

**Prof. Dr. Knut Dahlgaard**  
**Prof. Dr. Peter Stratmeyer**

# **Wie Ärzte und Pflegende besser zusammenarbeiten**

## **Evaluationsbericht**

über das Forschungs- und Transfervorhaben

**„Entwicklung, Umsetzung und Evaluation eines kooperativen  
Organisationsmodells Pflege und Medizin im DRK-Krankenhaus  
Clementinenhaus Hannover (ECO: Expert Care Organization)“**

Hamburg, im Oktober 2014

## **Forschungs- und Transferzentrum**

### **„Kooperatives Prozessmanagement im Gesundheitswesen“**

der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Alexanderstraße 1

20099 Hamburg

[www.kopm-zentrum.de](http://www.kopm-zentrum.de)

info@kopm-zentrum.de

## **DRK-Krankenhaus Clementinenhaus Hannover**

Lützerodestraße 1

30161 Hannover

[www.clementinenhaus.de](http://www.clementinenhaus.de)

Für diesen Bericht sind eine Reihe von Dokumenten genutzt worden, die im Laufe des Projekts von KoPM®-Mitwirkenden oder KoPM®-Kooperationspartnerinnen und –partnern erstellt worden sind. Wir danken folgenden Personen für ihre Mitarbeit:

- Prof. Dr. Uta Gaidys
- Adrienne Henkel
- Holger Limbeck
- Prof. Dr. Hendrik van den Bussche (Externer Koordinator des Evaluationsprogramms)

Endredaktion des Evaluationsberichts: Prof. Dr. Knut Dahlgaard

Ausdruck-Version

4. November 2014

# Inhaltsverzeichnis

<b>0</b>	<b>Überblick über den Bericht und Grundsätze der Berichterstattung</b>	<b>1</b>
<b>1</b>	<b>Das ECO-Modell</b>	<b>3</b>
1.1	Entstehungsgeschichte des ECO-Modells	3
1.2	Kurzbeschreibung des ECO-Modells und Fragestellungen für die Evaluation	4
1.3	Kurzbeschreibung des ECO-Projektverlaufs	6
1.3.1	Projektorganisation	6
1.3.2	Charakterisierung der Arbeitsweise der Projektgruppe	7
<b>2</b>	<b>Forschungsdesign/Methodenüberblick</b>	<b>11</b>
2.1	Standortbestimmung der Versorgungsforschung	11
2.2	Ausrichtung der Organisationsforschung	12
2.3	Anforderungen an das Methodeninventar	13
2.4	Evaluationsforschung	15
2.5	Zusammenfassung: Der KoPM®-Forschungsansatz	15
<b>3</b>	<b>Schaffung einer prozessunterstützenden Aufbauorganisation</b>	<b>19</b>
3.1	Grundlagen	19
3.1.1	Prinzipien der Aufbauorganisation	19
3.1.2	Klärung der Aufgaben des Ärztlichen Dienstes im ECO-Modell	21
3.2	Charakteristika der Entwicklung wesentlicher Stellentypen	22
3.2.1	ECO-Pflegefachkraft	22
3.2.1.1	Prozess der Konturierung der Aufgaben	23
3.2.1.2	Typ A und Typ B der ECO-Pflegefachkräfte	24
3.2.1.3	Trennung von formaler Qualifikation und Funktion	25
3.2.2	Die Stelle der Pflegewissenschaftlerin	25
3.2.2.1	Konturen der Stelle	25
3.2.2.2	Stellenbesetzung	26
3.2.3	Die Stelle der Abteilungsleitung	26
3.2.3.1	Konturen der Stelle	26
3.2.3.2	Entwicklungsschritte im Prozess der Stellenbildung	27
3.2.3.3	Stellenbesetzung und Weiterentwicklung	29
<b>4</b>	<b>Rolle und erweiterte Aufgaben der ECO-Pflegefachkräfte</b>	<b>31</b>
4.1	Modellbestandteile	31
4.1.1	Neuausrichtung des Pflegeprozesses	31
4.1.2	Mitarbeit im Medizinprozess	32

# Inhaltsverzeichnis

4.1.3	Managementaufgaben in der Versorgung .....	32
<b>4.2</b>	<b>Die Übernahme der ECO-Rolle .....</b>	<b>33</b>
4.2.1	Evaluationsdesign .....	33
4.2.2	Phase 1 des Implementationsprozesses: Aufbruch und Visionen – die Ergebnisse der Fokusgruppendifkussion .....	35
4.2.3	Phase 2 des Implementationsprozesses: Umbruch und Realisierung .....	36
4.2.3.1	Ergebnisse der problemzentrierten Interviews .....	36
4.2.3.2	Ergebnisse der ersten teilnehmenden Beobachtung .....	38
4.2.4	Phase 3 des Implementationsprozesses: Beginnende Verstetigung .....	41
4.2.4.1	Ergebnisse der zweiten teilnehmenden Beobachtung .....	41
4.2.4.2	Ergebnisse der zweiten Fokusgruppendifkussion .....	42
4.2.4.3	Ergebnisse der halbstandardisierten Interviews mit Patienten .....	45
<b>4.3</b>	<b>Neuausrichtung des Pflegeprozesses .....</b>	<b>47</b>
4.3.1	Projektziele und Projektverlauf .....	47
4.3.2	Evaluationsdesign .....	48
4.3.3	Evaluationsergebnisse der Neuausrichtung des Pflegeprozesses .....	49
4.3.3.1	Ergebnisse der Pflegedokumentationsanalyse .....	49
4.3.3.2	Evaluation der Pflegediagnostik .....	51
<b>4.4</b>	<b>Zusammenfassung .....</b>	<b>54</b>
<b>5</b>	<b>Weiterbildung zur ECO-Pflegefachkraft .....</b>	<b>56</b>
<b>5.1</b>	<b>Die Entwicklung des Weiterbildungskonzepts .....</b>	<b>56</b>
<b>5.2</b>	<b>Methodische Vorbemerkungen zur Evaluation .....</b>	<b>57</b>
<b>5.3</b>	<b>Evaluationsergebnisse .....</b>	<b>58</b>
5.3.1	Inhaltliche und didaktische Gestaltung .....	58
5.3.2	Effekte der Weiterbildung .....	59
<b>6</b>	<b>Bewertung der Kooperationsqualität .....</b>	<b>62</b>
<b>6.1</b>	<b>Grundlegendes Verständnis einer zukunftsorientierten Kooperation von Medizin und Pflege .....</b>	<b>62</b>
6.1.1	Komplementäre Arbeitsteilung .....	62
6.1.2	Kernelemente produktiver Kooperation zwischen Arztdienst und Pflegedienst 63	
<b>6.2</b>	<b>Evaluationsergebnisse .....</b>	<b>64</b>
6.2.1	Vorbemerkung zur Methodik .....	64
6.2.1.1	Schriftliche Befragung .....	64
6.2.1.2	Vertiefende Interviews .....	66
6.2.1.3	Patienteninterviews .....	66
6.2.2	Zentrale Ergebnisse .....	68
6.2.2.1	Gesamtscore der Zufriedenheit mit der Kooperation zwischen Ärzten und Pflegenden in den schriftlichen Befragungen .....	68
6.2.2.2	Aufnahmeprozess .....	69

# Inhaltsverzeichnis

6.2.2.3	Diagnostik, Behandlung, Therapie.....	70
6.2.2.4	Entlassungsprozess .....	72
6.2.2.5	Informationsprozesse.....	74
6.2.2.6	Kommunikation und Kooperation .....	78
6.2.2.7	Prozessorganisation .....	80
<b>7</b>	<b>Perspektiven für einen Transfer der Ergebnisse .....</b>	<b>84</b>
7.1	<b>Wirtschaftliche Effekte der Umsetzung des ECO-Modells .....</b>	<b>84</b>
7.2	<b>Erfahrungen mit einer produktiven Unterstützung der Arbeit der ECO-Pflegefachkräfte.....</b>	<b>86</b>
7.2.1	Arbeitsbedingungen: Pragmatische, flexible Festlegungen der Betreuungsrelationen und Arbeitszeitregelungen .....	87
7.2.2	Sicherstellung von Teamstabilität und Einsatzkontinuität .....	87
7.2.3	Heraushebung der Funktion und Unterstützung bei der Aufgabenausführung 88	
7.3	<b>Erfahrungen aus dem Umsetzungsprozess des ECO-Modells .....</b>	<b>89</b>
7.3.1	Projektmanagement.....	89
7.3.1.1	Organisation der Arbeit in der Projektgruppe .....	89
7.3.1.2	Das Vorgehensmodell .....	90
7.3.2	Der Einfluss von Außenbedingungen auf das Projekt.....	92
7.4	<b>Empfehlungen für weitere Reorganisationsprojekte in diesem Feld ....</b>	<b>93</b>
7.4.1	Unterstützung der Krankenhausleitung sicherstellen.....	93
7.4.2	Angemessene Ressourcenausstattung sicherstellen .....	94
7.4.3	Aufbau einer funktionalen Projektorganisation.....	95
7.4.4	Gleichzeitig eine Langfristperspektive verfolgen <i>und</i> kurzfristige Verbesserungen realisieren.....	96
7.4.5	Modularisiertes Vorgehenskonzept aufstellen.....	96
<b>8</b>	<b>Anhang .....</b>	<b>100</b>
8.1	<b>Funktionsprofil ECO-Pflegefachkraft .....</b>	<b>100</b>
8.1.1	Allgemein: das Kernteam „Arzt-Pflegefachkraft“ .....	100
8.1.2	Formale Stellung .....	100
8.1.3	Aufgaben.....	101
8.1.3.1	Aufgaben im Pflegeprozess.....	101
8.1.3.2	Bezugspflege .....	101
8.1.3.3	Unterstützung im Medizinprozess .....	102
8.1.3.4	Casemanagment.....	102
8.1.3.5	Prozesskoordination.....	102
8.1.3.6	Leitungs- und Vorgesetztenfunktion .....	102
8.1.3.7	Weitere Managementfunktion .....	103
8.1.3.8	Förderung der pflegefachlichen Expertise.....	103
8.1.3.9	Beteiligung am medizinischen Controlling / Erlössicherung.....	103

# Inhaltsverzeichnis

8.1.4	Weiterentwicklung des ECO-Modells: Differenzierung von Qualifikation und Funktion .....	104
8.1.4.1	Funktionsdifferenzierung .....	104
8.1.4.2	Trennung von Qualifikation und Funktion .....	104
<b>8.2</b>	<b>Aufgabenschwerpunkte der ECO-Pflegefachkräfte in den unterschiedlichen Fachabteilungen .....</b>	<b>106</b>
<b>8.3</b>	<b>Funktionsprofil Abteilungsleitung .....</b>	<b>108</b>
8.3.1	Führung .....	108
8.3.2	Organisation .....	108
8.3.3	Prozessmanagement .....	108
<b>8.4</b>	<b>Funktionsprofil Pflegewissenschaftler/-in .....</b>	<b>109</b>
8.4.1	Allgemein.....	109
8.4.2	Formale Stellung .....	109
8.4.3	Aufgaben.....	109
8.4.3.1	Beteiligung an der Strategieentwicklung des Krankenhauses.....	109
8.4.3.2	Sicherstellung des pflegerischen Leistungsangebots.....	109
8.4.3.3	Kontrolle und Entwicklung der Pflegequalität.....	110
8.4.3.4	Aufbau, Implementierung und Weiterentwicklung eines Expertensystems Pflege.....	110
8.4.3.5	Beteiligung an der Personalentwicklung der Mitarbeiter des Pflegedienstes.....	111
8.4.4	Kompetenzprofil .....	111
<b>8.5</b>	<b>Curriculum Weiterbildung für die ECO-Pflegefachkräfte.....</b>	<b>112</b>
<b>9</b>	<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>134</b>

# Tabellen-, Abbildungs- und Abkürzungsverzeichnis

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1.1:	Kernthemen der ECO-Projektgruppensitzungen.....	7
Tabelle 1.2:	Übersicht über die weiteren an der Entwicklung und Umsetzung des ECO-Modells beteiligten Projektgruppen .....	9
Tabelle 2.1:	Evaluationsansätze für das Gesamtprojekt.....	17
Tabelle 5.1:	Bewertung der Teilmodule A bis D der Weiterbildung .....	59
Tabelle 6.1:	Rücklaufquoten der schriftlichen Befragung .....	66
Tabelle 6.2:	Methodische Aspekte der Patienteninterviews .....	67
Tabelle 7.1:	Modulkatalog Kooperative Prozesse Arzt-Pflege.....	97

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1.1:	Projektaktivitäten und Evaluationsschwerpunkte	5
Abbildung 3.1:	Prinzipskizze Aufbaustruktur ECO-Modell	20
Abbildung 3.2:	Prozess- und Ressourcenorganisation DRK-Krankenhaus Clementinenhaus Hannover	21
Abbildung 3.3:	Typ A und Typ B der ECO-Pflegefachkräfte	24
Abbildung 4.1:	Bedeutung und Nutzen der ECO-Pflegefachkräfte	44
Abbildung 4.2:	Rahmenbedingungen für die Arbeit der ECO-Pflegefachkräfte	45
Abbildung 4.3:	Eigene Position zur Rolle als ECO-Pflegefachkraft	45
Abbildung 5.1:	Gesamtbeurteilung der Weiterbildung	60
Abbildung 6.1:	Beurteilung der Kooperation zwischen Arztdienst und Pflegedienst	68
Abbildung 6.2:	Geschwindigkeit des Aufnahmeprozesses	70
Abbildung 6.3:	Information der Patienten durch Ärzte und Pflegende in der Aufnahmesituation	70
Abbildung 6.4:	Umgang mit Untersuchungsbefunden	71
Abbildung 6.5:	Umgang mit kurzfristigen Anordnungen	72
Abbildung 6.6:	Gegenseitige Information der Akteure und Vorbereitung des Patienten	73
Abbildung 6.7:	Berücksichtigung der Bedürfnisse von Problempatienten bei der Entlassung	73
Abbildung 6.8:	Funktionalität des Entlassungsprozesses	73
Abbildung 6.9:	Abstimmung der Aufgaben bei der kooperativen Visite	75
Abbildung 6.10:	Grad der Abstimmung des Visitenzeitpunkts mit den Stationsabläufen	75
Abbildung 6.11:	Kooperationsklima zwischen Ärzten und Pflegenden	76
Abbildung 6.12:	Ansprechbarkeit der Kooperationspartner	77
Abbildung 6.13:	Ärztliche und pflegerische Dokumentation	78
Abbildung 6.14:	Entscheidungs- und Informationsverhalten	79
Abbildung 6.15:	Bereitschaft zur Übernahme von Aufgaben der jeweils anderen Berufsgruppe	80
Abbildung 6.16:	Zuständigkeit im Behandlungsteam	81
Abbildung 6.17:	Arbeitsorganisation und Zuordnung der Aufgaben	82
Abbildung 6.18:	Korrespondierende Rücksichtnahme in der Arbeitsorganisation	82

## Tabellen-, Abbildungs- und Abkürzungsverzeichnis

Abbildung 7.1:	Fällen, Betten, Verweildauer 2007 - 2013	84
Abbildung 7.2:	CMI- und Erlösentwicklung 2007 – 2013	85
Abbildung 7.3:	Entwicklung der Vollkräfte-Zahl 2007 – 2013	85
Abbildung 7.4:	Ausfallquote durch Krankheit 2009 - 2013	86
Abbildung 7.5:	Modulares Vorgehenskonzept	97

### Abkürzungsverzeichnis

bzw.	beziehungsweise
COPD	chronic obstructive pulmonary disease
etc.	et cetera
ggf.	gegebenenfalls
HNO	Hals, Nasen, Ohren
LuFu	Lungenfunktion
o.g.	oben genannt
OE	Organisationsentwicklung
PDL	Pflegedienstleitung
PKMS	Pflegekomplexmaßnahmen
QM	Qualitätsmanagement
u.a.	und andere
u.ä.	und ähnlich
usw.	und so weiter
vgl.	Vergleich
z.B.	zum Beispiel
z.T.	zum Teil

## 0 Überblick über den Bericht und Grundsätze der Berichterstattung

Diese Veröffentlichung ist eine zusammenfassende Darstellung des Verlaufs und der Ergebnisse eines langfristig angelegten Organisationsentwicklungsprojekts im DRK-Krankenhaus Clementinenhaus Hannover. Gegenstand des Projekts war die Neukonzipierung der patientennahen Kernleistungsprozesse und der Strukturorganisation:<sup>1</sup>

- Jeder Patient wird verantwortlich betreut durch ein Kernteam aus Arzt und Pflegekraft, das primär für alle individuellen Belange des Patienten zuständig ist und den Behandlungsprozess kooperativ steuert.
- Hauptleistungseinheiten sind Abteilungen, in denen berufsübergreifende Teams entlang der horizontalen Behandlungskette konsequent patientenorientiert arbeiten.
- Getrennt davon stellen Expertensysteme „Medizin“ und „Pflege“ fachliche Expertise und strukturierte Fort- und Weiterbildung sicher.
- Gesondert weitergebildete ECO-Pflegefachkräfte übernehmen in diesem Organisationsmodell erweiterte Aufgaben im Medizinprozess und im Management des Behandlungs- und Versorgungsprozesses.
- Dazu wird eine fachliche Hierarchie im Pflegebereich eingeführt und ein differenziertes, handhabbares Pflegeplanungsmodell eingefügt.

Der Bericht soll nicht nur die Ergebnisse für das DRK-Krankenhaus Clementinenhaus Hannover zusammenfassen, sondern auch einer interessierten Fachöffentlichkeit Einblicke in den Prozess und in möglicherweise übertragbare Ansätze geben. Dazu ist der Bericht in folgende Kapitel unterteilt:

- Das Kapitel 1 schildert die Entstehungsgeschichte des Projekts, beschreibt die wesentlichen Schwerpunkte des ECO-Modells und listet die Fragestellungen der Evaluation auf.
- Das Kapitel 2 dient der komprimierten Darstellung des methodischen Instrumentariums.
- Die Kapitel 3 bis 6 fassen die wesentlichen Ergebnisse der Evaluation zusammen hinsichtlich
  - der Schaffung einer prozessunterstützenden Aufbaustruktur (Kapitel 3),
  - der Rolle und erweiterten Aufgaben der ECO-Pflegefachkräfte (Kapitel 4),
  - der Fachweiterbildung für die ECO-Pflegefachkräfte (Kapitel 5) und
  - der Bewertung der Kooperationsqualität zwischen Ärzten und Pflegenden durch die Akteure selbst.
- Das Kapitel 7 fasst die Schlussfolgerungen und Überlegungen für einen Transfer des Modellansatzes auf andere Krankenhäuser zusammen.
- Der Anhang (Kapitel 8) enthält eine Reihe von Dokumenten, auf die im Bericht Bezug genommen wird.

Soll die Darstellung eines über sieben Jahre laufenden Organisationsentwicklungsprozesses und seiner Resultate nicht nur wissenschaftlich fundiert und damit nachvollziehbar sein, sondern auch noch interessant, anregend und zu eigenen Aktivitäten animierend, sind Kompromisse in Darstellung, Umfang und Detaillierungsgrad der Darstellung unvermeidlich.

Wir haben uns diesbezüglich zu folgenden Schritten entschlossen:

---

<sup>1</sup> Vgl. Antrag des DRK-Krankenhauses Clementinenhaus Hannover zur Förderung des Vorhabens, Hannover 18.11.2009, S. 2.

- Die Darstellung der einzelnen Konzeptbestandteile (z.B. der Inhalte der Weiterbildung) erfolgt innerhalb der Kapitel, in denen die Evaluationsergebnisse beschrieben sind. Dadurch stehen Konzeptdarstellungen und Evaluationsergebnisse in einem unmittelbaren inhaltlichen Zusammenhang. – Ein Überblick über die Hauptbestandteile des ECO-Modells und die daraus abzuleitenden Evaluationsfragestellungen findet sich in Abschnitt 1.4.
- Die Organisation der Entwicklung und Umsetzung des ECO-Modells als Projekt bringt mit sich, dass die wesentlichen Zwischenschritte, Ergebnisse und Vereinbarungen anhand von erstellten Dokumenten und Protokollen von Projektgruppensitzungen sehr gut rekonstruierbar sind. Allerdings ist aufgrund der sehr großen Zahl von Dokumenten<sup>2</sup> ein Überblick nur schwer zu behalten. Wir konzentrieren uns in der Darstellung auf einen Teil der Dokumente. Diese werden jeweils in den Fußnoten mit ihrem Titel benannt, sie sind auch nicht im Literaturverzeichnis enthalten. – Es muss berücksichtigt werden, dass es um krankenhauserne Papiere handelt, die zwar vorhanden und identifizierbar sind, aber für eine Veröffentlichung gesondert bearbeitet und freigegeben werden müssten – schon wegen der Angabe von Personen in den Dokumenten.
- Der umfangreiche Anhang enthält wichtige Dokumente. Diese sind von der HAW Hamburg oder vom DRK-Krankenhaus Clementinenhaus Hannover in den Prozess eingebracht und von beiden Partnern für die Veröffentlichung freigegeben worden.
- Die Methoden der Evaluation werden in einem Übersichtskapitel im Zusammenhang (Kapitel 2) beschrieben. Die Darstellung der einzelnen Evaluationsergebnisse in den dann folgenden Kapiteln ist nicht nach den Methoden der Datenerhebung strukturiert, sondern nach Inhaltsbereichen. Auf dieser Weise liegt der Focus auf der Ergebnisdarstellung, die im Idealfall durch mit Hilfe unterschiedlicher Methoden gewonnener Daten abgesichert ist.

---

<sup>2</sup> Während der Projektlaufzeit sind circa 90 (verabschiedete und dokumentierte) Protokolle von Projektgruppe und – Untergruppen (vgl. Abschnitt 1.2) und circa 20 weitere Arbeitspapiere (Umfang: ca. 3 bis 5 Seiten) entstanden.

# 1 Das ECO-Modell

## 1.1 Entstehungsgeschichte des ECO-Modells

Der folgende Evaluationsbericht befasst sich mit dem Verlauf und den Ergebnissen eines patienten- und mitarbeiterbezogenen Organisationsentwicklungsprozesses, der im DRK-Krankenhaus Clementinenhaus Hannover in der Zeit von 2008 bis 2014 stattgefunden hat. Dieses Krankenhaus der Regelversorgung mit etwa 230 Betten besteht seit über 130 Jahren. Die Krankenhausleitung besteht aus der Geschäftsführung und der Krankenhausbetriebsleitung (Ärztliche Leitung, Pflegedienstleitung, Kaufmännische Leitung); ein erweiterter Führungskreis bezieht weitere Führungspersonen in Richtungsentscheidungen des Krankenhauses ein.

Ergebnis des Entwicklungsprozesses ist das so genannte ECO-Modell (*expert care organization*). Dieses ist nicht allein aufgrund einer Führungsentscheidung eingeführt worden, sondern hat im Laufe eines mehrjährigen Entwicklungsprozesses langsam Konturen angenommen.<sup>3</sup> Erste Vorläufer des ECO-Modells entstanden etwa im Jahre 2004. Auf Initiative des damaligen Geschäftsführers des DRK-Krankenhauses Clementinenhaus Hannover und des Leiters Innovations- und Prozessmanagement befasste sich das Krankenhaus schon zu diesem Zeitpunkt mit einer prozessorientierten Überarbeitung der herkömmlichen Versorgungsabläufe. Diese Überlegungen führten zu der Formulierung einer Verfahrensweisung für einen „patientenorientierten Tagesablauf“<sup>4</sup>, der feste Taktzeiten für Mahlzeiten und Ruhezeiten der Patienten und die Nutzung der Zwischenzeiten als Zeitvorrat für die abgestimmte Kooperation zwischen den Akteuren vorsah. Diese Zeitstruktur wurde mit den Abteilungen diskutiert und in der Führungsgruppe des Krankenhauses formal beschlossen.

Zwei weitere bereits geleistete Vorarbeiten waren:

- die Festlegung einer Veränderung der Aufgabenwahrnehmung von Ärzten und Pflegenden sowie die Formulierung eines neuen Grundkonzepts der Zusammenarbeit zwischen Arztdienst und Pflegedienst<sup>5</sup> sowie
- die Erstellung von Reformkonzepten zur internen Organisation einzelner Abteilungen wie der Zentralen Patientenaufnahme<sup>6</sup> und der Internistischen Abteilung.<sup>7</sup>

Unabhängig davon, aber zeitlich in etwa parallel zur Entwicklung im DRK-Krankenhaus Clementinenhaus Hannover wurde im Forschungs- und Transferzentrum „Kooperatives Prozessmanagement im Gesundheitswesen“ (im Folgenden: KoPM®-Zentrum) der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg zu Fragen der prozessorientierten Kooperation von Ärzten und Pflegenden im Krankenhaus geforscht. Die Ergebnisse wurden in einer Reihe von Aufsätzen und insbesondere in der Veröffentlichung einer umfangreichen Schriftenreihe publiziert, deren erste Teile im Jahr 2006 erschienen.<sup>8</sup>

<sup>3</sup> Auch der Name „ECO“ bestand nicht von Anfang an, sondern wurde erst im Jahr 2009 nach einem Diskussionsprozess in der ECO-Projektgruppe festgelegt.

<sup>4</sup> Krankenhausinternes Dokument „Patientenorientierter Tagesablauf-Rahmenprogramm (POT)“ (12.06.2006).

<sup>5</sup> Krankenhausinterne Dokumente „Entflechtung der Tätigkeiten von Ärzten und Pflegenden, Beschreibung des Kernprozesses auf Station 6, differenzierte Aufgabenverteilung nach Qualifikation in der Pflege, Identifizierte Problemfelder (15.07.2005) sowie „Grundkonzept der Zusammenarbeit zwischen Arztdienst und Pflegedienst: Prozessmanagement auf den Stationen“ (ohne Datum).

<sup>6</sup> Krankenhausinterne Dokumente „Aufnahme-Standard ZPA (April 2007)“ sowie „Aufnahme-Standard ZPA Verfahrensweisung (11.04.2007)“.

<sup>7</sup> Krankenhausinternes Dokument „Tagesablauf Innere Abteilung (24.04.2006)“.

<sup>8</sup> Dahlgaard, K., Stratmeyer, P.: Kooperatives Prozessmanagement im Krankenhaus. Handbuch mit 8 Themenbänden. Neuwied 2005 – 2008.

Nach der Lektüre der ersten Teile der Veröffentlichung des KoPM®-Zentrums zum Thema „Kooperatives Prozessmanagement im Krankenhaus“ wurden die beiden Akteure aus dem DRK-Krankenhaus Clementinenhaus Hannover darauf aufmerksam, dass dieser Forschungs- und Transferansatz in die gleiche Richtung ging wie die eigenen Überlegungen. Zentrale Idee war in beiden Fällen die Etablierung einer prozessorientierten, patientenorientierten Neugestaltung der Kooperation zwischen Ärzten und Pflegenden.

Auf diese Weise kam eine Zusammenarbeit zustande, die sich im Laufe der Zeit zu einer kooperativen gemeinsamen Entwicklung auf der Grundlage eines im Jahr 2010 abgeschlossenen Forschungs- und Entwicklungsvertrages zwischen der Geschäftsführung des DRK-Krankenhauses Clementinenhaus Hannover und dem Präsidenten der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg entwickelte.

Die intendierte Zusammenarbeit der beiden Partner lässt sich in Kürze wie folgt charakterisieren:

- Das DRK-Krankenhaus Clementinenhaus Hannover war für die Entwicklung, Weiterführung und Umsetzung des ECO-Modells im eigenen Haus und die Schaffung der dafür notwendigen Voraussetzungen verantwortlich.
- Aufgaben des KoPM®-Zentrums der HAW Hamburg waren die wissenschaftlichen Begleitung des Projekts, die Bereitstellung zusätzlicher Informationen für die Projektarbeit sowie die formative und summative Evaluation des Projekts.

## 1.2 Kurzbeschreibung des ECO-Modells und Fragestellungen für die Evaluation

Das ECO-Modell ist ein Organisationsmodell zur Sicherstellung einer effektiven und effizienten Zusammenarbeit der Akteure aus den Bereichen Medizin und Pflege im DRK-Krankenhaus Clementinenhaus Hannover. Die Kernelemente des ECO-Modells sind in dem Förderantrag an die Robert Bosch Stiftung<sup>9</sup> benannt und lassen sich wie folgt beschreiben:

- Ein **Kernteam** aus Arzt und Pflegekraft übernimmt die individuelle Versorgung der einzelnen Patienten und steuert kooperativ den Behandlungsprozess.
- **Expertensysteme** der Medizin und der Pflege liefern aktuelle fachliche/wissenschaftliche Inputs für die Akteure und stellen eine entsprechende Fort- und Weiterbildung sicher.
- Innerhalb der Kernteams übernehmen speziell weitergebildete ECO-Pflegefachkräfte **erweiterte Aufgaben**, und zwar
  - einerseits durch eine Neuausrichtung des Pflegeprozesses und die Einführung einer fachlichen Differenzierung innerhalb des Pflorgeteams,
  - andererseits im Medizinprozess und im Management des Behandlungs- und Versorgungsprozesses.
- Die Einführung einer **prozessunterstützenden Aufbauorganisation** führt die einzelnen patientenbezogenen Versorgungsprozesse zusammen und stellt erforderliche personelle und sachliche Ressourcen zur Verfügung.

Dieser Evaluationsbericht greift wesentliche Eckpunkte der Umsetzung des ECO-Modells auf und untersucht folgende Fragestellungen:

- **Prozessunterstützende Aufbauorganisation** (Kapitel 3): Wie ist der Entwicklungsprozess einer prozessunterstützenden Strukturorganisation abgelaufen, und wie ist der gegenwärtige Stand zu beurteilen?
- **Erweiterten Aufgaben der ECO-Pflegefachkräfte** (Kapitel 4):

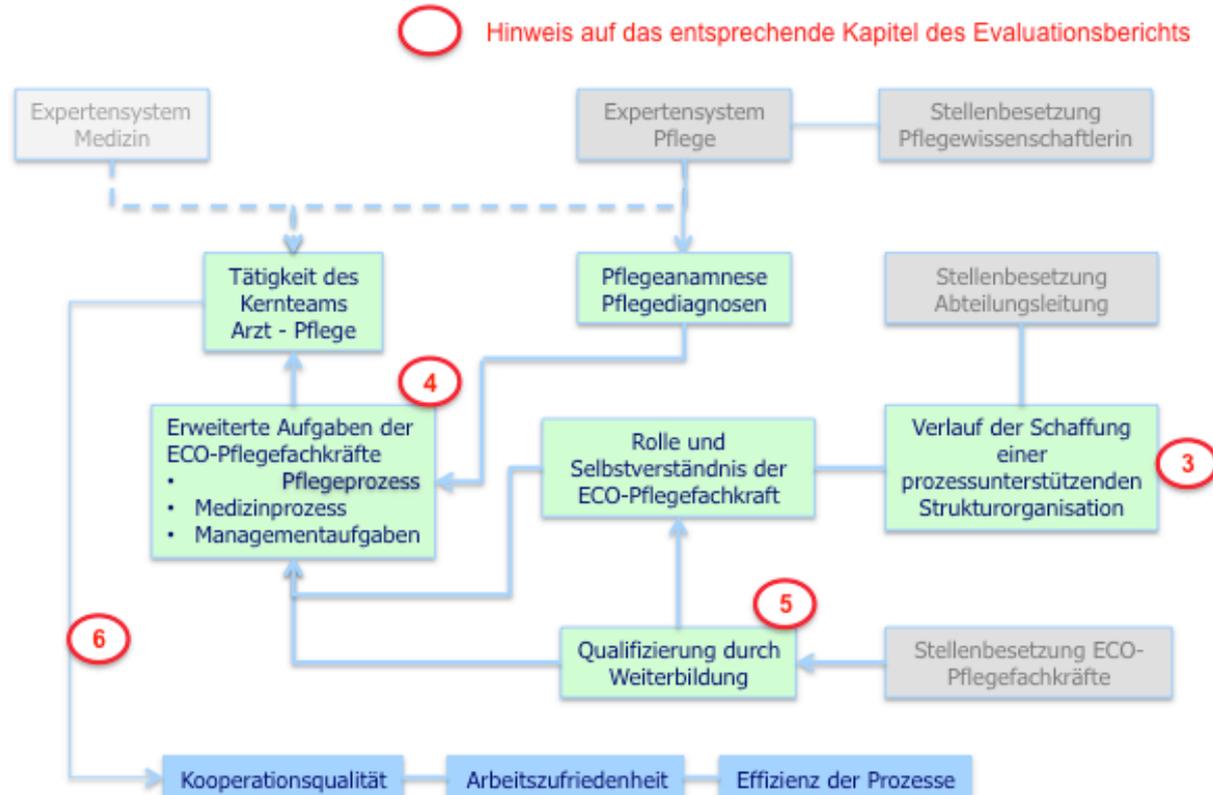
---

<sup>9</sup> Vgl. Förderantrag an die Robert Bosch Stiftung GmbH vom 18.11.2009, Seiten 2ff.

- Welche der erweiterten Aufgaben der Pflegenden im Medizinprozess und im Management des Behandlungs- und Versorgungsprozesses werden auf welche Weise von den ECO-Pflegefachkräften wahrgenommen, und welche Effekte sind nachweisbar?
- Welche Effekte der Neuausrichtung des Pflegeprozesses und der Einführung einer fachlichen Differenzierung innerhalb des Pflegeteams lassen sich bei der Umsetzung des ECO-Modells beobachten?
- **Weiterbildung** (Kapitel 5): Wie wird die im Rahmen der ECO-Modellumsetzung konzipierte Weiterbildung für die ECO-Pflegefachkräfte „Kompetenz im Patienten-Management“ von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern beurteilt?
- **Neuordnung der kooperativen Prozesse zwischen Medizin und Pflege** (Kapitel 6): Welche Auswirkungen auf die Kooperationsqualität, die Arbeitszufriedenheit und die Effizienz der Prozesse haben sich durch die neue Art und Weise der Zusammenarbeit von Ärzten und Pflegenden im Prozess der Patientenversorgung ergeben?
- **Transfer** (Kapitel 7): Welche Erfahrungen sind für die Übertragung des ECO-Modells auf andere Krankenhäuser nutzbar, und wie sind förderliche Bedingungen für einen derartigen Veränderungsprozess zu schaffen?

Die nachfolgende Abbildung 1.1 gibt einen Überblick über die wesentlichen Aktivitäten innerhalb des Projekts und die Schwerpunkte der Evaluation. Zugleich werden Hinweise auf Aspekte gegeben, die im Rahmen der Evaluation *nicht* näher untersucht wurden (grau hinterlegte Felder in der Abbildung 1.1):

**Abbildung 1.1: Projektaktivitäten und Evaluationschwerpunkte**



- Das Expertensystem Pflege ist eine Parallelkonstruktion zu dem seit längerer Zeit bestehenden „Expertensystem Medizin“, welches durch die hohe fachliche Qualifikation der jeweiligen Leitenden Ärzte (Chefärzte), ihre aktuelle Einbindung in den Stand der Wissenschaft und durch hohe Anteile in der direkten Patientenversorgung gekennzeichnet ist. Das ECO-Modell sieht vor, pflegewissenschaftliche Expertise durch die Schaffung einer Stelle „Pflegewissenschaftler/-in“ für die Gestaltung der pflegerischen Arbeitsprozesse zu etablieren. – Die Eignung dieser Konstruktion war nicht Gegenstand der Evaluation; abgesehen davon liefen die Stellenbesetzungsverfahren in ausschließlicher Verantwortung des DRK-Krankenhauses Clementinenhaus Hannover.<sup>10</sup>
- Die Beurteilung der Einführung einer prozessunterstützenden Aufbaustruktur wird nicht nur durch Konstruktion einzelner Stellen (z.B. der der Abteilungsleitung), sondern auch durch Verfahren und Ergebnis der entsprechenden Personalrekrutierungsvorgänge beeinflusst; letztere lagen ebenfalls ausschließlich in der Verantwortung des DRK-Krankenhauses Clementinenhaus Hannover und sind deshalb nicht Gegenstand der Evaluation.
- Gleiches trifft für die Auswahl der Teilnehmer/-innen für die ECO-Weiterbildung zu; hier sind zwar Aussagen über die Akzeptanz der Weiterbildung abzuleiten, aber nicht hinsichtlich der Frage, ob die *richtigen* Teilnehmer/-innen für die Weiterbildung und die nachfolgende Besetzung der Funktion einer ECO-Pflegefachkraft ausgewählt worden sind.

## 1.3 Kurzbeschreibung des ECO-Projektverlaufs<sup>11</sup>

### 1.3.1 Projektorganisation

Die Entwicklung und Umsetzung des ECO-Modells ist ein Vorhaben, das zunächst einmal alle Wesensmerkmale eines Projekts<sup>12</sup> erfüllt, wie aus der nachfolgenden Beschreibung hervorgeht:

- *Einmaligkeit der Bedingungen in ihrer Gesamtheit*: Ausgangspunkt ist die spezifische, aktuelle Situation des DRK-Krankenhauses Clementinenhaus Hannover während des Projektzeitraums, die – wie zu zeigen sein wird – eine Reihe von Besonderheiten aufwies.
- *Formulierung einer Zielvorgabe für das Vorhaben*: Die Krankenhausleitung wollte die Einführung einer prozessorientierten, patientenorientierten Organisation in Arztdienst und Pflegedienst, die positive Auswirkungen auf Mitarbeiter- und Patientenzufriedenheit hat. – Durch die ständige und unmittelbare Mitarbeit der Geschäftsführung und weiterer Mitglieder des Führungskreises (z.B. Chefärzte, Pflegedienstleitung) konnte auf die im Projektmanagement übliche Etablierung einer gesonderten Projektleitungsgruppe verzichtet werden.
- *Zeitliche Begrenzung des Vorhabens*: Die zeitliche Begrenzung ist zwar ohne konkreten Zeitpunkt, aber mit Hilfe eines Meilensteins (Abschluss der Einführungsphase) vorgenommen worden. Zu einem späteren Zeitpunkt im Projektverlauf bildete die Förderung durch die Robert Bosch-Stiftung und der Termin für die Fertigstellung des Abschlussberichts (30.9.2014) zugleich den konkreten Endzeitpunkt.
- *Begrenzungen finanzieller, personeller oder anderer Art*: Der hauptsächliche Ressourceneinsatz bestand in der nebenamtlichen Projektmitarbeit und in dem Aufwand für die Qualifizierungsmaßnahmen. – Der Ressourceneinsatz ist durch die finanzielle Unterstützung der Robert Bosch-Stiftung wesentlich erleichtert worden.

<sup>10</sup> Hinweise auf aufbauorganisatorische Aspekte der Stellenkonstruktion finden sich in Kapitel 3.

<sup>11</sup> Teile dieses Abschnitts sind bereits vorab veröffentlicht worden (Dahlgaard, K., Stratmeyer, P.: Prozessorientierung im Krankenhaus. In: Hellmann, W., Beivers, A., Radtke, C. & Wichelhaus, W (Hrsg.): Krankenhausmanagement für Leitende Ärzte. 2., völlig neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Heidelberg 2014, S. 121-149.

<sup>12</sup> Grundlage für die nachfolgenden definitorischen Ausführungen ist die DIN 69901.

- *Abgrenzbarkeit gegenüber anderen Vorhaben:* Dieses Merkmal der Projektorganisation war als einziges nicht vollständig erfüllt, waren doch die Veränderungen der Arbeits- und Kooperationsformen vor dem Hintergrund bestehender „alter“ Arbeitsstrukturen und -prozesse ständiges Thema der Projektarbeit. Diese Parallelität von Projektarbeit und Tagesgeschäft erschwert teilweise eine analytische Trennung. – Einige andere Projekte des Hauses (z.B. die EFQM-Zertifizierung) liefen zeitlich parallel und waren inhaltlich gut abgrenzbar, anders als das umfangreiche bauliche Restrukturierungsprogramm des Krankenhauses.
- *Projektspezifische Organisation:* Als zentrales Gremium der Projektbearbeitung ist die „ECO-Projektgruppe“ eingerichtet worden. Sie besteht aus folgenden Mitgliedern/Gruppen:
  - der Geschäftsführung,
  - zwei Chefarzten,
  - dem Leiter Innovations- und Prozessmanagement,
  - der Pflegedienstleitung,
  - der Leitung Qualitätsmanagement,
  - einer Vertreterin der Krankenpflegeschule,
  - einer Mitarbeiterin der Pflegedienstleitung,<sup>13</sup>
  - ein bis zwei Teilnehmer/-innen der vom DRK-Krankenhaus Clementinenhaus Hannover in Zusammenarbeit mit der HAW Hamburg durchgeführten spezifischen Weiterbildung,
  - ggf. weiteren Fachexperten und externen Teilnehmerinnen/Teilnehmern sowie
  - einem Professor als Vertreter des Forschungs- und Transferzentrums „Kooperatives Prozessmanagement im Krankenhaus“ der HAW Hamburg.

Der Leiter Innovations- und Prozessmanagement übernahm jeweils die Einladungen und die Sitzungsleitung; der Vertreter der HAW Hamburg die Protokollführung.

### 1.3.2 Charakterisierung der Arbeitsweise der Projektgruppe

Die ECO-Projektgruppe hat ihre erste Sitzung am 10.12.2007 und ihre letzte Sitzung am 24.9.2014 durchgeführt. Versucht man die Arbeitsweise über diesen Zeitraum von sieben Jahren generalisierend zu beschreiben, standen die folgenden Aufgaben im Vordergrund:

- Diskussion und Bewertung vorhandener und entwickelter (Teil-)Konzepte,
- Diskussion eingetretener Entwicklungen im Hinblick auf die Situation des Krankenhauses und der Rahmenbedingungen für eine Umsetzung des ECO-Modells,
- Formulierung von Arbeitsaufträgen für Einzelpersonen oder Gremien in Bezug auf die ECO-Modellentwicklung und -umsetzung,
- Vorbereitung von Entscheidungen der Geschäftsführung und des Führungskreises in Bezug auf das ECO-Modell,
- Treffen von Vereinbarungen über die nächsten Schritte.

Die folgende Tabelle 1.1 soll einen Eindruck über die Kernthemen der Projektgruppenarbeit vermitteln. Die Kernthemen sind aus der Inhaltsanalyse der vorliegenden Protokolle gewonnen.

#### Tabelle 1.1: Kernthemen der ECO-Projektgruppensitzungen

---

<sup>13</sup> Diese übernahm im späteren Verlauf des Projekts die Stelle der Pflegewissenschaftlerin.

Datum	Kernthemen der jeweiligen ECO-Projektgruppensitzungen
10.12.2007	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verabredung der Zusammenarbeit und Festlegung der nächsten Projektsitzungsthemen</li> </ul>
21.01.2008	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Konsens herstellen über Grundprinzipien/Übereinstimmungen von KoPM®-Konzept und ECO-Modell</li> <li>• Offene Posten-Liste von Fragestellungen, Vorbereitung Seminar Reinsehen 2008</li> </ul>
12.2.2008	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erstes Schaubild: Neues Organigramm</li> </ul>
01.04.2008	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diskussion eines HAW-Papiers zum Aufgabenprofil einer Primary Nurse</li> </ul>
06.05.2008	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortsetzung der Diskussion des HAW-Papiers</li> </ul>
10.06.2008	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erste Diskussion über das Qualifizierungsprogramm</li> </ul>
26.08.2008	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Festlegung von Grundsätzen für das Qualifizierungsprogramm</li> </ul>
03.11.2008	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stellenbezeichnung, Aufgabenprofil und Kompetenzen der Stelle „Pflegerwissenschaftlerin“</li> </ul>
02.12.2008	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Konkrete Vorbereitung des Qualifizierungsprogramms</li> </ul>
27.01.2009	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diskussion um Beantragung bei der Robert Bosch-Stiftung</li> <li>• Aufgabenprofil der Stelle „Abteilungsleitung“</li> </ul>
10.02.2009	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Weisungsbefugnis und Anforderungsprofil der Stelle „Abteilungsleitung“</li> <li>• Erste Diskussion über den Projektnamen</li> </ul>
17.03.2009	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anforderungsprofil Abteilungsleitung</li> <li>• Umsetzung des Qualifizierungsprogramms</li> </ul>
23.06.2009	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bericht vom Qualifizierungsprogramm</li> </ul>
15.09.2009	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vorbereitung der Durchführung der KoPM®-Erhebungen zur Kooperationsqualität</li> <li>• Diskussion des Moduls „Mitarbeit im Medizinprozess“ des Qualifizierungsprogramms</li> </ul>
30.11.2009	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluationsaktivitäten im Rahmen der Antragstellung bei der Robert-Bosch-Stiftung</li> <li>• Einsetzen einer Projektgruppe „Pflegeprozess“</li> <li>• Einsetzen einer Projektgruppe „Implementierung“</li> </ul>
15.02.2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bericht über das Qualifizierungsprogramm</li> </ul>
17.05.2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Projektgruppe „Implementierung“ schlägt Umsetzung des ECO-Modells in Teilbereichen vor</li> <li>• Abteilungsleitungsstellen: Vorschläge für die Zahl der zu besetzenden Stellen und ein Auswahlverfahren (Assessment Center)</li> </ul>
09.08.2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abteilungsleitungsstellen: Entscheidung des Führungskreises über Stellenanzahl und Besetzungsverfahren; weitere Vorgehensweise</li> <li>• -Projektgruppe „Implementierung“: Start der Umsetzung im September 2010</li> </ul>
11.11.2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bericht aus der Projektgruppe „Implementierung“ über die ersten modellhaften Umsetzungsschritte</li> </ul>
21.02.2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bericht aus der Projektgruppe „Implementierung“ über die ersten modellhaften Umsetzungsschritte</li> </ul>
16.05.2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bericht aus der Projektgruppe „Implementierung“ über die ersten modellhaften Umsetzungsschritte</li> </ul>
28.11.2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ersatz der Projektgruppe „Implementierung“ durch ein Begleitungskonzept und eine Arbeitsgruppe „Prozessmanagement“</li> <li>• Erste Hinweise zur Reaktion des ärztlichen Bereichs auf das ECO-Modell</li> <li>• Einrichtung der Geriatrie als Modellbereich für die Umsetzung des ECO-Modells</li> </ul>
28.02.2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erstmalige Diskussion über eine Trennung der ECO-Funktion und der Qualifizierung für die Wahrnehmung dieser Funktion</li> <li>• Erstmalige Diskussion über zwei idealtypische Ausprägungen der ECO-Funktion</li> </ul>
22.05.2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modellhafte Formulierung einer Trennung von Funktion und Qualifikation sowie unterschiedlicher Ausprägungen der ECO-Funktion</li> </ul>
04.09.2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erste Hinweise zum Zeitbedarf für die Pflegeanamnese</li> </ul>

Datum	Kernthemen der jeweiligen ECO-Projektgruppensitzungen
27.11.2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausblick auf die zukünftige Organisationsform des Qualifizierungsprogramms</li> <li>• Festlegung der Nomenklatur für die Abteilungsleitungsstellen: „Abteilungsleitung der Ebene X“</li> <li>• Vorstellung des Evaluationskonzepts</li> </ul>
19.02.2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausblick auf Arbeitsformen und Kooperationsmöglichkeiten der ECO-Pflegefachkräfte</li> <li>• Konkreter Organisationsvorschlag für ein verändertes Qualifizierungsprogramm ab Herbst 2013</li> </ul>
29.05.2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kurzbericht über erste Erfahrungen mit der Konzeptumsetzung</li> <li>• Verabredungen über Zeiträume für Evaluationsaktivitäten</li> </ul>
03.09.2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stand des Teilprojekts Pflegeanamnese und Pflegediagnose</li> <li>• Vorstellung der geplanten Evaluationsaktivitäten</li> </ul>
03.12.2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vorstellung der Ergebnisse der teilnehmenden Beobachtung der ECO-Pflegefachkräfte</li> </ul>
04.03.2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tätigkeitsprofil der ECO-Pflegefachkräfte: Ergebnisse der Selbstaufschreibung</li> <li>• Evaluationsansätze für Pflegediagnosen</li> </ul>
18.06.2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vorstellung der Ergebnisse von Teilnehmender Beobachtung und vertiefenden Interviews</li> <li>• Ausblick auf den Abschluss-Workshop mit der Führungsgruppe</li> </ul>
10.09.2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resümee der Projektbearbeitung</li> <li>• Formeller Abschluss des Projekts</li> </ul>

Zu den Aufgaben der ECO-Projektgruppe gehörte die Formulierung von Arbeitsaufträgen in Bezug auf die ECO-Modellentwicklung und -umsetzung. Dies hat im Rahmen des Projekts zu konkreten Aufgabenstellungen für andere (Teil-)Projektgruppen geführt. Die nachfolgende Tabelle 1.2 soll einen Gesamtüberblick über diese weiteren Aufgaben geben.

**Tabelle 1.2: Übersicht über die weiteren an der Entwicklung und Umsetzung des ECO-Modells beteiligten Projektgruppen**

Name der Projektgruppe Zeitraum; Zahl und Art der Dokumente	Hauptaufgaben <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bearbeitete Themen</li> <li>• Arbeitsergebnisse</li> </ul>
<b>Abteilungsleitung</b> 06/2011 – 11/2012 5 Protokolle	<b>Klärung des Begriffs „Abteilung“ und Erarbeitung eines Funktionsprofils für die Abteilungsleitung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abstimmung des Funktionsprofils mit den anderen Funktionsprofilen</li> <li>• Vorbereitung der Stellenbesetzungen</li> <li>• Klärung der Beziehung der Abteilungsleitungen zu den ECO-Pflegefachkräften</li> </ul>
<b>Prozessmanagement</b> 08/2011 – 01/2013 18 Protokolle 1 Formular Prozesskennzahlen	<b>Kritische Analyse der Tagesablaufgestaltung auf den neu geschaffenen Ebenen des Krankenhausbaus</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Strukturierung der Kernprozesse</li> <li>• Festlegung von Grundsätzen der Dienstplangestaltung</li> <li>• Klärung der Beziehung zwischen den Funktionsprofilen</li> <li>• Vorarbeiten für die Ermittlung von Prozesskennzahlen</li> </ul>

<b>Name der Projektgruppe</b> Zeitraum; Zahl und Art der Dokumente	<b>Hauptaufgaben</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bearbeitete Themen</li> <li>• Arbeitsergebnisse</li> </ul>
<b>Prozessorganisation</b> (Weiterführung der Arbeit der Projektgruppe „Abteilungsleitung“) 11/2012 – 08/2013 10 Protokolle	<b>Koordination des laufenden Geschäfts im Krankenhaus</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Organigramm und Fragen der Aufbaustruktur/der Stellenzuordnungen</li> <li>• Grundsätze der Personaldisposition</li> <li>• Stellenbesetzungen/Schülerübernahme</li> <li>• Abteilungsstruktur</li> <li>• Verbesserung der Kliniksteuerung</li> <li>• OP-Prozesse</li> <li>• Belegungssteuerung</li> <li>• Aufgaben und Einsatz der ECO-Pflegefachkräfte</li> <li>• ECO-Weiterbildung</li> </ul>
<b>Implementierung</b> 01/2010 – 02/2011 10 Protokolle 1 Einsatzplan für die Erprobungsphase	<b>Austausch und Unterstützung der ECO-Pflegefachkräfte bei der Übernahme der neuen Funktion in der Erprobungsphase</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personaleinsatz, Arbeitszeiten und Dienstplangestaltung</li> <li>• Klärung von Bedingungen für die Übernahme der Funktion</li> <li>• Strategien zur schrittweisen Umsetzung des ECO-Modells</li> <li>• Erfahrungsaustausch unter den ECO-Pflegefachkräften</li> <li>• Absprache von Hospitationen</li> <li>• Vorschläge für die weitere Begleitung der Arbeit</li> </ul>
<b>Pflegeanamnese und Pflegediagnosen</b> 04/2010 – 03/2014 9 Protokolle HAW-Arbeitspapiere: <ul style="list-style-type: none"> <li>• „Diagnoseorientiertes Pflegeassessment in Orientierung an dem KoPM®-Modell“</li> <li>• Zusammenfassung Auswertung Pflegedokumentation</li> </ul>	<b>Erarbeitung von konzeptionellen Grundlagen für eine fachliche Vertiefung der pflegerischen Aufgaben</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grundfragen des diagnostischen Prozesses in der Pflege</li> <li>• Entwicklung eines Anamnesebogens</li> <li>• Entwicklung eines Diagnostik-Tools</li> <li>• Umsetzung in eine EDV-Lösung</li> </ul>

## 2 Forschungsdesign/Methodenüberblick

### 2.1 Standortbestimmung der Versorgungsforschung

Das Forschungsprojekt lässt sich in seiner Hauptausrichtung der Versorgungsforschung zurechnen. Versorgungsforschung kann nach *Pfaff* definiert werden „[...] als ein fachübergreifendes Forschungsgebiet, das die Kranken- und Gesundheitsversorgung und ihre Rahmenbedingungen beschreibt und kausal erklärt, zur Entwicklung wissenschaftlich fundierter Versorgungskonzepte beiträgt, die Umsetzung neuer Versorgungskonzepte begleitend erforscht und die Wirksamkeit von Versorgungsstrukturen und -prozessen unter Alltagsbedingungen evaluiert.“<sup>14</sup> Dabei bezieht sich Versorgungsforschung als Teil der Gesundheitssystemforschung auf die Mikroebene des Gesundheitssystems und somit auf die Ebene, auf der konkret Leistungen der Gesundheitsversorgung an und mit den zu versorgenden Menschen erbracht werden.<sup>15</sup> *Pfaff* bezeichnet dies als die „letzte Meile“ des Gesundheitssystems. Weiterhin betrachtet er der Systemtheorie folgend das Versorgungssystem als „Black Box“, die Input von außen aufnimmt, diesen intern verarbeitet (Throughput) und den so veränderten Input als Output wieder an die Umwelt abgibt. Dabei unterscheidet er zwischen den tatsächlich erbrachten Versorgungsleistungen als Output (z.B. Diagnoseleistung) und den Wirkungen der Versorgung als Outcome (z.B. Gewinn/Verlust an Lebensqualität). Davon ausgehend unterscheidet er zwei unterschiedliche Perspektiven:

- die Black-Box-Perspektive, deren Ziel die Erfassung des Verhältnisses von Input und Output ist und nach der die in der Black Box ablaufenden Vorgänge als gegeben vorausgesetzt werden, und
- die Throughput-Perspektive, deren Ziel eine möglichst umfassende Analyse der in der Black Box ablaufenden Vorgänge ist. Hierzu zählt *Pfaff* Versorgungsstrukturen, -prozesse (z.B. Abläufe und Leistungserstellungsprozesse) und -technologien.

Entsprechend nennt er Organisationsforschung als eine Teildisziplin der Versorgungsforschung, die sich mit der Throughput-Analyse auseinandersetzt.

Auch *Bormann* wirft rekurrend auf *Badura* als eine der Hauptfragen der Versorgungsforschung die Frage nach dem konkreten Ablauf einzelner Versorgungsprozesse und den darin stattfindenden, von Ausstattung, Qualifikation, Erfahrung und Information der Beteiligten abhängigen Entscheidungsprozessen auf.<sup>16</sup> Weiter benennt sie die Organisation, Gestaltung und Entwicklung des Versorgungssystems sowie von innovativen Versorgungsansätzen als eines der Themenfelder der Versorgungsforschung. Dabei kommen Methoden der Evaluationsforschung, Implementationsforschung, Organisations- und Systemforschung zum Einsatz.

In Zeiten epidemiologischen Wandels sieht sich die Forschung über gesundheitsbezogene Organisationen einer zunehmenden doppelten Komplexität gegenüber. Erstens sind die Versorgungsanforderungen immer weniger auf Reparatur körperlicher Defekte begrenzt, sondern durchdringen viel stärker gesamte Lebensbereiche der Betroffenen und ihrer Bezugssysteme,

<sup>14</sup> Pfaff, H.: Versorgungsforschung – Begriffsbestimmung, Gegenstand und Aufgaben. In: Pfaff, H., Schrappe, M., Lauterbach, K.W., Engemann, U., Halber, M. (Hrsg.): Gesundheitsversorgung und Disease Management. Grundlagen und Anwendung der Versorgungsforschung. Bern 2003, S. 13-23, hier S. 13.

<sup>15</sup> Schwartz, F.W., Busse, R.: Denken in Zusammenhängen: Gesundheitssystemforschung. In: Schwartz, F.W., Badura, B., Busse, R., Leidl, R., Raspe, H., Siegrist, J., Walter, U., Abelin, T. (Hrsg.): Das Public Health Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen. Gesundheit fördern - Krankheit verhindern. München 2002, S. 518 – 545.

<sup>16</sup> Bormann, C.: Theoretische Aspekte und Ansatzpunkte der Versorgungsforschung. In: Janssen, C., Borgetto, B., Heller, G. (Hrsg.): Medizinsoziologische Versorgungsforschung. Theoretische Ansätze, Methoden, Instrumente und empirische Befunde. Weinheim 2007, S. 13-24.

worauf herkömmliche Versorgungssysteme viel zu wenig rekurren.<sup>17</sup> Gesundheitsbezogene Interventionen schließen mithin eine Neudefinition etablierter professioneller Rollen und berufsübergreifender Kooperationsbeziehungen ein. Darüber hinaus gilt es, den Blick über die Institutionengrenzen auf Institutionen, Berufsgruppen, Sozialsysteme vernetzende und informelle Hilfesysteme integrierende „ganzheitliche“ Versorgungsarrangements zu richten.

Die zweite Komplexität ergibt sich aus der evolutionär zugenommenen Ausdifferenzierung von Gesundheitseinrichtungen, die insbesondere in den Krankenhäuser zu einem raschen Anwachsen der Prozessvariabilität und der Zahl der Strukturkomponenten geführt hat.<sup>18</sup> Vielfältige Schnittstellen innerhalb und zwischen den Berufsgruppen sowie die strukturellen Kopplungen der beruflichen Akteure und Klienten an technische Systeme stellen immer höhere Anforderungen an die Systemintegration. Das alles geschieht bei gleichzeitiger Zunahme von Restriktionen und Normierungen im Umfeld (z.B. Finanzierung; Qualitätssicherung).

## 2.2 Ausrichtung der Organisationsforschung

Organisationsforschung wendet sich einerseits dieser oben beschriebenen „Throughput-Analyse“ zu, um im Sinne einer „Organisationsdiagnose“<sup>19</sup> ein Verständnis über die organisationsinternen Mechanismen und Wirkungsweisen dieses Transformationsprozesses zu erlangen. Andererseits sollen Erkenntnisse gewonnen werden, wie organisatorische Arrangements zu gestalten sind, die - wie im Fall der Anwendung auf den Gesundheitsbereich - einen Gesundheitsnutzen für die Klienten erwarten lassen.

Organisationsforschung lässt sich im Kern auf zwei Grundorientierungen zurückführen, die sich in der methodologischen Debatte der Paradigmen der quantitativen und qualitativen Forschung spiegeln:<sup>20</sup>

- Gemeinsamkeit besteht in der Frage, was eine Organisation ausmacht: Zwecke und Ziele, Hierarchien und formelle Mitgliedschaften. Theorien folgen z.T. der Vorstellung des klassischen naturwissenschaftlichen Kausalitätsprinzips, also der Vorstellung einer im Grunde beherrschbaren Organisation aufgrund der Annahme eines linearen Zusammenhangs zwischen Ursache und Wirkung. Der entsprechende Interventionsansatz korrespondiert plausibel mit einem quantitativ ausgerichteten Methodeninventar, in dem zählende und messende Verfahren zur Anwendung kommen. Durch das Scheitern vieler eher technokratisch ausgerichteter Interventionsprojekte setzt sich allerdings zunehmend die Erkenntnis durch, dass zweckrationale Theorien zu kurz greifen. Das bezieht sich in komplexen Organisationen sowohl auf die Analyse als auch auf das Verständnis für Interventionen.<sup>21</sup>
- „Unkontrollierbare Interessenkonstellationen im Interventionsprozess, unbeeinflussbare Randbedingungen oder auch nur der strategische und instrumentelle Umgang mit dem

<sup>17</sup> Schaeffer, D.: Chronische Krankheit und Multimorbidität im Alter - Versorgungserfordernisse diskutiert auf der Basis eines Pflegeverlaufs. *Pflege & Gesellschaft*. 14. Jg. 2009, Heft 4 S. 306 – 324.

<sup>18</sup> Stratmeyer, P.: Das patientenorientierte Krankenhaus. Eine Einführung in das System Krankenhaus und die Perspektiven für die Kooperation zwischen Pflege und Medizin. Weinheim 2002, S. 63 ff.; Dahlgard, K., Stratmeyer, P.: Perspektiven der Überwindung organisationsbezogener Belastungen von Pflegenden im Krankenhaus. In: Hoefert H.W. (Hrsg.): *Selbstmanagement in Gesundheitsberufen*. Bern 2006, S. 125 – 154.

<sup>19</sup> Strodtholz, P., Kühl, S.: Qualitative Methoden der Organisationsforschung - ein Überblick. In: Strodtholz, P., Kühl, S. (Hrsg.): *Methoden der Organisationsforschung. Ein Handbuch*. Hamburg 2002, S. 11 – 32, hier S. 19.

<sup>20</sup> Ebd.: In: Kühl, S., Strodtholz, P., Taffershofer, A. (Hrsg.): *Quantitative Methoden der Organisationsforschung*. Wiesbaden 2005.

<sup>21</sup> Strodtholz, P., Kühl, S.: Qualitative Methoden der Organisationsforschung - ein Überblick. In: Strodtholz, P., Kühl, S. (Hrsg.): *Methoden der Organisationsforschung. Ein Handbuch*. Hamburg 2002, S. 23.

Expertenwissen in der Organisation hatte eine Krise des einfachen, ingenieurwissenschaftlich geprägten Transfermodells ausgelöst und spätestens ab Mitte der 1980er Jahre einen Rückzug auf Fragen des wissenschaftlichen Ertrags und Erkenntnisgewinns empirischer Forschungsprojekte eingeleitet.“<sup>22</sup> Dies war die Zeit der Hinwendung zu stärker systemtheoretisch inspirierten, handlungs- oder interaktionstheoretisch fundierten Konzepten, die insgesamt zu einer Aufwertung des „subjektiven Faktors“ in der Organisationsforschung geführt haben. Vermeintlich „objektiv“ richtige wissenschaftliche Erkenntnisse wurden somit nicht mehr mit Rezeptionsanspruch und Heilserwartung an eine vermeintlich unaufgeklärte Praxis gesendet. Vielmehr stehen sich Forscher und handelnde Subjekte auf Augenhöhe gegenüber. Beide sind Experten und Lernende gleichermaßen. *Heiner* geht davon, dass die „Kooperation von Praxis und Forschung ... vielleicht am ehesten eine wechselseitige Korrektur der blinden Flecke (garantiert).“<sup>23</sup> In der sinn- und erkenntnistiftenden Begegnung wird der Schlüssel zum Verstehen des organisationalen Geschehens und möglicher Veränderungsprozesse gesehen, das sich hinter den „Kulissen“ der Organisation konstituiert und das Akteurshandeln überformt. „Der Gegenstand dieser ‚verstehenden‘ Forschung sind Prozesse der sozialen Interaktion und des sozialen Handelns“.<sup>24</sup>

### 2.3 Anforderungen an das Methodeninventar

Dass mit der Aufwertung des ‚sozialen Faktors‘ in der Organisationsforschung eine Hinwendung zu Methoden qualitativer Sozialforschung verbunden wurde, ist naheliegend. Statt messender, zählender, mithin statistischer Verfahren, nehmen qualitative Methoden wie beispielsweise Experteninterview, Gruppendiskussion, Delphi-Methode und Teilnehmende Beobachtung einen zentralen Platz ein.

Gerade der unmittelbare Einbezug der handelnden Akteure in einen erkenntnistiftenden Dialog lässt gleichzeitig die Grenze zwischen Diagnose und Intervention verschwimmen. So werden am Ende einer Gruppendiskussion die Teilnehmer/-innen andere sein als zu Beginn. Weder wartet eine Organisation mit Veränderungsprozessen, bis die Forscher im Feld erscheinen und Interventionen empfehlen, noch kann (und soll) verhindert werden, dass sich Erkenntnisse z.B. innerhalb einer Gruppendiskussion unmittelbar in Akteurshandeln zur Verbesserung des Outcomes transformieren.<sup>25</sup> Derzeit fällt es noch vielen Forschern und Praktikern schwer, die Forschungsaktivitäten im Feld nicht als Störung für einen Erkenntnisprozess zu begreifen, sondern als Bedingung eines (auch) durch Forschung angeregten Entwicklungs- und Veränderungsprozesses.

Diese Form der sich in die Praxis involvierenden Forschung ist schwerlich mit dem Bild eines neutralen und distanzierten Beobachters vereinbar. Indes verschwimmt allerdings nicht nur die Grenze zwischen Analyse und Intervention, sondern auch die zwischen Forschung und Organisationsberatung. „Forschung und Beratung fallen schließlich dort in eins, wo Konzept- und Methodenentwicklung im dialogischen Vorgehen den Bedürfnissen der betroffenen Mitarbeiter

---

<sup>22</sup> Ebd.

<sup>23</sup> Heiner, M.: Lernende Organisation und Experimentierende Evaluation. Verheißungen Lernender Organisationen. In: Heiner, M.: Experimentierende Evaluation. Ansätze zur Entwicklung lernender Organisationen. Weinheim, München 1998, S. 30.

<sup>24</sup> Strodtholz, P., Kühl, S., Taffershofer, A.: In: Kühl, S., Strodtholz, P., Taffershofer, A. (Hrsg.): Quantitative Methoden der Organisationsforschung. Wiesbaden 2005, S. 20.

<sup>25</sup> Patton, M. Q.: Die Entdeckung des Prozessnutzens. Erwünschtes und unerwünschtes Lernen durch Evaluation. In: Heiner, M. Experimentierende Evaluation. Ansätze zur Entwicklung lernender Organisationen. Weinheim, München 1998, S. 55 – 66, hier S. 61.

angepasst werden und verschiedene Rückkopplungsschleifen im Forschungsprozess (z.B. in Form von Gruppendiskussionen) einen gemeinsamen Lernprozess von Forschern und Organisationsmitgliedern ermöglichen.“<sup>26</sup>

Die für traditionelle Forschung postulierte Rollenteilung zwischen Intervention und Forschung wird in der systemischen Organisationsforschung weder angestrebt noch für sinnvoll erachtet. Die subjektiven Deutungsmuster der Forscher gelten dabei nicht als Quelle von Störungen für einen objektiven Erkenntnisprozess, sondern vielmehr als unverzichtbarer Bestandteil eines selbstreflexiven Forschungs- und Veränderungsprozesses. Diese Deutungen hält der Forscher nicht für seinen Bericht zurück, sondern speist sie fortwährend in den Veränderungsprozess in Form von Beobachtungen und hypothetischen Annahmen über wahrgenommene Handlungsmuster ein. Für die Praxisbeteiligten ermöglicht das die Chance eines höheren Grades an Reflexivität. Neben generalisierbaren Erkenntnissen über die Funktionsweise von Organisationen und deren Veränderungsprozesse dienen entsprechende Forschungsmethoden somit insbesondere dazu, für die Praktiker nützliche Wandlungen und Veränderungschancen aufzuzeigen.

Forschungsmethoden als Instrumente zu verstehen, die Veränderungsbedarfe anzeigen und als Seismografen für Veränderungsrichtungen und Korrekturen eingeschlagener Wege dienen, erfordert grundsätzlich einen flexiblen und kreativen Umgang mit diesen Methoden. So wird es nur begrenzt möglich sein, das Methodeninventar bereits zu Beginn der Forschung eindeutig festzulegen; noch begrenzter sind die Möglichkeiten der Standardisierung im Vorwege.<sup>27</sup>

Wenn Forschung zudem einen Beitrag zur Erhöhung der Reflexivität der Praxis darstellen soll, so ist damit zugleich eine Forderung nach Vielfalt des Methodeneinsatzes verbunden. Dabei geht es nicht um eine unproduktive Frontstellung zwischen qualitativen oder quantitativen Methoden, sondern um einen sinnvollen Methoden-Mix. Mit einer Methodentriangulation „erhofft man sich durch die Anwendung mehrerer methodischer Bezugspunkte Erklärungskraft und Realitätsbezug wissenschaftlicher Forschungen zu erhöhen“.<sup>28</sup>

In diesem Verständnis haben Methoden der Beratungspraxis, wie sie zum Beispiel in der systemischen Beratung eingesetzt werden, einen erkenntnistiftenden Wert, weil sie „das Wahrnehmungsspektrum der Organisation erweitern“.<sup>29</sup> Die Tool-box systemischer Intervention bietet ein reichhaltiges Repertoire für die unterschiedlichen Anlässe in den einzelnen Phasen des Veränderungsprozesses.<sup>30</sup>

Daneben kommen selbstverständlich quantitative Methoden zum Einsatz, die geeignet sind, die Informationsbasis für Entscheidungen zu verbessern. Sie liefern zudem wichtige Kennzahlen zur Beurteilung der Wirksamkeit und des Erfolgs von Interventionen. Dieses ist nicht nur für die Übertragung der Ergebnisse von Forschungs- und Gestaltungsprojekten - die ja zumeist Pilot- und Modellcharakter tragen - auf andere Unternehmensbereiche oder Betriebe erforderlich, sondern hat auch für die Abwägung von Aufwand und Nutzen des Veränderungsprozesses eine große Bedeutung.

---

<sup>26</sup> Strodtholz, P., Kühl, S.: Qualitative Methoden der Organisationsforschung - ein Überblick. In: Strodtholz, P., Kühl, S. (Hrsg.): Methoden der Organisationsforschung. Ein Handbuch. Hamburg 2002, S. 16.

<sup>27</sup> Vgl. Strodtholz/Kühl, Qualitative Methoden der Organisationsforschung, a.a.O., S. 17.

<sup>28</sup> Vgl. Strodtholz/Kühl, Qualitative Methoden der Organisationsforschung, a.a.O., S. 25.

<sup>29</sup> Ebd.

<sup>30</sup> Königswieser, R., Exner, A.: Systemische Intervention. Architektur und Design für Berater und Veränderungsmanager. Stuttgart 2002.

## 2.4 Evaluationsforschung

Diese Grundlegung eines organisationsbezogenen Forschungsansatzes findet eine Entsprechung im Spektrum der Evaluationsforschung, die eine systematische Anwendung empirischer Forschungsmethoden zur Bewertung des Konzepts, des Untersuchungsplanes, der Implementierung und der Wirksamkeit sozialer Interventionsprogramme beinhaltet.<sup>31</sup>

Dabei kommt der summativen Evaluation die Aufgabe zu, zusammenfassend die Wirksamkeit (Outcome) einer vorgegebenen Intervention zu beurteilen, während die formative Evaluation regelmäßig Zwischenergebnisse erstellt mit dem Ziel, die laufenden Interventionen zu modifizieren oder zu verbessern.<sup>32</sup> Dementsprechend kommen in der summativen Evaluation vor allem quantitative Forschungsmethoden zum Einsatz. Die formative Evaluation weist hingegen eine größere Nähe zu qualitativen Methoden auf. Im Unterschied - vielleicht besser in Ergänzung - zur Organisationsforschung ist Evaluationsforschung darauf ausgerichtet, den Nutzen einer Intervention zu bewerten. „Die Evaluation weist einer Intervention einen bestimmten Wert zu, indem sie relevante, zuverlässige und valide Daten systematisch ermittelt sowie Vergleiche durchführt mit dem Ziel, informierte Entscheidungen zu treffen oder Kausalzusammenhänge oder allgemeine Prinzipien zu verstehen“.<sup>33</sup>

## 2.5 Zusammenfassung: Der KoPM®-Forschungsansatz

Forschung im Bezugsrahmen des Modellansatzes „Kooperatives Prozessmanagement im Gesundheitswesen“ versucht die Bereiche der Versorgungs-, Organisations- und Evaluationsforschung aufeinander zu beziehen. Sie will einerseits Bedingungen für eine Verbesserung gesundheitlicher Versorgung analysieren, andererseits aber auch den Veränderungsprozess forschend beeinflussen und begleiten. Sie trägt also einer doppelten Komplexität Rechnung:

- Sie entwickelt Konzepte im Bereich nützlicher Versorgungsarrangements insbesondere für chronisch und multimorbid Kranke sowie pflegeabhängige Menschen.
- Sie hält für die konkrete Umsetzung konzeptionelle und qualifikatorische Lösungen bereit. Praktikable Organisationsmodelle werden im Transformationsprozess unter Alltagsbedingungen der betrieblichen Versorgung im engen Dialog mit den Akteuren im Rahmen von Projekten entwickelt.

Das Vorgehen ist dabei flexibel auf die in den Organisationen vorhandenen Bedingungen ausgerichtet. Es lassen sich dabei zwei Strategien unterscheiden:

- Projekte geringer Reichweite zielen auf die Optimierung von einzelnen Leistungsprozessen wie beispielsweise den Aufnahme- oder Entlassungsprozess von Patienten im Krankenhaus ab.
- Projekte größerer Reichweite nehmen indes die gesamte Organisation in den Fokus. Hier geht es um weitreichende Change-Management-Vorhaben, die die Arbeitsteilung und Aufgabenzuschnitte der Berufsgruppen bis in die Leitungsstrukturen grundlegend neu konfigurieren und die dafür erforderlichen qualifikatorischen Voraussetzungen schaffen. Das nachfolgende beschriebene ECO-Projekt entspricht genau diesem Ansatz.

<sup>31</sup> Bortz, J., Döring, N.: Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaftler. Berlin 1995.

<sup>32</sup> Bortz, J., Döring, N.: Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaftler. Berlin 1995, S. 107.

<sup>33</sup> Øvretveit, J., Evaluation gesundheitsbezogener Interventionen. Bern 2002, S. 25.

Mit dem im weiteren beschriebenen Forschungs- und Entwicklungsprojekt stellte sich das Forschungsteam den Herausforderungen,

- fortlaufend Ergebnisse zeitnah aufzubereiten, um sie für den Veränderungsprozess nutzbar zu machen;
- dabei eine konstruktive Balance herzustellen zwischen neutralem Beobachten von Veränderungsprozessen einerseits und Impulsgeben für Interventionen im laufenden Prozess andererseits sowie
- letztendlich intersubjektiv nachvollziehbare, in Ansätzen generalisierbare Erkenntnisse über Bedingungen, Wirkzusammenhänge und Effekte des Organisationsvorhabens zu erzielen.

Im Einzelnen sollen in dem im Nachfolgenden näher beschriebenen Forschungsprojekt Antworten auf folgende Fragen gesucht werden:

- Welche professionellen Beiträge der beteiligten Berufsgruppen zur kooperativen Prozessgestaltung sind unverzichtbar für eine hinreichende Ergebnisqualität? Inwieweit können diese als durch die Berufsausbildung grundlegend vorhanden angesehen werden?
- Mit welchen Methoden bzw. Instrumenten lässt sich die Ausgangssituation kooperativer Prozesse in der Praxis hinsichtlich der Qualität der Zusammenarbeit (Kooperationsqualität) bestimmen?
- Welche Dimensionen der kooperativen Prozessgestaltung sind hinsichtlich ihrer Effekte besonders wichtig?
- Welche Effekte haben Interventionen, die die Zusammenarbeit der Akteure beeinflussen, auf die Ergebnisse der Gesundheitsdienstleistungen?
- Wie können die unterschiedlichen Aufgaben im Versorgungsprozess zwischen den Berufsgruppen mit dem Ziel des Erreichens einer hinreichenden Ergebnisqualität sinnvoll aufgeteilt werden?
- Welche Interventionen sind geeignet, um kooperative Arbeitsprozesse in Richtung auf eine Verbesserung der Versorgungsqualität zu beeinflussen?
- Welche Ansätze zum Transfer der Forschungsergebnisse sind geeignet, um die Versorgungsprozesse durch eine veränderte Kooperation der Akteure zu verbessern?

Grundlage der Evaluation des Projekts stellt eine möglichst präzise Beschreibung des gesamten Veränderungsprozesses dar mit dem Ziel, eine Rekonstruktion des Wandlungsprozesses vornehmen, die – in Grenzen – generalisierbare Erkenntnisse über die Steuerung solcher komplexen Projekte erlaubt. In der nachfolgenden Tabelle 2.1 sind die Evaluationsansätze für das Gesamtprojekt im Überblick dargestellt. Es wird deutlich, dass ein multimethodisches Vorgehen gewählt wurde, um möglichst Wirkungsmechanismen und Effekte auf unterschiedlichen Ebenen zu erfassen.

**Tabelle 2.1: Evaluationsansätze für das Gesamtprojekt**

Evaluationsaspekt	2010	2012	2013	2014
Tätigkeiten und Rolle der ECO-Pflegefachkräfte		Problemzentrierte Interviews (n=18) zu Selbstbild und Fremdbild	Teilnehmende Beobachtung (t1)	Teilnehmende Beobachtung (t2) Schriftliche Befragung (n=10)
Revision des Pflegeprozesses		Dokumentationsanalyse (t1)		Dokumentationsanalyse (t2) Analyse von Fallbesprechungen
Weiterbildung	Standardisierte Befragung 1. Kohorte Fokusgruppeninterview (n=5)	Standardisierte Befragung 2. Kohorte		Focusgruppeninterview (n=10)
Kooperation Arztdienst – Pflegedienst	1. Befragung mit dem KoPM®-Befragungsinstrument (Vollerhebung) Patienteninterviews (n=6)		2. Befragung mit dem KoPM®-Befragungsinstrument (Vollerhebung)	Vertiefende Einzelinterviews Patienteninterviews (n= 6)
Konzeptumsetzung			Analyse des Umsetzungsprozesses	Aktualisierung der Prozessbeschreibung



## 3 Schaffung einer prozessunterstützenden Aufbauorganisation

### 3.1 Grundlagen

#### 3.1.1 Prinzipien der Aufbauorganisation

Die „normale“ Strukturorganisation des Krankenhauses besteht in ihrer Grundform aus drei Säulen, die im Organigramm meist parallel angeordnet sind: Ärztlicher Dienst, Pflegedienst, Kaufmännischer Bereich. Diese Organisationsstruktur weist bekanntermaßen Nachteile aller Strukturen mit funktionsbezogener Arbeitsteilung auf, wenn Prozesse quer zu dieser Struktur organisiert werden sollen: Wartezeiten, Redundanzen, Doppelarbeiten, Qualitätsverluste, Informationslücken, mangelnde Kunden- bzw. Patientenorientierung.<sup>34</sup>

Der im ECO-Modell angelegte Grundsatz besteht darin, zunächst die wesentlichen Kernprozesse zu definieren und zu gestalten und erst im Anschluss daran Strukturen zu entwickeln, die die Durchführung dieser Prozesse wirkungsvoll unterstützen können.<sup>35</sup> Drei Aspekte dieses Vorgehens verdienen besondere Beachtung:

- Im Mittelpunkt steht der **Kernprozess** der Patientenversorgung. Die Bedeutung von Infrastrukturbereichen des Krankenhauses mit ihren Serviceprozessen wird zurückgefahren; die Bedeutung der Kernprozesse wird im Organigramm schon auf den ersten Blick deutlich.
- Kunden- bzw. **Patientenorientierung** ist Maßstab des Handelns und Bezugspunkt für die Beurteilung der Prozessergebnisse. Für die Aufbaustruktur heißt das:
  - Es gibt Stellen, deren Aufgabe in der Ermittlung von Patientenbedürfnissen und in der Kommunikation mit dem Patienten liegt. Dies beinhaltet auch Möglichkeiten der Beteiligung des Patienten an Behandlungsentscheidungen.
  - Die Aufbaustruktur gibt Raum für einen interprofessionellen Abgleich von fachlichen Versorgungsaspekten mit individuellen Patientenbedürfnissen.
  - Die Aufbaustruktur gibt Raum für die effiziente Bearbeitung von Qualitätsaufgaben.
- Die Prozessorganisation will aus Sicht der Kunden die Zahl der Interaktionspartner im Prozess reduzieren, damit eine vertrauensvolle Zusammenarbeit im medizinisch-pflegerischen Prozess entstehen kann. Diese können durchaus auch kooperativ wahrgenommen werden: so entsteht im ECO-Modell das „**Kernteam Arzt-Pflege**“, das die Ansprechbarkeit für den Patienten und eine verantwortliche Koordination aller patientenbezogenen Leistungen sicherstellt.

<sup>34</sup> Vgl. Vahs, D.: Organisation. 3. Auflage, Stuttgart 2001, S. 190.

<sup>35</sup> Vgl. zu den Grundlagen der Prozessorganisation und den Auswirkungen auf die Strukturorganisation ausführlich: Dahlgaard/Stratmeyer, a.a.O., Themenband II (S. 21-49) und Themenband III (S. 46-66).

**Abbildung 3.1: Prinzipskizze Aufbaustruktur ECO-Modell**

Abbildung 3.1 fasst die wesentlichen Elemente dieses Modells der prozessbezogenen Strukturorganisation im DRK-Krankenhaus Clementinenhaus Hannover zusammen:

- Im Mittelpunkt steht das „Kernteam“ aus behandelndem Arzt und ECO-Pflegefachkraft, das durch die Einbeziehung weiterer Expertendienste situativ verstärkt werden kann. Dieses Kernteam steuert verantwortlich den Patientenversorgungsprozess und erbringt zusammen mit anderen Prozessbeteiligten Leistungen in diesem Prozess. Im Rahmen der Evaluation des ECO-Modells geht es insbesondere um die erweiterten Aufgaben der ECO-Pflegefachkraft<sup>36</sup> und um die Auswirkungen der kollegialen Zusammenarbeit im Kernteam.<sup>37</sup>
- Der fachliche Standard für diese Leistungen wird durch die beiden Expertensysteme sichergestellt, die nicht nur selbst Leistungen qualitativ hochwertig erbringt, sondern auch Aus-, Fort- und Weiterbildungs-kompetenz zur Verfügung stellt. - Neu ist die geschaffene Stelle der Pflegewissenschaftlerin, die über Projekte, fachliche Standards, Beratung und Supervision die Pflegequalität sicherstellen soll.<sup>38</sup>
- Die Abteilungsleitung sorgt für die Koordination der Prozesse in der Abteilung und stellt die effiziente und qualitativ hochwertige Ausstattung mit Ressourcen für die Prozesse zur Verfügung.<sup>39</sup>

Die Abbildung 3.1 stellt im eigentlichen Sinne kein Organigramm dar, weil die Stellentypen nicht vollständig und in ihrer hierarchischen Beziehung zueinander aufgeführt sind. Mittlerweile hat das DRK-Krankenhaus Clementinenhaus Hannover unter der Bezeichnung „Prozess- und Ressourcenorganisation“ ein Organigramm entwickelt, das den Gedanken der

<sup>36</sup> Vgl. Kapitel 4 dieses Berichts.

<sup>37</sup> Vgl. Kapitel 6 dieses Berichts.

<sup>38</sup> Vgl. Abschnitt 3.2.2 dieses Berichts.

<sup>39</sup> Vgl. Abschnitt 3.2.3 dieses Berichts.

prozessunterstützenden Aufbaustruktur aufnimmt und einen kompletten Überblick über das Krankenhaus erlaubt (vgl. Abbildung 3.2):

**Abbildung 3.2: Prozess- und Ressourcenorganisation DRK-Krankenhaus Clementinenhaus Hannover<sup>40</sup>**

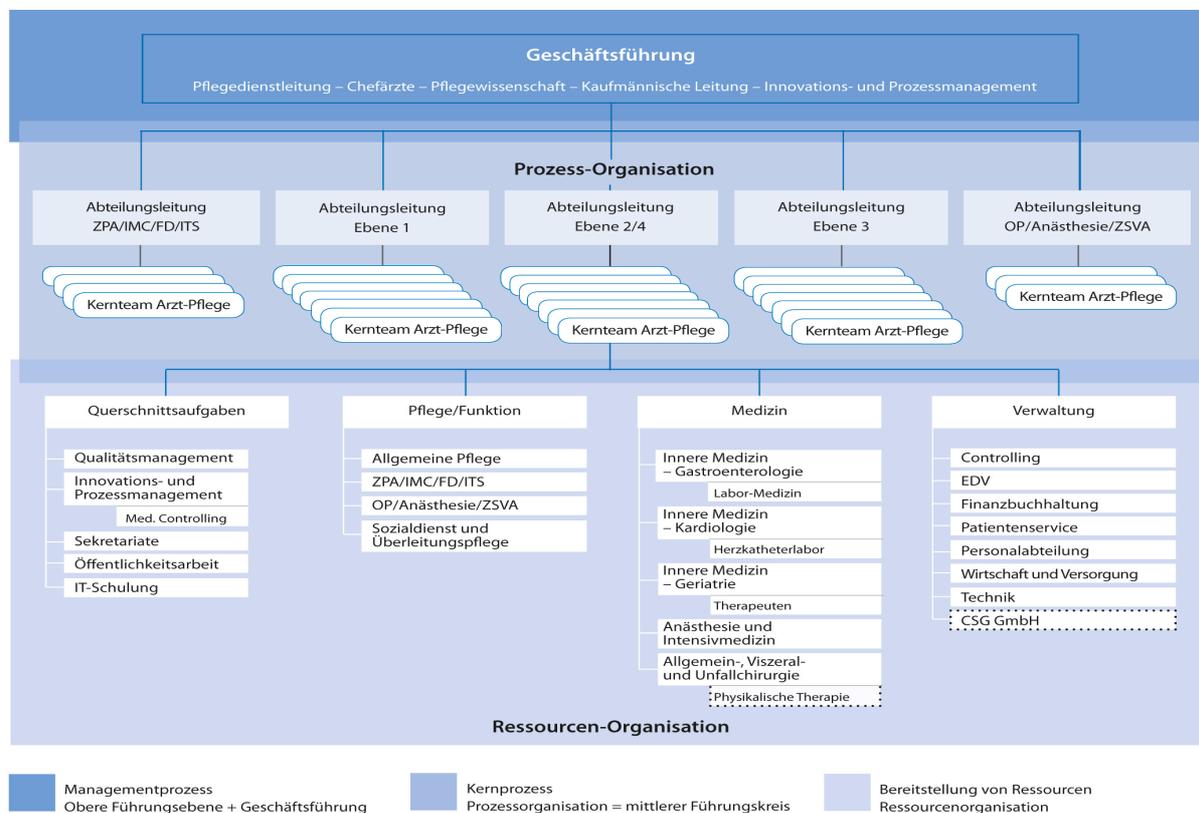


Abb. 7: Unsere Ressourcen- und Prozessorganisation

### 3.1.2 Klärung der Aufgaben des Ärztlichen Dienstes im ECO-Modell

Im Projektverlauf ist im Jahr 2008 und im Jahr 2011 eine Beschreibung der Binnenstruktur und der Aufgaben des ärztlichen Dienstes vorgenommen worden<sup>41</sup>, die aus einer Art Präambel und der Aufgabenbeschreibung von Chefarzt, Oberarzt und Stationsarzt besteht.

Die Präambel bezieht sich auf die für die Kooperation mit Pflegenden entscheidende Frage, wie sich die beiden Bereiche aufeinander beziehen. Hier ist in beiden Papieren übereinstimmend klar beschrieben: „Der Chefarzt trägt die Gesamtverantwortung und ist Fachvorgesetzter aller am medizinisch-pflegerischen Prozess beteiligten MitarbeiterInnen. Es gibt faktisch keinen arztfreien Raum. Gemeinsam mit der Pflegewissenschaftlerin integriert er den medizinischen Prozess zu einem medizinisch-pflegerischen Gesamtprozess.“<sup>42</sup> Diese Beschreibung enthält eine klare Weisungsstruktur einerseits und eine Kooperationsaufforderung andererseits.

<sup>40</sup> DRK-Krankenhaus Clementinenhaus (2014).

<sup>41</sup> Vgl. dazu die krankenhausinternen Dokumente Erste Version: „Funktionen des ärztlichen Dienstes (Chefarzt, Oberarzt, Assistenzarzt) in den Abteilungen“ (Erste Version vom 8.2.2008, zweite Version vom 16.11.2006).

<sup>42</sup> Ebd., jeweils auf S. 1.

Die ärztlichen Aufgaben sind den drei Ebenen des ärztlichen Dienstes wie folgt zugeordnet:

- Der Chefarzt stellt ein hochwertiges Leistungsangebot in seiner Abteilung durch eine fachliche Überwachung, durch Personaleinsatz, Ausbildung und Qualitätssicherung sicher und entwirft zusammen mit der Pflegewissenschaftlerin den medizinisch-pflegerischen Gesamtprozess.
- Der Oberarzt ist für die medizinischen Prozesse in der Abteilung zuständig, delegiert die Fallverantwortung an die Stationsärzte und übernimmt in einzelnen Fällen auch selbst Fallverantwortung.
- Der Stationsarzt ist fallbezogener primärer Ansprechpartner der Patienten und arbeitet mit einer ECO-Pflegefachkraft im Behandlungsteam zusammen.

Die Inhalte der beiden Konzeptpapiere aus den Jahren 2008 und 2011 weisen große Übereinstimmungen auf. Lediglich der Teil der Chefarztaufgaben ist in dem Papier aus dem Jahr 2011 ausführlicher gestaltet. Neu aufgenommen wurden

- Hinweise auf die Ausgestaltung eines medizinischen Expertensystems mit Entwicklung einer fachlichen Hierarchie und differenzierten Qualifikationen sowie regelmäßiger Fort- und Weiterbildung,
- die Aufgaben der Formalisierung von Innovation und Qualitätssicherung,
- die Aufgaben der Verhandlung des Stellenplans und der personellen Ressourcenzuweisung sowie
- ein Vorschlags- und Vetorecht bei Einstellungen.

Parallel dazu sind im ECO-Modell die Aufgaben der pflegerischen Akteure genauer beschrieben worden, insbesondere die Funktion der ECO-Pflegefachkräfte<sup>43</sup> und die der Pflegewissenschaftlerin.<sup>44</sup> - Es fällt auf, dass auf medizinischer Seite eher eine grundsätzliche Ausrichtung der Aufgaben und der Kooperationsbeziehungen beschrieben wird, dass dagegen auf pflegerischer Seite der Detaillierungsgrad in Bezug auf die Beschreibung der Aufgaben und Kompetenzen höher ist.

## 3.2 Charakteristika der Entwicklung wesentlicher Stellentypen

Mit der prozessbezogenen Strukturorganisation hat das DRK-Krankenhaus Clementinenhaus Hannover einen völlig neuartigen Weg beschritten. Der Entwicklungsprozess hat mehrere Jahre gedauert und ist noch nicht als abgeschlossen anzusehen. Insofern kann eine summative Evaluation der Aufbauorganisation gegenwärtig noch nicht geleistet werden.

Stattdessen soll im Folgenden der Versuch einer formativen Evaluation des Entwicklungsprozesses der drei für das ECO-Modell charakteristischen Stellentypen geleistet werden. Die Darstellung verknüpft dabei jeweils die Analyse des Entwicklungsprozesses des jeweiligen Stellentypus mit Hinweisen zur Besetzung der Stellen und möglichen Weiterentwicklungen.<sup>45</sup>

### 3.2.1 ECO-Pflegefachkraft

In diesem Abschnitt geht es nicht um die *prozessbezogene* Betrachtung, sondern zentral um *aufbauorganisatorische* Aspekte, also um die formale Zuordnung von Aufgaben, Kompetenzen

---

<sup>43</sup> Vgl. Anhang 8.1.

<sup>44</sup> Vgl. Anhang 8.4.

<sup>45</sup> Wegen der besonderen Bedeutung der Stelle „ECO-Pflegefachkraft“ für einen möglichen Transfer sind weiterführende Gedanken nicht in diesem Kapitel, sondern im Kapitel 7 enthalten.

und Verantwortung. Wie die ECO-Pflegefachkräfte in der Versorgung tätig werden, ist in Kapitel 4 dieses Evaluationsberichts beschrieben.

### 3.2.1.1 Prozess der Konturierung der Aufgaben

Ein Kern des ECO-Modells besteht darin, dass qualifizierte, kompetente Pflegenden im Rahmen des neu gestalteten Versorgungsprozesses gegenüber dem vormaligen Status der Pflegearbeit erweiterte Aufgaben im Pflegeprozess durchführen, qualifizierte Aufgaben in der Mitarbeit im Medizinprozess übernehmen und den Versorgungsprozess in Zusammenarbeit mit dem Patienten und den Kooperationspartnern managen.

Erste Angaben über diese Aufgaben finden sich in einem Papier<sup>46</sup>, das im Februar 2008, also ganz zu Beginn der gemeinsamen Projektarbeit und ohne vorherige Diskussion zwischen den beiden Kooperationspartnern DRK-Krankenhaus Clementinenhaus Hannover und HAW Hamburg entstanden ist.

Kennzeichen dieser ersten Aufgabenbeschreibung ist

- die Herausarbeitung der vorrangigen Bedeutung der Pflegenden als zentraler Ansprechpartner,
- die Skizzierung des erweiterten Aufgabenumfangs, allerdings noch ohne die Mitarbeit im Medizinprozess,
- die Beschreibung der Aufgaben weiterer Funktionen (z.B. Pflegeassistenz), ohne dass im Einzelnen auf die Schnittstellen eingegangen wird sowie
- eine gewisse Vorläufigkeit in der Formulierung, die später Anlass zu weiteren Präzisierungen gab. So heißt es in diesem Papier zur Abgrenzung der Aufgaben zwischen ECO-Pflegefachkraft und Pflegefachkraft: „Prinzipiell ist die Pflegekraft in der Lage, alle o.g. Teile des medizinisch-pflegerischen Versorgungsprozesses verantwortlich zu übernehmen.“<sup>47</sup>

Anhand einer von der HAW Hamburg vorgelegten Papiers zur Aufgaben einer Primary Nurse<sup>48</sup> ist dann zunächst vom DRK-Krankenhaus Clementinenhaus Hannover eruiert worden, in welchen erweiterten Aufgabenbereichen vermutlich für grundsätzlich geeignete Pflegenden aus dem DRK-Krankenhaus Clementinenhaus Hannover der größte Qualifizierungsbedarf entstehen würde. - Der entscheidende Entwicklungsschritt war dann die Entwicklung des Papiers „Pflegefachkraft“<sup>49</sup> im März 2009. Dieses Papier enthielt bereits Angaben über

- das „Kernteam“ Arzt - Pflegefachkraft,
- die formale Stellung der Pflegefachkraft,
- die Kurzbeschreibung der Aufgaben im Pflegeprozess,
- der Mitarbeit im Medizinprozess,
- des operativen Managements des Behandlungsprozesses sowie
- der Case Management-Funktion für den gesamten Versorgungsprozess und
- Angaben zum Kompetenzprofil.

Eine dritte Konkretisierungsstufe war mit der Überarbeitung des Papiers im September 2010 erreicht<sup>50</sup>. Änderungen ergaben sich insbesondere in zwei Aspekten:

---

<sup>46</sup> Krankenhausinternes Dokument „Ziele und Aufgaben der Pflegewissenschaftlerin, der Pflegefachkraft, der Pflegekraft und der Pflegeassistenz“ (14.2.2008).

<sup>47</sup> Ebd., S. 3.

<sup>48</sup> Krankenhausinternes Dokument „Aufgabenprofil einer Primary Nurse“ (HAW Hamburg, 1.4.2008).

<sup>49</sup> Krankenhausinternes Dokument „Erste Version Funktionsprofil ECO-Pflegefachkraft“ (17.3.2009).

<sup>50</sup> Krankenhausinternes Dokument „Zweite Version Funktionsprofil ECO-Pflegefachkraft“ (18.5.2011).

- Die Bezeichnung der Funktion wurde von „Pflegefachkraft“ auf „ECO-Pflegefachkraft“ verändert. Dies nimmt zum einen den Namen des Modells (Expert Care Organization) auf und führt zum anderen dadurch zu einer besseren Unterscheidung von anderen (qualifizierten) Pflegenden.
- Die formale Stellung der ECO-Pflegefachkraft wurde stärker konturiert:
  - So wurde die direkte Unterstellung unter die Abteilungsleitung mit folgendem Satz erläutert: „Das betrifft die Einteilungen im Dienstplan, den Urlaubsplan und alle Belange der Prozessabläufe in der Abteilung.“<sup>51</sup>
  - Neu eingeführt wurde ein Satz, der auf das Weitergelten der aufbauorganisatorischen Vorgaben des Krankenhausträgers (DRK-Schwesternschaft) zurückzuführen ist: „Disziplinarisch sind alle Pflegekräfte im Expertensystem Pflege der Pflegedienstleitung unterstellt.“<sup>52</sup>

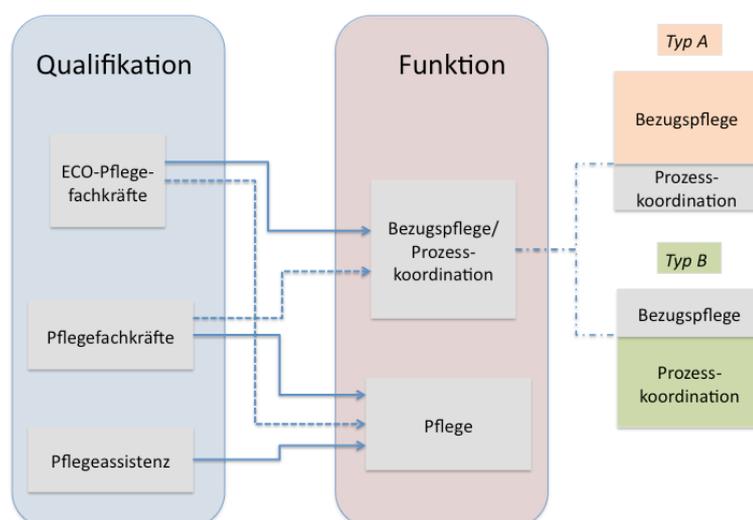
### 3.2.1.2 Typ A und Typ B der ECO-Pflegefachkräfte

Das ECO-Modell sieht vor, dass die ECO-Pflegefachkräfte Teile der Pflege des Patienten (in Kooperation mit anderen Pflegenden und Pflegeassistenzkräften) selbst ausführen und dies mit der Funktion als Ansprechpartner und Bezugsperson (Bezugspflege-Funktion) sowie der Koordination der Versorgungsprozesse für ihre einzelnen Patienten (Prozesskoordinations-Funktion) verbinden.

Die Diskussionen in der Projektgruppe<sup>53</sup> haben ergeben, dass die *Anteile* dieser beiden Funktionen in den einzelnen Ebenen/Fachabteilungen sehr unterschiedlich sein können. Idealtypisch lassen sich zwei Typen von ECO-Pflegefachkräften unterscheiden (vgl. Abbildung 3.3):

- Typ A: viel Bezugsarbeit, wenig Prozesskoordination (z.B. in der Geriatrie) und
- Typ B: weniger Bezugsarbeit, viel Prozesskoordination (z.B. in einzelnen Leistungsbereichen).

**Abbildung 3.3: Typ A und Typ B der ECO-Pflegefachkräfte**



<sup>51</sup> Krankenhausinternes Dokument „Zweite Version Funktionsprofil ECO-Pflegefachkraft“ (18.5.2011), S. 1 unten.

<sup>52</sup> Krankenhausinternes Dokument „Zweite Version Funktionsprofil ECO-Pflegefachkraft“ (18.5.2011).

<sup>53</sup> Erstmals dazu vgl. Protokoll der ECO-Projektgruppe vom 28.2.2012, S. 2.

Diese typologische Unterscheidung ist für die anforderungsgerechte Ausführung der Aufgaben wichtig, aber noch wichtiger für die Bewerberauswahl für die Funktionsübernahme, da beide Typen jeweils unterschiedliche Anforderungsbündel repräsentieren.

### 3.2.1.3 Trennung von formaler Qualifikation und Funktion

Schließlich ist eine weitere Diskussion von Bedeutung, die ihren Niederschlag nicht in einer Veränderung der Funktionsbeschreibung, wohl aber im Verständnis der Projektgruppe von den Aufgaben der ECO-Pflegefachkraft gefunden hat; nachzuverfolgen ist diese Diskussion in einem Protokoll.<sup>54</sup>

Für den weiteren Prozessverlauf war wesentlich, dass in Bezug auf die ECO-Pflegefachkraft eine begriffliche und faktische Trennung in „Qualifikation“ (mitgebrachte bzw. erworbene Kompetenzen) und „Funktion“ (Hauptzweck der Aufgabenerledigung) notwendig ist.

So wird in der Abbildung 3.3 auch verdeutlicht, dass die herausgehobene Funktion im Versorgungsprozess – in der Mitte der Graphik formuliert als „Bezugspflege/Prozesskoordination“ - *sowohl* von spezifisch für diese Funktionsübernahme weitergebildeten Pflegenden übernommen werden kann *als auch* von anderen Pflegenden, die ihre Kompetenzen auf anderem Wege (z.B. durch ein Studium; durch Fortbildung und Berufserfahrung) erworben haben. In jedem Fall ist der Besuch der Weiterbildung nur eine notwendige, nicht aber eine hinreichende Voraussetzung für die Übernahme der Funktion. Mittlerweile ist Praxis im DRK-Krankenhaus Clementinenhaus Hannover, dass mit den Absolventen der KoPM®-Weiterbildung *vor* der Übernahme der Funktion einer ECO-Pflegefachkraft ein förmliches Bewerbungsverfahren durchgeführt wird.<sup>55</sup>

## 3.2.2 Die Stelle der Pflegewissenschaftlerin<sup>56</sup>

### 3.2.2.1 Konturen der Stelle

Diese Stelle markiert eine Besonderheit der ECO-Aufbauorganisation. Es geht darum, in etwa parallel zu der strukturellen Verantwortung des Chefarztes für die medizinische Behandlung ein fachliches Expertensystem aufzubauen, das die Übernahme der aktuellen pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse in die tagtäglich auf den Stationen ausgeführte pflegerische Arbeit sicherstellt.<sup>57</sup>

Die Verantwortung der Pflegewissenschaftlerin bezieht sich auf alle fallübergreifenden pflegefachlichen Fragen und die Fort- und Weiterbildung der Pflegenden. Sie ist „in ihren fachlichen Entscheidungen auf das Einverständnis der jeweils für die Fachbereiche zuständigen Chefarzte angewiesen (in Konfliktfällen entscheidet die Führungsgruppe)“.<sup>58</sup>

Außerdem muss sie die Zustimmung der Abteilungsleitung und der Pflegedienstleitung einholen, falls ihre Entscheidungen Auswirkungen auf die Ressourcen haben. Eine disziplinarische Einwirkung ist ihr ohnehin versagt.<sup>59</sup>

Zudem ist klar bestimmt, dass sie wohl fallübergreifende fachliche Fragen regeln soll, allerdings für die individuelle pflegerische Versorgung einzelner Patienten nicht zuständig ist; dies bleibt Aufgabe der zuständigen ECO-Pflegefachkräfte.

---

<sup>54</sup> Protokoll der ECO-Projektgruppensitzung vom 22.5.2011.

<sup>55</sup> Vgl. Protokoll der ECO-Projektgruppensitzung vom 19.2.2013.

<sup>56</sup> Vgl. Anhang, Abschnitt 8.4.

<sup>57</sup> Vgl. Protokolle der ECO-Projektgruppensitzungen vom 16.3.2009 und 18.5.2011.

<sup>58</sup> Ebd., S. 1.

<sup>59</sup> Ebd.

Im Ergebnis ist damit eine Funktion geschaffen, die in stimmiger Weise auf disziplinarische Mittel verzichtet, sondern nur über Erkenntnisse, wissenschaftliche Standards, Informationen und über Anregungen wirken kann.

Bemerkenswert ist, dass in der letzten Version der Funktionsbeschreibung der Satz „Die Pflegewissenschaftlerin ist die Leitung des ‚Expertensystems Pflege‘ und die oberste pflegefachliche Leitungsinstanz des Krankenhauses“ durch den Zusatz „gemeinsam mit der Pflegedienstleitung (PDL)“<sup>60</sup> ergänzt wurde. Dies ist eine Leitungsstrukturentscheidung der Führungsgruppe des Krankenhauses und des Krankenhausträgers, die offenbar keine „weisungsfreien“ Räume entstehen lassen will.

Andererseits wird dadurch mit der Pflegedienstleitung eine Position für das Expertensystem Pflege zuständig, deren Wirken primär durch Führungs- und Organisationsaufgaben und nicht durch pflegewissenschaftliche und pflegefachliche Erkenntnisse geprägt ist. Die Parallelität der beiden Expertensysteme wird dadurch reduziert. Die Organisationslehre sieht für derartig fachlich ausgerichtete, aber ohne Weisungsrecht und (mit eingeschränktem) Entscheidungsrecht ausgestattete Expertenstellen eher die Konstruktion einer Stabsstelle vor. – Es bleibt abzuwarten, wie diese Form der „kollegiale Leitung“ des Expertensystems sich zukünftig auswirken wird.

### 3.2.2.2 Stellenbesetzung

Der innovative Stellenzuschnitt wirkte sich auch auf die Personalrekrutierung aus; im ersten Bewerbungsdurchgang gab es nur zwei Bewerbungen<sup>61</sup>. Die Stelle der Pflegewissenschaftlerin ist erst im Jahr 2010 vorläufig besetzt und dann zum 1.8.2011 neu besetzt worden.<sup>62</sup> Da diese Neubesetzung dann während der Elternzeit der Stelleninhaberin durch eine Abwesenheitsvertretung ersetzt worden ist, sind Beurteilungen von Effekten dieser Funktion angesichts dieser personellen Veränderungen nicht möglich.

## 3.2.3 Die Stelle der Abteilungsleitung

### 3.2.3.1 Konturen der Stelle

Diese Funktion stellt eine zweite Besonderheit der ECO-Aufbauorganisation dar. Aus Abbildung 3.1 geht hervor, dass die Abteilungsleitung zwischen den beiden Bereichen Arztdienst und Pflegedienst steht - anders als in herkömmlichen Modellen, in denen die Leitung der (medizinischen) Abteilung häufig vom Chefarzt vorgenommen wird. Dieser soll sich auf seinen medizinischen Kernprozess konzentrieren können und die organisatorisch-strukturellen Aufgaben, die mit der Sicherstellung der Infrastruktur für die Kernprozesse seiner Abteilung zu tun haben, der Abteilungsleitung überlassen. Die Stelle der Abteilungsleitung ist also in zweierlei Hinsicht unabhängig konzipiert:

- unabhängig von den fachlichen Hierarchien in Arztdienst und Pflegedienst, deren Expertensysteme fachlich hervorragende Prozesse in Diagnostik, Therapie und Pflege sicherstellen sollen und
- unabhängig von den einzelnen medizinisch-pflegerischen Behandlungsprozessen, die von den Behandlungsteams aus Arzt und Pflege verantwortlich gemanaged werden.

---

<sup>60</sup> Vgl. Protokoll der ECO-Projektgruppe vom 11.11.2010, S. 3.

<sup>61</sup> Vgl. Protokoll der ECO-Projektgruppe vom 17.5.2010, S. 3.

<sup>62</sup> Vgl. Protokoll der ECO-Projektgruppe vom 16.5.2011, S. 4.

Die Aufgaben der Abteilungsleitung bestehen also kurz gesagt in einer Unterstützung der Behandlungsteams (Kernprozess) durch Sicherstellung der Prozesse und Bereitstellung der Ressourcen.

### 3.2.3.2 Entwicklungsschritte im Prozess der Stellenbildung

Dieses Grundprinzip klingt schlüssig. Allerdings hat die Arbeit an der ECO-Modellentwicklung gezeigt, dass dieses Grundprinzip verstanden, akzeptiert und ausgestaltet werden musste. Die Stelle der Abteilungsleitung ist – gerade wegen ihres innovativen Charakters – häufig Gegenstand von Beratungen in der Projektgruppe gewesen.

Sehr frühzeitig wurde eine erste Version des Funktionsprofils vorgelegt<sup>63</sup> und dann zweimal modifiziert.<sup>64</sup> Die Anzahl der Abteilungsleitungen und die entsprechende Kombination von Zuständigkeitsbereichen sowie die Anforderungen der Stelle und mögliche formale Qualifikationen sind ausführlich diskutiert worden.<sup>65</sup> Notwendige Entscheidungen des Krankenhausträgers über Anzahl und Verfahren der zu besetzenden Stellen gingen der Formulierung einer dritten Version voraus.<sup>66</sup>

Der Diskussionsprozess hat zu einer Reihe wesentlicher Klärungen und Weiterentwicklungen beigetragen; sechs wichtige Entwicklungsschritte sind im Folgenden festgehalten:

---

<sup>63</sup> Vgl. Krankenhausinternes Dokument „Erste Version Funktionsprofil Abteilungsleitung“ (8.2.2008).

<sup>64</sup> Vgl. Krankenhausinterne Dokumente „Zweite Version Funktionsprofil Abteilungsleitung (17.3.2009) und „Dritte Version Funktionsprofil Abteilungsleitung – Anmerkungen der HAW Hamburg (17.5.2009).

<sup>65</sup> Vgl. Protokoll der ECO-Projektgruppe vom 17.5.2010, S. 2.

<sup>66</sup> Vgl. dazu Protokolle der ECO-Projektgruppensitzungen vom 9.8.2010 und 11.11.2010.

## **1 Klärung der formalen Stellung**

Geklärt werden musste die formale Stellung der Abteilungsleitung und ihre Arbeitsweise: „Die Abteilungsleitungen sind disziplinarisch direkt der Geschäftsführung unterstellt. Sie werden zu den wöchentlichen Sitzungen der KBL/Steuerungsgruppe geladen und treffen sich einmal täglich mit der Leitung „Klinische Dienste“ zum kurzen jour fixe“.<sup>67</sup>

## **2 Hauptaufgaben: Ressourcen und Organisationsabläufe**

Wichtig war auch die Klärung der Frage, worauf sich die Prozessverantwortung der Abteilungsleitung in Abgrenzung zu Verantwortung des ärztlichen Bereichs bezieht. Dazu wird formuliert: „Die Chefärzte definieren in ihrem Fachgebiet in Zusammenarbeit mit der Pflegewissenschaftlerin die grundsätzlichen Versorgungsabläufe. Die Abteilungsleitung sorgt dafür, dass diese Modellprozesse auf Abteilungsebene zwischen Oberarzt und ECO-Pflegefachkräften konkretisiert werden. Diese Vereinbarungen betreffen im Hinblick auf die Abteilungsleitung vorrangig Organisationsabläufe und Ressourcen“.<sup>68</sup>

## **3 Personelle Ressourcen im Arztdienst**

Organisatorisch-disziplinarisch muss der jeweilige Chefarzt die Personalressourcen verhandeln und disponieren (Zuordnung). Die Abteilungen, in die die Chefärzte Personal entsenden, müssen allerdings ein Mitspracherecht erhalten. Insofern ist keine besondere Veränderung eingetreten; nach wie vor handelt es sich um ein Verhandlungsmodell.<sup>69</sup>

## **4 Prozessverantwortung**

Wurde in einem früheren Papier der Abteilungsleitung noch eine Verantwortung für die Ergebnisse ihrer Abteilung übertragen, heißt es in der neuen Version präziser und deutlich eingeschränkt: „Die einzelnen Versorgungsprozesse werden durch die Behandlungsteams sichergestellt. Sie tragen auch die Verantwortung für die Behandlungsergebnisse. Die Abteilungsleitung

- hat eine Controllingfunktion in Bezug auf die Ergebnisse der Abteilung;
- macht die Ergebnisse über Kennzahlen transparent;
- initiiert gemeinsam mit den Teams Problemlösungen und Prozessoptimierungen.“<sup>70</sup>

## **5 Unterstützung statt Sicherstellung**

Bei der Beschreibung der Aufgaben der Abteilungsleitung wird in der neueren Version im Gegensatz zur älteren Version klargestellt, dass die Abteilungsleitung eine begrenzte unterstützende Funktion und keine unmittelbar (selbst) sicherstellende Funktion hat:

- Sie sorgt zwar weiterhin für ausreichend und adäquat qualifiziertes Personal, das aber „in Absprache mit den Leitungen der Expertensysteme“<sup>71</sup>;
- Sie sorgt weiterhin für ausreichend Sachmittel, aber „innerhalb festgelegter Grenzen (Abteilungsbudget).“<sup>72</sup>

---

<sup>67</sup> Krankenhausinternes Dokument „Zweite Version Funktionsprofil Abteilungsleitung“ (18.5.2011), S. 1.

<sup>68</sup> Ebd.

<sup>69</sup> Vgl. Protokoll der ECO-Projektgruppe vom 11.11.2010, S. 3.

<sup>70</sup> Krankenhausinternes Dokument „Zweite Version Funktionsprofil Abteilungsleitung“ (18.5.2011), S. 1.

<sup>71</sup> Ebd.

<sup>72</sup> Ebd.

- Sie sorgt nicht für eine gemeinsame medizinisch-pflegerische Versorgungsidentität, sondern „unterstützt die Entwicklung“<sup>73</sup> derselben.
- Sie ist für die Zielerreichung der Abteilung verantwortlich, aber dies „gemeinsam mit den Behandlungsteams.“<sup>74</sup>

Hinzugekommen ist in der neueren Version außerdem eine ausführliche Ergänzung, dass

- die Abteilungsleitung keine fachliche Vorgesetztenfunktion hat,
- ihre Weisungsbefugnis bezüglich der Arbeitszeit und des Arbeitseinsatzes begrenzt ist und einer grundsätzlichen Abstimmung mit den Leiterinnen der Expertensysteme bedarf und sie
- ansonsten kein disziplinarisches Weisungsrecht hat.

## 6 Klärung der Schnittstellen

In einem weiteren Dokument<sup>75</sup> wurden die Aufgaben der Abteilungsleitung in Abgrenzung von denen der Bezugspflegekräfte/Prozesskoordinatoren und der übrigen Pflegekräfte beschrieben, sortiert nach unterschiedlichen Aufgabenfeldern. Dies zeigt, dass an den Schnittstellen zwischen den einzelnen Funktionen auch zukünftig weiter gearbeitet werden muss.

### 3.2.3.3 Stellenbesetzung und Weiterentwicklung

In der ECO-Projektgruppe ist ein Ausschreibungstext für diese Stelle<sup>76</sup> verabschiedet worden; außerdem wurde die Entscheidung für die Durchführung eines Assessment-Center-Verfahrens bei der Einstellung der Abteilungsleitungen<sup>77</sup> getroffen. Die Erstbesetzung der Stellen<sup>78</sup> ist über mehrere Stufen bis zur Besetzung der vierten Abteilungsleitungsstelle<sup>79</sup> weiterentwickelt worden.

Inhaltlich ist der Diskussionsprozess um die Aufgaben und die Aufgabenwahrnehmung der Abteilungsleitungen noch nicht abgeschlossen. Kritische Hinweise beruhen offenbar auch auf der Entscheidung, für alle Abteilungsleitungsstellen Personen mit einem pflegerischen Hintergrund auszuwählen: „Kernaufgaben des ECO-Modells fallen nahezu unter den Tisch: Prozessgestaltung zusammen mit Ärzten und interprofessionelle Zusammenarbeit. Bisher gibt es eine zu starke Konzentration auf den pflegerischen Bereich. „Ein Team ist nicht nur ein Pflorgeteam““.<sup>80</sup>

---

<sup>73</sup> Ebd.

<sup>74</sup> Ebd.

<sup>75</sup> Krankenhausinternes Dokument „Aufgabenabgrenzung zwischen Abteilungsleitung, Bezugspflege/Prozesskoordination und Pflege“ (7.6.2012).

<sup>76</sup> Vgl. Protokoll der ECO-Projektgruppe vom 9.8.2010, S. 4f.

<sup>77</sup> Vgl. Protokoll der ECO-Projektgruppe vom 11.11.2010, S. 4.

<sup>78</sup> Vgl. Protokoll der ECO-Projektgruppensitzungen vom 28.11.2011.

<sup>79</sup> Vgl. Protokoll der ECO-Projektgruppe vom 28.2.2012, S. 3.

<sup>80</sup> Vgl. Protokoll der ECO-Projektgruppe vom 4.3.2014, S. 2.



## 4 Rolle und erweiterte Aufgaben der ECO-Pflegefachkräfte

### 4.1 Modellbestandteile

#### 4.1.1 Neuausrichtung des Pflegeprozesses

Mit Einführung des ECO-Modells sollte eine Organisationsstruktur geschaffen werden, die die Grundlagen für verbesserte Kooperation und Koordination innerhalb der Berufsgruppen und zwischen ihnen schaffen sollte. Die grundlegende Zielsetzung, das zu entwickelnde Expertensystem Pflege der Struktur des Medizinsystems anzupassen, sollte sich auch in der Gestaltung des Pflegeprozesses widerspiegeln. Ziel war eine möglichst funktionelle Arbeitsteilung zwischen zuständigen Ärzten und Pflegenden im gesamten Versorgungsprozess von der Patientenaufnahme über Diagnostik, Therapie und Pflege bis zur Entlassung zu erreichen. Geklärte und möglichst überschneidungsfreie Zuständigkeiten sollten einen Beitrag zur Zufriedenheit von Ärzten und Pflegenden leisten, sollten die Prozesse optimieren helfen und Patienten das Bild der Versorgung „aus einer Hand“ vermitteln.

Dieses Ziel setzte in Teilen eine Neubestimmung der Inhalte und der Durchführung des Pflegeprozesses voraus, die Ausdruck in der Funktionsbeschreibung der ECO-Pflegefachkraft hat. Hierzu heißt es:

„Die Pflegefachkraft übernimmt umfassend und selbstständig die Verantwortung für den gesamten Pflegeprozess. Das beinhaltet:

- Körperfunktionsorientierung (alle Aufgaben der Pflege, die dazu dienen, verlorene bzw. eingeschränkte Körperfunktionen von Patienten zu substituieren und körperliche Funktionalität zu erhalten oder wiederherzustellen).
- Psychosoziale Begleitung (sorgende Begleitung von Patienten und Angehörigen zur Stärkung von Bewältigungsstrategien und Hilfssystemen bei Auswirkungen chronischer Krankheiten auf das tägliche Leben vor und nach einem stationären Aufenthalt).
- Verhaltens- und handlungsorientierte Unterstützung (Patienten- und Angehörigen-schulung und Beratung, Empowerment).“<sup>81</sup>

Zur Parallelisierung von Medizin- und Pflegeprozess gehörte auch, den Pflegeprozess stärker an das Selbstverständnis und die Terminologie medizinischen Vorgehens (Diagnostik und Therapie) anzupassen, um damit die interprofessionelle Verständigung zu befördern.

Dieses Ziel mündete in das Teilprojekt „Revision des Pflegeprozesses“ ein, in dem unter Leitung der Pflegewissenschaftlerin und wissenschaftlicher Begleitung des KoPM®-Teams ECO-Pflegefachkräfte und eine Vertretung der Krankenpflegeschule die Voraussetzungen für die Implementation schaffen sollten. Im Einzelnen wurden in diesem Teilprojekt folgende Ziele verfolgt:<sup>82</sup>

- Schaffung einer Parallelstruktur des Pflegeprozess zum ärztlichen Expertensystem, die insgesamt die kooperative Leistungserstellung im Sinne eines integrierten Medizin-Pflegeprozesses unterstützt;
- Einführung der papierlosen Pflegeplanung, um den Dokumentationsaufwand zu reduzieren und den intra- bzw. interprofessionellen Informationsfluss zu verbessern;

<sup>81</sup> Stellenbeschreibung ECO-Pflegefachkraft vom 17.03.09. – Vgl. dazu auch die neuere Formulierung in der aktuellen Funktionsbeschreibung (Abschnitt 8.1, Ziffer 8.1.3.1).

<sup>82</sup> Vgl. dazu die Beschreibung des Teilprojekt „Revision des Pflegeprozesses“ im Antrag an die Robert Bosch Stiftung vom 18.11.2009.

- Inhaltliche Fokussierung des Pflegeprozesses auf die Anforderungen, die sich aus der Patientenbegleitung in ihrem Prozess der Krankheitsbewältigung ergeben im Sinne der o.g. Aufgabenbeschreibung;
- Einmündung des diagnostischen Prozesses der Pflege in eine einheitliche Terminologie von Pflegediagnosen;  
Systematische Verknüpfung der Pflegediagnosen mit der Ätiologie sowie mit sinnvollen Interventionen;
- Klare Formulierung von pflegerischen Versorgungszielen und effektivere Bewertung der Pflegeergebnisse.

#### 4.1.2 Mitarbeit im Medizinprozess

Im Zuge einer Neuorientierung der kooperativen Prozesse sollte auch eine Bewertung der Übernahme medizinisch diagnostisch-therapeutischer Aufgaben durch Pflegende vorgenommen werden. Im Sinne des Prozessmanagements wurde angestrebt, medizinische Aufgaben und Teilprozesse zu definieren, die von Pflegenden selbständig und möglichst in eigener Verantwortung ohne Rückkopplungsschleifen und vermeidbaren Schnittstellen zum Arztdienst erledigt werden können.<sup>83</sup> Gleichzeitig wurden damit die Ziele verbunden, die Pflegearbeit um attraktive medizinische Aufgaben anzureichern und aufzuwerten sowie Ärzte zu entlasten und deren Arbeitsunterbrechungen durch nachfragende Pflege zu reduzieren.

Der Boden für diesen Entwicklungsschritt war bereits durch die Schaffung von Expertendiensten (Wundexpertin, -therapeutin, Pain-Nurses) bereitet, die im Einvernehmen mit den Führungskräften und Berufsgruppen eingerichtet wurden. In der Funktionsbeschreibung der ECO-Pflegefachkraft wurde absichtliche keine Festlegung auf bestimmte Aufgaben vorgenommen, um flexibel bei zukünftigen Entwicklungen zu sein. Beispielhaft für diese Aufgabengruppe wurden genannt:<sup>84</sup>

- Medikamentenmonitoring,
- Präoperatives Assessment, postoperative Überwachung,
- Management von Alltagsbeschwerden, Schmerz- / Wundmanagement,
- Routinediagnostik.

Die Qualifizierung der ECO-Pflegefachkräfte für ausgewählte Teilprozessen erfolgte im Rahmen der Weiterbildung durch leitende Ärzte des Hauses in deren eigener Regie. Beabsichtigt ist, derartige Qualifizierungen im Rahmen von innerbetrieblichen Fortbildungen auch in Zukunft fortzusetzen zu ergänzen.

#### 4.1.3 Managementaufgaben in der Versorgung

Ein ganz wesentliches Merkmal des Stellenprofils der ECO-Pflegefachkraft sollte die Übernahme managerialer Aufgaben im Versorgungsprozess darstellen. Ausgehend von der Stellenkonstruktion,

- dass die jeweilige Bezugspflegende eine überschaubare Gruppe von Patienten verantwortlich betreut und versorgt,
- in alle die Versorgung betreffenden Leistungsprozessen eingebunden ist,
- über eine vergleichsweise hohe Präsenz im Leistungsprozess verfügt und
- durch die Wahrnehmung von Kernaufgaben im Pflege- und Medizinprozess über die wesentlichen Detailkenntnisse der Patientenversorgung verfügt,

<sup>83</sup> Vgl. dazu ausführlich Dahlgaard, K., Stratmeyer, P.: Kooperatives Prozessmanagement im Krankenhaus. Bd. 4 Prozessmanagement Neuwied, Köln, München 2007, S. 57 – 66.

<sup>84</sup> Vgl. Funktionsbeschreibung der ECO-Pflegefachkraft (Abschnitt 8.1, Ziffer 8.1.3.3).

lag es nahe, diese Funktion auch für die zentralen Aufgaben des Prozessmanagements zu nutzen. In der Funktionsbeschreibung wurde dieser Komplex differenziert in den Bereich „Operatives Management des Behandlungsprozesses“ mit folgenden Aufgaben:

- „Koordination von Diagnostik und Therapie nach zeitlichen und sachlichen Erfordernissen im Rahmen der vorgegebenen Standards (Behandlungspfade) oder individueller Anordnung;
- Veranlassung der Untersuchungen und Therapien auf der Grundlage einer ärztlichen Anordnung,
- Überprüfung der ordnungsgemäßen Anordnung (Scheine), Überwachung der Befundeingänge, Absprachen mit Funktionsabteilungen;
- Entlass-Management.“<sup>85</sup>

Explizit abgegrenzt hiervon wurde die Case-Management-Funktion der ECO-Pflegefachkraft, die das kooperative Zusammenwirken mit dem Bezugsarzt näher charakterisiert: „Aufgabe der Pflegefachkraft gemeinsam mit dem Arzt im Kernteam ist es, die Teilprozesse der Patientenversorgung zu einem kontinuierlichen Gesamtprozess von der Aufnahme über die Entlassung bis zur poststationären Betreuung zu integrieren. Das besondere Vertrauensverhältnis ermöglicht eine erfolgreiche Kommunikation mit dem Patienten und seinen Angehörigen, um die Komplexität des Krankenhauses und der medizinisch-pflegerischen Maßnahmen adäquat zu vermitteln und den Bedürfnissen des Patienten anzupassen. Dabei übernimmt die Pflegefachkraft insbesondere eine Advokatenfunktion und eine vermittelnde Funktion.“<sup>86</sup>

Wenn auch nicht konkret benannt, so entspricht es aber sowohl der täglichen Praxis als auch der allgemeinen Absicht, die gemeinsame tägliche Visite als das wesentliche Instrument zur Abstimmung der Versorgungsprozesse von Bezugsarzt ECO-Pflegefachkraft zu nutzen.

Für die Übernahme dieser Managementfunktion – aber auch für die verantwortliche Wahrnehmung der Aufgaben im Pflege- und Medizinprozess - mussten die formalen Befugnisse nicht nur gegenüber dem Arztdienst, sondern auch innerhalb des Pflegeteams geklärt werden:

„Patientenbezogen

- ist sie (die ECO-Pflegefachkraft) fachlich weisungsbefugt gegenüber nachgeordneten Pflegekräften und Servicekräften;
- hat sie das Recht zur Subdelegation diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen an autorisierte Pflegekräfte;
- überwacht sie die ordnungsgemäße Ausführung von delegierten Aufgaben.“<sup>87</sup>

## 4.2 Die Übernahme der ECO-Rolle

### 4.2.1 Evaluationsdesign

Von besonderem Erkenntnisinteresse war zu ermitteln, ob und inwieweit das konzipierte Funktionsprofil der ECO-Pflegefachkräfte (vgl. Abschnitt 4.1) im Selbstverständnis der beteiligten Akteure und in der täglichen Stationspraxis zu identifizieren sein würde. Hierzu wurde ein mehrperspektivischer Evaluationszugang gewählt, der einen möglichst zuverlässigen und umfassenden Eindruck des Implementationsprozesses vermitteln sollte:

<sup>85</sup> Funktionsbeschreibung ECO-Pflegefachkraft vom 17.03.09. - Vgl. dazu auch die neuere Formulierung in der aktuellen Funktionsbeschreibung (Abschnitt 8.1, Ziffer 8.1.3.5).

<sup>86</sup> Vgl. Stellenbeschreibung ECO-Pflegefachkraft vom 17.03.09. - Vgl. dazu auch die neuere Formulierung in der aktuellen Funktionsbeschreibung (Abschnitt 8.1, Ziffer 8.1.3.4).

<sup>87</sup> Vgl. Stellenbeschreibung ECO-Pflegefachkraft vom 17.03.09. - - Vgl. dazu auch die neuere Formulierung in der aktuellen Funktionsbeschreibung (Abschnitt 8.1, Ziffer 8.1.3.6).

- Während des 1. Weiterbildungsdurchgangs zur Qualifizierung der ECO-Pflegefachkräfte wurde 2010 eine Fokusgruppen-Diskussion mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern durchgeführt und inhaltsanalytisch ausgewertet.<sup>88</sup> Diese sollte erste Anhaltspunkte über erworbene Kompetenzen, förderliche bzw. hemmende Bedingungen der Rollenübernahme sowie über Veränderungen in den Prozessen der Krankenhausversorgung geben.<sup>89</sup>
- Zwischen April 2012 und Juni 2012 wurden problemzentrierte Einzelinterviews mit Ärzten und Pflegenden des Krankenhauses durchgeführt. Zu diesem Zeitpunkt hatten bereits auch die Teilnehmer/-innen der zweiten Weiterbildungskohorte formal ihre Funktionen übernommen, und die Einführung des Modells hatte offiziell im gesamten Hause stattgefunden. Von Interesse war zu ermitteln, wie sich das Rollenselbstbild der ECO-Pflegefachkräfte (n=6) entwickelte, aber auch, welche Fremdbilder sich bei Ärzten und bei Pflegenden ohne ECO-Funktion (jeweils n=6) zu diesem frühen Umsetzungsgrad darstellten.<sup>90</sup>
- Weitere Erkenntnisse über die Aufgabenwahrnehmung wurden durch zwei passiv-teilnehmende Beobachtungen<sup>91</sup> im September 2013 und im April 2014 durchgeführt.<sup>92</sup> Hier war von besonderem Interesse festzustellen, ob in den täglichen Stationsabläufen wesentliche Unterschiede zwischen ECO-Pflegefachkräften und den anderen Pflegefachkräften im Hinblick auf die Aufgabenwahrnehmung beobachtet werden konnten. Des Weiteren diente die Untersuchung der Analyse, inwieweit und mit welcher Intensität die in den vorhergehenden Abschnitten ausgeführten Aufgaben des Funktionsprofils der ECO-Pflegefachkräfte wahrgenommen wurden. Im Halbjahresvergleich sollte zudem festgestellt werden, ob ein Trend zur Rollenmanifestation bzw. zum Rückfall in alte Rollenmuster zu verzeichnen war.
- In zwei weiteren, kurz aufeinander folgenden Fokusgruppen-Diskussionen mit 10 Weiterbildungsteilnehmerinnen im Mai 2014 sollte unter anderem in Erfahrung gebracht werden, inwieweit die ECO-Pflegefachkräfte ihre Tätigkeiten positiv oder negativ bewerteten und welche Gründe hierfür geltend gemacht wurden.<sup>93</sup>
- In einem weiteren Erhebungsansatz sollte in Erfahrung gebracht werden, ob sich das ECO-Modell positiv in der Wahrnehmung der Patienten niederschlägt. Beabsichtigt waren qualitative Interviews im prä-post-Vergleich von zufällig ausgewählten Patienten. In der Ersterhebung im November 2009 zeigte sich, dass die interessierenden Aspekte von den Patienten nicht beurteilt werden konnten, da sie diese nicht mit Erfahrungen anderer Krankenhausaufenthalte vergleichen und auch keine expliziten Erwartungen an Akteursrollen in der Krankenhausversorgung zum Untersuchungsgegenstand formulieren

---

<sup>88</sup> Vgl. Mayring, P.: Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. Weinheim 2010.

<sup>89</sup> Vgl. Gaidys, Uta: „*Ich kann jetzt besser Da-sein*“ – Bericht über das Fokusgruppeninterview im Mai 2010. KoPM®-Zentrum 2010 (unveröffentlichtes Manuskript).

<sup>90</sup> Limbeck, H.: Analyse der Veränderung des beruflichen Selbstbildes von Pflegefachkräften sowie ihres Fremdbildes als Folge einer veränderten Aufgabenverteilung in der stationären Krankenhausversorgung. Unveröffentlichte Masterthesis Fachhochschule für angewandtes Management, Erding, Fachbereich Wirtschaftspsychologie, 2012 (unveröffentlichtes Manuskript).

<sup>91</sup> Vgl. Lamnek, S.: Qualitative Sozialforschung. Weinheim 2005.

<sup>92</sup> Henkel, A.: Tätigkeiten der ECO-Pflegefachkräfte im Projekt Expert Care Organisation - eine Beobachtungsstudie im Querschnittsdesign. Hamburg, KoPM®-Zentrum 2014 (unveröffentlichter Bericht).

<sup>93</sup> Bussche, H. van den: Bericht über ein Fokusgruppeninterview mit den ECO-Pflegefachkräften im DRK-Krankenhaus Clementinenhaus in Hannover am 9.7.2014 zum Thema Weiterbildung zur ECO-Pflegefachkraft. Unveröffentlichtes Manuskript, Hamburg 2014.

konnten.<sup>94</sup> Aus diesem Grund wurde die Zielgruppe in der zweiten Patientenbefragung (April 2014) auf chronisch Kranke mit umfassenden Krankenhauserfahrungen eingegrenzt („Viellieger“).<sup>95</sup> Trotz einiger durchaus interessanter Einzelbefunde enttäuschten leider auch diese Ergebnisse, da die Patienten nur sehr eingeschränkt differenzierte Bewertungen abgeben konnten. Der Erwartungshorizont bei Patienten scheint relativ niedrig zu sein; Zufriedenheit stellt sich deshalb leicht her und wird lediglich durch singuläre enttäuschende Ereignisse ohne Bezug zu den Aspekten des ECO-Modells negativ beeinflusst.

#### 4.2.2 Phase 1 des Implementationsprozesses: Aufbruch und Visionen – die Ergebnisse der Fokusgruppendifkussion

Die Phase ab dem Jahr 2010 war bei den für die ECO-Funktion vorgesehenen Pflegenden geprägt durch eine Aufbruchsstimmung und hohe Motivation. Stimuliert durch die im Hause und auf einer der jährlich stattfindenden Mitarbeiterfortbildungstagung lancierten Informationen sowie durch den 2010 begonnenen ersten Weiterbildungsdurchgang bestanden bei dieser Gruppe recht klare Visionen über ihre zukünftige Rolle und ihre Aufgaben. Diese Vorstellungen wurden in einer Fokusgruppendifkussion<sup>96</sup> relativ klar definiert und spiegelten analytisch in den miteinander interagierenden Kategorien *Kontinuität*, *Verantwortung* und *Patientenbeziehung* wider:

**Kontinuität** bezeichnet die Erwartung, die pflegerischen Versorgungsprozesse zeitlich und inhaltlich in einer einheitlichen Qualität gewährleisten zu können. Als zentrale Voraussetzung für die Kontinuität sahen die Teilnehmer/-innen eine personelle Beständigkeit in der Einsatzplanung. Aus der Möglichkeit, Versorgungsprozesse kontinuierlich zu begleiten, speise sich auch die Qualität der Zusammenarbeit mit anderen an der Patientenversorgung beteiligten Berufsgruppen. Nur wer seine Patienten gut kennt, kann deren Situation und Bedürfnisse zutreffend einschätzen und mit diesem Wissen die interdisziplinäre Zusammenarbeit erfolgreich gestalten.

In enger Beziehung zur Kontinuität stand die von den Teilnehmer/-innen in ihrer neuen Rolle wahrgenommene **Verantwortung** für den pflegerischen Prozess und seine Sicherstellung. Die Verantwortungsübernahme wurde indes nicht nur für das eigene Handeln gesehen, sondern bezog sich ganz im Sinne der Prozessverantwortung auf den gesamten Versorgungsprozess der diesen Pflegenden persönlich zugewiesenen Patienten. So hat sich eine globale Perspektive der Prozessabläufe entwickelt: Sowohl die eigene Prozesswirksamkeit wird wahrgenommen als auch die Wirksamkeit der Prozesse im Gesamtzusammenhang.

Elementar für die Teilnehmer/-innen war ihre **Beziehung zu den Patienten**. Die Weiterbildungsteilnehmer/-innen sahen sich als feste Bezugspersonen und primäre Ansprechpartner für den Patienten.

Voraussetzung für den Beziehungsaufbau zum Patienten ist das von ihm entgegengebrachte Vertrauen, das nur in einer kontinuierlichen Betreuung erreichbar sei und ihnen eine bessere Einschätzung der Patientensituation und -bedürfnisse ermögliche.

Nahmen die Teilnehmer/-innen die hohe Verantwortungsübernahme in ihrer pflegerischen Tätigkeit wie selbstverständlich an, so fühlten sie sich in der Umsetzung dieser Verantwortung unsicher. Sie vermissten noch formelle Setzungen, die sie zur Übernahme ihrer neuen Rolle

<sup>94</sup> Vgl. Gaidys, U.: „Man ist hier nicht im Hotel – Und ich will auch gar nicht im Hotel sein!“ – Bericht über die Patienteninterviews im November 2009. KoPM®-Zentrum 2010 (unveröffentlichtes Manuskript).

<sup>95</sup> Henkel, A.: Patienteninterviews t2 im April 2014 im DRK-Krankenhaus Clementinenhaus Hannover. KoPM®-Zentrum 2014 (unveröffentlichtes Manuskript).

<sup>96</sup> Vgl. Gaidys, U.: „Ich kann jetzt besser Da-sein“ – Bericht über das Fokusgruppeninterview im Mai 2010. KoPM®-Zentrum 2010 (unveröffentlichtes Manuskript).

ermächtigt. Die Verantwortlichkeit dafür wurde den übergestellten Leitungspositionen zugewiesen. Die Teilnehmenden sahen sich nicht in der Verantwortung zur Mitgestaltung struktureller Voraussetzungen bei der Übernahme ihrer neuen Rolle. Vielmehr fühlten sie sich abhängig und ohnmächtig gegenüber vorgegebenen Bedingungen, die ihnen durch ihr eigenes Handeln nicht beeinflussbar erschienen. Das eigene Handeln wurde als einseitige Abhängigkeit insbesondere von der Berufsgruppe der Ärzte empfunden und so hingenommen. Die fehlende Selbstzuschreibung der eigenen Kompetenz, Wissen über Prozessoptimierung in die Versorgungspraxis zu transferieren, wurde deutlich. Die zu diesem frühen Zeitpunkt der Implementation gewonnenen Informationen signalisieren recht eindrücklich die Erwartungen, die die potenziellen ECO-Pflegefachkräfte an das Krankenhaus zur Umsetzung des Modells richteten.

### **4.2.3 Phase 2 des Implementationsprozesses: Umbruch und Realisierung**

#### **4.2.3.1 Ergebnisse der problemzentrierten Interviews**

Eine Annäherung in der Frage, ob die ECO-Pflegefachkräfte sich mit ihrer neuen Rolle identifizieren und diese nach eigenem Eindruck auch leben können, erfolgte im Rahmen von qualitativen Interviews in einem noch nicht konsequent umgesetzten Stadium der Implementation der ECO-Funktion zwischen April und Juni 2012 (n=6). Dieses Rollenselbstbild der ECO-Pflegefachkräfte wurde einerseits kontrastiert mit dem Rollenbild von Pflegekräften (n=6), die nicht diese Funktion übernommen hatten und sich damit aber in einer neuen - formal weisungsgebundenen - Rolle mit geringerem Kompetenzrahmen versetzt sehen mussten. Zum anderen wurden Ärzte in der Funktion von Bezugsärzten (n = 6) interviewt, um Veränderungen in der Aufgabenwahrnehmung der ECO-Pflegefachkräfte gegenüber der vorherigen Situation aus ihrer Perspektive zu ermitteln. Die in der Inhaltsanalyse erreichten Erkenntnisse werden im Folgenden anhand der ermittelten Kategorien Arbeitsinhalt, Verantwortung, Wissen/Fachkompetenz, Akzeptanz, Wissen und Kooperation vorgestellt:<sup>97</sup>

#### **Arbeitsinhalte**

Das Tätigkeitsspektrum der ECO-Pflegefachkräfte hat sich nicht grundlegend durch das Modell gewandelt. Als Veränderung wurden explizit mehr Selbständigkeit bei der Arbeit im Medizinprozess - insbesondere beim Medikamentenmonitoring - sowie in der Durchführung von Schulungen und Mitarbeitergesprächen genannt. Die ECO-Pflegefachkräfte waren in der direkten pflegerischen Patientenversorgung tätig; zum einen aus fachlicher Überzeugung im Dienste des Aufbaus einer Beziehung zum Patienten, zum anderen aus einem Verständnis der Kollegialität, um sich nicht von den anderen Pflegenden abzusetzen. Die Pflegenden ohne Weiterbildung bestärkten die ECO-Pflegefachkräfte bei der Übernahme dieser Funktion.

Aus der Sicht der befragten Ärzte kam es für die ECO-Pflegefachkräfte zwar nicht zu einem Zuwachs an Arbeitsinhalten, aber sehr wohl zu einem besseren Überblick über die Patientensituation. Sie beobachteten eine verstärkte Präsenz der ECO-Pflegefachkraft beim Patienten in der Funktion als primäre Ansprechpartner und stellten fest, dass diese einen besseren Überblick über die Patientensituation hatten, was von den Ärzten als Entlastung gewertet wurde.

#### **Verantwortung**

Die Zunahme in der Verantwortung ergibt sich als Konsequenz aus der Erweiterung des Handlungsspielraums und der Autonomie bei Entscheidungen – beides sind elementare

---

<sup>97</sup> Limbeck, H.: Analyse der Veränderung des beruflichen Selbstbildes von Pflegefachkräften sowie ihres Fremdbildes als Folge einer veränderten Aufgabenverteilung in der stationären Krankenversorgung. Unveröffentlichte Masterthesis Fachhochschule für angewandtes Management, Erding, Fachbereich Wirtschaftspsychologie, 2012 (unveröffentlichtes Manuskript).

Bestandteile des ECO-Modells. Das Thema „Verantwortung“ wies im Selbst- und Fremdbild allerdings die größten Unterschiede auf. Während ECO-Pflegefachkräfte bei sich überwiegend einen Zuwachs an Verantwortung wahrnahmen, wurde dies von den Pflegekräften ohne ECO-Weiterbildung so nicht und vor allen Dingen nicht einheitlich beurteilt. Bei den Ärzten wurde aber sehr wohl die Bereitschaft zu größerer Verantwortungsübernahme gesehen. Dieser scheinbare Widerspruch lässt sich auflösen: Die ECO-Pflegefachkräfte sehen in ihrer Rolle ganz zentral die Übernahme von mehr Verantwortung im Rahmen ihrer Funktion als ECO-Pflegefachkraft. Dieses entspricht sowohl ihrer formalen Funktionsbeschreibung als auch den Weiterbildungsinhalten. Ärzte begrüßen dies, da sie selber dadurch Entlastung erfahren. Pflegekräfte ohne ECO-Weiterbildung, die bei Abwesenheit der ECO-Pflegekräfte dieselben pflegerischen Tätigkeiten ausüben, realisieren eher keinen Unterschied, wenn sie sich mit den ECO-Pflegefachkräften vergleichen.

Die Einführung des ECO-Modells dürfte somit nicht nur das Aufgabenspektrum der eigentlichen Funktionsinhaber/-innen betreffen, sondern auch auf das Aufgabenspektrum der Nicht-ECO-Pflegefachkräften ausstrahlen, wenn diese - etwa in Vertretung - einzelne ECO-Funktionen übernehmen.

### **Wissen/ Fachkompetenz**

Das Selbstbild der ECO-Pflegefachkräfte unterschied sich von den Fremdbildern im Leitthema „Wissen/Fachkompetenz“. Während die ECO-Pflegefachkräfte - nicht überraschend - einen Wissenszuwachs angaben, wurde dieser von den anderen Befragten so nicht festgestellt. Ganz offenbar gelang es (noch) nicht, die erworbenen Kompetenzen so umzusetzen, dass sie für andere Akteure in der Art der Handlungen und der Art und Weise der Ausführung von Aufgaben sichtbar waren.

### **Akzeptanz**

Alle ECO-Pflegekräfte äußerten sich dahingehend, dass sie sich insgesamt in ihrer neuen Rolle akzeptiert fühlten. Dieses Selbstbild wurde zwar nicht durch konkrete Aussagen von den anderen Befragten gestützt, aber die Interviews gaben zu dieser Zeit auch keine Hinweise auf Ablehnung der neuen Rollenverteilung.

### **Führung**

In allen Interviews wurde durchgängig deutlich, dass der Anspruch noch nicht erfüllt wurde, eine fachliche Führungsrolle zu übernehmen. Offenbar wird von den ECO-Pflegefachkräften befürchtet, das kollegiale Miteinander durch die offensive Äußerung eines Führungsanspruchs zu gefährden. Hiermit korrespondieren die Aussagen der Nicht-ECO-Pflegefachkräften, die kaum eine Führungsrolle der ECO-Pflegefachkräfte wahrnahmen. Die zuvor genannte hohe Akzeptanz könnte durchaus im Zusammenhang mit einer nur defensiven Übernahme der fachlichen Führungsrolle stehen.

### **Kooperation**

Selbst- und Fremdbilder stimmen hinsichtlich des Leitthemas „Kooperation“ überein. Eine gute Zusammenarbeit wurde von allen Akteuren erlebt. Mögliche Intergruppenkonflikte waren nicht erkennbar. Eine Verschlechterung der Zusammenarbeit zwischen nicht weitergebildeten Pflegenden und ECO-Pflegefachkräften wurden aus den Interviews nicht deutlich.

#### 4.2.3.2 Ergebnisse der ersten teilnehmenden Beobachtung

Ein repräsentativer Eindruck von der realen Aufgabenwahrnehmung sollte im Rahmen einer teilnehmenden Beobachtung durch eine wissenschaftliche Mitarbeiterin des KoPM®-Zentrums im September 2013 erhoben werden. Die Beobachtung fand in insgesamt fünf unterschiedlichen Pflegebereichen des Krankenhauses statt, die jeweils in Verantwortung einer ECO-Pflegefachkraft standen. Die Beobachtung verlief in einem Zeitraum von 8 Arbeitstagen und umfasste insgesamt 8 Früh- und 5 Spätdienste. Beobachtet wurden während der Frühdienste 4 ECO-Pflegefachkräfte sowie 5 andere Pflegefachkräfte. Im Spätdienst wurden 2 ECO-Pflegefachkräfte und 3 Nicht-ECO-Pflegefachkräfte beobachtet. Die zusammengefassten Ergebnisse konnten nachfolgend beschriebenen Beobachtungskategorien zugeordnet werden:<sup>98</sup>

##### Pflegeaufgaben mit direktem Patientenbezug

Bei der Erhebung der Pflegeanamnese zeigte sich ein sehr heterogenes Bild. Versorgungsbedarfe werden während der Begleitung des Patienten in sein zugeteiltes Zimmer erfragt oder eingebettet in sonstige Patientengespräche bzw. in Pflegehandlungen. Vereinzelt üben auch Pflegekräfte ohne ECO-Weiterbildung Tätigkeiten aus, die der Anamneseerstellung zuzuordnen sind (z.B. während der Visite, wenn die Versorgungssituation des Patienten erfragt wird). In einem Fall wird von einer Nicht-ECO-Pflegekraft die Pflegeanamnese ohne Aufzeichnungen aus dem Gedächtnis in den Stationscomputer eingegeben.

Vermehrt beobachtet werden konnten diverse Tätigkeiten, die dem weiten Begriffsverständnis der Patientenedukation zuzuordnen sind.<sup>99</sup> Hierzu gehört die Aufklärung über Krankheitsbilder, Aufklärung und Beratung über (weitere) Diagnoseverfahren, Informationen zum Verlauf des Krankenhausaufenthaltes, Beratung zu nicht rezeptpflichtigen Medikamenten für den häuslichen Gebrauch, Aufklärung im Rahmen des Entlassungsgesprächs sowie psychosoziale Gespräche mit Patienten.

Auch Pflegende ohne Weiterbildung führten Tätigkeiten durch, die der Patientenedukation zuschreiben sind. So erhielten Patienten von diesen Pflegenden beispielsweise Verlaufsinformationen für den Krankenhausaufenthalt und die Entlassung in die Reha. Die psychosoziale Gesprächsführung und die Informationsgabe zur Insulintherapie wurden in je einem Fall durch eine ECO-Pflegefachkraft durchgeführt.

---

<sup>98</sup> Henkel, A.: Ergebnisse der teilnehmenden Beobachtung der Pflegekräfte im DRK-Krankenhaus Clementinenhaus Hannover. KoPM®-Zentrum September 2013 (unveröffentlichtes Manuskript).

<sup>99</sup> Vgl. Dröber, A.; Villwrock, U.: Springer Lexikon Pflege. Berlin und Heidelberg 2002, S.60; S.109f.; S.141.

### **Erweiterte Aufgaben im Medizinprozess**

ECO-Pflegefachkräfte geben Patienten Informationen über ihre medikamentöse Therapie und evaluieren diese durch die direkte Nachfrage beim Patienten (Beobachtet wurde die Schmerzmedikation).

Hierzu gehört auch die Anpassung der Medikation (im Rahmen der ärztlich angeordneten Bedarfsmedikation). In einem beobachteten Fall handelte es sich um die Anpassung einer Insulindosis zur subkutanen Verabreichung nach einer für das Krankenhaus gültigen, standardisierten Wertetabelle entgegen der Verordnung. In einem weiteren Fall wurden Medikamente aus dem „Hausgebrauch“ des Patienten angesetzt, bevor die ärztliche Verordnung für diesen neu aufgenommenen Patienten stattgefunden hat. Ebenso informierten andere Mitarbeitende (ohne ECO-Weiterbildung, unerfahrene Mitarbeiter/innen) diese Patientin auf Nachfrage über pharmazeutische Wirkungsweise spezieller Medikamente. Eine vergleichbare Aufgabenwahrnehmung konnte bei Nicht-ECO-Pflegefachkräften nicht beobachtet werden.

### **Aufgaben der Fallsteuerung**

ECO-Pflegefachkräfte übernehmen in der Patientenversorgung steuernde Aufgaben: Sie planen im Hinblick auf die Entlassung weitere Diagnostik mit dem Bezugsarzt, fordern relevante Laborparameter eigenständig nach, lenken Visitengespräche auf patientenrelevante Themen (Entlassungsmanagement, Pflegestatus, häusliche Versorgungssituation), führen Telefonate mit Leistungsträgern über geplante rehabilitative Maßnahmen hinsichtlich Ablauf, Organisation und Leistungsumfang, erstellen Hilfsmittelverordnungen, beziehen physiotherapeutische Expertise und Angehörige in die Patientenversorgung ein, veranlassen aufgrund akuter gesundheitlicher Verschlechterung die Verlegung eines Patienten oder verlegen Patienten selbständig aufgrund eines Versicherungsartwechsel und prüfen Archivakten auf Vollständigkeit.

Auch die Pflegekraft ohne Weiterbildung zeigt gleichfalls fallsteuernde Tätigkeiten: Einholen von Unterlagen durchgeführter Diagnostik, Absprache über den Therapieverlauf mit dem Bezugsarzt, Mitteilung an den Sozialdienst über Ergebnisse aus Angehörigengespräch über Verlauf der Diagnostik und Gesundheitszustand des Patienten, Hinzuziehung eines Konsiliararzt, Planung eines Untersuchungstermins, Sichtung von Untersuchungsergebnissen, um weiteren Bedarf zu ermitteln sowie Organisation eines Entlassungstermins im Hinblick auf die Bettenplanung.

### **Förderung und Sicherstellung der Kontinuität der pflegerischen Versorgung der Kooperation**

Im täglichen Stationsablauf wenden sich die Ärzte zum Informationsaustausch an ECO-Pflegefachkräfte und umgekehrt. Im Kontext der Visite zeigt sich, dass ECO-Pflegefachkräfte an allen Visiten teilnehmen. Dies gilt auch im Hinblick auf die der Visite vorgelagerte Tafelvisiten, auf die anschließenden Nachbesprechungen sowie auf den Informationsaustausch über patientenrelevante Frage. Aber auch Pflegekräfte ohne Weiterbildung nehmen bei Abwesenheit von ECO-Pflegefachkräften an Visiten und Tafelvisiten teil.

Zwischen Abteilungsleitungen und ECO-Pflegefachkräften zeigen sich mehrere Gesprächsinteraktionen (Betten-/Belegungsmanagement, Planung der Arbeitsorganisation des Sozialdienstes, Vorbereitung der Mitarbeiterzielgespräche, Handhabbarkeit des Dokumentationssystem). In der Gruppe der anderen Pflegenden zeigen sich hingegen nur zwei

Sequenzen zum Thema Betten-/Belegungsmanagement zwischen ECO-Pflegefachkraft und Abteilungsleitung.

ECO-Pflegekräfte tauschen sich fallbezogen mit Mitarbeitern des Sozialdienstes und der Therapieberufe aus. Nicht-ECO-Pflegefachkräfte erhielten in zwei Sequenzen eine Übergabe von Physiotherapeuten.

Angehörige suchen das Gespräch mit Pflegenden und Pflegende vice versa. Für die Gruppe der ECO-Pflegefachkräfte wurde die Informationsgabe über den Allgemeinzustand eines Patienten an die betreuende externe Pflegekraft aus einer stationären Langzeitpflegeeinrichtung und ein Telefonat mit Angehörigen beobachtet. Für die Gruppe der anderen Pflegenden war ein Telefonat zum Gesundheitszustand und Therapieverlauf, ein persönliches Gespräch über den Verlauf der durchgeführten und geplanten Diagnostik, Austausch von Gesundheitszustand des Patienten, Ergebnisse des eingeschalteten Sozialdienstes persönliche Gespräche zum Allgemeinzustand des Patienten und des Therapieverlaufs zu beobachten.

### **Auf das Management bezogene Pflegeaufgaben**

Die Gruppe der ECO-Pflegekräfte erhält Arbeitsabläufe durch die Organisation der Supportprozesse aufrecht, wie zum Beispiel durch eine Fehlermeldung per Anruf in der EDV-Abteilung, durch Bestellung der Reinigungsbereitschaftskraft sowie durch eine Absprache und zeitliche Planung mit der Reinigungskraft. Die Übernahme der Bettenbelegungsplanung wurde mehrfach beobachtet. Auch die Überprüfung von einzelnen Arbeitsabläufen anderer Pflegekräfte wurde deutlich.

Aufgaben der Prozessoptimierung waren in mehreren verschiedenen Sequenzen beobachtbar: in der pflegerisch-medizinischen Versorgung, Vereinbarung über Prozessabläufe auf der Ebene mit einer weiteren ECO-Pflegefachkraft, Prüfung der Personalbesetzung an Hand des Dienstplanes, Bereitstellung der OP-Planung, Vollständigkeit der Patientendokumentation sowie Kurzübergabe des Bereichs. In der Gruppe der anderen Pflegekräfte zeigen sich ebenfalls für den Bereich der Sicherung des Stationsablaufes relevante Tätigkeiten: Bettenmanagement durch telefonische Rücksprache mit ZNA und Patientenverlegung, Information an Abteilungsleitung über den Stand der Bettenplanung, Einleiten von technischen Supportprozessen bei Störungen, Prüfen der Materialversorgung, Wochenenddienstplanung für Auszubildende, Optimierung des Tagesablaufs in Kooperation mit dem Arzt.

### **Aufgaben der Mitarbeiterführung**

Hierzu war ein Problemgespräch zwischen allgemeiner Pflegekraft und ECO-Pflegefachkraft sowie der zuständigen Abteilungsleitung zu beobachten, wobei die Gesprächsführung von der Abteilungsleitung übernommen wurde, die durch die ECO-Pflegefachkraft unterstützt wurde. Auch am Telefon wird ein Gespräch mit einem Mitarbeitenden durchgeführt, dessen Inhalt der Mitarbeiterführung zuzuordnen ist. In der Gruppe der anderen Pflegekräfte gab es hierzu keine Beobachtungen.

Zusammenfassend zeigt sich in der teilnehmenden Beobachtung folgendes Bild:

- Die Erstellung der Pflegeanamnese der Patientinnen und Patienten gehört nicht zu den expliziten Vorbehaltsaufgaben der ECO-Pflegefachkräfte. Dies dürfte bei Patienten, die einen komplexen Pflegebedarf aufweisen, problematisch sein, da die ECO-Pflegefachkräfte in diesem Bereich einen besonderen eigenständigen Versorgungsauftrag übernehmen sollen.

- Aufgaben der Patientenedukation werden überwiegend – jedoch nicht ausschließlich – von ECO-Pflegefachkräften wahrgenommen. Dieses erfolgt aber eher unstrukturiert und nebenbei. Entwicklungsbedarf besteht im Hinblick auf eine Professionalisierung dieser Aufgabe.
- Aufgaben der Fallsteuerung werden überwiegend von ECO-Pflegefachkräften übernommen, unterstützt durch andere Pflegenden. Ob und inwieweit es dabei zu Aufgabenüberschneidungen und mangelnder Aufgabenabgrenzung kommt, muss weiter geprüft werden.
- ECO-Pflegefachkräfte werden offenbar von Abteilungsleitungen in erster Linie als die primären Ansprechpartner aufgesucht. Dies gilt aber nicht so eindeutig für patientenbezogene Kommunikationsprozesse.
- Managerielle Aufgaben verteilen sich unter den Pflegenden, wobei sich eine deutliche Tendenz einer primären Zuständigkeit der ECO-Pflegefachkräfte abzeichnet.
- Die Übernahme fachlicher Führungsaufgaben durch ECO-Pflegefachkräfte war nicht präsent. Führungsaufgaben konnten lediglich zusammen mit der Abteilungsleitung beobachtet werden.

#### 4.2.4 Phase 3 des Implementationsprozesses: Beginnende Verstetigung

##### 4.2.4.1 Ergebnisse der zweiten teilnehmenden Beobachtung

Die Ergebnisse der ersten Teilnehmenden Beobachtung (vgl. Abschnitt 4.2.3.2) wurden in der ECO-Projektgruppe vorgestellt und anschließend in einem gemeinsamen Treffen der ECO-Pflegefachkräfte diskutiert. Die Ergebnisse führten zu nicht unerheblichen Irritationen der ECO-Pflegefachkräfte, die sich unter anderem in Zweifel gegenüber der Angemessenheit der Untersuchungsmethode äußerten. Vermutlich löste die externe Rückmeldung aber auch einen produktiven Reflexions- und Diskussionsprozess aus, da in der Folgeuntersuchung sieben Monaten später die Funktion ein klareres Profil aufwies. Die Untersuchungsanordnung der zweiten teilnehmenden Beobachtung im April 2014 entsprach weitgehend der ersten, wurde aber ausschließlich auf fünf Bereiche und den Frühdienst begrenzt.<sup>100</sup> Im Folgenden sind die wesentlichen Ergebnisse dargestellt:

Durch die Umsetzung der zwischenzeitlich eingeführten EDV-gestützten **Anamnesen** ergibt sich ein besonderes Aufgabenfeld für die ECO-Pflegefachkraft. Sie prüft in dem Bereich, für den sie verantwortlich ist, die vorhandenen Anamnesen auf Vollständigkeit und Aktualität. Hier zeigt sich, dass die beobachteten ECO-Pflegefachkräfte ihre pflegerischen Kompetenzen in der Praxis anwenden. Beispielsweise zeigen die Pflegenden professionsbezogenes Urteilsvermögen im Bereich der Beurteilung des Gesundheitszustandes (liegt eine Verschlechterung oder ein akuter Notfall vor?) sowie in der speziellen Haut- und Wundversorgung. ECO-Pflegefachkräfte werden gezielt von den nicht weitergebildeten Kollegen um Rat gebeten.

Im Bereich der **Beratungsaufgaben** lässt sich augenscheinlich ein quantitativer Anstieg der Häufigkeit feststellen. Alle beobachteten ECO-Pflegefachkräfte setzen Tätigkeiten aus dem Bereich der Patientenedukation ein (Aufklärung/Informationsgabe, Beratung, psycho-soziale Begleitung). Zusätzlich zeigten zwei ECO-Pflegefachkräfte Ansätze der Patienten-Anleitung zu jeweils einem bestimmten Thema (schmerzreduzierende Lagerung, Verhalten bei reduzierter Trinkmenge, Maßnahme zur Obstipationsprophylaxe). Kritisch zu betrachten ist weiterhin die fehlende Umsetzung von Patientenschulungen, obwohl Situationen beobachtet werden, die Indikationen für Schulungen darstellten (z.B. Ernährung bei Divertikulose oder Anus-Praeter-Anlage). Zwar

---

<sup>100</sup> Henkel, A.: Tätigkeiten der ECO-Pflegefachkräfte im Projekt Expert Care Organisation - eine Beobachtungsstudie im Querschnittsdesign. Hamburg, KoPM®-Zentrum 2014 (unveröffentlichter Bericht).

erlangen Patientenedukationen eine zunehmende Bedeutung für die ECO-Funktion, es mangelt aber noch an professioneller Umsetzung, wie sich beispielsweise bei einer Anleitung zur Obstipationsprophylaxe zeigt.

**Managerielle Aufgaben** haben deutlich gegenüber der Ersterhebung zugenommen, was sich insbesondere in den Bereichen der Prozessoptimierung und Organisation zeigt. Dies trifft auch auf Tätigkeiten der **Mitarbeiterführung** zu. Im Bereich der (operativen) Prozessoptimierung fallen besonders häufig Absprachen zu arbeitsablaufbestimmenden Tätigkeiten an, sowohl inter- als auch intraprofessionell. Von besonderer Bedeutung sind hier die Absprachen mit den Ärzten. Die Visite ist ein zentraler Bestandteil jedes Frühdienstes und wird wie auch bereits bei der Erstuntersuchung durch eine ECO-Pflegefachkraft - vorbehaltlich - mit hoher Priorität durchgeführt. Die verbindliche zeitliche Planung der gemeinsamen Visite stellt allerdings eine große Herausforderung dar und erfordert große Flexibilität in der Planung pflegerischer Arbeitsprozesse.

Der Umstand, dass eine Abteilungsleitung abwesend war, führte dazu, dass eine ECO-Pflegefachkraft eine Stellvertreterfunktion im Bereich der Dienstplangestaltung übernahm. Aufgaben der Mitarbeiterführung wurden nun offensiver sowohl im Hinblick auf die Arbeitseinteilung als auch als direkte fachliche Führung wahrgenommen (z.B. Anleitung der EDV-gestützten Transportscheinausstellung und einem speziellen Patienten-Versorgungsfall).

Bei der Beobachtung fiel auf, dass lediglich in zwei Bereichen die ECO-Pflegefachkräfte von anderen Pflegefachkräften unterstützt wurden. Ansonsten arbeiteten sie ausschließlich mit Pflegehilfskräften und Auszubildenden. Hinzu kommt, dass einige ECO-Pflegefachkräfte gleichzeitig auch Praxisanleiter sind - eine Aufgabe, die bereits für sich genommen hohe Ansprüche stellt.

Vorbehaltliche Aufgaben für ECO-Pflegefachkräfte definieren diese daher stark in Abhängigkeit von der aktuellen Teamzusammensetzung und der jeweiligen Aufgabenbelastung. In einem Fall wurde die Visitenbegleitung nicht als primäre ECO-Tätigkeit gesehen, um sich dafür Aufgaben der Patientenedukation und Mitarbeitergesprächen zu widmen.

Eine kontinuierliche Bereichsbesetzung durch fest zugeordnete ECO-Pflegefachkräfte scheidet offenbar an diversen organisatorischen Hürden. So entstehen aus Patientenperspektive längere „ECO-freie Zeiten“, da ein Teil der ECO-Pflegekräfte im 3-Schichtsystem arbeiten und sich auch an Arbeitsgruppensitzungen beteiligen muss. Diese Diskontinuitäten in der Bereichsbesetzung führen dazu, dass sich die ECO-Pflegefachkräfte den Patienten gegenüber nicht in ihrer Bezugsfunktion vorstellen, um keine Erwartungen zu wecken, die sie nicht erfüllen können.

In der Gesamtschau beider Beobachtungseinheiten ist in der zweiten Beobachtung eine stärkere Umsetzung der ECO-Rolle festzustellen, was sich insbesondere in Aufgaben der Patientenedukation, des Managements und der fachlichen Expertenfunktion zeigt. Der Prozess der Rollen-Verstetigung ist aber noch immer störanfällig und gestaltet sich sehr variabel in Bezug auf äußere Rahmenbedingungen. Das Profil der ECO-Pflegefachkräfte ist von Person zu Person unterschiedlich. Jede ECO-Pflegefachkraft setzt eigene Schwerpunkte in der Ausführung ihrer Rolle und bestimmt somit die Aufgaben, welche sie vorbehaltlich ausführt. Die Ausübung einer expliziten Bezugsfunktion wird in dieser Untersuchung nicht ersichtlich, einige ECO-Pflegefachkräfte vermeiden es geradezu diese Funktion explizit dem Patienten zu nennen.

#### 4.2.4.2 Ergebnisse der zweiten Fokusgruppendifkussion

Die ECO-Pflegefachkräfte (n=14) äußerten sich in der zweiten Fokusgruppendifkussion<sup>101</sup> im Prinzip sehr zufrieden mit ihrer Aufgabe und berichteten, diese mit großem Engagement auszuüben. Sie betrachten das ECO-Modell als einen wichtigen Schritt in Richtung Professionalisierung der Pflege und sehen positive Auswirkungen auf die Pflegequalität. Sie hätten nach der Fortbildung die Möglichkeit gehabt, nicht als ECO-Pflegefachkraft zu arbeiten, was aber nur wenige bevorzugt hätten.

Zu den Positiva der Tätigkeit gehörten die folgenden Aspekte:

- Eigene Schwerpunkte setzen können (z.B. Standards formulieren oder Pflegediagnosen bearbeiten);
- Freiräume für die eigene Entwicklung zu haben,
- ein größeres Mitentscheidungsrecht den Ärzten gegenüber zu haben,
- eine größere Anerkennung seitens der Ärzte zu erfahren,
- von den Patienten positiv wahrgenommen zu werden,
- keinen Schichtdienst mehr machen zu müssen.

Allerdings wurden auch mehrere Aspekte benannt, die diese Freude an der Ausübung der ECO-Tätigkeit trübten. Hierzu zählte die Personalknappheit. Das ECO-Modell sah zu Anfang eine Relation von einer ECO-Pflegefachkraft zu 12 bis 14 Patienten vor; heute sei diese Relation auf 1 zu etwa 20 Patienten angewachsen. Auch werde der geplante Personalbestand innerhalb des Verantwortungsbereichs einer ECO-Pflegefachkraft nicht realisiert. Immerhin in 1/3 der Fälle sei die ECO-Funktion nicht umsetzbar, da wegen Personalausfalls in großem Maße oder vollständig die Aufgaben einer Pflegenden übernommen werden müsse. Dann sei es auch schwierig, gegenüber Patienten als ECO-Pflegefachkräfte aufzutreten, da die Funktion nicht mehr wahrgenommen werden kann. Positive Ausnahmen stellen die Abteilung Geriatrie und die Privatstationen dar.

Bei Besetzungsengpässen bleiben die ECO-Pflegefachkräfte zudem häufig länger, was zu Überstunden führt. Die Aufgabenfülle nimmt dabei offensichtlich zu (Vorbereitung von Schulungsmaßnahmen der Mitarbeiter/-innen, Pflegediagnosen-Kontrolle, Festlegung von Standards), so dass eine qualifizierte ECO-Tätigkeit kaum ohne Überstunden ausgeübt werden könne. Neue und zusätzliche Aufgaben kommen eher aus den administrativen Bereich, wodurch das Gefühl, sich vom Patienten zu entfernen, zugenommen hat (z.B. Pflegeanamnesekontrollen). Trotz der Möglichkeiten, eigene Schwerpunkte setzen zu können bzw. Freiräume für die eigene Entwicklung zu haben, wird beklagt, dass das Tätigkeitsfeld nicht genug präzisiert sei und jede(r) *„daraus ein wenig machen kann, was sie/er will“*.

Als Problem wird bei einem Teil der Pflegekräfte die zu geringen Kenntnisse über das ECO-Modell bemängelt. Mitunter erweist es sich auch als schwierig, neue Patienten und neue Ärzte die Aufgaben einer ECO-Pflegefachkraft zu erklären.

Als zusätzliches Erhebungsinstrument wurde am Ende des Interviews ein standardisierter Fragebogen eingesetzt. Er bestand aus insgesamt 19 Statements zu der Arbeit der ECO-Pflegefachkräfte, die anhand einer Likert-Skala bewertet wurden. Die Antworten bestätigten im Grundsatz den positiven Eindruck aus dem Interview. Im Folgenden werden die Ergebnisse dreier Themenbereiche vorgestellt, nämlich zu den Themen

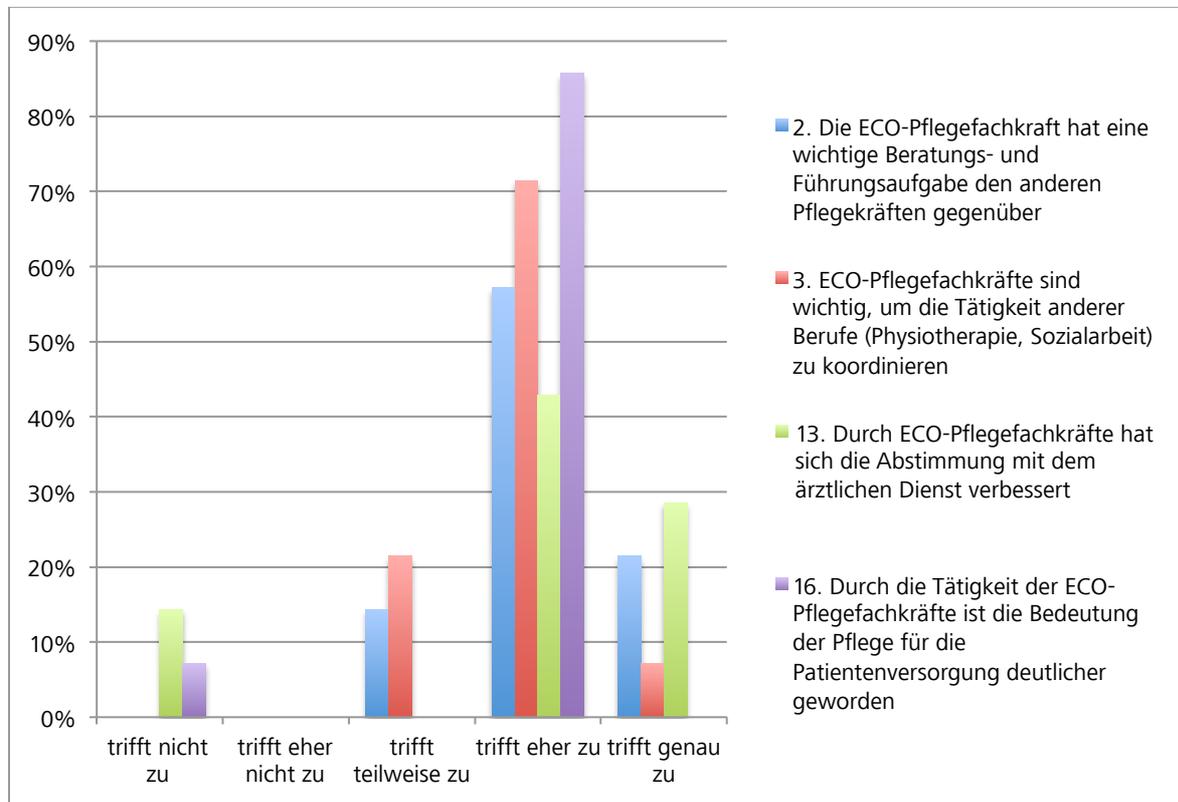
- Bedeutung und Nutzen der ECO-Pflegefachkräfte (4 Statements),

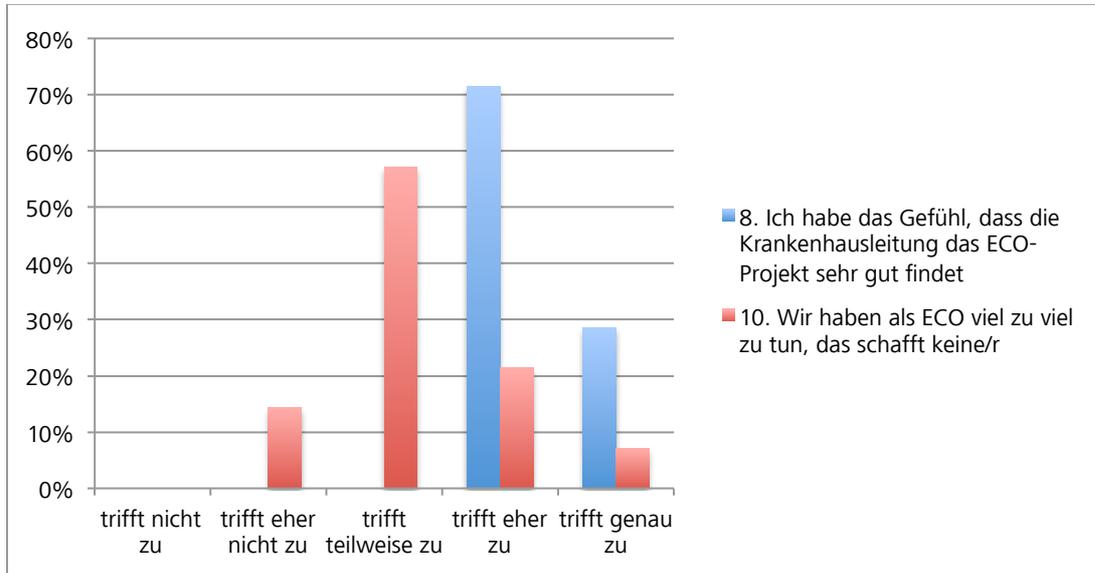
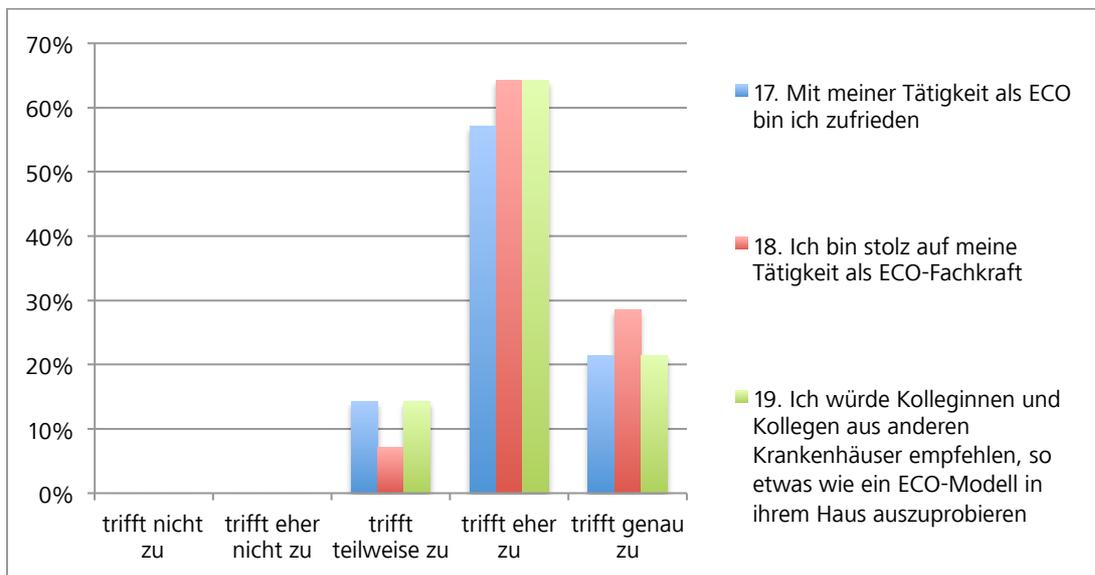
---

<sup>101</sup> Bussche, H. van den: Bericht über ein Fokusgruppeninterview mit den ECO-Pflegefachkräften im DRK-Krankenhaus Clementinenhaus in Hannover am 9.7.2014 zum Thema Weiterbildung zur ECO-Pflegefachkraft. Unveröffentlichtes Manuskript. Hamburg 2014.

- Rahmenbedingungen für die Tätigkeit der ECO-Pflegefachkräfte (2 Statements) und
- eigene Position zur Rolle als ECO-Pflegefachkraft (3 Statements).

**Abbildung 4.1: Bedeutung und Nutzen der ECO-Pflegefachkräfte**



**Abbildung 4.2: Rahmenbedingungen für die Arbeit der ECO-Pflegefachkräfte****Abbildung 4.3: Eigene Position zur Rolle als ECO-Pflegefachkraft**

#### 4.2.4.3 Ergebnisse der halbstandardisierten Interviews mit Patienten

Im April 2014 wurden mit sieben zufällig ausgewählten Patienten (5 männlich, 2 weiblich) halbstrukturierte Interviews geführt.<sup>102</sup> Untersucht werden sollte, wie Patienten die (veränderte) Versorgung im DRK-Krankenhaus Clementinenhaus Hannover erleben. Eingeschlossen wurden

Henkel, A.: Patienteninterviews t2 im April 2014 im DRK-Krankenhaus Clementinenhaus Hannover. KoPM®-Zentrum 2014 (unveröffentlichtes Manuskript).

neben den üblichen Kriterien ausschließlich Patienten, die in den letzten drei Jahren mehrere Krankenhausaufenthalte hinter sich hatten, damit Patienten befragt wurden, die Unterschiede in der Versorgung beurteilen konnten. Insbesondere sollten in den Interviews die Aspekte des Aufnahmegesprächs, der Übernahme der Bezugsfunktion, des interprofessionellen Informationsaustauschs, der Patientenorientierung und des Erlebens von Prozessabläufen vor dem Hintergrund der Umsetzung des ECO-Modells von beleuchtet werden:

- Keiner der befragten Teilnehmer erinnerte sich an ein **pflegerisches Aufnahmegespräch**. Das Aufnahmegespräch wird mehrheitlich ausschließlich mit der ärztlichen Aufnahme assoziiert. Lediglich ein Teilnehmer kann auf Nachfrage Einzelheiten der Pflegeanamnese wiedergeben (familiäre Verhältnisse, verheiratet, Pflegestufe, Gebiss, Brille). Auch im Verlauf des weiteren Krankenhausaufenthalts sind Gespräche mit Anamnesecharakter wahrgenommen worden.
- Vier der sieben Teilnehmenden verneinen, feste **Ansprechpartner** bei den Pflegenden zu haben. In zwei Fällen werden Pflegenden über mehrere Krankenhausaufenthalte als Vertrauenspersonen angesehen, die für sie die Ansprechpartner darstellen. Zwar werden auf der Seite der Ärzte eher feste Ansprechpartner wahrgenommen, aber auch dies nicht durchgehend: *„Also, was mich auch so ein bisschen also stört, jede Woche ist ein anderer Arzt für einen zuständig“*.
- Ein Teilnehmer wähnt das Vorhandensein einer im Hintergrund tätigen „Oberschwester“, welche für besondere Anlässe zuständig sei. - Die Wahrnehmung der Bezugsfunktionen ist offenbar auch aufgrund der personellen Diskontinuität für die Patienten nicht gut ersichtlich. Bereits der personelle Wechsel durch das Schichtsystem, das primär in der Pflege wahrgenommen wird, stellt für Patienten einen Bruch der Kontinuität dar
- Patienten können den Informationsstand von Ärzten und Pflegenden zu ihrem individuellen Fall nur vage einschätzen, haben aber das Gefühl, dass die Berufsgruppen gut informiert sind. Negativ äußerten sich Patienten in zwei Fällen zum Informationsstand der Ärzte untereinander. Der **interdisziplinäre Informationsaustausch** zwischen Ärzten und Pflegekräften ist für den Patienten nicht direkt einsehbar und daher nur mittelbar zu beurteilen. Es gibt Anhaltspunkte dafür, dass nicht immer eindeutig geklärt ist, welche Anforderungen sich für den Patienten in der Folge von Untersuchungen ergeben: *„Das scheint ganz gut zu sein, ...wenn auch zuletzt vielleicht nicht so gut, darf ich was essen, darf ich nichts essen, das ging auch ein bisschen durcheinander.“*

Für Patienten stellt die Visite eine Möglichkeit dar, die Rollen von Ärzten und Pflegenden zu identifizieren, die unterschiedlich wahrgenommen werden: *„Das merkt man bei den Visiten, erst, (...) dass die Pflegekraft doch dann sagt, aber hör mal, das ist so und so. Also die tauschen sich schon aus.“* Und im anderen Fall: *„Der (Arzt) ist dabei, die Oberschwester ist auch dabei und dann... die Ärztin macht dann ihre Anordnungen, die schreibt die dann auf.“*

- Die **Patientenorientierung** drückt sich in den vorliegenden Interviews hauptsächlich durch die Empathiefähigkeit und Zugewandtheit des pflegerischen und ärztlichen Personals aus. Diese Punkte bestimmen bei den Teilnehmern, wen sie sich als Ansprechpartner aussuchen. Insgesamt können alle interviewten Patienten ihre Bedürfnisse offen ansprechen oder haben das Gefühl, dass sie es tun könnten. Einschränkungen gibt es im Zusammenhang mit wahrgenommener Hektik.
- Hinsichtlich des **Erlebens von Prozessabläufen** sind Patienten auf Wartezeiten eingestellt. Vor dem Hintergrund dieser Erwartungshaltung zeigen sich kaum negative Bewertungen der interviewten Patienten. Wertgeschätzt wird, wenn es eine Orientierung

über mögliche Verzögerungen gibt; negativ wird eine mangelnde zeitliche Abstimmung von Untersuchungen und Mahlzeiten bewertet

## 4.3 Neuausrichtung des Pflegeprozesses

### 4.3.1 Projektziele und Projektverlauf

Eine erste Durchsicht von fünf zufällig ausgewählten Pflegedokumentationen bereits im Jahre 2008 durch das KoPM®-Team ließ deutlich erkennen, dass Entwicklungsbedarf in der inhaltlichen Ausrichtung und im Ablauf des Pflegeprozesses bestand. Einerseits war beabsichtigt, die gesamte Pflegeplanung und -dokumentation in das zu dieser Zeit neue Krankenhausinformationssystem (KIS) zu integrieren. Andererseits sollten die Teilsysteme der ärztlichen und der pflegerischen Versorgung besser aufeinander abgestimmt werden, um Doppelzuständigkeiten zu vermeiden, den Anteil der Pflege an der Gesamtversorgung klarer zu identifizieren und die interdisziplinäre Kommunikation dadurch zu verbessern, indem das prinzipielle Vorgehensmodell im Medizin- und Pflegeprozess angenähert werden und einer einheitlichen Terminologie folgen sollte. Konkretisiert wurde dies in der Absicht, die Pflegeanamnese neu zu gestalten und Pflegediagnosen parallel zu medizinischen Diagnosen einzuführen (vgl. Abschnitt 4.1.1).

Für dieses Teilprojekt waren insgesamt 7 Projektgruppensitzungen in der Zeit zwischen April 2009 und Dezember 2009 sowie eine Abschlussitzung im Februar 2012 vorgesehen. Beteiligt werden sollten die Pflegewissenschaftlerin, deren Stelle zu Beginn dieses Teilprojekts noch nicht besetzt war, zwei Teilnehmer/-innen aus der Weiterbildung sowie eine Vertretung der Krankenpflegeschule, damit eine Synchronisation mit den Ausbildungsinhalten an der Krankenpflegeschule ermöglicht werden konnte. Wissenschaftlich begleitet wurde das Teilprojekt vom KoPM®-Team.

Das Projekt hatte mit relativ ungünstigen Rahmenbedingungen zu kämpfen, die im Projektverlauf immer wieder zu Verzögerungen führten. Nachdem erst nach längerem Suchprozess die Stelle der Pflegewissenschaftlerin extern besetzt werden konnte, stellte sich nach längeren Diskussionen heraus, dass diese die auf Kooperation der Berufsgruppen orientierten Projektziele nicht mittragen konnte; das Arbeitsverhältnis wurde daher beendet. Die Stelle wurde daraufhin intern besetzt, allerdings gab es durch die Elternzeit der Stellinhaberin Unterbrechungen der Besetzung.

Außerdem stellte sich heraus, dass auch die elektronische Verarbeitung der neuen Verfahren im Krankenhausinformationssystem eine sehr komplexe und aufwändige Aufgabe war, die mehrmals eine Anpassung des Zeitplans erforderlich machte.

Es zeichnete sich im Projektverlauf zunehmend ab, dass das Ziel einer vollständigen Implementation der Pflegediagnostik im gesamten Krankenhaus nicht erreicht werden konnte, sondern dass eine Beschränkung auf eine Erprobung in der Geriatrie vorgenommen werden musste.

Auf der Grundlage der Weiterbildungsinhalte wurde seitens der wissenschaftlichen Begleitung ein Leitfaden „Diagnoseorientiertes Pflegeassessment“ entwickelt, der als Struktur für die Pflegeanamnese dienen sollte. Hier wurde auch das theoretische Konzept für die Systematisierung der Pflegediagnosen festgelegt.<sup>103</sup> Aus pragmatischen Gründen wurde darauf allerdings verzichtet, die gesamten Pflegediagnosen aus der NANDA-Klassifikation<sup>104</sup> zu übernehmen. Stattdessen sollte eine weniger ausdifferenzierte Kategorisierung gewählt und eine Beschränkung auf die im Hause

<sup>103</sup> Vgl. Gordon, M.: Handbuch Pflegediagnosen. Bern 2013.

<sup>104</sup> NANDA International (Hrsg.): Nursing Diagnosis. Definition and Classification 2012-2014. Oxford 2012.

vermuteten häufigsten Diagnosen vorgenommen werden. Als Grundlage hierzu diene das Lehrbuch „Menschen pflegen“.<sup>105</sup> Der um die Pflegediagnostik angereicherte Pflegeprozess fand Eingang in das Pflegekonzept des DRK-Krankenhauses Clementinenhaus Hannover vom Januar 2014.<sup>106</sup> Auf dieser Grundlage wurden in Arbeitsgruppen die Pflegediagnosen um die Angaben von Symptomen/Kennzeichen, Pflegezielen und Maßnahmenvorschläge ergänzt, die in der Folgezeit die Vorlagen für die Verarbeitung in der elektronischen Pflegedokumentation dienten. Die Präsentation eines Prototyps dieser elektronischen Patientenakte mit einer Auswahl von Pflegediagnosen fand im Mai 2014 statt.

Es bestand Einvernehmen in der Projektgruppe, dass die Einführung der Pflegediagnostik über die theoretische Bearbeitung und praktische Übung in der Weiterbildung einen länger andauernden Lernprozess impliziert, der nicht mit Projektende abgeschlossen sein würde. Angesichts der bereits eingetretenen Verzögerungen war das Ziel der Einführung der Pflegediagnostik innerhalb des Projektzeitraums nicht mehr zu realisieren. Stattdessen sollte eine Erprobung auf der geriatrischen Abteilung erfolgen, die wegen des hohen Pflegeaufwands als Modellbereich ausgewählt wurde.

- Die Struktur des „Diagnoseorientierten Pflegeassessments“ ist verbindlich festgelegt, vollständig in das elektronische Krankenhausinformationssystem eingepflegt und in den Routinebetrieb überführt.
- In Orientierung an das Lehrbuch „Menschen pflegen“ sind 36 Pflegediagnosen ausgewählt, hinsichtlich potentieller ätiologischer Merkmale der typischen Patientenstruktur des Clementinenkrankenhauses ergänzt sowie mit Vorschlagslisten für Pflegeziele und Pflegeinterventionen verknüpft.
- Die Erprobung der Pflegediagnostik in der Geriatrie ist erfolgt.

#### 4.3.2 Evaluationsdesign

Zur Evaluation wurden im Prä-Post-Design Dokumentationsanalysen zur Prüfung der inhaltlichen Konsistenz der Umsetzung des Pflegeprozesses durchgeführt. Es wurde hierfür ein eigens entwickeltes Analyseinstrument eingesetzt, da die vorgefundenen Instrumente nicht vollständig den Untersuchungszielen entsprachen.

Das Analyseraster umfasste folgende Untersuchungskriterien:

- Vollständigkeit und Angemessenheit der Pflegeanamnese;
- Sinnvoller Einsatz und kontinuierliche Führung von Pflegeassessments;
- Erfassung aller relevanten Pflegeprobleme;
- Dokumentation des Entlassungsmanagements;
- Nachvollziehbare Ableitung von Pflegeinterventionen und deren kontinuierliche Durchführung;
- In einer Metaanalyse Prüfung der interne Konsistenz (Rekonstruktion des Pflegeverlaufs, Kontinuität der Versorgung, logischer Zusammenhang von Problemen, Maßnahmen und Pflegeergebnissen; Konsistenz der Pflegedokumentation mit weiteren Dokumentationen der Patientenakte).

Es versteht sich von selbst, dass eine Dokumentationsanalyse keine validen Rückschlüsse auf die Patientenversorgung zulässt, sondern lediglich auf die Dokumentationsqualität.

---

<sup>105</sup> Heuwinkel-Otter, A., Nümann-Dulke, A., Matscheko, N. (Hrsg.): Menschen pflegen. Bd. 2 Pflegediagnosen – Beobachtungstechniken – Pflegemaßnahmen. Heidelberg 2006.

<sup>106</sup> Dokument: Pflegekonzept des DRK-Krankenhauses Clementinenhaus (Internes Dokument des DRK-Krankenhauses Clementinenhaus Hannover).

In der Ersterhebung wurden per Zufall 8 Krankenakten ausgewählt, die für die Analyse vollständig kopiert und anonymisiert wurden. Die Akten stammten aus dem ersten Quartal 2012 aus den klinischen Disziplinen Gastroenterologie, Kardiologie, Chirurgie und Geriatrie. Die Analysen wurden ohne Beteiligung des DRK-Krankenhauses Clementinenhaus Hannover von zwei Forschern des KoPM®-Zentrums vorgenommen. Die Ergebnisse wurden anschließend verglichen, diskutiert und konsentiert. Für die Zweiterhebung wurde ähnlich vorgegangen.<sup>107</sup>

Im Juli 2014 wurde eine weitere Analyse von 8 zufällig ausgewählten Pflegedokumentationen aus der geriatrischen Abteilung durchgeführt, um mögliche Effekte der zu diesem Zeitpunkt lediglich in dieser Abteilung eingeführten grundlegend veränderten Pflegeanamnese zu beurteilen. Die Analyse konnte nicht - wie eigentlich beabsichtigt – auf die Anwendung der Pflegediagnostik bezogen werden, da die Einführung von Pflegediagnosen erst seit Mitte 2014 in der geriatrischen Abteilung modellhaft erprobt wird. Zur Auswertung der Erfahrungen mit der Pflegediagnostik wurden Fallbesprechungen vorgesehen, die systematisch protokolliert und ausgewertet wurden.

### 4.3.3 Evaluationsergebnisse der Neuausrichtung des Pflegeprozesses

#### 4.3.3.1 Ergebnisse der Pflegedokumentationsanalyse

Die bereits bei der unsystematischen Durchsicht identifizierten Mängel der Pflegedokumentation konnten in einer systematischen Dokumentationsanalyse in differenzierter Form verifiziert werden. Zu berücksichtigen ist, dass auch hierbei lediglich nach problematischen Aspekten gesucht wurde, die ein Schlaglicht auf Dokumentationsmängel werfen, aber keine quantitative Gewichtung fehlerhafter im Verhältnis zu korrekter Dokumentation erlauben. Das genutzte Analyseinstrument erfasste auch keine quantitative Gewichtung von Dokumentationsmängeln im Gesamtzusammenhang aller dokumentierten Daten, da Referenzwerte für eine hochwertige und vollständige Dokumentation nicht ermittelt wurden. Stattdessen wurde eine qualitative Auswertung typischer Probleme vorgenommen.

Die deskriptive Analyse lässt keine Schlussfolgerungen auf die Ursachen der identifizierten Probleme zu. Diese Ursachen könnten zum Beispiel darin bestehen, dass

- die entsprechenden Items in der Dokumentation gar nicht vorgesehen sind,
- entsprechende Formulare nicht vorhanden sind (wie z.B. ein Überleitungsbericht),
- Angaben in den vorgesehenen Textfeldern fehlen,
- die vorgenommenen Angaben offensichtlich falsch sind oder
- sich der Status der Patienten verändert hat, aber keine weitere systematische Stuserhebung mehr erfolgte,
- an anderer Stelle Standards hinterlegt sind, die komplexe Pflegehandlungen beschreiben.

#### Ergebnisse der Dokumentationsanalyse t1

In der ersten Dokumentationsanalyse (t1) wurden zusammenfassend folgende Mängel festgestellt:

- **Pflegeanamnese:** Wesentliche Pflegeprobleme werden nicht erfasst (z.B. Demenz, Exsikkose, Schlafstörung, -qualität, Nahrungsverweigerung, „Fußpilz“, Sebstase, Schwindel, Stimmungsverschlechterungen, Inkontinenz, Suizidalität). Es fehlen relevante Hinweise (Patientenverfügung, Pflegestufen) und Hinweise auf relevante Risiken (Sturzrisiko). Psycho-soziale Problemlagen der Patienten sind in der Anamnese nicht vorgesehen und können dementsprechend auch nicht erfasst werden (Beispiele: Suizidversuch, Verlegung in ein Hospiz; Betreuung als pflegender Angehöriger).

<sup>107</sup> Vgl. Auswertung Pflegedokumentationsanalyse t1 u. t2. (Zusammenfassung. (KoPM®-Zentrum, unveröffentlichtes Manuskript vom 13.09.2014).

Es finden sich widersprüchlich Angaben zwischen Selbstpflegefähigkeit der Patienten und Unterstützungsbedarf. Die Übergabeberichte aus Pflegeheimen werden nicht hinreichend gewürdigt, so dass die Aufrechterhaltung der Pflegekontinuität bedroht ist.

- **Einsatz von Assessments:** Mit Ausnahme der „Norton-Skala“ zur Beurteilung der Durchliegegefährdung werden weitere Assessments nur in der Geriatrie verwendet. Positiv auffallend: Die Nortonskala ist meistens berücksichtigt und wird wiederholt eingesetzt.
- **Pflegeprobleme und Pflegemaßnahmen:** Grundsätzlich bestätigt sich, dass sich die in der Anamnese erfassten Probleme auch im Maßnahmebogen wiederfinden lassen. Dies gilt aber nicht andersherum: Das heißt es erscheinen Befunde oder ergriffene Maßnahmen, für die es keinerlei Anhaltspunkte in der Anamnese gibt. Die Maßnahmenbögen erlauben die Beurteilung des Pflegeaufwands in den einzelnen Schichten. Vereinzelt finden sich bei einem Patienten widersprüchliche Angaben: Beispiele: „Übernahme der Körperpflege“ und „Hilfestellung bei eingeschränkter Körperpflege“. Pflegemaßnahmen, die auf individuellen Patientenbedürfnissen beruhen, sind nur selten dokumentiert. Die Maßnahmendokumentation ist nicht frei vom Verdacht des unreflektierten „Weiterkreuzens“, wenn beispielsweise plötzlich und unerwarteter ein Wechsel („Genesungssprung“) von starker Pflegebedürftigkeit zur vollständigen Selbstversorgung bei einer Patientin aus dem Verlaufsbericht hervorgeht. Eine schriftliche situative Anpassung der Maßnahmen geht aus der Dokumentation nicht hervor. Nicht immer sind den in der Pflegeanamnese und im Pflegebericht genannten Problemen auch Maßnahmen zugeordnet (z.B. „trockene Haut“, „Sondenkost“, „Desorientierung“). In anderen Fällen werden dagegen Maßnahmen ergriffen, für die eine Indikation fehlt (Fußpflege, Triflow- An- und Absetzung, Sturzprophylaxe). Da die beiden letzten Interventionen im Zusammenhang mit einer Operationsvorbereitung stehen, könnten sie zu einem Interventionsbündel gehören, das nicht näher bezeichnet wird.
- **Pflegebericht:** Insgesamt gilt, dass die Pflegeberichte sehr individuell geprägt sind. Auffällig ist, dass bestimmte Pflegephänomene mit hoher Aufmerksamkeit erfasst werden (Schmerzen, nächtliches Schlafen, Wohlbefinden). Dagegen sind teilweise anekdotisch eingesprenkelte Angaben enthalten, deren Sinn nicht nachvollziehbar (Blutdruck kontrolliert; Patient äußert keine Wünsche). Positiv heben sich Wund- und Dekubitusdokumentation ab. Auch im Pflegebericht finden sich keine Aussagen zum psychosozialen Befinden trotz deutlicher Hinweise aus der Krankengeschichte. Dies gilt auch für den Maßnahmenkomplexe Pflegeberatung und Patientenedukation. Gründe für die Änderung der Pflege sind nicht durchgehend nachvollziehbar (Absetzen der O<sub>2</sub>-Gabe). Protokolle zur Bilanzierung und Flüssigkeitseinfuhrkontrolle sind sehr lückenhaft geführt. Änderungen des Patientenzustands sind eher unsystematisch und zufällig erfasst.
- **Entlassungsmanagement:** Es werden zwar rudimentäre Hinweise zur Lebenssituation erfasst (z.B. alleinlebend), aber eine Rubrik fehlt, die auf poststationären Unterstützungsbedarf bei z.T. komplexen Versorgungskonstellationen und aufgeschichteten Problemlagen verweist. Es gibt Hinweise auf eine frühzeitige Einbeziehung des Sozialdienstes, aber es fehlen Überleitungsberichte an nachfolgende Versorgungseinrichtungen. In mehreren Fällen fehlen in der Entlassungcheckliste (Geriatrie) die Angaben der Pflege.

In der Metaanalyse zeigt sich insgesamt kein Zusammenhang zwischen den Dokumentationen der einzelnen Berufsgruppen, obwohl z.T. gemeinsame Dokumente genutzt werden (Verlaufsbericht). So besteht der Verdacht, dass die Dokumentationen anderer Berufsgruppen nicht, nicht vollständig oder zumindest ohne Konsequenzen zur Kenntnis genommen werden. So ist beispielsweise eine interdisziplinäre Kooperation mit Physiotherapie und Ergotherapie aus der Dokumentation nicht erkennbar. Außerdem finden sich mit Ausnahme der Wunddokumentation durchgängig keine Wirksamkeitsnachweise der Pflege.

### Ergebnisse der Dokumentationsanalyse t2

Die zweite Analyse nach Einführung der neu entwickelten Pflegeanamnese zeigt im Vergleich deutliche Verbesserungen, auch wenn einzelne Mängel noch fortbestehen:

- Im Bereich der **körperlichen Pflegeprobleme** ist durchgängig eine komplette anamnestische Erfassung zu identifizieren. **Psycho-soziale Problemlagen** (Angustzustände, kognitive Beeinträchtigungen, soziale Isolation) werden hingegen nach wie vor nicht angemessen berücksichtigt. Teilweise gibt es deutliche Hinweise in der Verlaufsdokumentation, die in der Anamnese fehlen, oder es werden Probleme in der Anamnese oder in der ärztlichen Dokumentation genannt, die weder in der Verlaufsdokumentation noch in der Interventionsplanung berücksichtigt sind. Lediglich in einem Fall findet sich eine instruktive und kontinuierliche Beschreibung der emotionalen Verfasstheit einer Patientin. Interventionen im Bereich psycho-sozialer Problemkonstellationen (z.B. Maßnahmen der Patientenedukation) finden sich durchgängig nicht. Dies gilt auch für den Einbezug von Angehörigen. Bestimmte Rubriken der Anamnese (Aktuelle Beschwerden, Grund der Aufnahme) wurden in allen gesichteten Dokumentationen nicht ausgefüllt.
- Mängel in der Vollständigkeit der zum Einsatz kommenden **Assessments** und Verlaufsberichte, -protokolle finden sich mit Ausnahme von Einfuhr- und Bilanzierungsprotokollen nicht mehr.
- Die Listen zur Planung und zum Nachweis der **Pflegemaßnahmen** sind kontinuierlich geführt; Mängel zeigen sich nicht.
- Die **Entlassungsdokumentation** ist bei allen gesichteten Dokumentationen vorhanden. In den meisten Fällen geben sie auch angemessen den Versorgungsbedarf wieder. In einem Fall bleiben Zweifel, ob sich die zuständige Pflegende angemessen über die häusliche Versorgungssituation der Patientin informiert hat. In einem anderen Fall fehlt die Pflegeüberleitung in die Anschlussheilbehandlung.
- Aus den Protokollen der Fallkonferenzen in der Geriatrie ist ersichtlich, dass die Beteiligung der Pflege von sehr unterschiedlicher Intensität ist. Teilweise finden sich sehr differenzierte Beiträge mit klaren Zielvorstellungen, in anderen Fällen ist die Darstellung oberflächlich.
- Die Qualität der **Verlaufsdokumentation** ist auch in dieser Erhebung von sehr unterschiedlicher Güte. Noch immer ist eine Fülle irrelevanter Information enthalten, und es dominiert eine (fachliche) Alltagssprache in den Darstellungen. Die Ausführungen variieren zwischen kurz-prägnant und unpräzise-weitschweifig.
- Aus den Dokumentationen ist im Rahmen der Analyse nicht zu erfassen, ob und inwieweit bei der Anamnese die zuständige ECO-Pflegefachkraft beteiligt war.

#### 4.3.3.2 Evaluation der Pflegediagnostik

Mit den Fallbesprechungen wurden zwei Ziele verfolgt. Zum einen dienten sie dazu, den ECO-Pflegefachkräften nach der Weiterbildung weitere Lernmöglichkeiten zu offerieren, um die Pflegediagnostik sicher im Krankenhaus einzuführen. Zum anderen sollte geprüft werden, in welchem Maße die ECO-Pflegefachkräfte bereits Sicherheit im Umgang mit der Pflegediagnostik gewonnen hatten. An die Fallbesprechungen wurden Voraussetzungen geknüpft, die z.T. die ECO-Pflegefachkräfte betrafen, die „Patientenfälle“ vorstellten, als auch an die Supervisorin in den Fallbesprechungen, nämlich die Pflegewissenschaftlerin des Hauses.

Die **Vorbereitung der Fallbesprechung** sieht nach Vorstellungen des KoPM®-Zentrums folgendermaßen aus:

Die **ECO-Pflegefachkraft** hat sich eingehend mit den zur Auswahl stehenden Pflegediagnosen vertraut gemacht und hat einen geeigneten „Fall“ ausgewählt:

- Es handelt sich um eine/n pflegeaufwändige/n Patientin/Patienten.
- Der/die Patient/-in wurde von der diagnostizierenden ECO-Pflegefachkraft aufgenommen und über einen Zeitraum von mindestens 7 Tagen von ihr persönlich im Pflegebereich betreut.
- Die Festlegung der Pflegediagnose/n hat spätestens nach 72 Stunden nach Aufnahme der Patientin/des Patienten stattgefunden.
- Es wurden mindestens eine und höchstens fünf Pflegediagnosen gestellt.
- Es erfolgt eine Einschätzung auf einer Skala von 1 bis 10 zu der Frage, wie sicher sich die ECO-Pflegefachkraft in ihrer Diagnoseeinschätzung gefühlt hat.
- Aus den Pflegediagnosen wurden Interventionen abgeleitet und umgesetzt.

Die **Fallsupervisorin** hat sich vor Beginn der Fallbesprechung mit dem Krankenblatt des/r Patientin vertraut gemacht.

Die Fallbesprechungen sollten sich an folgendem **Ablauf** orientieren:

**Festlegung der Diagnose/n:** Die fallgebende ECO-Pflegefachkraft

- stellt die Katamnese vor (Einweisungsdiagnose/n, Krankengeschichte, Selbstpflegekompetenz, Versorgungssituation, Pflegebedarf),
- gibt einen Überblick über mögliche auf den Fall passenden Pflegediagnosen,
- begründet diese Pflegediagnosen entsprechend der PES-Struktur (Definition des Problems, ursächliche bzw. Einflussfaktoren, Symptome),
- erläutert Interdependenzen der potenziellen Pflegediagnosen (in welcher Beziehung stehen die einzelnen Diagnosen zueinander? In welchem Verhältnis stehen die Diagnosen nach dem Kausalitätsprinzip zueinander (Ursache-Wirkung)? Was sind die vermutlich stärksten Ursachen, was sind eher die Folgen?).

**Ergebnis:** Aus den Liste der in Frage kommenden Pflegediagnosen ist/sind die Diagnose/n ausgewählt, der/denen das stärkste Gewicht zukommt.

**Falsifikation und Verifikation der Diagnose/n:**

- Welche Anhaltspunkte während des weiteren Aufenthalt des Patienten sprechen für oder gegen die Pflegediagnose/n (z.B. im Verhalten des/r Patienten/in)?
- Waren die gewählten Interventionen erfolgreich – was hat sich dadurch im Verhalten oder im Zustand der Patientin/des Patienten verändert?
- Gibt es Hinweise von anderen Mitgliedern des Behandlungsteams (insbesondere des Bezugsarztes), die für oder gegen die gewählte/n Diagnose/n sprechen?

- Wie schätzt die Fallbesprechungs-Gruppe die Angemessenheit der Diagnoseentscheidungen ein (kurze Falldiskussion)?
- Gibt es aus Sicht der Fallsupervisorin Gründe, die für oder gegen die gewählte/n Diagnose/n sprechen? Sollten Interventionen verändert werden?
- Es erfolgt eine erneute Einschätzung der ECO-Pflegefachkraft auf einer Skala von 1 bis 10 zu der Frage, wie sicher sie sich in ihrer Einschätzung nach der Fallsupervision in der Diagnoseeinschätzung fühlt.

Beteiligt werden sollten 5 ECO-Pflegefachkräfte mit je zwei Fallbesprechungen in einem Abstand von jeweils ca. 4 Wochen. Die Wiederholung diene dem Ziel, mögliche Übungsgewinne zu erzielen. In der Zwischenzeit sollte die ECO-Pflegefachkräften Gelegenheit erhalten, bei mindestens drei weiteren Patienten bzw. Patientinnen Pflegediagnosen zu erheben.

**10 Protokolle von Fallbesprechungen** sind **ausgewertet** worden. Es ergab sich folgendes Bild:

- In 7 der 10 Fälle wurden pflegeaufwändige Patienten/en für die Pflegediagnostik ausgewählt, die grundsätzlich für die Pflegediagnostik indiziert sind. 3 Patienten erfüllten diese Voraussetzung nicht eindeutig. In der Hälfte der Fälle wurde ein für die Pflegediagnose angemessener Beobachtungszeitraum von 5 Betreuungstagen eingehalten. In 7 Fällen wurde die Diagnostik im vorgegebenen Zeitrahmen von 72 Stunden nach Aufnahme der Patienten vorgenommen. An die Vorgabe, eine bis fünf Diagnosen zu stellen, hielten sich alle ECO-Pflegefachkräfte.
- Auf einer Skala von „sehr sicher“ (1) bis „sehr unsicher“ (10) wurde ein Durchschnittswert von 1,6 (Spannweite zwischen 1 und 4) ermittelt, was ein überraschend hohes Sicherheitsgefühl bei der Diagnoseerstellung darstellt. Unterschiede zwischen den beiden Zeitpunkten wurden nicht ermittelt.

Die Zusammenfassung der **Inhalte der Fallbesprechungen** ergibt folgendes Bild:

- ECO-Pflegefachkräfte sind durchweg gut über die Patientensituation informiert. Sie sind in der Lage, ausführliche und strukturierte Berichte über Einweisungsdiagnose, Krankengeschichte, Selbstpflegekompetenz, Versorgungssituation und den Pflegebedarf zu geben.
- Die Ableitung der Pflegediagnosen erfolgt mit einer Ausnahme sicher; in einem Fall wurde die Pflegediagnose aus der nicht selbst erhobenen Pflegeanamnese abgeleitet.
- In einem Fall gab es keine Begründung auf der Grundlage der PES-Struktur. In allen anderen Fällen wurde zumindest protokolliert, dass sich die Fallgeberinnen mit der PES-Struktur beschäftigt haben und versuchen, sie einzubinden.
- Die Zusammenhänge der einzelnen Pflegediagnosen wurden überwiegend erläutert und begründet. Nur in einem Fall fiel es offensichtlich schwer, die Zusammenhänge argumentativ zu verdeutlichen.
- Ausgewählt wurden in der Mehrzahl 2 bis 3 Pflegediagnosen; in einem besonders komplexen Fall wurden 5 Diagnosen gestellt. Dabei muss berücksichtigt werden, dass noch nicht alle Pflegediagnosen vollständig im Haus ausgearbeitet sind. Es gibt Hinweise darauf, dass die Pflegediagnosen im Zusammenhang mit ärztlichen Diagnosen stehen. Eine Priorisierung der Pflegediagnosen ist nicht erkennbar.
- In sechs Fallbesprechungen wird eine Bestätigung der Pflegediagnosen mit dem weiteren Genesungsprozess begründet. In zwei Fällen wird darauf verwiesen, dass der Zustand unverändert bleiben wird, nicht im unmittelbaren Zusammenhang mit der Einweisungsdiagnose steht und die Pflegediagnose auf den weiteren Krankheitsverlauf keine Auswirkungen habe.

- Von anderen Mitgliedern des Behandlungsteams wurden keine Hinweise zur Verifikation oder Falsifikation der Pflegediagnose gegeben.
- Die Falldiskussion führte in zwei Fällen dazu, dass Pflegediagnosen wegen geringer Relevanz gestrichen wurden. In allen anderen Fällen wurden die Pflegediagnosen bestätigt.
- in 9 Fällen wurden von der Fallsupervisorin keine Gründe geltend gemacht, die gegen die gewählten Pflegediagnosen sprechen. In zwei Fällen wurde die Möglichkeit weiterer Pflegediagnosen genannt. In einem Fall wurde festgestellt, dass die gewählten Diagnosen nicht mehr der aktuellen Patientensituation entspricht.

Bei der Einschätzung der Sicherheit im Umgang mit der Festlegung der Pflegediagnosen hat es keine Veränderungen zwischen der ersten und zweiten Supervision gegeben. Auch die Fallsupervisionen haben keinerlei Einfluss auf die Selbsteinschätzung des sicheren Umgangs gehabt.

#### 4.4 Zusammenfassung

Die Evaluationen, die im Zeitraum April 2012 bis September 2013 vorgenommen wurden, spiegeln insgesamt die Umbruchsituation von der traditionellen Organisation des Pflegedienstes zum neuen Eco-Modell wider. Es zeigt sich dabei die besondere Herausforderung für die weitergebildeten ECO-Pflegefachkräfte, die in der Weiterbildung erworbenen Kompetenzen im Berufsalltag unter Alltagsbedingungen anzuwenden und ihre Rolle zu behaupten. Die Ergebnisse zeigen, dass eine deutliche Verstärkung der ECO-Rolle festzustellen ist und die mit dem Projekt intendierten Ziele, erweiterte Aufgabenbereiche für besonders engagierte und qualifizierte Pflegenden zu schaffen, angestrebt und zu einem guten Teil auch erreicht wurden. Die ECO-Pflegefachkräfte nehmen die Herausforderungen engagiert an und erleben dabei einen deutlichen Zuwachs an beruflicher Zufriedenheit.

Die Evaluation zeigt aber auch, dass noch kein etablierter Zustand vorhanden ist und dass nicht alle intendierten Ziele vollständig erreicht werden konnten. Ein besonderes Problem stellt die Stabilität der Funktion dar, die durch eine ganze Reihe von Faktoren bedroht wird. Es ist noch nicht gelungen, die ECO-Funktion als selbstverständliche Form der Arbeitsorganisation zu verankern, da keine ausreichende und kontinuierliche Besetzung aller Bereiche mit ECO-Pflegefachkräften sichergestellt werden kann. Die Personalbesetzung in den Bereichen – offenbar häufiger mit Pflegehilfskräften und Auszubildenden – erfordert zudem einen hohen Kontrollaufwand und ruft Probleme mit der Delegation von qualifizierten Aufgaben hervor. Zudem betreuen die ECO-Pflegefachkräfte offenbar größere Pflegebereiche als ursprünglich in dem ECO-Modell vorgesehen war. Dies führt zu einem relativ hohen Aufkommen administrativer und steuernder Aufgaben. Überdies werden die ECO-Pflegefachkräfte wohl auch für Aufgaben eingesetzt, die eigentlich der Abteilungsleitung zuzuordnen sind.

Diese Rahmenbedingungen führen dazu, dass die ECO-Pflegefachkräfte ihrer Funktion nur eingeschränkt nachkommen können. Insbesondere leiden die direkten patientenbezogenen Aufgaben. Eine auch von Patienten, anderen Berufsgruppen und Angehörigen wahrzunehmende Bezugs- und Ansprechfunktion lässt sich – mit Ausnahme der ärztlichen Kooperationspartner – dabei schwer realisieren. Im Bereich der Erstellung der Pflegeanamnesen und der Stellung von Pflegediagnosen können derzeit noch keine Trends und zuverlässige Aussagen getroffen werden. Die mit diesen Maßnahmen verbundenen Ziele werden sich aber nur einstellen können, wenn die ECO-Pflegefachkräfte auch Zeit und Gelegenheit finden, Pflegeanamnesen und Pflegediagnostik persönlich zu übernehmen. Dies gilt zumindest für Patienten mit komplexeren Krankheits- und Pflegegeschehen.

Die Ergebnisse der teilnehmenden Beobachtung zeigen, dass auch Pflegekräfte ohne Weiterbildung Aufgaben und Tätigkeiten einer erweiterten Pflegepraxis i.S. des ECO-Modells ausführen. Der erweiterte Kompetenzrahmen wirkt sich somit offenbar nicht nur auf das Tätigkeitsfeld der Rolleninhaber/-innen aus, sondern strahlt auch auf die Aufgabenwahrnehmung anderer Pflegenden aus. Dabei zeigt sich aber auch, dass ECO-Pflegefachkräfte ein *vertieftes* Spektrum an Aufgaben erfüllen, kein *andersartiges*. Die Aufgabendifferenzierung zwischen beiden Gruppen ist nicht eindeutig – weder in der Innen- noch in der Außensicht. Um die Funktion zukünftig institutionell abzusichern, bedarf es sowohl

- der Zuweisung eines überschaubaren Arbeitsbereichs mit hinreichender Personalausstattung als auch
- der kontinuierlichen Besetzung der Bereiche mit ECO-Pflegefachkräften als auch
- der Sicherstellung von Vorbehaltsaufgaben.

Eine Abgrenzung der Aufgabenfelder zwischen den beiden Gruppen ist derzeit lediglich schwach ausgeprägt. Die Rolle der ECO-Pflegefachkraft befindet sich noch in einem Entwicklungsprozess; dadurch bleiben einzelne Potentiale der ECO-Pflegefachkraft-Rolle ungenutzt.

Die Evaluatationsergebnisse des Teilprojekts „Neuausrichtung des Pflegeprozesses“ verdeutlichen recht eindrucksvoll die hohe Herausforderung des DRK-Clementinenhauses. Es handelte sich um ein ausgesprochen ehrgeiziges Vorhaben, das die tradierten Verhaltensweisen einer jahr(zehnte)lang eingeübten Berufspraxis verändern sollte. Die übliche „Aufnahme“ eines Patienten sollte durch eine sehr differenzierte, alle gesundheitsrelevanten Lebensbereiche umfassende, auf die individuelle Lebenssituation der Patienten orientierende und in einer offenen Gesprächssituation gestalteten Pflegeanamnese weiterentwickelt werden. Die Ansammlung von üblicherweise diversen unzusammenhängenden einzelnen Pflegeproblemen sollte zugunsten einer kontextuellen und systemischen Betrachtung von mit einander verschränkten pflegerischen Problemkonstellationen zu Pflegediagnosen verdichtet werden. Zudem bestand der Anspruch, eine „papierlose Pflegedokumentation“ einzurichten, die den Dokumentationsaufwand über einen gut einen gut navigierte und rationellen Vorschlagslisten reduzieren hilft.

Die Komplexität dieses Projektvorhabens hat sich erst im Projektverlauf zunehmend entfaltet. Erschwerend kamen die im Abschnitt 4.3.1 geschilderten erschwerenden Rahmenbedingungen. Vor diesem Hintergrund ist der Projekterfolg durchaus beachtlich. Die Pflegeanamnese ist in die elektronische Akte eingepflegt. Nicht zufriedenstellend ist derzeit geklärt, ob die Erstellung der Pflegeanamnese zu den Vorbehaltsaufgaben der ECO-Pflegefachkräfte zählen sollte. Insbesondere können keine Aussagen dazu gemacht werden, ob die Pflegeanamnese den hohen Ansprüchen des Leitfadens genügt. Die zweite Dokumentationsanalyse zeigte jedenfalls keine deutlichen Verbesserungen in der Erfassung psycho-sozialer und verhaltensbezogener Problemstellungen. Mögliche hierauf orientierte Interventionen der Beratung und Patientenedukation werden zwar - wie die Teilnehmende Beobachtung gezeigt hat - durchgeführt, aber erreichen die Dokumentation nicht. Die Pflegediagnostik ist in der Geriatrie erprobt, die Ergebnisse der Fallbesprechungen zeigen hierzu ein überraschend gutes Ergebnis.

## 5 Weiterbildung zur ECO-Pflegefachkraft

### 5.1 Die Entwicklung des Weiterbildungskonzepts

Ausgangspunkt für die Qualifizierungsmaßnahme war die Konzipierung der Funktion „ECO-Pflegefachkraft“ im Hinblick auf

- ihre organisatorische Einbettung im Kooperationsverhältnis zu den betrieblichen Instanzen der Pflegewissenschaftlerin, der Abteilungsleitung, den Pflegenden unterschiedlicher Qualifikationsstufen und zu den Ärzten sowie
- die gegenüber dem bisherigen Aufgabenprofil erweiterten Zuständigkeiten und Befugnisse.

Ausgangspunkt der Überlegungen war eine von den HAW-Vertretern zu Beginn der Arbeit in der ECO-Projektgruppe initiierte Diskussion darüber, wie sich die zukünftigen Aufgaben der ECO-Pflegefachkräfte beispielsweise von den Aufgaben der Pflegenden im Primary-Nurse-Konzept unterscheiden. Dies führte zu einer gründlichen Diskussion<sup>108</sup> und zu einer Neustrukturierung der Aufgaben- und Kompetenzbeschreibung für die ECO-Pflegefachkräfte. Darauf aufbauend wurden auch gemeinsam Überlegungen angestellt, wie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des DRK-Krankenhauses Clementinenhaus Hannover auf diese komplexe Aufgabenstellung im Rahmen einer Weiterbildung vorbereitet werden können.

Ausgehend von den Aufgaben und Anforderungen der ECO-Pflegefachkraft wurde von der ECO-Projektgruppe eine Grundstruktur des Weiterbildungscurriculums festgelegt, die vom KoPM®-Team zu einem Curriculum entwickelt wurde. Folgende Eckpunkte der Weiterbildung wurden festgelegt:

- Eine berufsbegleitende Durchführung der zweijährigen Weiterbildung in zwei Durchgängen (2009 bis 2010 sowie 2011 bis 2012).
- Orientierung der Weiterbildungsstruktur am European Credit Transfer and Accumulation System (ECTS), um damit einerseits den Gesamtaufwand der Teilnehmer/innen für Präsenzveranstaltungen, Selbststudium, Prüfungsvorbereitungen und Erledigung von Praxisaufgaben der Weiterbildung zu kalkulieren und andererseits eine Anerkennung der Weiterbildungsmodule für ihre weitere berufliche Qualifikationswege zu ermöglichen.
- Bestandteil der Weiterbildung sollte in allen drei Modulen die Erledigung von Aufgaben im Praxisfeld sein, die durch die Weiterbildungsdozenten im Praxisfeld und in den Lehrveranstaltungen supervidiert wurden. Hiermit war gleichermaßen das Ziel verbunden, Handlungskompetenz zu erwerben sowie zu überprüfen, ob die Lehrinhalte für einen Praxistransfer nützlich sind.

Die Weiterbildung setzte sich aus insgesamt vier Modulen zusammen:<sup>109</sup>

- Das Modul A „Aufgaben im Pflegeprozess“ wurden insbesondere auf die Versorgungsaufgaben chronisch Kranker im Krankenhaus konzentriert. Hierfür wurden die Teilmodule
  - „Übernahme der Pflegeprozessverantwortung“ mit Schwerpunkten des neuen Rollenbildes, ihrer betrieblichen Einbindung, sozialrechtliche Systemkenntnisse,
  - „Patientenedukation und Pflegeberatung“ sowie
  - „Fachliche Führung“ gebildet.
- Im Modul B „Mitarbeit im Medizinprozess“ wurde das Teilmodul „Berufs- und haftungsrechtliche Grundlagen der ärztlichen Delegation“ angeboten, außerdem

<sup>108</sup> Vgl. Protokolle der ECO-Projektgruppensitzung vom 1.4.2008 und vom 6.5.2008.

<sup>109</sup> Vgl. dazu das Modulhandbuch (Anlage 8.5).

exemplarische medizinische Versorgungsprozesse, die für erweiterbare Pflegeaufgaben geeignet waren. Ausgewählt wurden „das Monitoring ausgewählter Medikamentengruppen“ und „die postoperative Überwachung“.

- Gegenstand des Moduls C „Management“ waren Inhalte, die sowohl grundlegende Managementkompetenzen vermittelten wie deren Adaptation an krankenhaus- und pflegespezifische Anforderungen:
  - Pflege als personenbezogene Dienstleistung,
  - Management-Grundfunktionen,
  - Prozessmanagement,
  - Subjektivierendes versus objektivierendes Handeln,
  - Management-Fallstudien.
- Das Modul D „Integrative Verknüpfung“ war inhaltlich nicht spezifiziert, sondern bot die Möglichkeit der modulübergreifenden Reflexion.

Die Module A, C und D lagen in der Durchführungsverantwortung des KoPM®-Zentrums. Modul B wurde von leitenden Ärzten des Krankenhauses durchgeführt.

Die Auswahl der Weiterbildungsteilnehmer vollzog sich sowohl nach Interessebekundungen von Pflegenden als auch auf direkte Ansprache. Ein formales Auswahlverfahren fand nicht statt. Im ersten Durchgang wurden 14 Teilnehmer/innen gewonnen, im zweiten 10.

## 5.2 Methodische Vorbemerkungen zur Evaluation

Mit der Evaluation wurden zwei Ziele verfolgt:

- Es sollten Erkenntnisse gewonnen werden, wie die Qualifizierungsmaßnahme inhaltlich und methodisch optimal den Kompetenzerwerb der Teilnehmer/-innen unterstützt.
- Es sollte beschrieben und ausgewertet werden, inwieweit die Qualifizierungsmaßnahme zur Übernahme der erweiterten Pflegeaufgaben befähigt.

Besonderheit der Weiterbildungsevaluation war, dass sie nicht nur zum Abschluss der Weiterbildung vorgenommen werden sollte, sondern in einem strukturierten Rückkopplungsprozess einerseits zur Entwicklung des ECO-Modells und andererseits zur Implementation des ECO-Modells Beiträge liefern sollte. Impulse wurden in beide Richtungen erwartet: für die Anlage und Durchführung des Projekts und für die Optimierung der Weiterbildung. Der Feedback-Prozess wurde von der ECO-Projektgruppe gesteuert, indem regelmäßig auf den Sitzungen über Erfahrungen aus der Weiterbildung berichtet wurde. Teilnehmer/-innen der Weiterbildungen nahmen somit regelmäßig an den ECO-Projektgruppensitzungen teil. Darüber hinaus hat es in beiden Durchgängen jeweils zwei Besprechungen der internen Projektleitung und der Pflegedienstleitung mit Weiterbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmern gegeben, die protokolliert wurden.

Für die Evaluation der Weiterbildung wurden folgende Instrumente genutzt:

1. Fokusgruppeninterviews mit Weiterbildungsteilnehmer/innen
  - a. in der ersten Hälfte der Weiterbildung (Mai 2010) und
  - b. nach Abschluss der Weiterbildungsdurchgänge und Tätigkeit in der Funktion als ECO-Pflegefachkraft (Juli 2014).

2. Auswertung der Protokolle der Projektgruppensitzungen im Hinblick auf die Weiterbildung betreffende Aspekte,<sup>110</sup> Themenauswahl:
  - Rückmeldungen zur Zufriedenheit der Teilnehmer/-innen mit der Weiterbildung,
  - Umsetzung der Weiterbildungsinhalte in der Praxis,
  - Planung des zweiten Weiterbildungsdurchgangs,
  - Aufbau eines Patensystems,
  - Nachhaltigkeit der Qualifizierungsmaßnahme.
3. Lerntagebücher der Weiterbildungsteilnehmer/-innen, in denen Eindrücke protokolliert und (anonymisiert oder personalisiert) an die Lehrenden weitergegeben werden konnten (nur in den ersten 4 Monaten der Weiterbildung der 1. Kohorte genutzt).
4. Auswertung der Protokolle der Besprechungen zwischen Weiterbildungsteilnehmern und Projektleitung/Pflegedienstleitung.
5. Standardisierte schriftliche Befragung der Weiterbildungsteilnehmer/-innen zur Zufriedenheit mit der Qualifizierungsmaßnahme
  - a. Oktober 2010 (1. Kohorte, N=13)
  - b. Juli 2012 (2. Kohorte, N=8)
6. Standardisierte schriftliche Befragung der Weiterbildungsteilnehmer/-innen (in zeitlichem Zusammenhang mit der Focusgruppe Ziffer 1b)
  - Bewertung der vier Teilmodule der Weiterbildung anhand einer Likert-Skala (1 = besonders negativ; 5 = besonders positiv).
  - Bewertung von 17 Statements zur Weiterbildung anhand einer Likert-Skala (1 = trifft nicht zu; 5 = trifft sehr zu).
  - 5 Felder mit Freitextangaben.

Fast alle Instrumente dienten dazu, die beiden durchgeführten Weiterbildungsmaßnahmen während der jeweiligen Laufzeit zu evaluieren und zu optimieren. Eine Ausnahme bilden die Instrumente 1b (Focusgruppe) und 6, die eine summative Evaluation zum Ziel haben. Auf diese beiden Instrumente ist die nachfolgende Darstellung konzentriert. – Ein weiterer Grund für die Beschränkung auf diese beiden Verfahren ist die Tatsache, dass bei allen Methoden entweder Verantwortliche des DRK-Krankenhauses Clementinenhaus Hannover und/oder die Vertreter der HAW Hamburg, die gleichzeitig auch die Weiterbildung verantwortlich konzipiert, geleitet und durchgeführt haben, beteiligt waren. Die Instrumente 1b und 6 dagegen sind von dem externen, nicht direkt am Projekt beteiligten Koordinator des Evaluationsvorhabens durchgeführt und in einem Bericht zusammengefasst worden.<sup>111</sup>

## 5.3 Evaluationsergebnisse

### 5.3.1 Inhaltliche und didaktische Gestaltung

In der schriftlichen Befragung wurden die Teilmodule A bis D der Weiterbildung anhand von Likert-Skalen (1 = besonders negativ; 5 = besonders positiv) bewertet. Die Ergebnisse sind in der nachfolgenden Tabelle wiedergegeben (vgl. Tabelle 5.1)

<sup>110</sup> Insgesamt sind 11 Protokolle von ECO-Projektgruppensitzungen im Zeitraum vom 17.05.2010 bis zum 19.02.2012 in die Evaluation einbezogen worden.

<sup>111</sup> Bussche, H. van den: Bericht über ein Focusgruppeninterview mit den ECO-Pflegefachkräften im DRK-Krankenhaus Clementinenhaus in Hannover am 9.7.2014 zum Thema Weiterbildung zur ECO-Pflegefachkraft. Unveröffentlichtes Manuskript. Hamburg 2014.

**Tabelle 5.1: Bewertung der Teilmodule A bis D der Weiterbildung**

Modul	Teilmodul	Median der Antworten auf der Skala 1 bis 5
<b>A insgesamt: Aufgaben im Pflegeprozess</b>		5
	Übernahme der Pflegeprozessverantwortung	4
	Patientenedukation und Pflegeberatung	4
	Fachliche Führung	5
<b>B insgesamt: Mitarbeit im Medizinprozess</b>		4,5
	Berufs- und haftungsrechtliche Grundlagen der ärztlichen Delegation	4,5
	Monitoring ausgewählter Medikamentengruppen	5
	postoperative Überwachung	5
<b>C insgesamt: Prozessmanagement</b>		4
	Pflege als personenbezogene Dienstleistung	4
	Management-Grundfunktionen	4
	Prozessmanagement	5
	Subjektivierendes versus objektivierendes Handeln	4,5
	Management-Fallstudien	4

Die inhaltliche Gestaltung der Weiterbildung ist demzufolge sehr positiv beurteilt worden. In ähnlicher Weise sind auch die Urteile über die Durchführungskonzeption, die Didaktik und die Dozenten der Weiterbildung positiv ausgefallen.<sup>112</sup>

### 5.3.2 Effekte der Weiterbildung

Auch die Effekte der Weiterbildung auf die Ausführung der Aufgaben als ECO-Pflegefachkräfte sind durchweg sehr positiv beurteilt worden. Die größte Zustimmung gab es für die folgenden der 17 präsentierten Statements:

- „Die Weiterbildung hat mir die Bedeutung der Kontinuität der Versorgung klarer gemacht als davor.“
- „Die Weiterbildung hat mir beigebracht, die Versorgungsprozesse kritisch zu reflektieren.“

Am relativ schwächsten – aber immer noch mit Werten zwischen „trifft zum Teil zu“ und „trifft eher zu“ wurden die folgenden Statements bewertet:

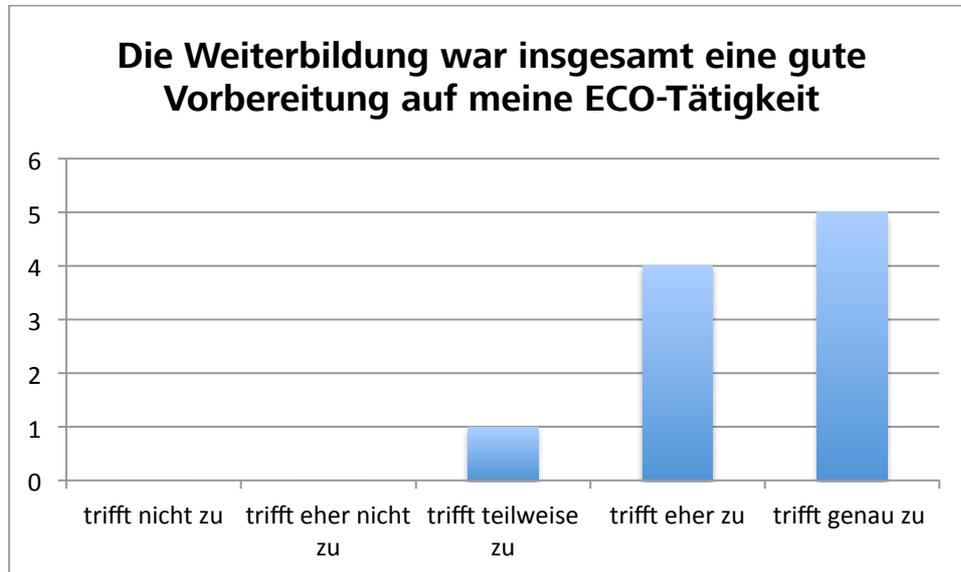
- „Die Weiterbildung hat mich gut auf die Kommunikation mit leitenden Pflegekräften in meinem Bereich vorbereitet.“
- „Die Weiterbildung hat mich gut auf die Kooperation mit anderen Pflegekräften in meinem Bereich vorbereitet.“

Hier könnte sich andeuten, dass bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Weiterbildung ein Bedürfnis bestanden hat, Probleme in der Kommunikation mit Führungskräften und (fachlich unterstellten) Mitarbeitern im Rahmen der Weiterbildung noch stärker zu thematisieren.

<sup>112</sup> Vgl. Bussche, Bericht, a.a.O., S. 4 und 5.

Die Gesamtbeurteilung der Weiterbildung fällt positiv aus (vgl. Abbildung 5.1):

**Abbildung 5.1: Gesamtbeurteilung der Weiterbildung**



Statt eines Schlussworts ein längeres Zitat aus dem Bericht des Evaluators:<sup>113</sup>

„Die ECO-Pflegefachkräfte waren mit dem Weiterbildungsangebot hochzufrieden und gaben nahezu ausnahmslos an, eine solche gerne wiederholen zu wollen. Gewürdigt wurden, dass einige von den TN damals genannten Probleme der ersten Durchführung<sup>114</sup> in der zweiten weitestgehend abgestellt wurden. Auch mit allen organisatorischen Aspekten waren die TN sehr zufrieden.

Herausgestellt wurde von mehreren TN, die Weiterbildung hätte ihren „Blick geschärft“ und ihren „Horizont erweitert“, und dies in dreifacher Hinsicht:

- im Hinblick auf die Patienten, für deren Lage und Bedürfnisse sie sehr sensibilisiert und in die Lage versetzt wurden, diese zu erheben und in die eigene Arbeit einzubauen,
- im Hinblick auf die eigene pflegerische Kompetenz, insbesondere bezüglich Pflegeanamnese und Pflegediagnosen und
- im Hinblick auf die Versorgungsprozesse und die diesbezüglichen Schnittstellen, deren Optimierung ungleich viel besser gelänge als früher.“

<sup>113</sup> Vgl. Bussche, Bericht, a.a.O., S. 1-2.

<sup>114</sup> Genannt wurden u.a. Medizincontrolling, Regelkreise, Medikamentenmonitoring.



## 6 Bewertung der Kooperationsqualität

### 6.1 Grundlegendes Verständnis einer zukunftsorientierten Kooperation von Medizin und Pflege

Vor der Darstellung der Evaluationsergebnisse - wie nämlich die Akteure aus Medizin und Pflege die im Rahmen des ECO-Modells vorgesehene veränderte Kooperation bewerten - soll zunächst das Grundverständnis dieser Zusammenarbeit kurz beschrieben werden.<sup>115</sup> Dieses Grundverständnis ist in vielen ECO-Projektgruppen diskutiert und als Leitidee für die meisten Aufgaben- und Funktionsbeschreibungen verwendet worden.

#### 6.1.1 Komplementäre Arbeitsteilung

Das kooperative Zusammenwirken von Pflegenden und Ärzten setzt voraus, dass sich die Partner auf ein konsistentes Arrangement ihrer Aufgabenbereiche verständigen. Pflege unterscheidet sich in ihrem Aufgabenbereich von der Medizin vor allem darin, dass ihr Handeln nicht auf das Erkennen und Behandeln von Krankheiten ausgerichtet ist, sondern auf die krankheits- und pflegebedingten Reaktionen von Patienten und privaten Unterstützungssystemen.<sup>116</sup> Allerdings ist festzuhalten, dass Patienten zur Sicherstellung von Diagnostik und Therapie ins Krankenhaus kommen (medizinischer Hauptarbeitsgang) und Ärzten die Gesamtverantwortung für die Patientenbehandlung übertragen ist. Von dieser Verantwortung der Letztentscheidung kann kein Kooperationsmodell sie entheben.

Zur Verbesserung der Kooperation lautet die entscheidende Frage an die Pflege heute nicht mehr, was der Arzt zu seiner Entlastung, Hilfestellung und Gefolgschaft wünscht, sondern was aus der Perspektive eines gleichermaßen patientenorientierten wie zeit- und kostensparenden und fachlich hochwertigen integrierten Versorgungsprozesses erforderlich ist.

Die Pflege hat besonders günstige Voraussetzungen für eine Unterstützungsarbeit der Patienten:

- Pflegende verfügen über die häufigsten und längsten Patientenkontakte.
- Ihre körpernahe, oftmals intime Tätigkeit erlaubt ihnen intensive und vertrauliche Einblicke in die Lebenswelt von Patienten und ihrer Bezugssysteme.
- Wenn auch bisher in Deutschland kaum als berufliche Kompetenz professionalisiert, ist doch Begleiten, Fördern, Entwickeln, Trösten, Informieren, Beraten tief im Selbstverständnis und in der Tradition der pflegerischen Arbeit verwurzelt.

Beide unterschiedlich ausgerichtete Handlungssysteme müssen komplementär zu einem patientenorientierten Versorgungsprozess zusammengefügt werden. Dies kann selbstverständlich nicht bedeuten, dass nun beide alle Tätigkeiten gemeinsam beim Patienten erledigen. Vielmehr kommt es darauf an, dass beide den jeweils anderen Handlungsbeitrag bei der Patientenversorgung prospektiv einzuschätzen wissen und bereits bei der eigenen Handlungsplanung den jeweils komplementären Bereich *mitdenken* können: So weiß z.B. die Pflegende um die Bedeutung der Medikamenteneinnahme für den Erfolg der Therapie und die Dringlichkeit der Röntgenuntersuchung zur Sicherstellung der Diagnose und richtet ihr Handeln darauf aus. Der Arzt kennt die Selbstversorgungsbedürfnisse des Patienten und die häusliche

---

<sup>115</sup> Dieser Abschnitt ist eine stark gekürzte und modifizierte Zusammenfassung der Abschnitte 3.2 und 4 aus dem Themenband 1 der Veröffentlichung „Kooperatives Prozessmanagement im Krankenhaus“ (Dahlgard/Stratmeyer, a.a.O.).

<sup>116</sup> Vgl. Collier, I.C., McCash, K.E., Bartram, J.M.: Arbeitsbuch Pflegediagnosen. Wiesbaden 1998, S. 21.

Versorgungsprobleme und stellt sein Therapiekonzept darauf ein. Insbesondere bei Patienten mit komplexeren Problemen reicht dieses „mitdenkende“ Handlungskonzept im Sinne einer stillschweigenden Vereinbarung allerdings nicht aus. Erforderlich werden ein aktiver Austausch und eine verbindliche Handlungsvereinbarung.

### **6.1.2 Kernelemente produktiver Kooperation zwischen Arztdienst und Pflegedienst**

Im Folgenden werden in der gebotenen Kürze vier wesentliche Organisationsinstrumente zur Realisierung der Kooperation skizziert, die auch im ECO-Modell eine Rolle spielen.

#### ***Kooperative Visite***

Im Modell des kooperativen Prozessmanagements wird die Visite zum Ort interprofessioneller Begegnung zwischen Ärzten und Pflegenden, an dem Informationen ausgetauscht sowie die Planungen miteinander abgeglichen werden.

Dem Ansatz des kooperativen Prozessmanagements folgend ist die gleichzeitige Anwesenheit von Ärzten und Pflegenden am Patientenbett kein Selbstzweck, sondern eine Informations- und Kommunikationsveranstaltung, die für beide Berufsgruppen simultan einen Sinn stiften muss.

Ein Visitenkonzept muss zwei Grundvoraussetzungen klären:

- die Klärung der Beteiligung an der Visite und
- die Aufstellung eines realistischen Zeitplans für die Visitendurchführung (Zeitpunkt, Zeitdauer, feste oder flexible Zeiten).

#### ***Besprechungen***

Neben den etablierten berufsgruppenspezifischen Besprechungen für Ärzte (z.B. Morgenbesprechung; Röntgenbesprechung) und für Pflegenden (Dienstübergaben; Stationsbesprechungen) müssen auch berufsgruppenübergreifende Besprechungen eingerichtet werden. Diese sind Ort für Klärung aktueller Fragen der Kooperation und - in Abgrenzung zur interdisziplinären Visite - für generelle und grundsätzliche Fragen der Patientenversorgung.

#### ***Sicherstellung von Ansprechbarkeit und Informationsweitergabe***

Die qualifizierte Einschätzung, welche Anfrage durch die Pflegeperson beantwortet werden kann und welche Auskünfte Ärzten vorbehalten sein sollten, stellt eine wesentliche Clearingfunktion bei den Informationsflüssen im Rahmen des Prozessmanagements dar und muss gemeinsam nach einer Vorgabe des ärztlichen Bereichs ausgestaltet werden.

#### ***Kooperative Zuständigkeitsregelungen***

Koordinierte Leistungserstellung heißt, dass die medizinischen und pflegerischen Leistungen in einen widerspruchsfreien, logisch aufgebauten Gesamtprozess integriert werden, der auch die Belastungsgrenzen der Patienten hinreichend berücksichtigt. Aus diesen Grundsätzen wohlverstandener kooperativer Professionsausübung heraus lassen sich zwei wichtige Aktionsfelder für Zuständigkeitsregelungen genauer beschreiben:

- Kooperative Arbeitsteilung im Prozessmanagement setzt bei beiden Berufsgruppen verlässliche Kooperation und Kommunikationsstrukturen voraus. Sowohl Ärzte als auch Pflegenden müssen wissen, wer für sie bei den einzelnen Patienten zuständiger und entscheidungsbefugter Ansprechpartner ist. Im ECO-Modell ist das auf Seiten der Pflegenden durch die Funktion der ECO-Pflegefachkraft sichergestellt.

- Das zweite wichtige Aktionsfeld ist der Bereich der Steuerungs- und Überwachungsaufgaben des Diagnostik- und Behandlungsprozesses durch Pflegende. Dieses hat im Aufgabenkatalog der ECO-Pflegeschäfte einen hohen Stellenwert.<sup>117</sup>

## 6.2 Evaluationsergebnisse

### 6.2.1 Vorbemerkung zur Methodik

Die Aufgabenstellung für die Evaluation der Kooperationsqualität bestand in der Gewinnung von Informationen darüber,

- wie zufrieden die Akteure aus Medizin und Pflege mit den Bedingungen und den Resultaten ihrer Zusammenarbeit sind und
- wie die Patienten eine Neuorientierung der Kooperation von Ärzten und Pflegenden beurteilen.

Im Folgenden werden die drei verwendeten Methoden kurz vorgestellt:

- Schriftliche Befragung (vgl. Abschnitt 6.2.1.1),
- Vertiefende Interviews (vgl. Abschnitt 6.2.1.2) sowie
- Patienteninterviews (vgl. Abschnitt 6.2.1.3).

Die Darstellung der Ergebnisse (vgl. Abschnitt 6.2.2) ist nach Themengebieten der schriftlichen Befragung strukturiert; wesentliche Ergebnisse des Einsatzes der anderen Methoden sind den Themengebieten jeweils zugeordnet.

#### 6.2.1.1 Schriftliche Befragung

Wichtiges Analyseinstrument war eine standardisierte schriftliche Vollerhebung bei Pflegenden und Ärzten<sup>118</sup> des DRK-Krankenhauses Clementinenhaus Hannover, die im 4. Quartal 2009 und im vierten Quartal 2013 durchgeführt worden ist. Kurz gesagt bestand das Instrument aus insgesamt 42 Statements, die den Angehörigen beider Berufsgruppen präsentiert werden. Die Zustimmung oder Ablehnung der Statements wird mit Hilfe einer vierstufigen Likert-Skala gemessen (3=trifft fast vollständig zu, 2=trifft eher zu, 1=trifft eher nicht zu, 0=trifft fast gar nicht zu).

Die Items waren thematisch den folgenden Bereichen zuzuordnen:

- Aufnahmeprozess (2 Items),
- Diagnostik, Behandlung, Therapie (6 Items),
- Entlassungsprozess (5 Items),
- Informationsprozesse (11 Items),
- Kommunikation und Führung (11 Items) und
- Prozessorganisation (7 Items).

Die Items waren nach drei unterschiedlichen Prinzipien aufgebaut:

- Identische Fragen (26 Fragen), die beiden Berufsgruppen in der gleichen Formulierung präsentiert wurden (Beispielfrage: „Der Zeitpunkt der Visite ist mit den Stationsabläufen gut abgestimmt.“).
- Symmetrische Fragekonstruktion (14 Fragen), bei der die Ärzte nach Verhaltensweisen der Pflegenden (und vice versa) in Bezug auf den gleichen Sachverhalt gefragt wurden

<sup>117</sup> Vgl. Anlage 8.1, Abschnitt 8.1.3.5.

<sup>118</sup> Der Fragebogen ist nicht in der Anlage enthalten, da er an anderer Stelle komplett veröffentlicht ist (Dahlgaard/Stratmeyer, Kooperatives Prozessmanagement, a.a.O., Begleit-CD zu dem Handbuch)

(Beispielfrage an Ärzte: „Pfleger bereiten Patienten und Angehörige gut auf die Entlassung vor.“; Beispielfrage an Pfleger: „Ärzte bereiten Patienten und Angehörige gut auf die Entlassung vor.“).

- Korrespondierende Fragekonstruktion (2 Fragen), bei der ein komplexer Sachverhalt mit unterschiedlichen Fragen an beide Berufsgruppen erhoben wird (Beispielfrage an Pfleger: „Ärzte vermeiden nach Möglichkeit kurzfristige Anordnungen.“; Beispielfrage an Ärzte: „Pfleger sind flexibel im Umgang mit kurzfristigen Anordnungen.“).

Ärzte und Pfleger erhielten also unterschiedliche Fragebögen. Die einzelnen Items in den Fragebögen waren nicht thematisch sortiert, sondern bewusst ohne entsprechende Zuordnung, um jeweils eine intensivere Beschäftigung mit der Einzelfrage zu stimulieren. - Das Ausfüllen des Fragebogens nahm ca. 20 bis 25 Minuten in Anspruch.

Der Fragebogen ist in mehreren KoPM®-Projekten erfolgreich für eine Analyse der Ausgangsbedingungen der Zusammenarbeit von Ärzten und Pflegenden eingesetzt worden. Ansatzpunkte für eine strukturelle Verbesserung der Kooperation ergaben sich jeweils in zwei Fällen:

- Ärzte und Pfleger gaben sehr unterschiedliche Einschätzungen in Bezug auf einen Kooperations Sachverhalt an und/oder
- der Grad an Zustimmung war unterdurchschnittlich.

In KoPM®-Projekten wurden die wesentlichen Ergebnisse der Befragung der Projektgruppe und/oder den Entscheidern in Graphiken präsentiert. Durchaus typisch für die Zusammenarbeit von Ärzten und Pflegenden im Krankenhaus ist, dass Teilbereiche der Kooperation recht gut funktionieren und nicht weiter optimiert werden müssen. Üblicherweise ergaben sich allerdings auch eine Reihe konkreter Schwachstellen der Kooperation. Im Anschluss an die Ergebnispräsentation war dann in der jeweiligen Krankenhausabteilung die Entscheidung zu treffen, welche Schwachstellen der Kooperation als erste mit welchen Methoden bearbeitet werden sollten.

Diese kurzen Anmerkungen zum Instrument sollen verdeutlichen, dass der ursprüngliche Zweck des Instrumenteneinsatzes nicht die *Messung* der Kooperationsqualität, sondern die kooperative datengestützte Verständigung über zu bearbeitende Problembereiche war. Im Rahmen der Evaluation des ECO-Modells ist der Versuch unternommen worden, dieses Instrument zur Beurteilung des Stands der Kooperation zu zwei unterschiedlichen Zeitpunkten einzusetzen. Dabei sind zwei methodische Aspekte zu berücksichtigen:

- Strenggenommen sind die Items ordinal skaliert. Um pragmatische Aussagen und Vergleiche zu ermöglichen wird angenommen, dass die Items äquidistant sind.
- Es kann nicht unbedingt angenommen werden, dass die Items unabhängig voneinander sind; eine entsprechende faktorenanalytische Überprüfung des Instruments ergab eine (zu) hohe Ladung auf nur einen Faktor. – Trotz dieser Einschränkungen geben einigen Einzelfragen durchaus getrennt aufgreifbare Hinweise für bestehende Optimierungspotenziale.

Dennoch lassen die vorliegenden Ergebnisse eine Reihe von Trendaussagen ableiten, und zwar hinsichtlich

- der Veränderungen des Kooperationsklimas zwischen Ärzten und Pflegenden im Zeitraum von 2009 bis 2013 und

- der Veränderungen einzelner, in der Erstuntersuchung als problematisch bezeichneter Handlungsbereiche.

Ausgangspunkt der nachfolgend in Graphiken dargestellten Einschätzungen zur Kooperationsqualität ist die oben angegebene Likert-Skala. Die Durchschnittswerte lassen sich wie folgt interpretieren:

- Ein Wert von 2,0 impliziert, dass die Befragten das vorliegende Statement zur Kooperation durchschnittlich mit „trifft eher zu“ bewertet haben. – Zur Illustration ist die entsprechende Linie in den Graphiken mit einem grünen Pfeil hervorgehoben. 
- Ein Wert von 1,0 impliziert, dass die Befragten das vorliegende Statement durchschnittlich mit „trifft eher nicht zu“ bewertet haben.

Insofern sind Skalenwerte unter 1,5 Anlass für weitere Optimierungsüberlegungen, da mehr als die Hälfte der Befragten sich nicht zu einer positiven Bewertung entschließen konnte.

Die Beteiligung an den schriftlichen Befragungen ist der Tabelle 6.1 zu entnehmen:

**Tabelle 6.1: Rücklaufquoten der schriftlichen Befragung**

	2009			2013		
	Ausgegeben	Rücklauf	in %	Ausgegeben	Rücklauf	in %
Pflege gesamt	131	51	38,9%	102	71	69,6%
Ärzte gesamt	42	20	47,6%	35	33	94,3%
Summe	173	71	41,0%	137	104	75,9%

### 6.2.1.2 Vertiefende Interviews

Nach der schriftlichen Befragung sind jeweils noch vertiefende Einzelinterviews geführt worden (1. Quartal 2010 und 1. Quartal 2014), die zum Ziel hatten, Hintergründe der Einschätzungen in Erfahrung zu bringen und Beispiele für Situationen zu erhalten. An der ersten Befragung haben sich 4 Ärzte und 5 Pflegende beteiligt. Um ein Mindestmaß der Vergleichbarkeit zu erhalten, sind in die zweite Befragung im Jahr 2014 nur Beschäftigte einbezogen worden, die bereits an der ersten Befragung teilgenommen hatten (2 Ärzte, 3 Pflegende).

Die Interviews sind von den beiden Berichterstattern anhand eines Erhebungsleitfadens durchgeführt worden (halbstrukturierte Form). Aufgebaut war der Erhebungsleitfaden anhand der sechs Themenbereiche der schriftlichen Befragung.<sup>119</sup> Den Gesprächspartnern wurden zusammengefasste Ergebnisse der Befragung zu den einzelnen Themenbereichen anhand von Schaubildern präsentiert. Im Anschluss daran wurden die Gesprächspartner gebeten, Beispiele anzuführen für entsprechende Probleme zu nennen und mögliche Gründe für die Situation oder die jeweiligen Verhaltensweisen anzugeben. – Besonders charakteristische Äußerungen sind wörtlich protokolliert worden.

### 6.2.1.3 Patienteninterviews

Im November 2009 und im April 2014 sind vom KoPM®-Zentrum Interviews mit einer kleineren Zahl von Patienten geführt worden. Der erste Befragungszeitraum lag vor den projektbezogenen Interventionsmaßnahmen. Um mögliche Interventionsbezogene Veränderungen festzustellen, wurden die Patienten nach gut drei Jahren der Umsetzung des ECO-Modells erneut befragt.

<sup>119</sup> Vgl. Abschnitt 3.1.2.1.

**Tabelle 6.2: Methodische Aspekte der Patienteninterviews**

Aspekt	• Befragung 2009	• Befragung 2014
<b>Methodisches Vorgehen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Halbstrukturierter Interviewleitfaden</li> <li>• Aufnahme auf Tonträger</li> <li>• Transkription und Pseudonymisierung</li> <li>• Text-/Protokollerstellung</li> <li>• Inhaltsanalytische Auswertung nach Mayring</li> </ul>	
<b>Dauer der Interviews</b>	• 30 – 45 Minuten	• 11 – 33 Minuten
<b>Einschlusskriterien</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alter über 50 Jahre,</li> <li>• chronische Erkrankung,</li> <li>• multimorbid erkrankt,</li> </ul>	
	• mindestens einwöchiger Aufenthalt im DKR-Krankenhaus Clementinenhaus Hannover	• mehrere Krankenhausaufenthalte, im DKR-Krankenhaus Clementinenhaus Hannover und/oder in einem anderen Krankenhaus
	• Fähigkeit über die eigene Situation Auskunft zu geben.	• Patient hat keine starken kognitiven Einschränkungen • Patienten versteht und spricht fließend die deutsche Sprache
<b>Rekrutierung der Teilnehmer/-innen</b>	• Über die Pflegedienstleitung und die Stationsleitungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikation möglicher Gesprächspartner in der Schichtübergabe</li> <li>• Ansprache durch Interviewerin</li> </ul>
<b>Information und Einverständniserklärung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schriftliche Information</li> <li>• Schriftliche Einverständniserklärung</li> </ul>	
<b>Stichprobe (w/m)</b>	• 6 (5/1)	• 7 (5/2)
<b>Durchführung des Interviews</b>	• Lehrende an der Hochschule (Professorin für Pflegewissenschaft)	• Wissenschaftliche Mitarbeiterin der Hochschule (Studienabschluss: BA Pflegeentwicklung und Management)
<b>Dokumentation der Ergebnisse<sup>120</sup></b>	• Arbeitspapier Auswertung Patienteninterviews 2009 (KoPM®-Evaluierung) (9 Seiten)	• Arbeitspapier t2 Patienteninterviews (7 Seiten)

Das DRK-Krankenhaus Clementinenhaus Hannover führt außerdem jährlich Zufriedenheitsbefragungen der Patienten durch.<sup>121</sup> In dem Fragebogen werden 33 Fragen zur Beurteilung einzelner Aspekte des Krankenhausaufenthalts gestellt und mit Hilfe einer Likert-Skala (durchgängig: Schulnoten) bewertet. Die Ergebnisse werden im Zeitvergleich und

<sup>120</sup> Die Dokumente werden in Einzelfällen zitiert, sind aber aus unterschiedlichen Gründen nicht im Anhang dieses Evaluationsberichts enthalten.

<sup>121</sup> Krankenhausinternes pdf-Dokument „Jährliche Patientenbefragung 2006 – 2012 + Zielwert“.

fachbereichsspezifisch dargestellt; außerdem gibt es einen Vergleich mit einem Krankenhaus ähnlicher Größenordnung.

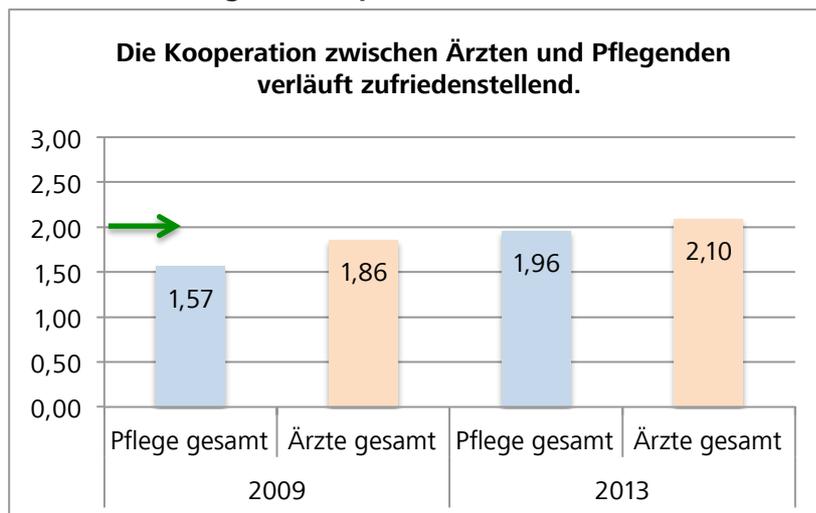
Nur drei Fragen weisen einen einigermaßen konkreten Bezug zu Aspekten des ECO-Modells auf wie beispielsweise die Frage „Hat ein ärztliches Entlassgespräch stattgefunden?“<sup>122</sup> Die Frage stellt nur auf die Strukturqualität des Zustandekommens ab, nicht aber auf die Art und Weise der Gestaltung. Weil die Veränderung der Antwortmuster im zeitlichen Verlauf in ihrer Verteilung auf die Berufsgruppen Arztdienst und Pflege nicht plausibel erklärbar sind, werden keine weiteren Daten aus dieser Befragung in die Evaluation der Umsetzung des ECO-Modells einbezogen.

## 6.2.2 Zentrale Ergebnisse

### 6.2.2.1 Gesamtscore der Zufriedenheit mit der Kooperation zwischen Ärzten und Pflegenden in den schriftlichen Befragungen

Bevor näher auf Einzelergebnisse eingegangen wird, soll zunächst ein orientierender Einstieg über die Veränderung der Kooperationsqualität insgesamt präsentiert werden. Zu diesem Zweck sind alle Einzelbewertungen aller Befragten über alle 42 Fragebereiche zu einem Durchschnittswert verdichtet worden, der der Abbildung 6.1 für die beiden Jahre 2009 und 2013 zu entnehmen ist.

**Abbildung 6.1: Beurteilung der Kooperation zwischen Arztdienst und Pflegedienst**



Aus der Abbildung 6.1 gehen drei Gesamttendenzen hervor, die sich durch die gesamten Untersuchungen ziehen:

- Es gibt eine deutliche Verbesserung der Einschätzung der Kooperationsqualität im Zeitverlauf 2009 bis 2013.
- Ärzte bewerten die Kooperationsqualität durchgängig besser als die Pflegenden.
- Die eingetretene relative Verbesserung im Zeitablauf ist bei den Pflegenden größer als bei den Ärzten.

In den Patienteninterviews zeigt sich, dass die Patienten Schwierigkeiten hatten, die Güte der Kooperation zwischen Ärzten und Pflegenden differenziert zu beurteilen („*Das ganze Drum und Dran hier im Clementinenhaus ist gut*“ (Patient 1)“, „*die Pflege ist gut, die Ärzte kümmern sich*

<sup>122</sup> Ebd., Fragen 18 & 19.

*noch mehr, die erzählen mehr (Aufklärung/Information) (Patient 2)<sup>123</sup> oder gar Veränderungen wahrzunehmen („Das ist positiv geblieben.“<sup>124</sup>).*

In den folgenden Abschnitten werden die wichtigsten Einzelergebnisse der einzelnen Themenbereiche der Befragung präsentiert.

#### **6.2.2.2 Aufnahmeprozess**

Der Aufnahmeprozess hat eine Schlüsselfunktion für die Kommunikation und Kooperation mit dem Patienten und für die Steuerung des weiteren Leistungsprozesses. Insofern ist nicht verwunderlich, dass auch im Rahmen des ECO-Modells die Gestaltung des Aufnahmeprozesses – insbesondere die Vorstellung der ECO-Pflegefachkraft und des Bezugsarztes gegenüber dem Patienten – einen hohen Stellenwert hat.

Die Patienteninterviews haben ergeben: „Das Gefühl mit dem individuellen Hilfsbedarf gesehen zu werden, ist ausschlaggebend für die Patient/innen und Angehörigen. Dabei scheint es gleichgültig zu sein, ob die Person, die sich kümmert, eine Ärztin oder eine Pflegende ist.“<sup>125</sup>

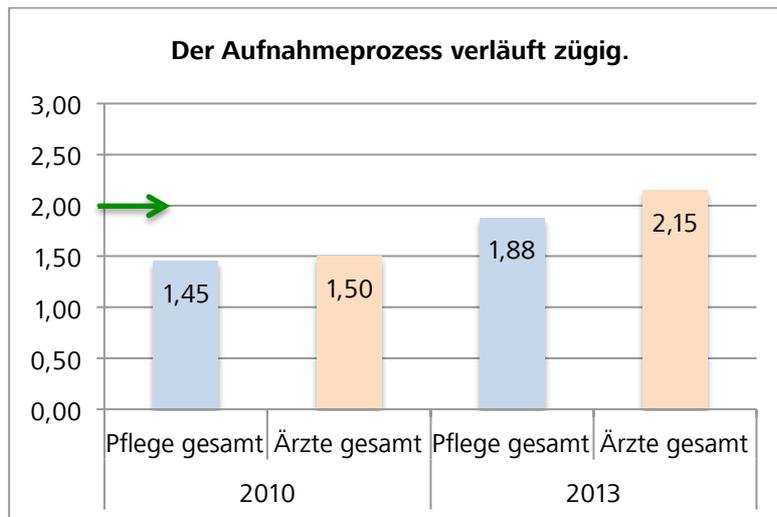
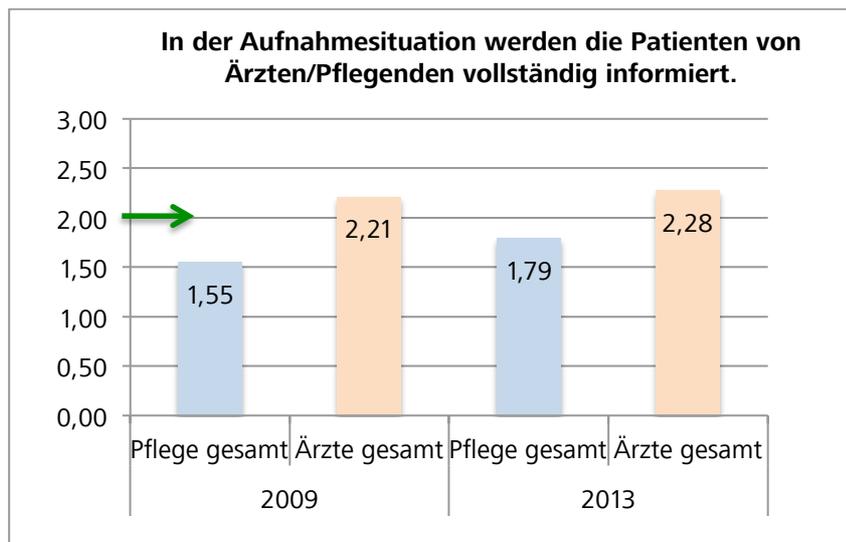
Zwei Items bezogen sich auf den Aufnahmeprozess. Aus den Beurteilungen der Geschwindigkeit des Aufnahmeprozesses (vgl. Abbildung 6.2) ergibt sich eine deutliche Verbesserung, die maßgeblich durch verbesserte Kooperationsbeziehungen zwischen dem Bezugsarzt und der ECO-Pflegefachkraft zu erklären ist. - Die Frage nach den Informationen durch die jeweils andere Berufsgruppe zeigt einerseits eine hohe Zufriedenheit der Ärzte mit der patientenbezogenen Informationspolitik der Pflegenden, andererseits aber durchaus noch bestehende Verbesserungspotenziale aus Sicht der Pflegenden, was die Information der Patienten durch die Ärzte angeht (vgl. Abbildung 6.3).

---

<sup>123</sup> Auswertung Patienteninterviews 2014, S. 6.

<sup>124</sup> Ebd.

<sup>125</sup> Auswertung Patienteninterviews 2009, S. 3.

**Abbildung 6.2: Geschwindigkeit des Aufnahmeprozesses****Abbildung 6.3: Information der Patienten durch Ärzte und Pflegende in der Aufnahmesituation**

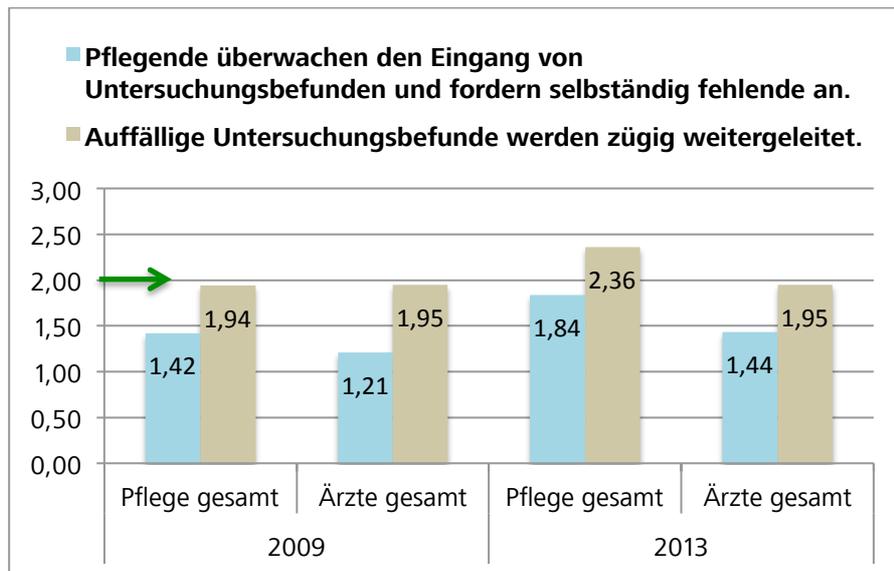
### 6.2.2.3 Diagnostik, Behandlung, Therapie

Insgesamt gesehen sind beide Befragten mit der zeitlichen Organisation und der Häufigkeit von Nachfragen zufrieden: Die beiden Statements

- Die ärztlichen Anordnungen sind zeitsparend organisiert und
- Es gibt nur sehr selten Nachfragen wegen unvollständig ausgefüllter Anforderungsformulare

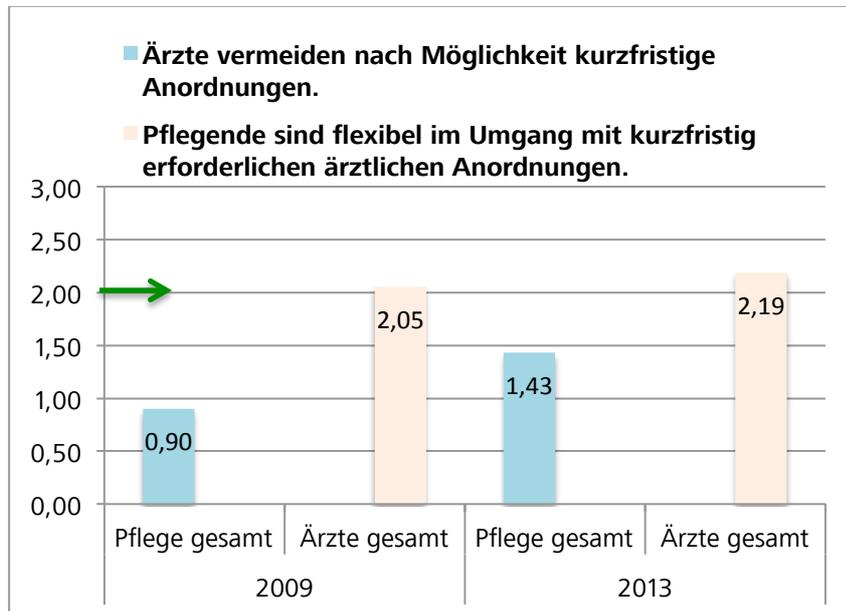
wurden im Durchschnitt mit „trifft eher zu“ bewertet.

Zu den erweiterten Aufgaben der ECO-Pflegefachkräfte zählt das Management des Behandlungsprozesses einschließlich einer fallbezogenen kritischen Überprüfung der Patientensituation und der Leistungen.

**Abbildung 6.4: Umgang mit Untersuchungsbefunden**

Die Selbständigkeit, mit der Pflegende den Eingang von Untersuchungsbefunden überwachen und ggf. fehlende Befunde anfordern, wird von beiden Berufsgruppen eher zurückhaltend beurteilt. Die Einschätzung der Ärzte liegt hier unter der der Pflegenden. Ein Zitat aus einem Arztinterview nach der Befragung 2013 zur Illustration: „*Sicherung der Befundeingänge: Ja, da würde ich mir mehr wünschen. Nicht so sehr die Organisation, sondern das Verständnis.*“

Auch hinsichtlich des Umgangs mit kurzfristigen Anordnungen der Ärzte besteht noch Optimierungsbedarf. Die korrespondierende Fragekonstruktion ergab Hinweise darauf, dass aus Sicht der Pflegenden die organisatorischen Möglichkeiten zur Reduktion kurzfristiger Anordnungen noch stärker ausgeschöpft werden sollten (vgl. Abbildung 3.5).

**Abbildung 6.5: Umgang mit kurzfristigen Anordnungen**

Zur Illustration dieses Interessenkonflikts drei kurze Zitate aus den vertiefenden Interviews mit Ärzten nach der Befragung im Jahr 2013:

- „Als Arzt sage ich: Das ist unvorhersehbar; als Pflegekraft mache mich mir nicht ganz so viel Gedanken, ob das vermeidbar ist.“
- „Manchmal ist auch Gedankenlosigkeit des Arztes (er merkt nicht, dass das stört) oder Unsicherheit der Auslöser.“
- Ja, die Flexibilität der ECO-Pflegefachkräfte wird schon ausgenutzt.“

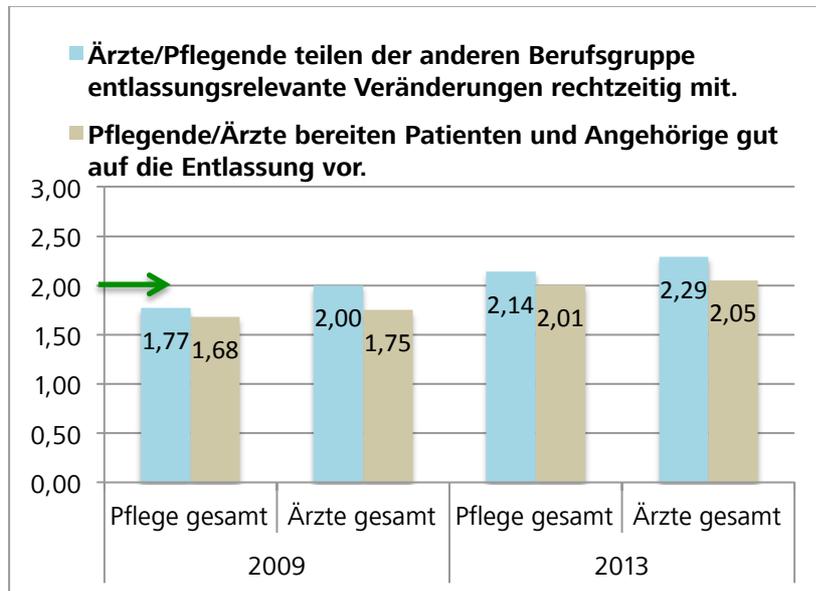
Beide Interviewreihen mit den Patienten haben zum Ergebnis, dass die Patienten die Behandlung vorrangig nach dem Zeitaufwand bewerten, den ihnen Ärzte und Pflegenden zukommen lassen. „Professionelles Können wird in ihren Beschreibungen nicht in den Mittelpunkt gestellt. Man scheint davon auszugehen, dass diese Kompetenz Grundlage einer Versorgung ist.“<sup>126</sup> Die Patienten „wissen gar nichts über die Prozessabläufe.“<sup>127</sup>

#### 6.2.2.4 Entlassungsprozess

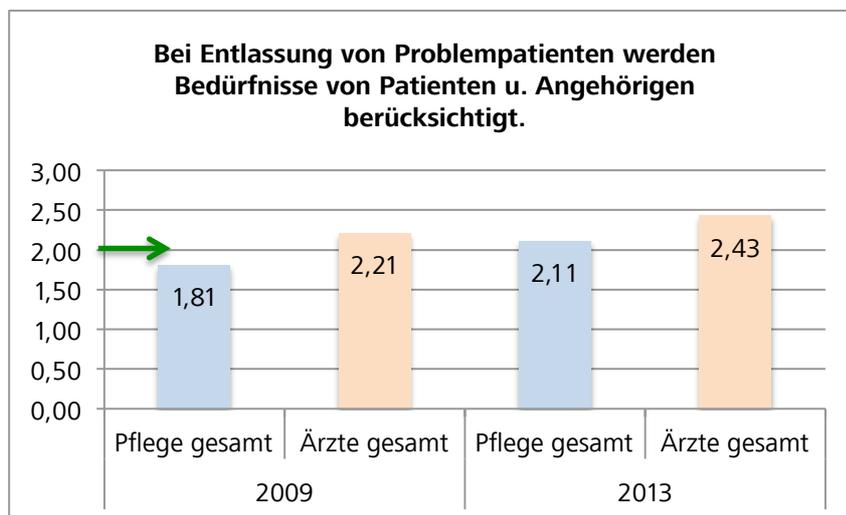
In der Befragung wurden unterschiedliche Aspekte des Entlassungsprozesses thematisiert. Die gegenseitige Information der Akteure über entlassungsrelevante Aspekte des Patienten sowie die Vorbereitung des Patienten auf seine Entlassung waren schon vor der Umsetzung des ECO-Modells recht gut und sind im weiteren Verlauf noch verbessert worden, wie aus der Abbildung 6.6 hervorgeht.

<sup>126</sup> Auswertung Patienteninterviews 2009, S. 8.

<sup>127</sup> Auswertung Patienteninterviews 2014, S. 7.

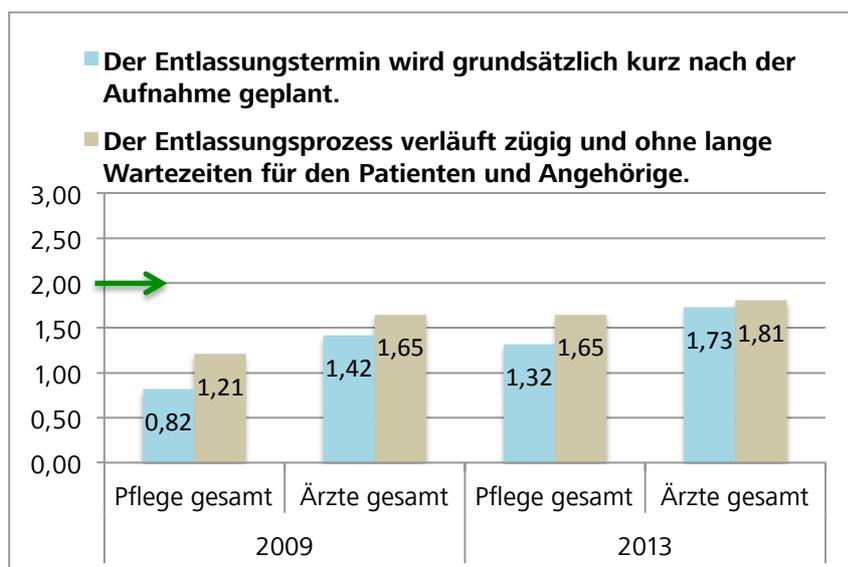
**Abbildung 6.6: Gegenseitige Information der Akteure und Vorbereitung des Patienten**

Bei der Berücksichtigung der Bedürfnisse von Problempatienten ist im Verlaufe der Zeit eine Verbesserung eingetreten (vgl. Abbildung 6.7):

**Abbildung 6.7: Berücksichtigung der Bedürfnisse von Problempatienten bei der Entlassung**

Nur verhaltene Verbesserungen hat es bisher im Bereich der Funktionalität des Entlassungsprozesses gegeben (vgl. Abbildung 6.8):

**Abbildung 6.8: Funktionalität des Entlassungsprozesses**



Hinsichtlich der Wartezeiten gab es leichte Verbesserungen. Relativ schlechte Werte gab es nach wie vor bei der Einschätzung, inwieweit der Entlassungstermin kurz nach der Aufnahme geplant wird. Aus den vertiefenden Interviews nach der Befragung 2009 wurde deutlich, dass es neben disziplinbezogenen Schwierigkeiten einer prospektiven Festsetzung auch deutliche personelle Unterschiede in der Praxis gibt:

- Arzt 1: „Wir entlassen auch kurzfristig, das ist manchmal schlecht zu planen. Was ich da an Terminen eintrage, ist eher Makulatur.“
- Arzt 2: „Wir versuchen das. Ich bezweifle, ob sich alle Kollegen daran halten.“
- Pflegende 1: „Einige Ärzte sind diszipliniert und ordentlich, es gibt aber auch andere, die gar keine Angaben zur Entlassung machen.“

### 6.2.2.5 Informationsprozesse

In den Patienteninterviews des Jahres 2014 ist auch nach der gegenseitigen Information der Ärzte und der Pflegenden im Versorgungsprozess gefragt worden. Es zeigte sich in den Interviews, dass diese kooperativen Informationsprozesse für den Patienten eine „Blackbox“ darstellen, die von ihm kaum wahrgenommen und beurteilt werden kann. „Das (gegenseitige Informieren, Ergänzung KD/PS) weiß ich nicht, bestimmt machen die das.“<sup>128</sup> – Eine Ausnahme bildet die Situation der Visite, die für den Patienten besser wahrnehmbar ist: „Das (den Informationsaustausch, Ergänzung KD/PS) merkt man bei den Visiten, erst, (...) dass die Pflegekraft doch dann sagt, ‚aber hör mal, das ist so und so‘. Also die tauschen sich schon aus.“<sup>129</sup>

Hinsichtlich der strukturierten kooperativen Informationsprozesse hat die **Visite** einen herausragenden Stellenwert; sie ist als *der* „Ort kooperativer Führung“<sup>130</sup> zu bezeichnen. Dieses Verständnis wurde und wird von Ärzten wie von Pflegenden geteilt; das Statement „Die Visite ist ein wichtiger Ort der Zusammenarbeit von Ärzten und Pflegenden“ erhielt bereits zum Zeitpunkt der ersten Erhebung von beiden Berufsgruppen Bewertungen > 2,2; diese Werte sind in der zweiten Befragung noch einmal deutlich gesteigert worden.

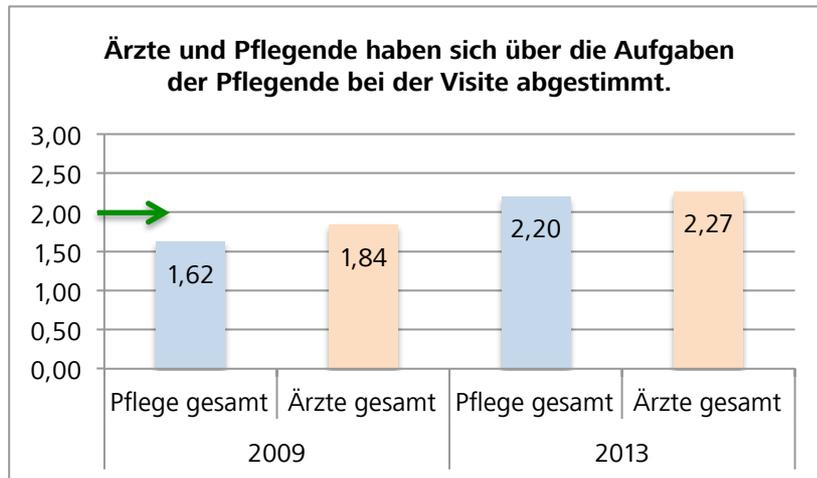
<sup>128</sup> Ergebnisse Patienteninterviews 2014, S. 4.

<sup>129</sup> Ebd.

<sup>130</sup> Ausführlich dazu vgl. Dahlgard/Stratmeyer, a.a.O., Band 6, Seite 45ff.

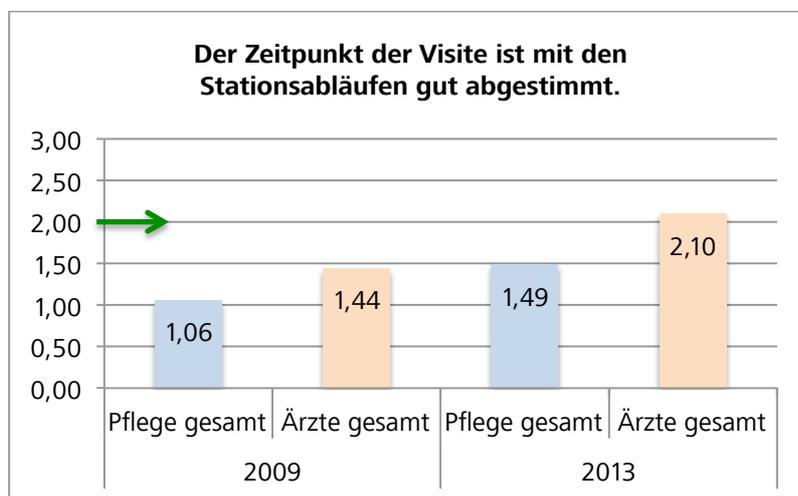
Dieser hohe Stellenwert ist offenbar im Rahmen der Einführung des ECO-Modells überzeugend in eine abgestimmte Aufgabenstruktur überführt worden, wie aus der Abbildung 6.9 hervorgeht:

**Abbildung 6.9: Abstimmung der Aufgaben bei der kooperativen Visite**



Optimierungspotenziale ergeben sich allerdings nach wie vor bei der zeitlichen Abstimmung der Visite (vgl. Abbildung 6.10):

**Abbildung 6.10: Grad der Abstimmung des Visitenzeitpunkts mit den Stationsabläufen**

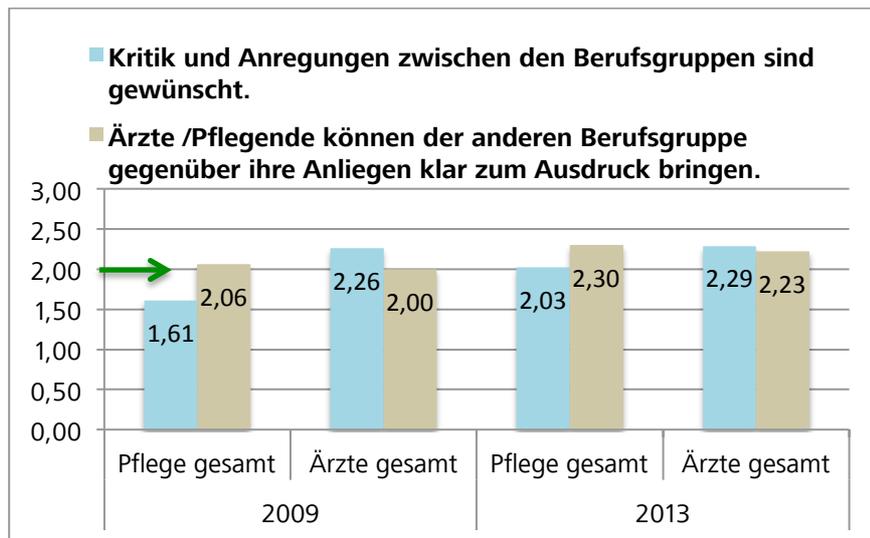


Charakteristisch ist bei dieser Verteilung, dass Pflegende nach wie vor nicht mit der zeitlichen Abstimmung zufrieden sind, während sich die Zufriedenheit der Ärzte positiv entwickelt hat. Aus den vertiefenden Interviews wurde deutlich, dass die Ärzte mehr Einfluss auf den Visitenzeitpunkt nehmen können, dass es einzelne Ärzte in einzelnen Fachabteilungen gibt, die sich nur unzureichend an Absprachen halten, und dass auf der anderen Seiten die verantwortlichen ECO-Pflegefachkräfte, die weitgehend die Visiten mit begleiten, ihre eigenen Arbeitsprozesse unterbrechen, um an einer für diesen Zeitpunkt nicht geplanten Visite teilzunehmen. Dies stellt

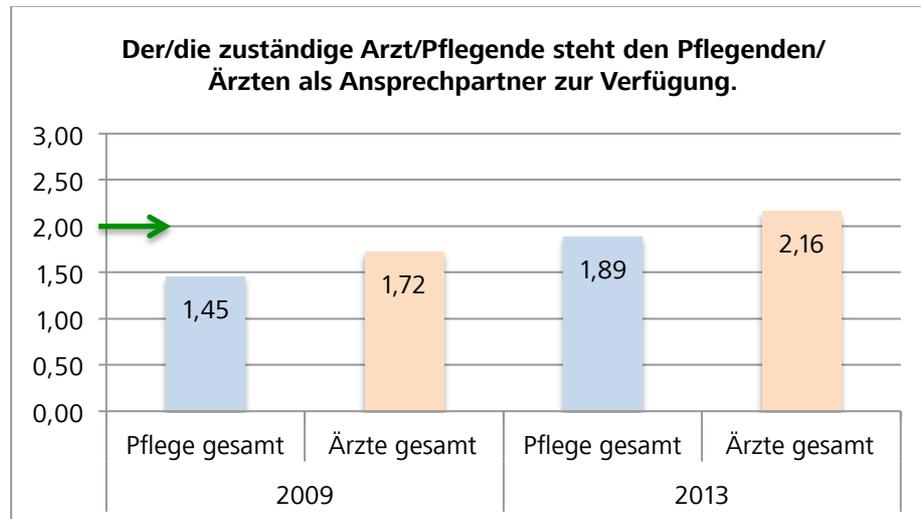
zwar die Erbringung der Leistung und auch die (relative) Zufriedenheit der Ärzte sicher, nicht aber die der kooperierenden Pflegenden.

Das Kooperationsklima zwischen Ärzten und Pflegenden war schon vor der Umsetzung des ECO-Modells gut und ist durch das ECO-Modell noch besser geworden, wie die Abbildung 6.11 zeigt:

**Abbildung 6.11: Kooperationsklima zwischen Ärzten und Pflegenden**



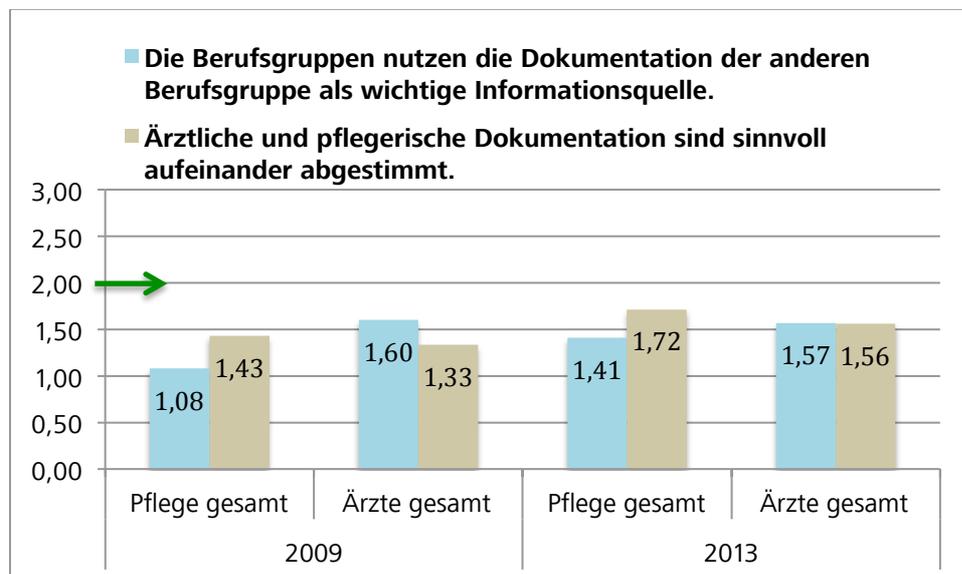
Zentrales Element des ECO-Modells ist die Sicherstellung einer konkreten Ansprechbarkeit für den Patienten durch das Bezugspflegeteam aus Arzt und ECO-Pflegefachkraft. Deswegen ist von besonderer Wichtigkeit, ob der Informationsaustausch zwischen diesen beiden Personen funktioniert und beide auch für die jeweilige Kooperationspartnerin konkret zur Verfügung stehen - Hinsichtlich der Ansprechbarkeit auf der konkreten fallbezogenen Ebene hat die Umsetzung des ECO-Modells deutliche positive Entwicklungen gebracht (vgl. Abbildung 6.12):

**Abbildung 6.12: Ansprechbarkeit der Kooperationspartner**

Die Funktion als Ansprechpartner funktioniert im Binnenverhältnis zwischen den Kooperationspartnern, wird aber deshalb noch nicht automatisch auch von den Patienten wahrgenommen. Es „verwundert es nicht, dass der Patient die Bezugsfunktion durch feste Ansprechpartner weder wahrnimmt noch erwartet, was sich gegenseitig bedingt. Kein Interview-Teilnehmer bejahte spontan oder gar mit Angabe des Namen oder der Funktion seine „festen Ansprechpartner“. Hier ist ein starkes Informationsdefizit bei den Patienten zu vermuten“.<sup>131</sup>

Hinsichtlich der Dokumentation als eines wesentlichen professionellen Organisationsinstruments ist die Einschätzung der Akteure durch die ECO-Modellumsetzung kaum verbessert und noch längst nicht als zufriedenstellend zu bezeichnen, wie aus Abbildung 3.13 hervorgeht:

<sup>131</sup> Auswertung Patienteninterviews 2014, S. 6.

**Abbildung 6.13: Ärztliche und pflegerische Dokumentation**

Der relativ geringe Informationsgehalt der Pflegedokumentation aus Sicht der Ärzte wurde bereits in den vertiefenden Interviews in Folge der Befragung des Jahres 2009 bestätigt (mangelnde Problemadäquanz, Redundanzen in der Darstellung, Bedeutung allenfalls aus forensischer Sicht: „Wenn ich etwas wissen will, gehe ich zu jemandem aus der Pflege, der Bescheid weiß und frage sie, bevor ich das alles lese.“ (Zitat aus einem vertiefenden Interview mit einem Arzt)).

Auch aus Sicht der Pflegenden ist die ärztliche Dokumentation nicht von großem Nutzen, zumal beide Instrumente noch unzureichend aufeinander abgestimmt sind. Dieses Thema – zumal noch mit der Verbesserung des pflegerischen Assessments<sup>132</sup> und der Umsetzung in eine EDV-Lösung – ist sicher eine Zukunftsaufgabe für das DRK-Krankenhaus Clementinenhaus Hannover bei der weiteren Verstetigung der ECO-Modellumsetzung.

#### 6.2.2.6 Kommunikation und Kooperation

Die Kommunikation zwischen Ärzten und Pflegenden wurde anhand von insgesamt 11 Items bewertet. 8 dieser Items betrafen eher allgemeine Aspekte der Kommunikation und Kooperation:

- Bei Besprechungen mit allen Berufsgruppen kann offen und ehrlich gesprochen werden.
- Ärzte/Pflegende interessieren sich für Anregungen der jeweils anderen Berufsgruppe.
- Ich habe das Gefühl, dass ich in meiner Abteilung als mündiges Gegenüber behandelt werde.
- Konflikte zwischen ärztlichem Dienst und Pflegedienst können zufrieden stellend geregelt werden.
- Die Kommunikationskultur ist transparent.
- Über die Grenzen der Berufsgruppen hinweg kann offen und wertschätzend kommuniziert werden.
- Ärzte/Pflegende informieren die andere Berufsgruppe über alle wichtigen patientenbezogenen Aspekte.

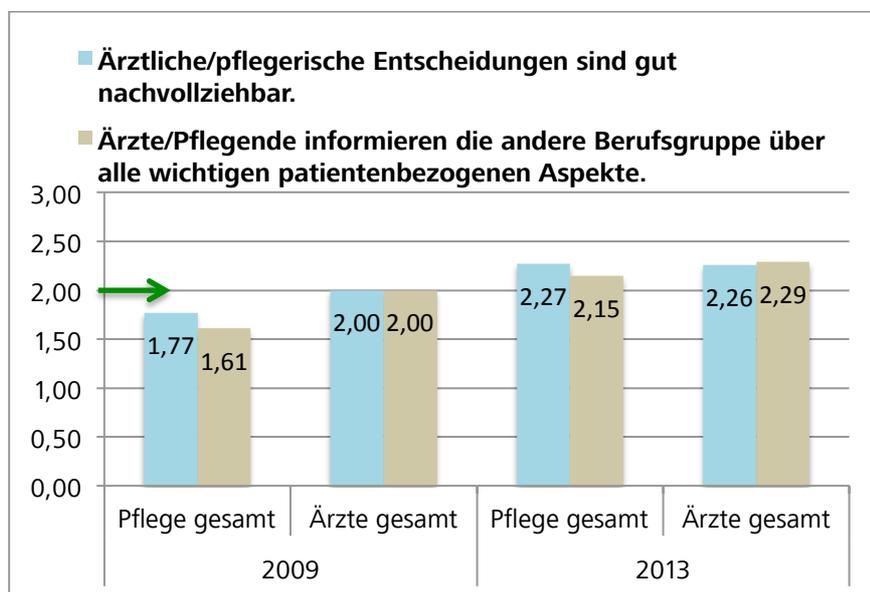
<sup>132</sup> Vgl. Kap. 4 dieses Berichts.

Eine Einzelauswertung soll an dieser Stelle unterbleiben, weil sich eine durchgängige Tendenz bei allen acht Items widerspiegelt:

- Es hat sich im Zeitraum von 2009 bis 2013 – wie bei vielen anderen Items auch – eine Verbesserung der Einschätzung ergeben.
- Insgesamt wird die Kommunikation und Kooperation als gut bewertet (Durchschnittsscores über alle oben aufgeführte Items: Pflege: 2,09, Ärzte: 2,22).

Hervorzuheben sind in diesem Zusammenhang zwei weitere Items, die das Entscheidungs- und Informationsverhalten der Kooperationspartner aus Arztdienst und Pflegedienst betreffen. Für die patientenbezogene Kooperation im Behandlungsprozess ist dieser Aspekt von besonderer Bedeutung (vgl. Abbildung 6.14):

**Abbildung 6.14: Entscheidungs- und Informationsverhalten**

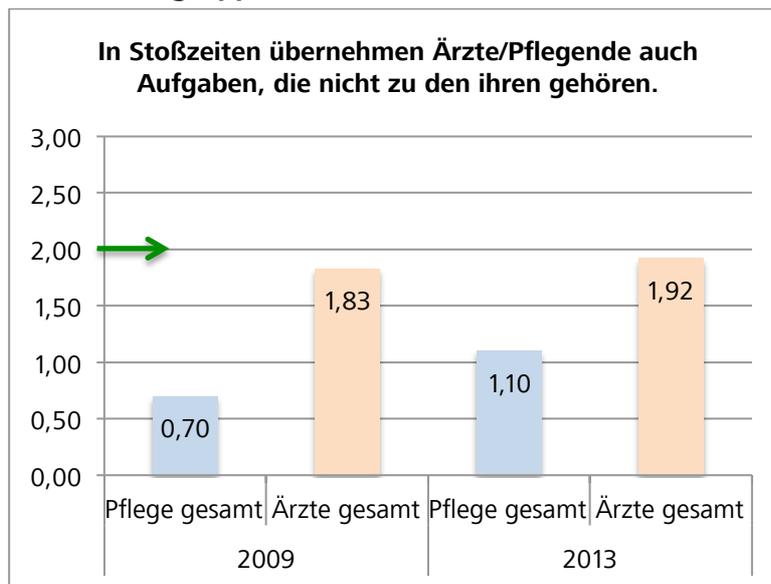


Wichtig ist, dass nicht nur der Grad an Information gestiegen ist, sondern auch die Nachvollziehbarkeit von Entscheidungen der jeweils anderen Berufsgruppe, die sich im Arbeitsprozess und im Prozess der Patientenkommunikation positiv auswirkt. Hier geht es also nicht nur um ein allgemein als positiv zu bezeichnendes Arbeitsklima<sup>133</sup> zwischen Ärzten und Pflegenden, sondern um positive Auswirkungen auf den Arbeitsprozess selbst.

Abschließend wurden die Befragten in diesem Abschnitt auch noch um eine Einschätzung gebeten, inwieweit die jeweils andere Berufsgruppe bereit ist, in Stoßzeiten auch einmal zur Unterstützung Aufgaben zu übernehmen, die (eigentlich) nicht ihre sind (vgl. Abbildung 6.15):

<sup>133</sup> Vgl. dazu auch die durchgängig positiven Ergebnisse, die das DRK-Krankenhaus Clementinenhaus Hannover in der alle drei Jahre durchgeführten Befragung der Mitarbeiter/-innen zur Arbeitszufriedenheit erzielt (vgl. krankenhausesinternes Dokument: Forschungsgruppe Metrik: Mitarbeiterzufriedenheitsanalyse 2012. Managementsummary des Ergebnisberichts. 25. Juli 2012). – Weil das Erhebungsinstrument nicht auf patientennahe Prozesse ausgerichtet ist und alle Berufsgruppe im Krankenhaus einbezogen sind, werden die Ergebnisse im Folgenden nicht weiter berücksichtigt.

**Abbildung 6.15: Bereitschaft zur Übernahme von Aufgaben der jeweils anderen Berufsgruppe**

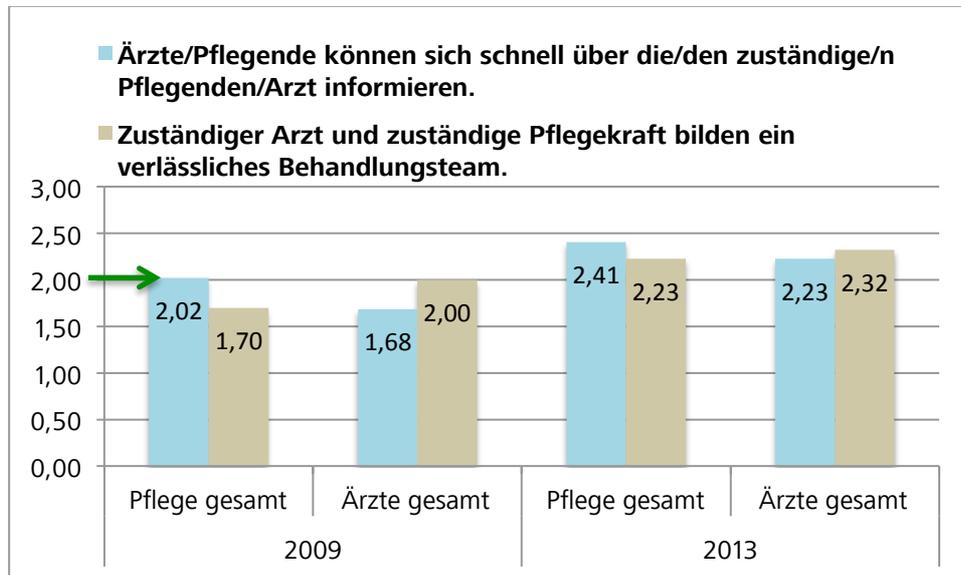


Ärzte können sich offenbar nicht über mangelnde Bereitschaft von Pflegenden beklagen, umgekehrt aber schon. Auch die Umsetzung des ECO-Modells hat daran nicht viel geändert. Aus den vertiefenden Interviews – im Übrigen übereinstimmend zwischen beiden Erhebungszeitpunkten - wurde deutlich, dass dies aber nicht unbedingt als Kooperationsmangel verstanden wird, sondern eher eine Zustandsbeschreibung darstellt:

- Pflegende 1: „Wir übernehmen etwas von den Ärzten. Der wird für mich keinen Patienten von der Toilette holen. Das ist für mich kein Problem.“
- Pflegende 2: „Ich kenne eine Ärztin hier im Haus, die macht das. Die anderen halten da eher Abstand.“
- Arzt 1: „Das ist immer so herum. Selten wollen Pflegende etwas von Ärzten.“
- Arzt 2: „Mir bricht da kein Zacken aus der Krone. Aber wir haben anders als die Pflegenden niemanden, an denen wir noch etwas wegdelegieren können (z.B. Schüler).“
- Arzt 3: „Ich habe mal beim Bettenmachen mit angefasst. Die Schwester war völlig verblüfft.“

### 6.2.2.7 Prozessorganisation

Wesentlicher Aspekt der Prozessorganisation im ECO-Modell ist die Etablierung eines Bezugspflegeteams aus Arzt und Pflegenden. Wie hat sich dieses Modell in der Einschätzung der Befragten tatsächlich bewährt?

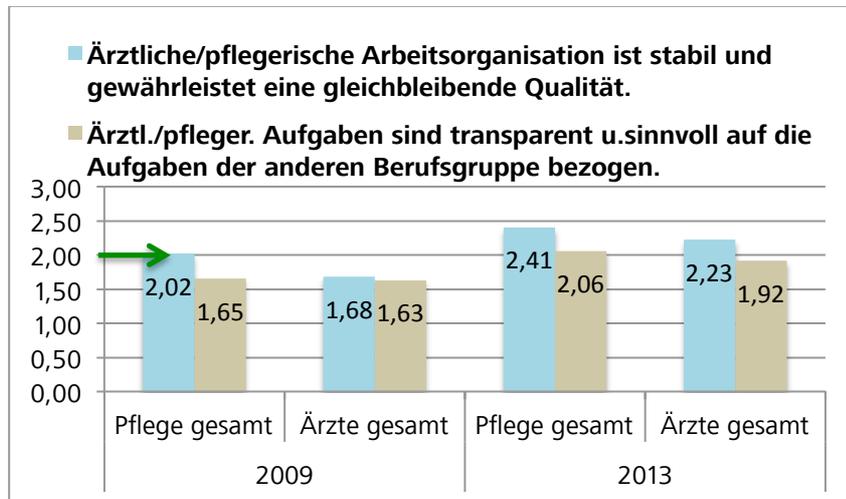
**Abbildung 6.16: Zuständigkeit im Behandlungsteam**

An den Antworten ist abzulesen, dass das Behandlungsteam mittlerweile als etabliert angesehen werden kann:

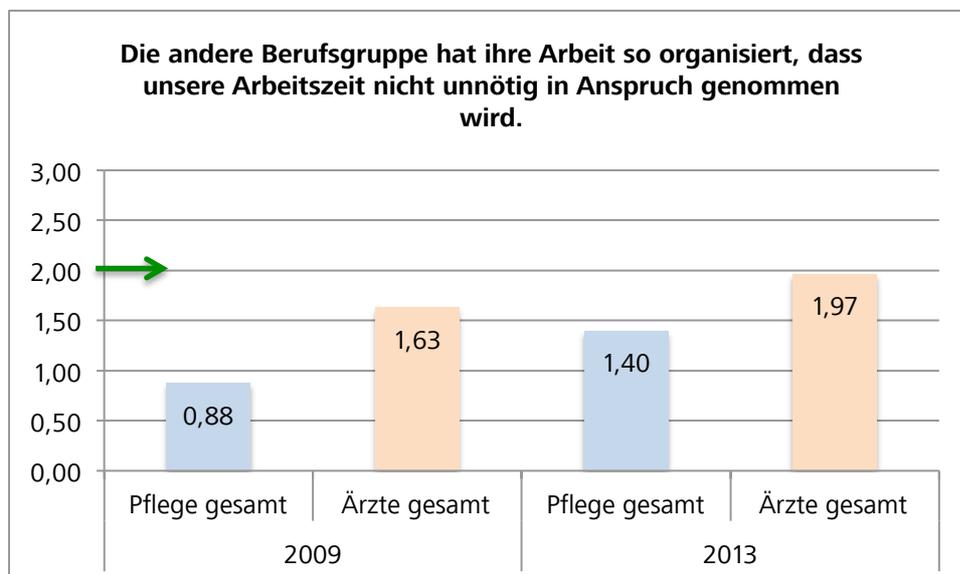
- Die Information über den zuständigen Arzt war für Pflegende schon in der Ausgangssituation (schon aufgrund der geringeren Arztdichte auf Station) relativ einfach. Mittlerweile kann durch das etablierte Behandlungsteam-System und auch die Ausweisung der ECO-Pflegefachkraft auf dem Dienstplan<sup>134</sup> eine schnellere Orientierung auch für Ärzte erreicht werden.
- Die deutlichen Verbesserungen der Bewertungen des verlässlichen Behandlungsteams und die Angleichung der Einschätzung beider Berufsgruppen verdeutlichen einen relativen Umsetzungserfolg.

Auch im Bereich der Stabilität und Transparenz der Arbeitsorganisation haben sich in der Einschätzung der Akteure Verbesserungen ergeben (vgl. Abbildung 6.17):

<sup>134</sup> Vgl. Funktionsprofil ECO-Pflegefachkraft (Anhang 8.1).

**Abbildung 6.17: Arbeitsorganisation und Zuordnung der Aufgaben**

Kooperation in der Prozessorganisation ist ein Lernprozess für beide Partner. Sie stellt hohe Anforderungen an die Fähigkeit, nicht nur die eigenen Handlungsraaster und Maximen zu betrachten, sondern die Arbeitsorganisation der Partner jeweils mit zu berücksichtigen. Auch wenn man die Arbeitsprozess selbst und von den Akteuren hingenommenen Ungleichgewichte berücksichtigt<sup>135</sup>, bleibt hier offenbar noch breiter Spielraum für Verbesserungen (vgl. Abbildung 6.18):

**Abbildung 6.18: Korrespondierende Rücksichtnahme in der Arbeitsorganisation**

<sup>135</sup> Vgl. dazu den Aspekt der Übernahme von Aufgaben der jeweils anderen Berufsgruppe in Stoßzeiten (Abbildung 6.15 in diesem Kapitel).

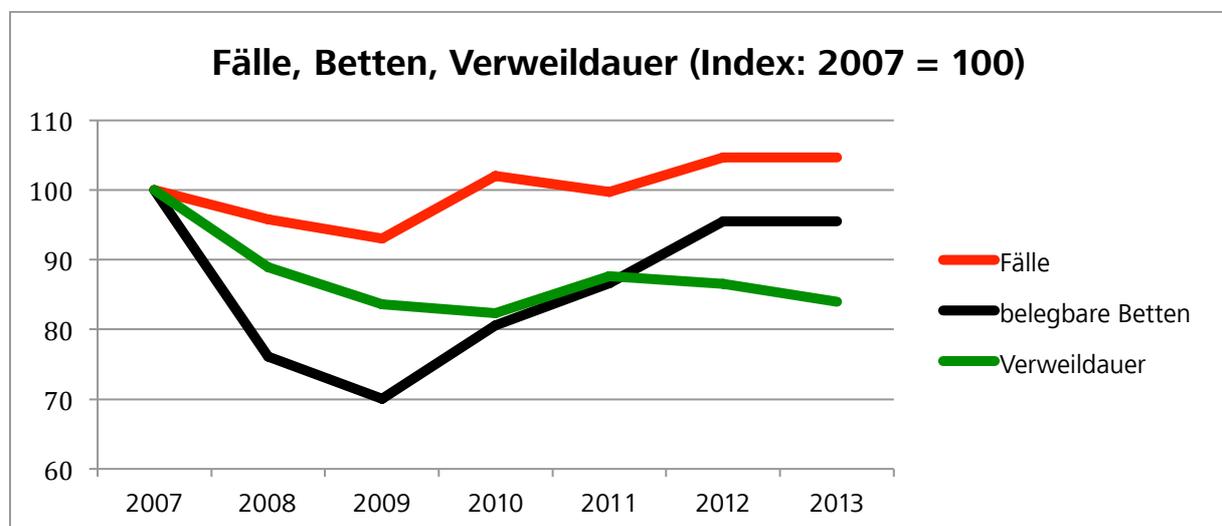


## 7 Perspektiven für einen Transfer der Ergebnisse

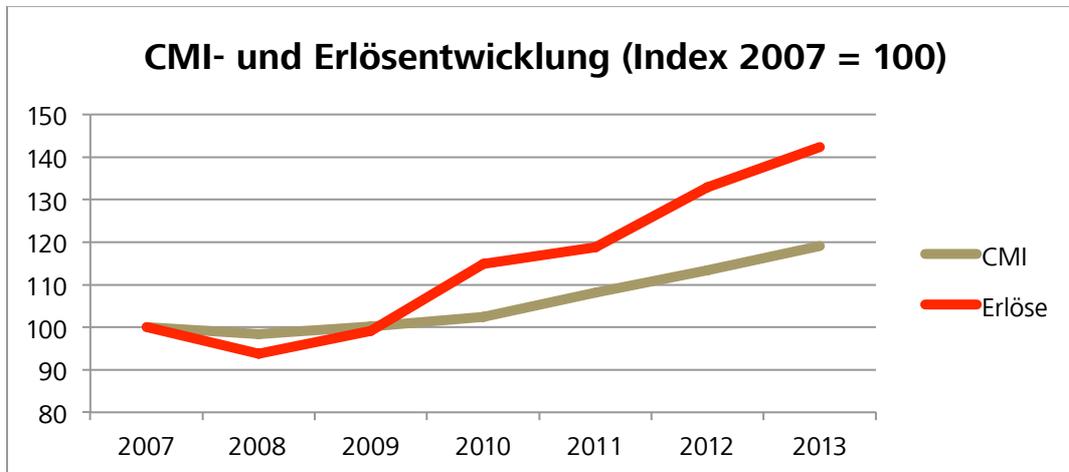
### 7.1 Wirtschaftliche Effekte der Umsetzung des ECO-Modells

Auf dem Abschlussworkshop mit der Krankenhaus-Führungsgruppe im Juli 2014 ist die Frage möglicher wirtschaftlicher Auswirkungen der ECO-Modellumsetzung diskutiert worden. Dies erforderte, zunächst einmal die wirtschaftliche Gesamtsituation zu betrachten. Aus der Abbildung 7.1 geht hervor, dass parallel zum Prozess der ECO-Modellentwicklung und -umsetzung die Zahl der belegbaren Betten deutlich reduziert worden ist. Dieses hat einen äußeren Druck geschaffen, die Fallführung zu straffen. Durch die gleichzeitig abnehmende Verweildauer konnte ein geringer Fallzahlenanstieg trotz verringerten Bettenangebots bewältigt werden.

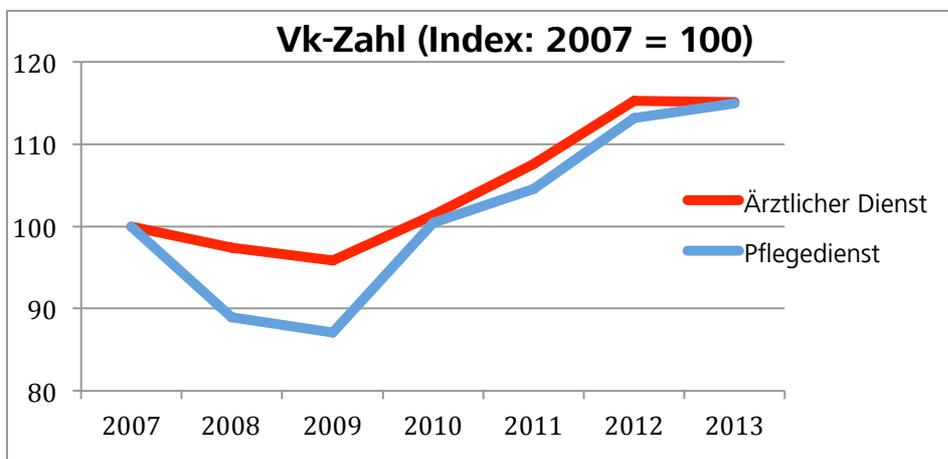
**Abbildung 7.1: Fällen, Betten, Verweildauer 2007 - 2013**



Aus Abbildung 7.1 geht hervor, dass sich im gleichen Zeitraum sowohl der Case-Mix-Index als auch die Erlöse des Krankenhauses erhöht haben. Die vergleichsweise höhere Steigerung der Erlöse ist auch durch Faktoren zu erklären, die außerhalb der Entwicklungen der Kernprozesse lagen (z.B. Ausdehnung medizintechnischer Leistungen). - Ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Krankenhauserlösen einerseits und der Durchführung des ECO-Modells wurde von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Workshops nicht hergestellt.

**Abbildung 7.2: CMI- und Erlösentwicklung 2007 – 2013**

Die Entwicklung der Vollkräfte-Zahlen in Arztdienst<sup>136</sup> und Pflegedienst komplettiert die Grunddaten (vgl. Abbildung 7.3). Deutlich wird eine Absenkung im Pflegebereich parallel zur Reduzierung der Bettenzahl und ein in etwa paralleler Anstieg der Vollkraft-Zahlen in beiden Berufsgruppen ab 2010. – Auch dieser Anstieg ist im Wesentlichen durch die Fallzahl- und CMI-Entwicklung zu erklären.

**Abbildung 7.3: Entwicklung der Vollkräfte-Zahl 2007 – 2013**

Aus der Zusammenschau aller drei Abbildungen wird deutlich, dass ein Zusammenhang zwischen der Durchführung des ECO-Modells und einschlägigen wirtschaftlichen Kenngrößen nicht herstellbar ist.

Bei den Personalkosten ist zu berücksichtigen, dass durch die Umsetzung des ECO-Modells eine Veränderung der Personalkostenstruktur aufgetreten ist, und zwar durch eine Verschlinkung der Leitungsstruktur. Waren im Haus vorher 10 Stationsleitungen und 10 ständige Vertretungen dieser

<sup>136</sup> Bei den Vollkraftzahlen im Arztdienst ist zu berücksichtigen, dass nur die festgestellten Ärzte und nicht die Honorarärzte/Belegärzte angeführt sind. Würde man diese Kosten auch berücksichtigen, wären diese entsprechend höher und entsprächen in etwa dem Anstieg der Erlöse (vgl. Abbildung 7.2).

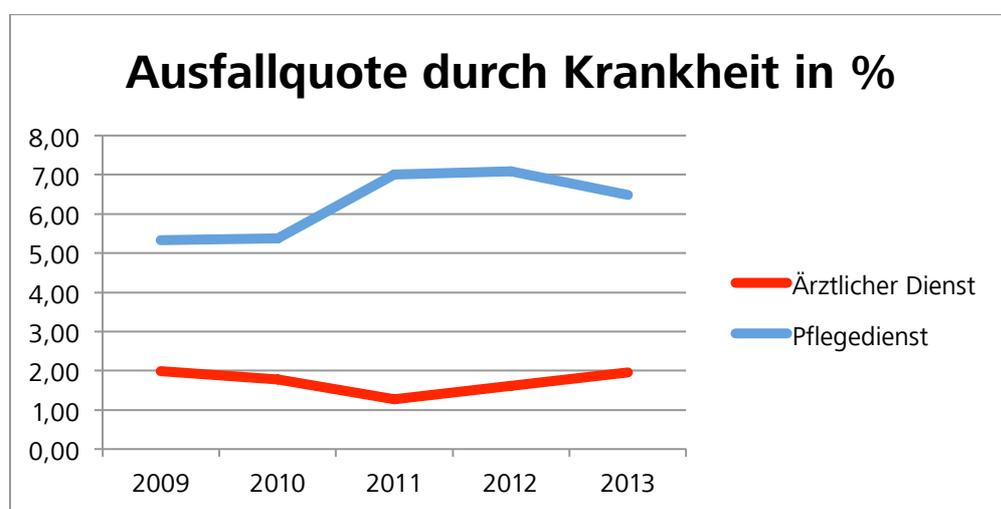
Stationsleitungen (mit entsprechender Eingruppierung) tätig, so sah das ECO-Modell folgende Leitungsstellen vor:

- 5 Bereichsleitungsstellen und
- 3 Abteilungsleitungsstellen.

Vergleicht man die Reduzierung der Leitungsstellen mit den erhöhten Aufwendungen für die Auszahlung des Nachteilsausgleichs der 24 ECO-Pflegefachkräfte, so ergibt sich eine Verringerung der Personalkosten im Pflegedienst um ca. 4.000€ pro Jahr.<sup>137</sup>

Untersucht man abschließend die Abwesenheitsquoten durch Krankheit bei Ärzten und Pflegenden im Untersuchungszeitraum, ergibt sich folgendes Bild (vgl. Abbildung 7.4):

**Abbildung 7.4: Ausfallquote durch Krankheit 2009 - 2013**



Beide Ausfallquoten liegen im Rahmen üblicher Größenordnungen. - Angesichts der Zahlen lässt sich kein plausibler Zusammenhang zwischen der Umsetzung des ECO-Modells und den Ausfallquoten herstellen.

Die Diskussionen über die wirtschaftlichen Auswirkungen des Projekts der ECO-Umsetzung lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Ein ursächlicher Zusammenhang zwischen wirtschaftlichen Kenngrößen des DRK-Krankenhauses Clementinenhaus Hannover und der Umsetzung des ECO-Modells lässt sich nicht herstellen.
- Es gibt Hinweise darauf, dass die Umsetzung des ECO-Modells im Wesentlichen kostenneutral durchgeführt werden konnte.

## 7.2 Erfahrungen mit einer produktiven Unterstützung der Arbeit der ECO-Pflegefachkräfte

Dieser Abschnitt wendet sich noch einmal den ECO-Pflegefachkräften als zentrales Element des ECO-Modells zu. Sie stellen besonders wichtige Funktionen im Pflegedienst dar, die mit den Ärzten auf Augenhöhe kooperieren und in dieser Funktion aus dem Pflegeteam herausgehoben sind. Im

<sup>137</sup> Vgl. Krankenhausinternes Dokument „Personalkostenstruktur Pflege pro Monat 14-08-12“.

Projekt sind Erfahrungen damit gesammelt worden, wie die Bedingungen der Arbeit derartiger Pflegefachkräfte so gestaltet werden können, dass

- die Kooperation mit dem ärztlichen Bereich funktioniert,
- die Konflikte im Team durch die Schaffung andersartiger (herausgehobener) Funktionen begrenzt bleiben und
- die Arbeitsbedingungen für diese Art pflegerischer Fachkräfte attraktiv sind.

Die wichtigsten drei Aspekte werden nachfolgend auf der Grundlage der Projekterfahrung beschrieben.

### 7.2.1 Arbeitsbedingungen: Pragmatische, flexible Festlegungen der Betreuungsrelationen und Arbeitszeitregelungen

Die Festlegung der Betreuungsrelation - also der Anzahl von Patienten, für die eine ECO-Pflegefachkraft unmittelbar verantwortlich ist - ist eine entscheidende Größe

- für die Funktionsfähigkeit des Modells,
- für die Höhe des Personalbedarfs und damit der Personalkosten und
- für die Arbeitsbedingungen der ECO-Pflegefachkräfte.

Vor der Erprobungsphase wurde in der ECO-Projektgruppe der Vorschlag gemacht, von einer Zahl von 12 Patienten auszugehen.<sup>138</sup> Diese Zahl stimmte auch in etwa mit den baulichen Gegebenheiten überein; auf jeder Ebene würden so 4 ECO-Pflegefachkräfte tätig sein. - Im weiteren Verlauf des Projekts wurde dann der Vorschlag entwickelt, die zahlenmäßigen Relationen unterschiedlich festzulegen, und zwar je nach Fachabteilung.<sup>139</sup>

Hinsichtlich der Arbeitszeiten der ECO-Pflegefachkräfte gab es in der Anfangsphase die Vorstellung, dass diese eine Art „Zwischendienst“ (z.B. 8:00 Uhr bis 16:30 Uhr) absolvieren sollten, um eine dem ärztlichen Arbeitszeitmodell eher vergleichbare Regelung zu schaffen und um Impulse in Früh- und Spätschicht setzen zu können. Diese Regelung wurde nicht realisiert, weil

- sich durch diesen Zwischendienst Besetzungslücken in den „Randzeiten“ ergaben (z.B. zwischen 6:00 Uhr und 8:00 Uhr) und
- diese relative Besserstellung der ECO-Pflegefachkräfte im Hinblick auf die Arbeitszeiten zu Konflikten im Team führte.<sup>140</sup> - Es soll nicht unerwähnt bleiben, dass andererseits einige ECO-Pflegefachkräfte gerne diese Zwischendienstform realisiert hätten und der Verzicht auf die Umsetzung dieser Dienstform Ärger hervorgerufen hat.

Mittlerweile arbeiten die ECO-Pflegefachkräfte vorwiegend im Frühdienst, weitgehend nach eigener Einteilung. Es sind allerdings unterschiedliche Modelle möglich. Eine Lockerung im System bringt mit sich, dass ECO-Pflegefachkräfte auch im Spätdienst arbeiten können.<sup>141</sup>

Für die durch wegfallende Schicht- bzw. Wechselschichtzulage zahlt das DRK-Krankenhaus Clementinenhaus Hannover den ECO-Pflegefachkräften einen Nachteilsausgleich.<sup>142</sup>

### 7.2.2 Sicherstellung von Teamstabilität und Einsatzkontinuität

Ein wesentlicher Erfolgsfaktor für die Arbeit der ECO-Pflegefachkräfte ist die Stabilität des Arbeitsorts und des Arbeitsteams. Zu Anfang der Erprobungsphase war davon ausgegangen worden, dass die Funktion als ECO-Pflegefachkraft jeweils für 14 Tage übernommen werden

<sup>138</sup> Vgl. Protokoll der ECO-Projektgruppe vom 9.8.2010, S. 3.

<sup>139</sup> Vgl. Protokoll der ECO-Projektgruppe vom 28.2.2012, S. 2.

<sup>140</sup> Vgl. Protokoll der ECO-Projektgruppe vom 11.11.2010, S. 2.

<sup>141</sup> Vgl. Protokoll der ECO-Projektgruppe vom 19.2.2013, S. 2.

<sup>142</sup> Vgl. Protokoll der ECO-Projektgruppe vom 11.11.2010, S. 2.

soll.<sup>143</sup> In der Hochphase des Krankenhausumbaus gab es (zu) viele Ausnahmen von dieser Regel. Mittlerweile ist die Kontinuität des Einsatzes in der Pflegegruppe verbessert, aber noch nicht optimal.<sup>144</sup>

In der schriftlichen Befragung hat sich gezeigt, dass von Ärzten und Pflegenden die Stabilität des Behandlungsteams mittlerweile als gut bewertet wird.<sup>145</sup>

### 7.2.3 Heraushebung der Funktion und Unterstützung bei der Aufgabenausführung

Die Besonderheit und Schlüsselposition der ECO-Pflegefachkräfte wird durch unterschiedliche personalwirtschaftliche Instrumente betont:

- Für die Ausführung der Funktion ist eine einschlägige formale Qualifikation notwendig.
- Die Übernahme der Funktion setzt die Teilnahme an einem Bewerbungsverfahren und entsprechende Ernennung voraus.
- Es gibt eine dezidierte Aufgabenbeschreibung, die auch Vorbehaltsaufgaben und damit Unterschiede zu den Aufgaben der anderen Pflegenden verdeutlicht.
- Die jeweilige ECO-Pflegefachkraft ist mit dieser Funktion im Dienstplan verzeichnet.<sup>146</sup>
- Bei Beurteilungsgesprächen von Pflegenden durch die Abteilungsleitung ist die jeweilige ECO-Pflegefachkraft anwesend, da sie die unmittelbare patientenbezogene Tätigkeit der zu beurteilenden Person besser beurteilen kann als die Abteilungsleitung.<sup>147</sup>

Diese Heraushebung der Funktion ist notwendig, aber nicht einfach und auch mit Konflikten beladen:

- Es ist deutlich geworden, dass sich die Funktion der ECO-Pflegefachkraft den Patienten gegenüber nur schwer vermittelt.<sup>148</sup> In der ECO-Projektgruppe wurde betont, dass diese Funktion stärker gegenüber dem Patienten betont werden müsse, ggf. durch eine schriftliche Kurzinformation.<sup>149</sup>
- Mehrfach sind in der ECO-Projektgruppe Probleme zwischen ECO-Pflegefachkräften und den übrigen Pflegenden thematisiert worden.<sup>150</sup>
- Es gibt auch erste Hinweise aus dem ärztlichen Bereich auf Schwierigkeiten der Rollenausführung: „ECO-Fachkräfte tun sich schwer, die notwendigen Regelungen durchzusetzen. Sie möchten kollegial bleiben, aber müssen bestimmte Dinge auch durchsetzen. Die „Leitstellenfunktion“ kann so nicht überzeugend wahrgenommen werden, der ärztliche Bereich hat (wieder) keinen festen Ansprechpartner.“<sup>151</sup>

Zur Unterstützung der Aufgabenausführung wurden im Projekt zwei Maßnahmen ergriffen:

- Schaffung einer Begleitung der ECO-Pflegefachkräfte durch Fachkräfte, die das ECO-Modell kennen, die aber keine Leitungsfunktionen ausüben. Sie können die ECO-

<sup>143</sup> Vgl. Protokoll der ECO-Projektgruppe vom 9.8.2010, S. 3.

<sup>144</sup> Vgl. Protokoll der ECO-Projektgruppe vom 4.3.2014, S. 1.

<sup>145</sup> Vgl. Abschnitt 6, Abbildung 6.16.

<sup>146</sup> Vgl. Funktionsprofil ECO-Pflegefachkraft (Anhang 8.1, S. 8-6).

<sup>147</sup> Vgl. Protokoll der ECO-Projektgruppe vom 3.9.2013, S. 1.

<sup>148</sup> Vgl. dazu Kapitel 4.

<sup>149</sup> Vgl. Protokoll der ECO-Projektgruppe vom 3.12.2013, S. 2.

<sup>150</sup> Vgl. Protokoll der ECO-Projektgruppe vom 28.11.2011, S. 3.

<sup>151</sup> Vgl. Protokoll der ECO-Projektgruppe vom 17.5.2011, S. 2.

Pflegefachkräfte supervidieren, unterstützen und ihre (nicht personenbezogen aufbereiteten) Eindrücke der Projektgruppe berichten.<sup>152</sup>

- Anfang 2013 ist ein regelmäßiges Treffen der ECO-Pflegefachkräfte eingerichtet worden.<sup>153</sup> Ziel ist der Erfahrungsaustausch und die Beteiligung der ECO-Pflegefachkräfte an Fragen der weiteren inhaltlichen Ausgestaltung der Pflege.

## 7.3 Erfahrungen aus dem Umsetzungsprozess des ECO-Modells

### 7.3.1 Projektmanagement

#### 7.3.1.1 Organisation der Arbeit in der Projektgruppe

Die ECO-Projektgruppe hat das ganze Projekt begleitet und gesteuert. Von außen betrachtet war die Projektgruppe das Zentrum des Projekts, ein Kristallisationspunkt für Entwicklungen, ein Diskussionsforum und ein Arbeitsgremium, das weitere Schritte auf den Weg gebracht hat. – Welche Besonderheiten und Erfolgsfaktoren haben das Projektmanagement ausgezeichnet?

- Die **Zusammensetzung der ECO-Projektgruppe**<sup>154</sup> war optimal. Es war eine gelungene Mischung aus
  - Vertretern des medizinisch-pflegerischen Kernleistungsprozesses und anderer Funktionen im Krankenhaus,
  - Ausführenden Funktionen, Führungsfunktionen und Krankenhausleitung sowie
  - unmittelbaren Akteuren im Projekt und begleitende Funktionen.
- Hervorzuheben ist die **Mitarbeit von zwei Chefärzten** in der ECO-Projektgruppe. Dies verdeutlichte von Anfang an nach innen und außen, dass das ECO-Modell kein *Pflegekonzept* darstellt, sondern die Grundlagen für eine weiterentwickelte Kooperation von Pflege *und* Medizin darstellt. Natürlich ging es nicht in erster Linie um eine Art symbolische Politik, sondern um die fachlichen Einschätzungen und Beiträge dieser Ärzte, die in den Protokollen der ECO-Projektgruppe dokumentiert sind. –Die Wichtigkeit der Entwicklung des ECO-Modells aus Sicht der Ärzte zeigte sich auch dadurch, dass nur eine sehr geringe Anzahl der 33 ECO-Projektgruppensitzungen ohne mindestens einen der beiden Chefärzte stattgefunden hat.
- In gleicher Weise hat die **personalisierte Zuständigkeit eines Arztes als Projektleiter** die Kommunikation mit den Ärzten und Pflegenden des DRK-Krankenhauses Clementinenhaus Hannover erleichtert. Unterstützt wurde dies durch die enge Kooperation des Projektleiters mit der Pflegedienstleitung des Hauses, die die Verbindung zum Pflegebereich herstellen und für schnelle Umsetzung von Maßnahmen sorgen konnte.<sup>155</sup>
- Die **Geschäftsführung** war nicht – wie im Projektmanagement normalerweise üblich – nur in einem Projektleitungsgremium mit der Steuerung des Projekts befasst, sondern war **Mitglied der ECO-Projektgruppe** und hat auf diese Weise unmittelbar Diskussionen und Entwicklungen miterlebt und mitgestaltet. Dies schaffte sehr gute informatorische Voraussetzungen<sup>156</sup> für die abzuleitenden Entscheidungen in Führungskreis, Geschäftsführung und Krankenhausträger.

<sup>152</sup> Vgl. Protokoll der ECO-Projektgruppe vom 28.11.2011, S. 2.

<sup>153</sup> Vgl. Protokoll der ECO-Projektgruppe vom 19.2.2013, S. 2.

<sup>154</sup> Vgl. Abschnitt 1.3.1.

<sup>155</sup> Vgl. Ergebnisse des Abschlussworkshops, S. 3.

<sup>156</sup> Bei notwendigerweise auftretenden Abwesenheiten der Geschäftsführung in den ECO-Projektgruppensitzungen standen zeitnah die Protokolle als Informationsmedium zur Verfügung.

- Die **externen Kooperationspartner** - das KoPM®-Zentrum der HAW Hamburg - haben nicht nur mit der Projektleitung zusammengearbeitet, sondern waren mit einer Person Mitglied der Projektgruppe. So waren sie in den Prozess der ECO-Konzeptentwicklung und –eingebunden, aber nicht in der Rolle als Prozessmoderatoren und Veränderungsmanager, sondern eher als Fachexperten, die durch inhaltliche Inputs, durch Kommentare und Anregungen im Sinne einer „*produktiven Verunsicherung*“ zur Konzeptentwicklung und -umsetzung Beiträge geliefert haben. – Auch diese Beiträge haben ab und an zu zusätzlichen Aufgabenstellungen für die Akteure und damit zu weiteren Zeitbedarfen geführt, wenn auch im Ergebnis häufig zu besseren Lösungen.
- Die **Information und Kommunikation** über das Projekt spielte von Anfang an eine große Rolle. Unterschiedliche Maßnahmen sind eingesetzt worden:
  - Die große Zahl von **Protokollen** nicht nur der ECO-Projektgruppe, sondern aller anderer Projektgruppen schufen die Möglichkeit, sich über den Stand des Projekts zu informieren.
  - In gleicher Weise haben die verschriftlichten **Funktionsbeschreibungen** den jeweiligen Stand der Diskussion und weiter notwendige Veränderungen verdeutlicht.
  - Die Information nach innen und außen ist weiterhin durch eine ganze Reihe von Maßnahmen sichergestellt worden, so beispielsweise
    - durch die Information über das ECO-Modell auf den Internetseiten des DRK-Krankenhauses Clementinenhaus Hannover.<sup>157</sup>
    - durch mehrmalige Bearbeitung des Themas auf den jährlich stattfindenden Fortbildungsseminaren in Reinsehlen,
    - durch die öffentliche Information über die Ergebnisse der schriftlichen Befragung von Ärzten und Pflegenden zur Kooperationsqualität im Jahre 2009 auf einer Betriebsversammlung.

Weniger schwer wiegen im Vergleich zwei kritische Punkte, die in der Projektarbeit aufgetreten sind:

- Den Überblick zu behalten über die Projekt-Untergruppen<sup>158</sup>, den jeweiligen Arbeitsstand, die zeitweilige Unterbrechung der Arbeit und Fortsetzung der in einem anderen Gremium fiel nicht nur den Außenstehenden schwer. Eine trennscharfe Unterscheidung der Zielsetzung und Aufgabenstellung dieser Gremien ergab sich teilweise erst nach längerer Zeit. Erschwert wurde dieser Umstand auch dadurch, dass es eine größere Zahl von Personengleichheiten in der Besetzung der Projekt- und Projektuntergruppen gab. Dies ist angesichts der relativ geringen Größe des DRK-Krankenhauses Clementinenhaus Hannover nicht weiter verwunderlich, führt aber auch zu einer Reihe von Paralleldiskussionen.
- Wegen der geringen Zahl der in den Prozess zentral involvierten Personen und gleichzeitig der Vielzahl anderer Projekte (z.B. Umbau; EFQM-Zertifizierung) blieb es nicht aus, dass einige Arbeitsaufträge über längere Zeit nicht ausgeführt werden konnten. Diese Kapazitätsengpässe trugen dann auch zu der längeren Dauer des Projekts bei.

### 7.3.1.2 Das Vorgehensmodell

<sup>157</sup> [http://www.clementinenhaus.de/page/page\\_ID/284?PHPSESSID=0f1c0e68b5f81221086919907d08cf14](http://www.clementinenhaus.de/page/page_ID/284?PHPSESSID=0f1c0e68b5f81221086919907d08cf14) (Abruf am 9.8.2014)

<sup>158</sup> Vgl. Abschnitt 1.3.2, Tabelle 1.2.

In der Außendarstellung des DRK-Krankenhauses Clementinenhaus Hannover<sup>159</sup> wird der Prozess der ECO-Modellentwicklung und -umsetzung als „Organisationsentwicklung“ bezeichnet. Organisationsentwicklung lässt sich als einen Prozess beschreiben, der sowohl auf die Verbesserung der Arbeitsorganisation (Prozesse; Strukturen) wie auch die Verhaltensweisen der Organisationsmitglieder Einfluss nehmen will, den Organisationsmitgliedern Prozesse des Erfahrungssammelns und des Lernens ermöglicht und ihnen gleichzeitig durchgängig eine Beteiligung ermöglicht. Ziel des Prozesses ist eine Verbesserung der Qualität der Leistungen, der Effizienz der Prozesse und der Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten.<sup>160</sup>

Die im Laufe der ECO-Modellentwicklung und -umsetzung bei vielen Beteiligten notwendigen Verhaltensänderungen waren natürlich nicht problemlos und kurzfristig über Weisungen sicherzustellen. Die Protokolle der ECO-Projektgruppen sind voll von Berichten über Konflikte bei der Einführung des ECO-Modells, sowohl im ärztlichen als auch im pflegerischen Bereich. Die „neuen“ ECO-Pflegefachkräfte mussten erst langsam in ihre Rolle hineinwachsen. Es bedurfte Regelungen, die formalisiert wurden und deren Einhaltung überwacht wurde.<sup>161</sup>

In der Literatur über Organisationsentwicklung ist übereinstimmend die Verfügbarkeit entsprechender zeitlicher Ressourcen als wesentliche Bedingung für das Gelingen eines OE-Prozesses beschrieben. Ohne auf weitere Einzelheiten des Projekts einzugehen, mögen an dieser Stelle zwei Beispiele verdeutlichen, dass die Notwendigkeit einer derartigen längeren Dauer von Anfang an klar war:

- Parallel zu den ersten Diskussionen über das ECO-Modell im Jahr 2008 waren die Vorarbeiten für den Krankenhaus-Umbau relativ weit fortgeschritten. Es war bereits zu diesem Zeitpunkt klar, dass eine vollständige Umsetzung des ECO-Modells erst nach der Beendigung des Umbaus und damit in frühestes vier bis fünf Jahren möglich sein würde.
- Allein die Vorbereitung und Durchführung der beiden Weiterbildungsmaßnahmen für die ECO-Pflegefachkräfte, die eine Vorbedingung für eine Umsetzung des ECO-Modells darstellten, haben etwa 4 Jahre gedauert.<sup>162</sup>

Interessanterweise haben die Verantwortlichen im DRK-Krankenhaus Clementinenhaus Hannover die Geduld und den langen Atem aufgebracht, die Arbeit nicht durch unziemliche unrealistische Terminziele zu behindern. Das hat sich insbesondere bei der Baumaßnahme gezeigt, die allein etwa ein Jahr länger gedauert hat als ursprünglich geplant.

Ein Strukturmerkmal der Arbeitsweise im Projekt hat auch zu einem größeren Zeitbedarf beigetragen. Kennzeichen der Projektarbeit war, dass eine Reihe von Ergebnissen durch weitergehende Diskussionen außerhalb der Projektgruppe (in der Linienorganisation) vertieft, erweitert, zum Teil aber auch durch gegenteilige Auffassungen konterkariert wurden. Dies führte zu weitergehenden Entwicklungen und Konkretisierungen, aber auch zu Umorientierungen und Wiederaufnahmen des Themas in der Projektgruppe. So ist beispielsweise der zentrale Aspekt der Aufgaben der ECO-Pflegefachkräfte in einem mehrjährigen Diskussionsprozess diskursiv weiterentwickelt und konkretisiert worden.<sup>163</sup>

Diese zirkulären Diskussionsprozesse sind kein Ausweis unzureichender Vorbereitung der Projektarbeit, sondern Ausweis einer spezifischen Ausrichtung der Projektarbeit:

---

<sup>159</sup> Vgl. dazu den Förderantrag an die Robert Bosch Stiftung, S. 2 sowie den Internet-Auftritt des DRK-Krankenhauses Clementinenhaus Hannover [http://www.clementinenhaus.de/page/page\\_ID/284?PHPSESSID=003cd8f5cefdcf60c365ddf29d108d08](http://www.clementinenhaus.de/page/page_ID/284?PHPSESSID=003cd8f5cefdcf60c365ddf29d108d08) (Abruf am 15.9.2014)

<sup>160</sup> Vgl. z.B. Staehle, Wolfgang H.: Management. 7. Auflage, München 1994, S. 867ff.

<sup>161</sup> Vgl. Protokoll der ECO-Projektgruppe vom 21.2.2011, S. 2f.

<sup>162</sup> Vgl. Kapitel 5.

<sup>163</sup> Vgl. Abschnitt 4 und Anhang 8.1.

- Zu dem Organisationsentwicklungsansatz gehört notwendigerweise eine Beteiligung der Organisationsmitglieder („*Betroffene zu Beteiligten machen*“). Diese Beteiligung ging natürlich über eine bloße Information hinaus; sie musste auch inhaltliche Veränderungen ermöglichen können und brauchte deshalb relativ viel Zeit.
- Eine in der ECO-Projektgruppe vorfindbare pragmatisch-optimistische Einstellung zu Veränderungsmöglichkeiten („*Das setzen wir jetzt einfach mal um!*“) stieß gelegentlich in der Praxis auf (neue) Bedingungen, die bei der Konzeptentwicklung nicht mitbedacht worden waren. Dies führte zu zeitaufwändigen Rückkopplungsschleifen und Neuentwicklungen. - Ob eine vorherige ausführlichere Analyse in diesem Fall - die ihrerseits zeitaufwändig gewesen wäre - den Gesamtzeitbedarf hätte reduzieren helfen können, bleibt eine offene Frage.

Abschließend kann festgestellt werden, dass das Projekt formal gegen eine Strukturvoraussetzung der Projektorganisation verstoßen hat, nämlich die bei der Projektorganisation aufzunehmende zeitliche Begrenzung des Zeitraums für die Durchführung und damit auch einen Termin für das Ende des Projekts. Realistischerweise ist erst nach der Beantragung der Förderung bei der Robert Bosch Stiftung eine klarere Zeitperspektive für den Abschluss der Erprobungsphase (Mitte 2014) eröffnet worden.<sup>164</sup>

Insgesamt lässt sich die Entwicklung und Umsetzung des ECO-Modells als Prozess kennzeichnen, der hinsichtlich des Zeitbedarfs, der aktiven Rolle der Beteiligten, der Verschränkung von organisatorischen Regelungen und neu zu entwickelnden Verhaltensweisen sowie der integrierten Lernprozesse den Prinzipien der Organisationsentwicklung entspricht.

Andererseits gab es eine Reihe von Eingriffen der Fachexperten, die Beteiligungs- und Selbstentwicklungsansätze konterkarierten. Beispiele dafür sind die fachlichen Inputs der Pflegewissenschaftlerin und der HAW-Lehrenden hinsichtlich der Anforderungen an die Gestaltung der neuausgerichteten Pflegeprozesse sowie die externe Expertensicht der HAW-Lehrenden auf die Diskussionen und Funktionsbeschreibungen, die zu Veränderungen und Weiterentwicklungen der vom DRK-Krankenhaus Clementinenhaus Hannover selbst entwickelten Produkte führten.

Der Entwicklungsprozess folgte also weder eindeutig einem klassischen Verständnis von Organisationsentwicklung noch eindeutig einem eher technisch-rationalen Konzept einer Veränderung von Arbeitssystemen durch Experten (Arbeitssystemgestaltung). Der vorliegende Prozess ist somit gekennzeichnet durch eine „inhaltliche Verschränkung von ‚externer Logik‘ und ‚Eigenlogik‘ sowie die punktuelle und differenzierte Einbindung der Betroffenen über alle Projektphasen hinweg“.<sup>165</sup> Dieses die beiden skizzierten Ansätze aufgreifende integrative Konzept wird von seinem Entwickler *Prammer* als „TransformationsManagement“ bezeichnet.

### 7.3.2 Der Einfluss von Außenbedingungen auf das Projekt

Natürlich ist Bestandteil aller Praxisprojekte die Tatsache, dass neben der Projektarbeit das laufende Geschäft – hier die Versorgung aller Patienten des Krankenhauses - weitergehen muss. In diesem Fall kam noch eine zusätzliche Bedingung hinzu, die nicht nur auf die unmittelbare Projektarbeit, sondern auf die Arbeitsbedingungen im Krankenhaus entscheidende Auswirkungen hatte. Im DRK-Krankenhaus Clementinenhaus Hannover ist von 2008 bis zum Ende des Jahres 2011 bei laufendem Betrieb eine Totalsanierung des gesamten Baukörpers durchgeführt worden. Wesentliche Randbedingung dieses Prozesses war das Bemühen, die Patientenzahl und damit die

<sup>164</sup> Auch diese Zeitziele sind auf Betreiben des DRK-Krankenhauses Clementinenhaus Hannover mehrfach geändert worden. Vgl. außerdem Abschnitt 1.3.1.

<sup>165</sup> *Prammer, Karl: Transformationsmanagement. Heidelberg 2009, S. 33.*

Erlöse ungefähr auf gleichem Niveau zu halten. Dies war nur möglich durch eine sehr große Flexibilität der Beschäftigten in allen Bereichen, durch eine deutliche Reduzierung der Verweildauer der Patienten und durch einen Personaleinsatz, der durch flexible Umsetzungen und geringe Kontinuität, durch Friktionen und hohe Belastungen gekennzeichnet war – nicht gerade Musterbedingungen für einen komplexen Veränderungsprozess wie die Entwicklung und Umsetzung des ECO-Modells. Umso bemerkenswerter ist es, dass die Projektentwicklung kontinuierlich weitergeführt worden ist und nach dieser Umbauphase neuen Schwung genommen hat.

Auf der anderen Seite hatte diese Sonderbedingung offenbar auch förderlichen Einfluss. Auf dem Abschlussworkshop ist thematisiert worden, dass die Realisierung des Umbaus dazu geführt hat, dass die vormaligen Führungsstrukturen ohnehin aufgebrochen werden mussten.<sup>166</sup> Dies habe zu einer Stimulierung von Änderungsbereitschaft geführt; es wurde deutlich, dass nichts so bleiben konnte, wie es mal gewesen war.

## 7.4 Empfehlungen für weitere Reorganisationsprojekte in diesem Feld

Im Folgenden wird abschließend der Versuch unternommen, in Form von knappen Thesen Empfehlungen für Krankenhäuser abzuleiten, die vorhaben, die Kooperation von Ärzten und Pflegenden konzeptionell auf eine neue Basis zu stellen und dabei Veränderungen im Bereich der Prozessorganisation und des Aufgaben- und Kompetenzbereichs der Pflegenden vorzunehmen.

### 7.4.1 Unterstützung der Krankenhausleitung sicherstellen

Auch wenn diese Empfehlung für die Durchführung von Krankenhausprojekten nicht gerade originell ist, scheint es doch angesichts der realen Situation in der Krankenhauspraxis angeraten, diesen Aspekt noch einmal hervorzuheben.

Es geht nicht darum, einigen Aktivisten einen *Spielraum* zu gestatten, in dem neue Formen der Kooperation unverbindlich ausprobiert werden können und erst im Anschluss darüber zu befinden, ob diese Formen weitergeführt und/oder gar auf andere Bereiche ausgedehnt werden sollen. Es geht vielmehr darum, dass die Krankenhausleitung selbst von dem Nutzen eines derartigen Modells überzeugt ist, dies auch nach außen vermittelt und im Vorwege mit den wesentlichen Führungskräften des Krankenhauses darüber in einen Dialog eintritt. Das Modell stiftet Nutzen sowohl für den ärztlichen Bereich als auch für den Pflegebereich und darüber hinaus durch die Orientierung an der Prozessorganisation für das gesamte Krankenhaus.<sup>167</sup> Eine frühzeitige Diskussion mit Befürwortern und Bedenkenträgern und eine Verständigung, welcher Bereich am ehesten in dem Projekt einbezogen werden sollte,<sup>168</sup> ist sinnvoll. - In dieser Phase kann ggf. eine Bestandsaufnahme der Kooperationsqualität durch eine von Außenstehenden durchgeführte schriftliche Befragung einen positiven Beitrag zur Schaffung von Problembewusstsein und zur Aktivierung von Veränderungspotenzialen bilden.

Dies fordert von der Krankenhausleitung und den Projektverantwortlichen viel:

- Kurs zu halten, auch bei starkem Gegenwind,

<sup>166</sup> Vgl. Protokoll des Abschlussworkshops, S. 4.

<sup>167</sup> Auf dem Abschlussworkshop ist noch einmal die wichtige Funktion der Unterstützung durch die Chefärzte betont worden, ohne die die Umsetzung nicht so erfolgreich gewesen wäre (vgl. Protokoll des Abschlussworkshops, S. 3).

<sup>168</sup> Im DRK-Krankenhaus Clementinenhaus Hannover ergab sich die besondere Chance, das Modell im gesamten Krankenhaus durchgängig umzusetzen. In größeren Krankenhäusern wird es realistisch sein, das Modell (zunächst) in einzelnen Fachabteilungen/Zentren umzusetzen.

- gegenüber notwendigen Anpassungen und Feinjustierungen des Modells offen zu sein und dennoch
- geschlossen hinter der Umsetzung des Modells zu stehen.

Diese Unterstützung des Projekts zeigt sich auch darin, dass die Krankenhausleitung auch während der Projektlaufzeit in Erscheinung tritt, sich an Diskussionen beteiligt und Entscheidungen über einzelne, das Projekt betreffende Aspekte trifft, die über die Kompetenz der Projektgruppe hinausgehen.

An dieser Stelle sollen auch einige mögliche Stolperstellen und schwierige Punkte für ein derartiges Umsetzungsprojekt genannt werden:

- Die personalisierte Verantwortung der ECO-Pflegefachkräfte für die ihnen anvertrauten Patienten stellt deutlich höhere Anforderungen im Vergleich zu einer vormalig gefühlten „Teamverantwortung“ mit allen damit verbundenen Dopplungen und Lücken.
- Verbunden damit ist eine fachliche Führung von ECO-Pflegefachkräften neuartig und weder bei den ECO-Pflegefachkräften noch bei den anderen Teammitgliedern verankert; sie droht den sozialen Frieden auf den Stationen erst einmal zu gefährden.
- Die ECO-Pflegefachkräfte sollen in ihrer verantwortungsvollen Position herausgehoben sein und ggf. auch andere Arbeitszeitmodelle (z.B. Kerndienst) versehen können; dies verstärkt wieder die Distanz zu den übrigen Pflegenden. Eine Gleichbehandlung wiederum führt bei einigen ECO-Pflegefachkräften zu der Frage, ob sich für sie die höhere Verantwortung dann überhaupt lohne.
- Pflegende zeigen nur selten ein aktives, wettbewerbsorientiertes Führungsverhalten in Bezug auf ihre eigene Person: Sie bewerben sich selten initiativ um neue Funktionen, sondern müssen angesprochen, ermutigt und unterstützt werden, bevor sie zu einer eigenen Entscheidung für eine derartige Position kommen. Dies stellt die Leitungskräfte vor schwierige, manchmal auch konfliktreiche Aufgaben im Bereich der Potenzialermittlung und der Praktizierung eines gerechten, transparenten Auswahlverfahrens.

Am Ende wurden aber auch zwei positive Aspekte deutlich, die die Umsetzung unterstützt haben:

- Ärzte konnten relativ schnell für das Projekt gewonnen werden, weil sie selbst bei anfänglicher Skepsis gegenüber dem Vorhaben schnell Vorteile für die eigene Berufsgruppe und ihre Tätigkeiten feststellen konnten. Dies stellt einen wesentlichen Erfolgsfaktor für das Projekt dar.
- Eine kontinuierliche Informationspolitik ist eine notwendige Bedingung. Hier wurden unterschiedliche Kanäle genutzt (z.B. jährliche Krankenhausseminare, Rundschreiben, Mitarbeiterbesprechungen, Informationen in der Führungsgruppe des Krankenhauses). Dennoch muss man feststellen, dass es bis zuletzt einzelne Mitarbeiter/-innen gab, die (zu) wenig von dem Projekt wussten, weil sie nicht von einer Holstruktur der Informationsbeschaffung ausgegangen sind.

#### **7.4.2 Angemessene Ressourcenausstattung sicherstellen**

Zum einen betrifft dies die personellen und sachlichen Ressourcen für die Projektarbeit selbst: Schaffung von Stellenanteilen für die hauptamtliche Leitung und Koordination des Projekts, von zeitlichen Ressourcen für die Projektgruppenarbeit und die Erledigung von Arbeitsaufträgen. Es ist wichtig, diese Frage vor Durchführung des Projekts zu klären, um Verzögerungen in der Projektarbeit oder schlimmstenfalls das Versanden des Projekts zu verhindern.

Zum anderen geht es um die Frage, ob für die Durchführung des Projekts – das ja in diesem Fall die unmittelbare patientenbezogene Arbeit verbessern soll – nicht von vornherein zusätzliche personelle und sachliche Ressourcen erforderlich sind. In vielen Krankenhausprojekten ist dieser Punkt für einige Beteiligte ein k.o.-Kriterium für eine Mitarbeit im Projekt: „*Bevor wir das auch noch machen, brauchen wir erst einmal mehr Personal ...*“. Dies betrifft wohlgerne nicht nur die Ressourcen für die zeitweilig notwendige Bearbeitung des Projekts, sondern für *den Prozess der Patientenversorgung selbst*.

Die Erfahrungen aus diesem Projekt haben gezeigt, dass es nützlich ist, diesen Punkt von vornherein nicht im Unklaren zu lassen. Das DRK-Krankenhaus Clementinenhaus Hannover hat verdeutlicht, dass es *aufgrund der Umsetzung des ECO-Modells* nicht zu einem Anstieg der Beschäftigtenzahlen kommen wird.<sup>169</sup>

Die Zielsetzung des Projekts bestand einerseits in einer qualitativen Verbesserung der Versorgung, andererseits in attraktiveren Arbeitsbedingungen für die ECO-Pflegefachkräfte und Ärzte sowie höherer Effizienz<sup>170</sup>. Dies sollte durch den Abbau von Doppelarbeiten, von ungeklärten Schnittstellen, von Informationsverlusten, ungeklärten Zuständigkeiten und von Konflikten erreicht werden. Auf diese negativen Aspekte der vormals bestehenden Arbeitsorganisation zwischen Ärzten und Pflegenden hat die schriftliche Befragung aus dem Jahr 2009 deutliche Hinweise gegeben.<sup>171</sup> - Die Frage, ob die gegenwärtig vorhandene Personalausstattung ausreicht, um das neue anspruchsvolle Modell zu verwirklichen, ist in dieser Form in der ECO-Projektgruppe nicht thematisiert worden. Wohl sind aber Eindrücke diskutiert worden, dass einige der erweiterten Aufgaben der Pflegenden (z.B. Anleitung und Beratung der Patienten) gegenwärtig kaum ausgeführt wurden.<sup>172</sup> Dies lag aber im Projektverlauf eher an einem situativen Mangel, der durch unterschiedliche Faktoren hervorgerufen wurde (zeitweilig sehr hohe Patientenzahl/Aufnahmezahl; hohe Ausfallquoten in einigen Bereichen), aber nicht unmittelbar durch eine generell zu geringe Personalausstattung.

### 7.4.3 Aufbau einer funktionalen Projektorganisation

In Abschnitt 7.3.1.1 sind die positiven Aspekte einer gut funktionierenden Projektorganisation am Beispiel des DRK-Krankenhauses Clementinenhaus Hannover ausführlich beschrieben worden. Insofern ist daraus leicht die Empfehlung abzuleiten, eine ähnliche Struktur für ein Veränderungsvorhaben zu schaffen. Drei Aspekte sollen aus den Ausführungen noch einmal hervorgehoben werden:

- Einbeziehung von Pflegenden *und* Ärzten in die Projektorganisation,
- Schaffung von orientierenden, aber realistischen Zeitperspektiven für die einzelnen Meilensteine des Projekts und
- eine realistische Ressourcenplanung für die Bewältigung der Arbeitsaufträge im Projekt, um zeitliche Verzögerungen zu vermeiden.

---

<sup>169</sup> Zum Aspekt der Entwicklung von Personalausstattung und Personalkosten vgl. Abschnitt 7.2 dieses Evaluationsberichts.

<sup>170</sup> Vgl. Förderantrag an die Robert Bosch Stiftung, S. 13.

<sup>171</sup> Vgl. Abschnitt 6.2.2 dieses Evaluationsberichts.

<sup>172</sup> Vgl. Kapitel 4.

#### 7.4.4 Gleichzeitig eine Langfristperspektive verfolgen und kurzfristige Verbesserungen realisieren

In Abschnitt 7.3.1.2 ist verdeutlicht worden, dass derartige Projekte eine längere Laufzeit haben müssen, und zwar in Abhängigkeit vom Komplexitätsgrad, von der Reichweite des Projekts und von der Zahl der einbezogenen Organisationseinheiten. Auch wenn aus den Projekterfahrungen im DRK-Krankenhaus Clementinenhaus Hannover nicht gefolgert werden kann, dass derartige Projekte mindestens sechs Jahre dauern müssen, dürften zwei Jahre eine absolute Untergrenze für die Dauer eines (für Verhaltensänderungen wirksamen) Projekts sein.

Je länger ein Projekt dauert, desto wichtiger ist es, spürbare Verbesserungen durch die Angabe von Meilensteinen im Projektverlauf bewusst zu machen. Beispiele aus dem ECO-Modellansatz könnten sein

- die nach außen sichtbare Benennung der verantwortlichen Bezugspflegekraft (hier: ECO-Pflegefachkraft) in den Teams und die Ausweisung im Dienstplan oder
- die (Wieder-)Einführung einer funktionierenden gemeinsamen Visite als Ausgangspunkt für eine kooperative Visite von Bezugsarzt und Bezugspflegekraft .

Auf diese Weise werden Einzelerfolge verzeichnet, die motivierende Wirkung für die weiteren Projektaufgaben haben.

#### 7.4.5 Modularisiertes Vorgehenskonzept aufstellen

Schon der Umfang dieses Evaluationsberichts macht deutlich, dass das DRK-Krankenhaus Clementinenhaus Hannover ein *Riesenprojekt* umgesetzt hat, das in genau dieser Form wahrscheinlich nicht von vielen Krankenhäusern übernommen werden wird – das ist allerdings auch nicht notwendig. Der Projektverlauf hat in Zusammenhang mit den Erfahrungen des KoPM®-Teams in anderen Veränderungsprozessen wichtige Hinweise geliefert, aus welchen kleineren Modulen ein Veränderungsprojekt zusammengesetzt sein könnte. Die jeweiligen Krankenhäuser können dann aufgrund ihrer durchaus unterschiedlichen Ausgangssituation und Veränderungsambitionen einzelne Module zusammenstellen.

Im Folgenden wird in der Tabelle 7.1 auf der Grundlage von Erfahrungen aus der Umsetzung des ECO-Modells ein *Modulkatalog* formuliert, der jeweils in sehr knapper Form folgende Angaben enthält:

- Kurzbezeichnung des Moduls und laufende Nummer,
- Hauptaufgabe(n) in diesem Modul sowie
- die geschätzte zeitliche Dauer in Monaten.

Der Begriff „Modul“ soll transportieren, dass es keine unbedingt zwangsläufige Aneinanderreihung von Projektaktivitäten gibt, sondern dass Wahl- und Gestaltungsmöglichkeiten bei der Durchführung des Projektes bestehen, und zwar in zweierlei Hinsicht:

- Einige in der Spalte „Kurzbezeichnung Modul“ mit dem Begriff *optional* gekennzeichnete Projektaktivitäten sind in dem ECO-Modell angelegt und auch durchgeführt worden. Allerdings besteht hier grundsätzlich für das durchführende Krankenhaus auch die Möglichkeit, diese Projektaktivitäten nicht zu realisieren, wenn die Durchführung als gegenwärtig nicht notwendig oder (noch) nicht opportun angesehen wird.
- Die logische Reihenfolge der Module ist zum Teil zwangsläufig, zum Teil nicht. So ist natürlich die Auftragserteilung des Krankenhauses (Modul 1) zwangsläufig Voraussetzung für die Einsetzung einer Projektgruppe (Modul 2) und die nachfolgenden Schritte. Bei anderen Modulen ist eine sequenzielle Abfolge nicht unbedingt zwingend notwendig. Dies erlaubt Spielräume für die Parallelisierung von Modulen und damit für eine Reduktion des Gesamtzeitbedarfs für das Projekt.

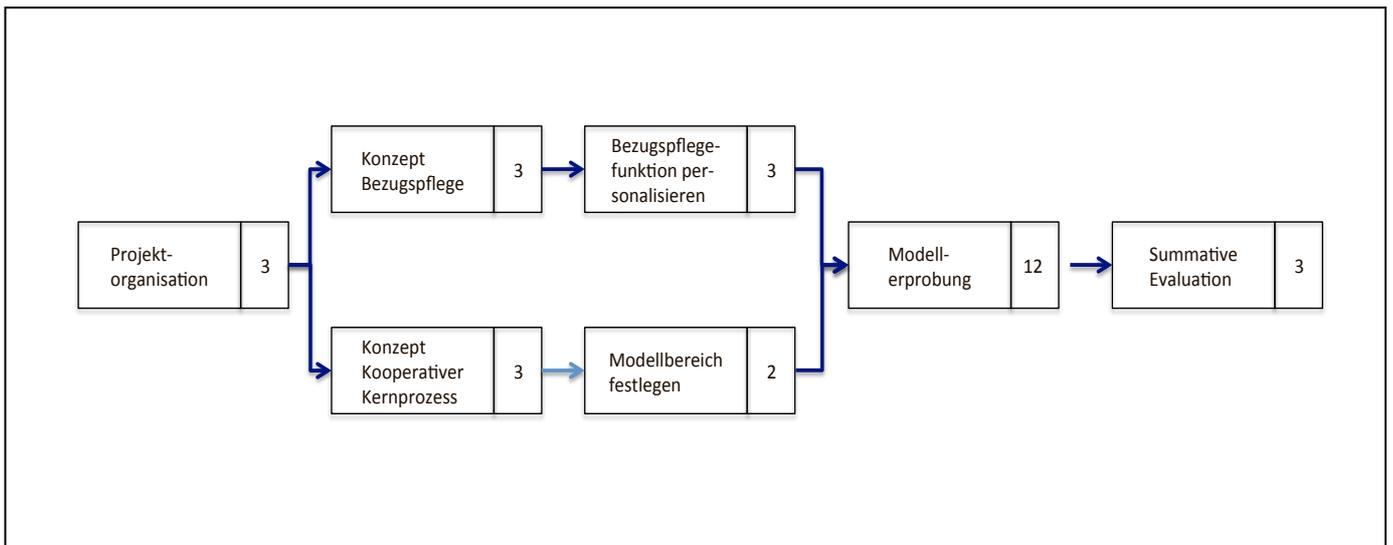
In Abbildung 7.5 ist eine mögliche Kombination von Modulen zur Verdeutlichung als Graphik dargestellt. Dabei ist das Modul 1 nicht dargestellt, da das eigentliche Projekt erst mit Modul 2 beginnt.

**Tabelle 7.1: Modulkatalog Kooperative Prozesse Arzt-Pflege**

Nr.	Kurzbezeichnung Modul	Hauptaufgabe	Zeitbedarf/ Monate
1	Projektauftrag	<ul style="list-style-type: none"> <li>Information, Nutzendiskussion und Entscheidung für ein Projekt</li> </ul>	3
2	Projektorganisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>Projektleitung einsetzen</li> <li>Projektgruppe einrichten</li> <li>Berater einbeziehen</li> </ul>	3
3	Befragung ( <i>optional</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ist-Aufnahme der Kooperationsqualität durch eine schriftliche Befragung</li> </ul>	3
4	Konzept Bezugspflege	<ul style="list-style-type: none"> <li>Schaffung eines differenzierten fachlich hierarchischen Systems in der Pflege zur Sicherstellung der Bezugsfunktion</li> </ul>	3
5	Konzept Kooperativer Kernprozess	<ul style="list-style-type: none"> <li>Art und Weise der Kooperation Arzt - Pflege</li> <li>Erweitertes Aufgabenspektrum der Pflegenden</li> </ul>	3
6	Modellbereich <sup>173</sup> festlegen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Auswahl des Bereichs</li> <li>Bereitzustellende Infrastruktur</li> </ul>	2
7	Bezugspflegefunktion personalisieren	<ul style="list-style-type: none"> <li>Personalauswahl</li> <li>Beschäftigungsbedingungen formulieren</li> </ul>	3
8	Qualifizierung ( <i>optional</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>Planung /Auswahl geeigneter Programme</li> <li>Durchführung</li> </ul>	12
9	Expertensystem ( <i>optional</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>Schaffung und Besetzung entsprechender Stellenkonstruktion</li> <li>Konzeptionsentwicklung erweiterte Pflegeaufgaben; ggfs. Revision des Pflegeprozesses</li> </ul>	24
10	Prozessorganisation ( <i>optional</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>Grundkonstruktion diskutieren und verabschieden</li> <li>Schaffung und Besetzung entsprechender Stellenkonstruktion</li> </ul>	24
11	Modellerprobung	<ul style="list-style-type: none"> <li>Begleitende Projektgruppe zur Sicherstellung</li> <li>Modifikation und Weiterentwicklung</li> <li>Formative Evaluation</li> </ul>	12
12	Summative Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> <li>Datenbereitstellung und -interpretation</li> <li>Abschlussbericht</li> </ul>	3

**Abbildung 7.5: Modulares Vorgehenskonzept**

<sup>173</sup> Vgl. Protokoll der ECO-Projektgruppe vom 17.5.2010, Seite 1f.



Die Abbildung 7.5 zeigt ein vereinfachtes Netzplandiagramm. Aus den zugrunde gelegten Zeitschätzungen ergibt sich ein frühestes Ende des Projekts nach 24 Monaten.



## 8 Anhang

### 8.1 Funktionsprofil ECO-Pflegefachkraft

#### ECO-Pflegefachkraft

#### Bezugspflege/Prozesskoordination

*Stand: 28.7.2014*

##### 8.1.1 Allgemein: das Kernteam „Arzt-Pflegefachkraft“

Ärzte tragen die Gesamtverantwortung für den Behandlungsprozess. Ein klar definierter Teil dieses Prozesses (Aufgabenblöcke, Kompetenzen, Verantwortung) wird der Pflege formal so übertragen, dass sie ihn weitgehend unabhängig von ärztlicher Weisung wahrnehmen kann.

Modell und Konzepte der Patientenbehandlung sind berufsübergreifend zu gestalten. Dabei tragen Ärzte und Pflege mit eigenen professionellen Kenntnissen zum Gesamtkonzept bei.

Das „Kernteam Arzt-Pflegefachkraft“ ist primär zuständig für alle Belange des Patienten. Intensive und klar strukturierte Kooperation und Abstimmung sind Grundvoraussetzung für eine optimale Rundumversorgung des Patienten.

Primär zuständig und verantwortlich bedeutet, dass Arzt und Pflegekraft

- verantwortlich sind über den gesamten Patientenaufenthalt rund um die Uhr,
- als zentrale Ansprechpartner klar erkennbar sind,
- Entscheidungen möglichst patienten- und zeitnah treffen,
- Informationen direkt geben,
- den Gesamtprozess gestalten und die für den Patienten wichtigsten Maßnahmen durchführen,
- gemeinsam Visite machen und für die ordnungsgemäße Dokumentation sorgen,
- weitere MitarbeiterInnen bei Bedarf heranziehen und umfassend informieren,
- Aufgaben delegieren.

In diesem Kernteam übernimmt die ECO-Pflegefachkraft klar definierte Aufgaben (siehe unten), die sie innerhalb eines vorgegebenen Dispositionsrahmens verantwortlich ausführt. Ergänzt wird das Kernteam durch weitere Berufsgruppen (Z:B: Physiotherapie, Servicekräfte, ....) zu einem Behandlungsteam.

##### 8.1.2 Formale Stellung

Die ECO-Pflegefachkraft und alle weiteren Pflegekräfte sind der Abteilungsleitung direkt unterstellt. Das betrifft die Einteilungen im Dienstplan, den Urlaubsplan und alle Belange der Prozessabläufe in der Abteilung.

Disziplinarisch sind alle Pflegekräfte im Expertensystem Pflege der Pflegedienstleitung unterstellt.

In allen patientenübergreifenden pflegefachlichen Fragen, die der Sicherstellung des pflegerischen Leistungsangebots dienen, ist die Pflegewissenschaftlerin die oberste und einzige Fachvorgesetzte des Pflegedienstes (siehe: Pflegewissenschaftlerin).

Den individuellen Patienten betreffend ist die ECO-Pflegefachkraft im Rahmen der ärztlichen Gesamtverantwortung die oberste pflegefachliche Weisungsinstanz.

Patientenbezogen

- ist sie fachlich weisungsbefugt gegenüber nachgeordneten Pflegekräften und Servicekräften;
- hat sie das Recht zur Subdelegation diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen an autorisierte Pflegekräfte;
- überwacht sie die ordnungsgemäße Ausführung von delegierten Aufgaben.

### **8.1.3 Aufgaben**

#### **8.1.3.1 Aufgaben im Pflegeprozess**

Die ECO-Pflegefachkraft übernimmt umfassend und selbstständig die Verantwortung für den gesamten Pflegeprozess. Das beinhaltet Körperfunktionsorientierung, psychosoziale Begleitung und verhaltens- und handlungsorientierte Unterstützung. Damit trägt die Ressourcensicht der Pflege sichtbar zum Genesungserfolg des Patienten bei. Die ECO-Pflegefachkraft

- erarbeitet mit dem Pat. eine ausführliche Anamnese und erstellt einen ressourcenbezogenen Pflegeplan mit klaren Pflegezielen
- informiert den Patienten über seinen Behandlungsverlauf, stellt Hilfen zur Verfügung und informiert über das Mitwirken anderer Berufsgruppen
- übernimmt oder delegiert alle Aufgaben der Pflege, die dazu dienen, verlorene bzw. eingeschränkte Körperfunktionen von Patienten zu substituieren und körperliche Funktionalität zu erhalten oder wiederherzustellen
- sorgt für eine komplette pflegerische Versorgung des Patienten (waschen, kleiden, Toilettengänge, Mobilisation, ...), entweder selber oder delegiert
- überprüft die Qualität delegierter Tätigkeiten
- trägt die Verantwortung für die sachgemäße Umsetzung von Standards, SOP's und DA's.

#### **8.1.3.2 Bezugspflege**

Das „Kernteam Arzt-ECO-Pflegefachkraft“ ist primär zuständig und verantwortlich für alle Belange des Patienten. Intensive und klar strukturierte Kooperation und Abstimmung sind Grundvoraussetzung für eine optimale Rundumversorgung des Patienten. Die ECO-Pflegefachkraft,

- macht dem Patienten bei Aufnahme deutlich, dass sie von der Aufnahme bis zur Entlassung Hauptansprechpartnerin für alle anfallende Belange ist
- bildet mit dem behandelnden Arzt und weiteren MitarbeiterInnen ein Behandlungsteam und koordiniert dieses zum Wohle des Patienten,
- ist dafür verantwortlich, dass der Patient und die Angehörigen am Behandlungsprozess eng beteiligt sind und ihn als eine individuelle Dienstleistung empfinden,
- bietet dem Patienten psychosoziale Unterstützung an, entwickelt mit dem Patienten Bewältigungsstrategien, mit dem Ziel, das Gesundheitsbewusstsein des Patienten zu stärken,
- betreibt Gesundheitsvorsorge, schult Patienten vor Entlassung und nimmt eine beratende Tätigkeit wahr,
- klärt über Risiken auf, managt Beschwerden

### 8.1.3.3 Unterstützung im Medizinprozess

Die ECO-Pflegefachkraft übernimmt im Rahmen des geltenden Berufs- und Haftungsrecht klar umschriebene medizinische Tätigkeiten (z.B. Infusionen anlegen) und diagnostische und therapeutische Teilprozesse. Die ECO-Pflegefachkraft:

- beurteilt gemeinsam mit dem Bezugsarzt bei der Visite die Situation des Patienten und gibt wichtige Information z.B. im Hinblick auf Veränderungen des AZ,
- gibt Unterstützung in der Therapie und in der Wundversorgung,
- führt die präoperative Vorbereitung und postoperative Überwachung durch,
- überprüft gemeinsam mit dem Bezugsarzt die Medikation und initiiert ggfs. Diagnostik (z.B. Labor) oder Änderung (Medikamentenmonitoring),
- hat die Erstellung und Berücksichtigung wichtiger Befunde im Blick,
- sorgt für sicheren Umgang mit Standards und Verabredungen,
- sorgt für fachgerechtes Stellen, Verabreichen und Zubereiten von Arznei,
- richtet und legt Infusionen an, ermittelt und beurteilt Vitalzeichen ,
- therapiert den Patienten im Rahmen des Schmerz- und Wundmanagements,
- managt Alltagsbeschwerden.

### 8.1.3.4 Casemanagement

Im Sinne von Casemanagement entwickelt das Kernteam einen optimalen Behandlungsprozess aus Patientensicht (Case = Fall) und integriert ihn in die klinischen Abläufe auf den Ebenen und im Netzwerk Krankenhaus. Die ECO-Pflegefachkraft

- übernimmt Prozessverantwortung für den patientenindividuellen Behandlungsprozess von der Aufnahme bis zur Entlassung incl. des nachstationären Anteils,
- gestaltet und überwacht gemeinsam mit dem Bezugsarzt den gesamten Prozess mit Planung, operativer Steuerung und Anpassung des Behandlungsablaufes (Pflegeanamnese, Aufnahmeassessment, Visiten, Entlassungsmanagement, Entlassungsassessment, Überleitungspflege),
- bezieht den Patienten mit ein und schafft so eine sichtbare Kontinuität des Prozesses mit dem Ziel der Patientenzufriedenheit und dem Erleben einer individuellen medizinisch-pflegerischen Dienstleistung,
- hat eine vermittelnde Funktion im gesamten Prozess.

### 8.1.3.5 Prozesskoordination

Im Sinne von Prozessmanagement koordiniert die ECO-Pflegefachkraft die patientenindividuellen Teilprozesse im Hinblick auf die Abläufe auf der Ebene und im Netzwerk Krankenhaus. Die ECO-Pflegefachkraft

- ist verantwortlich für einen reibungslosen, möglichst störfaktorarmen Ablauf geplanter Maßnahmen.(Diagnostik Therapie...),
- koordiniert Teilprozesse unter Berücksichtigung der Ressourcen des Patienten und der zur Verfügung stehender Qualifikation der Mitarbeitenden,
- koordiniert und plant Aufnahmen, Entlassungen, Untersuchungen, Therapien (Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie, ...), Sozialdienst, Sanitätshaus, ...
- plant und leitet geriatrische Teamkonferenz,
- überprüft und überwacht vereinbarte Tagesabläufe, Anordnung, Befundeingänge, Prozessabsprachen (z.B. mit Funktionsabteilungen), Dokumentation.

### 8.1.3.6 Leitungs- und Vorgesetztenfunktion

Die ECO-Pflegefachkraft leitet gemeinsam mit dem Bezugsarzt das Behandlungsteam. Den individuellen Patienten betreffend ist sie im Rahmen der ärztlichen Gesamtverantwortung die oberste pflegfachliche Weisungsinstanz und den anderen Pflegekräften fachlich vorgesetzt.

Die ECO-Pflegefachkraft

- überwacht die ordnungsgemäße Ausführung delegierter Aufgaben und deren lückenlose Dokumentation, korrigiert situationsbezogen,
- ist dafür verantwortlich, dass lückenlos behandlungs- und pflegerelevante Informationen weitergegeben werden,
- bietet sich dem Team an, ansprechbar zu sein, z.B. in Einzelgesprächen oder in Gesprächen mit Abteilungsleitung und Ärzten,
- gestaltet den Dienstplan mit, nimmt krankheitsbedingte Dienstplanänderungen vor und teilt MitarbeiterInnen in Pflegebereiche ein,
- ist Vorbild,
- wirkt bei den jährlichen Mitarbeitergesprächen / Zielvereinbarungsgesprächen mit,
- managt Beschwerden,
- arbeitet neue Mitarbeiter ein,
- führt Kritik- und Entwicklungsgespräche,
- teilt MitarbeiterInnen nach Arbeitsanfall und Fachlichkeit ein.

#### **8.1.3.7 Weitere Managementfunktion**

Die ECO-Pflegefachkraft hat auf ihrer Ebene wesentliche Managementfunktionen, in denen sie zum Teil die Abteilungsleitung vertritt. Die ECO-Pflegefachkraft

- gestaltet den Belegungsplan mit und vertritt die Abteilungsleitung beim Belegungsmanagement,
- überwacht die Dokumentation, koordiniert und kontrolliert das Bestellwesen,
- moderiert Sitzungen und Stationsbesprechungen,
- beteiligt sich an Projektarbeit und Überarbeitung von Standards,
- wirkt bei der Entwicklung von Pflegediagnosen mit.

#### **8.1.3.8 Förderung der pflegfachlichen Expertise**

Die ECO-Pflegefachkraft fördert gemeinsam mit der Pflegewissenschaftlerin die pflegfachliche Expertise auf den Ebenen und im gesamten Krankenhaus. Die ECO-Pflegefachkraft

- sorgt für ein anhaltend hohes pflegfachliches Niveau durch tägliche Überprüfung der Pflegemaßnahmen und ständige Weiterentwicklung von Standards,
- arbeitet an der Neugestaltung des Pflegeprozesses (Pflegediagnosen) mit,
- arbeitet neue Mitarbeiter ein,
- befähigt Kollegen durch Fallbesprechungen, Unterweisungen, Pflegevisiten,
- schult MitarbeiterInnen in speziellen Bereichen (z.B. PKMS, Wundmanagement),
- hält Kurzvorträge über fachliche Neuerungen,
- führt Kritik- und Entwicklungsgespräche,
- leitet Schüler und Pflegehilfskräfte an.

#### **8.1.3.9 Beteiligung am medizinischen Controlling / Erlössicherung**

Die ECO-Pflegefachkraft beteiligt sich gemeinsam mit dem medizinischen Controlling an der Erlössicherung unseres Hauses. Die ECO-Pflegefachkraft

- sorgt für eine angemessene Verweildauer durch gute Koordination der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen,
- koordiniert alle Berufsgruppen im Sinne eines effizienten Entlassungsmanagements,
- sorgt zeitnah für notwendige poststationäre Weiterbetreuung,
- unterstützt schriftliche Arztbriefe bei Entlassung,
- überwacht ein Überschreiten der oberen Grenzverweildauer und berücksichtigt die Notwendigkeit begründender Dokumentation,
- sorgt für adäquate Dokumentation der Zielplanung und des Verlaufes,
- beachtet diagnostische Notwendigkeiten bei besonderen Nebendiagnosen (Bakteriologie bei Harnwegsinfekt, LuFu bei COPD, ...).

#### **8.1.4 Weiterentwicklung des ECO-Modells: Differenzierung von Qualifikation und Funktion**

Um die neuen Aufgaben im ECO-Modell erfüllen zu können wurden und werden ausgewählte Pflegekräfte bis jetzt in 3 Gruppen nacheinander über 1,5 und 2 Jahre berufsbegleitend zu ECO-Pflegefachkräften weitergebildet.

Diese Qualifikation ist zu unterscheiden von der Funktion einer ECO-Pflegefachkraft, die beschrieben werden kann als „Bezugspflege/Prozesskoordination“ (BPK). In den Abteilungen ist die Anzahl der BPK-Funktionen festgelegt. Diese werden im Dienstplan mit Pflegekräften besetzt, in der Regel mit qualifizierten ECO-Pflegefachkräften. Darüber hinaus ist es möglich, die BPK-Funktion auch mit nicht qualifizierten Pflegekräften zu besetzen, sofern die Abteilungsleitung sich in Absprache mit den ECO-Pflegefachkräften von der Eignung überzeugt hat.

Dadurch werden auch Pflegekräfte an die BPK-Funktion herangeführt, die die Qualifizierung nicht durchlaufen haben. Die Abteilungsleitung beurteilt gemeinsam mit den qualifizierten ECO-Pflegefachkräften die Arbeit in der ECO-Pflegefachkraft -Funktion und identifiziert gegebenenfalls Weiterbildungsbedarf. Dieser wird organisiert und angeboten. Dadurch kann die Anzahl der geeigneten Pflegekräfte für die BPK-Funktion auch in Zukunft dem Bedarf angepasst werden.

##### **8.1.4.1 Funktionsdifferenzierung**

Patientenbezogen lassen sich 3 wesentliche Funktionen unterscheiden:

1. Pflege der Patienten
2. Bezugspflege (direkter Ansprechpartner für die gesamte Zeit des KH-Aufenthaltes)
3. Prozesskoordination (Koordination der Versorgungsprozesse)

Im ECO-Modell sind die Anteile 2. und 3. kombiniert, auf den unterschiedlichen Ebenen jedoch unterschiedlich gewichtet:

- Typ A: viel Bezugsarbeit, wenig Prozesskoordination (Innere Medizin, Geriatrie)
- Typ B: wenig Bezugsarbeit, viel Prozesskoordination (HNO, Orthopäden,....)

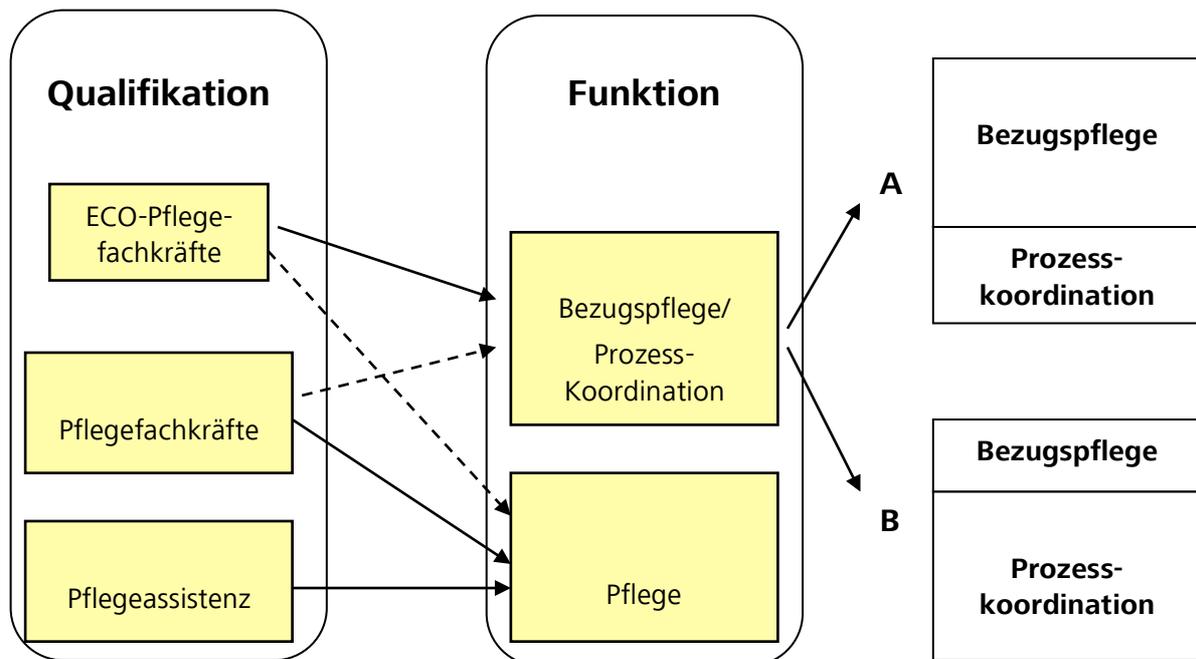
Daraus ergeben sich wiederum unterschiedliche Präferenzen

Die Anzahl der Funktionen ist auf den Ebenen festgelegt.

##### **8.1.4.2 Trennung von Qualifikation und Funktion**

- Qualifikation: mitgebrachte oder erworbene Kompetenz = ECO-Pflegefachkraft
- Funktion: Hauptzweck der Aufgabenerledigung = Bezugspflege/Prozesskoordination

„Bezugspflege/Prozesskoordination“ (BPK) wird im Dienstplan ab August 2012 ausgewiesen und namentlich besetzt.



## 8.2 Aufgabenschwerpunkte der ECO-Pflegefachkräfte in den unterschiedlichen Fachabteilungen

Stand: 6.3.2014

Nr.	Aufgaben und Tätigkeiten	1A	1B	1C	2A	2B	3A	3B	4A	gesamt
1	Bezugspflege	6	6	6	3	6	3	7	7	5,5
2	Aufgaben im Pflegeprozess	7	7	6	5	7	10	6	8	7,0
3	Casemanagement	6	6	5	3	4	5	4	5	4,8
4	Prozesskoordination	6	6	6	4	6	5	6	5	5,5
5	Unterstützung im Medizinprozess	6	6	6	7	7	7	6	8	6,6
6	Leitungs- und Vorgesetztenfunktion	4	4	4	5	3	3	3	5	3,9
7	Managementfunktion	3	3	4	8	3	5	4	4	4,3
8	Förderung pflegefachlicher Expertise	4	4	4	5	5	2	5	2	3,9
9	med. Controlling / Erlössicherung	3	3	4	5	4	5	4	1	3,6



## 8.3 Funktionsprofil Abteilungsleitung

### Abteilungsleitungen: Aufgaben und Tätigkeiten

*Stand: 14.2.2014*

#### 8.3.1 Führung

##### Personalentwicklung

- ECO-Pflegefachkräfte
- Examierte
- KPH und Stationsassistenten

##### Teamentwicklung

- Zielvereinbarungsgespräch, Mitarbeitergespräch
- Kritikgespräche
- Einarbeitungsgespräche
- IBF/FB/Arbeitsgruppen
- Konfliktmoderation

#### 8.3.2 Organisation

##### Personalmanagement

- Dienstplanung
- Ausfallmanagement
- Urlaubsplanung
- Abrechnung/Genehmigung
- Stellenplanung
- Bewerbungen (Sichten, Teilnahme an Vorstellungsgesprächen)
- Praktikanten

##### Belegungsmanagement

##### Gestaltung der Arbeitsumgebung

#### 8.3.3 Prozessmanagement

- Konfliktmoderation
- Prozessqualität prüfen und steuern
- Beschwerdemanagement
- Schnittstellenmanagement
- Informationsmanagement
- Belegungsmanagement
- Arbeitsumgebung

##### Kommissionen, Arbeitsgruppen, EFQM, Projektarbeit

## 8.4 Funktionsprofil Pflegewissenschaftler/-in

Stand: 18.5.2011

### 8.4.1 Allgemein

Die Pflegewissenschaftlerin ist gemeinsam mit der Pflegedienstleitung (PDL) die Leitung des „Expertensystems Pflege“ und die oberste pflegefachliche Leitungsinstanz des Krankenhauses.

Die Pflegewissenschaftlerin

- befindet über alle patientenübergreifenden pflegefachlichen Fragen, die der Sicherstellung des pflegerischen Leistungsangebot dienen;
- ist verantwortlich für die strukturierte Weiterbildung der Pflegekräfte und für die qualifizierte Besetzung der Stellen.

### 8.4.2 Formale Stellung

Die Pflegewissenschaftlerin ist disziplinarisch direkt der Geschäftsführung unterstellt und ist gleichberechtigtes Mitglied der „Führungsgruppe“ des Krankenhauses. Pflegefachliche Entscheidungen von grundlegender Bedeutung für das gesamte Krankenhaus bedürfen der Konsensbildung in der Führungsgruppe. Hierfür besteht ein etabliertes Verfahren der „Konsentbildung“.

Die Pflegewissenschaftlerin

- ist die einzige und oberste fachliche Entscheidungsinstanz in allen patientenübergreifenden pflegefachlichen Fragen,
- ist in ihren fachlichen Entscheidungen auf das Einverständnis der jeweils für die Fachbereiche zuständigen Chefärzte angewiesen (In Konfliktfällen entscheidet die Führungsgruppe),
- bedarf der Zustimmung der PDL und der organisatorischen Abteilungsleitung, sofern ihre fachlichen Entscheidungen Einfluss auf Ressourcen der jeweiligen Abteilungen haben,
- hat kein Direktionsrecht in Fragen, die die individuelle pflegerische Versorgung von Patienten betreffen (Aufgabe der Pflegefachkräfte),
- hat kein Direktionsrecht in Bezug auf die Organisation des Pflegedienstes (Aufgabe der PDL und der Abteilungsleitungen).

### 8.4.3 Aufgaben

#### 8.4.3.1 Beteiligung an der Strategieentwicklung des Krankenhauses

Als Mitglied der Führungsgruppe wirkt die Pflegewissenschaftlerin an der kurz-, mittel- und langfristigen Strategieentwicklung des Krankenhauses mit und vertritt diese im „Expertensystem Pflege“.

#### 8.4.3.2 Sicherstellung des pflegerischen Leistungsangebots

Als Leitung des Expertensystems Pflege ist die Pflegewissenschaftlerin dafür verantwortlich, dass die Qualität des pflegerischen Leistungsangebot dem pflegewissenschaftlichen Erkenntnisstand entspricht. Für das Prozessdesign, die Einführung und Umsetzung von Standards ist die jeweilige Abteilungsleitung zuständig, die dafür ein direktes Weisungsrecht gegenüber allen Berufsgruppen der Abteilung hat.

Die Pflegewissenschaftlerin

- stellt pflegewissenschaftliche Expertise bei der Entwicklung von medizinisch-pflegerischen Standards bereit (standard operating procedures; interdisziplinäre Behandlungspfade u.ä.);
- entwickelt spezifische Pflegekonzepte (z.B. Patienten- bzw. Angehörigenschulung; Pflegeberatung, Pflegeüberleitung, Bobath-Pflege, Dementenversorgung usw.) und beteiligt sich an deren Einführung;
- passt Expertenstandards der Pflege an die Bedingungen des Hauses an und beteiligt sich an deren Einführung;
- arbeitet mit an der Formalisierung der Innovationen (QM-Handbuch, Verfahrensregelung etc.);
- baut Partnerschaften mit pflegewissenschaftlichen Hochschulen auf.

#### 8.4.3.3 Kontrolle und Entwicklung der Pflegequalität

- Beteiligung an der Entwicklung eines Kennzahlensystems zur Beurteilung der Pflegequalität.
- Entwicklung und Auswahl geeigneter Methoden und Instrumente zur (authentischen) Beurteilung der Qualität der pflegerischen Versorgung, z.B.
  - sporadische Teilnahme an den interdisziplinären Visiten,
  - sporadische Durchsicht der Pflegedokumentationen,
  - Teilnahme an Pflegeübergaben, ärztlich-pflegerischen Morgenrunden,
  - Initiierung und Begleitung von (interprofessionellen) Fallbesprechungen oder
  - die Entwicklung, Beteiligung an der Einführung und regelmäßige Auswertung von pflegerelevanten Ereignisprotokollen und Komplikationsstatistiken (z.B. Stürze, Decubiti, Dehydration etc.)

#### 8.4.3.4 Aufbau, Implementierung und Weiterentwicklung eines Expertensystems Pflege

In Orientierung an Grundsätzen des betrieblichen Wissensmanagements baut die Pflegewissenschaftlerin parallel zu den Ärzten ein „Expertensystem Pflege“ auf und sorgt für eine kontinuierliche Weiterentwicklung.

Die Pflegewissenschaftlerin

- analysiert die bisher im Hause vorhandenen Konzepte und Ansätze im Hinblick auf die Potenziale bei der Wissensgewinnung, -übertragung, -bewahrung und -nutzung (z.B. Nutzung der Fachzeitschriften, Aufgaben Praxisanleiter/innen, Konsiliardienste [Wundmanagement], Hygienbeauftragte, ...),
- entwickelt und differenziert die pflegfachliche Hierarchie innerhalb des Expertensystems Pflege (Pflegeassistenz, Examinierete, Pflegefachkräfte, ....) weiter,
- entwirft, implementiert und evaluiert weitere geeignete Instrumente eines pflegerischen Expertensystems (z.B. Erstellung von Kompetenzprofilen, „Gelbe Seiten“ von Pflegeexperten, Durchführung von Fallstudien, Konsiliar- und Liaisondienste, (über-)betriebliche Communities of Practise, Kooperationsbeziehung mit Hochschulen, Fallbesprechungen, Mentoren- bzw. Coachingsystem für Pflegefachkräfte o.ä.),
- evaluiert den Transfer von Bildungsmaßnahmen.

#### **8.4.3.5 Beteiligung an der Personalentwicklung der Mitarbeiter des Pflegedienstes**

Sowohl durch die Gestaltung des Expertensystems Pflege als auch über Beteiligung an der individuellen Förderung der Pflegekräfte sorgt die Pflegewissenschaftlerin gemeinsam mit der PDL für eine attraktive und adäquate Personalentwicklung, die Klinik- und Mitarbeiterinteressen integriert.

Die Pflegewissenschaftlerin

- ermittelt gemeinsam mit der PDL den qualitativen Personalbedarf des Pflegedienstes;
- wertet die Ergebnisse der Fördergespräche (Abteilungsleitungen) aus;
- entwickelt geeignete Fördermaßnahmen (z.B. Laufbahn- und Nachfolgeplanung; Coaching von Mitarbeiterinnen in herausfordernden Arbeitsbereichen, ...)
- plant, initiiert und kontrolliert die Inanspruchnahme von geeigneten Bildungsmaßnahmen (off und on the job; intern und extern);
- bietet Bildungsberatung für Mitarbeiter/innen an.

#### **8.4.4 Kompetenzprofil**

Voraussetzung ist eine solide pflegewissenschaftliche Qualifikation sowie eine durch Berufserfahrung gewonnene Systemkompetenz des Krankenhauses. Zwingend erforderlich ist eine hohe soziale und kommunikative Kompetenz, Kooperationsfähigkeit und Führungskompetenz.

Wünschenswert

- sind Kenntnisse und Erfahrungen mit Veränderungsprozessen des Krankenhauses (OE-Projekte, Projektmanagement) und in der Personalentwicklung;
- ist der bestehende Kontakt zu einer pflegewissenschaftlichen Hochschule.

## 8.5 Curriculum Weiterbildung für die ECO-Pflegefachkräfte



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg  
Hamburg University of Applied Sciences

*KoPM®-Zentrum - Kooperatives Prozessmanagement im Gesundheitswesen  
- Forschung und Transfer –  
Prof. Dr. Knut Dahlgaard; Prof. Dr. Peter Stratmeyer*

# Modulhandbuch

## für die

### Qualifizierung zur KoPM®-Fachkraft

*KoPM - Kompetenz im Patienten-Management*

Version 2, Stand: 23.11.2010  
Redaktion: Prof. Dr. Knut Dahlgaard

<b>1 Grundsätze der KoPM®-Weiterbildung .....</b>	<b>1</b>
1.1 Die Institution .....	1
1.2 Ziele der KoPM-Weiterbildung .....	2
1.3 Die KoPM-Weiterbildung – ein innovatives Konzept.....	3
1.4 Organisation der Weiterbildung.....	5
<b>2 Die zeitliche Organisation der Weiterbildung .....</b>	<b>6</b>
2.1 Module, Lehr- und Lernformen und Stunden .....	6
2.2 Zeitplanung für die Kohorte 2011/2012.....	7
<b>3 Beschreibung der einzelnen Module .....</b>	<b>7</b>
3.1 Modul A: Aufgaben im Pflegeprozess .....	8
3.2 Modul B: Mitarbeit im Medizinprozess.....	12
3.3 Modul C: Management.....	16
3.4 Modul D: Integrative Verknüpfung .....	19

# 1 Grundsätze der KoPM<sup>®</sup>-Weiterbildung

## 1.1 Die Institution

Die Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg (HAW) ist mit rund 12.000 Studierenden in über 50 technischen, wirtschaftlichen, sozialen, gestalterischen und informationsbezogenen Studiengängen sowie mit 360 Professorinnen und Professoren die zweitgrößte Hochschule Hamburgs und eine der größten Hochschulen ihrer Art in Deutschland. Lehre und Forschung ordnen sich insgesamt vier Fakultäten zu:

- Design, Medien und Information,
- Life Sciences,
- Technik und Informatik sowie
- Wirtschaft und Soziales

Das Forschungs- und Transferzentrum „Kooperatives Prozessmanagement im Gesundheitswesen“ (KoPM-Zentrum) ist eine Einrichtung der Fakultät Wirtschaft und Soziales. Es führt die Weiterbildung „Kompetenz im Patientenmanagement“ in Kooperation mit dem DRK-Krankenhaus Clementinenkrankenhaus (Hannover) als Modellversuch durch. KoPM-Zentrum und Clementinenhaus haben gemeinsam eine die Weiterbildung begleitende Projektgruppe eingesetzt. Im Bereich eines Moduls (Modul B: Mitarbeit im Medizinprozess) beteiligen sich leitende Ärzte des Hauses direkt als Lehrende an der Weiterbildung.

Das KoPM-Zentrum speist sich aus interdisziplinären Expertisen der Gesundheits- und Pflegewissenschaft einerseits und der Wirtschaftswissenschaften andererseits. Es ist aus Forschungsprojekten und einem vormaligen Forschungsschwerpunkt hervorgegangen, in dem ein in Deutschland bisher einzigartiges kooperatives Organisationsmodell für Krankenhäuser entwickelt wurde. Dieses verzahnt die Teilprozesse der Medizin und der Pflege kooperativ miteinander und fügt sie unter Anwendung des Prozessmanagement-Ansatzes systematisch zu einem integrierten patientenorientierten Versorgungsprozess zusammen<sup>1</sup>. Das Modell ist ausführlich in einer Publikation beschrieben<sup>2</sup> sowie in Teilprojekten in mehreren Krankenhäusern modellhaft erprobt worden.

Das Clementinenkrankenhaus in Hannover ist Referenzkrankenhaus des KoPM-Zentrums. Es hat unter wissenschaftlicher Begleitung eine eigenständige, dem KoPM-Modell entlehnte Organisationsstruktur für das Krankenhaus entwickelt, das seit etwa einem Jahr systematisch implementiert und evaluiert wird. In einer zweizügigen Weiterbildung werden unter Federführung des KoPM-Zentrums besonders geeignete und berufserfahrene Pflegekräfte auf ihre neuen Rollen in der Patientenverantwortung und des Prozessmanage-

---

<sup>1</sup> Ausführlichere Angaben finden sich auf der Web-Seite des KoPM-Zentrums ([www.kopm-zentrum.de](http://www.kopm-zentrum.de)).

<sup>2</sup> Dahlgard, Knut; Stratmeyer, Peter: Kooperatives Prozessmanagement im Krankenhaus. 8 Themenbände, Luchterhand-Verlag 2005 – 2008.

ments im Rahmen einer knapp zweijährigen Weiterbildung vorbereitet. Die Modellphase wird mit dem Jahr 2012 beendet sein; dann wird die Weiterbildung für Teilnehmer/-innen anderer Krankenhäuser geöffnet.

## 1.2 Ziele der KoPM-Weiterbildung

Ziel der Weiterbildung ist die Schaffung einer qualifikatorischen Voraussetzung für eine **Optimierung der Zusammenarbeit** von Ärzten und Pflegenden im Krankenhaus auf der Grundlage des KoPM-Konzepts<sup>3</sup>. Dabei sollen Ärzte sich zukünftig auf ihre Kernaufgaben in Diagnostik und Therapie konzentrieren können. Die Pflegearbeit wird konzeptionell beschrieben und zu einem weitgehend eigenständigen und komplementären Versorgungsbereich neben der medizinischen Versorgung aufgewertet. Daneben werden einem Teil der Pflegenden erweiterte Aufgaben in der Koordination, Steuerung und Überwachung (Management) der patientenbezogenen Versorgungsprozesse übertragen. Dieser Gruppe werden auch die Aufgaben der Pflegeprozessverantwortung im Sinne des Primary Nursing-Prinzips übertragen. In diesem Zusammenhang sind sie auch für die fachliche Führung von Pflgeteams im Rahmen der ihnen zugewiesenen Patientengruppen verantwortlich. Diese Reorganisation soll folgende Ziele erreichen helfen:

- Verbesserte patientenorientierte Versorgung,
- Optimierung der zeitlichen Abläufe in der Patientenversorgung,
- Reduzierung von Ablaufstörungen in der berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit,
- Optimierter Einsatz von Personalressourcen bei Pflegenden und Ärzten,
- Steigerung der Mitarbeiterzufriedenheit von Ärzten und Pflegenden.

Die Weiterbildung zur KoPM-Fachkraft dient dazu, die o.g. Gruppe besonders geeigneter und berufserfahrener Pflegekräfte praxisorientiert auf erweiterte Pflege-, Medizin- und Managementaufgaben vorzubereiten, die sie in die Lage versetzen, ihre neue Funktionen verantwortlich und qualifiziert wahrzunehmen. Im Einzelnen zielt das Weiterbildungskonzept auf Kompetenzsteigerung in folgenden Bereichen ab:

- Eigenständige pflegerische Versorgung insbesondere von chronisch kranken und multimorbiden Patienten mit den besonderen Schwerpunkten auf **Diagnostikkompetenz** und Patienten- bzw. **Angehörigenedukation**.
- Herausbildung von **fachlicher Führungskompetenz** mit Schwerpunkten der Delegation und Überwachung der Arbeitsausführungen.
- Kompetenzsteigerung in ausgewählten Aufgabenbereichen der **medizinischen Versorgung** (Beispiele: Medikamentenmonitoring, Schmerzmanagement, postoperative Überwachung).

---

<sup>3</sup> Ausführlich ist der Ansatz beschrieben in nachfolgendem Werk: Dahlgaard, Knut; Stratmeyer, Peter: Kooperatives Prozessmanagement im Krankenhaus. Neuwied 2006 – 2008.

- Zielgerichtete Steuerung und Kontrolle der **patientenbezogenen Versorgungsprozesse** (Koordination, Transparenz der Leistungen, Effizienz, Zeitnähe, unkomplizierte Kooperation).
- Übernahme der **Case Management-Funktion** in der Entlassung und Überleitung von Patienten.

Neben diesem Kompetenzerwerb zur Verbesserung der Patientenversorgung bietet die Weiterbildung den Teilnehmer/innen auch noch persönliche Entwicklungsperspektiven in einem Beruf, in dem der Frauenanteil nach wie vor bei ca. 80% liegt:

- Selbstbewusstsein und Kompetenzzuwachs im Arbeitsprozess,
- Verbesserung des beruflichen Ansehens und der Wertschätzung in der interprofessionellen Zusammenarbeit,
- persönliche Aufstiegsmöglichkeiten in der patientennahen Versorgung („Karriere am Krankenbett“),
- Erlangung der Voraussetzungen für einer anforderungs- und leistungsgerechteren Bezahlung sowie
- Erhöhung der Attraktivität des Berufs.

### 1.3 Die KoPM-Weiterbildung – ein innovatives Konzept

Der Pflegeberuf hat sich in den letzten Jahrzehnten über eigenständige Beiträge zur Patientenversorgung – unabhängig vom ärztlichen Bereich – definiert. Diese Erlangung von Eigenständigkeit ist selbstverständlicher Bestandteil eines Professionalisierungsprozesses, verstellt aber auf der anderen Seite häufig den Blick dafür, wie die Beiträge unterschiedlicher Professionals zu einem integrierten **Gesamtkonzept** zusammengefügt werden können. Ausgangspunkt des KoPM-Konzepts ist eben dieser integrierte Versorgungsprozess, der nicht mehr nur aus einer Berufsgruppe heraus – weder aus der der Ärzte noch aus der der Pflegenden – definiert werden kann. Insofern ist der erste innovative Ansatz derjenige, dass bei allem Respekt vor der Eigenständigkeit pflegerischen Handelns der **gesamte Versorgungsprozess** Ausgangspunkt der Qualifizierung ist, nicht nur die pflegerische Sichtweise. Praktisch wird dieser Aspekt dadurch aufgenommen, dass

- Kooperation mit Ärzten im Akutkrankenhaus als Normalfall pflegerischer Arbeit verstanden wird,
- Ärzte und Pflegenden bei der Weiterbildung inhaltliche Beiträge leisten und schließlich
- ein gemeinsames, interprofessionelles Verständnis des Krankenhaus-Versorgungsprozesses die Folie für die inhaltliche und konzeptionelle Gestaltung der Weiterbildung bietet.

Karriere in der Pflege war über Jahrzehnte mit einer Entfernung vom Krankenbett verbunden. Wer beruflich aufsteigen wollte (z.B. als Stationsleitung, Abteilungsleitung, Pflegedienstleitung), verlor weitgehend den Kontakt zu den Patienten und damit zur eigentlichen Leistungserstellung. Auf der anderen Seite gab es in den letzten zwei Jahrzehnten

fachlich-inhaltliche Qualifizierungen für Pflegende, aber wenig exponierte Expertenfunktionen in den Krankenhäusern, in denen diese pflegerische Expertise für andere nutzbar gemacht wurden.

Die Weiterbildung zur KoPM-Fachkraft räumt mit der Vorstellung auf, personale, organisatorische und strukturelle Gestaltung von Arbeitsprozessen

- sei nur in expliziten Leitungsfunktionen möglich und
- sei ein Gegensatzbegriff zu berufsfachlicher Arbeit.

Insofern ist die Kombination zweier Ausrichtungen dieser Weiterbildung für den Sektor der beruflichen Pflegebildung innovativ: Die zukünftigen KoPM-Fachpflegekräfte werden sowohl **berufsfachlich** qualifiziert als auch für ihre **patientenbezogenen Managementaufgaben** (z.B. Planungs- und Koordinationsaufgaben, steuernde Eingriffe in den Versorgungsprozess, Informationsbeschaffung und Dokumentation, Kommunikation mit internen und externen Partnern). In der Funktion als **verantwortliche Pflegefachkraft** können sie sowohl als Fachexperten für den pflegerischen Beitrag zum Versorgungsprozess wie als fachliche Führungskraft des jeweiligen Versorgungsteams (nachgeordnete Pflegehilfskräfte, Auszubildende) ihre Kompetenzen praktisch anwenden.

Drittens bietet die modellhafte Entwicklung und Erprobung der Weiterbildung die innovative Möglichkeit, **integrale Verbindungen zum Change Management-Prozess** in dem jeweiligen Krankenhaus herzustellen. Für die Weiterbildung ergibt sich die Chance (und die Bewährungsprobe), dass Veränderungsprozesse, neue Anforderungen und veränderte Organisationsstrukturen direkt in der Weiterbildung thematisiert und die Teilnehmer/-innen mit Kompetenzen in diesem Bereich ausgestattet werden (Beispiel: Entwicklung eines neuen Konzepts für pflegerische Diagnostik als Antwort auf Defizite im Bereich der Pflegedokumentation). Umgekehrt geben Diskussionen und inhaltliche Sequenzen der Weiterbildung auch Impulse für weitere Entwicklungen des Organisationskonzepts (z.B. für Ziele und Aufgaben der zukünftigen pflegefachlichen Leitung des Krankenhauses). Organisiert wird diese integrale Verbindung durch Mitgliedschaft von Weiterbildungsteilnehmer/-innen in der das Projekt begleitenden Projektgruppe.

Viertens ist schließlich die Tatsache, dass eine Hochschule eine berufliche Weiterbildungsmaßnahme durchführt, allein noch nicht innovativ. Dies ist eher durch die Versuche gegeben, durch die Art und Weise der Durchführung die **Durchlässigkeit des Hochschulsystems** zu steigern:

- Die Weiterbildung ist modularisiert, d.h. sie besteht aus Elementen, die auch in Hochschulcurricula zu finden sind. Konstitutiv hierfür sind Lernzielbeschreibungen und die Aufteilung auf Präsenzphasen und (durch Arbeitsaufgaben vorstrukturierte) Selbstlernphasen.
- Die Module sind-so angelegt, dass sie für Teilnehmer/-innen, die im Anschluss ggf. ein Studium aufnehmen wollen, in pflegebezogenen Studiengängen grundsätzlich anerkennungsfähig sind (30 Credits, Modulbeschreibung, Prüfungsverfahren, Durchführung durch eine Hochschuleinrichtung).
- Organisatorisch ist die Weiterbildung zur KoPM-Fachkraft in der HAW Hamburg angebunden an ZEPRA, das Zentrum für Praxisentwicklung der Fakultät Wirtschaft und Soziales. ZEPRA unterbreitet ein umfangreiches Angebot beruflicher Fort- und Weiterbildung für Berufstätige wie für den postgradualen Bereich (z.B. Case Management-

Weiterbildung).

## 1.4 Organisation der Weiterbildung

Die **Organisation der Weiterbildung** unterstützt die unter Punkt 1.2. beschriebenen Ziele auf folgende Weise:

- Obwohl es sich derzeit um eine Weiterbildung ausschließlich für Teilnehmer eines Krankenhauses handelt, wird ein externer Veranstaltungsort genutzt, um genügend Abstand zu alltäglichen Problemen der Arbeitsprozesse zu haben.
- Die Teilnehmer/-innen der Weiterbildung haben während der Selbststudiumsphasen die Gelegenheit, während der Arbeitszeit einen Studienraum im Referenzkrankenhaus mit Tischen, Literatur und Internet-Zugang zu nutzen.
- Die Teilnehmer/-innen erhalten Lehrmaterialien, die ausgewählt und für das jeweilige Modul passgenau zugeschnitten sind.

Besonderer Wert wird auf den **Praxis- und Handlungsbezug** gelegt, der über unterschiedliche Maßnahmen erreicht wird:

- In den Präsenzphasen werden als Methoden nicht nur das erarbeitende Lehrgespräch, sondern an jedem Präsenztage Übungen, Fallbeispiele, Gruppenarbeiten und Rollenspiele eingesetzt, um die praktische Umsetzung und Anwendung vorzubereiten.
- Supervisions- und Anleitungssituationen sind Kernelemente des Curriculums. Sie werden am Arbeitsplatz der Teilnehmer/-innen ausgeführt und stellen auf diese Weise eine Brücke zwischen Theorie und Praxis her.
- Das Selbststudium wird nicht nur zur Literaturbearbeitung genutzt, sondern insbesondere für Aufgaben, die am Arbeitsplatz – entweder allein oder in Kleingruppen – bearbeitet werden. – Die Ergebnisse dieser Aufgabenbearbeitungen werden vor der Gesamtgruppe präsentiert.

Die Weiterbildung wird von ZEPRA (Zentrum für Praxisentwicklung) als Einrichtung der Fakultät Wirtschaft und Soziales organisiert und von Lehrenden des KoPM-Zentrums inhaltlich verantwortet und durchgeführt.

## 2 Die zeitliche Organisation der Weiterbildung

### 2.1 Module, Lehr- und Lernformen und Stunden

Die in Abschnitt 1.2 beschriebenen Ziele der Weiterbildung werden durch ein Curriculum umgesetzt, dessen Hauptprinzipien sich wie folgt beschreiben lassen:

- Die Module A bis C orientieren sich an den erweiterten Aufgaben der KoPM-Fachkraft, das Modul D stellt eine Verbindung der Module sicher.
- Präsenzlehrveranstaltungen und Selbststudium haben in etwa den gleichen Stundenumfang.
- Präsenzlehrveranstaltungen haben unterschiedliche, die Aktivität der Weiterbildungsteilnehmer/-innen anregende Formen (vgl. Abschnitt 1.4).

Nachfolgend ein Gesamtüberblick über die Aufteilung der Lehr- und Lernformen auf die Module der Weiterbildung:

Module	Präsenzlehrveranstaltungen			Selbststudium		Summe
	Seminaristischer Unterricht	Präsentation (Plenum)	Supervision/Anleitung	Aufgabenbearbeitung	Literaturstudium	
<b>A Aufgaben im Pflegeprozess</b>	104 (13)	32 (4)	32 (4)	32	120	320
<b>B Mitarbeit im Medizinprozess</b>	48 (6)	16 (2)	16 (2)	88	24	192
<b>C Prozess- management</b>	128 (16)	24 (3)	24 (3)	32	148	356
<b>D Integrative Verknüpfung</b>	32 (4)					32
<b>Summe</b>	296 (39)	72 (9)	72 (9)	152	292	900

Angaben in Stunden (in Klammern: Tage)

## 2.2 Zeitplanung für die Kohorte 2011/2012

<b>2011</b>	<b>Mi</b>	<b>Do</b>	<b>Fr</b>	<b>Summe</b>
13.-15. April	A+D	C	A	3
5.-6. Mai		C	A	2
26.-27. Mai		A	C	2
09.-10. Juni		C	A	2
30. Juni-1. Juli		C	A+D	2
25.-26. August		C	A	2
15.-16. September		C	A	2
12.-14. Oktober	C+D	B	A	3
3.-4. November		C	A	2
24.-25. November		B	A	2
15.-16. Dezember		C+D	A	2
<b>2012</b>				
12.-13. Januar		B	C	2
8.-10. Februar	C	B	A	3
29.02.-02. März	C	B	A	3
22.-23. März		A+D	C	2
19.-20. April		B	A	2
9.-11. Mai	C	A	C	3
7.-8. Juni		B	C	2
27.-29. Juni	C	A+D	B	3
18.-20. Juli	B	A	C	3
6.-7. September		A	C+D	2
27.-29. September		B	C	2
11.-12. Oktober		A	C	2
08.-09. November		C+D	A	2
06.-07. Dezember		A	C	2
<b>Summen</b>	<b>7</b>	<b>25</b>	<b>25</b>	<b>57</b>
<i>Modul A</i>	0,5	6	14,5	21
<i>Modul B</i>	1	8	1	10
<i>Modul C</i>	4,5	9	8,5	22
<i>Modul D</i>	1	2	1	4

### 3 Beschreibung der einzelnen Module

#### 3.1 Modul A: Aufgaben im Pflegeprozess

<b>Zeitraum:</b>	<b>1. bis 4. Semester</b>
<b>Workload:</b>	<b>Präsenzstudium 168 h = 21 Präsenzlehrtage</b> <b>Selbststudium 152 h</b>
<b>Credits</b>	<b>10,6 (Gesamtworkload 320 h)</b>

#### Modulverantwortliche/r und beteiligte Dozenten/innen:

Prof. Dr. Peter Stratmeyer

#### 1. Gesamtziel des Moduls

Aufbauend auf Kenntnissen von theoretischen (z.B. Pflegemodelle) und konzeptionellen (z.B. Pflegeprozess, Pflegestandards) Grundlagen der Gesundheits- und Krankenpflege steht der Erwerb der Handlungskompetenz zur umfassenden selbständigen Übernahme der Pflegeverantwortung im Zentrum dieses Moduls. Besondere Schwerpunkte sind auf die Förderung pflegediagnostischer Kompetenzen sowie psycho-sozial und edukativ ausgerichteter Pflegeaufgaben gelegt. Pflegeverantwortung schließt dabei auch die Selbstverpflichtung zur kontinuierlichen berufsbegleitenden Qualifizierung ein.

#### 2. Erwartete Lernergebnisse

##### Fachlich-methodische Kompetenzen

Die Qualifizierungsteilnehmer sind in der Lage,

- die Krankenhausbehandlung als Teil einer gegliederten Versorgungskette einzuschätzen, potenzielle Schnittstellenprobleme im Versorgungsprozess zu erkennen und Instrumente zu deren Überwindung zu benennen,
- die komplementäre Rolle der Pflege im Krankenhaus neben der Medizin einzuschätzen,
- die Funktionen von Formalisierungen (u.a. Pflegeprozess, Pflegestandards) in der Pflege kritisch zu bewerten und für den eigenen Arbeitszusammenhang zu nutzen,
- umfassende bio-psycho-soziale Pflegebedarfe zu diagnostizieren, hinsichtlich ihrer gegenseitigen Implikationen zu bewerten und nach Relevanz und Dringlichkeit zu ordnen sowie geeignete Interventionen auszuwählen,

- die wesentlichen motivationalen und volitionalen Faktoren des Krankheits- und Gesundheitsverhaltens zu benennen und ihre wechselseitigen Beziehungen zu umreißen,
- Patientenschulungen entlang eines didaktischen Konzepts durchführen zu können,
- die Indikation für Pflegeberatungen zu erkennen sowie zielgruppen- und situationsspezifisch durchzuführen,
- sich Quellen zur fortlaufenden Aktualisierung ihres Pflegewissens zu erschließen und für ihre Arbeit nutzbar zu machen.

### **Sozial-kommunikative und personale Kompetenzen**

Die Qualifizierungsteilnehmer sind bereit und in der Lage,

- die eigenverantwortliche Rolle neben medizinischen Versorgung als berufliche Herausforderung anzunehmen,
- pflegebezogene Entscheidungen zu treffen und zu verantworten,
- pflegebezogene Versorgungsaspekte im Kontext der gesamten Krankenhausbehandlung insbesondere unter Berücksichtigung medizinischer und wirtschaftlicher Aspekte zu betrachten,
- den fachlichen Diskurs über geeignete pflegerische Versorgung mit Angehörigen anderer Berufsgruppen zu führen,
- Verständnis für den multifaktoriellen Prozess der Krankheits- und Pflegebewältigung aufzubringen,
- die Grenzen der Möglichkeiten pflegerischer Versorgung zu akzeptieren und darauf ausgerichtete Schwerpunkte der pflegerischen Versorgung zu setzen,
- die Beziehung zu Klienten in der Pflegeberatung aufzubauen, produktiv aufrechtzuerhalten und angemessen zu beenden,
- die eigene Rolle im Beratungsprozess zu reflektieren
- die Selbstverpflichtung zur kontinuierlichen beruflichen Fortbildung anzunehmen.

### 3. Inhalte

		Sem U	Präs	Sup	Aufg	Lit
<b>Übernahme der Pflege- prozess- verantwortung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Formale Rolle der Pflege in der Gesundheitsversorgung des Krankenhauses</li> <li>Kritischer Diskurs zum Pflegeprozess</li> <li>Pflegeprozessverantwortung im Zeitalter chronischer Krankheit; komplementäre Arbeitsteilung von Medizin und Pflege</li> <li>Pflegediagnosen und pflegediagnostische Kompetenz</li> <li>sozialrechtliche Systeme und betriebliche Instanzen der Kranken- und Pflegeversorgung – Probleme der Systemintegration</li> <li>Selbstorganisation der beruflichen Weiterentwicklung</li> </ul>	(7)	(2)	16 h	16 h	60 h
<b>Patienten- edukation und Pflegebera- tung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pflegeberatungsansätze im Überblick</li> <li>Grenzen und Möglichkeiten der edukativen Einflussnahme auf das Gesundheitsverhalten</li> <li>Grundlagen der patientenorientierten Kommunikation</li> <li>Konzept der psycho-sozialen Pflegebegleitung</li> <li>Didaktik der Patientenschulung</li> </ul>	(6)	(2)	16 h	16	50 h
	Summe	104 (13)	32 (4)	32 (4)	32	120

---

#### **4. Lehr- und Lernformen**

---

Lehrvorträge, seminaristischer Unterricht, Textarbeiten, Übungen, Fallstudien, Rollenspiele.

---

#### **5. Prüfung**

---

Das Modul wird mit einer schriftlichen Ausarbeitung zu einem der zwei fachlichen Schwerpunkte abgeschlossen.

---

#### **6. Bezüge zu den anderen Modulen**

---

Es bestehen enge Zusammenhänge insbesondere mit dem Modul Management.

---

#### **6. Literatur**

---

Für das Modul wird ein Reader zur Verfügung gestellt, der auch ausführliche Literaturangaben beinhaltet.

### 3.2 Modul B: Mitarbeit im Medizinprozess

<b>Zeitraum:</b>	<b>2. bis 4. Semester</b>
<b>Workload:</b>	<b>Präsenzstudium 80 h = 10 Präsenzlehrtage</b> <b>Selbststudium 112 h</b>
<b>Credits</b>	<b>6,4 (Gesamtworkload 192 h)</b>

#### **Modulverantwortliche/r und beteiligte Dozenten/innen:**

Modulkoordinator: Prof. Dr. Peter Stratmeyer

#### **1. Gesamtziel des Moduls**

Ziel dieses Moduls ist die Vorbereitung der Teilnehmer/innen auf die weitgehend eigenständige Übernahme von medizinischen Aufgaben im Rahmen des geltenden Berufs- und Haftungsrechts. Die Teilnehmer/innen sollen hierzu rechtliche Handlungssicherheit erlangen, sie sollen sich der Verantwortung, der Tragweite und der Grenzen der eigenen Handlung und Handlungsentscheidung bewusst sein. An ausgewählten Aufgabenbereichen der Fachgebiete Innere Medizin und Chirurgie (z.B. Medikamentenmonitoring, postoperative Überwachung) soll beispielhaft verdeutlicht werden, wie Pflegefachkräfte grundlegende medizinische Kompetenzen erwerben können.

#### **2. Erwartete Lernergebnisse**

##### **Fachlich-methodische Kompetenzen**

Die Qualifizierungsteilnehmer sind in der Lage, für die ausgewählten medizinischen Aufgaben

- die medizinischen Grundlagen sicher zu beherrschen,
- die jeweiligen im Krankenhaus üblichen Formalisierungen (z.B. Behandlungspfade) und betrieblichen Gepflogenheiten zu kennen und angemessen einzuschätzen,
- die medizinische Indikationsstellung für eine Entscheidung vor dem Hintergrund der Bewertung der Gesamtsituation des Patienten vorzunehmen (klinische Kompetenz),
- mögliche Gefahren und Risiken der medizinischen Maßnahme im Verhältnis zum erwarteten Nutzen abzuwägen,
- Patienten im Hinblick auf mögliche Nebenwirkungen oder Komplikationen spezifischer oder systemischer Art den Erfordernissen entsprechend, kontinuierlich zu überwachen,

- die rechtlichen Bedingungen der grundlegenden Aufgabenteilung zwischen Ärzten und Pflegenden sowie die Möglichkeiten der Aufgabendelegation einzuschätzen,
- mögliche haftungsrechtliche Konsequenzen ihrer medizinischen Entscheidungen einzuschätzen,
- die rechtlichen Bedingungen der Delegation pflegerischer und medizinischer Aufgaben von verantwortlichen Pflegekräften auf fachlich nachgeordnete Pflegende einzuschätzen.

### **Sozial-kommunikative und personale Kompetenzen**

Die Qualifizierungsteilnehmer sind bereit und in der Lage,

- eine medizinische Entscheidung vor dem Hintergrund der eigenen Fachkenntnis und nicht kalkulierbarer Risiken bzw. Gefahren kritisch zu reflektieren und ggf. begründet abzulehnen sowie ärztliche Unterstützung einzufordern,
- ihre medizinische Entscheidung gegenüber Ärzten angemessen zu begründen und in einen fachlichen Dialog darüber einzutreten.

### 3. Inhalte

		Sem U	Präs	Sup	Aufg	Lit
<b>Berufs- und haftungsrechtliche Grundlagen der ärztlichen Delegation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Berufs-, sozial- und haftungsrechtliche Grundsätze zur Regelung der Binnenverhältnissen von Bezugsarzt und Bezugspfleger sowie von Bezugspfleger und fachlich nachgeordneten Pflegekräften</li> <li>Berufsrechtliche, zivil- und strafrechtliche Anforderungen an eine Delegation</li> <li>Rechtliche Bedeutung der eigenständigen Übernahme ärztlichen Aufgaben</li> <li>Straf- und haftungsrechtliche Voraussetzungen bei der Subdelegation ärztlicher Aufgaben an nachgeordnete Pflegekräfte</li> </ul>	(2)			18 h	8 h
<b>z.B. Monitoring ausgewählter Medikamentengruppen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pharmakologische Grundlagen</li> <li>Medizinische Indikationsstellung und Kontraindikationen</li> <li>Medizinische Risiken und Komplikationen; Kennzeichen von Fehldosierungen</li> <li>Überwachung des Patienten</li> </ul>	(2)	(1)	8 h	35 h	8 h
<b>z.B. postoperative Überwachung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Risiken und Komplikationen als Folge chirurgischer Eingriffe und Narkosen</li> <li>Prozeduren der postoperativen Überwachung sowie Festlegung der Überwachungsdichte</li> <li>Anzeichen und Interpretation von postoperativ auftretenden Komplikationen sowie Ergreifen geeigneter Maßnahmen</li> </ul>	(2)	(1)	8 h	35 h	8 h
	Summe	48 (6)	16 (2)	16 (2)	88	24

---

#### **4. Lehr- und Lernformen**

---

Lehrvorträge, seminaristischer Unterricht, Übungen, Fallstudien, Rollenspiele.

---

#### **5. Prüfung**

---

Das Modul wird mit einer praktischen Prüfung (einschließlich Falldokumentation) zu einem der ausgewählten medizinischen Aufgabengebiete abgeschlossen.

---

#### **6. Bezüge zu den anderen Modulen**

---

Modul A Pflegeprozess: Rechtliche Bedingungen der Arbeitsteilung zwischen Ärzten und Pflegekräften, rechtliche Bedingungen der Aufgabendelegation an nachgeordnete Pflegekräfte

---

#### **6. Literatur**

---

Für das Modul wird ein Reader zur Verfügung gestellt, der auch ausführliche Literaturangaben beinhaltet.

### 3.3 Modul C: Management

<b>Zeitraum:</b>	<b>1. bis 4. Semester</b>
<b>Workload:</b>	<b>Präsenzstudium 176 h = 22 Präsenzlehrtage</b> <b>Selbststudium 180 h</b>
<b>Credits</b>	<b>11,9 (Gesamtworkload 356 h)</b>

#### Modulverantwortliche/r und beteiligte Dozenten/innen:

Prof. Dr. Knut Dahlgaard

Dipl.-Pflegerin Martina Bremer

#### 1. Gesamtziel des Moduls

Management als zielgerichtete Gestaltung wird nicht nur zur Steuerung von Betrieben oder Abteilungen benötigt. Auch personenbezogene Dienstleistungen müssen in einem komplexen Wechselverhältnis zwischen Bedürfnissen der Klienten, betrieblichen Anforderungen und situativen Bedingungen durch die handelnden Personen professionell gestaltet werden. Ziel dieses Moduls ist die Schaffung kognitiver Voraussetzungen für diesen komplexen Abstimmungsprozess und die Herausbildung konkreter Fertigkeiten im Umgang mit Managementsituationen.

#### 2. Erwartete Lernergebnisse

##### Fachlich-methodische Kompetenzen

Die Qualifizierungsteilnehmer/-innen sind in der Lage,

- ein realistisches Dienstleistungsangebot für ihre Aufgabenstellung im Krankenhausbetrieb zu entwerfen,
- die Managementfunktionen zu kennen und in konkreten Situationen unterschiedliche Verhaltensoptionen zu formulieren,
- ein realistisches Konzept der Prozesssteuerung für Versorgungssituationen zu formulieren,
- qualitätssichernde Aktivitäten im Patientenversorgungsprozess auszuführen,
- Aufgaben der fachlichen Führung zu kennen und durchzuführen.

##### Sozial-kommunikative und personale Kompetenzen

Die Qualifizierungsteilnehmer/-innen sind in der Lage,

- ihr Handeln in Managementsituationen im Umgang mit Patienten und Kooperationspartnern zu benennen und zu erklären,
- die Informationsweitergabe im Managementprozess optimal zu gestalten,

- stressminderndes und entlastendes Verhalten bei der Bewältigung von Managementsituationen zu praktizieren,
- Konfliktsituationen in der Patientenversorgung und mit Kooperationspartnern produktiv zu gestalten und konfliktmindernde Verhaltensweisen zu zeigen,
- die Rolle der fachlichen Führung anzunehmen und kompetent zu gestalten.

### 3. Inhalte

		Sem U	Präs	Sup	Aufg	Lit
<b>Pflege als personenbezogene Dienstleistung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Das Krankenhaus als Dienstleistungsinstitution</li> <li>• Spezifika pflegerischer Dienstleistung</li> <li>• Kunden-Lieferanten-Beziehung</li> <li>• Gestaltung der Dienstleistungsqualität</li> </ul>	(4)	(1)		8	30
<b>Management und Führung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Management-Grundfunktionen</li> <li>• Management-Handlungen: Führung und Selbstführung</li> <li>• Fachliche Führung und Delegation</li> <li>• <b>Kommunikation sicherstellen</b></li> <li>• <b>Kooperation managen</b></li> <li>• <b>Konfliktmanagement</b></li> </ul>	(7)	(1)	(2)		70
<b>Prozessorganisation und Prozessmanagement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prozessmodell in der Patientenversorgung</li> <li>• Prozessmanagement-Funktionen</li> <li>• <b>Case Management</b></li> <li>• Prozessqualität und Prozesscontrolling</li> <li>• Formalisierung von Struktur und Prozess</li> </ul>	(5)	(1)	(1)	24	48
	<b>Summe</b>	128 (16)	24 (3)	24 (3)	32	148
			176		180	

### 4. Lehr- und Lernformen

**Präsenzstudium:** Lehrvorträge, seminaristischer Unterricht, Übungen (Gruppen-, Einzelaufgaben), Fallstudien, Rollenspiele.

**Selbststudium:** Textarbeit, Arbeiten an Fallbeispielen, Übungen, Arbeitsaufgaben.

---

**5. Prüfung**

---

Das Modul wird mit einer mündlichen Gruppenprüfung (Falldarstellung; Rollenspiel) abgeschlossen.

---

**6. Bezüge zu anderen Modulen**

---

Modul A Pflegeprozess: Managementfunktionen; Patientenaufnahme und –entlassung  
Modul B Medizinprozess: Formalisierung

---

**7. Literatur**

---

Für das Modul wird ein Reader zur Verfügung gestellt, der auch ausführliche Literaturangaben beinhaltet.



### 3.4 Modul D: Integrative Verknüpfung

<b>Zeitraum:</b>	<b>1. bis 4. Semester</b>
<b>Workload:</b>	<b>Präsenzstudium 32 h = 4 Präsenzlehrtage</b>
	<b>Selbststudium 0 h</b>
<b>Credits</b>	<b>1 (Gesamtworkload 32 h)</b>

#### Modulverantwortliche/r und beteiligte Dozenten/innen:

Prof. Dr. Knut Dahlgaard

Prof. Dr. Peter Stratmeyer

#### 1. Gesamtziel des Moduls

Ziel dieses Moduls ist die Herstellung einer integrativen Verbindung und Vernetzung der drei Hauptmodule. Die Modularisierung schafft klar abgrenzbare Themenkomplexe, bedarf aber gerade in einer beruflichen Weiterbildung der Ergänzung durch das Aufzeigen von Verbindungen:

- Die Modulkonstruktion beruht auf einer analytischen Trennung; viele Praxissituationen weisen Bestandteile aus allen drei Themenkomplexen auf.
- Diese Verbindungen sollen jeweils zu Anfang eines Halbjahres von einem der beiden HAW-Hochschullehrer in einer vierstündigen Lehreinheit aufgezeigt werden.
- Verbunden wird dies mit Erläuterungen zu Organisationsaspekten, Lernformen und Möglichkeiten des Selbststudiums

Am Ende des Halbjahres wird eine etwa vierstündige Lehreinheit zur Evaluation genutzt. Diese Einheit dient auch dazu, Informationen und Rückmeldungen für die begleitende Projektlenkungsgruppe zu sammeln.

#### 2. Erwartete Lernergebnisse

##### Fachlich-methodische Kompetenzen

Die Qualifizierungsteilnehmer/-innen sind in der Lage,

- die Inhalte, Lehr- und Lernformen einschließlich der Praxisaufgaben und Selbstlernanteile zu überblicken und
- anhand zu entwickelnder Kriterien zu einer Evaluation des Lehr- und Lernerfolgs beizutragen.

**Sozial-kommunikative und personale Kompetenzen**

Die Qualifizierungsteilnehmer/-innen sind in der Lage,

- angemessene Lernstrategien zu entwickeln und zu realisieren,
- ihr Lernverhalten zu reflektieren und
- ein Feedback für Einzelveranstaltungen sowie für die gesamte Qualifizierung zu geben.

---

**5. Prüfung**

Dieses Modul wird nicht abgeprüft.

---

**6. Bezüge zu anderen Modulen**

Module A, B und C

## 9 Literaturverzeichnis

- Bormann, C.: Theoretische Aspekte und Ansatzpunkte der Versorgungsforschung. In: Janssen, C., Borgetto, B., Heller, G. (Hrsg.): Medizinsoziologische Versorgungsforschung. Theoretische Ansätze, Methoden, Instrumente und empirische Befunde. Weinheim 2007.
- Bortz, J., Döring, N.: Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaftler. Berlin 1995.
- Bortz, J., Döring, N.: Forschungsmethoden und Evaluation. Berlin, Heidelberg 2015.
- Bussche, H. van den: Bericht über ein Focusgruppeninterview mit den ECO-Pflegefachkräften im DRK-Krankenhaus Clementinenhaus in Bericht über ein Focusgruppeninterview mit den ECO-Pflegefachkräften im DRK-Krankenhaus Clementinenhaus in Hannover am 9.7.2014 zum Thema Weiterbildung zur ECO-Pflegefachkraft (Unveröffentlichtes Manuskript) Hamburg 2014.
- Collier, I.C., McCash, K., Bartram, J.: Arbeitsbuch Pflegediagnosen. Wiesbaden 1998.
- Dahlgaard, K., Stratmeyer, P.: Kooperatives Prozessmanagement im Krankenhaus. 8 Themenbände. Neuwied, Köln, München 2005 – 2008.
- Dahlgaard, K., Stratmeyer, P.: Prozessorientierung im Krankenhaus. In: Hellmann, W., Beivers, A., Radtke, C., Wichelhaus, W. (Hrsg.): Krankenhausmanagement für Leitende Ärzte. 2., völlig neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Heidelberg 2014.
- Dahlgaard, K., Stratmeyer, P.: Perspektiven der Überwindung organisationsbezogener Belastungen von Pflegenden im Krankenhaus. In: Hoefert H.W. (Hrsg.): Selbstmanagement in Gesundheitsberufen. Bern 2006.
- Dröber, A., Villwrock, U.: Springer Lexikon Pflege. Berlin, Heidelberg 2002.
- DRK-Krankenhaus Clementinenhaus.: Prozess- und Ressourcenorganisation. Verfügbar unter [http://www.clementinenhaus.de/page/page\\_ID/356?PHPSESSID=67edcf5f94e2701427c4e67173997ae1](http://www.clementinenhaus.de/page/page_ID/356?PHPSESSID=67edcf5f94e2701427c4e67173997ae1). Oktober 2014.
- Gaidys, U.: „Ich kann jetzt besser Da-sein“ – Bericht über das Focusgruppeninterview. KoPM®-Zentrum (unveröffentlichter Bericht) Hamburg 2010.
- Gordon, M.: Handbuch Pflegediagnosen. Bern 2013.
- Heiner, M.: Lernende Organisation und Experimentierende Evaluation. Verheißungen Lernender Organisationen. In: Heiner, M. (Hrsg.): Experimentierende Evaluation. Ansätze zur Entwicklung lernender Organisationen. München 1998.
- Hellmann, W., Beivers, A., Radtke, C., Wichelhaus, W. (Hrsg.): Krankenhausmanagement für Leitende Ärzte. 2., völlig neu bearbeitete und erweiterte Auflage. 2. Auflage, Heidelberg 2014.
- Henkel, A.: Tätigkeiten der ECO-Pflegefachkräfte im Projekt Expert Care Organisation - eine Beobachtungsstudie im Querschnittsdesign Hamburg: KoPM®-Zentrum (unveröffentlichter Endbericht) Hamburg 2014.
- Henkel, A.: Patienteninterviews t2 im DRK-Clementinenkrankenhaus Hannover. KoPM®-Zentrum (unveröffentlichter Bericht) Hamburg 2014.
- Henkel, A.: Tätigkeiten der ECO-Pflegefachkräfte im Projekt Expert Care Organisation - eine Beobachtungsstudie im Querschnittsdesign. KoPM®-Zentrum (unveröffentlichter Bericht) Hamburg 2014.
- Heuwinkel-Otter, A., Nümann-Dulke, A., Matscheko, N. (Hrsg.): Menschen pflegen. Bd. 2 Pflegediagnosen – Beobachtungstechniken – Pflegemaßnahmen. Heidelberg 2006.
- Janssen, C., Borgetto, B., Heller, G. (Hrsg.): Medizinsoziologische Versorgungsforschung. Theoretische Ansätze, Methoden, Instrumente und empirische Befunde. Weinheim 2007.
- Königswieser, R., Exner, A.: Systemische Intervention. Architektur und Design für Berater und Veränderungsmanager. Stuttgart 2002.
- Lamnek, S.: Qualitative Sozialforschung. Weinheim, Basel 2005.

- Limbeck, H.: Analyse der Veränderung des beruflichen Selbstbildes von Pflegefachkräften sowie ihres Fremdbildes als Folge einer veränderten Aufgabenverteilung in der stationären Krankenversorgung (Unveröffentlichte Masterthesis Fachhochschule für angewandtes Management, Erding, Fachbereich Wirtschaftspsychologie). Erding 2012.
- Mayring, P.: Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. Weinheim 2010.
- NANDA International (Hrsg.): Nursing Diagnosis. Definition and Classification 2012-2014. Oxford 2012.
- Øvretveit, J.: Evaluation gesundheitsbezogener Interventionen. Bern 2002.
- Patton, M.Q.: Die Entdeckung des Prozessnutzens. Erwünschtes und unerwünschtes Lernen durch Evaluation. In: Heiner, M. Experimentierende Evaluation. Ansätze zur Entwicklung lernender Organisationen. Weinheim, München 1998.
- Pfaff, H., Schrappe, M., Lauterbach, K. W., Engelmann, U. & Halber, M. (Hrsg.): Gesundheitsversorgung und Disease Management. Grundlagen und Anwendung der Versorgungsforschung. Bern 2003.
- Pfaff, H.: Versorgungsforschung – Begriffsbestimmung, Gegenstand und Aufgaben. In: Pfaff, H., Schrappe, M., Lauterbach, K.W., Engelmann, U., Halber, M. (Hrsg.): Gesundheitsversorgung und Disease Management. Grundlagen und Anwendung der Versorgungsforschung. Bern 2003.
- Prammer, K.: Transformationsmanagement. Theorie und Werkzeugset für betriebliche Veränderungsprozesse. Heidelberg 2009.
- Schaeffer, D.: Chronische Krankheiten und Multimorbidität im Alter - Versorgungserfordernisse diskutiert auf der Basis eines Pflegeverlaufs. Bern 2009.
- Schwartz, F.W., Badura, B., Busse, R., Leid, R., Raspe, H., Siegrist, J. et al. (Hrsg.): Das Public Health Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen. Gesundheit fördern – Krankheit verhindern. München 2002.
- Schwartz, F.W., Busse, R.: Denken in Zusammenhängen: Gesundheitssystemforschung. In: Schwartz, F.W., Badura, B., Busse, R., Leidl, R., Raspe, H., Siegrist, J., Walter, U., Abelin, T. (Hrsg.): Das Public Health Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen. Gesundheit fördern – Krankheit verhindern. München 2002.
- Stratmeyer, P.: Das patientenorientierte Krankenhaus. Eine Einführung in das System Krankenhaus und die Perspektiven für die Kooperation zwischen Pflege und Medizin. Weinheim 2002, 2005.
- Strodtholz, P., Kühl, S.: Qualitative Methoden der Organisationsforschung – ein Überblick. In: Stratmeyer, P. (Hrsg.): Das patientenorientierte Krankenhaus. Eine Einführung in das System Krankenhaus und die Perspektiven für die Kooperation zwischen Pflege und Medizin. Hamburg 2002.
- Strodtholz, P., Kühl, S.: Qualitative Methoden der Organisationsforschung - ein Überblick. In: Strodtholz, P., Kühl, S. (Hrsg.): Methoden der Organisationsforschung. Ein Handbuch. Hamburg 2002.
- Strodtholz, P., Kühl, S., Taffershofer, A.: In: Kühl, S., Strodtholz, P., Taffershofer, A. (Hrsg.): Quantitative Methoden der Organisationsforschung. Wiesbaden 2005.
- Vahs, D.: Organisation. 3. Auflage, Stuttgart 2001.