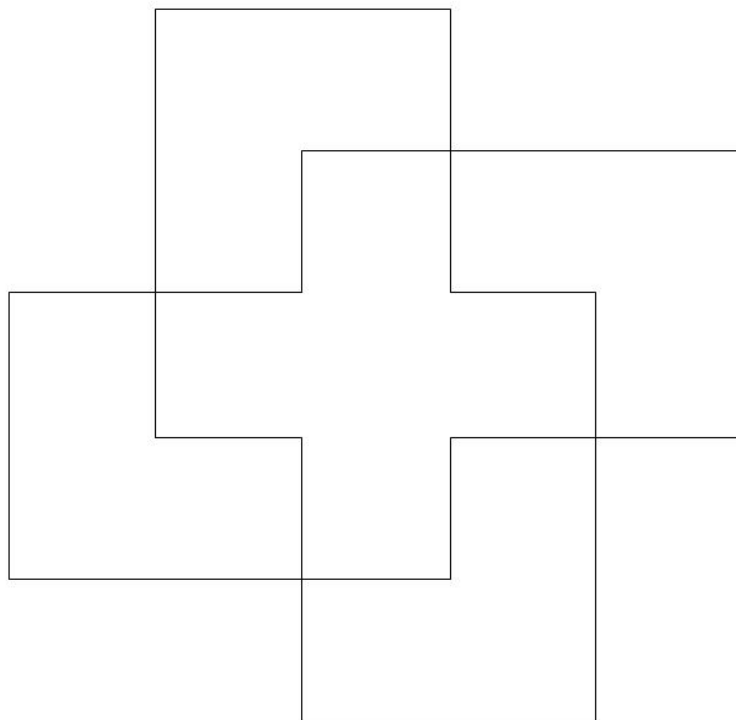


# FLEXIBILISIERUNG DER ARBEITSZEITEN IN DER PFLEGE MIT HILFE DER DIAGNOSEGESTÜTZTEN TÄTIGKEITSANALYSE

Ein Projekt der Kath. St.-Johannes-Gesellschaft Dortmund gGmbH



# INHALT

- 1 Hintergrund
- 2 Das Projekt „Flexibilisierung der Arbeitszeiten im Pflegedienst“
  - 2.1 Projektstruktur und Arbeitsweise
  - 2.2 Optimierungsziele und Rahmenbedingungen
  - 2.3 Ergebnisbeispiele
- 3 Fazit

## **1 Hintergrund**

Der Einsatz der Personalressourcen wird ein zentrales Steuerelement für den wirtschaftlichen Betrieb von Krankenhäusern unter den veränderten Marktbedingungen in Deutschland sein. Die fortschreitende und gesundheitspolitisch gewollte Reduzierung der Krankenhausbetten und der stetige Rückgang der Verweildauer in Folge der DRG-basierten Finanzierung verlagern erhebliche Teile der Gesamtversorgung in den ambulanten Bereich und den Nachsorgesektor. Krankenhausmanager werden zu einem Überdenken der strategischen Ziele, der innerbetrieblichen Abläufe und des Ressourceneinsatzes gezwungen. Angesichts steigender Personalkosten auf einen Anteil von bis zu 50-70 % an den Gesamtausgaben der Krankenhäuser gilt dies insbesondere für den bedarfsorientierten und damit wirtschaftlichen Einsatz der Mitarbeiter.

Bereits jetzt führen die eingetretenen Veränderungen im Gesundheitssystem, vor allem die Verweildauersenkungen, zu Schwankungen in der Leistungsnachfrage, die mit den altbewährten Organisationsmodellen nur eingeschränkt zu regeln sind. Wer Kundenorientierung als Qualitätsmerkmal und Wettbewerbsfaktor Priorität einräumt, muss trotz Auslastungsschwankungen eine hohe Mitarbeiterpräsenz genau zu den Zeiten gewährleisten können, in denen die Nachfrage groß ist.

Die Flexibilisierung des Arbeitseinsatzes und der Arbeitszeiten wird daher ein Weichensteller für den zukünftigen Erfolg sein. Die Schlüsselthemen des Personaleinsatzplanung der Krankenhäuser werden in den nächsten Jahren demnach die Optimierung des Verhältnisses ‚Leistungsangebot und Personalkosten‘ und die Mitarbeiterzufriedenheit sein.

## **2 Das Projekt „Flexibilisierung der Arbeitszeiten im Pflegedienst“**

Die übergeordnete Zielsetzung des Projektes „Flexibilisierung der Arbeitszeiten im Pflegedienst“ besteht darin, den Arbeitseinsatz der Pflegenden bedarfsgerechter zu gestalten und die Qualität der pflegerischen Versorgung zu erhöhen. Dazu werden seit Mitte 2005 die Arbeitsabläufe der Stationen, Funktionseinheiten und Wohnbereiche systematisch mit einer EDV-gestützten Tätigkeitsanalyse erfasst, um eine stationsspezifische IST-Analyse als Ausgangsbasis aller Veränderungsprozesse zu erhalten. Aufgabe der Tätigkeitsanalyse ist es, objektive Aussagen über das Tätigkeitsaufkommen des erfassten Bereiches zu treffen, um Hinweise für eine

gezielte Optimierung der Arbeitsabläufe zu erhalten. Sie erstellt ein charakteristisches Abbild über die geleisteten Tätigkeiten einer Station.

Die IST-Analyse erfolgt mit Hilfe der Diagnosebezogenen Tätigkeitsanalyse (DTA) der Fa. Documix. Mit Hilfe kleiner, scannergestützter, elektronischer Erfassungsgeräte (Doculine®) erfassen alle Mitarbeiter einer Station in einem Zeitraum von fünf Wochen, welche Tätigkeit sie bei welchem Patienten wie lange durchgeführt haben. Der standardisierte Ablauf einer solchen Erfassung und der anschließenden Auswertung ist nachfolgend dargestellt (s. Abb. 1).

Alle Arbeitsabläufe eines Bereiches, die über den gesamten Erfassungszeitraum erhoben wurden, lassen sich beispielsweise auf einen Tag verdichtet visualisieren und z.B. als Über- und Entlastungsphasen darstellen. Die Tätigkeiten, die sich hinter diesen Phasen verbergen, können differenziert dargestellt und somit anhand der im Abschnitt 4 aufgeführten Projektziele gezielt optimieren.

#### **Ablauf der Teilprojekte**

1. Festlegung einer Station und des Beginns (Steuerungsgruppe)
2. Festlegung von Projektleitung und Multiplikatoren (Steuerungsgruppe)
3. Gründung einer AG „Vor Ort“ (Stationsleitungen)
4. Festlegung der zu erfassenden Tätigkeiten (Scans) (AG „Vor Ort“)
5. Schulung der Pflegenden (Multiplikatoren)
6. Eine Woche Vorlauf auf der Station zur Eingewöhnung inkl. Kontrollmessungen zur Güte der Daten durch Documix
7. Vier Wochen Datenerhebung (alle pflegerischen Mitarbeiter der Station)
8. Datenanalyse, Auswertung und Präsentation (Fa. Documix, Projektleitung)
9. Festlegung und Umsetzung der erforderlichen Änderungen (AG „Vor Ort“)

#### **Abbildung 1: Musterablauf der Tätigkeitsanalyse und Auswertung**

Ein zweiter Anteil des Projektes „Flexibilisierung der Arbeitszeiten im Pflegedienst“, verfolgt die Zielsetzung, die Rahmenbedingungen für eine bedarfsgerechte und flexible Personaleinsatzplanung innerhalb der Dienstplangestaltung zu ermöglichen. Dabei wurde die Einführung eines Arbeitszeitkontos in der Form eines Ampelkontos beschlossen. Weiterhin wurde die Dienstplanung auf Grundlage der Nettojahresarbeitszeit eingeführt. Darüber hinaus kommt das Äquivalenzprinzip als

eine Art Spielregel zum Einsatz, um eine gleichmäßigere und gerechtere Verteilung von zu besetzenden Diensten zu erreichen.

## 2.1 Projektstruktur und Arbeitsweise

Die Projektstruktur besteht aus einer Steuerungsgruppe, der Projektleitung, Multiplikatoren und den so genannten Arbeitsgruppen „Vor Ort“ (s. Abb. 2).

Zu Hauptaufgaben der Steuerungsgruppe gehört die Projektaufsicht und –Steuerung. So legt sie z.B. die Reihenfolge der Stationen und Wohnbereiche bei der Erfassung fest oder benennt Rahmenbedingungen für die Umsetzung der Projektziele in den Arbeitsgruppen „Vor Ort“.

Die vier gesellschaftsweiten Projektleiter sind für die Leitung und Steuerung des Projektes in der jeweiligen Einrichtung zuständig und für die Koordination und organisatorische Betreuung des Projektes verantwortlich.

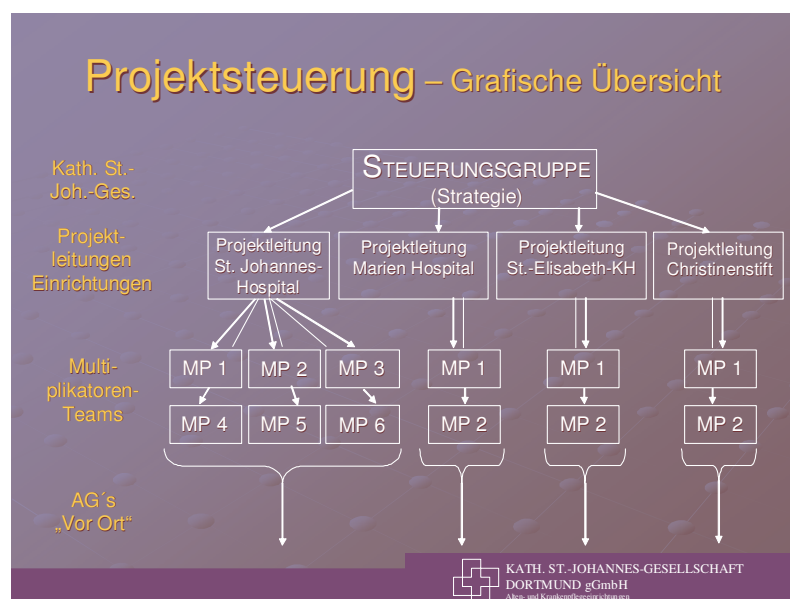


Abbildung 2: Projektorganisation

Die insgesamt 13 Multiplikatoren bereiten die als nächste zu erfassende Station auf die Bedienung der Doculine®-Geräte vor. In Zusammenarbeit mit der Stationsleitung planen sie Mitarbeiterschulungen und führen diese eigenständig durch. Während der ersten Woche unterstützen sie die Mitarbeiter bei der Erfassung, indem sie als Ansprechpartner auf der Station zur Verfügung stehen. Alle Multiplikatoren einer Einrichtung bilden ein Team, in dem sie sich gegenseitig vertreten. Die Güte der Schulungen durch die Multiplikatoren steht in unmittelbarem Zusammenhang mit der Erfassungsqualität und den späteren Auswertungsergebnissen. Die Wahrnehmung

der Aufgaben der Multiplikatoren nimmt daher eine bedeutsame Stellung innerhalb des gesamten Projektes ein.

Die stationsspezifische Arbeitsgruppe „Vor Ort“ besteht jeweils aus der Stationsleitung, der stellvertretenden Stationsleitung, zwei (erfahrenen) pflegerischen Mitarbeitern, einem Mitglied der Mitarbeitervertretung (MAV), der zuständigen Bereichsleitung sowie der Projektleitung. Zu den Hauptaufgaben der Arbeitsgruppe „Vor Ort“ gehört es, über Änderungsmöglichkeiten der Ablauforganisation auf ihrer Station auf Grundlage der ermittelten Ergebnisse der IST-Analyse zu diskutieren. Darüber hinaus sollten die Mitglieder das Stationsteam bei der Umsetzung der festgelegten Änderungen unterstützen, in dem sie beispielsweise Hintergründe zu bestimmten Veränderungen der Ablauforganisation erläutern.

Nach Festlegung der als nächstes zu erfassenden Station durch die Steuerungsgruppe erfolgt eine Feinabstimmung mit den Multiplikatoren durch den Projektleiter oder einen Assistenten. Dabei wird unter anderem geklärt, welcher Multiplikator welche Schulung der Stationsmitarbeiter übernimmt und wer an welchem Tag der ersten Erfassungswoche als Ansprechpartner auf der Station präsent ist. Die Projektleitung nimmt dann mit der Stationsleitung Kontakt auf und bittet um die Benennung der Mitglieder für die Arbeitsgruppe „vor Ort“. Zu den ersten Aufgaben der AG gehört es, eine Liste mit den zu erfassenden Tätigkeiten auf der Station zu erstellen.

Vor dem Erfassungsbeginn einer Station findet zunächst eine Auftaktveranstaltung auf Stationsebene statt. Hier werden Hintergründe und Zielsetzungen des Projektes und der bevorstehenden IST-Analyse benannt.

Nach Schulung der Pflegekräfte durch die Multiplikatoren, die in der Regel an einem Montag vor und nach der mittäglichen Übergabe stattfindet, beginnt der Spätdienst am gleichen Tag mit der Erfassung. Dem schließt sich die so genannte Vorlaufwoche an, die im Wesentlichen dazu dient, den Umgang mit den Geräten zu erlernen. Anschließend folgen vier Wochen Datenerhebung mit nachfolgender Analyse und Auswertung durch die Firma Documix. Die Ergebnisse der Datenerhebung werden von der Projektleitung oder einem Assistenten allen Mitarbeitern der Station präsentiert. Grundsätzlich werden auch Mitarbeiter der ärztlichen Berufsgruppe mit eingeladen.

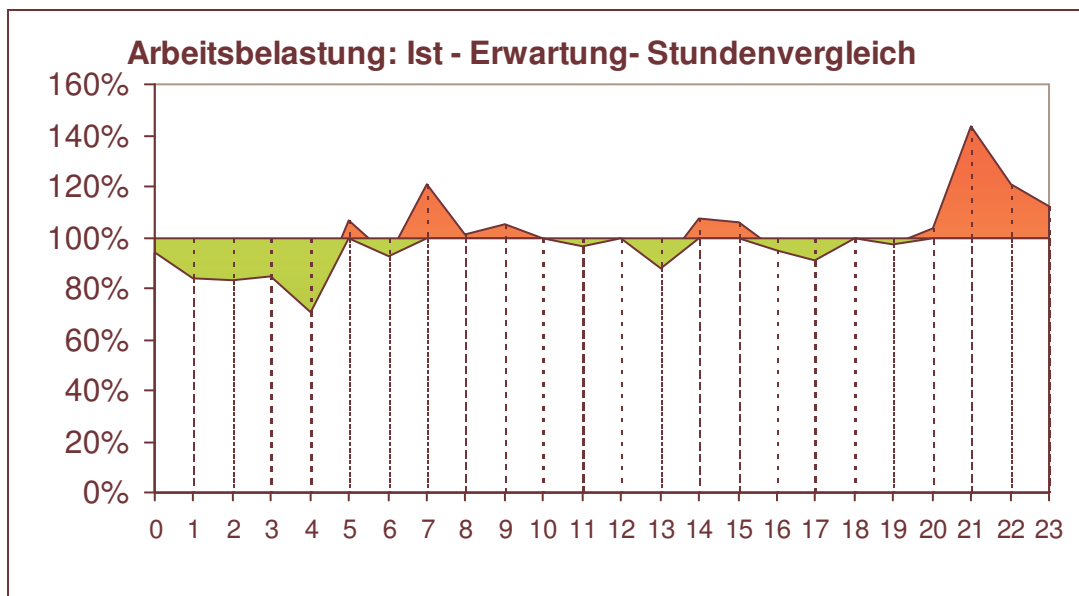
Innerhalb der Arbeitsgruppe „Vor Ort“ werden dann die Auswertungsergebnisse unter der Moderation des Projektleiters diskutiert.

Dazu sind vier Treffen à 1,5 Zeitstunden geplant. Das erste Treffen dient dazu, den Mitgliedern die DTA-Ergebnisse noch einmal ausführlich zu erläutern, um dann zu Beginn des zweiten Treffens zu diskutierende Inhalte mittels eines Themenspeichers zu sammeln und zu priorisieren. Stimmberechtigt bei der Festlegung der Reihenfolge sind ausschließlich die Mitglieder der Station. Die Auswahl der Themen erfolgt zielgerichtet auf Grundlage der DTA-Ergebnisse.

In der sich anschließenden Bearbeitung der Themen dient die Software DocuAnalyst® als wichtiges Arbeitsmittel. Mit Hilfe dieser Software können einzelne diskussionswürdige Problembereiche detailliert beleuchtet und mit Daten belegt werden (s. Abb. 3). So können Tätigkeiten, die sich hinter Belastungsspitzen verbergen einzeln mit ihrem jeweiligen prozentualen Anteil benannt werden. Im Anschluss wird dann diskutiert, welche der fünf definierten Optimierungsziele (vgl. 2.2) sich auf welche Weise umsetzen lassen.

Die Vorgehensweise innerhalb der Arbeitsgruppe „Vor Ort“ folgt dem „Bottom-up“-Prinzip. Diesem folgend erkennen die Mitglieder der Station auf Grundlage der visualisierten DTA-Ergebnisse eigenständig Verbesserungspotential und leiten daraus zielgerichtet Veränderungsvorschläge ab. Dem Projektleiter obliegt dabei die Rolle des Moderators. Er kann Empfehlungen zu möglichen Optimierungen der Arbeitsabläufe aussprechen, ist aber nicht der „Entscheider“.

Da die beschlossenen Veränderungen auf der Station von den Mitarbeitern der Station selber ausgehen, ist die Wahrscheinlichkeit, dass diese erfolgreich umgesetzt werden, deutlich höher, als wenn sie durch die vorgesetzte Führungskraft quasi „Top-down“ vorschreiben würde. Die Mitarbeiter fühlen sich wertgeschätzt und mit einbezogen. Sie entwickeln ein eigenständiges Interesse daran, die Abläufe ihrer Station zu verbessern. Zu den beschlossenen Veränderungen wird ein Zeitplan zur Umsetzung festgelegt. Verantwortlich für die Einhaltung der beschlossenen Projektziele ist die jeweilige pflegerische Bereichsleitung bzw. die Pflegedienstleitung.



**Abbildung 3: Grafische Darstellung der Arbeitsbelastung**

Die Abbildung zeigt den durchschnittlichen Tagesverlauf einer beliebigen Station, der aus vier Wochen Datenerhebung errechnet wurde. Bei den dargestellten Entlastungsphasen (grün) und Überlastungsphasen (rot) handelt es sich um täglich wiederkehrende Spitzen. Mithilfe des DocuAnalyst® können diese Spitzen detailliert durchleuchtet und so die Einzeltätigkeiten benannt werden. Anhand der im nachfolgenden Abschnitt genannten Optimierungsziele gilt es dann, diese Spitzen abzubauen.

Dieses Projektkonzept wird alle Stationen, Funktionsabteilungen und Wohnbereiche in den Einrichtungen der St.-Johannes-Gesellschaft einbeziehen. Die Projektdauer ist bei der gleichzeitigen Erfassung von jeweils zwei Stationen auf drei Jahre angelegt.

## 2.2 Optimierungsziele

Die nachfolgenden fünf Ziele werden in den Arbeitsgruppen „Vor Ort“ vorrangig auf eine mögliche Umsetzung hin überprüft, um Belastungsspitzen abzubauen und die Arbeitsabläufe zu optimieren:



## **Anpassung zeitunkritischer Tätigkeiten**

Zeitlich unabhängige Tätigkeiten in der Pflege sind möglichst in Zeiten geringerer Arbeitsbelastung zu verlagern, sofern dem Patienten/ Bewohner dadurch keine Nachteile entstehen (z.B. Stellen von Medikamenten).

## **Abschaffung „unnötiger“ Tätigkeiten (Rituale)**

Tätigkeiten pflegerischer oder administrativer Art, die nicht mehr dem aktuellen pflegewissenschaftlichen oder technischen Stand entsprechen und damit entbehrlich sind, sollen entfallen, sofern dem Patienten/ Bewohner dadurch keine Nachteile entstehen.

Beispiele für solche Rituale sind:

- Suchen von Ersatzpräparaten anhand der Roten Liste (keine pflegerische Tätigkeit)
- Einkleben von Laborwerten in die Fieberkurve (EDV-Lösung vorhanden)
- handschriftliches Aufnahmebuch (EDV-Lösung vorhanden)
- handschriftliches Laborbuch (EDV-Lösung vorhanden)

## **Erkennen und Beseitigen von Schnittstellenproblemen**

Alle anfallenden Tätigkeiten sind auf eine optimale Zuordnung zu den einzelnen Berufsgruppen zu untersuchen und entsprechend zuzuordnen.

Gemeinsame berufsgruppenübergreifende Tätigkeiten (z.B. Visiten, Therapiezeiten, Hauswirtschaft) sind auf mit allen Beteiligten abgestimmte Zeiträume zu optimieren, um Belastungsspitzen zu vermeiden. Diese werden in den Arbeitsgruppen „Vor Ort“ oder im Anschluss mit Mitarbeitern aller betroffenen Berufsgruppen abgestimmt und verbindlich vereinbart.

## **Bedarfsgerechte Anpassung der Arbeitszeiten**

Die Abdeckung von Über- und Entlastungsphasen mit mehr oder weniger Personal erfolgt dann, wenn die ersten drei Projektziele keinen ausreichenden Erfolg hatten.

## **Erhöhung patientennaher Zeiten zur Verbesserung der Pflegequalität**

Ein Patient erlebt eine qualitativ hochwertige Pflege vor allem dann, wenn die Anteile patientennaher Zeiten möglichst hoch sind. Mögliche Maßnahmen sind:

- Verlagerung der Dokumentation ins Patientenzimmer
- Einführung einer Übergabe am Patientenbett
- Einführung einer Pflegevisite

Ausdrückliches Projektziel ist es **nicht**, auf Grundlage der Ergebnisse Stellen abzubauen. Es kann allerdings innerhalb der Gesellschaft zu Personalverschiebungen kommen, in dem Mitarbeiter aus Arbeitsbereichen geringerer Belastung in Bereiche mit höherer Belastung versetzt werden.

### 2.3 Ergebnisbeispiele

Das in Abschnitt 2.2 beschriebene Vorgehen soll anhand ausgewählter Praxisbeispiele verdeutlicht werden. Sie zeigen, wie die Ergebnisse der Tätigkeitsanalysen verwendet wurden und zu einer optimierten Ablauforganisation geführt haben.

#### Beispiel 1: Abbau einer Belastungsspitze

Abbildung 4 zeigt einen errechneten durchschnittlichen Arbeitstag von 0:00 Uhr bis 23:59 Uhr einer 30 Betten großen herzchirurgischen Station. Entlastungsphasen sind in grün dargestellt, Überlastungsphasen in rot. Um 5:00 Uhr ist eine deutliche Belastungsspitze zu erkennen.

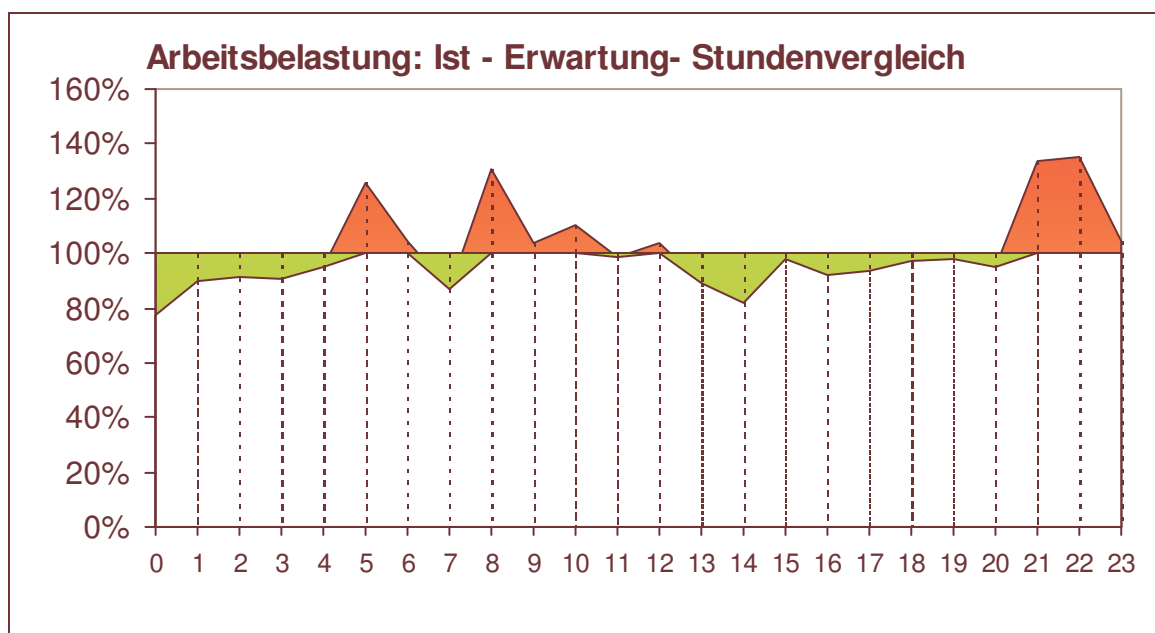


Abbildung 4: Über- und Entlastungsphasen im Tagesverlauf

Bei genauerer Betrachtung dieser Belastungsspitze wird deutlich, dass zu dieser Zeit die Pflegedokumentation aller Patienten für den gesamten Nachtdienst durchgeführt wird. Gleichzeitig melden sich erste Patienten bei den Pflegenden mit dem Wunsch nach Unterstützung bei der Körperpflege und erste OP-Vorbereitungen müssen getroffen werden. Als Maßnahme zum Abbau der Belastungsspitze wurde in der AG „Vor Ort“ beschlossen, die Pflegedokumentation im Nachtdienst zukünftig zeitnah durchzuführen. Als Folge kann festgestellt werden, dass die Pflegenden insgesamt detaillierter bei den einzelnen Patienten dokumentieren und ab 5:00 Uhr mehr Zeit haben, den Wünschen der Patienten gerecht zu werden. Dies wird von den Pflegenden positiv zurück gemeldet.

### Beispiel 2: Einführung einer bedarfsgerechten Arbeitszeit, Abbau einer Belastungsspitze

Bei diesem Beispiel handelt es sich um dieselbe Station wie im Beispiel zuvor. Diskussionsgegenstand ist die Belastungsspitze in der Zeit zwischen 20:00 Uhr und 23:00 Uhr (s. Abb. 4). Innerhalb der Arbeitsgruppe „Vor Ort“ wird deutlich, dass die Belastungsspitze immer dann besonders deutlich auftritt, wenn die zwei Nachtwachen der Station die erste „Runde“ durch die Patientenzimmer nicht in zwei Gruppen durchführen können, sondern den Rundgang gemeinsam absolvieren. Dieser Fall tritt dann ein, wenn z.B. wenn ein Schüler als zweite Nachtwache eingesetzt wird.

Da viele Patienten zur Nacht noch Medikamente benötigen und das Bedürfnis haben mit der Nachtschwester zu sprechen, melden sie sich, da sie mitunter lange warten müssen.

Als Maßnahmen zur Verbesserung dieser Situation wird zunächst vereinbart, dass die Patienten im Bedarfsfall über ein späteres Erscheinen der Nachtwache informiert werden. Zudem wurde ein zeitversetzter Spätdienst (15:00 Uhr - 22:00 Uhr) eingeführt, der bedarfsgerecht immer dann zur Anwendung kommen soll, wenn beispielsweise ein Schüler als zweite Nachtwache eingesetzt ist.

### Beispiel 3: Gefühlte versus gemessene Belastung

Das dritte Beispiel soll verdeutlichen, dass die Selbsteinschätzung in Bezug auf Belastungsspitzen einer Station teilweise deutlich von den gemessenen Werten

abweichen kann. Abbildung 5 zeigt den durchschnittlichen Tagesverlauf einer gastroenterologischen Station mit 27 Betten.

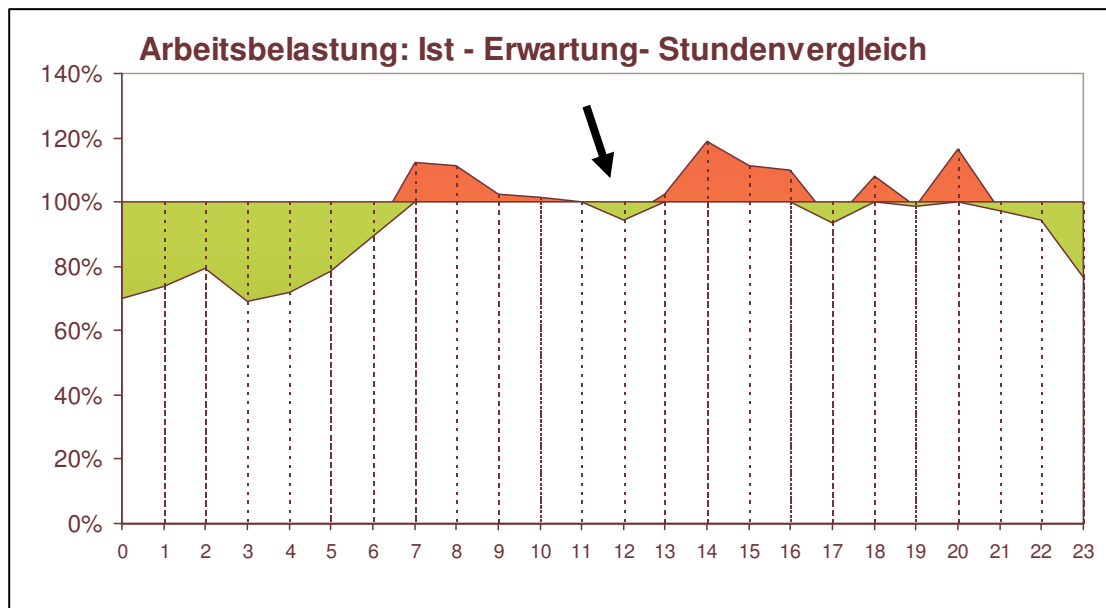


Abbildung 5: Über- und Entlastungsphasen im Tagesverlauf

Die Teilnehmer der Arbeitsgruppe können die in rot aufgeführten Belastungsspitzen gut nachvollziehen. Allerdings sind sie mit der in grün gekennzeichneten Entlastungsphase um 12:00 Uhr nicht einverstanden. Ihrer Ansicht nach befindet sich zu dieser Uhrzeit die größte Belastungsspitze des gesamten Tages.

Bei genauerer Betrachtung aller in der Zeit von 12:00 Uhr bis 12:59 Uhr stattfindenden Tätigkeiten wird die Ursache für diese empfundene Belastungsphase deutlich. Der Großteil in diesem Zeitraum durchgeführten Tätigkeiten findet im für die Größe der Station recht klein bemessenen Schwesterndienstzimmer statt. Nahezu alle Pflegenden halten sich zu dieser Uhrzeit dort auf, um beispielsweise Visiten auszuarbeiten oder die Pflegedokumentation durchzuführen. Die Patientenakte, die von einer Pflegekraft benötigt wird, wird häufig von einer Kollegin verwendet. Es entsteht das Gefühl, dass die bis zur Übergabe noch zu erledigenden Tätigkeiten nicht mehr geleistet werden können.

Grundlegende Änderungen in der Arbeitsorganisation haben dazu geführt, dass die Pflegenden zu unterschiedlichen Zeiten das Schwesternzimmer in Anspruch nehmen müssen. Dazu wurde die Organisationsform der Bereichspflege überarbeitet.

Für jeden der zwei Bereiche auf der Station gibt es nun eine hauptverantwortliche Pflegeperson, bei der alle patientenrelevanten Informationen zusammen laufen. Sie koordiniert alle Abläufe in ihrem Bereich und nimmt an der Übergabe teil.

Die geänderten Arbeitsabläufe im Zusammenhang mit der Überarbeitung der Bereichspflege stellen sich im Einzelnen wie folgt dar:

- 1-2 exam. Pflegende kommen je nach Bedarf zeitversetzt zum „späten“ Frühdienst (07:00 Uhr – 14:30 Uhr). Ihre Aufgabe ist es, die verantwortlichen Bereichspflegenden zu unterstützen und Tätigkeiten im Rahmen einer Springerfunktion wahrzunehmen. Zu ihren Aufgaben gehören z.B. die Übernahme von Körperpflege, Ausarbeitung von Visiten, Begleitung von Transporten, ggf. mit einer Hilfskraft sowie Schaffung von Kontinuität während der Übergaben auf der Station.
- Um 13:10 Uhr beginnt die Übergabe mit beiden Schichten im Schwesternzimmer. Hier hat die Stationsleitung für max. 10 Minuten Gelegenheit, wichtige Mitteilungen für „alle“ Mitarbeiter bekannt zu geben. Im Anschluss daran findet zwischen den jeweiligen Bereichspflegenden eine Übergabe in den Bereichen am Patientenbett statt
- alle nicht an der Übergabe beteiligten Fach- und Hilfskräfte führen in dieser Zeit in Absprache mit den verantwortlichen Bereichspflegenden Vor- und Nachbereitungen aus den Bereichen außerhalb des Schwesterndienstplatzes sowie die Transporte durch.

Für den Fall eines hohen Arbeitsaufkommens im Spätdienst und der Tatsache, dass die Nachtwache nicht durch einen Schüler unterstützt wird, soll ein „später“ Spätdienst für die optionale dritte Pflegefachkraft eingerichtet werden, der um 14:00 Uhr beginnt und um 21:30 Uhr endet. Dieser Spätdienst übernimmt ähnlich wie im „späten“ Frühdienst unterstützende Tätigkeiten für die zwei Bereichspflegenden.

### **3 Fazit**

Nach Analyse knapp der Hälfte aller Bereiche der Kath. St.-Johannes-Gesellschaft kann man sagen, dass sich das Projekt „Flexibilisierung der Arbeitszeiten im Pflegedienst“ mit Hilfe der Diagnosegestützten Tätigkeitsanalyse bewährt hat. Mit Hilfe meist kleinerer aber zielgerichteter und bedarfsgerechter Änderungen in der Ablauforganisation können für jeden Bereich effektive Optimierungen erzielt werden.

Da die Mitarbeiter an der Entwicklung der Veränderungsprozesse selber beteiligt sind, wird die Umsetzung deutlich erleichtert. Durch diese Beteiligung der Betroffenen selbst ist eine wesentliche Voraussetzung geschaffen, die Mitarbeiterzufriedenheit zu erhöhen. Der während der Erfassung auftretende Mehraufwand von 3-4 Prozent der Arbeitszeit pro Mitarbeiter ist vertretbar. Aus betriebswirtschaftlicher Sicht kann festgehalten werden, dass sich die Mehrarbeitsstunden in fast jedem Bereich einige Wochen nach Umsetzung der Optimierungen deutlich reduziert haben.

Für die Zukunft ist geplant, die Arbeitsabläufe aller noch nicht erfassten Stationen und Bereiche auf Grundlage der DTA-Ergebnisse zu optimieren. Im Anschluss scheint es sinnvoll, bereits optimierte Bereiche erneut zu „durchleuchten“. Damit können vor allem zwei Ziele verfolgt werden. Zum einen lassen sich die im Anschluss an die erste Erfassung durchgeführten Veränderungen auf ihre Effektivität hin überprüfen, zum anderen können strukturelle Änderungen, die sich in der Zwischenzeit auf der Station ergeben haben, erkannt und zielgerichtet verbessert werden.

**Projektverantwortlich:**

Magnus Engeln, Dipl. Pflegewirt (FH)  
Kath. St.-Johannes-Gesellschaft Dortmund gGmbH  
Stv. Pflegedirektor  
Johannesstr. 9-17  
44137 Dortmund  
Phone: 0231 – 1843 - 2194  
Mail: engeln@joho-dortmund.de

Informationen zur DTA: [www.documix.de](http://www.documix.de)

Die **Kath. St.-Johannes-Gesellschaft Dortmund gGmbH** ist Trägerin von insgesamt 5 Kranken- und Pflegeeinrichtungen in denen 2200 Mitarbeiter beschäftigt sind. Als gemeinnütziger Träger stellen wir den Menschen in den Mittelpunkt unseres Handelns.

**St.-Johannes-Hospital**, 574 Betten und Ambulantes OP-Zentrum

**Marien Hospital**, 185 Betten

**Christinenstift**, Altenpflegeeinrichtung mit 153 Heimplätzen

**St.-Elisabeth-Krankenhaus**, 80 Betten und Altenpflegeeinrichtung mit 94 Heimplätzen

**Jugendhilfe St. Elisabeth**, 88 Plätze (Heim- und Tagesbetreuung)