



# MEHR PROFIL ZEIGEN

**Stationsmanagement.** Das Universitätsklinikum Düsseldorf hat im Rahmen eines Pilotprojekts die Rolle von Stationsleitungen gestärkt, um Arbeitsprozesse effizienter zu gestalten und damit unnötige Kosten zu vermeiden. Aufgrund der positiven Erfahrungen soll die Initiative in diesem Jahr flächendeckend auf allen Stationen umgesetzt werden.

Von T. Rantzsch, M. Kessel und Dr. G. Küpper



Foto: UKD

Der Arbeitsalltag auf Krankenhausstationen ist nach wie vor zu über 90 Prozent von reaktivem Handeln geprägt: Die Stationsleiterin vertritt die Sekretärin am Stützpunkt, Servicemitarbeiter verteilen das Essen, parallel versorgen Pflegendе die Patienten. Diese können nicht vor zehn Uhr entlassen werden, weil noch abschließende Untersuchungen notwendig sind. Ein aktives Managementhandeln der Stationsleitungen ist kaum möglich. Ineffizientes Arbeiten und unklare Rollenverteilung führen zu Zeitverlusten sowie Ressourcenvergeudung und lassen unnötige Kosten entstehen. Hier bedarf es eines Wandels im Handeln und Denken: Die

**Faktor Zeit**

- Welche Zeit ist wertschöpfend, welche nicht?
- Gibt es Ausfallzeiten? Wann treten sie auf?
- Wann und wodurch entstehen Wartezeiten?

**Faktor Qualität**

- Welcher Qualifikationsstandard ist vorhanden?
- Wie ist das Verhältnis der erfahrenen zu den unerfahrenen Mitarbeitern?
- Gibt es (Zeit-) Verluste durch Nacharbeiten?
- Gibt die Führung den Mitarbeitern fachlich und sozial adäquat Feedback?

**Faktor Kosten**

- Ist das Personal adäquat ausgelastet und/oder überlastet?
- Wie viele Überstunden fallen pro Mitarbeiter an?
- Wann und warum haben die Stationen Ausfallzeiten?

Quelle: Dr. Gunhild Kupper

**Abb. 1**  
Das Magische Dreieck

Stationsleitungen müssen in ihrer Rolle als „operatives Management“ gezielt gestärkt werden.

Der Pflegedirektor des Universitätsklinikums Düsseldorf (UKD) hat daher ein Pilotprojekt initiiert, um Erlösorientierung auf den Stationen systematisch aufzubauen sowie personelle und strukturelle Ressourcen effektiv zu nutzen. Zur Sicherstellung eines effektiven Stationsmanagements – bedarfsgerechte Arbeitsverteilung unter den Mitarbeitern, Sicherstellung notwendiger Besetzungsstärken im Schichtverlauf, Gewährleistung der Qualitätserbringung von Mitarbeitern – stand die Frage im Fokus, welche Parameter in den täglichen Arbeitsprozessen auf den Stationen wie zu beeinflussen und zu verändern sind, um unnötige Kosten zu vermeiden und das Handeln erlösorientiert zu gestalten.

Im März 2015 startete das Projekt „Optimierung der Prozesse und Erlösorientierung auf den Stationen“ im Zentrum für Operative Medizin (ZOM) II des UKD mit den Stationen Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde (HNO) sowie Kardio- und Gefäßchirurgie. Die Pilotierung endete im Oktober 2015 mit anschließender Evaluation und Empfehlung für die Umsetzung.

Zwei erfahrene Stationsleiterinnen – 49 und 58 Jahre alt – führen die HNO-Station gleichberechtigt. Die kardiologisch-gefäßchirurgische Station hat eine ebenfalls erfahrene

Stationsleiterin – 53 Jahre alt – und einen 38-jährigen Stellvertreter in Weiterbildung. Beide Stationen sind Allgemeinpflegestationen im Akutbereich mit jeweils 32 Betten und 19 Mitarbeitern.

**Schritt für Schritt  
den Wandel einleiten**

Aufgabe einer eigens eingesetzten Beraterin war es, ein Master-Konzept zu erstellen und die Verantwortlichen – Klinikpflegedienstleiter und Stationsleiterinnen – während des Pilotprojekts zu beraten. Dabei sollte sie vor allem Kommunikation forcieren, Anregungen geben und korrigierend eingreifen.

Zunächst wurden anhand des „Magischen Dreiecks“ (Abb. 1) Effizienzpotenziale auf beiden Stationen identifiziert. Stationsbegehungen, regelmäßige Gespräche und gemeinsames Reflektieren bildeten die Grundlage für das Projekt. Nach etwa vier Wochen waren konkrete Effizienzpotenziale für Kostensparnisse auf beiden Pilotstationen ermittelt. Die Stationsleiterinnen sollten anschließend neue Führungsinstrumente gezielt einsetzen.

**Aufgaben klar zuteilen:** Unklare Rollen erzeugen unnötige Kosten. Aufgabenklarheit dagegen hilft bei der Personalberechnung. Für die Rollen „Stationsleiterin“ und „Stationssekretärin“ wurden daher Stellenprofile erarbeitet und die darin

Art der entstehenden Kosten	Wann aufgetreten?	Involvierte pflegerische Mitarbeiter?	Für Pflege entstandene Kosten	Vorschläge für Change
Unkoordinierte Übernahme der Intensivstation	Täglich etwa 30 Minuten Wartezeiten, telefonische Nachfragen	Zwei Mitarbeiter und Leitung der Intensivstation	Bis zu 24 000 Euro pro Jahr	Schaffung fester Zeitfenster, Gespräche Pflege, Patientenmanager, Ärzte

Die Aufstellung der bisher entstandenen Kosten infolge unnötiger Wartezeiten und Vergeudung von Personalressourcen war das zentrale „Überzeugungsargument“ gegenüber den Gesprächspartnern an den Schnittstellen. Gespräche zwischen Stationsleitung, Patientenmanager und Ärzten beider Bereiche führten zu festen Verlegungsfenstern, und die Verlegungsplanung erfolgt nun vor der Aufnahmeplanung. Zeit, Geld und Energie lassen sich direkt messbar einsparen.

Quelle: Dr. Gunhild Küpper

**Abb. 2**

Beispiel für die Entstehung unnötiger Kosten

aufgeführten neuen Aufgaben inhaltlich besprochen. Unterstützende und korrigierende Gespräche mit Klinikpflegedienstleiter und Beraterin halfen den Stationsleiterinnen dabei, ihre neue Rolle zu finden und auszufüllen. Sie sollten fortan nicht mehr reagierend agieren, sondern ihre Verantwortungsbereiche als „operative Managerinnen“ steuernd beeinflussen. Eine wichtige neue Aufgabe war, „Produktivitätsfallen“ ausfindig machen und auch Mitarbeiter gezielt aufzuzeigen, wo, wann und wie oft unnötige Kosten entstehen. Mithilfe eines Rasters (Abb. 2) wurden die Kostenart und die Höhe der entstandenen Kosten ermittelt. Klinikpflegedienstleiter und Stationsleiterinnen erhielten so handfeste Argumente für Gespräche mit Kollegen an den Schnittstellen.

**Mit Kennzahlen arbeiten:** Verfügen die Stationsleiterinnen bislang nicht über systematisch ermittelte Kennzahlen, sind entsprechende Kennzahlenarten nun mit dem Klinikpflegedienstleister abgestimmt und in einem sogenannten Kennzahlenboard abgebildet. Dieses dient als Führungsinstrument, um den jeweiligen Verantwortungsbereich gezielt zu steuern. Einmal im Monat an einem Stichtag werden die aktuellen Kennzahlen festgehalten. Die Stationsleiterinnen können somit gezielter in den Stationsalltag eingreifen: Die Zahlen geben Auskunft darüber, wann Mitarbeitergespräche notwendig, Überstunden abzubauen und Ausfallzeiten zu erwarten sind, ein dezidiertes Austausch mit dem Chefarzt notwendig ist und wann nachjustiert werden muss.

**Mehr Flexibilität:** Pflegende arbeiten während ihrer gesamten Berufstätigkeit meist auf einer Station oder in einer Klinik. Der flexible stationsübergreifende Personaleinsatz ist unternehmerisch zwingend notwendig, allerdings für Mitarbeiter oft eine große Herausforderung. Wird solch eine Einsatzflexibilität nicht gut vorbereitet, erklärt und begleitet, ist sie fast immer mit Unsicherheiten und Ängsten verknüpft. Daher ist es wichtig, Mitarbeiter zu motivieren, freiwillig und befristet für mehrere Wochen auf eine ihnen fremde Station zu wechseln. Erläuterungen in Teamsitzungen und motivierende Einzelgespräche sind hier hilfreich. Zwischen den beiden Stationen sollte zunächst ein Ringtausch mit zwei Paaren organisiert werden. Im UKD wird dies aktuell umgesetzt, die Erfahrungen sind noch dezidiert auszuwerten.

**Altersgerechtes Personalmanagement:** Als neues Instrument ist auf beiden Stationen eine Besetzungs- und Qualifikationsübersicht eingeführt. Dies ist eine Systematik, die Überblick gibt

- zur Altersstruktur insgesamt (welcher Mitarbeiter verlässt das Klinikum wann, wem kann er sein Erfahrungswissen abgeben),
- zur Altersstruktur der jeweiligen Station (sie liefert Anregungen für die Forcierung eines altersgemischten Teams),
- zu individuellen Fehltagen (mit welchen Mitarbeitern sind Fehlzeitengespräche zu führen),
- zu erforderlichen Personalentwicklungsmaßnahmen für einzelne Mitarbeiter und/oder das ganze Team.

**Doppelspitze einführen:** Die gleichberechtigten Stationsleiterinnen der HNO-Station erprobten während der Projektlaufzeit das Führungsmodell der Doppelspitze. Fachliche und disziplinarische Aufgaben wurden anhand des neuen Stellenprofils geteilt. Eine Stationsleitung fokussierte sich auf fachliche Aufgaben: Begleitung der Mitarbeiter am Bett, Kontrolle der Pflegeergebnisse, Anleitung bei fachlichen Schwächen, Umsetzung von Pflegekonzepten, Identifikation von gezielteren Personalentwicklungsbedarfen und Umsetzung entsprechender Lösungen. Ebenso konsequent verfolgte die disziplinarische Leitung ihre zentralen Aufgaben: Personaleinsatz und Mitarbeiter koordinieren, Dienst- und Urlaubsplanung vornehmen, Ansprechpartnerin sein für Krankmeldungen und Rückkehrgespräche. Beide Mitarbeiterinnen gewannen so mehr Zeit für die einzelnen Führungsaufgaben. Die Station profitierte sehr schnell vom Konzept der Doppelspitze: Regelmäßige Rückkehrgespräche hoben die Gesundheitsquote an, gezielte Fortbildungen stärkten die Fachlichkeit der Mitarbeiter.

**Zusammenarbeit fördern:** Die Stationsleiterinnen führten erläuternde Gespräche, um den Mitarbeitern Unsicherheit zu nehmen sowie für Information und Transparenz zu sorgen. Zudem zeigte sich, dass Teamsitzungen mit allen Mitarbeitern der Station konsequent erfolgen sollten. Die Stationsleiterinnen bieten diese nun regelmäßig an. Das Projekt forcierte darüber hinaus die berufsgruppenübergreifende Zusam-

menarbeit: Die Stationsleiterinnen stellten den zuständigen leitenden Ärzten das Projektkonzept vor und vereinbarten einen Jour fixe, einen fest vereinbarten, regelmäßig wiederkehrenden Besprechungstermin.

**Gesunderhaltung fördern:** Je höher die Gesundheitsquote, umso weniger sind Dienstpläne zu verändern, Mitarbeiter aus dem „Frei“ zu holen oder Überstunden anzuordnen. Die Gesunderhaltung der Belegschaft beeinflusst direkt die Einsatzfähigkeit und damit auch die Effizienzpotenziale einer Station. Mit jedem Mitarbeiter, der an den Arbeitsplatz zurückkehrt, führen die Stationsleiterinnen kurze Rückkehr- und mit Mitarbeitern, die wiederholt fehlen, sogenannte Fehlzeitengespräche. Die Gesundheitsquoten sind nach der Einführung der regelmäßigen Gespräche um zwei bis drei Prozentpunkte gestiegen.

### Weniger Ausfälle und Kosten, mehr Transparenz

Die neu erstellten Stellenprofile schufen Rollenklarheit. Anstehende Aufgaben werden dank der eindeutigen Zuordnung schneller und besser erledigt als früher. Die Teammitglieder haben mehr Zeit und zudem ihre Überstunden reduziert.

Das Arbeiten mit den Kennzahlen stabilisierte die Rolle der Stationsleiterin als Prozessgestalterin: Der Austausch mit den Ärzten erfolgt auf Augenhöhe, die Kennzahl „kalkulierte Ausfallzeiten“ macht die Personalplanung transparenter und besser kalkulierbar, die sogenannten Produktivitätsfallen wurden in Gesprächen mit den Partnern an den Schnittstellen gezielt angegangen, Transaktionskosten ließen sich im Sinne einer Erlösorientierung um fünf bis acht Prozentpunkte senken. Die beteiligten Stationsleiterinnen sind zu aktiv handelnden Manage-

rinnen ihrer Verantwortungsbereiche geworden.

Der Pflegedirektor hat inzwischen entschieden, die im Projekt erfolgreich erprobten Effizienzpotenziale und Führungsinstrumente 2016 in der gesamten Pflege flächendeckend umzusetzen.

Die Autorengruppe: Torsten Rantzsch, Pflegedirektor, Universitätsklinikum Düsseldorf; Markus Kessel, Klinikpflegedienstleitung ZOM II, Universitätsklinikum Düsseldorf; Dr. Gunhild Küpper, Unternehmensberaterin, Küpper Sozialforschung & Consulting GmbH



**Torsten Rantzsch** ist Pflegedirektor und Vorstandsmitglied am Universitätsklinikum Düsseldorf sowie Vorstandsvorsitzender des Verbands der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätskliniken und Medizinischen Hochschulen Deutschlands (VPU). Mail: torsten.rantzsch@med.uni-duesseldorf.de

# Haben Sie uns schon geliked?

**DIE SCHWESTER  
DER PFLEGER**



[www.facebook.com/DieSchwesterDerPfleger](http://www.facebook.com/DieSchwesterDerPfleger)