

STATIONSKONZEPTE (TEIL 2)

# Prozessveränderungen und ihre Umsetzung

Stationen repräsentieren einen Krankenhausbereich, der einen wichtigen Beitrag zur Wirtschaftlichkeit leistet. Nachdem im Teil 1 der Beitragsreihe die Prozesse in einer Station genauer unter die Lupe genommen wurden, zeigen Ihnen die Autoren im Teil 2, wie der Weg zu einer organisierten Station aussehen kann.

Die Optimierung der Stationsprozesse folgt der Logik des DMAIC-Ansatzes, der die einzelnen Schritte im Verbesserungsprojekt vorgibt (Bamberg & Korff 2013).

**PROZESSSCHRITTE**

**Define**

In diesem Schritt wird der Projektauftrag geklärt. Im Rahmen einer Bestandsaufnahme (Makro-Prozessanalyse) entsteht eine erste Prozesslandkarte (Abb. 1). Die Kernprozesse der Station („wertschöpfende Prozesse“) lassen sich dabei relativ schnell identifizieren, da sie das Tagesgeschäft der Station widerspiegeln: Termi-

nierung, Aufnahme, Behandlungsplanung, Diagnostik, Behandlung und Entlassung bzw. Verlegung. Die Kernprozesse wie z.B. die Aufnahme lassen sich in Teilprozesse (administrativ, elektiv-stationär, ambulant, Notfall) gliedern, deren Ergebnisse unmittelbar das Resultat des zugehörigen Kernprozesses beeinflussen.

Dabei gibt es Prozesse, die weniger der unmittelbaren Wertschöpfung als vielmehr der Wertsicherung dienen. Diese sorgen dafür, dass die Kernprozesse der Wertschöpfung möglichst beherrscht und stabil ablaufen können. Hierzu zählen im stationären Kontext v.a.:

- Patiententransport,
- Versorgung (Material, Apothekenbedarf),
- Reinigung,
- pflegerische Personaleinsatzplanung,
- ärztliche Rotationsplanung,
- Einarbeitung,
- Gerätewartung,
- IT-Verfügbarkeit.

Unter den wertsichernden Prozessen finden sich aus Sicht der Stationsmitarbeiter sicher einige Überraschungen. So wird z.B. deutlich, dass die Planung der ärztlichen Rotation, die traditionell bedeutend im Rahmen der ärztlichen Weiterbildung ist, auch einen erheblichen Einfluss auf die Stationslogistik ausübt. Der häufige Wechsel der ärztlichen Bezugspersonen führt einerseits dazu, dass der Stationsarzt, der die Prozesse der Station und seine Rolle nicht ausreichend kennt, das gesamte Prozessgefüge der Station stört – und andererseits führt ein kurzfristiger Arztwechsel zu einem erhöhten Bedarf an Einarbeitung, der oft auch durch den Pflegedienst abgedeckt werden muss.

Noch etwas wird deutlich: Gerade die wertsichernden Prozesse sind für die Station oft Schnittstellen – meist zu ausgegliederten Prozessen. Die alleinige Optimierung der internen Stationsprozesse kommt hier an Grenzen und ein Blick über den Tellerrand wird erforderlich. Wichtige Schnittstellenpartner der Stationen sind zentrales Belegungsmanagement, Sozialdienst, Funktionsabteilungen, Transportdienst, Gebäude- und Medizintechnik, Einkauf sowie Apotheke.

Zur Optimierung der Schnittstellen muss die Station Schnittstellenvereinba-

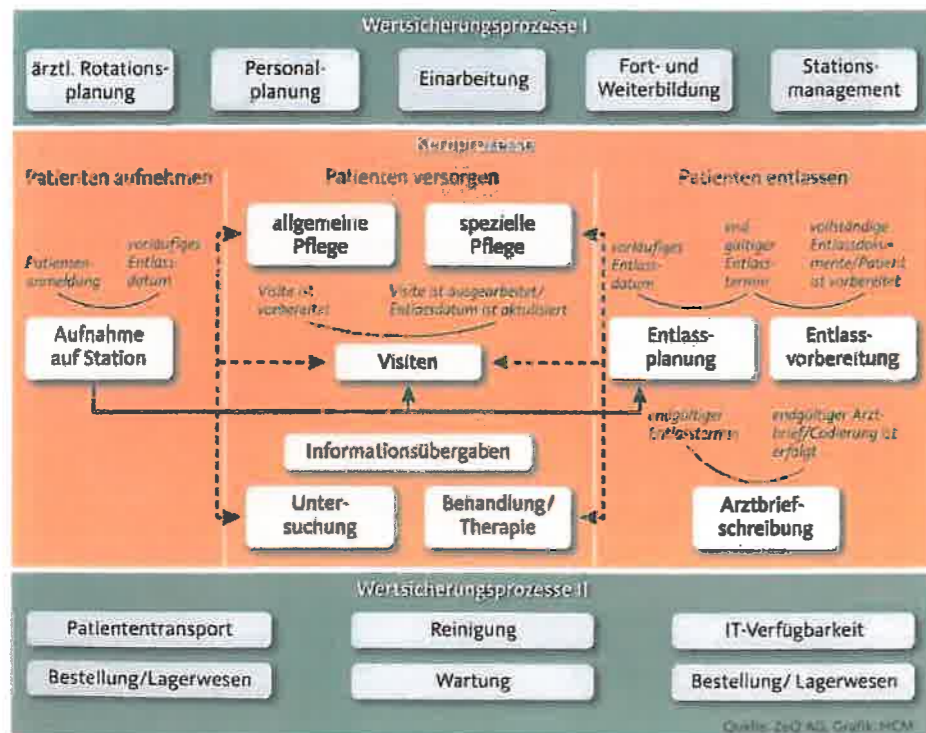


Abbildung 1: Landkarte der stationären Prozesse.

rungen mit den Schnittstellenpartnern treffen („Service Level Agreements“). Nur so können die Einflüsse auf die stationseigenen Prozesse gesteuert werden.

**Measure**

Hier werden die wertschöpfenden Kern- und Teilprozesse, die wertsichernden Prozesse und deren Schnittstellen vertiefend analysiert. Typische Instrumente, die in dieser Phase eingesetzt werden, sind:

**1. Ermittlung der Kundenbedürfnisse VOC („Voice of Customer“)**

- Wer sind die Kunden eines (Teil-)Prozesses?
- Welche Bedürfnisse haben die Kunden in Bezug auf das Prozessergebnis?
- Was brauchen unsere Schnittstellenpartner von uns? Was brauchen wir von ihnen?

**2. Organisationsanalyse**

- Erhebung der Mitarbeitersicht zu Prozesszeiten, Prozessengpässen („Bottle Necks“) und zu eigenen Belastungsfaktoren.

- Untersuchung der größten Treiber für Verschwendung (z.B. Ansatz der „7 Arten der Verschwendung“).

**3. Ursache-Wirkungsanalyse**

- Herausfiltern der Einflussfaktoren auf die wesentlichen Prozessengpässe bzw. auf ein unerwünschtes Prozessergebnis (ggf. zuvor Priorisierung anhand einer Pareto-Analyse) unter Anwendung des Ishikawa-Diagramms („5M-Methode“).

**4. Prozessfähigkeitsanalyse**

- Statistische Betrachtung der kontinuierlichen und diskreten Prozessmerkmale (z.B. Zeit bis zum Erstkontakt mit dem Arzt) und deren Variation. Hierzu werden ggf. Messungen der Merkmale über einen definierten Zeitraum durchgeführt und ausgewertet.

**Analyse**

Nun gilt es, Hypothesen für notwendige Veränderungen im berufsgruppenübergreifend zusammengesetzten Veränderungsteam zu diskutieren und zu formulieren. Wichtige Fragen, die in den Optimierungsworkshops bearbeitet werden, lauten: Wie sieht ein optimiertes Prozessergebnis aus? Wer kann welchen Beitrag

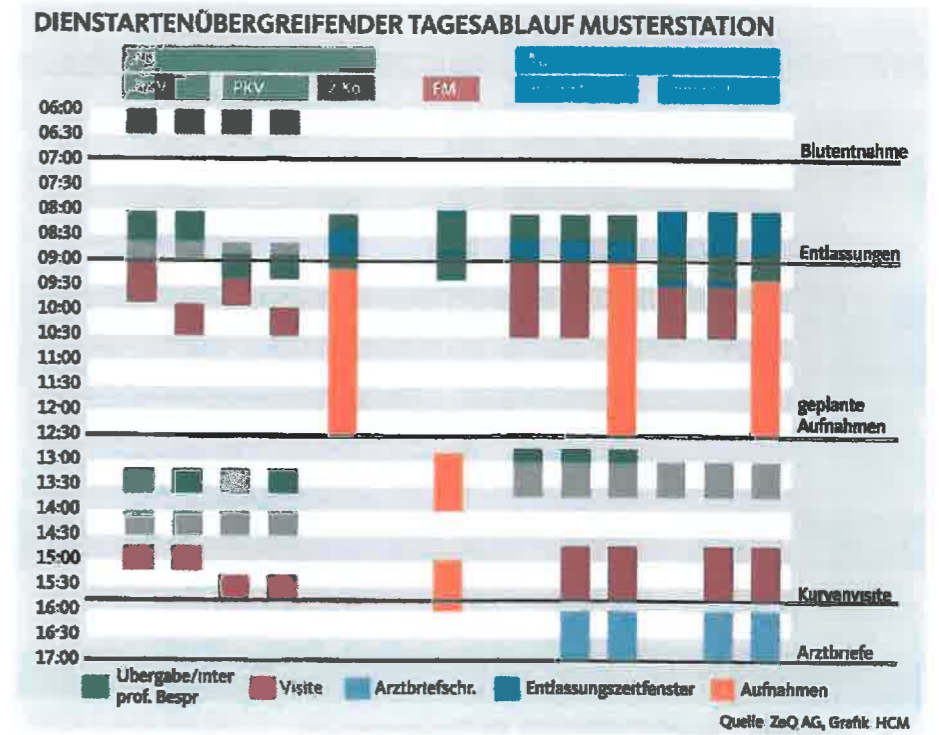


Abbildung 2: Tagesablaufplan einer Station.

zur Erreichung des erwünschten Ergebnisses leisten? Wie können die betrachteten Abläufe mit dem Ziel der Überwindung eines bestehenden Prozessengpasses „neugedacht“ werden? Das Team konzentriert sich dabei weniger auf das, was heute nicht geht, sondern darauf, was zukünftig verändert werden kann. Der Blick richtet sich auf die eigenen Möglichkeiten.

Die über die vorherigen Projektschritte bis hierher erreichte Transparenz über die Wechselwirkungen im Prozessgefüge der Station und die Analyse der Messergebnisse ermöglichen es, die Auswirkungen von Veränderungen abzuschätzen. Was bedeuten z.B. Optimierungsansätze im Teilprozess „Arztbriefschreibung“ für andere Abläufe? Hierzu gilt es, die Veränderungen in einem Engpassprozess auf das gesamte Prozessgefüge bzw. auf die kritischen Merkmale anderer Prozesse zu prognostizieren.

Ein Resultat des Workshops ist die Neuverteilung von Aufgaben und ein Modell über die Verteilung von Arbeitsschritten und Aufgaben im Tagesablauf. Dabei ist es Ziel, die Berufsgruppen zu einer Organisationsform zu entwickeln, die wir als „Arbeiten in Zeitfenstern“ bezeichnen (Abb. 2). Es geht dabei weniger darum, ei-

nen minutengenauen Stundenplan der Station zu entwickeln, sondern wesentliche organisatorische Eckpfeiler verbindlich für alle beteiligten Berufsgruppen im Tagesablauf zu verankern.

Neu für die Teilnehmer des Workshops ist meist die Einführung von „Prozesseignern“. Diese sind weniger für die Durchführung einzelner Arbeitsschritte innerhalb der jeweiligen Prozesse verantwortlich, als vielmehr für die Einhaltung der verbindlichen Festlegungen. Sie beobachten die Prozessergebnisse und sind Ansprechpartner der Mitarbeiter in Bezug auf etwaige weitere Prozessveränderungen/-verbesserungen.

In diesem Kontext definieren wir die Verantwortung und Befugnisse in Bezug auf die gesamte Stationsorganisation als gemeinsame Aufgabe eines Stationsmanagement-Teams, bestehend aus der Stationsleitung und einem organisationsverantwortlichen Arzt. Dieses Team arbeitet eng miteinander zusammen. Die Erfahrung zeigt, dass die Einrichtung eines z.B. monatlichen Jour fixe, in dem ausschließlich die Stationsorganisation und deren Einhaltung thematisiert werden, zielführend ist. Die Soll-Anforderungen an die einzelnen Prozesse werden in Form von

PROZESSBESCHREIBUNG AUFNAHME										
№	Beim	Wer								
		Oberarzt	Stationsarzt	Belegungsmanager	Fallmanager	Pflegekraft	Stationskoordinator	Aufnahme- arzt	Aufnahme- kraft	
1	AT-X	x								<ul style="list-style-type: none"> <li>Abklärung von Indikation und Dringlichkeit in Sprechstunde/Ambulanz/Telefonat mit Zuweiser</li> <li>Anmeldung des Patienten beim Belegungsmanager</li> </ul>
2	AT-X	x	x	x						<ul style="list-style-type: none"> <li>Anmeldung durch Patient/Zuweiser beim Belegungsmanager</li> <li>Telefonat Belegungsmanager – Oberarzt ggf. Rückfrage beim Hausarzt</li> </ul>
3	AT-X		x	x				x	x	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anlegen des Patienten im IM-Aufnahmemodul (KAS) inklusive Termin</li> <li>Anmeldung zu notwendiger Diagnostik am Aufnahmetag</li> <li>Zusammenstellung patientenbezogener Informationen (Vorbefunde usw.)</li> </ul>
4	AT-X			x						<ul style="list-style-type: none"> <li>Versenden des Patienteninformationsblattes max. 4 Wochen vor Aufnahme</li> </ul>
5	AT-X				x		x			<ul style="list-style-type: none"> <li>Anlegen eines Magneten für die Plakette und Kennzeichnung mit Aufnahmedatum und -uhrzeit auf der Tafel (?) (Einrücken des Magneten)</li> </ul>
6	AT				x					<ul style="list-style-type: none"> <li>Administrative Aufnahme</li> </ul>

Abbildung 3: Beispiel für ein Aufgaben- bzw. Funktionsraster (AFR).

Aufgaben- bzw. Funktionsrastern definiert (Abb. 3). Dies hat sich als praxistauglicher erwiesen als eine Darstellung anhand von Flussdiagrammen.

Mithilfe der genannten Instrumente können Pflegedienstleitungen und -direktionen den vielfach angestrebten Qualifikationsmix erzielen. Erst nach diesen Analyseschritten und Soll-Anforderungen ist der Bedarf an examinieren Pflegekräften, Hilfskräften, Assistenzpersonal oder medizinischen Fachangestellten in Bezug auf die neu organisierten Prozesse qualitativ erkennbar.

Somit ergänzt dieser Projektschritt die Personalplanungsinstrumente wie etwa die PPR oder LEP.

**Improve**

Die ausgewählten Optimierungsansätze werden nun im Verbesserungsteam zu Lösungsansätzen ausgebaut. Um eine erfolgreiche Implementierung der Prozessveränderungen sicherzustellen, gilt es folgende Inhalte genau zu definieren:

- Qualifizierungsbedarf und -maßnahmen,
- technische Unterstützung/ Umsetzung (insbesondere EDV),
- zukünftiger Nutzen für jede Berufsgruppe,

- zukünftiger Aufwand für jede Berufsgruppe,
- Argumentationskette (v.a. auch gegenüber Vorbehalten),
- exakter Vorgehens- und Zeitplan.

Der Vorgehens- und Zeitplan bei der Implementierung der Optimierungsansätze berücksichtigt, dass es keine „Patentrezepte“ gibt, die universell in allen Stationen umgesetzt werden können. Jede Station weist ihre Spezifika auf, die in das Konzept einfließen müssen. Daher erfolgt die Einführung eines Stationskonzepts zunächst für ausgewählte Pilotstationen. Die Erkenntnisse werden ausgewertet und erleichtern den abschließenden Roll-out. Es ist ratsam, den eingeschlagenen Weg auch in den übrigen Stationen zu gehen, da sonst das gesamte Prozessgefüge der Einrichtung instabil werden kann.

**Control**

Hier liegt das Hauptaugenmerk zunächst darauf, die Ergebnisse der Verbesserungsaktivitäten der Pilotstationen zu standardisieren und verbindlich zu machen. Daher erhält jede Station ein eigenes Organisationshandbuch, das die stationsinternen Absprachen zwischen den Berufsgruppen dokumentiert und so zu einem Bezugspunkt für alle Mitarbeiter wird.

Nach Ablauf einer festgelegten Frist (meist sechs Monate nach Regeleinführung) werden ausgewählte Prozessmerkmale, deren Auswertung Hinweise auf den nachhaltigen Erfolg der Veränderungsaktivitäten geben und die Erreichung des avisierten Projektergebnisses anzeigen, erneut erhoben (v.a. Einhaltung der im Handbuch definierten Zeitfenster). Im Idealfall lassen sich bestimmte Ergebnisparameter der Prozesse auch elektronisch in ein Berichtswesen integrieren. Damit lassen sich oftmals subjektive Wahrnehmungen bestätigen oder relativieren. Daher eignen sich die Daten dann auch für die Jour fixes.

**INFORMATIONEN SICHERN**

Über Prozesse werden immer Informationen angefordert, verarbeitet und transportiert. Daher ist es nötig, auch diesen Aspekt bei der Optimierung von Stationsprozessen ausreichend zu würdigen. Die wesentlichen Informationsprozesse einer Station sind: Übergaben (Innerhalb der Berufsgruppen und berufsgruppenübergreifend), Visiten, Besprechungen und Dokumentation.

Mitarbeiterbefragungen zeigen immer wieder, dass insbesondere das Item „Ich fühle mich ausreichend informiert“ kritisch eingeschätzt wird. Auch Auswertungen im Rahmen von Risikomanagementsystemen in deutschen Kliniken belegen, dass fehlende/unzureichende Information viele Risiken mitverursacht. Daher bergen die Informationsprozesse großes Optimierungspotenzial. Die Analyse fokussiert folgende Fragestellungen:

- Wer sind die Kunden von Übergaben, Visiten, Besprechungen und der Dokumentation? Welche Bedürfnisse haben diese Kunden?
- Was sind unabdingbare Inhalte und was gehört nicht hinein?
- Wie sorgen wir für einen störungsfreien Ablauf dieser Prozesse?
- Wer bringt wie welche Informationen in einen solchen Prozess ein?
- Welche nachfolgenden Prozesse, Aufgaben, Tätigkeiten werden durch die Ergebnisse von Übergaben, Visiten, Besprechungen und die Dokumentation beeinflusst?

Es ist zu beachten, dass gesicherte Informationen nicht nur zur Beherrschung der

Prozesse dienen, sondern auch zur Erlössicherung und forensischen Sicherheit der Akteure einer Station beitragen. Beispielsweise trägt eine vollständige Dokumentation dazu bei, dass Überschreitungen der Verweildauer – weil adäquat medizinisch und pflegerisch begründet – sich in der Vergütung des einzelnen Falls niederschlagen. Insofern sind neue Konzepte wie der Einsatz von Kodierfachkräften oder ein enges Medizincontrolling komplementär zum Instrument des Verweildauermanagements zu verstehen.

Die Betrachtung der Informationsprozesse fließt in den DMAIC-Zyklus des Projekts ein – die entsprechenden spezifischen Festlegungen hierzu finden sich dann wieder im Organisationshandbuch der Station.

**ZU EINEM NEUEN SELBST-VERSTÄNDNIS FINDEN**

Ein Projekt zur Optimierung der Stationsprozesse darf sich nicht auf die inhaltliche Arbeit beschränken. Ein häufiger Irrglaube ist, Prozesse quasi durch einen Federstrich zu verbessern, indem man einen Soll-Prozess formuliert. Letztlich stößt ein solches Projekt jedoch einen tiefgreifenden Veränderungsprozess an, der im Rahmen eines Changemanagement-Ansatzes begleitet werden sollte und in der Konsequenz zu einem neuen Selbstverständnis der Akteure in der Station führen wird.

Eine wesentliche Erkenntnis ist auch, dass die Reibungspunkte in der Stationsorganisation nicht mehr als ständige Quelle für Frustration und tägliche Auseinandersetzungen gesehen werden, sondern als Chance und Voraussetzung für notwendige Entwicklungen. Es geht also nicht darum, dass alles reibungslos läuft, vielmehr ist mit den entstehenden Reibungen konstruktiv umzugehen.

Eine weitere Veränderung betrifft das Verständnis, ein gemeinsames interdisziplinäres Team in der Station zu bilden, in dem alle Teammitglieder einen wichtigen Beitrag für das Ergebnis und die Zufriedenheit der Patienten und ihren Angehörigen liefern. Dabei muss jeder mehr oder weniger über seinen Schatten springen und seine Rolle neu finden: So müssen Ärzte erkennen, dass sich eine Station nicht mehr um sie herum organisiert, sondern dass alle Berufsgruppen gleichbe-

rechtigte Bedürfnisse haben. Pflegekräfte dürfen selbstbewusst und professionell ihren Beitrag liefern.

Nicht zuletzt befördert die Einführung von Stationskonzepten eine neue Verantwortungskultur durch das Management-Team der Station und die Übernahme von Prozess-Eignerschaft. Diese Übernahme von Verantwortung wird zum Erfolgsfaktor für das gesamte Veränderungsvorhaben.

Doch was vielleicht der bedeutendste Veränderungsschritt sein wird, ist die Erkenntnis, dass eine komplexe Organisation wie eine Station davon lebt, dass die einzelnen Akteure Einsicht und Disziplin bei der Einhaltung der im Konsens vereinbarten Regelungen aufbringen. Denn hier wird das schwächste Glied letztlich den nachhaltigen Erfolg der Veränderung bestimmen.


**NEUE WEGE GEHEN**


Erfahrungen mit der Einführung von Stationskonzepten zeigen, dass die Optimierung der Prozesse unter den gegebenen Rahmenbedingungen nur zu einem gewissen Grad erfolgreich sein kann. Hierbei wird deutlich, dass sich das Tagesgeschäft einer Station auf ein Zeitfenster von 8.00 bis 15.00 Uhr konzentriert – folgerichtig ist die Belastung des Personals in dieser Zeit am höchsten.

Schon im Rahmen der Verbesserungsworkshops zeigt sich, dass es nur unzureichend gelingt, die Kernprozesse innerhalb dieses engen Zeitkorridors voneinander zu trennen und so die Zeiten hoher Belastung zu entzerren. Daher kommt es z.B. auch nach erfolgter Prozessoptimierung in der Praxis zu einer teilweisen Überlappung von Aufnahmen und Entlassungen – mit all den negativen Begleiterscheinungen. Die Auswertungen im Projektschritt 5 zeigen häufig, dass bis zu 30 Prozent der – z.B. für ein Zeitfenster bis 10.00 Uhr – geplanten Entlassungen teilweise deutlich nach 12.00 Uhr stattfinden und hier die laufenden Stationsprozesse stören. Die Gründe hierfür sind mannigfaltig. Häufig wird festgestellt:

- Am Entlassungstag selbst finden noch wichtige geplante Untersuchungen statt.
- Angehörige können die Patienten erst am Nachmittag abholen.

**ONLINE EXKLUSIV**

 **Internetipp:**  
• [www.zeq.de](http://www.zeq.de)

 **Downloads:**  
• Bamberg C. & Korff M. (2013) Chancen und Grenzen der Prozessoptimierung (Stationskonzepte Teil 1). HCM, 4 (3), 36 f.  
• Ein Auszug aus einem Ishikawa-Diagramm.

- Der externe Krankentransportdienst ist am Vormittag nicht zuverlässig verfügbar.

Das wirft die grundsätzliche Frage auf, ob die traditionell vorzufindenden Schichtmodelle (mit der dabei vorgenommenen Personal- und Aufgabenteilung) geeignet sind, dauerhaft beherrschte und stabile Prozesse zuzulassen. Aktuell ist der Trend zu beobachten, dass sich das bestehende Zeitfenster der höchsten Produktivität (derzeit etwa acht Stunden täglich) durch die Zunahme von Untersuchungen, interprofessionellen und interdisziplinären Besprechungen oder die vermehrte Dokumentation weiter verdichtet.

Daher diskutieren wir mit den Verbesserungsteams im Rahmen der Optimierungswshops neue Formen der Stationsorganisation, z.B. die Verlagerung der Entlassung auf den Nachmittag des geplanten Entlassungstags. Auch hier zeigt sich, dass es keinen Königsweg gibt, sondern dass ein solcher Schritt für jede Station spezifisch betrachtet werden muss. Die Zukunft wird zeigen, inwieweit die Einführung von Stationskonzepten dazu beitragen kann, die Produktivzeiten im Krankenhaus auszuweiten. Dieser Artikel zeigt, dass dazu tiefgreifende Veränderungen im gesamten Prozessgefüge erforderlich sind.

**DR. CHRISTIAN BAMBERG**  
Mitglied des Vorstandes  
ZeQ AG, Mannheim, Kontakt: [christian.bamberg@zeq.de](mailto:christian.bamberg@zeq.de)



**MAX KORFF**  
Mitglied des Vorstandes  
ZeQ AG, Mannheim, Kontakt: [max.korff@zeq.de](mailto:max.korff@zeq.de)

