

Kooperatives Prozessmanagement im Krankenhaus

WAS IST UND WAS WILL DAS KOOPERATIVE PROZESSMANAGEMENT?

Kooperatives Prozessmanagement im Krankenhaus ist ein Modell, das erstmalig konsequent moderne Ansätze des Prozessmanagements auf die Besonderheiten der **patientenorientierten Versorgung im Zeitalter chronischer Krankheiten und Multimorbidität** anwendet. Es setzt an den **medizinisch-pflegerischen Leistungsprozessen** an, die analysiert und zwischen den

beiden Berufsgruppen Ärzte und Pflegende **funktional** aufgeteilt werden. Unter Beachtung der ärztlichen Gesamtverantwortung für die Patientenbehandlung werden **Managementaufgaben** der Steuerung, Lenkung und Regelung der medizinisch-pflegerischen Leistungsprozesse qualifizierten Pflegenden übertragen. Ärzte können sich damit wieder mehr ihrem Kerngeschäft der Patientenbehandlung widmen; Diagnostik, Therapie und Pflege werden patientenbezogen **zeit- und kostensparend** geplant und koordiniert sowie sorgfältig überwacht. Die Kooperationsbeziehungen zwischen beiden Berufsgruppen werden auf eine neue produktive Basis gestellt. Durch eine klare zwischen den Berufsgruppen verbindlich vereinbarte Arbeitsteilung wird der **Kooperationsaufwand** erheblich zurückgenommen und auf die notwendigen Abstimmungsfragen einer patientenorientierten, effizienten und **zufrieden stellenden** Leistungserstellung konzentriert.

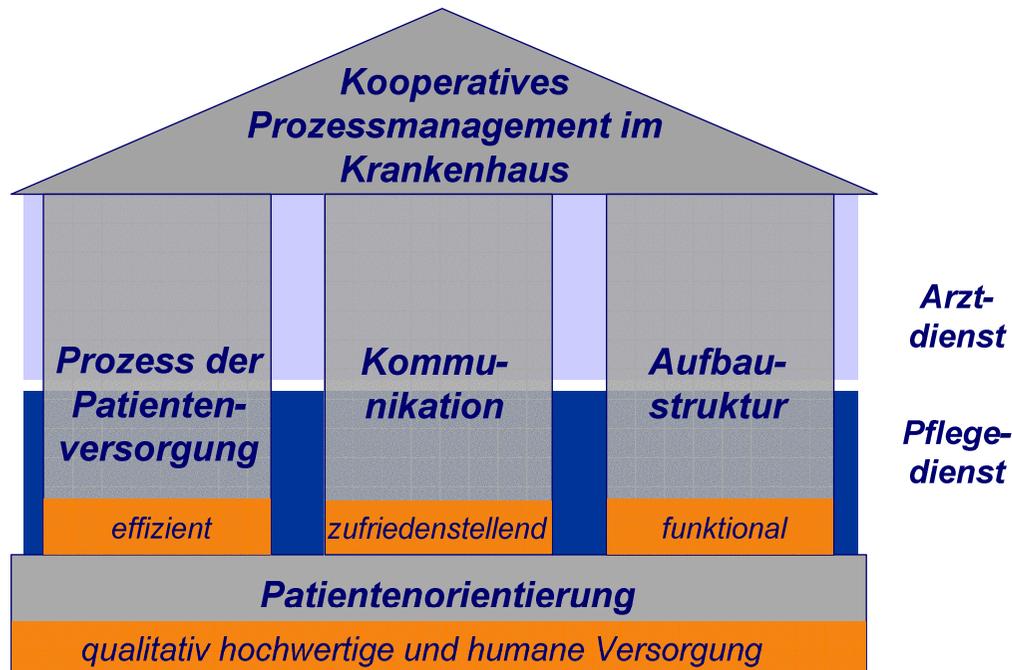


Abb. 1: Die Säulen des kooperativen Prozessmanagements

WIE WIRKEN MEDIZIN UND PFLEGE AUF DEN VERSORGUNGSPROZESS EIN?

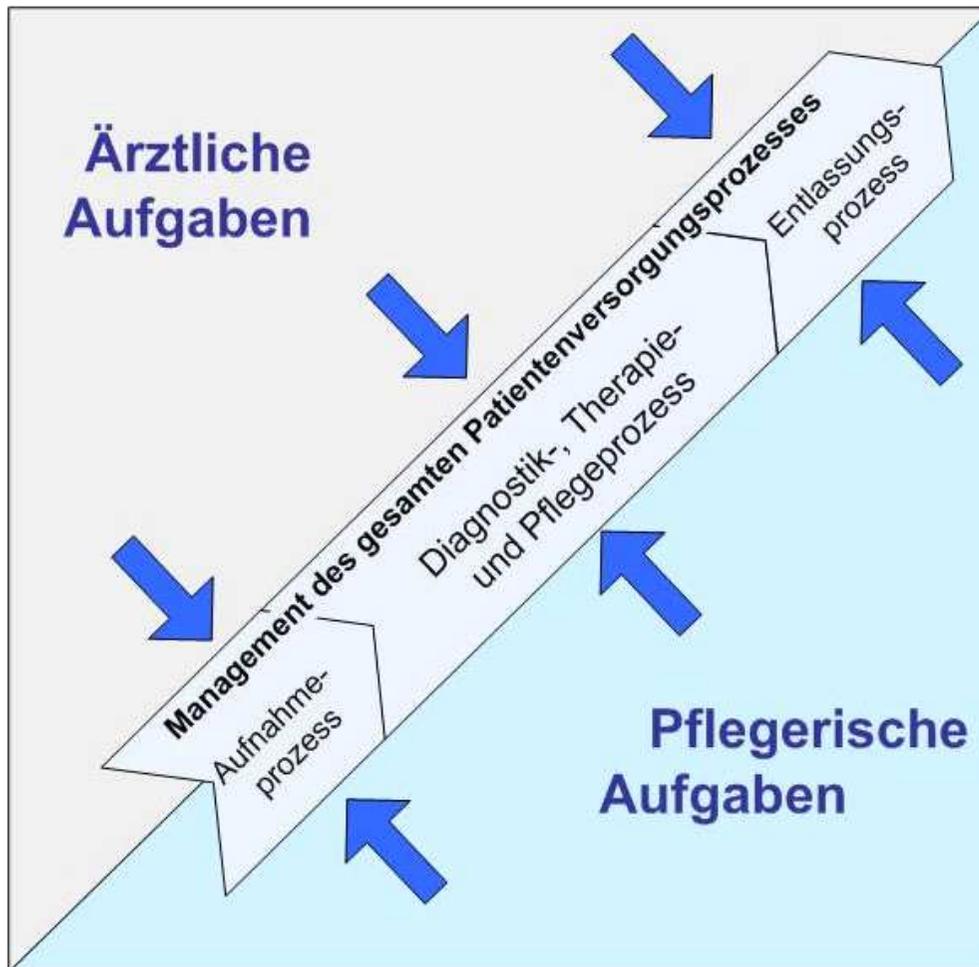


Abb. 2: Der kooperative Prozess der Patientenversorgung

Im Vordergrund des kooperativen Prozesses der Patientenversorgung steht die **Diagnostik und Therapie** der Patienten (medizinischer Hauptarbeitsgang). Unterstützt wird dieser Hauptprozess durch einen **eigenständigen Aufgabenbereich der Pflege**, der insbesondere darauf abzielt, den Patienten und seine Angehörigen auf das Leben mit oftmals chronischer Krankheit, bleibender Behinderung oder Pflegebedürftigkeit vorzubereiten und bei diesen Einschränkungen soweit zu unterstützen, dass ein hohes Maß an Lebensqualität erreicht werden kann. Darüber hinaus übernehmen die Pflegenden **Aufgaben im medizinischen Hauptarbeitsgang**: sie **assistieren** bei der Durchführung von diagnostischen und therapeutischen Tätigkeiten und führen **ärztliche Anordnungen** durch. **NEU** im Modell des Kooperativen Prozessmodells ist, dass die jeweiligen Aufgabenbereiche zwischen beiden Gruppen **transparent** gemacht werden und für beide Seiten **verlässlich organisiert** werden.

KRISENSYMPTOME DER KOOPERATION

Zu Beginn der **Einführung des Kooperativen Prozessmanagements** erfolgt eine differenzierte Analyse der **kooperativen Kernprozesse** und der **Kooperationsformen**. Hierfür wird ein rationelles und standardisiertes **Diagnostikinstrument** eingesetzt, das mit geringem Aufwand gezielt die Stärken und Schwächen aufdeckt. Darüber hinaus wird ein Stimmungsporträt zur Kooperationskultur beider Berufsgruppen erstellt.

Einige typische Beispiele für **Krisensymptome** in der Zusammenarbeit von Ärzten und Pflegenden, die einen deutlichen Bedarf zur Einführung des Kooperativen Prozessmanagements anzeigen:

- Ärzte und Pflegende haben unterschiedliche, sich einander widersprechende **Prioritäten** in der Aufgabenerfüllung;
- von Ärzten mit Argwohn betrachtete **Bürokratisierungstendenzen** in der Pflege insbesondere im Bereich der Pflege- und Leistungsdokumentation;
- Pflegende beklagen Defizite in der ärztlichen **Arbeitsorganisation**, die sich negativ auf ihre eigene Aufgabenerfüllung auswirken: geringe Planbarkeit, verzögerte Entscheidungen, häufige Störungen durch kurzfristige Anweisungen, die insgesamt ein Bedürfnis nach strikter Abgrenzung wachrufen;
- Ärzte ärgern sich über eine geringe Bereitschaft von Pflegenden, sich **flexibel** auf veränderte und aktuelle Situationen der Patientenversorgung einzustellen; sie vermissen eine aktive Unterstützung ihrer Arbeit;

- von beiden Gruppen wird beklagt, dass **Zuständigkeitsregelung** im jeweils anderen Bereich nicht klar geregelt sind und damit häufige Nachfragen, Missverständnisse, Informationsbrüche, Verzögerungen und Nachbesserungen verbunden sind;
- die Arbeitsorganisation in beiden Bereichen sieht nicht konsequent vor, dass die fachlich versiertesten Ärzte und Pflegenden auch die **Entscheidungen** in der Patientenversorgung tragen;
- Pflegende fühlen sich Ärzten **unterlegen**, leiden unter deren vermeintlicher Arroganz; Ärzte vermissen **Achtung** und **Respekt** für ihre hohe Arbeitsbelastung;
- an die Stelle von offensiven und konstruktiven Konfliktlösungen treten destruktive „**Machtspiele**“.

Darüber hinaus können weitere **Indikatoren** einen aktuellen Handlungsbedarf anzeigen, z.B.:

- **unzufriedene** Patienten;
- Verzögerungen der **Patientenentlassung**;
- **Beschwerden** von Funktionseinheiten über mangelnde Termintreue und -abstimmung;
- Hohe **Krankheitsausfälle** usw.

GRUNDSÄTZE DES KOOPERATIVEN ZUSAMMENWIRKENS IM VERSORGUNGSPROZESS

Deuten die in der **Kooperationsdiagnose** erhobenen Befunde auf einen relevanten **Handlungsbedarf** hin, so sieht das Interventionskonzept drei wirkungsvolle Handlungsebenen vor, das **kooperative Arrangement** der Berufsgruppen neu zu konfigurieren:

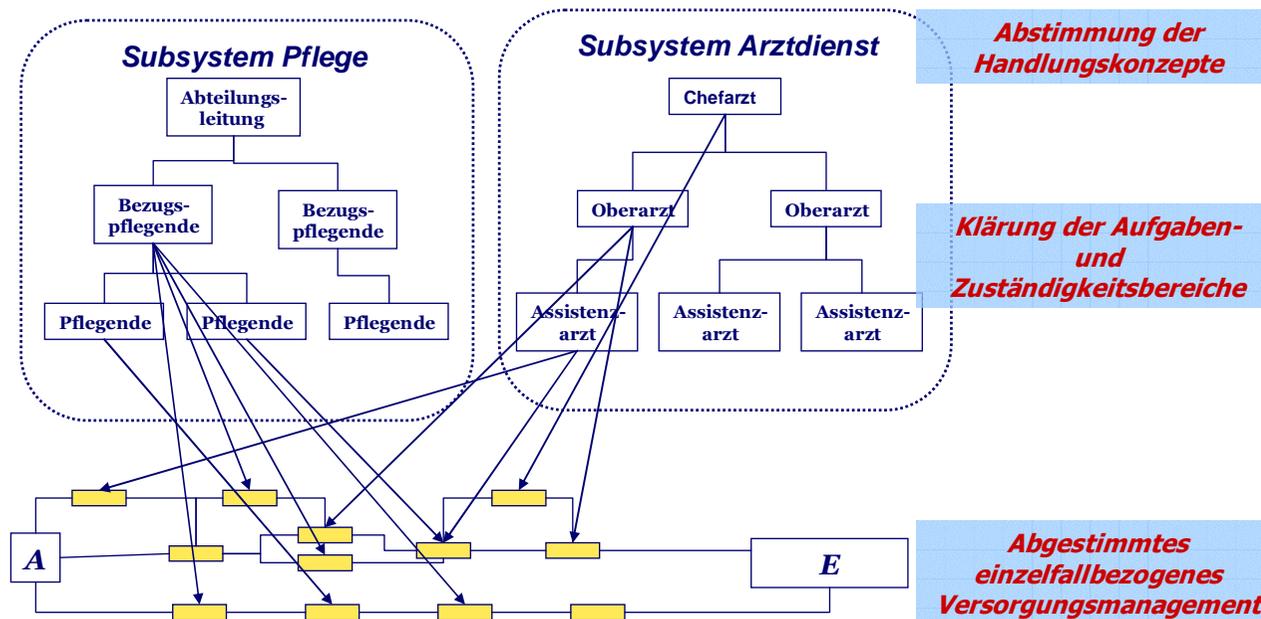


Abb. 3: Grundsätze des kooperativen Zusammenwirkens im Versorgungsprozess

Ergebnisse sind zwischen beiden Berufsgruppen geklärte **Aufgaben- und Zuständigkeitsbereiche** und der **konkreten Kooperationsformen**. Von einer autorisierten Pflegekraft und einem autorisierten Arzt werden die **konkreten Umsetzungen** vorgenommen. Bei stationsübergreifenden Regelungen unterstützen im Bedarfsfall je nach Zuständigkeit ärztliche und pflegerische Abteilungs- oder Krankenhausleitung.

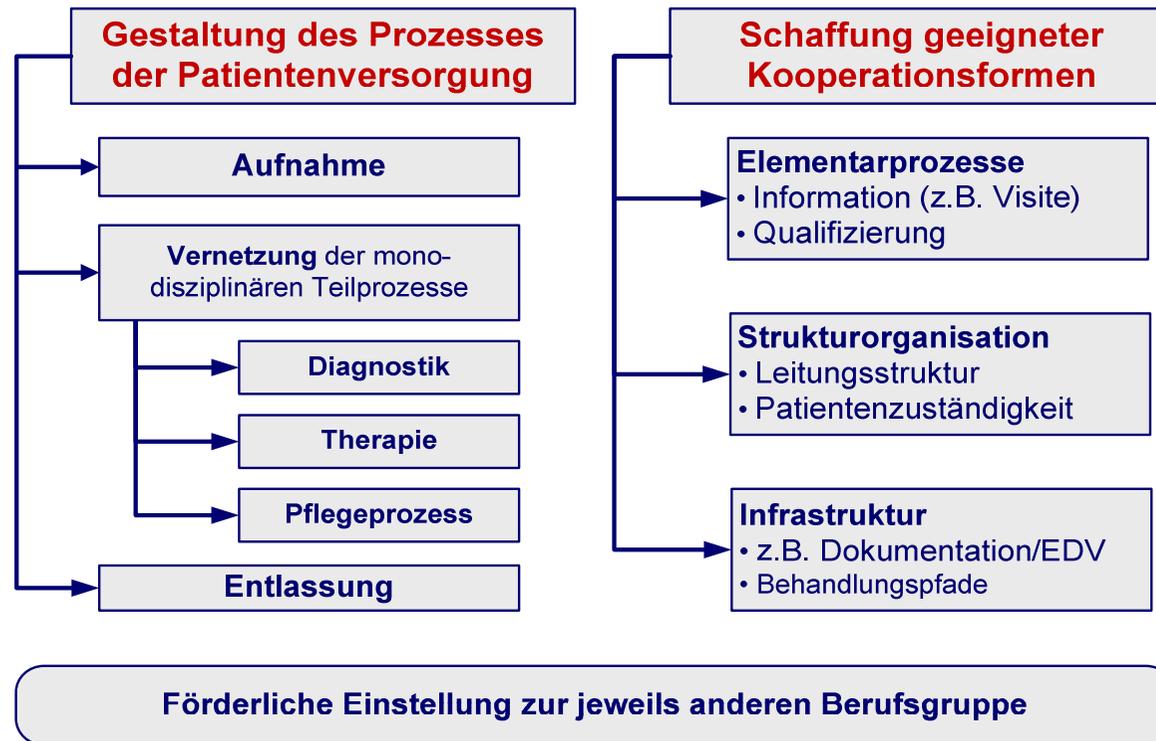
- Die Kooperationsvereinbarungen generieren ein zwischen den Berufsgruppen vereinbartes und produktives **Versorgungsmanagement** für die einzelnen Patienten.

- Auf der Ebene der Krankenhaus- und Abteilungsleitung ist Einvernehmen über die **strategische Ausrichtung der Kooperationsbeziehungen** beider Gruppen vorzunehmen. Hier müssen Grundsätze der komplementären Arbeitsteilung, der Struktur- und Prozessorganisation sowie der Prozessmanagementaufgaben einschließlich z.B. der Rolle von Instrumenten wie Clinical-Pathways u.ä. verbindlich vereinbart werden.

- Innerhalb der Abteilung werden diese Grundsätze unter Berücksichtigung der spezifischen Rahmenbedingungen konkretisiert. Ergebnisse sind zwischen beiden Berufsgruppen geklärte **Aufgaben- und Zuständigkeitsbereiche** und der **konkreten Kooperationsformen**.

ANSATZPUNKTE UND AKTIONSFELDER DES KOOPERATIVEN PROZESSMANAGEMENTS

Nach den Diagnoseergebnissen werden die jeweiligen **Kooperationsprobleme** konsensual bewertet und nach **Aktionsfeldern** der Intervention geordnet.

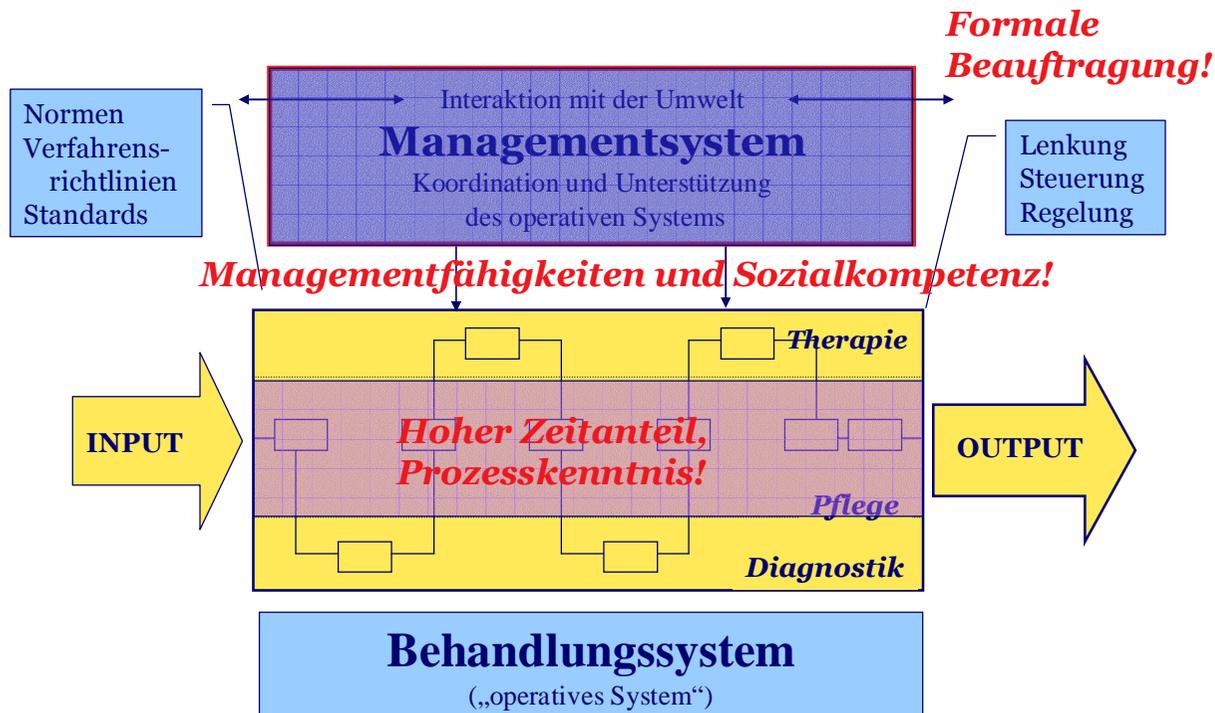


- In der Regel bedarf es einer **Restrukturierung** von Teilprozessen der Patientenversorgung.
- Vorhandene **Kooperationsformen** sollen dabei möglichst genutzt und so optimiert werden, dass eine für beide Berufsgruppen produktive Zusammenarbeit gewährleistet wird

Abb. 4: Aktionsfelder des kooperativen Prozessmanagements

DIE PFLEGENDE ALS PROZESSMANAGERIN

Pflegende als **Prozessmanagerin** des Versorgungsprozess einzusetzen, bietet erhebliche Vorzüge für die qualitativ hochwertige und ressourcenschonende Leistungserstellung:



- Sie gewährleistet eine **koordinierte Zusammenführung** der hocharbeitsteiligen Teilprozesse der Patientenversorgung,
- sie nimmt selber **aktiv Anteil** an den wesentlichen Kernprozessen der Diagnostik, Therapie und Pflege,
- sie begleitet den Patienten (und die Angehörigen) durch den gesamten Versorgungsprozess von der **Aufnahme bis zu Entlassung**,
- sie **überwacht** vorausschauend den integrierten Versorgungsprozess, **steuert** und **lenkt** den Prozessverlauf und sorgt dafür, dass die zuständigen Ärzte, aber auch andere Beteiligte des Versorgungsprozesses über alle relevanten **Informationen** verfügen.

Abb. 5: Pflege als Prozessmanagerin

ERFOLGSMERKMALE DES KOOPERATIVEN PROZESSMANAGEMENTS

Strukturmerkmale

- Die **Aufgabenbereiche** von Ärzten und Pflegenden sind für beide Gruppen **komplementär ausgerichtet**.
- Die jeweiligen Zuständigkeiten innerhalb der Berufsgruppen sind im Sinne der **Prozessverantwortung** eindeutig.
- Die **Handlungs- und Entscheidungsbefugnisse** der Prozessverantwortlichen sind funktionell geregelt.

Prozessmerkmale

- Pflege richtet sich am **medizinischen Hauptarbeitsgang** aus; **pflegebezogene Versorgungsaspekte** werden bei Diagnostik- und Therapieentscheidungen berücksichtigt.
- Alle Prozessakteure verfügen über die **relevanten Informationen**.
- Der Prozessablauf ist gegen vermeidbare **Störungen abgesichert**.
- Arbeitsteilung ist auf ein notwendiges Maß zurückgenommen („**one face to the customer**“).

Ergebnismerkmale

- **Patienten** sind **umfassend** von Ärzten und Pflegenden **versorgt**, in ihren krankheitsbedingten Problemen **kompetent betreut**, Patienten und Angehörige haben feste, verlässliche und kontinuierlich erreichbare **Ansprechpartner**.
- **Ressourcenvergeudende** Verzögerungen, Doppelerledigungen, Nachfragen, Versäumnisse sind auf ein Mindestmaß reduziert.



Literatur: Dahlgaard, Knut; Stratmeyer, Peter: Kooperatives Prozessmanagement im Krankenhaus. Luchterhand Verlag 2005 – 2008