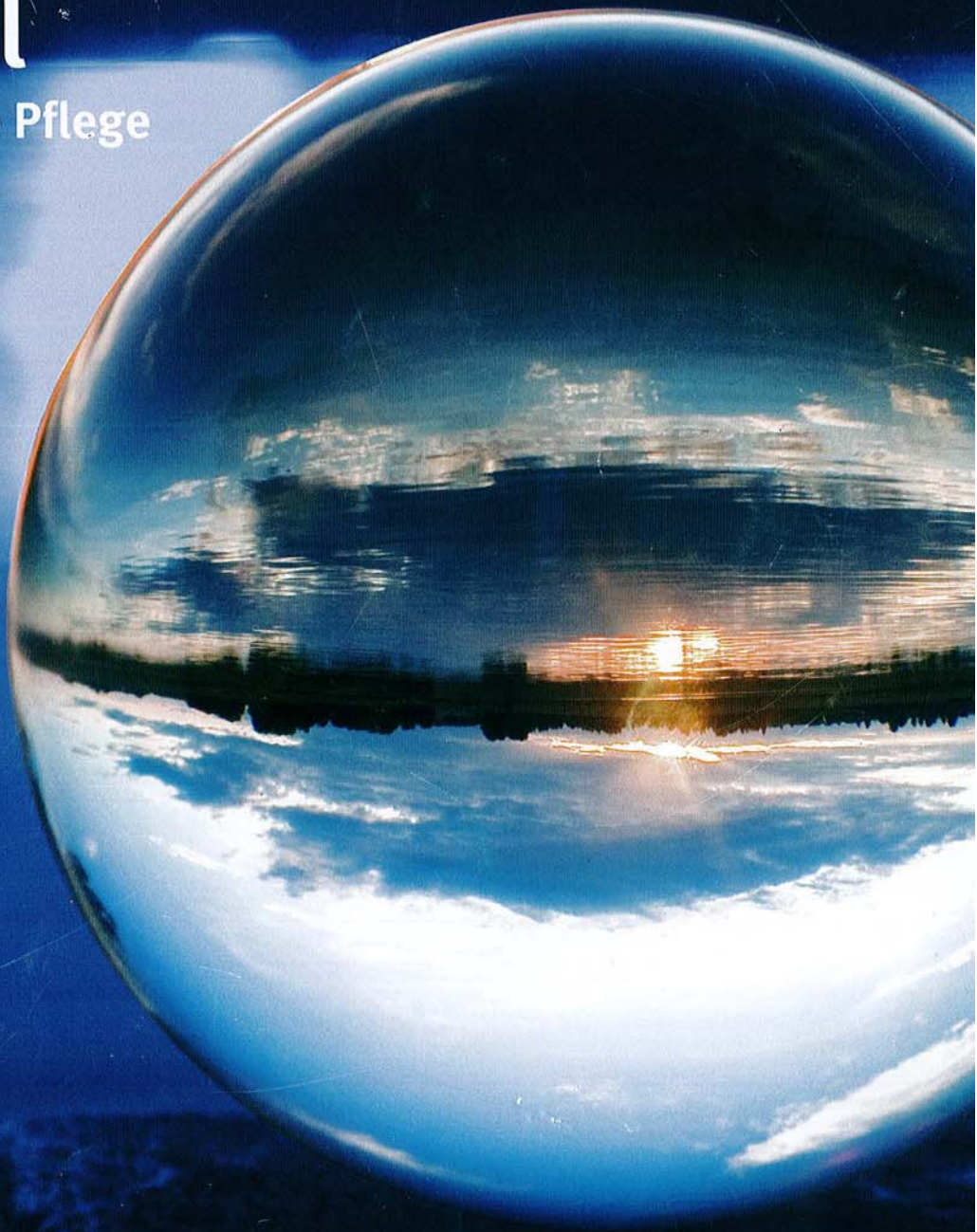
B 1363
Postvertriebsstück
Entgelt bezahlt

KU
GESUNDHEITSMANAGEMENT

Das Fachmagazin

Juli
2012
81. Jahrgang

Eine Berufsgruppe im Wandel
Perspektiven für die Pflege



Belegungsmanagement
Optimierte Nutzung der Bettenkapazität

Case Management
Anwalt, Broker und Gatekeeper

Compliance Management
Notlösung oder Betrug?

Mit KU Special
Planen, Bauen & Einrichten

MEDIENGRUPPE OBERFRANKEN
BUCH- UND FACHVERLAGE

ku-gesundheitsmanagement.d

Foto: © frank peters - Fotolia.com

„Wir haben viel zu tun"

Die diagnosebezogene Tätigkeitsanalyse in der Pflege macht Abläufe transparent

Auf der Inneren Station des Lukaskrankenhauses in Neuss läuft alles wie immer. Die letzten Tabletts mit den Mittagessen sind aus den Zimmern getragen worden, eine Pflegekraft hilft Herrn Müller ins Bad, ein anderer Mitarbeiter bezieht das Bett von Frau Meier neu. Die Handtücher müssen verteilt, die Medikamente vorbereitet werden – und gleich beginnt die Visite. Alles ganz normal – bis auf die Tatsache, dass alle Mitarbeiter heute einen Taschen-Scanner mit sich tragen, wenig größer als ein Smart-Phone und genauso flach. Regelmäßig zücken sie das Gerät, tippen darauf herum oder ziehen es an den Barcodes entlang, die seit neuestem im Bad, an Schränken oder Betten kleben. Dabei ertönt ein leises Piepsen, wie man es von der Supermarktkasse kennt.

Auf der „Inneren" wird eine Diagnosebezogene Tätigkeitsanalyse, eine DTA, durchgeführt. Es ist gerade der dritte Tag der Untersuchung – langsam gewöhnen sich die Pflegekräfte an den Taschenscanner. Fünf Wochen (eine Woche Training und vier Wochen Echterfassung) dauert die Erhebung pro Station. In dieser Zeit füttern Schwestern und Pfleger den mobilen Computer mit ihren Tätigkeiten, patientenbezogen sowie nach Art und Zeitaufwand. Zum Schluss werden allen Stationsmitarbeitern und der Leitung Fakten, Zahlen und Grafiken rund um ihre Arbeitsabläufe präsentiert. Oder, wie Andrea Albrecht, Leiterin des Pflegedienstes im Lukaskrankenhaus Neuss, es ausdrückt: „Die DTA liefert die Objektivierung der Aussage: „Wir haben viel zu tun".

Tausende Überstunden einsparen

Gesetzmäßigkeiten und Rahmenbedingungen im Pflegedienst wandeln sich rasant: Die Patientenzahl kann sich innerhalb weniger Jahre verdoppeln, ihre Verweildauer noch stärker zurückgehen. Der Kostendruck steigt: Nachdem das Pflegestellenförderprogramm der Bundesregierung in diesem Jahr ausläuft, müssen nun viele Häuser die zusätzlich geschaffenen, vom Staat finanzierten Stellen wieder abbauen. Jeder Pflegedirektor hat dafür seine eigenen Systeme. Andrea Albrecht möchte „nicht mit der Peitsche rangehen ▶

Mit Kontrolle hat es nichts zu tun, wenn Pflegekräfte im Lukaskrankenhaus in Neuss neuerdings mit Taschenscannern herumlaufen und all ihre Tätigkeiten erfassen. Schon eher mit dem Wunsch der Geschäftsleitung, Licht ins Dunkel zu bringen: Was leistet die Pflege, wo können wir Abläufe ändern und das Ergebnis verbessern? Dass die Pflege viel zu tun hat, wissen die Manager, aber sie wollen die wertvollste Ressource im Krankenhaus – das Personal – möglichst optimal einsetzen. Die Krux: Belastbare Bemessungssysteme, einen zuverlässigen Pflegeschlüssel, gibt es bisher nicht. Das Lukaskrankenhaus wendet daher die Methode der Diagnosebezogenen Tätigkeitsanalyse (DTA) an. Die Devise dabei lautet: Nur wer sich ein genaues Bild der Arbeitsabläufe macht, kann diese verbessern.

Ute Diefenbach, Journalistin

und wahllos Stellen streichen". „Wir sind aber gezwungen, unser Handeln zu hinterfragen. Wenn wir nicht genügend personelle und wirtschaftliche Ressourcen haben, um Defizite auszugleichen, heißt das: Unsere Arbeitsabläufe müssen effizienter werden."

Der Pflegedienst ist mit rund 500 Mitarbeitern die größte Berufsgruppe am Lukaskrankenhaus. In der DTA sieht Albrecht „das beste strategische Instrument, um die Kosten zu senken, Überstunden zu verringern und die persönlich empfundene Arbeitsüberlastung zu durchleuchten". Albrecht hat bereits eine Analyse in einem anderen Haus begleitet: „Dort haben wir Organisation und Dienstpläne komplett umgestellt und rund 8000 Überstunden innerhalb eines Jahres eingespart."

Die DTA dokumentiert, wo wertvolle Zeit verschwendet, wann Tätigkeiten doppelt verrichtet werden, dass Mitarbeiter sich nicht absprechen oder ihre Arbeit nicht sinnvoll auf den Tag verteilen. „Man erkennt das nicht mehr, wenn man in der Routine steckt, das ist die berühmte Betriebsblindheit", sagt Albrecht.

Fakten statt Wahrnehmungen

Wie weit die persönliche Wahrnehmung von den Fakten abweichen kann, zeigt folgendes Beispiel: Mitarbeiter einer getesteten Station hatten den Anteil ihrer hauswirtschaftlichen Tätigkeit im vorangegangenen Interview auf vier Prozent geschätzt. Die DTA ergab: 20 Prozent, also ein Fünftel ihrer Arbeitszeit verbrachten ausgebildete Krankenschwestern und Pflegekräfte damit, Betten zu machen, Handtücher zu verteilen, Kaffee zu kochen und zu putzen. Das Ergebnis war ernüchternd, lieferte aber die Lösung für alle nachvollziehbar gleich mit: „Für diese Tätigkeiten brauchen wir keine Fachkräfte, sondern die Unterstützung eines hauswirtschaftlichen Dienstes." Auf dieser Station werden sich die Qualifikationen verändern müssen, künftig vielleicht 15 statt zehn Leute beschäftigt sein, bei unverändertem Personalbudget.

„Die Tätigkeitsanalyse liefert die Objektivierung der Aussage: 'Wir haben viel zu tun'".

Andrea Albrecht
Pflegedirektorin im Lukaskrankenhaus Neuss

Noch offensichtlicher waren die Ressourcen bei der getesteten Chirurgie-Station in Neuss. Die Analyse des Nachtdienstes zeigte ein Arbeitstal ab 1 Uhr morgens bis zur Übergabe an den Frühdienst um 6 Uhr. Die Konsequenz: Eine Nachtwache beendet inzwischen ihre Schicht um 1 Uhr. Fünf Stunden pro Tag, eine volle Stelle aufs Jahr gerechnet, konnten so für den Abbau von Überstunden eingesetzt werden.

Natürlich weckten die Vorbereitungen zur Analyse Ängste unter den Mitarbeitern, sagt die Pflegedirektorin des Lukaskrankenhauses. Befürchtungen wurden laut: Leiste ich zuwenig? Muss ich künftig noch schneller und noch mehr arbeiten? Werde ich gekündigt, wenn ich langsamer bin als die anderen? Inzwischen sei die Akzeptanz unter den Mitarbeitern sehr hoch, sagt Albrecht. „Wir haben eine Vertrauensbasis geschaffen": Alle erhielten die verbindliche Zusage, dass der Analyse auf gar keinen Fall Entlassungen folgen werden und die Daten der Tätigkeitsanalyse streng anonymisiert sind. Auch der Betriebsrat unterstützte die Erhebung in Neuss von Beginn an. „Nach den ersten Testläufen legt sich gewöhnlich die anfängliche Skepsis", so die Erfahrung von Andrea Albrecht. Spätestens bei der Präsentation der Ergebnisse werde allen klar, dass es hier nicht um Einzelleistungen gehe, sondern um die Gesamtleistung eines Stationsteams.
Selbstverständlich soll in Neuss gespart werden, darüber sind sich alle im Klaren. „Eine Reduzierung des Personals ist unvermeidbar", sagt Geschäftsführer Sigurd Rüsken. Die DTA gestatte das „in intelligenter Weise, adaptiert auf die die Situation der einzelnen Stationen. Wir wollen nicht mit dem Rasenmäher rangehen. Unsere Mitarbeiter sollen die Entscheidungen nachvollziehen können und mittragen, so wie ich es gerade erlebe." Rüskens überraschendste Erkenntnis in der noch jungen DTA-Ära in Neuss: „Wir haben auf einer Station inzwischen weniger Leute – seitdem aber eine viel höhere Zufriedenheit."

Unbestechlicher Datenlieferant

Die DTA ist ein unbestechlicher Datenlieferant. So ermittelt die Analyse auch die Arbeitsauslastung der Mitarbeiter und doku-

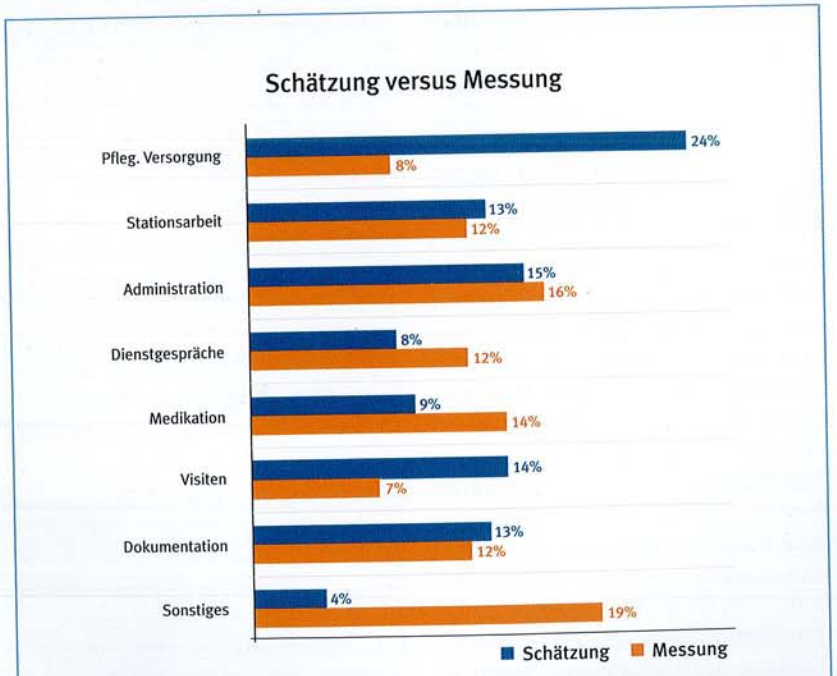
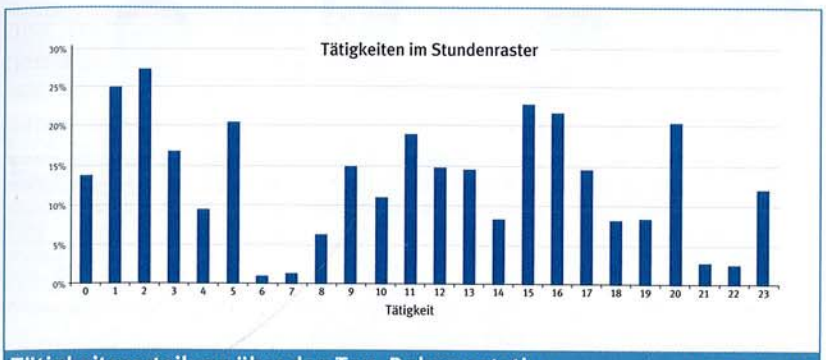
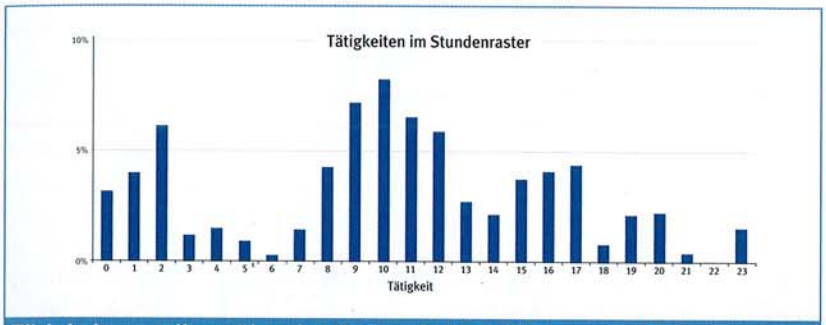


Abb.: Zeitaufwand für pflegerische Tätigkeiten; Quelle: DocuMix



Tätigkeitsverteilung über den Tag: Dokumentation Quelle: DocuMix



Tätigkeitsverteilung über den Tag: Aufnahme/Entlassung/Verlegung

Quelle: DocuMix

mentiert unter Umständen sogar eine deutliche Unterbesetzung. „Wer sich auf eine DTA einlässt, muss auf Überraschungen gefasst sein und auch diese entsprechend beantworten", sagt Albrecht. Der schönste Fall, in der die Analyse eine positive Bestätigung guter Arbeit ist, tritt auch mal ein – ist aber die Ausnahme.

Für die meisten Stationen eines Krankenhauses ist es nahezu unmöglich, effektiv zu arbeiten, denn der Alltag sieht oft so aus: Ein Pfleger wäscht einen Patienten und wird ans Telefon gerufen. Sein Kollege verteilt gerade das Essen, wird aber spontan zur Visite abberufen. Eine Krankenschwester macht eine Übergabe und muss gleichzeitig fünf Anfragen von Ärzten beantworten. Schon in der Vergangenheit hatten etwa die Mitarbeiter der Chirurgischen Station in Neuss häufig über Unterbrechungen bei der Arbeit geklagt: Dass der ermittelte Störungsanteil auf ihrer Station aber bei 30 Prozent lag, erschütterte alle. „Pflegekräfte sehen sich immer am Ende der Hierarchie. Sie kommen gar nicht auf die Idee, dass man sie nicht unterbrechen darf, sondern sind allzu bereit, sich für alles zuständig zu fühlen: für das Wohlergehen des Patienten genauso wie für den schlecht geputzten Flur", sagt Andrea Albrecht. Das Personal der störungsanfälligen Station diskutierte bereits während der Präsentation mögliche Lösungen. Gemeinsam entwickelte man neue Organisationsformen, regte im Beisein der Ärzte die zeitliche Verschiebung der Visite an und beschloss, ein Stationssekretariat einzurichten, dass die Anrufe verwaltet. „Diese Ideen aus dem Team sind besonders wertvoll und viel belastbarer, als eine Anordnung von oben", sagt Albrecht. „Weil wir auf Grundlage von Prozentzahlen und Grafiken diskutieren, sind auch alle Emotionen aus dem Spiel." Man rede plötzlich miteinander, nicht übereinander und erkenne, wie wenig man von den Arbeitsabläufen des anderen weiß.

Nach der Erfassung folgt die Lösung

Im Lukaskrankenhaus geht nach der „Inneren" inzwischen die Station Kardiologie und Aufnahme als Vierte in die Datenerfassung. Pflegekräfte und Schwestern haben die Taschencomputer von den Kollegen übernommen und sind eingewiesen worden. Die Geräte bezieht das Krankenhaus von einem Unternehmen, das auch für die Auswertung der Daten und die Präsentation zuständig ist. Der Dienstleister verkauft oder vermietet die erweiterten Barcode-Scanner, an die Kliniken, passt die Tätigkeitslisten den jeweiligen Bedürfnissen der Stationen an und setzt die gewünschten Schwerpunkte. Etwa 90 Einzeltätigkeiten kommen so in der Pflege zusammen; pro Station werden etwa 15 000 bis 18 000 Tätigkeiten gemessen. Wenige Wochen später sehen alle Mitarbeiter die Auswertung ihrer Arbeitsabläufe nach Tätigkeitsgruppen und Zeitfenstern. Auch der Zeitaufwand für die Bedienung der Geräte wird übrigens ermittelt: Er liegt bei etwa ein bis zwei Minuten pro Stunde. Der Gewöhnungseffekt tritt also sehr schnell ein. „Es gab schon Mitarbeiter, die nach Ablauf der Analyse ihr Gerät förmlich vermisst haben", sagt Pflegedienstleiter Volker Schmidtke, der Datenerhebung und Auswertung in Neuss begleitet.

Alle 22 Stationen des 518-Betten-Hauses werden bis Mitte 2013 an der Erfassung teilgenommen haben. Der Präsentation der Ergebnisse folgt die eigentliche Arbeit: die Lösungssuche im Team und die Umsetzung. „Wir sind jetzt bei den ersten Stationen in der Aha-Phase", sagt Schmidtke. Die Reaktionen reichen von „hab ich ja schon immer gesagt" bis „das gibt's doch gar nicht". Manche Probleme sind durch die Datenauswertung so offensichtlich geworden, dass sie schnell und in großer Einigkeit gelöst werden können. Manche Veränderungen ziehen sich länger hin, setzen voraus, dass die Mitarbeiter flexibler werden, dass Ärzte bereit sind, verbindliche Absprachen zu treffen oder Funktionsdienste ihre Schichten anpassen. Begleitende Gespräche zwischen Vorgesetzten und Mitarbeitern der Stationen sind in dieser Zeit unverzichtbar. Andrea Albrecht empfiehlt hierzu Schulungen des Personals. Ein Stationsteam benötige Mitarbeiter, die den Mut hätten, Probleme zu formulieren und Lösungsvorschläge anzubieten. „Ich weiß aus meinem alten Betrieb, dass nach einem gewissen Zeitraum die erwünschten positiven Effekte eintreten: Gesunde und effiziente Strukturen, motivierte Mitarbeiter, zufriedene Patienten." ■

Ute Diefenbach
Strubbergstr.39, 60489 Frankfurt