche Voraussetzungen und technische Ausstattung
- b) Umstrukturierungen der Arbeitsabläufe bei Bereichseinteilungen (z.B. Weck- und Waschzeiten, Zentralisierung von Schreib- und Koordinationsaufgaben, Einteilung von bereichsübergeordneten Reinigungsarbeiten etc.)
- c) Grundlagenschulungen in Konzepte der Ganzheitlichkeitspflege einschließlich Pflegeplanung und Pflegebericht, Spezifizierung des Dokumentationssystems für die Belange der Station, Entwicklung eines für alle handhabbaren und möglichst zeitsparendem Umgang mit dem Dokumentationssystem, Überprüfung der Kategorisierungen
- d) Bestimmung und Begleitung der Veränderungen des Pflegeablaufs im Sinne von ganzheitlicher Pflege
- e) Änderungen in der Organisation von hauswirtschafts-, verwaltungs- und arztbezogenen Aufgaben

1. Entwicklung eines stufenweise angelegten Maßnahmeplanes gemeinsam mit den Pflegekräften und Vereinbarung von Ergebniskontrollen

1 Modellkrankenhaus 1

1.1 Rahmendaten der zweiten Modellstation

Die Modellstation 10/11 wird seit dem Herbst 1993 von einer Stationsleitung geführt, gilt aber - und dies ist eine Besonderheit - nach außen weiterhin als zwei Stationen. Die Station 10 hat insgesamt 14 Betten und wird von insgesamt vier Chefärzten medizinisch versorgt und als interdisziplinäre Privatstation betrieben. Der Hauptanteil der Betten wird mit internistischen und chirurgischen Patienten belegt, die übrigen Betten mit HNO und gynäkologischen Patienten.

Die Station 11 ist eine gemischte interne Station mit 6 Einzelzimmern und 5 Doppelzimmern. Sie verfügt über insgesamt 16 Betten, wobei 18 Patienten aufgenommen werden sollen. Die Station wird von zwei Stationsärzten betreut.

Die Station 10/11 ist gekennzeichnet durch eine sehr heterogene Zusammensetzung der Patienten hinsichtlich Alter, Geschlecht sowie auch der Krankheiten. Die Diagnosestellungen sind sehr unterschiedlich, es gibt keine spezifischen Krankheitsbilder.

In der Pflege arbeiten auf der Station 10/11 insgesamt 20 Personen, davon sind 11 examinierte Krankenschwestern, 1 examinierter Krankenpfleger und 3 einjährig ausgebildete Pflegekräfte, sowie 5 Nachtwachen. Der Küchenbereich wird durch 4 Frauen abgedeckt, die mit unterschiedlicher Stundenanzahl arbeiten. Die Einteilung erfolgt durch die Stationsleitung.

Zum Zeitpunkt der Ist-Analyse arbeiten im Frühdienst in der Regel 5-6 MitarbeiterInnen, im Spätdienst 3,5. Die MitarbeiterInnen, die vor der Zusammenlegung der Stationen zusammengearbeitet haben, kooperieren auch weiterhin. Insgesamt erfolgt jedoch die Pflege getrennt nach der spezifischen Patientenbelegung von Station 10 und Station 11, wobei hier die Gruppen ansatzweise versuchen, in der Bereichspflege zu arbeiten. Die Arbeitszeiten, die auch nach der Umstrukturierung beibehalten wurden, sind folgendermaßen eingeteilt:

Frühdienst:	06.00 - 14.12 Uhr
	30 Minuten Pause zwischen 8.30 Uhr und 10.00 Uhr
Kerndienst:	07.15 - 15.27 Uhr
Spätdienst:	12.38 - 20.50 Uhr
	30 Minuten Pause zwischen 16.00 Uhr und 17.00 Uhr
Abenddienst:	16.30 - 20.30 Uhr
Nachtwache:	20.25 - 06.25 Uhr

Die Stationen 10 und 11 verfügen zusammengenommen über acht Einzelzimmer und elf Doppelzimmer, die zum Teil mit separatem Bad ausgestattet sind. Des Weiteren ist auf den beiden Stationen jeweils eine funktional eingerichtete Teeküche vorhanden, ein Fäkalienraum und Einbauschränke auf den Fluren, in denen Pflegematerialien gelagert werden. Auf der Station 10 befindet sich zusätzlich noch eine Stationsdusche und auf Station 11 ein Damen-WC und ein Herren-WC.

Die Stationen 10 und 11 verfügen gemeinsam über einen Tagesraum für Patienten und Besucher, sowie über ein sehr geräumiges Dienstzimmer. Das ehemalige Dienstzimmer der Station 10 wurde vor der Umstrukturierung nur noch für kurze Besprechungen mit dem Arzt genutzt oder um Kurven zu schreiben. Die Funktion dieses Raumes mußte völlig neu bestimmt und die Aufteilung des neuen Dienstzimmers in bezug auf Schreibmöglichkeiten verändert werden.

Räumlich werden die Stationen 10 und 11 durch den Fahrstuhlbereich getrennt, den alle Mitarbeiter des Hauses passieren müssen, da sich hier die Umkleieräume befinden. Auch die Ärzte kreuzen diesen Bereich, da die Räumlichkeiten ihrer Bereitschaftsdienste über der Station liegen. Einem Funktionsbereich sind zwei Räume zugeteilt worden, in dem Akten archiviert werden.

1.2 Ist - Analyse

Mit der Ist-Analyse wurde hinsichtlich der Pflegequalität ermittelt, daß die pflegerischen Tätigkeiten insgesamt routiniert und sachgemäß ausgeführt werden. Allerdings wurden nur sehr wenige Gespräche während der pflegerischen Arbeiten mit dem Patienten geführt und ihre individuellen Wünsche und Fähigkeiten noch zu wenig berücksichtigt. Die Mundpflege erfolgte grundsätzlich vor dem Frühstück und nicht danach.

Die MitarbeiterInnen arbeiten mit dem Standarddokumentationssystem. Die nachstehenden Pflege Richtlinien und Untersuchungsstandards gibt es auf der Station in einem gelben Ordner, der sich im Stationszimmer befindet:

Prophylaxen, Dekubitus, Kontrakturen, Mundpflege, Pneumonie, MOB (Mobilisation) 1, 2, 3; Fehler bei Wadenwickel, medizinisch: Chimotropsin, Herzkatheteruntersuchung, Zytopunktion, Dexametasonhemmtest, Dexiloxtest, Einschwämmkatheteruntersuchungen, Endoskopie, externe Drainage, ERCP, Röntgen, Gallenblasen/Gallenwege, Gastroskopie, HIS/Therapie, Jamischidi-Punktion, RR-Korrekturtabellen, Kulluskopie, Laktose-Tolleranztest, Leberpunktion, MDP, Röntgen, Niere/harnableitende Organe, Ispüpfergus, PEG, rationale Schilddrüsendiagnostik, Steinextraktionspothese, TEE, Veritzensklerosierung.

Die Dokumentation wird generell bei den Übergaben eingesetzt. Sie gehört als Handwerkszeug zur Pflege. Während der Morgen- und Abendarbeit werden die Dokumentationssysteme einschließlich des Dokumentationswagens mitgenommen. Nach der Durchführung pflegerischer oder medizinischer Anweisungen erfolgt die Dokumentation mit Handzeichen und schließlich das Abfassen der Pflegeberichte. Diese enthielten zu Beginn der Umstrukturierung sehr viele medizinische Informationen und nur wenige über den pflegerischen Zustand des Patienten. Auch die Pflegeplanungen wiesen Mängel auf, vor allem hinsichtlich einer Umsetzung am Patienten.

Bei der Ermittlung von pflegefremden Tätigkeiten ergab sich entsprechend der Analyse über den Ausprägungsgrad der Zentralisierung von Diensten ein relativ hoher Anteil an täglichen Putzarbeiten, Küchenarbeiten und Hol- und Bringediensten. (Vergl. Kap. II.2.2. und Kap. IV.3.) Im medizinischen Bereich wird das Anlegen von Kurzinfusionen übernommen, sowie das regelmäßige Temperaturmessen und routinemäßige Wiegen der Patienten ohne ärztliche Anweisung.

Bei der lückenlosen Arbeitsablaufbeobachtung der Früh- und Spätschicht zeigte sich im einzelnen schließlich folgendes Bild:

Frühdienst:

Nach der Übergabe begeben sich die MitarbeiterInnen in ihre Bereiche. Es erfolgt keine Vorgabe durch die verantwortliche Schwester. Anhand der PatientInnenmagnettafel wird die Zuständigkeit durch Magnetnamensschilder transparent.

Medikamente werden kontrolliert und dokumentiert, Spritzen vorbereitet, dokumentiert, appliziert.

06.30 Uhr - 08.00 Uhr

Interne: 3 - 4 MitarbeiterInnen; Privat: 2 MitarbeiterInnen

Die Patienten werden grundpflegerisch versorgt sofern sie Hilfe und Unterstützung benötigen und die Tabletten werden verteilt. Die Patienten werden auf eventuell anstehende Untersuchungen aufmerksam gemacht und zwischenzeitlich (auf Abruf) zu den Untersuchungen begleitet. RR, Temperatur- und Pulskontrollen finden statt sowie auf Anweisung das Wiegen von Patienten. Die Nachtsche werden abgewischt und eventuell Infusionen angehängt.

Gegen 8.00 Uhr wird das Frühstück ausgeteilt und anschließend angereicht.

Interne:

Der Kerndienst kommt und übernimmt Aufgaben

8.30-10.00 Uhr

Die erste Gruppe vom Personal geht frühstücken, in der Zwischenzeit wird das Geschirr abgeräumt, der Patient versorgt, Patienten zur Untersuchung begleitet.

Ab 09.45 Uhr

Nach dem Personalfrühstück (ab ca. 10.00 Uhr) werden die Patienten gelagert, Patienten aufgenommen und entlassen, der Spülraum in Ordnung gebracht, Zellstoff geschnitten, Telefon bedient, Gespräche mit Angehörigen geführt, gemeinsame Visiten finden statt, Nebenräume werden aufgeräumt. Die Küchenfrauen verteilen Getränke und Essenszettel.

11.30 Uhr

Das Mittagessen wird von der Küchenhilfe verteilt. Die Diäten kommen komplett zubereitet aus der Küche. Die anderen Mahlzeiten werden in einem Essenswagen gebracht. Die Portionierung erfolgt durch die Küchenfrau. Die Patienten werden zum Mittagessen entweder aus dem Bett gesetzt oder im Bett aufgerichtet, wenn nötig Essenshilfe angeboten.

Gegen 12.38 Uhr - 14.12 Uhr

Der Spätdienst kommt gegen 12.40 Uhr. Die Durchführung der Übergabe findet nach den Bereichen hintereinander patientenbezogen anhand der Planetten statt. Insgesamt ist die Übergabe sehr unruhig. Private Gespräche finden statt, das Telefon klingelt und Patienten müssen zu Untersuchungen gefahren werden. Nach der Übergabe wird noch "geklönt", Visiten ausgearbeitet, Kaffee vorbereitet für die Patienten.

Ca. 14.30 Uhr

Verteilen von Kaffee, Blutdruckkontrollen

Ab 15.00 Uhr

Versorgung der Patienten: Lagerung

Ab 15.30 Uhr

Ausarbeitung der Visiten, Vorbereitung der Kurzinfusionen, Einkleben von Befunden, Schreiben der Berichte, Patientenaufnahmen, Erstellung von Pflegeplanungen, Begleitung einiger Patienten zu Untersuchungen

Gegen 17.00 Uhr

Lagerung von Patienten, Patienten werden für das Abendessen hergerichtet, Tropfen werden verteilt, sowie dokumentiert.

Gegen 17.30 Uhr

Abendessen wird verteilt und angereicht

18.00 Uhr

Abräumen des Geschirrs, Patienten zur Toilette begleiten, Dienstzimmer aufräumen, rauchen, Papiere zur Diagnostik verteilen

Gegen 18.45 Uhr

Betten der Patienten, Lagerungen, Getränke werden verteilt, Medizin ausgegeben, Blutdruck-/ Temperaturkontrollen, Entsorgung der Wäschesäcke, Aufräumen der Nebenräume, Bedienung des Telefons

20.30 Uhr

Übergabe an den Nachtdienst bereichsweise anhand der Planetten.

1.3 Sollanalyse und Maßnahmeplanung

Nach der Auswertung der einzelnen Untersuchungsbereiche kristallisierten sich sechs Schwerpunkte heraus, an denen eine Sollkonzeption entwickelt wurde:

Räumliche Voraussetzung und technische Ausstattungen

- Zusammenlegung der Stationen 10 und 11 und Unterteilung nach zwei Bereichen
- Kennzeichnung aller Räumlichkeiten einschließlich Schränken
- Zentralisierung der Stationsküche zur Vermeidung langer Wege
- Zentralisierung der Depots
- Umfunktionieren des ehemaligen Stationszimmers der Station 10 als Büro für die Bereichspflegekräfte
- Anschaffung von vier Pflegewagen

Umstrukturierung der Arbeitsabläufe bei Bereichseinteilung

- Einteilung des Stammpersonals in zwei Bereiche
- Festlegung der Gruppeneinteilung durch die BereichsmitarbeiterInnen
- Verantwortlichkeit der einzelnen BereichsmitarbeiterIn für die pflegerische und administrative Arbeit der ihr zugeteilten Patienten einschließlich Visitenausarbeitung
- Benennung eines Koordinators zur Überprüfung und Korrektur des Stationsablaufes in der Bereichspflege einschließlich "Springerdienst" und Telefondienst. (Zu Beginn: Stationsleitung oder Vertretung)
- Verlegung der Apothekenbestellungen und des Befundeeinkleben in den Nachtdienst.

Qualifikation des Pflegepersonals:

- Anleitung zur ganzheitlichen Pflege
- Schulung für den Umgang mit dem Formularwesen und der Pflegedokumentation, sowie im Erstellen individueller Pflegeplanungen und Pflegeberichte

Pflegefremde Tätigkeiten

- Rückverlagerung der Zuständigkeit für den Einsatz der Küchenhilfe vom Pflegepersonal auf die Hauswirtschaftsleitung
- insbesondere am Wochenende ausreichender Einsatz von Küchenhilfen
- Minimierung von Reinigungsdiensten, insbesondere der Aufbereitung von Betten und des Säuberns von Nachtschischen und Schränken nach der Entlassung von Patienten

Arztbezogene Tätigkeiten

- Anlegen von Kurzinfusionen nur durch den Arzt
- routinemäßige Durchführung von RR, Puls, Temperaturkontrollen einschließlich das Wiegen der Patienten müssen auf die Notwendigkeit hin überprüft werden
- es besteht keine Notwendigkeit, täglich an den Visiten teilzunehmen
- feste Terminierung der Oberarzt- und Chefvisiten

Verwaltungsbezogene Aufgaben

- die bislang "doppelte" Anmeldepraxis für Untersuchungen - schriftlich und telefonisch - sollte auf die schriftliche Anmeldung beschränkt bleiben
- Um bei der Verteilung der Untersuchungsanmeldeformulare die langen Wege zu den Funktionsbereichen zu vermeiden, sollte ein großer Briefkasten an der Pforte angebracht werden.

Der Maßnahmeplan für die praktische Umsetzung der ganzheitlich orientierten Pflege wurde während des zweiten Prozeßbegleitungstages entwickelt. Er beinhaltet die Einteilung der MitarbeiterInnen in drei feste Bereiche, sowie eine farbige Kennzeichnung im Dienstplan. Farbige gekennzeichnet werden sollten auch die Bereiche an den Patiententüren, die Dokumentationssysteme und die Pflegewagen. Mit der Erstellung einer farbigen Stationsübersicht einschließlich des zuständigen Personals an der Magnettafel im Dienstzimmer sollte eine bessere Orientierung für die Ärzte, die Krankengymnastik und die Pflegedienstleitung ermöglicht werden. Des weiteren wurden Tätigkeiten festgelegt, die

bereichsbezogen durchgeführt werden sollten. Dies betraf die grundpflegerische Versorgung einschließlich des Austeilens und Anreichern der Nahrung, das Erstellen der Pflegeberichte und Pflegeplanungen, die Begleitung der Ärzte zur Visite und deren anschließende Ausarbeitung, die Kontrolle und das Austeilen der Tabletten, Heparine, Insuline i.v. Injektionen, die Vorbereitung der iv. Injektionen und Infusionen, Patientenaufnahme/Patientenentlassungen, die Begleitung der Patienten zu Untersuchungen, die Kategorisierung der PatientInnen, Ansprechpartner zu sein für Ärzte, PatientInnen und Angehörige, das Bedienen der Klingel und das Schreiben der Essenskarten. Um ausreichend Raum, für die administrativen Tätigkeiten zur Verfügung zu haben, wurde schließlich die Umgestaltung des ehemaligen Dienstzimmers der Station 10 geplant.

1.4 Zusammenfassendes Ergebnis

Insgesamt umfaßte die Prozeßbegleitung auf der Modellstation 10/11 zehn Tage im Abstand von jeweils ca. drei Wochen und vier Beratungstage, zu denen auch MitarbeiterInnen anderer Stationen hinzugezogen wurden, die in Kürze auf die Bereichspflege umstellen sollen. Die Grundlagenschulung zu den Themen prozeßorientierte Pflege, Pflegedokumentation, Pflegeplanung und Pflegebericht erfolgte zeitlich vor der Umstellung auf die Bereichspflege und umfaßte zwei Mal drei Tage und einmal drei Tage.

Zwischenkontrollen während der einzelnen Prozeßtage ergaben, daß die Einteilung in drei Bereiche erfolgt und die farbige Kennzeichnung des vierteljährlichen Dienstplanes, einschließlich Urlaubsplanung, vorgenommen worden ist. Die Stationsleitung übernahm Koordinationsaufgaben und hatte sich an einigen Tagen den unterschiedlichen Bereichen zugeordnet. Die bereichsbezogene Zuordnung von Tätigkeiten funktionierte recht gut. Die farbige Kennzeichnung von Türen, Mappen, Dokumentationswagen und Pflegewagen vereinfachte die Orientierung für Ärzte und Pflegepersonal und die Magnettafelübersicht stieß auf sehr positive Resonanz. Nicht geklärt werden konnte die Umgestaltung des ehemaligen Stationszimmers der Station 10, da sie durch den Verwaltungsleiter genehmigt werden mußte.

Die Abschlußevaluation zeigte stichwortartig zusammengefaßt folgendes Ergebnis:

- Seit der Umstellung von der Funktions- auf die Bereichspflege arbeiten die MitarbeiterInnen - mit Ausnahme des Wochenendes - in 3 Bereichen: 2 Bereiche mit 8 Patienten, ein Bereich mit 14 Patienten
- Die anfallenden pflegerischen Tätigkeiten werden bereichsbezogen ausgeführt einschließlich der erforderlichen administrativen Arbeiten
- Im grünen Bereich koordinieren die MitarbeiterInnen ihre Arbeit sehr gut
- Die Übergaben erfolgen bereichsbezogen und sind pflegeorientiert
- Für pflegeintensive Patienten werden Pflegeplanungen erstellt, die überwiegend gut nachvollziehbar sind
- Die MitarbeiterInnen geben an, zufriedener zu sein und weniger Streß zu haben
- Der Krankheitsstand hat sich reduziert
- In der Umstellungsphase wurde ein massiver Überstundenabbau vorgenommen

Als noch ausstehende wichtige Veränderung wurde der Abbau von routinemäßigen Arbeiten angeführt und das Vereinbaren fester Visitenzeiten von Chef- und Oberärzten. Darüber hinaus wäre wünschenswert, die zugeordneten Dienste stärker zu zentralisieren, um die Pflegekräfte freizusetzen für pflegerische Arbeiten.

2 Modellkrankenhaus 2

2.1 Rahmendaten der zweiten Modellstation

Die M3 im Modellkrankenhaus 2 ist eine interdisziplinäre Station, die insgesamt über 33 Betten verfügt. 21 Betten sind für medizinische Patienten und 12 für HNO Patienten. Die internistischen Betten sind überwiegend mit Diabetikern belegt, die HNO Betten mit Kindern. Für die Eltern besteht hier die Möglichkeit, in den Zimmern zu übernachten und die Betreuung ihrer Kinder zu übernehmen. Von der Raumaufteilung her stehen von insgesamt 13 Zimmern dem HNO Bereich 4 Zimmer zur Verfügung. Des Weiteren verfügt die Station über 1 Patientenaufenthaltsraum, 1 Raum für Geräte und Infusionen, 2 Fäkalienräume, 1 Arztzimmer für 2 Ärztinnen, 1 Dienstzimmer, 1 Aufenthaltsraum, 1 Küche, 1 Badezimmer, 1 Patienten-WC, 1 Personal-WC, 1 Putzraum und 1 Zimmer für den Belegarzt der HNO Abteilung.

Der Station M3 stehen 14 Planstellen zur Verfügung, die sich wie folgt aufteilen:

Frühdienst	06.00 - 14.12 Uhr:	2 examinierte Kräfte
- Pause von	08.30 - 09.00 Uhr -	
Hauptdienst	07.30 - 15.52 Uhr:	4 examinierte Kräfte und zwei SchülerInnen
- Pause von	11.30 - 12.30 Uhr	
Spätdienst	12.48. - 21.00 Uhr	3 examinierte Kräfte
- Pause von	17.30 - 19.00 Uhr	
Nachtwache	20.30 - 06.30 Uhr	

Auf der M3 gibt es keine festgelegten Visitenzeiten der Stationsärztinnen. Der HNO-Belegarzt führt meist am frühen Vormittag seine Visiten durch. Dienstags erfolgt die Oberarztvisite und Donnerstags zwischen 11.30 Uhr und 12.30 Uhr die Chefarztvisite.

Die Patientendokumentation erfolgt mit dem Optiplan-System. Es stehen zwei Dokumentationswagen zur Verfügung, auf denen sich drei Dokumentationsplanetten befinden sowie Röntgenbilder, Blutdruckgeräte und ärztliche Dokumentationsmappen.

Für den HNO Bereich liegt ein OP Plan eine Woche im Voraus vor. Montags, mittwochs und freitags wird operiert, Sonntags, Dienstags und Mittwochs kommen die Patienten zur Aufnahme. Durchschnittlich werden 10 Patienten an diesen Tagen aufgenommen, bzw. entlassen.

2.2 Ist - Analyse

Zum Zeitpunkt der Arbeitsablaufanalyse auf der Station M3 arbeiteten die Pflegekräfte bereits in Bereichen. Ein typischer Arbeitstag stellte sich - begonnen mit dem Frühdienst - folgendermaßen dar:

In der Zeit von 06.00 - 06.00 Uhr erfolgt die Übergabe anhand der Dokumentation. Es folgt eine Aufgabenverteilung unter den MitarbeiterInnen des Frühdienstes. Eine examinierte Kraft kontrolliert die Medikamente der Patienten anhand der Dokumentation. Während dieser Tätigkeit wird sie häufig unterbrochen durch Nachfragen von den KollegInnen und Eintragungen von Patientendaten. Eine weitere examinierte Kraft verrichtet die Mundpflege bei Patienten und bereitet den Vortisch für Diabetiker vor mit anschließenden Eintragungen in das Dokumentationssystem. Sie ist auch zuständig für die Getränkebox, führt Telefonate wegen Untersuchungen durch und bringt einen Apothekenschein zur Apotheke. Die Aushilfskraft übernimmt das Wiegen von Patienten, injiziert Lequiminspritzen und dokumentiert dieses anschließend.

06.15.- 12.00 Uhr:

Der Reinigungsdienst säubert die Patientenzimmer erst ab 7.00 Uhr, da vor 7.00 Uhr keine Patienten geweckt werden.

In der Zeit von 07.00 - 10.00 Uhr steht ein Zivildienstleistender für den Patiententransport zur Verfügung.

Um 07.20 Uhr wird das Frühstück in einem Essenswagen gebracht. Um 07.30 Uhr erfolgt eine Kurzübergabe anhand des Essenplanes an die Kollegen im Hauptdienst. Zwischen 07.35 und 07.45 erfolgt die Frühstücks- sowie Medikamentenverteilung. In der Zeit von 07.45 - 08.30 Uhr frühstückt der Frühdienst. Der Hauptdienst führt während dieser Zeit Telefonate, verteilt die Essensbestellkarten, sammelt das Frühstücksgeschirr ein und meldet Patienten zu Röntgenuntersuchungen an. Die Helferin begleitet den HNO Arzt zwischen 07.40 - 07.50 Uhr zur Visite. Ab 08.40 Uhr beginnt die Pflege in drei Gruppen. Gruppe 2 und 3 haben ihre Tätigkeiten um 09.40 Uhr beendet. Gruppe 1 ist bis 10.40 Uhr in den Zimmern beschäftigt. Bis 12.00 Uhr werden dann die Patienten zu Untersuchungen begleitet. Um 11.30 Uhr findet die 1/2stündige Chefarztvisite statt. Von 12.00 - 12.20 Uhr wird das Essen verteilt, danach wird einigen Patienten das Essen gereicht. Um 13.00 Uhr findet die Übergabe statt. Sie erfolgt anhand der Patientendokumentation, wobei die medizinischen Daten an Informationen überwiegen. Die Übergabe wird des öfteren unterbrochen durch Nachfragen von Ärzten, Telefonaten und Privatgesprächen der Pflegekräfte selbst. Um 14.12 Uhr verabschiedet sich der Frühdienst.

Tätigkeiten in der Zeit zwischen 14.00 Uhr und 17.00 Uhr:

Der Kaffee wird an die PatientInnen verteilt. Dabei sind alle Pflegekräfte beteiligt. 2 PatientInnen werden für den internistischen Bereich aufgenommen einschließlich der Durchführung eines Erstgesprächs. Einige PatientInnen werden zum Röntgen begleitet. Die Essenskarten für den nächsten Tag werden geschrieben. Untersuchungen im EKG und Röntgen werden per Telefon für den nächsten Tag angemeldet. Die Lagerung der Patienten erfolgt laut Plan.

Gegen 16.45 Uhr wird der sogenannte Vortisch für die Diabetiker vorbereitet, um 17.00 Uhr werden Insulininjektionen verabreicht. Danach werden Suppen in der Mikrowelle aufgewärmt, Teewasser aufgesetzt und Brote für bettlägerige Patienten in der Küche zubereitet. Zwischen 17.30 Uhr und 18.15 Uhr wird das Essen den Patienten verabreicht. Ab 18.30 Uhr gehen die Pflegekräfte in die Patientenzimmer, um die Patienten für die Nacht vorzubereiten. Danach übernimmt eine Pflegekraft in Absprache mit den Kollegen die Eingruppierung der Patienten, eine andere die Botengänge zum Röntgen und Labor. Um 20.30 Uhr beginnt die Übergabe, die eine viertel Stunde dauert.

Von 21.00 - 06.30 Uhr hat die Nachtwache nachstehende Aufgaben zu erledigen:

- Verteilung der Nachtmedikation
- Medikamente für den Tagesdienst stellen
- für 22.00 Uhr die i.V. Spritzen richten
- den Vortisch und die Infusionen für den Frühdienst stellen
- Anlegen der HNO-Kurven (an Aufnahmetagen)
- Apothekenbestellungen
- Pflegebericht erstellen
- Reiter für den Frühdienst zu ziehen
- Patienten lagern

2.3 Soll - Analyse und Maßnahmeplanung

Auf Basis der Auswertungsergebnisse des Ist-Zustandes wurden die nachstehenden Ziele entwickelt:
Pflegebezogene Aufgaben und Tätigkeiten:

- In jedem Pflegebereich sollte für die Patienten eine Pflegeplanung erstellt werden, die Grundlage für die darauf bezogenen Pflegeberichte ist.
- um klare Kompetenzabgrenzungen zwischen examiniertem Personal und Helferinnen zu ermöglichen, ist die Erarbeitung eines Tätigkeitskataloges/Stellenbeschreibung zu empfehlen. Diese sollte auch Grundlage der zu leistenden Tätigkeiten im HNO Behandlungszimmer sein
- Medikamentenkontrolle sollte bereichsbezogen organisiert werden
- Die Intimosphäre der Patienten bezüglich des Anklopfens an die Zimmertüren muß gewahrt werden
- Um die Übergabe störungsfreier zu organisieren sollte 1 Person bestimmt werden, die Telefonate, Patienten klingeln und Nachfragen bedient
- Bereichsübergeordnete Arbeiten sollten in Wochenplänen aufgelistet und zugeordnet werden

Hauswirtschaftliche Tätigkeiten:

- Die Zubereitung des Essens sollte bereichsbezogen erfolgen
- In Absprache mit der Küchenleitung wäre eine koordiniertere Essensverteilung zu planen, um unnötiges Nachfragen aufgrund der fehlenden Zuordnung der Essenstabletts zu den Zimmernummern zu verhindern

Verwaltungsbezogene Aufgaben:

- Absprachen mit der Diagnostik sollten dahingehend geführt werden, daß telefonische Nachfragen seitens des Pflegepersonals über stattfindende Untersuchungen entfallen und die schriftlichen Anmeldungen Grundlage der Planungen sind.

Arztbezogene Aufgaben:

- Die Ermittlung der Blutzuckertagesprofile sollten auch nach 21.00 Uhr von den Mitarbeitern des Labors übernommen werden
- Vorbereitung und Anlegen von i.V. Kurzinfusionen durch den ärztlichen Dienst

Nach einer 5tägigen Einführung in die Grundlagen der prozeßorientierten Pflege und der ihr entsprechenden verschiedenen Pflegemodi erarbeitete die Prozeßbegleitung mit den MitarbeiterInnen der Modellstation an einer Wandzeitung den Tagesablauf mit den Pflegeschwerpunkten und die Einteilung nach drei Bereichen. Folgende Detailziele wurden dabei noch gesondert formuliert:

- Kontrolle der Medikation, der i.v. Injektionen und des "Vortisches" bereichsweise
- wochenweise Einteilung eines Telefondienstes
- Abstimmung der Visite mit den Ärzten am Morgen
- Gespräch mit den KGs über eine regelmäßige Teilnahme an den Übergaben, um durch eine verbesserte Kooperation die Kontinuität in der Patientenmobilisation zu optimieren
- Gespräch mit den Stationsärztinnen über eine regelmäßige Teilnahme an den Übergaben mit dem Ziel der Verbesserung des aktuellen Informationsflusses und der Verminderung von Übertragungsfehlern
- ausschließliche Nutzung des Dienstzimmers für das Pflegepersonal
- schriftliche Informationsweitergabe von den Zivildienstleistenden an die Pflegekräfte über erfolgte Patientenuntersuchungen
- regelmäßige, gezielte Informationen über Neuerungen an die Nachtwache
- Einführung eines roten Ordners, in dem die gesamten aktuellen Daten des Pflegedienstes fixiert werden (Tagesablauf, Untersuchungen, Pflegestandards
- Farbige Markierung der Patiententüren

2.4 Zusammenfassendes Ergebnis

Die Prozeßbegleitung der Umstrukturierungsmaßnahmen erstreckte sich über einen Zeitraum von 4 Monaten und umfaßte - einschließlich der Arbeitsablaufanalyse - 11 Tage. Nach Erarbeitung der veränderten Arbeitsabläufe und der Festlegung der Detailziele standen von den 11 Tagen noch 6 Tage für Beratung und Diskussion des Erreichten sowie für Verbesserungsvorschläge zur Verfügung.

Relativ schnell wurden von den Pflegekräften konsequent die Umsetzung der Planungen von bereichsbezogener Pflege vorangetrieben. Des weiteren konnten in kurzer Zeit Verbesserungen in der Kooperation mit den Ärztinnen, Krankengymnastik und EKG erreicht werden. Die Absprache mit den Ärzten bezüglich der Visite erfolgten personenbezogen und klappte recht gut, ihre Teilnahme an den Dienstübergaben erfolgte einmal in der Woche. Schwierigkeiten tauchten hingegen auf bei der Festlegung von Zuständigkeiten für bereichsübergeordnete Arbeiten, vor allem dem Telefondienst. Des weiteren wurde zunächst erst ab 09.00 Uhr in den Bereichen gearbeitet. Eine Aufstockung von zwei auf drei Pflegekräfte im Frühdienst machte die frühere bereichsbezogene Versorgung der Patienten möglich. Durch die klarere Strukturierung der Arbeitsabläufe gewannen die MitarbeiterInnen an Zeit und Raum, ihre Aufgaben ohne Hetze zu erledigen. Gegen 11.00 Uhr kam es sogar häufig zu "Leerlaufzeiten", in denen etwa das Pflegepersonal zu zweit Berichte über Patienten schrieb. Die gewonnene Zeit für Gespräche/Zuwendungen mit und für die Patienten aufzuwenden war keine selbstverständliche Reaktion seitens der Pflegekräfte.

Zusammengefaßt zeigte sich am Ende der Prozeßbegleitung auf der M3 folgendes Bild:

Die MitarbeiterInnen arbeiten bereichsbezogen in ihren Gruppen. D.h., ab 06.30 Uhr werden alle anstehenden Arbeiten wie z.B. Medikamentenkontrolle, Spritzen aufziehen und applizieren, Mithilfe bei der Mundpflege als auch das angeordnete Wiegen von der Gruppenschwester durchgeführt. Für jede nicht im Team arbeitende Person wird aus der Plantafel im Stationszimmer ersichtlich, welche Schwester für welchen Bereich/Patientengruppe zuständig ist. Ein Magnet mit der Beschriftung Telefon kennzeichnet die Gruppe, welche Telefondienst hat.

Der Stationsablauf ist durch das koordinierte Arbeiten insgesamt ruhiger geworden. Jede Pflegekraft fühlt sich für ihren Bereich zuständig und verantwortlich. Dieses wird insbesondere dadurch ersichtlich, daß z. B. bei telefonischen Auskünften patientenbezogene Daten oder Begleitungen der Patienten zu Untersuchungen, die zuständigen Pflegekräften angesprochen oder zur Durchführung herangezogen werden.

Die Übergabe ist patientenbezogen und enthält sehr viel mehr pflegerelevante Daten, als dies zu Beginn der Umstrukturierung der Fall gewesen ist. Sie spiegelt damit zugleich die positiven Lernprozesse im Umgang mit dem dokumentierten Pflegeprozeß wieder. Verglichen mit der Ausgangssituation zeigt sich hier, daß die Pflegeinformationssammlung ganzheitlicher orientiert und mehr zur Grundlage der Pflegeplanung von Patienten der Pflegekategorie ab A2/S2 geworden ist. Auch die Evaluation der Pflege im Pflegebericht erfolgt differenzierter. Allerdings erfassen sie noch nicht die notwendige lückenlose Eintragung aller durchgeführten Pflegemaßnahmen.

Problematisch ist nach wie vor das unkoordinierte Austeilen des Essens geblieben. Nicht bei jeder Mahlzeit ist eine Pflegekraft aus dem jeweiligen Bereich anwesend, so daß ein ständiges Nachfragen erforderlich ist, ob die Patienten essen dürfen oder nicht.

Ein weiterer kritische Punkt sind die infolge unkoordinierter Arbeitsplanungen der Stationsärztinnen häufigen Arbeitsunterbrechungen vom Pflegepersonal. Häufig finden zwischen beiden Gespräche "zwischen Tür und Angel" statt, wichtige Informationen über den Patienten werden im Vorbeigehen mitgeteilt, neue Untersuchungsmethoden nur einem Teil der MitarbeiterInnen vorgestellt, angesetzte Visiten werden abgesagt, wenn die Ärztinnen in die Endoskopie gerufen werden u.v.m. Trotz dieser Mängel wird von beiden Seiten aber eine Verbesserung der Kooperation empfunden. Dies mag damit zusammenhängen, daß es eine grundsätzliche Akzeptanz und Unterstützung seitens der Ärztinnen in bezug auf die Neuerungen gibt, auch wenn das Einhalten konkreter Absprachen noch schwierig ist.

Positiv hat sich weiterhin die Kooperation zwischen der Krankengymnastik und dem Pflegepersonal zugunsten einer Verbesserung in der Kontinuität der Patientenmobilisation entwickelt.

Von den MitarbeiterInnen der M3 werden die Ergebnisse der Umstrukturierung als sehr positiv empfunden. Sie fühlen sich entspannter, konzentrierter und mehr auf den Patienten orientiert. Die in die Zeit der Prozeßbegleitung fallende Kündigung der Stationsleitung hat zwar vorübergehend einige Unruhe ausgelöst, wurde von dem Team über als große Chance gesehen, sich neu zu Formieren, klare Absprachen zu treffen und konsequent die Bereichspflege durchzusetzen. Zum Zeitpunkt der Abschlusserhebung stand noch nicht fest, wer die Stationsleitung übernimmt.

3 Modell-Krankenhaus 3

3.1 Rahmendaten der zweiten Modellstation

Die zweite Modellstation des Modellkrankenhauses 3 gehört dem neurologischen Fachbereich an und kann bis zu 18 Patienten aufnehmen. Die meisten Patienten sind chronisch krank. Einschließlich der Nachtwachen stehen der Station 8 1/2 Stellen zur Verfügung. Von dem Qualifikationsprofil her zeigt sich, daß von neun Pflegekräften acht examiniert sind. Die Dienst- und Übergabezeiten sind von der Pflegedienstleitung vorgegeben worden und sind zeitlich folgendermaßen strukturiert:

1. Dienstzeiten:

Frühdienst: 06.00 - 13.30 Uhr

Spätdienst: 13.30 - 20.00 Uhr

Nachtdienst: 19.30 - 06.30 Uhr

2. Übergabezeiten:

Frühdienst an Spätdienst: 30 Min., Montags 45 Min.

Spätdienst an Nachtdienst: 30 Min.

Nachtdienst an Frühdienst: 30 Min.

Die neurologische Station 29 verfügt über insgesamt sieben Zimmer. Fünf Zimmer sind davon mit drei Betten belegt, ein Zimmer mit zwei Betten und ein Zimmer mit einem Bett. Des weiteren gibt es ein Badezimmer, einen unsauberen Arbeitsraum, einen Lagerungsschrank und ein Schwesternarbeitszimmer, in das das saubere Arbeitsgebiet eingefügt ist. Insgesamt sind die Räumlichkeiten

veraltet und zu beengt. So fehlen sowohl ein Untersuchungsraum für Patienten als auch ein Aufenthaltsraum ganz.

Das die Modellstation begleitende Ärzteteam setzt sich zusammen aus einem Oberarzt, einer Stationsärztin, einer Ärztin im praktischen Dienst und einem Arzt im Praktischen Jahr. Die Visitenzeiten finden zwischen 10.00 und 16.00 Uhr statt, überwiegend aber in den Nachmittagsstunden. Oft fallen durch die späte Ausarbeitung von Visiten Überstunden an, die zum Zeitpunkt der Erhebung bei 350 liegen.

Die Station 29 hat zu Beginn des Umstellungsprozesses mit einem veraltetem Dokumentationssystem gearbeitet, in dem nur ärztliche Anordnungen und pflegerische Besonderheiten aufgeführt werden. Der dokumentierte Pflegeprozess ist bei den Mitarbeitern zwar bekannt, wird aber nicht beherrscht. Die Pflegewirkung wird subjektiv ermittelt. Es gibt kein Pflegeleitbild und kaum Vorstellungen über Ganzheitlichkeitspflege.

3.2 Ist - Analyse

Die Versorgung der PatientInnen findet nach alten Mustern statt. PatientInnen, die pflegerisch rundum zu versorgen sind, werden von der Nachtwache um 05.00 Uhr geweckt und gewaschen, an den Wochenenden sogar um 04.30 Uhr. Laut Auskunft der MitarbeiterInnen gibt es hier das Einverständnis der Pflegedienstleitung.

Von 07.30 bis 08.00 Uhr werden "Außenarbeiten" durchgeführt wie z.B. das Überprüfen von Medikamenten, Durchführung von Urinkontrollen und Vorbereitung für das Labor, Anmeldung und Begleitung von PatientInnen zu Untersuchungen oder Durchführungen von Verordnungen. Alle Arbeitsabläufe sind funktional organisiert. Tagsüber gibt es keine Arbeitszeitenspitzen, der Arbeitsanfall ist ausgewogen. Am Vormittag und am frühen Nachmittag entstehen kurze Leerzeiten. Allerdings sind die PatientInnen mit Pflegekräften konfrontiert, die sich nur auf Teilfunktionen von ihnen beziehen und häufig nicht direkt, sondern mit Dritten über sie kommunizieren. Dies verhindert einen ganzheitlichen Beziehungsaufbau und stört die Vertrauensbildung.

Bei den zentralisierten Diensten ist im Modellkrankenhaus 3 ein mittlerer Ausprägungsgrad ermittelt worden. Für die Pflegekräfte der Modellstation 29 fallen im wesentlichen dieselben Aufgaben an, wie sie für die Modellstation 28 beschrieben sind. (Vgl. Kap. III.2.5). Identisch sind auch die Probleme mit den Schnittstellenbereichen. Auch hier werden PatientInnen zu Untersuchungsterminen abgerufen, wie es gerade in den Einbestellplan der diagnostischen und therapeutischen Bereiche paßt.

Die Pflegequalität liegt im Rahmen der Routinepflege. Sie kann im Team nicht diskutiert werden, da es keine Kriterien zur Beurteilung gibt. Die Pflegequalität wird daher subjektiv beurteilt. Die durchgeführten pflegerischen Leistungen, die kategorisiert werden, können in der Dokumentation nicht nachgewiesen werden.

Zusammengefaßt zeigen sich zum Zeitpunkt der Untersuchung folgende Defizite:

- es fehlt ein gemeinsames Pflegeleitbild/Pflegeverständnis der ganzheitlichen Krankenpflege, um ein Motiv zu haben, den Patienten ganzheitlich pflegen zu wollen
- es gibt keine gemeinsamen Kriterien zur Ermittlung von Pflegequalität und zur Analyse der Pflegewirkung
- es fehlt ein Pflegedokumentationssystem auf der Station, in dem Pflege geplant und die Pflegequalität überprüft werden kann. Dokumentiert werden nur ärztliche Anordnungen oder pflegerische "Besonderheiten".
- es fehlen die Grundlagen der Gesprächsführung, so daß bei den mündlichen Übergaben der Eindruck entsteht, daß der fordernde Patient in die Kategorie "lästig" und der ruhige Patient in die Kategorie "lieb" fällt.

3.3 Sollanalyse und Maßnahmeplanung

Entsprechen den Defiziten des Ist-Zustandes werden zu Beginn der Umstrukturierung folgende Ziele festgelegt:

Materielle Maßnahmen:

- Anschaffung eines Pflegedokumentationssystems (Hinz)
- Anschaffung einer Plantafel zur Arbeitsorganisation
- Bereitstellung eines Pflegewagens
- Einführung von Medizinkästchen

Praktische und theoretische Grundlagen zur patientenorientierten Krankenpflege:

- Schaffung eines ganzheitlichen Pflegeverständnisses bei den Pflegekräften
- Vermittlung des dokumentierten Pflegeprozesses
- Neustrukturierung von Arbeitsabläufen
- Vermittlung von theoretischen Grundlagen zur Einführung der Bereichspflege
- Straffung und qualitative Verbesserung der Übergaben

Neben diesen allgemeinen Zielformulierungen und Maßnahmeplanungen ist des weiteren die Veränderung der Aufgabenschwerpunkte der Stationsleitung entwickelt worden. Auf Basis einer zum Teil notwendigen Mitarbeit in einem Bereich ist die Stationsleitung zum einen mit koordinierenden und planerischen Aufgaben betraut, zum anderen mit pflegerischer Qualitätsentwicklung und -sicherung. Folgende Schwerpunkte bilden sich dabei heraus:

- Dienstplangestaltung unter Beteiligung von MitarbeiterInnen
- Einteilung der MitarbeiterInnen nach Bereichen und Zuordnung von Auszubildenden und Hilfskräften
- Absprachen mit dem ärztlichen Dienst und anderen Funktionsbereichen
- Durchführung von regelmäßigen Mitarbeiterbesprechungen, die an die Übergabezeit angebunden sein sollten

- Anleitung, Beaufsichtigung, Beratung, Förderung und Beurteilung der MitarbeiterInnen auf der Station
- Überprüfung der Pflegequalität an Hand der Pflegedokumentation, Pflegeplanung und Pflegevisiten
- Koordination von Patientenaufnahmen, -verlegungen und -entlassungen in Zusammenarbeit mit den zuständigen Pflegekräften der eingeteilten Bereiche und der Stationsärztin
- Koordination des Außendienstes: Überwachung des Patientenabrufs zur Durchführung medizinischer Maßnahmen und Transportdienste.

3.4 Zusammenfassendes Ergebnis

Nach einem Umfang von 10 Fortbildungstagen und acht Prozeßbegleitungstagen erfolgte eine über drei Tage sich erstreckende Abschlußevaluierung. Folgende Veränderungen und Ergebnisse sind dabei festgestellt worden:

Pflegeorganisation:

- Die Bereichspflege ist eingeführt und es wird patientenorientiert ganzheitlich gearbeitet, d.h. auch in den Patientenzimmern werden die Arbeitsabläufe nach einem personenorientierten Bezugssystem organisiert
- Führungsaufgaben der Leitung und Stellvertretung im Arbeitsablauf sind klar definiert. Sie arbeiten in den Bereichen mit oder sind KoordinatorInnen
- KoordinatorInnen für den Außendienst werden bei Abwesenheit des Stationsleiters bestimmt
- Pflegekräfte werden nach Qualifikation den Bereichen zugeordnet und es wird darauf geachtet, daß Bezugspersonen nicht zu häufig wechseln
- Arbeitsspitzen sind entzerrt, indem Pfl egetätigkeiten auf den späten Vor- oder Nachmittag verlagert wurden (z.B. Duschen oder Baden von Patienten). Das Waschen der Patienten übernimmt nicht mehr der Nachtdienst, sondern wird vom Frühdienst bereichsbezogen durchgeführt.

Pflegedokumentation, Pflegeprozeß, mündliche Übergabe, Einkategorisierung und die Pflegequalität:

- Das Hinz-Dokumentationssystem ist in der Umstrukturierungsphase mit der Unterstützung der Prozeßbegleitung eingeführt worden. Die Pflegeinformationssammlung wird vollständig erhoben und auf dem Deckblatt dokumentiert. Die Reiterleisten werden korrekt gezogen
- Alle Pflegekräfte beherrschen den Pflegeprozeß und können individuell planen
- Die Pflegewirkung ist in der Dokumentation durch den Pflegebericht nachweisbar
- Die mündlichen Pflegeberichte zur Schichtübergabe werden mit dem Pflegedokumentationssystem durchgeführt, dabei sind Pflegeziele und Pflegewirkung Gesprächsgrundlagen
- Die Einkategorisierung aller Pflegeleistungen können durch die Pflegedokumentation nachvollzogen werden

Kooperationsbereiche:

- Visiten finden in der Regel in den Vormittagsstunden statt.

Dieser großen Anzahl an positiven Veränderungen stehen einige nicht erreichte Ziele gegenüber. So wurde in bezug auf die Dienstplangestaltung von Beginn an die Einführung der Fünftagewoche abgelehnt mit der Begründung, vom Schaukeldienst mehr Freizeitgewinn zu haben. Das gleiche Argument wurde auch gegen die Einführung eines Kerndienstes formuliert.

Der gesamte Überstundenanfall lag zu Anfang der Umstrukturierung bei 352 Überstunden. Immerhin konnten durch die Straffung und Restrukturierung der Arbeitsabläufe 100 Überstunden abgebaut werden.

Ohne Veränderung sind auch die Konflikte zu den diagnostischen und therapeutischen Schnittstellenbereichen geblieben. Zum Zeitpunkt der Evaluierung sind parallel Arbeitsgruppen eingerichtet worden, die Lösungen für die anstehende Problematik finden sollten.

Insgesamt hat sich die Motivation der MitarbeiterInnen auf der Modellstation 29 deutlich verbessert. Wurde zu Beginn der Maßnahmen die PatientInnennähe von den meisten Pflegekräften als belastend empfunden, so hat sich dies deutlich positiv verändert. Allerdings wirkt sich der Sachverhalt, daß auf dieser Station die meisten PatientInnen chronisch krank sind, tendenziell negativ auf die Erfolgserlebnisse des eigenen pflegerischen Tuns aus. Persönlichkeitsbildende Fortbildungen, in denen systematisch die Gelegenheit zur Reflexion des Arbeitsalltags mit seinen belastenden Problemen gegeben wird, wären hier weiter notwendig.

4 Modellkrankenhaus 4

4.1 Rahmendaten der ersten Modellstation

Die Modellstation 3 ist eine Station der inneren Abteilung mit 28 Betten, von denen sechs der Chirurgie zugehörig sind und vier der Gynäkologie. In der Regel sind die Betten aber durch die Internisten belegt; so waren zum Zeitpunkt des Beginns der Umstrukturierung seit einem Jahr keine gynäkologischen Patienten zu versorgen.

Die Pflegebedürftigkeit der Patienten reicht von weitestgehend selbständig über leicht bis ganz schwer.

Auf der Modellstation 3 arbeitet ein internistischer Stationsarzt und ein bis zwei Ärzte im Praktikum.

Von den räumlichen Voraussetzungen her verfügt die Station 3 über acht Dreibett- und ein Vierbettzimmer. Die engen räumlichen Bedingungen bieten wenig Komfort für die PatientInnen, z.B. kleine Waschnischen, wenig Abstand zwischen den einzelnen Betten, kein Platz für Fernseher oder Radio. Ein Telefon gibt es nicht in den Zimmern, die Telefonzelle liegt auf dem Flur. Aus Platzmangel können die PatientInnen zum Essen nicht alle an den Tisch gehen bzw. gebracht werden.

Für die Pflege sind o.g. räumliche Bedingungen schwierig bis unzumutbar. Pflegehilfsmittel können nicht im Zimmer untergebracht werden. Wäschewagen werden aus Platzmangel nicht mit in die Zimmer hineingenommen; des weiteren finden bequeme Sessel z.B. für die Mobilisation keinen Platz. Durch die Beengtheit der Zimmer müssen in der Regel Betten und/oder Nachtschränke umgestellt werden, wenn Patienten zu therapeutischen oder diagnostischen Maßnahmen gefahren werden müssen.

Für die Patienten gibt es auf der Station drei Toiletten und ein Badezimmer mit einer Dusche. Dieses Badezimmer wird zugleich als Abstell- und Lagerungsraum für Pflegeartikel genutzt. Die Lagerung des Pflegematerials erfolgt aufgrund fehlender Räume nicht zentral, sondern ist auf fünf verschiedene Standorte aufgeteilt. Infolge dieses Umstandes entstehen sehr viele und lange Laufwege für das Personal.

Das Dienstzimmer ist mit zwei Schreibtischen ausgestattet, von denen einer von dem Stationsarzt genutzt wird. Die Pflegekräfte nutzen das Dienstzimmer zugleich auch als Umkleieraum, während Pausen und Übergaben in der Küche stattfinden. Ein gynäkologisches Untersuchungszimmer, was z.Zt. für sterbende Patienten oder als Übernachtungsraum für den diensthabenden Arzt genutzt wird, könnte als zweites Dienstzimmer umfunktioniert werden; ein entsprechender Antrag ist gestellt worden.

Auf der Station 3 arbeiten 13 examinierte Kräfte, davon 8 Vollzeit und 5 Teilzeitkräfte mit unterschiedlichen Sollarbeitszeiten:

2 X 30 Stunden

1 X 35 Stunden

1 X 20 Stunden

1 X 24 Stunden

Des weiteren ist der Station eine Sekretärin mit 38,5 Stunden in der Woche zugeordnet, sowie regelmäßig 5 - 6 SchülerInnen der unterschiedlichen Ausbildungskurse.

Am Wochenende reduziert sich die Besetzung um die Hälfte.

Im Nachtdienst arbeitet regelmäßig eine Pflegekraft. Der Tagesdienst übernimmt in vier Wochen durchschnittlich zehn Nächte, bei Krankheit und Urlaub der Dauernachtwachen erheblich mehr.

In einem Vierwochen-Rythmus erfolgt auch die Dienstesatzplanung, in der soweit wie möglich die Wünsche der MitarbeiterInnen berücksichtigt werden. Gearbeitet wird in einer 5,5-Tage-Woche im Schicht-Schaukeldienst:

Frühdienst: 06.05 - 13.35 Uhr

Spätdienst: 12.55 - 20.25 Uhr

Nachtdienst: 20.00 - 06-25 Uhr

Damit ergibt sich ein Tagdienst von 7 Stunden Arbeitszeit, 0,5 Stunden Pause und 10 Minuten Wege- und Umkleidezeiten. Übergabezeiten sind jeweils morgens und abends 15 Minuten, mittags 30 Minuten. Am Wochenende wird im Schicht-Schaukeldienst gearbeitet bei gleichbleibenden Arbeitszeiten ohne Teildienste. Die Stationssekretärin arbeitet in der 5 Tage Woche von 6.30 - 14.45 Uhr und Freitags von 6.30 - 14.30 Uhr.

Die Visitenzeiten beginnen täglich regelmäßig um ca. 9.30 Uhr und dauern etwa zwei Stunden. Eine examinierte Pflegekraft begleitet die Visite und benötigt für die Ausarbeitung 1 bis 1 1/2 Stunden. Die Oberarzt-Visite ist Montags um 14.00 Uhr für eine Dauer von zwei Stunden festgesetzt und folgt dem gleichen Ablauf. Die Chefarzt-Visite findet einmal wöchentlich Dienstags ab 13.30 Uhr statt, fällt aber häufiger aus.

Die Pflegekräfte dokumentieren ihre Leistungen auf selbsterarbeiteten Bögen nach folgenden Kategorien:

- Visite/Verordnungsbogen
- Pflegeprotokoll
- Pflegebericht
- Erfassungs- und Erhebungsbogen nach Pflegekategorien.

Des weiteren existieren Pläne für diverse Anordnungen und Ausführungen wie Wachplan

- Nachtwachenplan - Mit PatientInnenname, Diagnosen und Nachtmedikamenten
- Blutdruckplan
- Plan für pflegerische Verordnungen
- Plan für Infusionen, Kurzinfusionen, Perfusoren und i.v. Spritzen
- Plan für Insuline
- Plan für Heparine

4.2 Ist - Analyse

Die im folgenden beschriebenen Arbeitsabläufe und Arbeitseinteilungen eines Früh- und Spätdienstes gibt die routinemäßig und zeitgebunden vorkommenden Tätigkeiten an einem Arbeitstag mit durchschnittlicher Arbeitsdichte wieder:

6.10 - 6.20 Uhr	Übergabe vom Nachtdienst an den Frühdienst
6.30 - 7.30 Uhr	Betten machen, Ganzkörperpflege, Hilfestellung beim Waschen, pflegerische Prophylaxen
7.00 Uhr	Heparin spritzen
7.30 - 7.45 Uhr	Tabletten verteilen
7.45 - 8.30 Uhr	Frühstück austeilen, Hilfestellung bei der Essenseinnahme, Frühstücks-tabletts wieder einsammeln
8.30 Uhr	MitarbeiterInnenfrühstück, an dem auch die ÄrztInnen teilnehmen; während dieser Zeit wird oft das Telefon bedient, PatientInnen müssen begleitet oder Untersuchungen gefahren werden, ein Neuzugang von der Intensivstation trifft ein, das Frühstück zieht sich hin bis 9.45 Uhr

9.45 - 11.15 Uhr	Visite. Spüle aufräumen und putzen, gebrachte Pflegematerialien aufbereiten, Wachschaalen für den nächsten Tag vorbereiten und in die Zimmer verteilen, Ausführung pflegerischer Verordnungen, Blutdruck messen, Transporte
11.15 - 12.15 Uhr	Tabletten und Mittagessen austeilen, Hilfestellung bei der Essenseinnahme, Tablett wieder einsammeln
12.15 - 13.00 Uhr	PatientInnen lagern
13.00 - 13.30 Uhr	Übergabe vom Frühdienst an den Spätdienst
13.30 - 14.00 Uhr	Kaffeetrinken
14.00 - 16.30 Uhr	montags und dienstags Visite. Kaffee austeilen, sowie Fieberthermometer, Heparine spritzen, Kaffeegeschirr wieder einsammeln, Nachtschränke abwischen, Betten machen, Ausführung pflegerischer Verordnungen, Blutdruck messen und Fieberthermometer ablesen, Bestellscheine ausfüllen für die verschiedenen zentralen Ausgabestellen im Haus, z.B. einmal und Büroartikel
16.30 - 18.30 Uhr	Tabletten und Abendbrot verteilen, Hilfestellung beim Essen, Abendbrot der MitarbeiterInnen, danach Tablett wieder einsammeln
ab 18.30 Uhr	Heparine spritzen, Blutdruck messen, pflegerische Ausführungen, Laborröhrchen richten, Anforderungsscheine für den nächsten Tag zu den Funktionsbereichen bringen, Befunde in Krankenblätter einsortieren und Laborbefunde in die Fieberkurve einkleben
19.00 Uhr	Eingruppierung der PatientInnen nach Pflegekategorien
bis 20.00 Uhr	Klingeldienst und Tätigkeiten, die noch erledigt werden müssen

Der Arbeitsablauf orientiert sich erstens an festen, meist extern vorgegebenen Zeiten, z.B. Essenszeiten und Arbeitszeiten der Funktionsbereiche und zweitens an sofort zu erledigenden Tätigkeiten, z.B. Telefonaten, Wünsche der PatientInnen oder des Pflegepersonals. Der Arbeitsablauf ist nicht immer transparent, da eine Arbeitseinteilung nur begrenzt stattfindet. Während der Übergaben werden die ersten anfallenden Aufgaben auf die anwesenden Personen verteilt. Sind diese durchgeführt, folgen keine weiteren Anweisungen, sondern jede Pflegekraft tut das routinemäßig Gewohnte oder was gerade anfällt. Folge dessen ist, daß insbesondere neue SchülerInnen, die den Arbeitsablauf nicht kennen, nicht wissen, was sie tun sollen und an wen sie sich wenden können.

Vor allem im Spätdienst fallen längere Leerlaufzeiten auf. Selten finden Gespräche statt über erledigte Aufgaben oder patientInnenbezogene Informationen. Ein Teil der Kommunikation zwischen den Pflegenden, mit anderen Berufsgruppen und Angehörigen findet "zwischen Tür und Angel" statt.

Zur Übergabe treffen sich die Pflegekräfte in der Küche, Sitzmöglichkeiten für alle gibt es nicht. Durchgeführt wird die Übergabe von der Pflegekraft, die die Visite begleitet hat. Sie gibt überwiegend ärztliche An- und Verordnungen wieder. Die anderen Pflegekräfte ergänzen, was bei den pflegerischen Ausführungen an den PatientInnen beobachtet haben. Diese Aussagen werden nicht

dokumentiert. Des Weiteren wird die Fieberkurve als Grundlage der Informationsweitergabe benutzt. Insgesamt werden bei der Übergabe medizinische Belange vorrangig behandelt.

Die Analyse der Arbeitsabläufe hat gezeigt, daß das Pflegepersonal von etlichen pflegefremden Tätigkeiten entlastet ist. Der Ausprägungsgrad der Zentralisierung von Diensten ist im Modellkrankenhaus 4 als mittel eingestuft worden. Dabei spielt eine Rolle, daß die Stationssekretärin Terminabsprachen innerhalb und außerhalb des Hauses erledigt, viele Hol- und Bringendienste, Transporte und das Ausfüllen der Essenskarten übernimmt, sowie das Formularwesen und dessen Verteilung organisiert.

Das Pflegepersonal führt keine Blutentnahmen durch, hängt keine Kurzinfusionen an und verabreicht keine i.V. Spitzen.

Auf der Modellstation 3 wird im Stationspflegesystem gearbeitet; es findet keine Unterteilung der Station statt. Alle Tätigkeiten werden funktionell durchgeführt, so daß die Kenntnisse über die PatientInnen Teilkenntnisse sind. Das spiegelt sich deutlich in den Übergaben wieder.

Die PatientInnensituation wird schon bei der Aufnahme begrenzt erfaßt. In den Pflegeprotokollen ist immer die ärztliche Diagnose eingetragen. Die anderen Angaben sind lückenhaft oder fehlen ganz, so daß aufgrund dieser fehlenden Angaben nicht patientInnenorientiert gepflegt werden kann.

Eine Pflegeplanung, um auf individuelle Bedürfnisse der PatientInnen eingehen zu können, wird nicht durchgeführt. Eher müssen sich PatientInnen am Ablauf und der Organisation der Station orientieren. Das Personal meidet infolge bestehenden Zeitmangels und aus Angst vor Überforderung näher auf die Probleme von PatientInnen einzugehen. Die insgesamt funktionelle Arbeitsweise spiegelt sich schließlich wieder in der Aufenthaltszeit der Pflegenden in den PatientInnen zimmern. Sie beschränkt sich oft auf die Zeit der Ausführung von Tätigkeiten.

Die zum Teil defizitäre Pflegequalität findet ihre Entsprechung in einer lückenhaften Dokumentation pflegerischer Leistungen. In den Visiten/Verordnungsbogen trägt die "Visitenschwester" die Anordnungen des Arztes ein und arbeitet diese nach der Visite aus, indem sie alle Anordnungen in die entsprechenden Spalten der Fieberkurve und der Pläne einträgt. Handzeichen der anordnenden Ärzte fehlen.

Bei den Pflegeprotokollen sind von 28 PatientInnen 13 Protokolle nicht, 5 unvollständig, 6 vollständig und 2 vom Nachtdienst vollständig ausgefüllt. Begründet wird dies mit fehlender Zeit oder mit der Desorientiertheit der PatientInnen.

Eine Pflegeplanung wird nicht durchgeführt mit der Begründung mangelnder Zeit und der fehlenden Kenntnisse und Übung.

Ein Pflegebericht wird ausschließlich von den Nachtwachen verfaßt. Sie tragen ein: alle Besonderheiten, Medikamente, durchgeführte Tätigkeiten, Beobachtungen an den PatientInnen, Anordnungen des Arztes, Neuzugänge und Notfälle. Diese Pflegeberichte werden von den Pflegenden des Tagesdienstes allerdings kaum genutzt.

Die Erfassungs- und Erhebungsbögen für die Pflegekategorien sind im Haus selbst erstellt und nach entsprechender Fortbildung auf den Stationen eingeführt worden. Die Bögen werden nur unregelmäßig ausgefüllt, so daß die Erfassung ungenau ist. Zudem ist nicht klar, nach welchen Kriterien eingruppiert wird.

4.3 Soll-Analyse und Maßnahmeplanung

Nach Rückkopplung der Ist-Analyse mit anschließender Diskussion wünschte das Pflegepersonal Veränderung in folgenden Bereichen:

- weg von der traditionellen Funktionspflege hin zu einer stärkeren Patientenorientierung
- Verbesserung der Pflegedokumentation
- Pflege soll als eigenständiges Berufsfeld angesehen werden, deutlich abgegrenzt vom ärztlichen Bereich
- Pflege soll möglich sein in einem gleichberechtigtem Team.

Notwendige Voraussetzungen für diese Veränderungen ist die Einführung der Bereichspflege. Geplant wurde die Einteilung der Station in drei Bereiche und die Anschaffung einer Plantafel, aus der ersichtlich wird, welche Pflegekraft die Verantwortung für den jeweiligen Bereich übernommen hat.

Um ausreichende Schreibplätze für die Bereichspflegekräfte zu haben, ist ein Dringlichkeitsantrag gestellt worden, das gynäkologische Untersuchungszimmer mit Büromöbeln auszustatten und als Arbeits- und Büroraum für das Pflegepersonal umzuwidmen, in dem auch die Übergaben stattfinden sollen. Von der Raumnutzung her wurde des weiteren geplant, die Küche ausschließlich als Aufenthaltsraum zu nutzen und das Umkleiden vom Dienstzimmer in das Badezimmer zu verlagern. Vorschlag war, anstelle einer Sitzbadewanne Schränke aufzustellen. Der gewonnene Platz im Dienstzimmer sollte für Lagerungszwecke neu gestaltet werden.

Je Bereich sollte eine examinierte Pflegekraft pro Schicht eingeplant werden. Gewünscht wurde, eine Kontinuität von 14 Tagen zu gewährleisten. Falls im Spätdienst nur 2 examinierte Kräfte arbeiten, solle Halbseitenpflege durchgeführt werden; dies wird an den Wochenenden generell der Fall sein.

Administrative Tätigkeiten wie Telefonate und Bestellungen, sowie Hol- und Bringdienste, Mithilfe bei der Pflege und bei dem Verteilen von Essen wollten die Pflegekräfte vermehrt der Stationssektretärin übertragen. Andere bereichsübergeordnete Arbeiten wie Säuberung der Spüle etc. sollten gleichmäßig auf die Bereiche aufgeteilt und in einem Plan festgehalten werden.

Um die Bereiche nicht zu sehr auseinanderfallen zu lassen und im Bedarfsfall anderen helfen zu können, ist von den Pflegenden die Vorstellung entwickelt worden, die Übergaben weiterhin gemeinsam durchzuführen.

Folgende Veränderungen sollten sich schließlich mit Einführung der Bereichspflege auf den Arbeitsablauf ergeben:

- Der Nachtdienst soll keine PatientInnen mehr waschen und dafür nachts mehr administrative Arbeiten erledigen und den Spritzenraum verantwortlich übernehmen
- Bis zum Frühstück erhalten pflegeabhängige PatientInnen die Gelegenheit, sich die Zähne zu putzen und das Gesicht zu waschen. Ab 9.00 - 11.30 Uhr erfolgen die pflegerischen Aufgaben wie Betten, Waschen, Verordnungen, Lagern und Verbandswechsel.
- Von 13.00 - 14.30 Uhr soll eine Mittagsruhe eingehalten werden. In dieser Zeit sollen Tätigkeiten erfolgen wie Visite ausarbeiten, Bestellungen schreiben, Kisten auspacken und Schränke auffüllen, Befunde abheften, Essenskarten schreiben und Laborentnahmen vorbereiten.
- Von 18.30 - 20 Uhr wird eine Zeit eingeplant für pflegerische Arbeiten, insbesondere die Berücksichtigung einer abendlichen Toilette.

Hinsichtlich der Dokumentation wurde eine genaue Unterweisung in das angekündigte neue System gewünscht. Integriert werden sollten die Bögen für die Pflegeplanung und den Pflegebericht. Die Form und die Inhalte der Pflegeanamnese sollten auf einem Fortbildungsseminar von den Pflegenden selbst erarbeitet werden.

4.4 Zusammenfassendes Ergebnis

Veränderungen der räumlichen Bedingungen:

Das bisher gynäkologische Untersuchungszimmer ist als Arbeits- und Büroraum für das Pflegepersonal eingerichtet worden. Zwei Schreibtisch-Arbeitsplätze und eine neue Sitzecke bieten Raum für administrative, organisatorische Arbeiten und für Besprechungen. Hier finden die Mittagsübergaben vom Früh- an den Spätdienst statt. Des weiteren ist dort der Ort für Gespräche mit MitarbeiterInnen und für das Schreiben von Dienstplänen. Die ursprünglich angedachte Nutzung dieses Raumes für die Pflegekraft des dritten Bereiches hat sich nicht durchgesetzt; vielmehr wird dieser Schreibplatz nach Bedarf von allen MitarbeiterInnen in Anspruch genommen. Des weiteren ist in diesem Büro ein Schrank für Dienstkleidung aufgestellt worden, so daß das Dienstzimmer von dieser Funktion befreit wurde. Die dort freigewordenen Schränke dienen jetzt als Lagerungsplatz für Pflegeartikel. Das Dienstzimmer wurde auch verändert in bezug auf die Schreibarbeitsplätze. Statt bisher einem wurde ein zweiter Schreibtisch für die MitarbeiterInnen der Pflege eingerichtet, die sich gegenüberstehen und einen freien Blick auf den Flur ermöglichen. Die Tür zwischen Flur und Dienstzimmer ist herausgenommen worden.

Arbeitsorganisation:

Wie geplant ist die Station 3 in drei Bereiche aufgeteilt und eine Plantafel angeschafft worden, die Überblick über die tägliche Belegung und den täglichen Personaleinsatz gibt.

Es werden zwei Dienstpläne erstellt, einer für die Bereichspflege und ein Dienstplan, der alle MitarbeiterInnen erfaßt mit Urlaub, Freizeitausgleich, Fortbildung, Schule etc. und einen Dienstplan für die Bereichspflege. Die Personaleinsatzplanung für die Bereichspflege gewährleistet Kontinuität über das gesteckte Ziel von vierzehn Tagen hinaus. Eine Schwester arbeitet fünf Wochen in einem

Bereich, zwei Schwestern sechs Wochen, vier Schwestern dreieinhalb bis drei Wochen, die anderen ein bis zwei Wochen wegen Urlaub, langer Freizeit oder Nachtwachen. Die Neigung in "Stresszeiten" zur Funktionspflege zurückzukehren, unterliegen sie nicht. An Wochenenden wird bei ausreichender Besetzung ebenfalls in Bereichen gearbeitet, ansonsten Halbseitenpflege durchgeführt.

Die Zuständigkeiten für die verschiedenen Räume und deren Ordnung und Sauberkeit ergeben keine Probleme. Noch nicht eindeutig geklärt sind hingegen die Aufgaben der Stationssekretärin, die mehr administrative und Zulieferarbeiten übernehmen sollte, als bisher. Die Klärung scheitert z.T. daran, daß die entsprechende Mitarbeiterin bislang auch in der Pflege unterstützend tätig war und diese Tätigkeiten weiter durchführen möchte.

Die Veränderung von Arbeitszeiten wurde zum Zeitpunkt der Abschlußevaluierung erneut aufgegriffen und in Richtung Anpassung von Arbeitsabläufen der Bereichspflege an die Bedürfnisse der PatientInnen überlegt. Es ist ein stationsübergreifender Arbeitskreis eingerichtet worden, in dem Arbeitszeitmodelle und Dienstplangestaltungen besprochen werden.

Dokumentation:

Bei der Durchsicht von drei Dokumentations-Planetten mit insgesamt 22 PatientInnen ergab sich folgendes Bild:

Die Pflege-Informationsbögen waren 17 mal - überwiegend ausführlich - ausgefüllt. Bei den Pflegeanamnesen belief sich die Anzahl auf 14. Diese relativ niedrige Zahl begründet sich darin, daß viele Informationen der Anamnese bereits in der Pflege - Information dokumentiert sind. Die Pflegeberichte waren 11 mal täglich geführt, 5 mal sporadisch und bei vier PatientInnen war in den ersten drei Tagen und bei einer Schwerverkrankten die ersten sieben Tage kein Pflegebericht geschrieben worden. Die MitarbeiterInnen fühlen sich hier noch unsicher und brauchen noch Unterstützung durch weitere Übungen und/oder Fortbildungen.

Im Vergleich zur früheren Praxis der Dokumentation hat sich insgesamt viel verändert und verbessert. Die MitarbeiterInnen können sich bereits drei Monate nach Einführung des neuen Systems nicht mehr vorstellen, ohne dies zu arbeiten. Insbesondere die stärkere PatientInnenorientierung und größere Informiertheit fällt als positive Veränderung ins Auge.

Arbeitsabläufe:

Durch die Einführung der Bereichspflege hat sich an einigen Stellen der Arbeitsablauf verändert: Das morgendliche Waschen wird vom Frühdienst übernommen. Nur an vier Tagen hat die Nachtwache jeweils zwei PatientInnen gewaschen. Die Maßnahme, von 9.00 - 11.30 Uhr pflegerische Aufgaben wie Betten und Waschen durchzuführen, wird nicht erfüllt. Die MitarbeiterInnen sind der Meinung, daß die vielen Transporte dies verhindern.

Die Visite ist im Tagesablauf nach wie vor nicht fest einplanbar, da es keine festen Zeiten gibt. Jede Bereichspflegende begleitet jedoch die Visite in ihrem Verantwortungsbereich - das System der "Visitenschwester" ist damit abgelöst worden zugunsten der bereichsbezogenen Begleitung und Ausarbeitung der Visiten.

Die Übergabe erfolgt wesentlich stärker patientenorientiert und mehr an den Inhalten der Pflege. Sie wird allerdings als zu kurz empfunden - insbesondere mittags. Es fehlt die Zeit, über einzelne PatientInnen oder Team- bzw. Mitarbeiterbezogene Probleme zu sprechen.

Nicht eingehalten wird die geplante Mittagspause für die PatientInnen. Für die Zukunft ist diese von 13.00 - 14.00 Uhr festgelegt werden, in der auf Störungsfreiheit geachtet werden soll.

Während es auf der organisatorischen Ebene keinerlei Probleme gibt, die Bereichspflege durchzuführen, zeigen sich Schwierigkeiten, die Arbeitsabläufe auf die Bereichspflege abzustimmen. Es haben sich im Verlauf der Umstrukturierung feste Zeiten "eingeschlichen", in denen in den PatientInnenzimmern gearbeitet wird. Dem Ziel, durch die Verantwortung für weniger PatientInnen auch mehr Zeit für diese zu haben und patientInnenorientierter zu arbeiten, wird noch nicht entsprochen. D.h., die durch die Veränderungen gewonnenen Zeiträume zugunsten der PatientInnen zu nutzen, ist eine Aufgabe, die noch angegangen werden muß.

Kapitel V

Ergebnisse der Multiplikatoren - Schulungen

1 Inhaltliches Konzept und methodisches Vorgehen

Die Auswertung der ersten Phase der Modellerprobung hatte deutlich werden lassen, daß aufgrund der Isolierung von nur je einer Modellstation die Gefahr vorhanden ist, daß die erreichten Fortschritte schnell ausgehöhlt werden können und ein Rückwechsel auf die Funktionspflege wahrscheinlich ist. Aus diesem Grund wurde die Begeitung einer zweiten Modellstation geplant, die der gleichen Klinik/Abteilung angehören sollte wie die erste, um eine größere Stabilität der sich verändernden Praxis im Pflegebereich zu erreichen. Zwar ließ sich nicht überall realisieren, daß die zweite Modellstation derselben Klinik wie die erste zugehörig ist, aber der Effekt einer stärkeren Untermauerung der angestrebten Veränderungen stellte sich doch ein. Dabei wurden nach dem bereits erfolgreich durchgeführten Verfahren wieder Experten auf die Modellstationen geschickt, die den Prozeß der Umstrukturierung durch Fortbildungen vorbereiteten und in der Praxis eng betreuten.

In Hinblick auf die begrenzten finanziellen und zeitlichen Ressourcen gingen dann die weiteren Überlegungen hin zu einer systematischen Schulung von MultiplikatorInnen, die sowohl aus dem Kreis der Pflegekräfte der beiden Modellstationen rekrutiert werden sollten, als auch aus einem Kreis besonders engagierter, jedoch noch nicht speziell angeleiteter MitarbeiterInnen. An insgesamt pro Modell-Krankenhaus 15 Fortbildungstagen zu den Themen Pflegeetheorie, dokumentierter Pflegeprozeß und Organisation der Bereichspflege sollte den MultiplikatorInnen ein zusätzliches Wissen vermittelt werden, daß sie zur Begleitung und Anleitung von Umstellungsprozessen neu hinzukommender Stationen qualifiziert. Zielperspektive war dabei, eine rasche flächendeckende Umstellung auf die Bereichspflege im Rahmen des Modellprojektes auf den Weg zu bringen und deren Fortführung in Eigenregie sicherzustellen.

Um die MultiplikatorInnen nicht zu überfordern, war vorgesehen, deren Arbeit auf den Stationen durch ein Betreuersystem zu stützen. Das Betreuersystem sollte in regelmäßigen eintägigen Treffen organisiert sein, in denen unter Anleitung der Experten von der Niedersächsischen Akademie in Zusammenarbeit mit den internen Experten (MultiplikatorInnen) konkrete Teilziele ausgearbeitet und Probleme bei der Umstellung diskutiert werden sollten. Schritt für Schritt war so ein genau geplantes Vorgehen bei gleichzeitiger Rückkopplung über entstehende Probleme in der Umsetzung von Veränderungsschritten angedacht.

Die konkrete Umsetzung dieser Maßnahme erfolgte in den Modell-Krankenhäusern 3 und 4. Das Modell-Krankenhaus 2 hatte sich nach den Erfahrungen der ersten Phase des Projektes und vor dem Hintergrund der Entscheidung des Krankenhausdirektoriums für eine sofortige flächen-

deckende Einführung der Bereichspflege einen Experten eingestellt. Im Modell-Krankenhaus 1 sind die vorbereitenden Fortbildungstage durchgeführt worden. Die Umstellung auf den Stationen erfolgte aber ohne die Begleitung der Experten der Niedersächsischen Akademie und war zum Zeitpunkt der Abschlußberichtslegung auch noch nicht abgeschlossen.

2 Darstellung der Umstellungsprozesse im Modell-Krankenhaus 3

Im Modell-Krankenhaus 3 wurden insgesamt acht Stationen in den Multiplikationsprozess einbezogen. Davon sind 5 Stationen der Inneren Abteilung zugehörig, eine der Neurologie, eine der Neurochirurgie, eine der Infektion und eine der HNO-Klinik. Neben der Umstrukturierung dieser Stationen sind von der stellvertretenden Pflegedienstleitung in Eigenregie noch zwei weitere Stationen der HNO und die Stationen der gynäkologischen Klinik umgestellt worden. Des Weiteren hatte die Fachbereichsleitung der chirurgischen Abteilung mit verschiedenen Veränderungsschritten begonnen. Zum Zeitpunkt der Abschlußevaluierung ist diese flächendeckende Einführung der Bereichspflege zwar noch nicht ganz abgeschlossen gewesen, aber sie befand sich in einem schon sehr fortgeschrittenen Stadium.

Der im Rahmen des Modellprojektes angeleitete Multiplikatorenprozess wurde intern von den leitenden Mitarbeitern der ersten beiden Modellstationen 27 und 28 unterstützt. Zum Teil gemeinsam mit der externen Expertin, zum Teil allein begleiteten sie die einzelnen Stationen in dem Prozeß der Umstrukturierung. Zuvor waren mindestens die Stationsleitungen und deren Vertretungen in der Pflegeprozeßmethode geschult worden, so daß vor Ort die internen Multiplikatoren vor allem die Umsetzung zu begleiten hatten.

Das methodische Vorgehen war einheitlich und begann mit diagnostischen Maßnahmen. Zum einen wurde von allen Stationen eine detaillierte Ist-Analyse ihrer Situation erarbeitet und zum anderen sind mit Hilfe eines Formblattes " Problemformulierungen und Lösungen" die Voraussetzungen und die veränderten Arbeitsabläufe in der Bereichspflege vor dem Hintergrund der konkreten Bedingungen geprüft und geplant worden. Dieses Arbeitsblatt, was zugleich die Funktion einer Checkliste hat, enthält folgende inhaltliche Differenzierungen:

1. Voraussetzungen schaffen
 - 1.1 Informieren, Motivieren
Erkennen der Notwendigkeit durch Aufzeigen der Defizite
 - 1.2 Erforderliche Anzahl von MitarbeiterInnen stellen
 - 1.3 Beherrschen der Pflegedokumentation
 - 1.4 Fortbildung aller MitarbeiterInnen
 - 1.5 Bereitstellen aller notwendigen Arbeitsmaterialien
Pflegewagen, Visitenwagen, Plantafel, RR-Geräte
 - 1.6 Dienstplangestaltung

- 1.7 Abgabe berufsfremder Tätigkeiten
- 1.8 Informationsgespräch mit den Stationsärzten sowie dem gesamten therapeutischen Team
- 2. Die Durchführung
 - 2.1 Mitarbeiter den Bereichen zuordnen (gemeinsame Entscheidungen), KoordinatorIn benennen
 - 2.2 Übergabe gezielt anhören
 - 2.3 Morgenarbeiten vorbereiten
Medikamente stellen, Spritzen aufziehen, etc
 - 2.4 Pflegebedarf ermitteln, danach Pflegematerialien im Pflegewagen bereitstellen
 - 2.5 Vor dem Patientenzimmer
 - mit KollegIn die Durchführung besprechen und planen
 - entscheiden, wer welche PatientIn versorgt
 - speziellen Pflegebedarf ermitteln; letzten Blick auf den Pflegewagen
 - 2.6 Im Patientenzimmer
 - Patienten über alles informieren
 - eine Pflegekraft erledigt alle Arbeiten an einem Patienten
 - Pflegeleistungen und -wirkungen werden sofort dokumentiert

Wenn alle Maßnahmen durchgeführt und die Patienten auch subjektiv gut versorgt sind, das nächste Zimmer (Wiederholung ab Punkt 2.5)

Die Ergebnisse der Problemformulierungen hinsichtlich der Voraussetzungen fielen sehr pointiert aus und konnten dort, wo Entscheidungen stationsübergreifend getroffen werden mußten, zum Gegenstand der Auseinandersetzung mit den Fachbereichsleitungen und der stellvertretenden Pflegedienstleitung werden. Bei den Vorbereitungen, die die Station zu leisten hatte und bei der Durchführung der bereichsbezogenen Pflegeprozeßmethode ließen sich mittels dieser Erhebung für die MultiplikatorInnen Konflikte focussieren, die besonderer Aufmerksamkeit ihrerseits bedurften. Dazu gehörte u.a. die Dienstplangestaltung. Hier waren die Stationsleitungen gefordert, bereichsbezogene Einsatzpläne vorzubereiten, die dann im einzelnen ausgewertet und gegebenenfalls korrigiert wurden.

Um den Grad des Erfolges in dem Umstellungsprozess meßbar und kontrollierbar zu machen, ist von der externen ExpertIn ein Erhebungsbogen entwickelt worden, der 14 Titelvorgaben hat und einmal die Situation vor und zum anderen nach der Umstrukturierung erfaßt. Von den acht begleiteten Stationen sind systematisch sechs Erhebungen durchgeführt worden, die - um ein zusammenfassendes Bild des Prozessverlaufes zu geben - an dieser Stelle ausgewertet werden sollen.

1. Fernziele: Pflegeorganisation/Bereichspflege

Ängste und Befürchtungen in Hinblick auf delegierte Verantwortlichkeiten sowie Kompetenzverschiebungen von Leitungsaufgaben in der Bereichspflege sind erkannt und abgebaut.

Situation vor der Umstrukturierung: Ängste und Unsicherheiten bei den Mitarbeitern und teilweise bei den Stationsleitungen Motiviert und gespannt	4 Stationen 2 Stationen
Situation nach der Umstrukturierung: Ängste und Befürchtungen größtenteils abgebaut davon 2 Stationen Kompetenzprobleme der Stationsleitungen Erwartungen positiv bestätigt, mehr Engagement	4 Stationen 2 Stationen

2. Die Bereichspflege ist eingeführt und es wird patientInnenorientiert ganzheitlich gearbeitet, d.h., auch in den PatientInnenzimmern werden die Arbeitsabläufe nach einem personenorientierten Bezugssystem organisiert

Situation vor der Umstrukturierung : Funktionelle Pflege Ansätze zur Bereichspflege	4 Stationen 2 Stationen
Situation nach der Umstrukturierung: ganzheitliche Bereichspflege ganzheitliche Bereichspflege mit Ausnahme bei personellen Engpässen	4 Stationen 2 Stationen

3. Arbeitszeitpitzen sind entzerrt, indem PatientInnen (Kategorie A3) auch am späten Vormittag oder Nachmittag versorgt werden

Situation vor der Umstrukturierung: Arbeitszeitpitzen sind nicht entzerrt, PatientInnen werden vom Nachtdienst gewaschen und /oder sind bis zum Frühstück vollständig versorgt PatientInnen (Kategorie 3) werden nach dem Frühstück versorgt	4 Stationen 2 Stationen
---	----------------------------

4. Führungsaufgaben der Leitung und Stellvertretung im Arbeitsablauf sind klar definiert. Sie arbeiten in den Bereichen mit oder sind KoordinatorInnen

Situation vor der Umstrukturierung: überwiegend Schreibtischdienst Mitarbeit in den Bereichen	4 Stationen 2 Stationen
Situation nach der Umstrukturierung: Stationsleitungen übernehmen Koordinationsaufgaben im Wechsel mit anderen Pflegekräften und sind in Bereiche eingeteilt Stationsleitungen übernehmen Koordinationsaufgaben und arbeiten in Bereichen	4 Stationen 2 Stationen

5. Pflegekräfte werden nach Qualifikation den Bereichen zugeordnet und dabei wird darauf geachtet, daß Bezugspersonen nicht zu häufig wechseln

Situation vor der Umstrukturierung	
häufiger Wechsel	4 Stationen
Einsatz nach Qualifikation soweit möglich	1 Station
keine Angabe	1 Station
Situation nach der Umstrukturierung	
wöchentlicher Wechsel	2 Stationen
14tägiger Wechsel	2 Stationen
unterschiedlich	2 Stationen
pro Bereich eine examinierte Pflegekraft	alle 6 Stationen

6. KoordinatorInnen für den Außendienst werden bestimmt

Situation vor der Umstrukturierung:	
Außendienst haben alle übernommen	4 Stationen
Stationsleitung übernimmt Außendienst	2 Stationen
Situation nach der Umstrukturierung:	
Bestimmung eines Koordinators, soweit Stellenschlüssel möglich macht, sonst zusätzlich zum Einsatz in Bereich	4 Stationen
Stationsleitung/Vertretung	2 Stationen

7. Nebenarbeiten sind an die Bereiche delegiert; z.B. Bestellungen, Reinigung der Nebenräume usw.

Situation vor der Umstrukturierung:	
Bestellungen: Stationsleitungen, andere Arbeiten:	alle 4 Stationen
jeweilige Einteilung durch die Stationsleitung	2 Stationen

8. Pflegedokumentation. Das Hinz-Dokumentationssystem ist eingeführt. Die Pflegeinformationssammlung wird vollständig erhoben und auf dem Deckblatt dokumentiert. Die Reiterleisten werden korrekt gezogen.

Situation vor der Umstrukturierung:	
keine Pflegeplanung	3 Stationen
Pflegeinformationssammlung wurde erhoben	3 Stationen
Reiterlisten werden nicht benutzt oder zweckentfremdet	alle 6 Stationen
Situation nach der Umstrukturierung:	
Pflegeplanung bei PatientInnen A2/A3	6 Stationen
Reiterleisten werden korrekt gezogen	alle 6 Stationen

9. Alle Pflegekräfte beherrschen den Pflegeprozeß

Situation vor der Umstrukturierung	
Jüngere MitarbeiterInnen haben Kenntnisse	3 Stationen
keine Voraussetzungen	3 Stationen
Situation nach der Umstrukturierung	
Fast alle MitarbeiterInnen	4 Stationen
Alle MitarbeiterInnen	2 Stationen

10. Die Pflegewirkung ist in der Dokumentation durch den Pflegebericht nachweisbar

Situation vor der Umstrukturierung	
nur teilweise, die Dokumentation ist eher medizinisch ausgerichtet	4 Stationen
die Pflegewirkung ist nicht nachweisbar	2 Stationen
Situation nach der Umstrukturierung	
Pflegewirkung ist überwiegend nachweisbar	5 Stationen
Pflegewirkung ist nicht ausreichend nachweisbar	1 Station

11. Die mündlichen Pflegeberichte zur Schichtübergabe werden mit dem Pflegedokumentationssystem durchgeführt; dabei sind Pflegeziele und Pflegewirkung Gesprächsgrundlagen

Situation vor der Umstrukturierung	
Die Dokumentation wird selten bei der Übergabe zugrundegelegt und Pflegeziele und -wirkung sind keine Bezugspunkte	4 Stationen
Die Übergabe ist pflegorientiert	2 Stationen
Situation nach der Umstrukturierung	
Übergabe immer noch medizinisch orientiert	1 Station
Stärkere Orientierung an pflegerische Inhalten	3 Stationen
Übergabe ist pflegeorientiert	2 Stationen

12. Einstufung in Pflegekategorien

Die Leistungsermittlung durch die Einkategorisierung kann in der Pflegedokumentation nachgewiesen werden

Situation vor der Umstrukturierung	
Einkategorisierung ist nachvollziehbar	4 Stationen
keine Angaben	2 Stationen
Situation nach der Umstrukturierung	
Einkategorisierung ist nachvollziehbar	4 Stationen
keine Angaben	2 Stationen

13. Kooperationsbereitschaft des Medizinischen Dienstes

Die StationsärztInnen zeigen sich kooperativ sowohl in Hinblick auf die neue Dokumentation als auch auf die Bereichspflege

Situation vor der Umstrukturierung	
Kooperationsprobleme	4 Stationen
gute Zusammenarbeit	2 Stationen
Situation nach der Umstrukturierung	
ÄrztInnen sind informiert und unterstützen die Umstrukturierung	6 Stationen

14. Allgemeine Teamstimmung in Hinblick auf die Einführung der Bereichspflege

Situation vor der Umstrukturierung	
Kritisch und zurückhaltend	2 Stationen
Motiviert	2 Stationen
Teils zurückhaltend, teils motiviert	2 Stationen
Situation nach der Umstrukturierung	
Arbeitszufriedenheit ist deutlich gewachsen	4 Stationen
Stimmung gleichbleibend gut	2 Stationen

3 Darstellung der Umstellungsprozesse im Modell-Krankenhaus 4

Im Modell-Krankenhaus 4 wurde nach der Qualifizierungsphase für die MultiplikatorInnen ein im monatlichen Abstand stattfindendes Treffen eingerichtet, in dem sowohl grundsätzlich zur Rolle und zu den Aufgaben der MultiplikatorInnen gearbeitet wurde, als auch zur Verlaufsplanung. Waren zu Beginn in diesem Kreis ca. 10 Personen vertreten, so reduzierte sich diese Anzahl später auf die Hälfte.

In Zusammenarbeit mit einer Fachexpertin von der Niedersächsischen Akademie wurden zunächst die Stationen 1 und 15 in die Umstellung mit einbezogen. Während dort der Umstrukturierungsprozeß noch in Gang war, wurde bereits auf den nächsten Stationen versetzt mit den vorbereitenden Schulungen und der Praxisbegleitung durch die hausinternen Experten begonnen. Bei einer Aufteilung aller PflegemitarbeiterInnen in sieben Gruppen wurde der Start jeder Gruppe zunächst im Abstand von einem Monat geplant - von Ende Januar bis Ende April - eine Gruppe soll im November beginnen und zwei weitere 1996. Den zeitlich versetzten Fortbildungsveranstaltungen zu den Grundlagen des dokumentierten Pflegeprozesses und zur Bereichspflege folgen pro Station drei Tage Praxisbegleitung durch die MultiplikatorInnen. Im Anschluß daran versuchen die Pflegekräfte für einen Zeitraum von drei Wochen das Gelernte anzuwenden. Es folgen wieder zwei Tage Praxisbegleitung, vier Wochen Probezeit und schließlich ein Praxisbegleitungstag, an dem die Abschlußauswertung erfolgt.

Das hohe zeitliche Tempo und der Umfang der geplanten Veränderungsmaßnahmen wäre unrealistisch, wenn nicht im Modell-Krankenhaus 4 der Vorteil von zwei Vollzeitstellen gegeben wäre, die von Pflegefachkräften (einer mit Pflegedienstleitungsausbildung) besetzt sind, die sich ausschließlich dieser Aufgabe widmen können sind. Dennoch hatte zu Beginn der MultiplikatorInnenarbeit die Zusammenarbeit mit der externen Expertin von der Niedersächsischen Akademie eine wichtige Bedeutung, da die Akzeptanzen gegenüber den internen Experten nicht sehr hoch ausgeprägt waren. Dies ist zwar z.T. immer noch ein Problem, aber gegenüber der Ausgangssituation hat sich ihre Position stabilisiert.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Multiplikatorenarbeit zusammengefaßt dargestellt.

Station 15

(Innere Abteilung)

Zu Beginn wurden mit allen Mitarbeitern gemeinsam Ziele festgelegt, die die Station erreichen will. Diese Soll-Analyse unterteilte sich in

- a) Patientenbezogene Ziele (ganzheitliche Versorgung, Selbstständigkeit des Patienten fördern, Pflegedokumentation und Pflegeplanung verbessern, intensivere Beziehung zu den Patienten)
- b) personalbezogene Ziele (strukturiertes Arbeiten, mehr Ruhe, höhere Arbeitszufriedenheit, ein Zuwachs an Verantwortung und Fachkompetenz)

Im Anschluß daran wurden die organisatorischen Vorbereitungen getroffen und Arbeitsabläufe neu organisiert:

- Aufteilung der Station in drei Bereiche (flexible Belegung hinsichtlich der Pflegeintensität der Patienten)
- Aufteilung von bereichsübergeordneten Arbeiten (Säubern von Räumen und Bestellung von Material und Vorrat)
- Verlagerung von Tätigkeiten in den Nachtdienst und Rückverlagerung von Tätigkeiten in den Tagesdienst (die Nachtwache übernimmt Apothekenbestellung, stellt die Medikamente und richtet das Labor, Infusionen und Kurzinfusionen für den nächsten Tag; der Frühdienst wäscht die PatientInnen)
- Einrichtung einer Plantafel
- Bestellung von zwei zusätzlichen Pflegewagen
- Einrichtung von zwei zusätzlichen Schreibplätzen
- Bestellung eines zusätzlichen (mobilen) Telefons
- Erstellung eines bereichsbezogenen Dienstplanes

Um eine relativ ungestörte Arbeit in den Bereichen zu ermöglichen, wurde auch das Aufgabenfeld der Stationsassistentin neu definiert. Sie soll verantwortlich für die Lagerbestellung sein, Materialien ausfüllen und Flurschränke ver- und entsorgen. Ansonsten soll sie wie bislang Telefondienste, Administration und Termineinholung übernehmen. Sinnvoll erschien bei der Restruk-

turierung der Tätigkeiten der Stationsassistentin, ihren Arbeitsbeginn auf 8.00 Uhr zu verschieben. Hier konnte jedoch noch keine abschließende Einigung erreicht werden.

Bei der Neugestaltung des Arbeitsablaufes durch die bereichsbezogene Pflege wurden Grenzen und Hindernisse deutlich durch die vielen Krankentransporte, die in den Vormittagsstunden anfallen. Im Modell-Krankenhaus 4 existiert kein zentraler Transportdienst. Die für alle Stationen geltende Belastung diesbezüglich hat negative Auswirkungen auf eine strukturierte Arbeit nach und in den Bereichen.

Im Verlauf der "Probezeit" und an den verschiedenen Beratungstagen wurde deutlich, daß viele Veränderungsschritte positiv vollzogen worden sind. Die MitarbeiterInnen beherrschen den dokumentierten Pflegeprozeß und sind in der Lage, ihn in die Praxis umzusetzen. Allerdings empfinden die Pflegekräfte in Verbindung mit den vielen anderen Aufgaben einen großen Zeitdruck, der manchmal auch dazu führt, keine Planungen zu entwickeln. Hier wäre es wichtig, daß die Stationsleitung entsprechende Unterstützung gibt. Der Dienstplan sieht vor, daß sie nicht fest in die Bereichspflege eingeplant ist. Dadurch sind optimale Bedingungen gegeben, daß die Stationsleitung ihren Leitungsaufgaben nachkommen kann, die z. Zt. vor allem im Bereich Mitarbeiteranleitung und -beratung und Qualitätskontrollen über die Durchführung von Pflegegesprächen und Pflegeplanungen liegen. Hier gibt es aber noch große Unsicherheiten und Qualifikationsdefizite, die dazu führen, daß die Stationsleitung teilweise in die Koordinationsaufgaben der Stationsassistentin hineinregiert, um sich ein eigenes Aufgabenprofil zu schaffen. Folge dessen sind Kompetenzkonflikte zwischen der Stationsleitung und der Stationssekretärin und zwischen der Stationsleitung und dem Team, das sich mehr Unterstützung wünscht. Zum Zeitpunkt der Abschlußevaluierung sind diese Kritikpunkte zwar angesprochen, aber noch nicht gelöst worden. Allein die Bestimmung und Abgrenzung der Aufgaben von MitarbeiterInnen, Stationsassistentin und Stationsleitung bewirkt noch keinen Zuwachs an inhaltlicher Qualifikation für die entsprechenden Aufgaben. Hier ist eine längere Probezeit nötig, in der vor allem die Stationsleitung in ihren neuen Verantwortlichkeiten entsprechend angeleitet und unterstützt werden muß.

Station 1

(Chirurgische Abteilung)

Anlog zu dem Vorgehen auf der Station 15 wurden zunächst die gemeinsamen Ziele herauskristallisiert, die wie folgt formuliert wurden:

Wir wollen patientInnenorientiert pflegen,

- indem nur noch im Einzelfall PatientInnen im Nachtdienst gewaschen werden
- indem jede Pflegenden die gesamte pflegerische Betreuung für eine bestimmte Anzahl von PatientInnen übernimmt, d.h. auch:
 - bei allen PatientInnen soll ein Aufnahmegespräch geführt werden
 - die Arbeit soll mit Hilfe der Pflegeplanung organisiert werden,
 - dadurch erhoffen wir uns mehr Verantwortungsübernahme,

- wir wollen eine bessere SchülerInnenanleitung durchführen,
- wir wollen eine bessere Zusammenarbeit mit den ÄrztInnen erreichen

Nach dieser Zielbestimmung erfolgte die Aufteilung der Station in drei Bereiche sowie die organisatorischen Vorbereitungen und die Neugestaltung der Arbeitsabläufe, die im wesentlichen denen der Station 15 ähneln. Wie dort war die Grundlage für die Planung von veränderten Arbeitsabläufen eine Ist-Analyse eines durchschnittlich verlaufenden Tages in Funktionspflege. Vor dem Hintergrund der Einteilung nach Bereichen konnte ein Schwerpunkt auf die Entzerrung von Arbeitsverdichtungen insbesondere in den Vormittagsstunden gelegt werden. Anders als auf der Station 15 verfügt die Station 1 allerdings nicht über eine Stationsassistentin. Da auch die Stationsleitung voll mit in die Bereichspflege eingeplant werden muß, wurden die Koordinationsaufgaben und die organisatorischen Tätigkeiten wie die anderen bereichsübergeordneten Aufgaben jeweils den einzelnen Bereichen zugeordnet.

Anders auch als auf der Station 15 hatte die Station 1 mit dem Problem zu tun, daß die chirurgischen Ärzte der Bereichspflege skeptisch gegenüberstehen und erwarten, daß die Pflegekräfte ärztliche Tätigkeiten bezüglich der Wundversorgung übernehmen, was einen großen Zeitaufwand erforderlich macht. Einige Pflegekräfte finden diese Tätigkeiten sehr attraktiv, so daß keine Basis für eine Neuverhandlung der Trennung von Kompetenzen diesbezüglich gegeben ist.

Obgleich die qualifikatorischen Grundlagen für die Umsetzung der Pflegeprozeßmethode allen MitarbeiterInnen vermittelt worden ist, stellten sich im Prozeß der Umstrukturierung viele Probleme ein. Ein wichtiger Grund hierfür ist sicherlich der hohe Arbeitsanfall auf dieser Station durch die große Anzahl an pflegeintensiven PatientInnen. Darüberhinaus zweifeln aber auch die MitarbeiterInnen immer wieder an den Neuerungen, wobei sie gerade die zusätzlichen administrativen Arbeiten als besondere Arbeitsbelastung empfanden. Ein Auszug aus einem Verlaufsprotokoll eines Beratungstages mag dies veranschaulichen:

"... in den vergangenen sieben Tagen war der Arbeitsanfall auf der Station 1 hoch, wohl auch, weil Station 2 eine Woche vor Weihnachten geschlossen wird. Die Bereiche waren immer eingeteilt, Probleme von seiten der Organisation gab es nicht. Der Dienstplan mußte an keiner Stelle verändert werden. Es blieb aber keine Zeit für Aufnahmegespräche und Pflegeplanung, so daß die Vorstellung von zwei Fallbeispielen ausfallen muß. Bei der Durchsicht der Pflegeberichte fällt aber auf, daß diese ausführlicher geschrieben sind als bisher. Alle MitarbeiterInnen erscheinen "genervt" und wohl auch überfordert. Skepsis gegenüber der Bereichspflege wird ausgedrückt. ... Am 16.12. erscheint der Frühdienst erschöpft. Zur Übergabe sind nicht alle "Frühdienstler" pünktlich in der Küche. Aber anstatt schon mal in einem Bereich anzufangen, wird erstmal gewartet, bis es dann doch zu lange dauert. Bereich 2 fängt mit der Übergabe an. Danach soll hier die Visite stattfinden. Anstatt die Pflegenden des Spätdienstes zu bitten, mitzugehen, will die Frühdienstschwester noch mitgehen, da doch die ganze Übergabe noch nicht stattgefunden hat. Hier fehlt manchmal der Überblick und die Flexibilität."

Was in diesem kurzen Protokollauszug deutlich wird, ist nicht nur eine objektiv hohe Arbeitsbelastung, sondern auch Verweigerungstendenzen bei den MitarbeiterInnen. Und diese sind schließlich auch wesentlicher Grund für den frühzeitigen Abbruch der Prozeßbegleitung auf dieser Station. Zwar wurde in diesem Zusammenhang nicht die Aufteilung der Bereiche rückgängig gemacht aber folgende, von der Prozeßbegleitung festgestellten Defizite sind von den MitarbeiterInnen vorerst nicht weiter bearbeitet worden:

- der Nachtdienst wäscht z.T. weiter die PatientInnen
- es werden keine Aufnahmegespräche durchgeführt
- Bedürfniserfassung nach dem Zufall
- keine kontinuierliche Dokumentation
- fehlende Pflegeplanung
- keine klare Aufteilung der bereichsübergeordneten Aufgaben
- keine bereichsbezogene Essensaufnahme und -verteilung
- keine bereichsbezogene Begleitung der Visiten des Chefarztes

Personelle Knappheit und unzureichende räumliche Bedingungen sind durchgängig die Argumente des Pflegepersonals gewesen, wenn es darum ging, die Ursachen dieser Defizite herauszuarbeiten. Trotz nicht vorhandener Stelle einer Assistentin und der Einplanung der Stationsleitung in einen Bereich sind in der Regel täglich sechs Pflegekräfte jeweils morgens und nachmittags im Dienst. Darüber hinaus ist eine weitere zusätzliche Dauernachtwache (8 Nächte) eingestellt und eine zusätzliche examinierte Pflegekraft in Aussicht gestellt worden. Damit sind zwar noch keine optimalen, aber mögliche Bedingungen für den Umstrukturierungsprozeß hergestellt worden. Die Tatsache, daß dieser dennoch nicht erfolgreich umgesetzt werden kann, liegt an dem Festhalten an alten Gewohnheiten, die die Einführung von Neuerungen blockieren. So ist z.B. das Bewußtsein, daß eine Pflegeplanung letztendlich die Arbeit erleichtert und überschaubar macht, noch nicht vorhanden. Dieses Beispiel steht für viele andere Vorteile eines strukturierteren Vorgehens, welches mit der Pflegeprozeßmethode verbunden ist. Obgleich die grundlegenden Kenntnisse diesbezüglich vermittelt worden sind, sind offensichtlich keine, oder nur ganz geringe Identifikationen mit den Inhalten einer ganzheitlichen Pflege entstanden. Hier ist es notwendig, weitere Diskussionen zu führen und bewußtseinsbildende Prozesse in Gang zu setzen.

Kapitel VI

Ergebnisse der Maßnahmen zur Verbesserung des Pflegemanagements

1 Konzeptionelle Überlegungen und methodisches Vorgehen

Wie Erfahrungen aus den USA mit der Vergütung auf leistungsbezogene Entgeltformen zeigen, kommen auf das Pflegepersonal neue Anforderungen zu, die sich sowohl auf die Qualität von Leistungen beziehen, als auch auf ökonomisch effizientes Arbeiten. D.h., mit den 1996 verbindlich geltenden Abteilungspflegesätze und leistungsorientierten Entgelten wird es notwendig, die Leistungen unter den Gesichtspunkten Anzahl, Kosten und Qualität ständig zu überprüfen und gegebenenfalls neu zu bestimmen. Erforderlich ist in diesem Zusammenhang vor allem die Definition und Dokumentation von Pflegeleistungen, für die die Pflegepersonalregelung wichtige Planungs- und Entscheidungsdaten liefert. Da durch das GSG ein zunehmender Wettbewerb unter den Krankenhäusern initiiert wird, müssen zukünftig dabei Qualitätssicherungsaspekte berücksichtigt werden. Für eine Qualitätssicherung sind Pflegestandards nötig. Diese ermöglichen zugleich eine Überprüfung des Leistungsgeschehens unter ökonomischen Gesichtspunkten.

Die mit diesen neuen Entwicklungen verbundenen Veränderungen für das Pflegepersonal hat insbesondere Konsequenzen im Bereich der Führung, bzw. des Pflegemanagements. Bislang waren durch die pauschalierten Pflegesätze und das Selbstkostendeckungsprinzip wenig bis keine Anreize vorhanden, mit den verfügbaren Ressourcen sparsam zu wirtschaften. Das leitendes Personal in der Pflege war - und ist oft noch - entsprechend überwiegend mit Verwaltungsaufgaben betraut. Mit der Restrukturierung der Patientenversorgung nach marktwirtschaftlichen Prinzipien muß der Pflegebereich neue Führungsstrukturen und -inhalte aufbauen und entwickeln, um den zeitbezogenen Einsatz von personellen Ressourcen und Sachmitteln gewährleisten zu können.

Ein den aktuellen Herausforderungen angepaßtes Pflegemanagement bedarf im wesentlichen folgender Instrumente:

- Beschreibung aller qualitativer und kosteneffektiver Leistungen der Patientenversorgung im Rahmen der Gesamtzielsetzung des Krankenhauses, innerhalb derer die Pflege als eigenständiger Leistungsbereich erkennbar ist
- Entwicklung eines Organigramms für den Pflegedienst
- Erarbeitung von Führungsleitlinien im Pflegedienst
- Erarbeitung von Stellenbeschreibungen für den gesamten Pflegedienst
- Überprüfung und Anpassung der technischen und personellen Voraussetzungen zur Wahrnehmung neuer Aufgaben im Pflegemanagement

- Schaffung einer den neuen Herausforderungen entsprechenden Informations- und Kommunikationsstruktur im Pflegebereich

Der Einsatz der genannten Instrumente ermöglicht, bzw. erleichtert eine klare Abgrenzung von Verantwortung, Kompetenzen und Aufgaben auf den verschiedenen Hierarchieebenen. Dabei ist es im Rahmen einer Neuorganisation der Führungsstruktur des Pflegedienst von besonderer Bedeutung, die Planungs- und Entscheidungskompetenzen an die Stellen anzubinden, die in bezug auf die Aufgabenstellung über die umfassendsten und aktuellsten Informationen und Qualifikationen verfügen. Verzögerungen von Entscheidungen können so entgegengewirkt und qualitative Leistungserbringung sichergestellt werden.

Die Dezentralisierung von Entscheidungsprozessen, bzw. deren Delegation entspricht auf den nachgeordneten Ebenen einer gravierenden Veränderung des Aufgabenprofils der Stationsleitungen. Die mit der Pflegepersonalregelung geforderte Umstellung auf die Einführung der Pflegeprozeßmethode hat Auswirkungen auf den Modus der Pflege. Anstelle der funktionellen Pflege ist eine Arbeitsorganisation erforderlich, die die ganzheitliche Pflege der PatientInnen gewährleistet. Je nach technischer und personeller Ausstattung kann die Bezugspflege, die Bereichspflege oder die Seitenpflege eingeführt werden. Dieser neue Pflegemodus hat zur Folge, daß die Pflegekräfte in ihrem Zuständigkeitsbereich ihre Arbeit selbst planen und entsprechend umfassend über "ihre" Patienten informiert sind. Die Stationsleitungen verlieren damit ihr altes Informationsmonopol und entsprechend mindert sich ihre Weisungsfunktion bezüglich pflegerischer Arbeitsabläufe. Insgesamt verschiebt sich ihr Aufgabenspektrum zugunsten der Sicherung pflegerischer Qualität in bezug auf Qualifikation, Personaleinsatzplanung und organisatorische Voraussetzungen.

Im Rahmen des Modellversuchs ist es aus zeitlichen und finanziellen Gründen nicht möglich gewesen, alle Führungsebenen systematisch zu untersuchen und in gemeinsamer Diskussion mit den beteiligten MitarbeiterInnen Neuerungen zu initiieren.

Ausgehend von den besonders einschneidenden Veränderungen im Anforderungsprofil der mittleren Führungsebene und in Anbetracht ihrer zentralen Funktion bei denen durch das Modell initiierten und begleiteten Umstrukturierungsprozessen pflegerischer Arbeitsabläufe, wurde ein besonderer Schwerpunkt auf den Rollenwandel von Stationsleitungen gelegt. In allen beteiligten Modellkrankenhäusern ist eine Reihe von Workshops zur Kompetenz- und Aufgabenklärung von Leitungskräften unter den Bedingungen der Einführung patientenorientierter Pflegesysteme durchgeführt worden. Methodisch gliederte sich das Vorgehen dabei in drei Schritte:

In einem ersten Zugang ist ein Ist-Soll-Vergleich in Hinblick auf die pflegerischen, personalbezogenen und betriebsbezogenen Kompetenzen und Aufgaben erarbeitet worden. Die Ursachen, bzw. Defizite von Abweichungen in dem Vergleich wurden markiert und in Problemkataloge differenziert, die zugleich nach Entscheidungskompetenzen unterschieden wurden:

1. Problemen, die in eigener Regie gelöst werden konnten
2. Problemen, die mit der Pflegedienstleitung zu klären waren

Zentrales Thema des zweiten Schrittes waren dann die Besprechungsmodalitäten und -inhalte des Pflegedienstes. Angefangen von der Informations- und Kommunikationsstruktur auf den Stationen, über die Abteilungen bis hin zu abteilungsübergreifenden Besprechungen mit der Pflegedienstleitung wurden auch hier der Ist-Zustand ermittelt, die Soll-Situation diskutiert und Veränderungsbedarfe nach Zuständigkeitsbereichen bestimmt.

In einem letzten Schritt sind die Ergebnisse dieser Diskussionen in einer Arbeitsklausur der Pflegedienstleitung präsentiert worden mit der Intention, Planungs- und Entscheidungskompetenzen auszudifferenzieren und die Kooperation zwischen Pflegedienstleitung, Fachbereichsleitungen und Stationsleitungen zu verbessern.

Die folgenden Ausführungen stellen die Ergebnisse der einzelnen Schritte dieser Maßnahme dar.

2 Rolle und Aufgabenprofil von Stationsleitungen in der Bereichspflege

In den Workshops zur Problematik "Rollenwandel und Veränderung des Aufgabenprofils von Stationsleitungen in der Bereichspflege" ist die TeilnehmerInnenzusammensetzung in Hinblick auf praktische Erfahrungen mit den beginnenden Umstrukturierungsprozessen sehr heterogen gewesen. So waren einmal die Modellstationen vertreten, auf denen die Veränderungen organisiert angeleitet wurden, des weiteren solche Stationen, die in Eigeninitiative erste Veränderungsprozesse in Gang gesetzt hatten und schließlich solche, auf denen weiterhin in der Funktionspflege gearbeitet wurde. Entsprechend war sowohl der Diskussionsbedarf als auch die Motivation, die anstehenden Veränderungen umzusetzen, ganz unterschiedlich ausgeprägt.

Bei den Stationsleitungen, deren Stationen im Rahmen des Modellversuchs bei den Veränderungen begleitet wurden, zeigten sich ambivalente Haltungen im Sinne eines Hin- und Hergerissen- Fühlens zwischen Neugestaltungswünschen und Überforderungsgefühlen. Bei einer nächsten Gruppe dominierten deutlich die Ängste vor Funktions- und Autoritätsverlust und schließlich gab es einzelne Leitungskräfte, die sich einen klaren Kompetenzzuwachs hinsichtlich ihrer Führungsaufgaben erhofften.

Neben diesen speziellen unterschiedlichen Ausgangsbedingungen war ein prägnantes - allen Modell-Krankenhäusern gemeinsames - Charakteristikum in der Leitungssituation der Pflege der gering ausgebildete Grad der Kooperation untereinander sowie mit den Fachbereichsleitungen und der Pflegedienstleitungen. Neben der Klärung neuer Kompetenzen und Aufgabenprofile hatten die Workshops hier den überaus wichtigen Effekt, die Kommunikation und Auseinandersetzung innerhalb der mittleren Führungsebene und hin zu den übergeordneten Entscheidungsebenen zu öffnen und neu zu beleben.

Ein weiteres gemeinsames Merkmal aller Modellkrankenhäuser war das Fehlen von Stellenbeschreibungen im Pflegebereich. Dies wurde bei dem Ist-Soll-Vergleich der Aufgabenprofile von Stationsleitungen in der Bereichspflege zum Anlaß genommen, die in Stellenbeschreibungen übliche Unterteilung nach pflegebezogenen, personalbezogenen und betriebsbezogenen Aufgaben zu übernehmen. Im Ergebnis sollten auf diese Weise Tätigkeitskataloge entstehen, die eine fundierte - und von den Betroffenen diskutierte - Grundlage für die spätere Erarbeitung von Stellenbeschreibungen darstellen.

Ein Vergleich der nachfolgend abgebildete Arbeitsergebnisse zeigt zunächst, daß die Aufgabenschwerpunkte im wesentlichen ähnlich formuliert werden.

Differenzen werden eher deutlich bei den Defiziten/fehlenden Voraussetzungen, um diese Anforderungen effektiv umsetzen zu können. So fehlen beispielsweise im Modellkrankenhaus 4 geeignete Arbeitsmittel, um den Pflegeprozeß zu dokumentieren. Die Anschaffung eines neuen Dokumentationssystems und die erforderliche Einarbeitung der Mitarbeiter in dieses Systems war zum Zeitpunkt dieser Maßnahme erst in Planung. Bei den personalbezogenen Aufgaben zeigt sich im Modellkrankenhaus 2 ein besonderes Problem hinsichtlich außerplanmäßiger Urlaubs-, bzw. Krankheitsvertretungen. die wenigen zur Verfügung stehenden Aushilfskräfte werden dezentral von den Stationen angefordert ohne Koordination durch die Pflegedienstleitung. In der Folge kommt es sowohl zu Engpässen, als auch zu Problemen dadurch, daß die Aushilfskräfte nicht systematisch klinikbezogen eingearbeitet worden sind. Auch bei den betriebsbezogenen Aufgaben kristallisiert sich im Modellkrankenhaus 2 ein besonderes Problem heraus im Zusammenhang mit der Medikamentenausgabe, bei der es einen ungeklärten Kompetenzkonflikt zwischen ärztlichem Dienst und Pflegepersonal gibt. Im Modellkrankenhaus 3 ist als besonderes Defizit bei den betriebsbezogenen Aufgaben das unübersichtliche Anforderungsscheinsystem und die unübersichtlichen Bestellkataloge genannt worden, die den planbaren und wirtschaftlichen Umgang mit Pflegeutensilien und anderen Bedarfen erschwert.

Arbeitsergebnisse im Modellkrankenhaus 1

<i>Pflegebezogene Aufgaben</i>	<i>Defizite / fehlende Voraussetzungen</i>
<ul style="list-style-type: none"> Koordination des Pflegeablaufs Durchführung Pflege tägliche Dienstübergabe Anleiten des dokumentierten Pflegeprozesses Anregen neuer Pflegemethoden Diskussion im Team über pflegerische Probleme Qualitätskontrolle Hygieneüberwachung Arztvisiten begleiten zukünftig: Pflegevisiten 	<ul style="list-style-type: none"> Zeitplanungsprobleme Fortbildungsbedarf zu wenig Kenntnisse Fortbildungsbedarf nach Bedarf absprechen Schulungsbedarf
<i>Personalbezogene Aufgaben</i>	<i>Defizite / fehlende Voraussetzungen</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Kontrolle: Dienstplangestaltung, Lohnstundennachweise, Urlaubsplanung - Teamsitzungen - Förderung zur Weiterbildung - Kontrolle und Koordination der Einarbeitung von MA und Schülern - Besprechungen mit der PDL - Mitarbeiterbeurteilungen - Gespräche mit Mitarbeitern 	<ul style="list-style-type: none"> - fehlende Zeitressourcen - fehlende Zeitressourcen - fehlende Systematik - Praxisanleiter fehlen - tägl. Kontakt notwendig - wenig Übung - fehlende Zeitressourcen
<i>Betriebsbezogene Aufgaben</i>	<i>Defizite / fehlende Voraussetzungen</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Kontrolle: BTM - Kontrolle: Bestellungen Apotheke - Kontrolle: Reparaturen - Zusammenarbeit mit anderen Abteilungen - wirtschaftliches Arbeiten 	<ul style="list-style-type: none"> - lange Wartezeiten - wenig Kooperationsbereitschaft - fehlende Planungstechnik unklare Vorgaben

Arbeitsergebnisse im Modellkrankenhaus 2

<i>Pflegebezogene Aufgaben</i>	<i>Defizite / fehlende Voraussetzungen</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Durchführung Grund- und Behandlungspflege - - Kontrolle: dokumentierter Pflegeprozess - Hilfestellung bei pflegerischen Fragen - Koordination des Pflegeablaufs - - Hygieneüberwachung - Anleiten der Übergabe - Fortbildungsbedarf - Qualitätskontrolle - Arztvisiten 	<ul style="list-style-type: none"> - starke zeitliche Bindung - Fortbildungsbedarf - kaum Planungstechniken - kein Transfer von Hygienestandards auf die Station - kein klares Konzept - Fortbildungsbedarf - in Absprache mit den Bereichsschwestern
<i>Personalbezogene Aufgaben</i>	<i>Defizite / fehlende Voraussetzungen</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Besprechungen mit der PDL - Kontrolle: Dienstpläne, Urlaub, Lohnstundennachweise - Mitarbeiterbeurteilungen - Teambesprechungen - Kontrolle: Einarbeitung von MA - Kontrolle und Beratung des Pflegepersonals - Förderung zur Weiterbildung - Informationsweitergabe 	<ul style="list-style-type: none"> - zu wenig Austausch - fehlende Zeitressourcen - fehlende Zeitressourcen - bisher: keine Systematik
<i>Betriebsbezogene Aufgaben</i>	<i>Defizite / fehlende Voraussetzungen</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Kontrolle: Apotheke Anforderungen - Kontrolle: Medikamentenausgabe - Zusammenarbeit mit anderen Abteilungen - Kontrolle: medizinische Geräte - wirtschaftliches Arbeiten - Teilnahme an Besprechungen 	<ul style="list-style-type: none"> - Kompetenzkonflikt mit ärztlichem Dienst - Kooperationsprobleme - fehlende Vorgaben

Arbeitsergebnisse im Modellkrankenhaus 3

<i>Pflegebezogene Aufgaben</i>	<i>Defizite / fehlende Voraussetzungen</i>
<ul style="list-style-type: none">- voller Einsatz bei pflegerischer Tätigkeit- Koordination des Pflegeablaufs- Kontrolle: dokumentierter Pflegeprozess- Anregen neuer Pflegemethoden- Kontrolle: Pflegequalität- Überwachung Hygiene - tägl. Dienstübergabe- tägl. Dienstübergabe	<ul style="list-style-type: none">- notwendig durch personelle Engpässe- Planungsdefizite- Praxisanleitung erforderlich- Fortbildungsbedarf- Pflegestandards fehlen- zu wenig Unterstützung durch Hygienefachkraft
<i>Personalbezogene Aufgaben</i>	<i>Defizite / fehlende Voraussetzungen</i>
<ul style="list-style-type: none">- Informationsbeschaffung/ Weitergabe- Kontrolle und Beratung des Pflegepersonals- Mitarbeiterbeurteilung- Einarbeiten neuer MA- Kontrolle: Dienstpläne, Urlaub, Zeitzuschläge- Förderung zur Weiterbildung- Kontrolle: Reinigungspersonal- Teambesprechungen- Besprechungen mit FBL und PDL	<ul style="list-style-type: none">- zu wenig Zeit- Standard fehlt- Standard fehlte - keine Systematik- Kompetenzprobleme- zu unregelmäßig- zu selten
<i>Betriebsbezogene Aufgaben</i>	<i>Defizite / fehlende Voraussetzungen</i>
<ul style="list-style-type: none">- Kontrolle: Apothekenanforderung- Kontrolle: Speiseanforderungen - wirtschaftliches Arbeiten - Zusammenarbeit mit anderen Bereichen- Kontrolle: Reparaturen- BTM Kontrolle	<ul style="list-style-type: none">- kein Faxgerät für Nachbestellungen- kein Anrufbeantworter für Um- oder Nachbestellungen- keine Vorgaben, kein Duplikat von Bestellungen Anforderungsscheine unübersichtlich - Kooperationsprobleme- lange Wartezeiten

Arbeitsergebnisse im Modellkrankenhaus 4

<i>Pflegebezogene Aufgaben</i>	<i>Defizite / fehlende Voraussetzungen</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Einbindung in den täglichen Pflegeablauf - Koordination des Pflegeablaufs - Anleiten des dokumentierten Pflegeprozesses - Anleitung der Übergabe - Qualitätskontrolle - Anregung neuer Pflegemethoden - Hygieneüberwachung - Arztvisite begleiten 	<ul style="list-style-type: none"> - gebundene Zeit - wenig Übung - Arbeitsmittel fehlen - unsystematisch - Fortbildungsbedarf - Standards fehlen - nach Bedarf absprechen
<i>personalbezogene Aufgaben</i>	<i>Defizite / fehlende Voraussetzungen</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Kontrolle: Dienstpläne, Urlaubsplanung, Stundennachweise - Beurteilung von MA - Einarbeitung neuer MA - Neueinstellung/Umbesetzung - Fortbildung fördern - Teamsitzungen - Besprechungen mit der PDL 	<ul style="list-style-type: none"> - Planungsdaten fehlen - zu wenig Aushilfen/Pool, nicht klinikbezogen eingearbeitet - Standard fehlt - zu wenig Mitspracherecht - zu unregelmäßig - zu unregelmäßig - zu unregelmäßig
<i>betriebsbezogene Aufgaben</i>	<i>Defizite / fehlende Voraussetzungen</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Kontrolle: Speiseanforderungen - Kontrolle: Anforderung von Pflege- und Schreibutensilien - wirtschaftliches Arbeiten - Kontrolle BTM - Kontrolle: Reparaturen - Informationsbeschaffung - Vermittlung zu anderen Bereichen 	<ul style="list-style-type: none"> - - Limitierung durch PDL - keine Vorgaben - - - - Kooperationsproblem

Neben diesen Differenzen in den Defiziten/fehlenden Voraussetzungen werden jedoch auch viele ähnliche Probleme deutlich. Bei der Zuordnung nach Problemfeldern, die zum einen von den Pflegekräften auf den Stationen in eigener Regie gelöst werden können und zum anderen zu solchen, die im Kompetenzbereich der Pflegedienstleitung liegen, kristallisierten sich zusammengefaßt folgende Themen heraus:

Zuständigkeitsbereich der Stationsleitungen:

- Planungstechniken erlernen, mit denen systematisch und effektiv Personalentwicklung und organisatorische Arbeiten geleistet werden können
- Kontrollinstrumente für die Qualität der Pflege in Anlehnung an die Pflegepersonalregelung entwickeln

- Zeitmanagement in Anlehnung an die Pflegepersonalregelung
- Verbesserung der Zusammenarbeit unter den Stationsleitungen
- Regelmäßige Durchführung von Stationsteamsitzungen
- systematische Erhebung von Fortbildungsbedarfen

Zuständigkeitsbereich der Pflegedienstleitungen:

- Planungshilfen für Dienst- und Urlaubspläne
- Planungsvorgaben für wirtschaftliches Arbeiten
- Kompetenzkonflikte mit anderen Dienstgruppen und angrenzenden Funktionsbereichen
- Konfliktregulierung in der Schnittstellenproblematik
- Informationstransparenz

In einer gemeinsamen Arbeitsklausur mit Stationsleitungen und Pflegedienstleitungen wurden die Arbeitsergebnisse diskutiert und Vereinbarungen über Problemlöseschritte getroffen. Diese bestanden zum Teil in Konfliktgesprächen zwischen Pflegedienstleitung und angrenzenden Bereichen - z.B. im Modellkrankenhaus 3 mit dem Reinigungsdienst, und im Modellkrankenhaus 2 mit dem ärztlichen Dienst über die Medikamentenausgabe. Des Weiteren wurden konkrete Absprachen hinsichtlich der Entwicklung eines Fortbildungsplanes für das nächste Jahr getroffen, für den die Stationsleitungen die Bedarfe vor Ort erfragen und die Pflegedienstleitungen - zum Teil in Zusammenarbeit mit der IBF - für die Koordination und Umsetzung zuständig sind. Schließlich gab es verschiedene neue Vereinbarungen im Umgang mit einzelnen administrativen Arbeiten: den Dienstplangestaltungen, mit den Materialbestellungen und mit den Essensbestellungen. Ein wesentliches Ergebnis dieser Diskussion waren zudem die Neugestaltung der "Besprechungskultur" in der Pflege. Die Ermittlung der Ist-Situation in den Modell-Krankenhäusern und die Bestimmung des Sollzustandes werden im Folgenden detailliert beschrieben.

3 Entwicklung von Besprechungsmodellen

In besonders hohen arbeitsteilig strukturierten Systemen, zu denen insbesondere Krankenhäuser zählen, ist ein gut funktionierendes Informationssystem unerlässlich. Davon hängt sowohl die Erreichung der Gesamtziele der Organisation, die der Teilziele von Subsystemen sowie die Erreichung von individuellen Zielen ab. Gerade vor dem Hintergrund der einschneidenden Veränderungen durch das Gesundheitsstrukturgesetz sind Krankenhäuser gefordert, ineffektive Informationsübermittlungssysteme durch neue zu ersetzen. Die Ausdehnung des EDV-Einsatzes auf alle Bereiche einschließlich der Pflegearbeit (Bettenbelegungsplanung, Personalbedarfsermittlung und Personaleinsatzplanung), wie sie in den beteiligten Modell-Krankenhäusern mittelfristig angedacht ist, stellt eine entscheidende Veränderungsmaßnahme zur Verbesserung des Informationsflusses und der Informationsverwertung dar. Qualitätssicherung und ökonomische Effizienz werden hierdurch plan- und überprüfbar. Diese Maßnahme wird jedoch nur dann ihre volle Wirksamkeit entfalten können, wenn parallel dazu Besprechungen entwickelt werden, die problemlöseorientiert arbeiten. Dies ist zum

einen notwendig, da die durch den EDV Einsatz zunehmende Datenflut vernetzt interpretiert werden müssen, wobei hier Konsensbildungen zur Stabilisierung der Identifikationen mit den Gesamtzielen des Krankenhauses wichtig sind. Zum anderen sind Besprechungen ein unverzichtbares Führungsinstrument, um in der direkten Kommunikation Austausch-, Klärungs- und Zielfindungsprozesse zu fördern. Dies trifft vor allem für bereichs- und berufsübergreifende Sitzungen zu, ist aber auch in homogener Zusammensetzung sehr wichtig.

In den Workshops zur Rolle und Funktion von Stationsleitungen in der Bereichspflege wurde für alle Modellkrankenhäuser deutlich, daß die Kooperation und gemeinsamen Zieldiskussionen im Pflegebereich wenig entwickelt waren. Im Vergleich zu anderen Bereichen weist die Pflege den geringsten Organisationsgrad auf. Während im ärztlichen Bereich tägliche patientenbezogene Besprechungen stattfinden und in der Funktionsdiagnostik meistens einmal in der Woche, beschränkten sich die Teamsitzungen der Stationsleitungen in allen Modell-Krankenhäusern auf höchstens einmal im Monat. Auf Stationsebene fanden sie - von den regelmäßigen Übergabebesprechungen einmal abgesehen - in ganz unregelmäßigen Abständen statt. Die Subdominanz der Pflege hat hier gewissermaßen noch einmal ihren organisatorischen Niederschlag gefunden, wobei dies ein durch die Pflege selbst zu verantwortender Bereich ist.

Die Rückspiegelung von Ineffektivität auf der Ebene konkreter Auswirkungen und der Selbstzurücknahme auf der Ebene einer Motivanalyse löste intensive Diskussionen aus und setzte einen Prozeß von Restrukturierungsideen und -vorstellungen in Gang. Im Folgenden werden zunächst die Beschreibungen des Ist-Zustandes und der Ursachen für die einzelnen Modellkrankenhäuser dargestellt, um dann die Erarbeitung des Sollzustandes anzuschließen.

Modellkrankenhaus 1

Stationsleitungsbesprechungen

Ist - Zustand	Ursachen
1X im Monat	
Unpünktlichkeit der TN	kein Interesse
Unruhe und Desinteresse bei den Stationsleitungen	wenig Kooperation
einseitige Durchführung durch PDL	keine Beteiligung von STL
Vorgabe von TOPs durch PDL	keine Eingaben von STL
fertige Beschlüsse werden von PDL mitgeteilt	resignative Haltung von STL, da selten Problemlösungen
Protokoll erstellt PDL, wird nicht gelesen	Gleichgültigkeit der STL

Modellkrankenhaus 2

Stationsleitungsbesprechungen

Ist - Zustand	Ursachen
alle zwei Monate, unregelmäßig Zeit wird überzogen Themen werden zerredet, keine Ergebnisse Diskussionsbeiträge sind ungeordnet kein Mitspracherecht bei Entscheidungen zu Schnittstellen mangelnder Informationsfluß zu wenig Zusammenarbeit mit PDL	keine (Selbst)Disziplin keine problemlöseorientierte Diskussion keine strukturierte Diskussionsleitung wenig Pflegeorientierung zu wenig Solidarität untereinander, Mißtrauen Vertrauen gegenüber der der PDL läßt nach, da wenig Rückkopplung kommt

Modellkrankenhaus 3

Stationsleitungsbesprechungen

Ist - Zustand	Ursachen
ca. alle 2 - 3 Monate viele Vorgaben durch PDL wenig Problemlösungen unruhige Atmosphäre Probleme stauen sich auf vorgeplante TOPs durch PDL	Gleichgültigkeit STL Probleme werden zerredet zu großer Kreis kein strukturiertes Vorgehen keine Eingaben von STL

Modellkrankenhaus 4

Stationsleitungsbesprechungen

Ist - Zustand	Ursachen
2 - 3 X im Jahr PDL erstellt TO einseitige Diskussion von Seiten der PDL undisziplinierter Ablauf zu viele TOPs Probleme werden zerredet keine gemeinsamen Zieldiskussionen	keine Eingaben von STL Desinteresse und Unlust bei den STL Gleichgültigkeit zu wenig Treffen keine problemlöse orientierte Diskussion wenig Kooperation untereinander und mit der PDL

In drei der vier Modellkrankenhäuser wurden im Verlauf der Diskussion über Lösungen der defizitären Situation Modelle angedacht, nach denen die Stationsleitungen auf zwei Ebenen zu Besprechungen zusammenkommen: einmal klinikbezogen in einem kleineren Kreis, wo die anstehenden Probleme ähnlich sind und ein schneller Informationsfluß von Vorteil ist, zum anderen zu einer "großen" Besprechungen mit allen Leitungen des Hauses. In nachstehenden Ausführungen sind die den beiden Besprechungskreisen unterschiedlichen Inhalte, sowie Teilnehmerzusammensetzung, Häufigkeit der Treffen und Methodik der Durchführung am Beispiel der Diskussionsergebnisse des

Modellkrankenhauses 2 dargestellt. In den Krankenhäusern 1, 3 und 4 wurden ähnliche Zielformulierungen erarbeitet, im Krankenhaus 1 allerdings aufgrund der vergleichsweise geringen Anzahl an Stationen ohne die Differenzierung nach Fachbereichen.

Modellkrankenhaus 2

Sollzustand: Stationsleitungsbesprechungen für alle

TeilnehmerInnen:	Pflegedienstleitung, Fachbereichsleitung, alle Stationsleitungen, Gäste aus anderen Bereichen auf Einladung
Zeitdauer:	1 1/2 Stunden maximal
Häufigkeit:	1 X im Monat
Diskussionsleitung:	Pflegedienstleitung
Tagesordnung:	Vorschläge aus kleinen Besprechungen, Eingaben von einzelnen Stationsleitungen, Vorgaben durch die Pflegedienstleitung, Gewichtung der Tagesordnung durch Punkteverfahren zu Beginn der Besprechungen (vgl. Kap. VI.4.)
Diskussionsverfahren:	Zeiteinteilung der Themen, Problemlösemethode, Ziel- und Ergebnisorientierung durch Maßnahmepläne und Zusatzblätter "Information" (vgl. Kap. VI.4.)
Themen und Inhalte:	<ul style="list-style-type: none">– Zusammenarbeit mit anderen Fachbereichen– Informationen über organisatorische Veränderungen– Informationen über bauliche Veränderungen– Neuanschaffung von Pflegematerialien(Termine für Unterweisungen)– Diskussion über qualitative Veränderungen in der Pflege (Bereichspflege, dokumentierter Pflegeprozeß, Pflegestandards)– Bericht von Teilnehmern über Fortbildungen– Intensiver Austausch mit der Schule– Diskussion über Aufbau- und Ablauforganisation der Station

Sollzustand: klinikbezogene Stationsleitungsbesprechungen

TeilnehmerInnen:	Fachbereichsleitungen, Stationsleitungen klinikweise, auf Einladung Gäste aus anderen Bereichen
Häufigkeit:	1 X in der Woche
Zeitdauer:	1/2 Stunde
Diskussionsleitung:	Fachbereichsleitungen im Wechsel mit Stationsleitungen
Diskussionsverfahren:	Ziel- und Ergebnisorientierung durch Maßnahmepläne, Informationsaustausch und -weitergabe
Themen und Inhalte:	<ul style="list-style-type: none">– Zusammenarbeit mit Funktionsbereichen und Ärztlichem Dienst– Probleme pflegerischer Tätigkeiten– Austausch und Information über Belegungen– Austausch und Information über Personalbesetzung– Austausch und Informationen über organisatorische Veränderungen– Austausch über die Qualität von Materialien– Hilfestellungen untereinander

Zum Zeitpunkt der Abschlussauswertung des Modellprojektes sind die Häuser in der Umsetzungsphase dieser Restrukturierungsvorschläge von Besprechungen gewesen. Am weitesten fortgeschritten ist das Modellkrankenhaus 3, in dem mit großem Erfolg und sehr positiver Resonanz aller Beteiligten in wöchentlichen Zeitabständen die "kleinen" (klinikbezogenen) Konferenzen durchgeführt werden und einmal im Monat die "große" Stationsleitungsbesprechung für das ganze Krankenhaus. Abb. 9 zeigt das neue Konferenzmodell in einer graphischen Darstellung.

In allen anderen Häusern treffen die Stationsleitungen ebenfalls einmal in der Woche zusammen, in den Häusern 2 und 4 aufgrund der vakanten Stellen für die Fachbereichsleitungen aber noch in der "großen" Runde. Abb. 10 stellt ein im Krankenhaus 2 zusätzlich entwickeltes Informationsmodell für die Arbeit an und mit Pflegestandards dar, welches integraler Bestandteil der neuen Besprechungsformen werden soll.

In der Bewertung der Stationsleitungen wie auch der Pflegedienstleitungen und Fachbereichsleitungen wurden im wesentlichen folgende sich herauskristallisierende Veränderungen besonders positiv herausgestrichen:

- mehr Besprechungsmoderation - größere Beteiligung der Teilnehmer
- gemeinsamer Problemdefinitionsprozeß
- lückenlosere Informationsweitergabe durch häufige Treffen
- besseres Kennenlernen - an einem Strang ziehen
- problemlöseorientiertes Arbeiten
- Einhalten von Terminvorgaben
- Abgleichen der geplanten Maßnahmen von Mal zu Mal

Als unterstützende Maßnahmen sind während des Prozesses der Entwicklung von Besprechungsmodellen in allen Krankenhäusern Moderationstrainings und in zwei Häusern Trainings zur Thematik Zeitmanagement durchgeführt worden. Beide Trainings sollten die Stationsleitungen qualifizieren für ein effektiveres Pflegemanagement auf den Stationen und in ihren stationsübergreifenden Aufgaben. Im nächsten Kapitel wird eine kurze Zusammenfassung der Inhalte dieser Trainings gegeben, die zugleich ein detaillierteres Bild der Arbeitsmethodik vermittelt, wie es in den Modellhäusern umgesetzt worden ist und noch weiter umgesetzt wird.

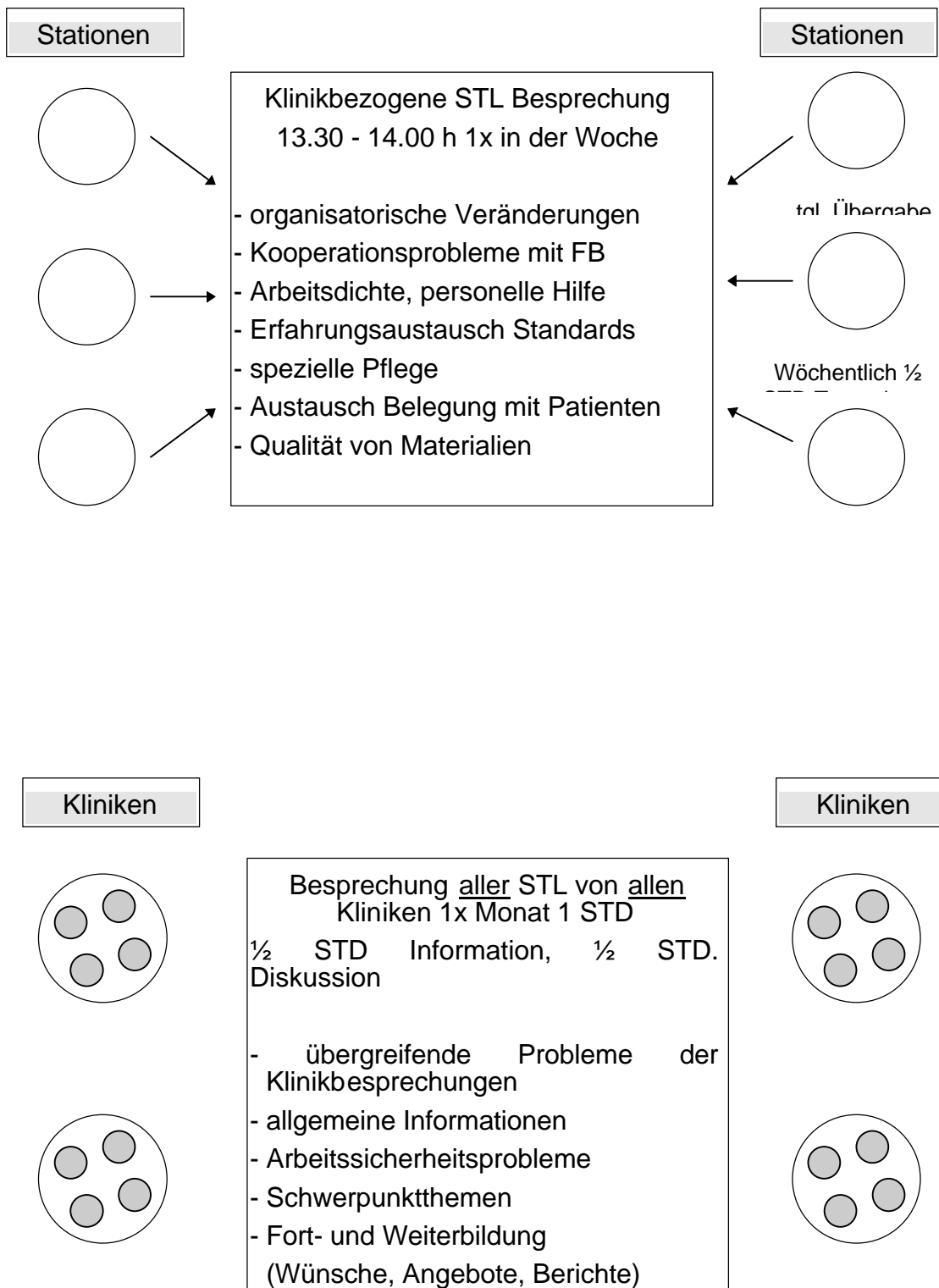
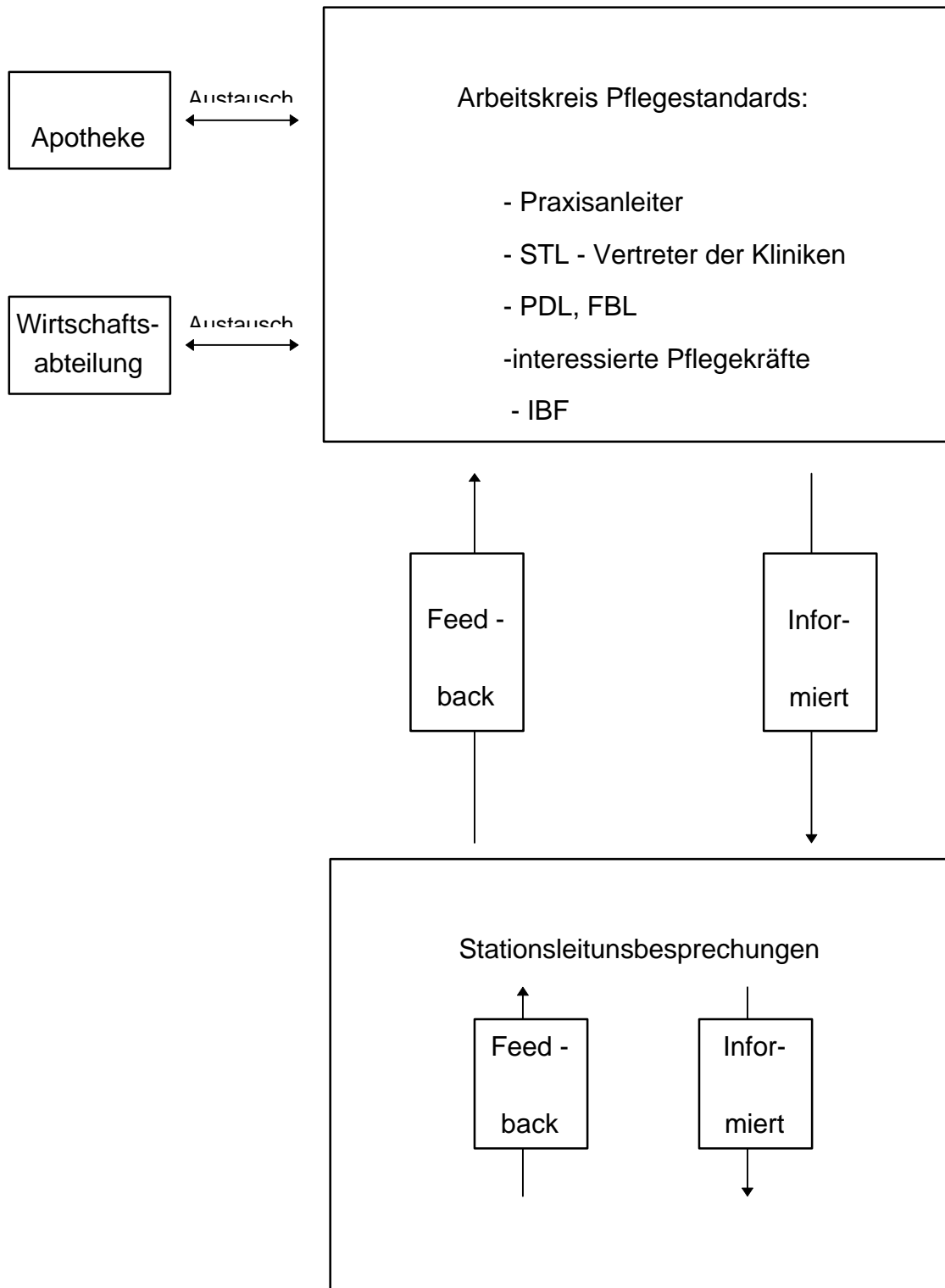


Abb. 9: Besprechungsmodell Pflege



Abh. 10: Informationsmodell für die Arbeit an- und mit Pflegestandards

4 Trainings zur Arbeitsmethodik

In den Moderationstrainings wurden zu Beginn - anknüpfend an die konkreten Erfahrungen der TeilnehmerInnen - die Durchführung von Konferenzen und Besprechungen in der herkömmlichen Weise dargestellt und die wesentlichen Kritikpunkte daran herausgearbeitet. Diese beziehen sich angefangen von der Sitzordnung über die Gestaltung der Tagesordnung und des Ablaufes der Diskussion bis hin zur Erstellung des Protokolls vor allem auf die zentralisierte Form der Kommunikation, die innovative Potenzen brach liegen läßt und in der Regel wenig ziel- und problem-löseorientiert verläuft. Bei der Moderationsmethode stehen im Gegensatz dazu die TeilnehmerInnen im Zentrum einer Besprechung und es wird an konkret definierten Problemen sowie Zielvorstellungen zu deren Lösung gearbeitet.

Für den Austauschbedarf der Pflegekräfte untereinander und in Verbindung mit anderen Bereichen und Berufsgruppen können vor allem drei verschiedene Arten von Besprechungsmoderationen genannt werden: die Problemlösungsbesprechung, die Koordinationsbesprechung und die Informationsbesprechung. In der Praxis wird es häufig eine Mischform dieser verschiedenen Arten von Besprechungen geben.

Für die verschiedenen Formen der Besprechungsmoderationen hat sich ein Sechs- Phasen- Modell zur Problemlösung durchgesetzt:

1. Phase: Problemdefinition/Situationsanalyse
2. Phase: Zielformulierung
3. Phase: Ursachenanalyse
4. Phase: Lösungen suchen und bewerten
5. Phase: Entschlußfassung und Aktionsplanung
6. Phase: Ergebniskontrolle, ggf. erneuter Durchlauf des Prozesses

In den ersten beiden Phasen geht es um eine genaue und konkrete Bestimmung des (verbesserungsbedürftigen) Ist-Zustandes und um die Formulierung eines darauf bezogenen (Teil-) Zieles, welches in der vorgegebenen Zeit erreicht werden kann. Wichtig ist hier, daß die Problem- und die Zieldefinition in der Gruppe konsensfähig ist; eine erste Abklärung vor der eigentlichen Besprechung ist hier sinnvoll. In der dritten Phase werden die verschiedensten Ursachen für das Problems zusammengetragen und im Verlauf der Diskussion hierarchisiert. Hieran schließt sich die Phase 4 des Sammelns von Lösungsvorschlägen an, die zunächst eine "Grünphase" durchläuft - alle Vorschläge werden unzensiert notiert - und mit einer "Rotphase" abgeschlossen wird - die Vorschläge werden auf ihre Realisierbarkeit hin überprüft.

Abb. 11: Zielanalyse

Schlüsselaufgaben	Ziele	Leistungsstandards	Kontrolldaten / Informationen
Sieben wichtige Aufgabenkomplexe Anleitung / Umsetzung des dokumentierten Pflegeprozesses	Wozu tun Sie diese Aufgaben - patientenorientierte Pflege - Pflegequalität - Leistungsnachweis	Wann ist das Ziel erreicht und was genau kommt dabei heraus - Pflegeplanung innerhalb von 3 Tagen - wöchentliche Pflegezielkontrolle - tägliche Leistungsnachweise	wie können Sie die Einhaltung der Leistungsstandards prüfen? - wöchentliche Kontrolle aller Dokumentationen - wöchentliche Rückkopplung an die Mitarbeiter
Mitarbeiterbeurteilung	- Förderung der Qualifikation und des Verantwortungsbewusstseins - Konfliktprophylaxe	- regelmäßige Beurteilung mit Beurteilungsbögen - Rückkopplung in Einzelgesprächen	in 1995 alle 3 Monate
Qualitätskontrolle	- Entwicklung und Sicherung von Pflegestandards	- Ist - Soll - Vergleich von Pflegemaßnahmen	Kontrolle von Ergebnisabweichungen an Hand des Dokumentationssystems
Delegation	- Entscheidungs- und Ergebnisverantwortung dezentralisieren	- Entwicklung eines Kompetenzrasters mit den Mitarbeitern - Funktions- und Aufgabenzuordnung	- wöchentliche Kontrolle in Teamsitzungen - Einzelgespräche
Teamstützung	- Stationsziele entwickeln - Konfliktbearbeitung - Informationsaustausch	- Problem- und ergebnisorientierte Sitzungen - auf der Station wöchentliche Stationsleitungen wöchentlich	- Prüfen der Effektivität - Zeitaufwand - Ergebnis
Dienstpläne erstellen	- optimaler Personaleinsatz	- Jahresplan: Urlaub, Überstunden, Fortbildungen - verbleibende Arbeitsstunden auf monatliche Dienstpläne umrechnen	regelmäßiges Abgleichen von Arbeitsanfall und Personaleinsatz
Kooperation mit anderen Bereichen	- Konflikte klären - Informationsaustausch - Arbeitsabläufe absprechen	- verbindliche Absprachen treffen - kompetenteste Lösungen finden	Rückmeldungen von den Mitarbeitern der Station und den Mitarbeitern der anderen Bereiche
Voraussetzungen: (personell, materiell Kooperation)			
- derzeitige Personalbesetzung der Station bleibt bestehen - die Stationsleitung muß in der Kurzarbeitszeit arbeiten			

In der 5. Phase wird ein konkreter Beschluß zur Lösung des Problems gefaßt, der

- a) von der gesamten Gruppen getragen werden
- b) dem vereinbarten Sitzungsziel entsprechen und
- c) in einen Maßnahmeplan umgesetzt sein sollte

Die 6. Phase schließlich ist eigentlich der Beginn einer nächsten Besprechung, insofern hier die vereinbarten Problemlöseschritte kontrolliert und in ihrer Wirksamkeit diskutiert werden.

Wesentliches Kernstück der Moderationstrainings war eine praktische Übung, die von den TeilnehmerInnen etwa an folgender vorgegebener Tagesordnung durchgeführt wurde:

Tagesordnungspunkte:

- 1) Problem: hoher Verbrauch an Einweghandschuhen
Ziel: Reduzierung der Anzahl auf X innerhalb eines Monats
- 2) Problem: "Hamstern" von Wäschestücken auf den Stationen
Ziel: Genaue Bedarfsangaben und entsprechende Lieferungen
- 3) Information: Fortbildungstermine etc.
- 4) Koordination: Meldung von PatientInnenbelegung nach Pflegeintensität an die Ambulanz

Die Bearbeitung dieser oder ähnlicher Tagesordnungen erfolgte innerhalb der Zeitvorgabe von einer Stunde und umfaßte einen konkreten Maßnahmeplan, der in der späteren Praxis zugleich als Dokumentation/Protokoll der Sitzung allen Beteiligten zugänglich gemacht werden soll und mit Hilfe dessen auch die Ergebnis- und Zielkontrolle erfolgt.

Maßnahmeplan

Aktion	wer	mit wem	bis wann	Kontrolle	Bemerkungen

Mit den Übungen wurde den TeilnehmerInnen deutlich, wie hilfreich strukturierende Methoden sind, wie sie mit denen der Moderation verbunden sind. Das gleiche gilt für die Thematik Zeitmanagement. Auch hier kommt es im wesentlichen darauf an, eine Systematik zu entwickeln, die im Ergebnis zu mehr Effektivität und Zielbezogenheit führt. Mit Hilfe verschiedener Erhebungs- und Zielbestimmungsbögen ging es dabei um eine genaue Ist-Analyse der eigenen Zeiteinteilung von Tätigkeiten, um die Erfassung von täglichen Störquellen, sowie um Zielformulierungen, von denen Aufgaben abgeleitet und Arbeitsabläufe optimiert wurden. Abb. 11 zeigt ein bearbeitetes Formblatt "Zielanalyse", das in den Trainings einen zentralen Stellenwert einnahm. Mit dieser Technik lernten die Stationsleitungen, ihre zentralen Aufgaben genau zu bestimmen und sowohl Zeitrahmen, als auch Qualitätsstandards hinsichtlich der Erreichung der angegebenen Ziele zu benennen.

Die Reflexion über den eigenen Umgang mit Zeit und die eigene Arbeitsmethodik war grundsätzlich angebunden an die veränderten Arbeitsabläufe innerhalb der Bereichspflege. Die veränderte Rolle der Stationsleitungen, wie sie in den Führungstrainings bereits diskutiert worden ist, stand auch hier mit ihrem Zuwachs an Managementaufgaben im Mittelpunkt der Betrachtung. Im Ergebnis haben die Stationsleitungen erste wichtige Erfahrungen mit einem ökonomischen Umgang mit Zeit gemacht, die sowohl eine wichtige Voraussetzung für ihre zukünftige Budgetverantwortung sind, als auch positive Auswirkungen auf einen strukturierten, stressfreieren Arbeitsalltag auf der Station haben.

Kapitel VII

Ergebnisse der Maßnahmen zur Verbesserung der bereichsübergordneten Kooperation

1 Konzeptionelle Vorüberlegungen und erforderliche Modifizierungen von geplanten Maßnahmen

Die Entwicklung der Professionalität der verschiedenen Bereiche und Berufsgruppen, die Qualitätssicherung der Arbeit und nicht zuletzt die Arbeitszufriedenheit sind wichtige Faktoren für die Leistungsfähigkeit von Krankenhäusern. Da die verschiedenen Leistungsbereiche einen hohen Grad an wechselseitiger Abhängigkeit aufweisen und eine intensive Kooperation, sowie differenziert ausgearbeitete Kommunikationsverbindungen die Voraussetzung für eine effektive patientenzentrierte Versorgung darstellen, sind Interventionen hier von besonderer Bedeutung gewesen. Umstrukturierungen im Pflegebereich als einem Subsystem in der Organisation Krankenhaus haben letztendlich Auswirkungen auf alle anderen Bereiche, so daß der Erfolg aller durch das Projekt eingeleiteten Qualifizierungs- und Begleitungsmaßnahmen in starkem Maße abhängig waren von dem Gelingen der Einbeziehung der angrenzenden Funktionsbereiche und Dienstgruppen.

Den Schwachstellen in dem kooperativen Miteinander entspricht auf der Führungsebene eine fast ausschließlich vertikal ausgelegte Entscheidungsstruktur. Folge dessen ist, daß die mittlere Führungsebene kaum entwickelt ist und sich ihre Funktion reduziert auf die Sicherstellung reibungsloser arbeitsorganisatorischer Abläufe in den jeweiligen Bereichen, sowie bedingt auf eine fachliche Kontrolle. Ziel war es daher, die mittlere Führungsebene zu stärken und in einer Verknüpfung mit den zentralen Leitungsfunktionen neue Planungs- und Entscheidungskompetenzen zu entwickeln.

Da für alle beteiligten Krankenhäuser sich das Konfliktprofil hinsichtlich der Reibungsverluste in den Kooperationsbeziehungen ähnlich darstellte, wurde ein einheitliches Konzept entwickelt und ein Volumen von fünf Tagen für jedes Krankenhaus angesetzt. Die Vorgehensweise sollte im wesentlichen drei Schritten folgen. In einem ersten war die umfassende Erhebung und Beschreibung des Ist-Zustandes, die Herausarbeitung der Ursachen von Problemen und die differenzierte Beschreibung des gewünschten Sollzustandes geplant. In dem zweiten Schritt sollten Lösungsalternativen gesammelt und Lösungskriterien erarbeitet werden, mit deren Hilfe Brauchbarkeit und Qualität der einzelnen Vorschläge zu bewerten sind. Für eine Abschlußphase schließlich war geplant, die verschiedenen Lösungsalternativen noch einmal zu gewichten und differenzierte Maßnahmen zu entwickeln, wie die Lösungen in die Praxis umzusetzen sind und wie ihre Wirksamkeit überprüft werden kann.

Um die Teamentwicklung in einem überschaubaren Rahmen zu halten und die Unwägbarkeiten für die Gesamtorganisation kalkulierbar zu machen im Sinne eines Probehandelns neuer Vorgehensweisen, sollte mit den jeweiligen Krankenhausleitungen und denen am Modellprojekt beteiligten Mitarbeitern abgesprochen werden, die Arbeit in den Kliniken zu beginnen, der die Modellstationen zugehörig sind. Dies bedeutete für die Teilnehmerzusammensetzung der Workshops, die leitenden Mitarbeiter aus den zentralen diagnostischen Bereichen und anderen Leistungsstellen, die jeweils mit der entsprechenden Klinik zusammenarbeiten, einzuladen, sowie die Stationsleitung/Vertretung der Modellstation und die dort arbeitenden Stations- und Oberärzte.

Anders als geplant verliefen die Maßnahmen zur Verbesserung der bereichsübergreifenden Kooperation nicht einheitlich. So wurde in dem Modellkrankenhaus 1 nach der Phase der Konflikt Diagnostik die Arbeit beendet, da parallel von der Leitung ein Corporate Identity-Projekt mit einem externen Berater initiiert wurde, welches ebenfalls schwerpunktmäßig auf eine verbesserte Infrastruktur in der Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Berufsgruppen und Bereichen zielte.

Ähnlich verlief die Arbeit in dem Modellkrankenhaus 2. Auch hier entschied sich die Leitung auf Basis eines Personalentwicklungskonzeptes des Verwaltungsdirektors für ein extern begleitetes Projekt zur Neuordnung des Pflegedienstes, durch welches flächendeckend bis 1996 die Bereichspflege eingeführt sein soll. Laut Konzept kommen damit zusammenhängende Schnittstellenprobleme zur Bearbeitung.

Die Entscheidung in beiden Modell-Krankenhäusern begründet sich im wesentlichen in der Dringlichkeit des Bedarfs einer raschen und umfangreichen Analyse und Umsetzung von Lösungsschritten bei den geforderten Umstrukturierungsprozessen, die mit den begrenzten Mitteln des Modellprojektes nicht zu leisten waren. Eine Fortführung der Arbeit wäre kontraproduktiv im Sinne nicht möglicher Absprachen zwischen der Vorgehensweise der externen Berater und der Akademie für Fachberufe im Gesundheitswesen gewesen. Dabei spielten weniger sichtbare inhaltliche Differenzen eine Rolle, als vielmehr die nicht in Deckung zu bringenden verschiedenen Auftragsituationen, die die Basis für eine geklärte und von den Kompetenzen her abgegrenzte Zusammenarbeit mit der Leitung des jeweiligen Hauses bilden.

In dem Modellkrankenhaus 4 erfolgte zwar eine Bearbeitung der Kooperationsproblematik, aber die Vorgehensweise unterschied sich wesentlich von der geplanten. Hier ist keine stationsübergreifende Projektgruppe eingerichtet worden, die Lösungen für die ganze Abteilung, bzw. in Ansätzen für das gesamte Krankenhaus erarbeiten sollte, sondern ausgehend von den Problemen der Modellstationen mit anderen Bereichen und Dienstgruppen wurden jeweils Einzelgespräche durchgeführt. Diese andere Vorgehensweise begründete sich vor allem darin, daß sowohl vom ärztlichen Dienst als auch von der Verwaltungsdirektion keine ausreichende Akzeptanz in Bezug auf die Maßnahmen zur Verbesserung der Kooperation vorhanden waren. Es war deshalb einmal zu befürchten, daß eine Teilnahme von ärztlicher Seite an den Workshops nicht regelmäßig sichergestellt würde und zum anderen, daß die notwendige Unterstützung des ärztlichen Dienstes und des Verwaltungsdirektors bei

der Umsetzung von Lösungen nicht gewährleistet ist. Vor dem Hintergrund dieser Problematik war die Entscheidung für eine focussierte Konfliktlösungsmoderation motiviert durch die Überlegung, daß eine Bearbeitung von Problemen "vor Ort" näher an den konkreten Arbeitsbeziehungen der beteiligten Personen ansetzt und damit Widerstände vermeidet, die sich im Kontext von auf die Gesamtorganisation bezogenen Diskussionen gebildet haben. Wir verknüpften mit diesem Vorgehen die Hoffnung, daß mit der konkreten Erfahrung mit positiven Problemlöseprozessen die Bereitschaft zu weiteren produktiven Auseinandersetzungen steigen würde.

Konkret richteten wir eine Reihe von sogenannten "Strukturtagen" ein, an denen verschiedene Konflikte zur Sprache kamen, die zum Teil auch von den angrenzenden Bereichen gegenüber den Modellstationen formuliert worden sind. Die "Problemverhandlungen" zwischen den beteiligten Parteien wurden durch uns moderiert und orientierten sich methodisch an dem Ist-Soll Vergleich, wie er in der Konzeption für die Arbeit in der stationsübergreifenden Zusammensetzung vorgesehen war. Zur Verhandlung kamen schließlich Probleme mit dem Reinigungsdienst, in denen es vor allem um eine Abgleichung von Zeiten und Arbeitsabläufen ging, die mit den veränderten Bedingungen der Bereichspflege harmonisierten. Lösung war hier die Umstellung von Tätigkeiten des Reinigungsdienstes nach einem durch die Stationen vorgegebenen Prioritätenplan, sowie die bereichsbezogene Organisation der Reinigungsdienste. Des weiteren haben Gespräche zwischen dem ärztlichen Dienst und den Pflegekräften stattgefunden, in denen es vorrangig um die Visitenzeiten und die Informationsübermittlung ging. Auf der Modellstation 3 der inneren Abteilung erfolgen die täglichen Visiten zwischen 9.30 und 10.00 Uhr und die wöchentlich stattfindende Oberarzt - Visite um 14.00 Uhr, die des Chefarztes um 13.30 Uhr. Insbesondere in der täglichen Zusammenarbeit mit den Stationsärzten sind Verbesserungen erzielt worden. So werden die Visiten flexibel in dem Bereich gestartet, wo sie situativ am besten in den Arbeitsablauf zu integrieren sind. Des weiteren konnten die Zeiten für die Visitenausarbeitung durch die Eintragungen aller Anordnungen, Nachverordnungen sowie Bedarfsmedikation durch die Ärzte verkürzt und Übermittlungsfehler vermindert werden. Schließlich kamen noch Konflikte mit der Funktionsdiagnostik zur Sprache, die im Ergebnis in der geplanten Erarbeitung eines Diagnostikplanes mündeten und einer genaueren Planung des Ablaufs von Untersuchungen auf Basis einer Vorplanung von den Stationen.

Allein im Modellkrankenhaus 3 wurden die Workshops zur Verbesserung der bereichsübergreifenden Kooperation in der geplanten Weise durchgeführt. Die Ergebnisse belegen eindrucksvoll unsere Vorausannahme, nach der eine bereichsübergeordnete Projektgruppenarbeit die unterschiedlichen Ressourcen im Krankenhaus auf eine Art und Weise nutzt und verbindet, wie dies im Routinebetrieb nicht möglich ist. Es wird deutlich, daß durch die Bildung einer berufs- und bereichsheterogenen Gruppe die Möglichkeit zu neuen und überraschenden Kooperationen über die Grenzen von Hierarchien, Abteilungen und Berufsgruppen hinaus entstanden ist und damit verbunden ein Raum für die Entwicklung von Alternativen und Zukunftsvisionen.

Im Folgenden werden die einzelnen Schritte der Durchführung dieser Maßnahme dargestellt, wobei die frühzeitig beendeten Arbeitsergebnisse in den Modellkrankenhäusern 1 und 2 mit in die Darstellung integriert sind.

1.1 Phase der Sammlung von Daten zur Beschreibung der Probleme

Die diagnostische Phase wurde eingeleitet, indem bereichshomogene Kleingruppen gebildet wurden, die folgende Fragen bearbeitet haben:

- Was gefällt uns an den anderen Gruppen/Bereichen?
- Welche Aktivität der anderen Gruppen/Bereiche verursachen uns Probleme, bzw. hindern uns in unserer Effektivität?
- Welche Dinge tun wir, die den anderen Gruppen Probleme bereiten?
- Was könnten die anderen Gruppen/Bereiche bei sich ändern, um die Zusammenarbeit zu verbessern?
- Was könnten wir dazu beitragen?

Ergebnis dieser Bestandsaufnahme war in den Modellkrankenhäusern 1, 2 und 3, daß zwar vereinzelt positive persönliche Kommunikationsbeziehungen zwischen Mitarbeitern der verschiedenen Bereiche existieren, strukturell jedoch vielfältige Störungen in der Zusammenarbeit jedes einzelnen Bereiches mit allen anderen vorhanden sind.

Ein erster Effekt der Präsentation der einzelnen Arbeitsergebnisse war, daß eine große Bereitschaft entstand, miteinander ins Gespräch zu kommen, wobei die Aussage "mir war bisher überhaupt nicht klar, wie die anderen Bereiche arbeiten", charakteristisch für die gering ausgebildeten Kommunikationsverbindungen untereinander ist. Wichtig war in diesem Zusammenhang das Erkennen, wie belastend z.T. die Bedingungen sind, unter denen jeweils die verschiedenen Bereiche ihre Leistungen erbringen. Anstelle von Abgrenzung, Konkurrenz und dem Selbsterleben des eigenen Bereiches als einem besonders nachgeordneten und belasteten entwickelte sich Interesse und Einsicht, Einsicht auch hinsichtlich eigener Borniertheiten. Letzteres galt vor allem für die Arbeitsbeziehung zwischen dem Pflegebereich und dem ärztlichen Dienst. Deutlich wurde hier zwar zum einen, daß die maßgeblichen Entscheidungen in den Krankenhäusern stark durch die medizinische Fachautorität geprägt ist und im Sinne einer Erweiterung von Partizipationschancen, die der hohen Verantwortlichkeit der Mitarbeitern in allen Bereichen entspricht, ein Umdenken erforderlich ist. Zum anderen konnte aber auch festgestellt werden, daß Abgrenzungen oft künstlich erzeugt werden und gegenseitige negative Festschreibungen erfolgen, die stark von der Arbeitsrealität der beiden Bereiche abweichen und ein kooperatives Miteinander auch auf der subjektiven Ebene verhindern.

Im Modellkrankenhaus 3 wurde dann das Material geordnet nach zentralen Problembereichen, wobei zunächst folgende "Mängelliste" entstand:

1) Planbarkeit von Untersuchungen:

- geringe Kenntnisse der Träger von den Bereichen
- eingeschränkte Leistungsfähigkeit des Transportwesens
- keine Kontrolle von Leistungsanforderungen
- Anmeldungen mit großer Zeitverzögerung in den Bereichen
- keine Koordination zwischen den Abteilungen
- Fehlen eines Diagnostikplans
- keine festen Visiten- u. Anordnungszeiten

2) Kommunikation

- fehlende Struktur für Informationsaustausch zwischen den kooperierenden Bereichen

3) Verzögerter Befundrücklauf, "Verschwinden" von Röntgentüten

4) Keine festen Zeiten für Blutprobenabnahmen

5) Unübersichtliches Formularwesen

Da eine Bearbeitung aller Probleme nicht möglich und sinnvoll schien, gewichtete die Gruppe die Konfliktthemen und entschied sich für das Thema Kommunikation. Da sowohl Ursachen als auch Ideen zur Veränderung des Ist-Zustandes in den Diskussionen in der Präsentationsphase der Selbst- und Fremdbeschreibung ausführlich zur Sprache gekommen waren, bildeten sich zwei jeweils bereichsübergreifend zusammengesetzte Gruppen, die sich mit einer möglichen Lösung zur institutionalisierten Form von Informationsaustausch und Kommunikation zwischen den Abteilungen beschäftigten. Im Ergebnis gab es zwei Vorstellungen. Eine erste sah ein einmonatiges Treffen auf der Ebene der einzelnen Fachdisziplinen, bzw. Kliniken unter Beteiligung der jeweilig zugehörigen diagnostischen Bereiche vor. Alle zwei Monate sollte dann ein Treffen stattfinden, an dem Vertreter aller Fachdisziplinen, einschließlich Vertretern der Funktionsdiagnostik und anderen angrenzenden Bereichen, sowie Verwaltung und Wirtschaftsstelle teilnehmen. In der gleichen Besetzung sah der zweite Entwurf ein einmonatiges Treffen vor. Nach intensivem Austausch über die Notwendigkeit eines regelmäßigen Austausches, der von aktuellen Problemen bis hin zum Erkennen und Bearbeiten von Strukturreformen reichen sollte, entschied sich die Gruppe zur vorläufigen Zurückstellung einer Umsetzung ihrer Modelle, bis die Phase der Problembearbeitung in den Teamworkshops abgeschlossen ist. Vereinbart wurde dabei, daß die Umsetzung der regelmäßigen Treffen Bestandteil der Auseinandersetzung und Diskussion mit der Krankenhausleitung und noch im Rahmen des Modellversuchs durch externe Begleitung "angeschoben" werden sollte.

Als nächstes Konfliktthema einigte sich die Gruppe auf das Problem der Planbarkeit von Untersuchungen. Das bislang gesammelte Material wurde mittels der Fadenkreuzmethode in vier bereichsübergordnet zusammengesetzten Kleingruppen bearbeitet. Die Titelvorgaben des Fadenkreuzes lautete wie folgt:

Thema: Planbarkeit von Untersuchungen

Ist-Zustand	Ursachen
1)	1)
2)	2)
usw.	
Sollzustand	Mögliche Widerstände
1)	1)
2)	2)
usw.	

Die Ergebnisse der vier Kleingruppen zusammengefaßt ergab sich folgendes Bild:

Ist - Zustand:

- keine festen Visiten- u. Anordnungszeiten
- kein Diagnostikplan
- Keine Informationen: bettlägerig, laufend, sitzend
- Anmeldungen unsortiert und mit großer Zeitverzögerung in den Abteilungen
- keine Koordination zwischen den Abteilungen, nicht abgestimmte Arbeits- und Pausenzeiten
- teilweise lange Wartezeiten auf Träger
- verzögerter Befundrücklauf, Unklarheit über die Zuständigkeit des Rücktransportes von Röntgentüten
- keine zentrale Anlieferung von Labormaterialien und Anforderungsscheine

Ursachen:

- mangelnde Einsicht und Einblicknahme in andere Bereiche durch die Ärzte
- Bereiche überbelastet, schlechte Koordination
- Anmeldungen nicht rechtzeitig und unvollständig ausgefüllt
- Unwissenheit über Untersuchungsmethoden
- Unkenntnis von Abläufen in anderen Bereichen
- Trägermangel
- keine feste Zuordnung der Träger
- Transportwesen überlastet, schlechte Koordination

Soll - Zustand:

- verlässliche Visitenzeiten
- "Laufzettel" von Patienten
- Anmeldungen sortiert und bis spätestens 8.00 Uhr am Untersuchungstag in den Funktionsbereichen
- Terminabsprachen zwischen den Bereichen

- leistungsfähiges Transportwesen
- Zentralisierung des Befundrücklaufs,

mögliche Widerstände:

- wenig Überlegung, schlechte Kommunikation in Bereichen, enges Gesichtsfeld
- fehlende Zeit
- fehlende Investitionsmittel
- Kompetenzstreit Arzt/Pflege
- Diagnostikplan wegen Doppelschreibarbeit abgelehnt
- Unterschriftenverweigerung ohne schriftliche Anforderung
- fehlende Motivation aufgrund von Streß

Mit der genauen Bestandsaufnahme von Istzustand, Ursachen, wünschenswertem Zustand und den möglichen Widerständen, die eine Umsetzung behindern könnten, wurde die Phase der Bildgestaltung als umfassendem diagnostischem Prozeß im Modellkrankenhaus 3 abgeschlossen.

Im Modellkrankenhaus 2 ist nach dem einleitendem Schritt der Selbst- und Fremdbeschreibung hinsichtlich hemmender und fördernder Momente im kooperativen Miteinander ein anderes Vorgehen gewählt. Hier arbeiteten die Teilnehmer nicht alle an einem Konflikt, sondern in abteilungsübergreifend zusammengesetzten Kleingruppen einigte sich jede Einheit auf ein ihr dringlich erscheinendes Problem, das sich in der Präsentation der Ergebnisse der homogen zusammengesetzten Gruppen für sie herauskristallisiert hatte. Die Arbeitsanweisung lautete dabei:

1. Jede/r in der Gruppe benennt ein konkretes Problem.
2. Alle einigen sich auf eines der genannten Probleme.
3. Alle handeln aus, wie mit dem Problem umgegangen werden soll.
4. Lösungsschritte werden entwickelt.

Den Kleingruppen wurden interne Beobachter zugeordnet, die folgende Arbeitsanweisung erhielten:

Achten Sie auf

- Kompromißfähigkeit der einzelnen Gruppen
- Flexibilität
- Möglichkeiten den eigenen Standpunkt durchzusetzen
- konstruktiv an Lösungen mitzuwirken oder destruktiv
- Leitungsfähigkeit
- die Strategie, Akzeptanzen herzustellen
- wie wird ausgehandelt, was richtig und falsch ist

Die Gruppen wählten jeweils Probleme, die stark überschneidend waren. Mit unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen ging es um die mangelhafte Koordination der Arbeitsabläufe zwischen den Bereichen. Diskutiert wurde dabei insbesondere die Notwendigkeit von Fixzeiten der einzelnen Bereiche und Dienstgruppen ausgehend von der Patientenversorgung auf der Station. Noch ungeübt und wenig vertraut im Umgang mit Konflikten machten sich rasch Dominanzstreben und Konkurrenz

in den Gruppen zwischen den Vertretern der jeweiligen Bereiche bemerkbar. Die internen Beobachter - Teilnehmer aus dem Workshopkreis - bestätigten diese Tendenz, wobei sie sich selbst die Kompetenz als neutrale Konfliktdiagnostiker im kommunikativen Miteinander oft nicht zutrauten. Eine intensive Diskussion über die Störungen in der Kooperation in den Kleingruppen brachte schließlich eine Vielfalt an Material über den Istzustand und dessen Ursachen im alltäglichen Arbeitsprozeß in und zwischen den Bereichen. Die diagnostische Phase ist so von einem doppelten Bezugspunkt aus entwickelt worden. Zum einen ging es um strukturelle Probleme in den Kooperationsbeziehungen, zum anderen um kommunikative Kompetenzen, die eine wesentliche Bedingung für die Veränderung der bestehenden Reibungsverluste darstellen. Ein wesentliches Ergebnis war dabei, daß die Funktionsbereiche und auch die ärztliche Dienstgruppe nur sehr wenig Kenntnisse von der Bereichspflege haben, sich umfangreichere Informationen wünschen, die gemeinsam zu treffende Entscheidungen zugunsten einer patientenzentrierten Versorgung erleichtern helfen.

Im Modellkrankenhaus 1 kristallisierten sich in dieser ersten Phase zunächst folgende "Botschaften" untereinander heraus:

Ärzte an Pflege, Endoskopie, Röntgen, Labor

- Schlechte Absprachen mit Endoskopie
- Unverbindlichkeit der Anmeldeverfahren
- Schlechter Informationsfluß über Neuerungen Ärzte/Ärzte, Ärzte/Pflege, Ärzte/Funktionsbereiche
- später Befundrücklauf von Blutuntersuchungen, die nicht morgens abgenommen werden können
- Schwierigkeiten mit Ansprechpartnern in der Bereichspflege
- Probleme in der informellen Informationsübermittlung in der täglichen Routine

Pflege an Ärzte, Endoskopie, Röntgen, Labor

- Keine festen Visitenzeiten
- Späte Anordnungszeiten
- OP-Planung: fehlende Differenzierung für Intensivstation
- Nicht geklärte Zuständigkeit für den Transport von Röntgentüten
- Mangelhafter Informationsfluß zwischen den Bereichen
- Station 10/11: Fehlschaltung des Telefons in die Küche
- Verspätete Abmeldung von Patienten bei Ausfall von Untersuchungen
- Abruf von Patienten zu Essenszeiten

Funktionsbereiche an Ärzte und Pflege

- Unklare Definitionen von "Notfall" und "Dringend"
- Mangelhafte Einhaltung von Absprachen mit Ärzten bei Untersuchungen
- Fehlende Kenntnisse über den Stationsablauf
- z.T. fehlende Übereinstimmung von Blutproben und Beschriftung
- Fehlende Hinweise zur Mobilität der Patienten (G, S, B)

Nachdem die Bereiche ihre Problemsicht dargestellt hatten, ist das gesamte Material nach thematisch miteinander zusammenhängenden Problemen gebündelt worden. Danach kristallisierten sich fünf inhaltliche Schwerpunkte heraus:

1. Probleme in der Planung und Durchführung von Untersuchungen
2. Mangelhafter Informationsfluß zwischen den Bereichen in der täglichen Arbeitsroutine
3. Defizitäre Kommunikation über Neuerungen einschließlich Feedback-System
4. Verspäteter Befundrücklauf
5. Nicht geklärte Zuständigkeit des Röntgutenttransportes.

Analog der Entscheidung im Modellkrankenhaus 3 wählten die TeilnehmerInnen des Workshops auch das Thema "Planbarkeit von Untersuchungen" und bearbeiteten es wie dort nach der Fadenkreuzmethode.

Folgendes Ergebnis stellte sich in der Zusammenschau der den vier Titelvorgaben zugeordneten Inhalte dar:

Istzustand

- Ungeplante Abrufe von Patienten durch Funktionsbereiche
- Häufige Meldung von "dringenden Fällen" von den Stationen
- Viele Patienten werden zur gleichen Zeit abgerufen (Transportproblem)
- Untersuchungsanforderungen müssen zusätzlich in einem Buch eingetragen werden, das bei der Chefsekretärin liegt
- neue Anordnung: bestimmte Untersuchungsanforderungen müssen durch Ärzte ausgefüllt werden; Problem: keine Rückkopplung zur Pflege
- Unterteilung nach "gefähig", "Sitzwagen" und "bettlägerig" fehlt
- Angaben über den allgemeinen Zustand des Patienten fehlen
- Keine festen Visitenzeiten
- Medizinische Kurven werden von Ärzten mit in Besprechungen genommen

Ursachen

- Fehlen eines Diagnostikplans
- Neue dienstliche Anordnung des Chefarztes ohne Rücksprache mit Pflege und Funktionsbereichen
- Untersuchungsanforderungsscheine sind veraltet
- Keine Absprachen zwischen Pflege und Ärzten
- Nur geringe Kommunikation zwischen Pflege und Funktionen
- Jeder sieht nur seinen Bereich

Sollzustand

- Erstellen eines Diagnostikplans
- Absprachen hinsichtlich der Einbestellung von ambulanten Patienten und Untersuchungszeiten von stationären Patienten
- Einteilung nach "gefähig", "Sitzwagen", "bettlägerig"
- Einfache Untersuchungsanmeldungen, keine doppelte Buchführung
- Feste Visitenzeiten, möglichst früh
- Medizinische Kurven müssen im Schwesternzimmer bleiben
- Klare Zuständigkeiten bei der Planung von Untersuchungen
- Regelmäßige, institutionalisierte Absprachen, um Störungen zu vermeiden

mögliche Widerstände

- Wenig Motivation für Veränderungen aufgrund von Überbelastungen
- Probleme in der Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Dienst

1.2 Phase der Lösungsfindung

Im Modellkrankenhaus 2 ist der Prozeß der Lösungsfindung aus w.o. genannten Gründen nur in Ansätzen in Gang gekommen. Ausgehend von der Notwendigkeit bestimmter Fixzeiten auf den Stationen, in den Funktionsbereich und bei der ärztlichen Dienstgruppe wurden Überlegungen angestellt, inwieweit jeweils die einzelnen Bereiche Spielräume zur Veränderung haben und wo die Zeiten durch die Zusammenarbeit mit anderen Leistungsstellen festgelegt sind (z.B. Vorgabe von Zeiten durch die Küche auf den Stationen). Mit der Erarbeitung einer "Nerv- und Wunschliste" wurden teils Lösungen zur Diskussion gestellt, teils ist damit noch einmal die Phase der Bildgestaltung wiederholt worden, indem eine Reihe defizitärer Ist-Zustände erneut benannt wurden. Den beteiligten MitarbeiterInnen des Workshops ist dabei sehr deutlich geworden, daß die Gesamtorganisation noch weit entfernt ist von dem Anspruch, eine an den Bedürfnissen und Erfordernissen des Patienten ausgerichtete Versorgung zu leisten. Dieser Sachverhalt hat wesentlich auch die Entscheidung der Krankenhausleitung motiviert, ein Umstrukturierungsprojekt in Gang zu setzen, welches alle Kliniken einbezieht und die Schnittstellenproblematik umfangreicher bearbeitet, als dies mit den begrenzten Mitteln und Ressourcen des Modellprojektes möglich gewesen wäre.

Im Modellkrankenhaus 3 wurde weitergearbeitet an dem Thema "Planbarkeit von Untersuchungen". Anknüpfend an den im Fadenkreuz notierten wünschenswerten Zustand unter Einbeziehung der möglichen Widerstände sind den bereichsübergeordnet zusammengesetzten Kleingruppen folgende problemlösungsorientierte Fragen vorgegeben worden:

1. Welcher Bereich/welche Gruppe ist für was zuständig - (Kompetenzabklärung)?
2. Welcher Bereich/welche Gruppe übernimmt welche Verantwortung?
3. Wie ist der Informationsfluß unter den Bereichen zu organisieren?

Die Teilnehmer sollten dabei zunächst Lösungsideen nur sammeln und nicht sofort bewerten oder kritisieren. Dies bezweckte, den beginnenden Ideenfindungsfluß nicht gleich durch wertende Diskussion zu ersticken. Erst in einem zweiten Schritt waren die Teilnehmer aufgefordert, die verschiedenen Lösungsalternativen in eine bestimmte Rangfolge zu bringen, um erste Orientierungen zu ermöglichen.

Die Arbeitsergebnisse der Kleingruppen zusammengefaßt kristallisierten sich nach Abschluß dieses Prozesses folgende Vorstellungen heraus:

Zu 1) und 2) Zuständigkeit und Verantwortung:

- ärztliche Dienstgruppe:
- feste Visitenzeiten der Assistenten um 10.00 Uhr
- feste Visitenzeiten der Oberärzte um 10.30 Uhr

Pflegedienst:

- Erstellung eines Diagnoseplans mit Einteilung B,L,S
- Koordination der Untersuchungen
- Befundweiterleitung
- Delegation dieser Aufgaben überwiegend an KoordinatorIn

Funktionsbereiche:

- Anforderung von Patienten nach vorsortierten Anmeldungen durch die Pflege
- Weiterleiten der Patienten nach Diagnoseplan
- Abstimmung der Pausenzeiten mit Pflege und Transportdienst

Transportdienst:

- Aufteilung des Transportdienstes in zwei Schichten, Ausdünnung in den Morgenstunden, bessere Besetzung in den Nachmittagsstunden
- Patiententransport nach Diagnoseplan der Pflege
- möglichst Zuordnung zur Abteilungen und Stationen
- Abstimmung der Pausenzeiten mit Pflege und Funktionsbereichen
- Transport von Blutbefunden durch Labor
- Transport von Befunden zweimal am Tag

zu 3) Verbesserung des Informationsflusses:

- Verbesserung und Vereinheitlichung der Untersuchungsanforderungsscheine
- Einführung von KoordinatorInnen auf allen Stationen der neurologischen Klinik
- regelmäßige Sitzungen der Leitungen der verschiedenen Bereiche, um aktuelle Probleme klären zu können und Informationsstaus zu verhindern

Im Modellkrankenhaus 1 wurde in Anknüpfung an die dem Thema "Planbarkeit von Untersuchungen" zugeordneten Inhalte eine pointierte Problemformulierung mit einer darauf bezogenen Lösung erarbeitet. Insgesamt schälten sich sieben verschiedene Aspekte heraus:

Problem 1

Nacheinander von Routine- und speziellen Untersuchungen, Pflegepersonal läuft doppelt

Lösung: Zentrale Aufnahme durch ärztlichen Dienst

Absprache Pflege/ärztlicher Dienst und telefonische Rückkopplung mit der Pforte

Problem 2

Untersuchungsanforderungen von Koloskopien durch den ärztlichen Dienst: Pflege bekommt keine Rückmeldung und kann Vorbereitungen nicht rechtzeitig treffen

Lösung: Rückverlagerung der Kompetenz für diese Anforderung in die Pflege

Problem 3

Veraltetes Anforderungsscheinsystem

Lösung: Interdisziplinäre Arbeitsgruppe bilden mit dem Auftrag einer umfassenden Neuformulierung

"Kleine" Lösung: Kopfzeilen einheitlich gestalten und Ergänzungen zum allgemeinen Zustand des Patienten sowie zu der Zuordnung "bettlägerig", "Sitzwagen" und "gefhähig"

Problem 4

Keine festen Visitenzeiten

Lösung: Gespräche mit dem ärztlichen Dienst

Problem 5

Medizinische Kurven werden für längere Zeit vom ärztlichen Dienst in Anspruch genommen (Station 2)

Lösung: Gespräche zwischen den Pflegekräften und dem ärztlichen Dienst

Problem 6

Terminierung ambulanter Untersuchungen für die Endoskopie durch die Sekretärin des Chefarztes der Inneren, unrealistische Zeitmaße für die Untersuchungen, stationäre Untersuchungen werden hinten an gestellt

Lösung: Gespräch zwischen Endoskopie und dem Chefarzt der Inneren Abteilung

Problem 7

"Doppelte Buchführung" bei Untersuchungsanforderungen durch Eintragungen in Listen bei der Chefsekretärin der Inneren Abteilung

Lösung: Koordinierung der Termine in der Diagnostik unter Berücksichtigung der Angaben von der Station und der Ambulanz

Nach dieser Phase der Lösungsfindung hätte die der Entschlußbildung und Umsetzung folgen müssen. Da parallel in einem Corporate-Identity-Projekt ähnliche Probleme zur Diskussion standen und verhandelt wurden, haben wir an dieser Stelle die Maßnahme zur Verbesserung der Kooperation beendet, um Verwirrungen im Sinne ungeklärter Kompetenzen zu vermeiden.

1.3 Phase der Vorbereitung von Entschlußbildung und Umsetzung

Die letzte Phase der gemeinsamen Zusammenarbeit zur Verbesserung der Kooperationsbeziehungen realisierte sich nur noch in dem Modellkrankenhaus 3. Hier ging es jetzt darum, die vorgestellten Lösungen hinsichtlich einer Umsetzbarkeit in die Praxis zu überprüfen. Dazu wurden die einzelnen Probleme noch einmal gebündelt formuliert und die entsprechenden Lösungen verschiedenen Ebenen zugeordnet, die zugleich die Entscheidungszuständigkeit markierten. (vgl. Abb. 11)

Die Ebene der personellen und technischen Voraussetzungen setzt überwiegend Entscheidungen seitens der Krankenhausleitung voraus. Dies betrifft insbesondere das Problem der Anmeldungen von Untersuchungen und den Befundrücklauf, das optimal über die Einrichtung eines zentralen Transports unter Einbeziehung des Postdienstes zu lösen wäre. Bislang obliegt diese Aufgabe überwiegend der Pflege, was einen hohen Zeitaufwand erfordert und wenig vereinheitlicht werden kann, da die Visiten- und Anordnungszeiten der Ärzte nicht festgelegt sind. Die - zumindest als Orientierung - festgelegten Fixzeiten des ärztlichen Dienstes auf der Station ist der Ebene der Arbeits- und Zeitorganisation zugeordnet worden und fällt damit in deren eigenen Kompetenzbereich. Gleiches gilt für die Abstimmung von Fixzeiten der Pflege und Pausenzeiten des Transportdienstes und der Funktionsbereiche. Die Veränderung der Organisation von Materiallagerung bedarf ebenfalls der Zustimmung durch die Krankenhausleitung. Die Umlagerung von Labor- und Büromaterial - hier vor allem Anforderungsscheine ins Zentrallager - würde Zeitverzögerungen im Ablauf von Untersuchungen vermindern, da keine zusätzliche Absprache zwischen Pflege und Labor und Pflege und Büromateriallagerung mehr nötig wäre. die Bedarfsgüter könnten routinemäßig mit anderen Pflegeutensilien etc. bestellt werden.

Die Achse bzw. Ebene der Koordination und Information schließlich markiert das Ineinandergreifen und kooperierende Miteinander der verschiedenen Arbeitsabläufe der einzelnen Bereiche.

Problem/Ebenen	person./techn. Voraussetzungen	Arbeits-/Zeitorganisation; Bereiche	Koordination Information
Visiten	--	10.00 Assistenten 10.30 Oberarzt	<ul style="list-style-type: none"> gestraffte Visite m. Pflege ausführliche Gespräche mit Pat. o. Pfleger
Diagnostikplan, Einteilung B, L, S	Vordrucke mit Lageplan	<ul style="list-style-type: none"> Planung von der Pflege ausgehend B, L, S Vermerk durch Pflege 	<ul style="list-style-type: none"> Abzeichnung und Weiterleitung der Pat. in den FB Orientierung für Träger
Anmeldungen von Untersuchungen	<ul style="list-style-type: none"> Zentraler Transport in zwei Schichten Änderung von Vordrucken f. Untersuchung 	Vorplanung durch Pflege bis 16.00 für FB am Vortag nach 16.00 Spät/Nachtdienst	<ul style="list-style-type: none"> Vorsortierte Anmeldung bis 8.30 Pat. o. Frühstück und "Läufer" FB: Frühstückszeiten der Pat. berücksichtigen
Koordination, Zeitabstimmung zwischen den Bereichen	zusätzliches Telefon	7.30-8.30 Frühstück Pat. mittags: Station 12.35-13.25 RG 12.00-14.00 Träger 12.30-13.00/ 13.00-13.30 Träger: Arbeitszeiten versetzen	bis 8.30 Pat. o. Frühstück/L in FB eingeschränkter Betten-transport von Station 14.00-16.00 Arbeits-dichte in FB u. Träger-dienst möglich
verzögerter Befunddrucklauf	zentraler Transport (morgens und mittags)	zwischenzeitlicher Transport durch Post-stelle	
Materialanforderung/-Röhrchenlaufzettel	zentrale Lagerung von: <ul style="list-style-type: none"> Laborbedarf Pflegeutensilien Büromaterialien 	Pflege bestellt im Zentrallager Pflege bestellt in der Papieraussgabe	

Abb. 12: Problemlösungsebenen

Die Ergebnisse dieses Arbeitsprozesses wurden schließlich der Krankenhausleitung präsentiert, wobei entlang der vorgestellten Lösungsebenen zum Problem "Planbarkeit von Untersuchungen" sich folgende Vereinbarungen in der Diskussion herauskristallisierten:

- Der Verwaltungsdirektor lädt zu einem Gespräch ein, in dem überlegt werden soll, wie ein zentraler Transport der Leistungsanforderungsscheine zweimal am Tag zu organisieren ist. Die Vorplanungen von Untersuchungen erfolgen durch die Pflegekräfte bis spätestens 16.00 Uhr am Vortag.
- Es wird ein Gespräch zwischen der Pflege und der Wirtschaftsabteilung stattfinden, in dem die Vorschläge zur Verbesserung und Vereinheitlichung der Leistungsanforderungsscheine und ein Probeentwurf für einen Diagnostikplan mit umseitigem Lageplan besprochen werden sollen. Des weiteren soll überlegt werden, ob und inwieweit Umlagerungen von verschiedenen Materialien sinnvoll sind. Da es dabei

insbesondere um die Labormaterialien geht, muß der leitenden Arzt des Labors mit zu dem Gespräch eingeladen werden

- Die Absprachen von Pausenzeiten im Röntgenbereich, auf den Stationen und bei dem Trägerdienst wird von den Bereichen selbständig übernommen, um unnötige Leerlaufzeiten zu vermeiden.
- Das Problem des nicht ausreichend besetzten Trägerdienstes ab 14.30 Uhr konnte noch nicht gelöst werden
- Die Anforderung eines zusätzlichen Telefons für die Station 28 soll zuvor zwischen den Pflegekräften und dem ärztlichen Dienst genauer geklärt werden.

Nach der Diskussion mit der Krankenhausleitung fanden noch zwei weitere Arbeitstreffen statt, an denen auch die Wirtschaftsabteilung beteiligt war. In Hinblick auf einige Problemlösungen konnten sofort Umsetzungserfolge erzielt werden. Dies betrifft

1. die Änderung von Untersuchungsanforderungen mit zusätzlichen Informationen zum allgemeinen Zustand des Patienten und mit dem Vermerk "gefähig" "Sitzwagen" "Bett"
2. die Einrichtung fester Blutabnahmezeiten mehrmals am Tag
3. die Umlagerung von Labormaterialien in das Zentrallager
4. Ermittlung von Schnittstellenproblemen zwischen den verschiedenen Fachbereichen und dem Transportdienst mit dem Ergebnis einer zwischen 14.30 und 16.00 Uhr stark unter Bedarf liegenden Transportversorgung. Die Dienstzeiten der Krankenträger wurden daraufhin umgestellt.

Folgende Probleme konnten jedoch nicht in dem vorgesehenen Umfang gelöst werden:

1. Erstellen eines Diagnoseplanes mit umseitigem Lageplan

Erreichtes Ergebnis: Entwurf in überarbeiteter Fassung nach Rücksprache mit den einzelnen Bereichen liegt vor

Defizit: Realisierung der Druckvorlage

Umsetzungshindernis: Fehlender Austausch über parallele Aktivität der Krankenhausleitung für ein neues Wegeleitsystem, nach dem die Laufzettel auszurichten wären

2. Zentraler Transport von Anforderungen

Erreichtes Ergebnis: Dem Stationsablauf angepaßter Fahrplan des Trägerdienstes für Blut, angepaßter Fahrplan des Transports von Anforderungen und Befunden

Defizite: Zentralisierung des Transportes in zwei Schichten ist nicht umgesetzt worden

Umsetzungshindernisse: Die Veränderung fällt in den Zuständigkeitsbereich des Verwaltungsdirektors; auf dieser Stelle hat ein Wechsel stattgefunden, der die Kontinuität diesbezüglich unterbrochen hat.

3. Festgelegt Visitenzeiten um 10.00 Uhr (Assistenzärzte) und 10.30 Uhr (Oberarzt) auf der Modellstation

Defizit: Nach anfänglicher Umstellung auf die neuen Zeiten in gegenseitigem Einvernehmen zwischen dem ärztlichen Dienst und den Pflegekräften ist diese Neuregelung wieder "eingeschlafen"

Umsetzungshindernis: Fehlende Koordinierung und mangelnde Abstimmung veränderter Visitenzeiten mit Besprechungs- und Untersuchungszeiten bei dem ärztlichen Dienst.

2 Konzeptionierung bereichsübergreifender Planungs- und Entscheidungsstrukturen

2.1 Innovative Besprechungskultur

Für eine optimierte Versorgung von Patienten ist die reibungslose Koordination von verschiedenen Leistungen der einzelnen Bereiche eine wesentliche Voraussetzung. Bei unserer Analyse stellte sich heraus, daß trotz des Wissens darum die Komplexität wechselseitiger Abhängigkeiten der einzelnen Leistungstellen nur wenig Beachtung und Berücksichtigung findet. Die hohe Arbeitsteiligkeit und Ausdifferenzierung von Spezialisierungen hat gerade in der Organisation Krankenhaus zu einer ausgeprägten Separierung der einzelnen Bereiche geführt, oft blind gegenüber dem zugleich in hohem Maße bestehenden gegenseitigem Kooperationsbedarf zwischen den unterschiedlichen patientenbezogenen Maßnahmen.

Nach Angaben der amtlichen Krankenhausstatistik entfallen 75 % aller Kosten auf den medizinischen und pflegerischen Bereich. Vor dem Hintergrund der mit dem Gesundheitsstrukturgesetz geforderten wirtschaftlichen Effizienz des Leistungsgeschehens, gerät das medizinische und pflegerische Handeln sehr viel stärker als bisher in das Blickfeld kaufmännischer Berechnungen. Da beide Bereiche ein komplementäres Behandlungssystem darstellen, wäre gerade hier eine enge Zusammenarbeit hinsichtlich Überlegungen über notwendige Einsparungen wichtig und erforderlich. Die bislang vorherrschende dreigliedrig-hierarchisch ausgerichtete Leitungsstruktur steht einer solchen Kooperation allerdings entgegen und verhindert eine auf die Gesamtziele des Krankenhauses bezogene Planung.

Um die anstehenden Herausforderungen hinsichtlich Qualität und Wirtschaftlichkeit der Patientenversorgung bewältigen zu können, ist eine Neuorientierung in der Organisation von Leitungs- und Entscheidungsebenen erforderlich. Neben einer Ausdifferenzierung von Planungs- und Entscheidungsstrukturen auf der vertikalen Ebene muß vor allem ein Netzwerk horizontaler Kooperationsverbindungen entwickelt werden.

Ausgehend von ersten Überlegungen zur Implementierung von bereichsübergreifenden Besprechungen im Modellkrankenhaus 3 wurde hier ein Modell entwickelt, welches auf vertikaler Ebene den Informationsaustausch auf breiter Ebene vernetzt.

Das in Abb. 12 dargestellte Besprechungsmodell geht mittig von den Stationen als zentralem Ort für die Patienten aus. Hier erfolgen die täglichen Übergabebesprechungen des Pflegepersonals, sowie einmal wöchentlich eine halbe Stunde Teamsitzung der einzelnen Stationen. Die Ärzte, die täglich zu ihrem Fachaustausch zusammenkommen, treffen in diesem Modell dann zweimal in der Woche integriert in die Übergabebesprechungen mit dem Pflegepersonal zusammen, um patientenbezogene Informationen auszutauschen und ggf. ein gemeinsames Vorgehen abzustimmen. Einmal in der Woche treffen sich auf Abteilungsebene die Stationsleitungen und laden je nach aktuellem Kooperationsbedarf Vertreter des ärztlichen Dienstes oder der Funktionsbereiche ein. (Vg. hierzu: Abb.9). Jedes vierte Mal bzw. einmal im Monat findet ein Stationsleitungstreffen von allen Stationen des Krankenhauses statt. U.a. werden hier Kooperationsprobleme mit anderen Bereichen und Berufsgruppen angesprochen, für deren Lösung höhere Leitungsstellen autorisiert sind. Die Vermittlung und/oder Verhandlung solcher Probleme erfolgt in der Regel durch die Pflegedienstleitung mit der Verwaltungsleitung, bzw. den Leitungen ihr unterstellter Bereiche oder mit der/den Leitung/en des ärztlichen Dienstes.

Schließlich findet nach diesem Modell ein - ebenfalls aufgrund seiner zentralen Bedeutung - mittig platziertes bereichsübergeordnetes Treffen im Abstand von ca. drei Monaten statt. Diese Sitzung wird von der Krankenhausleitung moderiert und bearbeitet aktuelle und strukturelle Probleme, die zum einen aus den verschiedenen anderen Besprechungen rückgemeldet, oder von einzelnen Mitgliedern - die Krankenhausleitung eingeschlossen - vorgeschlagen werden.

Um ein effektives Arbeiten zu gewährleisten ist die Teilnehmeranzahl begrenzt. In der Planung ist davon ausgegangen worden, je eine/n VertreterIn aus der Pflege und dem ärztlichen Dienst pro Klinik zu benennen, sowie jeweils die Leitungen der zentralisierten Dienste und der Funktionsdiagnostik. Auf diese Weise ergibt sich im Modellkrankenhaus 3 eine Anzahl von ca. 20 Personen. Aus diesem Gremium können wiederum Arbeitsgruppen mit der Entwicklung von Vorschlägen zu bestimmten Themen/Problemen beauftragt werden, um strukturierte und ergebnisorientierte Diskussionen zu ermöglichen.

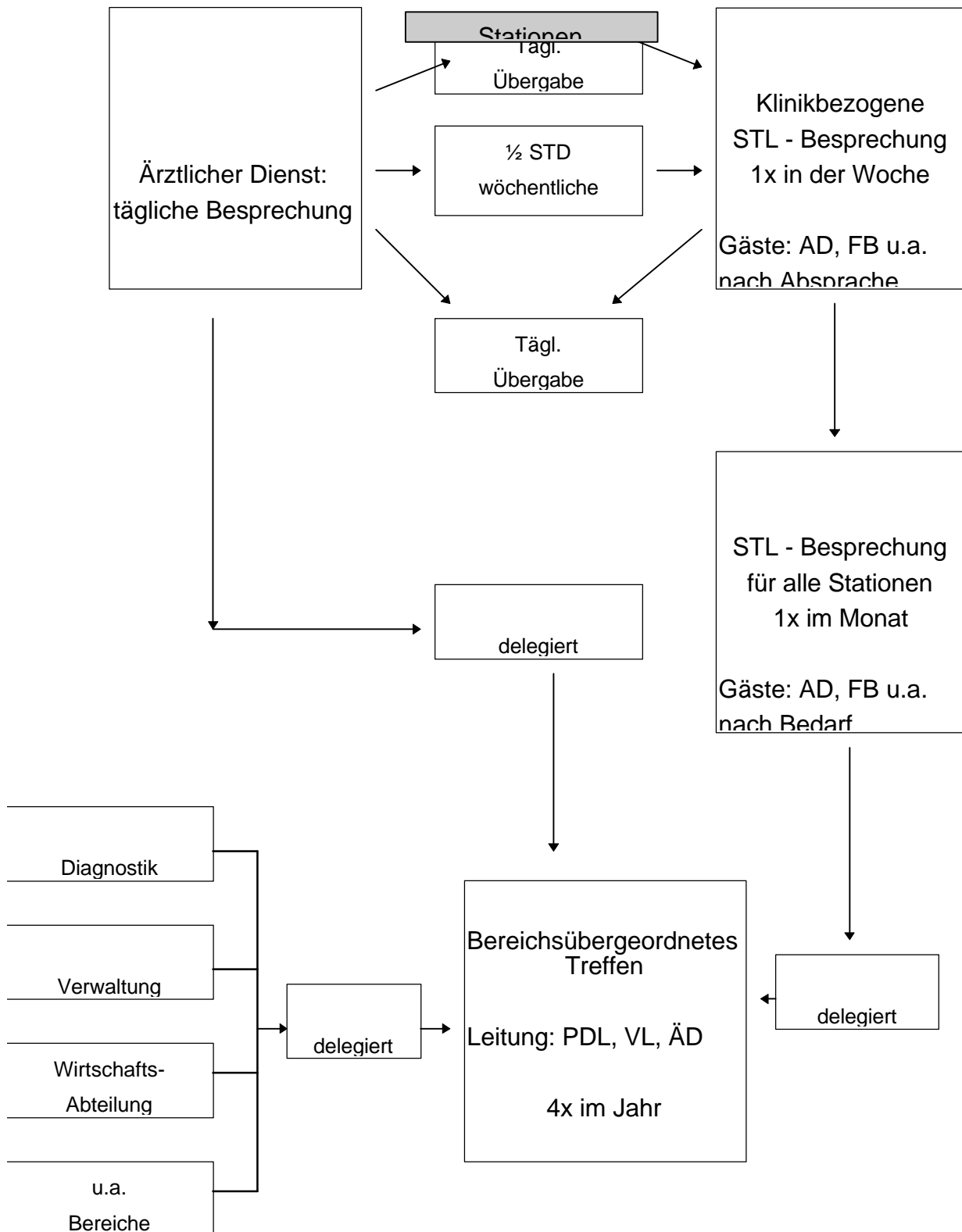


Abb. 13: Bereichsverbindendes Besprechungsmodell

Insgesamt entspricht die Konstruktion dieses Besprechungsmodells in jeder Hinsicht den Forderungen eines modernen Managements und ist geeignet, die bestehenden Reibungsverluste in dem kooperativen Miteinander abzubauen. Noch nicht genügend berücksichtigt ist allerdings in diesem Modell die Dezentralisierung von Verantwortungs- und Entscheidungskompetenz bezüglich Planung und Steuerung abteilungsbezogener Budgets, sofern die Voraussetzungen hierfür schon geschaffen sind. Hier kommt -wie w.o. angesprochen- der Kooperation zwischen der Pflege und dem ärztlichen Dienst eine besondere Bedeutung zu, die sich in Form einer gemeinsamen Abteilungsleitung darstellen könnte. Deren Hauptaufgaben liegen zusammengefaßt in folgenden Bereichen:

- Weiterentwicklung der Abteilung durch Umstrukturierung von Stationen und Bestimmungen des Leistungsangebots
- Abstimmung aller patientenbezogenen Maßnahmen einer Abteilung
- Qualitätssicherung medizinischer und pflegerischer Versorgung
- Personalentwicklung und Fortbildungen
- Budgetsteuerung sowie Bau- und Investitionsplanungen

Die Einführung einer von Pflege und medizinischem Dienst paritätisch geführten Leitung auf Abteilungsebene wurde im Modellkrankenhaus 3 in Ansätzen diskutiert, eine Realisierung ist jedoch noch nicht in Sicht. Auch das vorgestellte integrative Besprechungsmodell ist noch nicht umgesetzt worden, obgleich es bei vielen leitenden Mitarbeitern aus den verschiedenen Bereichen auf großes Interesse gestoßen ist. Ein wichtiger Grund hierfür ist sicherlich, daß die gesamte Krankenhausleitung innerhalb der Zeit, in der das Modellvorhaben durchgeführt worden ist, gewechselt hat und der Informationsaustausch und Diskussionsprozess unterbrochen wurde. Zum Zeitpunkt der Abschlußevaluierung ist das Thema "Besprechungsmodelle" aber wieder aufgegriffen worden und zwar im Zusammenhang mit einem noch durch das Modellprojekt angeregten bereichsübergreifende Führungstraining.

Die Planung spezieller interdisziplinärer Führungstrainings ist motiviert worden durch unsere Beobachtung eines Vakuums auf der Leitungsebene in der Wahrnehmung von Führungsfunktionen hinsichtlich sozialer Integrationsprozesse und in einer Herstellung von Arbeitsbedingungen, die die Identifikation und Motivation der MitarbeiterInnen fördert. In allen von uns begleiteten Krankenhäusern dominiert ein sehr personenbezogenes Verständnis von Leitung, welches mit den hierarchischen Strukturen korrespondiert. Die zumeist ausschließlich auf der vertikalen Ebene getroffenen Entscheidungen führen dazu, daß die mittlere Führungsebene kaum ausgebildet und mit nur geringen Kompetenzen ausgestattet ist. Es existiert kein klares Konzept über die Aufgaben der mittleren Führungsebene einschließlich deren Anbindung an die Entscheidungskompetenzen der Krankenhausleitung. Entsprechend ist die mittlere Führungsebene auch nicht systematisch für Führungsaufgaben qualifiziert worden, was sich in dem anstehenden Prozeß der Umstrukturierungen im Zusammenhang mit dem Gesundheitsstrukturgesetz als hinderlich erweisen wird. Das von uns entwickelte Konzept, welches in dem Modell-Krankenhäusern 2 und 3 noch durchgeführt wird, versucht systematisch, diesen Defiziten entgegenzuwirken. Es ist um drei große Themenbereiche zentriert:

- Selbstmanagement
- Integrative Zielformulierung und Aufgabenerfüllung
- Qualitätskontrolle

Im Folgenden werden die drei Bereiche inhaltlich noch etwas näher erläutert und ausgeführt.

2.2 Interdisziplinäre Führungstrainings

Einschlägige Befunde der sozialwissenschaftlichen Forschung belegen, daß die Produktivität und Effektivität von Organisationen in starkem Maße abhängig ist von einem integrativen Management. In Amerika ist eine Untersuchung über zentrale Gründe für den Erfolg von sogenannten Magnetspitälern durchgeführt worden, nach der sich acht Charakteristika finden lassen, die die Führungskultur einschlägig prägen:

1. Management by walking about

Die Führungskräfte halten die MitarbeiterInnen in den Magnetspitälern zum Experimentieren an und fordern sie auf, Problem in ad-hoc-Gruppen zu lösen und ohne Erlaubnis die Lösungsschritte in die Praxis umzusetzen

2. Nähe zum Patienten

In den Magnetspitälern ist eine stark ausgeprägte Patientenorientierung festgestellt worden, die auf der Führungsebene ihren spiegelbildlichen Ausdruck findet. Es existiert ein dichtes Feed-back-System und auf Aus- und Weiterbildung wird großer Wert gelegt

3. Innovation und Autonomie

Die MitarbeiterInnen in den Magnetspitälern können relativ selbständig ihre Arbeit und ihren Bereich planen und entwickeln. Bürokratische Regeln sind auf ein Minimum reduziert, wobei die Untersuchungen auf einen direkten Zusammenhang zwischen selbständigem Arbeiten und einem hohen Niveau pflegerischer Qualität verweisen.

4. Produktivität durch die Menschen

Für die Führungsphilosophie in Magnetspitälern ist Kommunikation und Motivation zentral. Die Einbindung des Personals führt zu mehr Engagement in der Pflege und steigert letztendlich die Produktivität der ganzen Organisation

5. Tragende Rolle von Führungskräften

Zentrale Werte der Magnetspitäler sind die Erbringung von optimalen Arbeitsleistungen und von optimaler Pflegequalität. Die Schaffung und Vermittlung dieser Werte ist die Aufgabe von Führungskräften, die nicht entfernt vom Pflegepersonal agiert, sondern an deren Seite.

6. Diversifikation

In den Magnetspitälern diversifiziert sich durch die starke Patientenorientierung das betreuende und pflegerische Tun. Einseitige Spezialisierungen werden als kontraproduktiv eingeschätzt.

7. Dezentralisierung von Entscheidungskompetenzen

Die meisten Magnet-Spitäler weisen dezentrale Strukturen auf. Sie verbinden damit die Ziele, innovative Potentiale freizusetzen und die Effizienz zu steigern.

8. Feste Prinzipien bei großem Gestaltungsspielraum

Die Untersuchung zeigt, daß in den Magnetspitälern das leitende Management ein eindeutiges Wertesystem vermittelt und klare Zielvorgaben entwickelt. Innerhalb dieses Rahmens können die Mitarbeiter die Art und Weise ihres Tuns und ihrer Kooperation selbständig entwickeln.

Zusammengefaßt finden sich bei den Magnet-Spitälern also folgende Führungsprinzipien: Entwicklung eines übergreifenden Wertesystems, zusätzliche informelle verbale Kommunikations- und Informationsstrukturen, permanenter Feedback-Prozess, Förderung von Aus- und Weiterbildung, Förderung von innovativen Ansätzen, direkte Kontakte und Patienten- sowie Personalorientierung. Ausgehend von diesen "Erfolgscharakteristika" haben wir ein Führungstraining konzeptioniert, welches mehrere Bausteine umfaßt. (Vergl. Abb. 13) In einem ersten Baustein, der zeitlich vier Tage umfaßt, werden die Grundlagen der Personalentwicklung und Mitarbeiterführung vermittelt. Es folgen vier Bausteine à zwei Tage, in denen zentrale Fragen des Selbstmanagement bearbeitet werden. Diese umfassen eine thematische Bandbreite von der Reflexion und Weiterentwicklung des eigenen Wertesystems als Führungskraft in einem Krankenhaus über Rhetorik und Gesprächsführung bis hin zur Verbesserung der persönlichen Arbeitsmethodik. Daran schließen sich weitere 4 Bausteine zur speziellen Methodik der Personalführung an, die ebenfalls je zwei Tage umfassen. Die TeilnehmerInnenzusammensetzung erfolgt berufs- und bereichsübergreifend. In gleicher Anzahl werden MitarbeiterInnen der mittleren Führungsebene aus dem Pflegebereich, dem Verwaltungsbereich und dem ärztlichen Bereich eingeladen.

Vor allem in den Bausteinen 6 bis 9 stehen die das Grundseminar vertiefende praktische Übungen im Vordergrund, d.h., die TeilnehmerInnen sind gefordert, am konkreten Fallmaterial probierend Lösungen zu entwickeln. Der Heterogenität der Zusammensetzung kommt dabei eine ganz besondere Bedeutung zu. Die Auseinandersetzung mit und der Einblick in die Problematiken anderer Bereiche fördert die Transparenz und den Informationsaustausch.

Zum Zeitpunkt der Abschlußberichtslegung haben wir mit den Führungsseminaren gerade begonnen. Eine abschließende Auswertung kann daher an dieser Stelle nicht erfolgen. Allerdings ist festzustellen, daß diese Seminare auf großes Interesse gestoßen sind und auch vom ärztlichen Dienst angenommen wurden.

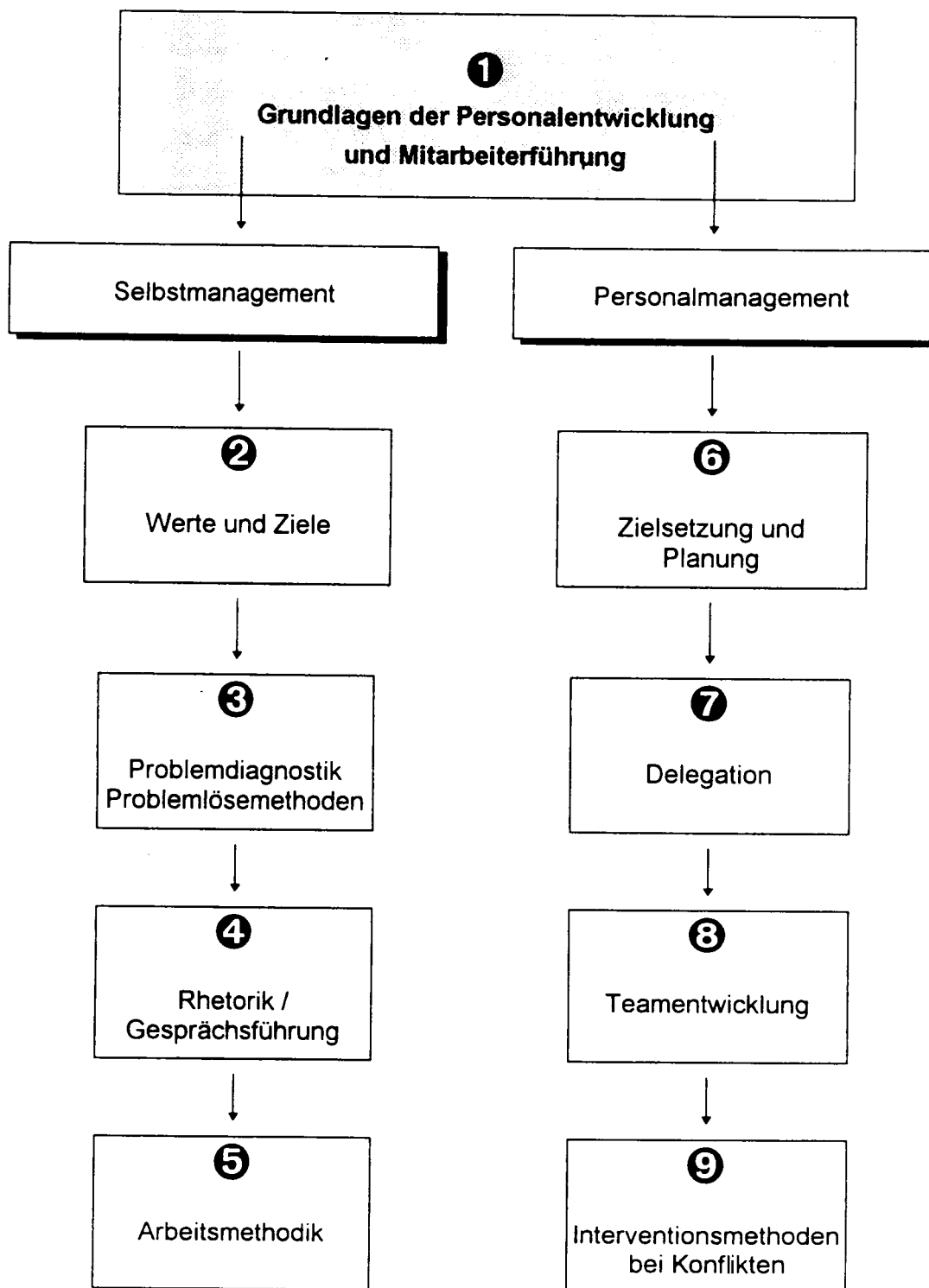


Abb. 14:

Kapitel VIII

Abschließende Einschätzung und Schlußfolgerungen

1 Erreichte Ziele

Übergeordnetes Ziel des Modellversuchs war, umfassende Umstrukturierungen im Pflegebereich unter Einbeziehung der angrenzenden Funktionsbereiche und Dienstgruppen zu initiieren. Vor dem Hintergrund der mit dem Gesundheitsstrukturgesetz verbundenen weitreichenden Veränderungen durch kostendämpfende und strukturverändernde Maßnahmen ist dabei das Hauptaugenmerk vor allem auf folgende Bereiche gelegt worden:

- Entwicklung und Sicherung qualitativ hochwertiger Pflegeleistungen unter zielbezogenem, effizientem Einsatz von Ressourcen
- Restrukturierung von Führungsverantwortung und Förderung einer systematischen Personalentwicklung im Sinne gemeinsam getragener Qualitätsvorstellungen
- Förderung einer interprofessionellen Teamentwicklung, um sowohl die arbeitsteilig-funktionale Versorgung zugunsten einer qualitativen Versorgung des Patienten zu verändern, als auch ineffiziente Reibungsverluste in der Kooperation zwischen den Bereichen zu vermeiden.

Vorgeschaltet war in allen beteiligten Modell-Krankenhäusern eine umfangreiche Diagnosephase. Diese zeigte im Ergebnis zum einen eine Reihe von Defiziten in der Arbeitsorganisation und -qualität der Pflege und zum anderen deutliche Schwachstellen in dem kooperativen Miteinander. Die jeweils für die einzelnen Häuser erarbeiteten Konfliktprofile wiesen dabei viele Überschneidungen auf.

Bereits nach der ersten Phase der Modellerprobung konnte die Konsequenz gezogen werden, daß Umstrukturierungen im Pflegebereich ohne die Schaffung der entsprechenden qualifikatorischen Basis nicht zu realisieren sind. Entsprechend hatten die umfangreichen Fortbildungen zur Pflegeprozeßmethode und darauf abgestimmter veränderter Arbeitsabläufe und -zeiten eine besonders wichtige Bedeutung. In der Beurteilung der Pflegekräfte wurden dabei nicht nur die Wissensvermittlung und Auseinandersetzung um neue Qualitätsanforderungen positiv gewürdigt, sondern auch ein damit zusammenhängender Motivations- und Identifikationsprozess.

Die Prozeßbegleitung der Umstellung von der Funktions- auf die Bereichspflege verlief auf allen Modellstationen erfolgreich. Pflegeplanung, Pflegedokumentation und Pflegebericht werden von allen Pflegekräften theoretisch beherrscht. Die praktische Umsetzung ist z.T. noch mit Problemen verbunden, jedoch erfolgt zumindest bei pflegeintensiven Patienten eine Pflegeplanung, die überwiegend gut nachvollziehbar ist. Die anfallenden pflegerischen Tätigkeiten werden bereichsbezogen ausgeführt einschließlich der erforderlichen administrativen Maßnahmen. An den

Wochenenden muß allerdings aufgrund zu knapper Personaldecken zum Teil in Funktionspflege gearbeitet werden.

Wie geplant hatte die Einbeziehung einer zweiten Modellstation einen stabilisierenden Effekt auf die MitarbeiterInnen der ersten Modellstation und wirkte sich insgesamt positiv auf die Motivation der Pflegekräfte in anderen Abteilungen aus. Mit der Qualifizierung von MultiplikatorInnen, die aus dem MitarbeiterInnenkreis der Modellstationen gewonnen wurden, konnten schließlich eine Reihe weiterer Stationen umgestellt werden. Dieser Umstellungsprozeß ist gestützt worden durch ein Betreuersystem in Form regelmäßiger eintägiger Treffen, in denen unter Anleitung der MultiplikatorInnen in Zusammenarbeit mit externen Fachkräften konkrete Teilziele ausgearbeitet und Probleme bei der Umstellung diskutiert wurden. Im Ergebnis konnten im Modellkrankenhaus 3 neben den Modellstationen acht weitere Stationen umgestellt werden, im Modellkrankenhaus 4 waren es zum Zeitpunkt der Abschlußevaluierung zwei und drei weitere Stationen hatten gerade mit den Umstrukturierungsprozessen begonnen. Das Modellkrankenhaus 2 hatte sich für eine flächendeckende Einführung der Bereichspflege einen Experten eingestellt und damit außerhalb des Projektes Initiativen ergriffen und im Modellkrankenhaus 1 sind die vorbereitenden Fortbildungen für die MultiplikatorInnen durchgeführt worden.

Mit den Umstrukturierungsprozessen pflegerischer Arbeitsabläufe sind einschneidende Veränderung für das Anforderungsprofil der mittleren Führungsebene - der Stationsleitungen - verbunden. Ihr Rollenwandel, bzw. der Wandel von Kompetenzen und Aufgaben ist Inhalt einer Reihe von Workshops gewesen, in denen die neuen Anforderungen an eine qualitative und effektive Personalentwicklung und die anwachsenden Managementfunktionen von Stationsleitungen zur Diskussion standen. In allen beteiligten Modell-Krankenhäusern ist in diesem Zusammenhang eine Restrukturierung von Besprechungen erfolgt, die zum einen den Informationsfluß wesentlich verbessert und zum anderen eine Orientierung an Problemlösungen geschaffen hat. Als unterstützende Maßnahme für ein effektiveres Pflegemanagement ist in allen Modell-Krankenhäusern ein Moderationstraining durchgeführt worden und in zwei Häusern Trainings zur Thematik Zeitmanagement.

Eine wichtige Funktion von Stationsleitungen ist ihre Mittlerfunktion zwischen den Stationsanforderungen und -interessen und denen anderer Bereiche. Der Diagnoseprozeß hatte hier gezeigt, daß die Reibungsverluste in den Kooperationsbeziehungen in allen beteiligten Modell-Krankenhäusern besonders stark waren. Entsprechend wichtig schien die Einleitung von Maßnahmen zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Bereichen und Berufsgruppen. Neben der Bearbeitung einzelner Konflikte, die mittels einer Ist-Analyse von den Betroffenen herauskristallisiert wurden, ging es im wesentlichen auch um die Entwicklung regelmäßiger bereichsübergeordneter Treffen. Hier waren allerdings die Widerstände noch ziemlich stark, so daß zwar ein Modell für interprofessionelle Besprechungen erarbeitet wurde, aber die Motivation für eine Realisierung dessen konnte nicht hergestellt werden.

2 Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Krankenhäuser

In der Zusammenschau der Ergebnisse der verschiedenen Maßnahmen und Prozessschritte kann festgehalten werden, daß innerhalb von 2 1/2 Jahren eine Reihe an positiven Veränderungen erzielt werden konnten. Dies ist nur möglich gewesen durch das große Engagement aller an dem Modellprojekt beteiligten MitarbeiterInnen und deren sozialer Phantasie und Kreativität. Anders als in anderen Modellversuchen konnte in diesem Projekt nicht auf Mittel zurückgegriffen werden, mit denen zusätzliches Personal finanzierbar war, um das Pflegepersonal von den gestiegenen Anforderungen während der Umstrukturierungsprozesse zu entlasten. Engpässe, die dadurch entstanden sind, konnten nur überbrückt werden durch die höhere Einsatzbereitschaft der MitarbeiterInnen.

Für die Frage nach der Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Häuser bedeutet dies, daß die Ausgangssituation keine besondere sein muß. D.h., das im Rahmen des Modellversuchs entwickelte Konzept von Grundlagenschulungen zum Thema Pflegeprozeßmethode in Verbindung mit der Prozeßbegleitung bei der Umstellung von der Funktionspflege auf die Bereichspflege ist übertragbar. Die erforderlichen Mittel für die Fortbildungen sind in der zweiten Phase von den beteiligten Krankenhäusern ebenfalls als Eigenleistung erbracht worden. Übertragbar ist auch der konzeptionelle Baustein "MultiplikatorInnenschulung", mit der interne Experten qualifiziert werden, die den Prozeß einer flächendeckenden Einführung von Bereichspflege organisieren und begleiten können. Wichtig scheint dabei die Berücksichtigung der positiven Erfahrung, daß zunächst mit einer Begrenzung der Umstrukturierungen auf den überschaubaren Rahmen einer Abteilung besser und schneller "Kurskorrekturen" möglich sind.

Daß eine der wichtigsten Voraussetzungen zur Neustrukturierung des Pflegebereichs in der Qualifikation der Stationsleitungen besteht, ist eine wesentliche Erfahrung aus der Modellerprobung. Damit kommt den Maßnahmen im Zusammenhang mit der Restrukturierung von Führungsverantwortung und Führungskompetenzen im Pflegebereich eine besondere Bedeutung zu. Trainings zur veränderten Rolle und neuen Managementaufgaben der einstigen "Oberschwester", sowie die Entwicklung eines vertikal und horizontal miteinander verknüpften Kommunikationsnetzes sind wesentliche inhaltliche Eckpfeiler dieser Problematik.

Eine weitere wichtige Voraussetzung für eine optimierte Patientenversorgung ist die reibungslose Kooperation der verschiedenen Leistungsstellen im Krankenhaus. Bisher verhindert die ausgeprägte Separierung von Funktionsbereichen sowie die fast ausschließlich auf den vertikalen Ebenen getroffenen Entscheidungen eine ökonomisch und qualitativ effiziente Ablauforganisation. Im Rahmen der Modellerprobung konnten hier zwar einige Verbesserungen bewirkt werden, aber die Widerstände -insbesondere bei dem medizinischen Dienst- sind noch sehr hoch. Zukünftig werden vermittelt durch die Konkurrenz um den Patienten nicht nur die Kosten der Versorgung, sondern auch deren Qualität ausgewiesen werden müssen. Daraus folgt das Ziel, Pflege und Medizin zu einer komplementären Behandlungsleistung zusammenwachsen zu lassen anstelle der Abgrenzungen gegeneinander und damit verbundener Blockierungen in beiden Bereichen. Aus der Erfahrung des Modellversuchs läßt

sich die Konsequenz formulieren, daß dieses Ziel am schwierigsten zu realisieren ist. Obgleich - oder gerade weil - durch das Land Mittel zur Verfügung gestellt worden sind, mit denen Beratungs- und Trainingstätigkeiten von Experten im Bereich der interprofessionellen Teamentwicklung finanziert werden konnten, hat es immer wieder Probleme gegeben, verbindliche Arbeitszeiten und -strukturen zu vereinbaren. Immer wieder wurde das Argument der Unabkömmlichkeit von der Arbeit genannt und damit der untergeordnete Stellenwert zum Ausdruck gebracht, den die Entwicklung von Kooperationsbeziehungen für Einzelne hatte. Erfahrungen aus anderen Projekten, in denen die Beratungsleistungen durch die Institutionen selbst finanziert werden mußten, zeigen hier genau den gegenteiligen Effekt: die Bereitschaft und Erwartung, in Zusammenarbeit mit den externen Experten maximale Ergebnisse zu erzielen. Die Erfahrungen des Modellversuchs sind insofern also nicht verallgemeinerbar. Sie zeigen allerdings noch einmal sehr deutlich, daß die Motivation zur Veränderung abhängig ist von dem subjektiv empfundenen Druck, bzw. der Einsicht in Notwendigkeiten und weniger von "systemfremden" Ideen. Auch wenn klar ist, daß die zur Verfügung stehende Zeit für die durch das Gesundheitsstrukturgesetz geforderten Veränderungen knapp ist, so ist doch zu beachten, daß von außen herangetragene Reformen grundsätzlich die Gefahr in sich tragen, Widerstände zu provozieren und damit wirkungslos zu werden. Was für unsere konzeptionelle Vorüberlegung grundlegender Gedanke war, kann hier abschließend noch einmal wiederholt werden: die von der Veränderung betroffenen Personen bestimmen das konkrete Vorgehen einschließlich Anfang und Ende des Prozesse, der Beratung und Begleitung von außen hingegen kommt die Rolle zu, die "Selbstheilungskräfte" des Systems und seine kreativen Potentiale zu identifizieren und zu fördern.

Abbildungsverzeichnis	Seite
Abbildung 1: Organisatorischer Aufbau des Modellprojektes	12
Abbildung 2: Internes Projektmanagement	18
Abbildung 3: Analytisches Raster für die Zuordnung der Untersuchungsergebnisse	21
Abbildung A1	32
Abbildung A2	32
Abbildung A3	33
Abbildung A4	33
Abbildung B1	36
Abbildung B2	37
Abbildung B3	38
Abbildung B4	39
Abbildung C1	41
Abbildung C2	42
Abbildung C3	43
Abbildung C4	43
Abbildung D1	44
Abbildung D2	44
Abbildung D3	45
Abbildung D4	45
Abbildung E1	46
Abbildung E2	47
Abbildung E3	48
Abbildung E4	49
Abbildung 4: Fortbildungsvolumen	59
Abbildung 5: Fortbildungsinhalte	59
Abbildung 6: Anteile der verschiedenen Projektmaßnahmen	59
Abbildung 7: Darstellung des modifizierten Modells von Rooper	61
Abbildung 8: Der Krankenpflegeprozeß	62
Abbildung 9: Besprechungsmodell Pflege	115
Abbildung 10: Informationsmodell für die Arbeit an und mit Pflegestandards	116
Abbildung 11: Formblatt "Zielanalyse"	118
Abbildung 12: Problemlösungsebenen	134
Abbildung 13: Bereichsverbindendes Besprechungsmodell	138
Abbildung 14: Bauseinsystem interdisziplinäres Führungstraining	142

Verzeichnis der Tabellen	Seite
Tabelle 1: Erfasste Zeiten für Botendienste	52
Tabelle 2: Bewertung der erfassten Zeiten	53
Tabelle 3: Kalkulationsgrundlagen.	55
Tabelle 4: Erfasste Zeiten im Trägerdienst	56
Tabelle 5: Bewertung der erfassten Zeiten im Trägerdienst	57

Verzeichnis der Abkürzungen

ÄD	Ärztlicher Dienst
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
FB	Funktionsbereiche
FBL	Fachbereichsleitungen
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
IBF	Innerbetriebliche Fortbildungen
PDL	Pflegedienstleitungen
PPR	Pflegepersonalregelung
STL	Stationsleitungen