

Patientenflüsse steuern

Aufnahme-, Belegungs- und Entlassmanagement am Krankenhaus Nagold

Die organisatorisch-administrativen Aufgaben des stationären Patientenflusses sind oftmals geprägt durch eine starke Prozessfragmentierung. Dabei nehmen verschiedene Akteure ähnlich gelagerte Tätigkeiten wahr, wie zum Beispiel die Terminierung der stationären Aufnahme elektiver Patienten. Daraus resultiert im Prozess des Patientendurchlaufs eine Vielzahl von Schnittstellen mit nicht eindeutigen Verantwortlichkeiten. Die Folge sind erhöhte Intransparenz und Prozesskomplexität. Nachfolgender Beitrag beschreibt das Vorgehen zur Konzepterarbeitung eines Aufnahme-, Belegungs- und Entlassmanagements für das Krankenhaus Nagold.

Zielsetzung und Projektorganisation

Mit Unterstützung der GÖK Consulting entwickelte der Klinikverbund Südwest für seinen Standort Nagold ein Konzept für ein Aufnahme-, Belegungs- und Entlassmanagement, durch das eine Organisationsstruktur zur Steuerung des Patientendurchlaufs mit klaren Verantwortlichkeiten ermöglicht wird. In diesem Zusammenhang galt es, den Patientendurchlauf von der Terminierung und stationären Aufnahme bis hin zur Entlassung im Hinblick auf Effizienz, Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit sowie unter ökonomischen Gesichtspunkten zu koordinieren. Darüber hinaus sollte mit dem Aufnahme-, Belegungs- und Entlassmanagement ein Bei-

trag zur Patientensicherheit geleistet werden, indem vorzeitige Entlassungen vermieden werden und gesündete Patienten nicht länger als nötig in der Klinik bleiben.

Die Erarbeitung des Konzeptes erfolgte in einer dreistufigen Projektorganisation. In der Kernarbeitsgruppe mit insgesamt vier Teilnehmern aus dem Pflege- und Sozialdienst sowie aus dem bestehenden Case Management wurde in kleiner, effizienter Runde das Konzept zum Aufnahme-, Belegungs- und Entlassmanagement (im Folgenden „ABE-Management“) vorgedacht. Hierbei wurde eine erste Prozessmodellierung des Patientenflusses als Basis für weiterführende Diskussionen vorgenommen. In der erweiterten Arbeitsgruppe mit rund zehn Teilnehmern aus einem Querschnitt aller Professionen wurden die in der keiner Arbeitsgruppe erarbeiteten Ergebnisse vorgestellt, diskutiert und weiterentwickelt. Die finale Abstimmung und Freigabe der Konzeptbausteine und des Endergebnisses erfolgte im Entscheidungsgremium durch die Geschäftsführung des Klinikverbundes Südwest und der Krankenhausdirektion Nagold. Mit diesem Vorgehen wurde sowohl eine zügige und zielorientierte Erarbeitung des Konzeptes (Kern-Arbeitsgruppe) als auch eine berufsgruppenübergreifende Einbindung der Mitarbeiter im Veränderungsprozess sowie die Herbeiführung eines gemeinsamen Konsens (erweiterte Arbeitsgruppe) ermöglicht. Den Entscheidern wurden

letztlich also Ergebnisse vorgestellt, die bereits durch eine repräsentative Gruppe betroffener Mitarbeiter mitgetragen und für umsetzungswürdig befunden wurden. Ein Berater von GÖK Consulting agierte hierbei als Schnittstelle zwischen den Organisationsstufen, bereitete die jeweiligen Runden vor und nach, moderierte die Gruppen und unterstützte durch inhaltliche und fachliche Expertise.

Vorgehen

Im Kick-Off-Workshop wurden mit der erweiterten Arbeitsgruppe nicht nur die Konkretisierung der Ziele und des Nutzens des ABE-Managements festgelegt und der Projektablaufplan vorgestellt. Es wurden auch Befürchtungen der Gruppenteilnehmer und voraussichtliche Widerstände der Mitarbeiter gegenüber dem Projekt erörtert und diskutiert, unter welchen Voraussetzungen die Mitglieder aktiv mitarbeiten würden und welche Maßnahmen nötig seien, um den Widerständen im Vorfeld zu begegnen. Gleichzeitig bestimmte die erweiterte Arbeitsgruppe die Mitglieder der Kern-Arbeitsgruppe, was zur Akzeptanz gegenüber dem Projektvorgehen beitrug.

Mit der Kernarbeitsgruppe wurde anschließend die Ausgangssituation analysiert. Mittels Begehungen, Mitarbeiterinterviews und Datenauswertungen wurde der aktuelle Prozess entlang des Patientendurchlaufs für jede Fachabteilung, beginnend mit der Entscheidung zum stationären Aufenthalt bis hin zur Entlassung, nachvollzogen. Sogenannte Swim-Lane-Diagramme¹⁾, auf bis zu 3 Meter breiten Plots ausgedruckt, visualisierten den Prozess. Dieses Vorgehen ermöglichte den Beteiligten, sich den aktuellen Ablauf buchstäblich bildhaft vor Augen zu führen und gemeinsam entlang des Prozesses, Schritt für Schritt, die wesentlichen Schwachstellen

Klinikverbund Südwest

Der Klinikverbund Südwest ist ein Zusammenschluss der Krankenhäuser Böblingen, Calw, Herrenberg, Leonberg, Nagold und Sindelfingen. Gemeinsam mit dem verbundeigenen Therapiezentrum mit seinen sieben Standorten, den zwei Medizinischen Gesundheitszentren und der Krankenhaus Service GmbH Schwarzwald, zählt er zu den größten und leistungsfähigsten kommunalen Gesundheitseinrichtungen in Süddeutschland.

Das Kreisklinikum Calw-Nagold verfügt am Standort Nagold über 212 Betten und behandelt mit den Fachabteilungen der Gastroenterologie, der Kardiologie, der Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie und der Urologie jährlich über 10 000 stationäre Fälle.

zu identifizieren sowie erste Maßnahmen zur Verbesserung abzuleiten.

So wurde zum Beispiel festgestellt, dass ein Teil der elektiv terminierten Patienten nicht in die Terminbücher eingetragen wurden. Diese Unterlassung konnte vielfältige Gründe haben, führte jedoch regelmäßig zu Ad-hoc-Reaktionen der am Patientenprozess beteiligten Personen. Oftmals mussten bei stationärer Aufnahme übereilt Bettenplätze gesucht und Termine zur Funktionsdiagnostik kurzfristig organisiert werden. Dieses führte nicht nur bei den Mitarbeitern zu unnötiger Hektik und in Folge zu Unzufriedenheit, sondern auch bei den Patienten, die z.T. lange Wartezeiten bis zum Bezug ihres Stationszimmers in Kauf nehmen mussten und sich über die suboptimale Organisation wunderten. Ferner konnte anhand einer Analyse der Aufnahme- und Entlassungszeitpunkte festgestellt werden, dass ein Großteil der Entlassungen im Zeitraum von 10 Uhr bis 14 Uhr stattfand, während elektive Aufnahmen primär im Zeitraum zwischen 7 Uhr und 12 Uhr durchgeführt wurden. Dieses war ein weiterer Punkt, der dazu führte, dass Patienten zu Beginn ihres Krankenhausaufenthaltes regelmäßig auf ihr Bett warten mussten. Diese Erkenntnisse und weitere Feststellungen aus der Ist-Analyse waren erforderlich, um die wesentlichen Handlungsfelder zu identifizieren, auf deren Optimierung im weiteren Verlauf des Projektes ein besonderes Augenmerk zu legen war. Nachdem mit dieser Projektphase die notwendige Transparenz über die aktuelle Situation vorlag, konnte mit der Prozessmodellierung des zukünftigen Zustandes begonnen werden.

Für die Modellierung von Prozessen empfiehlt es sich, mit dem Prozessende zu beginnen und sich sukzessive zum Prozessanfang vorzuarbeiten. Dieses Vorgehen macht für jeden Prozessschritt deutlich, welche Anforderungen in welcher Art und Weise (beispielsweise Information über den voraussichtlichen Entlassungstag des Patienten mittels IT-Unterstützung im ORBIS) an den jeweils vorgelagerten Prozessschritt gestellt werden. Andersherum würde festge-

Abbildung 1: Hauptprozess- und Teilprozessschritte im stationären Patientendurchlauf



legt werden, wie im vorangehenden Prozessschritt Tätigkeiten ausgeführt oder Informationen bereitgestellt werden, ohne die notwendige Kenntnis darüber zu haben, ob diese Art der Ausführung oder Bereitstellung für den darauffolgenden Prozessschritt optimal ist. Die Folgen sind in der Regel langwierige Prozessgestaltungen mit vielen iterativen Schleifen.

Für die Erarbeitung des Soll-Prozesses wurde der typische Durchlauf eines stationären Patienten durch das Krankenhaus zunächst in vier Hauptprozessschritte (Terminierung, Prästationärer Tag, Stationärer Aufenthalt und Entlassung) unterteilt. Jeder Hauptprozessschritt wurde anschließend in Teilprozesse untergliedert (► **Abbildung 1**).

Demzufolge wurde mit der Erarbeitung des Hauptprozesses „Entlassung“ begonnen und mit dem Hauptprozess „Terminierung“ geendet. Die eigentliche Prozessmodellierung fand auf Ebene der einzelnen Prozessschritte, also der konkreten Tätigkeiten, statt. Für jeden Teilprozess war es daher notwendig, unter Berücksichtigung der identifizierten Handlungsfelder, die einzelnen Tätigkeiten für den optimierten Soll-Zustand zu definieren. In diesem Zusammenhang wurde auf die sogenannte VGMI-Methodik der GÖK Consulting zurückgegriffen. Diese Methodik ermöglichte es, jedem Prozessschritt eindeutig zuzuweisen, wer für die Ausübung desselben verantwortlich ist, wer dessen Ausübung gegebenenfalls genehmigen muss, welche Personen dabei mitwirken und wer über das Ergebnis zu informieren ist. Ferner wurden im VGMI-Diagramm die

Tätigkeiten jeweils kurz beschrieben, die „Spielregeln“ zwischen den Beteiligten festgelegt und die Voraussetzungen bestimmt, um den gewünschten Soll-Zustand erfolgreich umzusetzen. ► **Abbildung 2** zeigt beispielhaft das VGMI-Diagramm für den Teilprozess „3.4 Entlassungstermin überprüfen“. Insgesamt wurden achtzehn VGMI-Diagramme erarbeitet, die im Ergebnis den Rahmen für die Ablauforganisation des zukünftigen ABE-Managements inklusive des Umgangs mit Notfallpatienten und Wochenenden beschreiben. Darüber hinaus wurden die Ergebnisse sowohl qualitativ als auch quantitativ bewertet. Auch wurde ein Kennzahlenset zur Erfolgsmessung erarbeitet.

Ein Stolperstein bei der Optimierung von Prozessen entsteht zumeist dann, wenn zuerst mit der Definition der Aufbauorganisation begonnen wird und sich erst anschließend mit der Frage nach dem Soll-Prozess, also wie die einzelnen Schritte optimal ablaufen müssten, auseinandersetzt. Dadurch kann es passieren, dass sich die Prozessmodellierung in einem (gedanklichen) Organisationskorsett bewegt und gute Vorschläge oder Ideen unter Umständen gar nicht erst aufkommen oder nicht zugelassen und daher auch nicht diskutiert werden. Im Krankenhaus Nagold ist man jedoch nicht in diese Falle getappt, sodass, nachdem die gewünschte zukünftige Ablauforganisation feststand, hierauf aufbauend die Aufbauorganisation im nächsten Schritt definiert werden konnte.

Im Rahmen des Gesamtprozesses können zwei Zyklen (siehe **Abbildung 1**) unterschieden werden. Im ersten Zyklus

Abbildung 2: VGMI-Diagramm für den Teilprozessschritt „3.4 Entlassungstermin überprüfen“

Lfd. Nr.	Teilprozessschritt	Tätigkeit (die Reihenfolge der Tätigkeiten ist in ihrer zeitlichen Abfolge einzelfallspezifisch und hier nicht bindend zu verstehen)	Ambulanz/ Sekt.	Arzt	Pflege	Sozialbera- tung	Kodiere	ABE- Manager
3.4	Entlassungs- termin überprüfen	DRG-Kodierung überprüfen und evtl. anpassen	I	I			V	I
		Entlassdatum kontrollieren und evtl. anpassen		M	I	I	I	V
		Änderungen des Gesundheitszustandes an das ABE-Management weitergeben		V	I	I	I	I
		Aktuellen Entlassungstermin und mittlere Verweildauer kontrollieren		I	I	I	I	V
Kurzbeschreibung		„Spiel“-Regeln			Voraussetzung(en)/To-Dos für eine erfolgreiche Umsetzung			
<ul style="list-style-type: none"> Die Kodierung wird über den gesamten stationären Aufenthalt hinweg durch die Kodierassistenten überprüft. Aktuelle Veränderungen des Gesundheitszustandes bzw. vom Patienten geäußerten Veränderungsbedarf an der geplanten Nachsorge werden durch den Stationsarzt dem ABE-Management übermittelt, welches dann eine Neubeurteilung über die Sozialberatung/das geriatrische Konsil veranlasst. Der ABE-Manager behält den aktuellen Entlassungstermin und die mittlere Verweildauer im Blick und weist die Ärzte aktiv auf diese Termine hin. 		<ul style="list-style-type: none"> Der Stationsarzt überprüft im Rahmen der täglichen Visiten den von ihm festgelegten Entlassungstermin und passt diesen bei Bedarf an die aktuelle medizinische Situation des Patienten an; er dokumentiert den Termin in der Patientenkurve. Im Rahmen der täglichen Arztbesprechungen fragt das ABE-Management aktiv nach, ob sich der Gesundheitszustand von Patienten verschlechtert hat und ob entsprechende Maßnahmen/Konsile eingeleitet wurden. Im Rahmen der täglichen Arztbesprechungen weist der ABE-Manager aktiv auf die geplanten Entlassungstermine hin, fragt diese auf Aktualität ab und passt Aktualisierungen eigenständig im DRG-Workplace an. 			<ul style="list-style-type: none"> Die ABE-Manager nehmen an den täglichen Arztbesprechungen (Mo.–Fr.) teil. Führendes Instrument/Steuerungsinstrument ist die Visitenliste. Hierfür ist es nötig, dass der geplante Entlasszeitpunkt aus ORBIS in die Visitenliste exportiert wird. Schreibrechte des ABE-Managers im DRG-Workplace. 			

fallen administrativ-organisatorische Tätigkeiten an, um den Patienten in das Krankenhaus bis auf Station „einzuschleusen“. Im zweiten Zyklus fallen solche Tätigkeiten an, die es ermöglichen, Patienten adäquat aus dem Krankenhaus wieder zu „entlassen“. Es wurde festgelegt, dass eine neue Organisationseinheit ABE-Management mit 3,5 Vollkraftäquivalenten unterhalb der Krankenhausdirektion implementiert wird und die Mitarbeiter anteilig der erforderlichen Kapazitäten den jeweiligen Zyklen zugeordnet werden. Die klar definierte Aufgabenteilung durch Aufteilung des Prozesses in zwei Zyklen führt zu einem überschaubaren Verantwortungsbereich und zur Handhabbarkeit für den einzelnen Mitarbeiter. Konkret bedeutet dies, dass rund 1,0 Vollkraftäquivalente für den ersten Zyklus und für die Fachabteilungen der Inneren Medizin verantwortlich sind. Weitere rund 1,0 Vollkraftäquivalente sind ebenfalls für den ersten Zyklus, jedoch für die Chirurgischen Fachabteilungen, verantwortlich. Für den zweiten Zyklus werden ca. 1,5 Vollkraftäquivalente vorgesehen, die fachabteilungsübergreifend die administrativ-organisatorischen Tätigkeiten rund um das Entlassungsmanagement koordinieren und unterstützen.

Die Personalbemessung wurde, basierend auf den im Prozessmodell definierten Prozessschritten, nach der Arbeitsplatzmethode und unter Berücksichtigung von 20 Prozent Ausfallzeiten vorgenommen.

Ferner wurde im Rahmen der Organisationsgestaltung Wert darauf gelegt, dass das zukünftige ABE-Management als ein Team agiert, welches durch enge Zusammenarbeit, gegenseitige Vertretungsmöglichkeit und engen Informationsaustausch geprägt ist. Aus diesem Grund wurde beschlossen, dass die Verantwortungsbereiche der ABE-Manager alle drei bis vier Monate im Sinne einer Job-Rotation wechseln. Dies führt dazu, dass jeder Mitarbeiter nach und nach alle Aufgaben des ABE-Managements ausübt, entsprechend mitreden kann und bei Engpässen oder Ausfällen in der Lage ist auszuhelfen. Für eine optimale Zusammenarbeit wurde eine Leitstelle für die Mitarbeiter vorgesehen. Tägliche Leitstellenmeetings dienen fortan der gemeinsamen Lösungsfindung bei Hindernissen sowie des Informationsaustausches bezüglich der aktuellen Aufnahme-, Betten- und Entlassungssituation. Eine weitere Besonderheit bestand darin, dass die Dienstzeiten der Zyklus-1-Verantwortlichen (07:00–15:00 Uhr)

und der Zyklus-2-Verantwortlichen (10:00–18:00 Uhr) versetzt wurde, um eine möglichst lange Anwesenheitszeit des ABE-Managements zu ermöglichen.

Erkenntnisse

Die beschriebene Art der Prozessgestaltung stellte für die Krankenhausmitarbeiter ein neues Vorgehen dar, das sehr gut angenommen wurde. Die eingesetzten Methoden sind erprobt und verständlich nachvollziehbar. Sie erlaubten die Komplexität des Gesamtprozesses in handhabbare und übersichtliche Teile zu untergliedern und ermöglichten ein aktives Gestalten und Mitarbeiten. Ferner trugen die dreistufige Projektorganisation und das aktive Involvieren der Mitarbeiter zur Akzeptanz gegenüber den erarbeiteten Ergebnissen bei. Gemeinsam mit den Mitarbeitern des Beratungsunternehmens wurden Stolpersteine frühzeitig erkannt und entsprechende Maßnahmen berücksichtigt, um resultierende Verzögerungen und entstehende Unzufriedenheit zu vermeiden. Das Konzept wurde Ende 2014 verabschiedet und befindet sich derzeit in der Umsetzung. Bei erfolgreicher Einführung soll das Konzept auf die anderen fünf Stand-

orte des Klinikverbundes adaptiert und ebenfalls umgesetzt werden.

Anmerkungen

- 1) Diese Art der Prozessvisualisierung zeichnet sich dadurch aus, dass die organisatorischen Zuständigkeiten als Bahnen (Swim-Lanes), abgebildet werden, in denen die einzelnen Prozessschritte zugeordnet werden.

Anschriften der Autoren

Alexandre Holzheimer, Bereichsleiter,
Dr. Jörg Risse, Vorstand, GÖK Consulting AG,
Pascalstraße 10, 10587 Berlin, Dr. Elke
Frank, Geschäftsführerin, Klinikverbund
Südwest, Arthur-Gruber-Str. 70,
71065 Sindelfingen

Gewaltprävention im Krankenhaus

Mitarbeiter vor Übergriffen schützen

Beschäftigte im Gesundheitswesen sind verbalen und körperlichen Übergriffen ausgesetzt. Dies betrifft auch Krankenhäuser. Arbeitgeber dagegen sind verpflichtet, für die Sicherheit und Gesundheit ihrer Beschäftigten bei der Arbeit zu sorgen. Um sich dieser Aufgabe stellen zu können, sind einerseits Kenntnisse über die Ursachen von Gewalt und Aggression notwendig. Bedeutsamer sind jedoch Maßnahmen zur Prävention, die sich aus diesen Erkenntnissen ergeben. Hierbei ist insbesondere darauf zu achten, dass Maßnahmen der Verhältnisprävention vorrangig vor verhaltensbezogenen Maßnahmen umzusetzen sind und auch Nachsorgekonzepte integriert werden.

Wer sich bei der Berufswahl dafür entscheidet, in den Dienst der Polizei oder der Bundeswehr zu gehen, ist sich wahrscheinlich darüber im Klaren, dass sie oder er im Laufe des Arbeitslebens mit Gewalt durch andere Menschen konfrontiert wird. Bei der Entscheidung, einen Beruf in der Medizin, der Pflege oder im Rettungsdienst zu ergreifen, werden solche Überlegungen im Vorfeld eher keine Rolle spielen. Leider holt die Realität viele Beschäftigte im Gesundheitswesen diesbezüglich ein. Verbale und körperliche Übergriffe wie Beschimpfungen und Beleidigungen, aber auch Drohungen und tätliche Übergriffe durch Patienten¹⁾, Bewohner und deren Angehörige gehören für viele Beschäftigte inzwischen zum Arbeitsalltag.

Keine Bagatelle: Übergriffe und Gewalt gegenüber Krankenhauspersonal

Laut einer retrospektiven Querschnittstudie der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), in der 1 973 Beschäftigte aus Krankenhäusern, ambulanten und stationären Einrichtungen der Altenpflege und der Behindertenhilfe befragt wurden, gaben 56,2 Prozent der Befragten an, in ihrem bisherigen Berufsalltag körperliche Gewalt und 78 Prozent verbale Gewalt erlebt zu haben.²⁾ Eine Befragung zu Übergriffen in Notaufnahmen aus dem Jahr 2014 beschreibt sogar das Vorkommen gewalttätiger Ereignisse in 73 Prozent der Einrichtungen innerhalb der letzten zwölf Monate vor der Befragung – wobei hier verbale Angriffe gar nicht mit einbezogen wurden.³⁾

Über lange Zeit wurden solche Vorfälle bagatellisiert. Aggressive Verhaltensweisen können Teil eines Krankheitsbildes sein. So wurden Übergriffe oftmals als nahezu unabwendbare und daher auch hinzunehmende und zumutbare Belastung in medizinischen, pflegerischen oder betreuenden Berufen betrachtet. Übersehen oder verdrängt wurde allerdings, dass Gewalterfahrungen – auch im Berufsleben – für die Betroffenen erhebliche körperliche und psychische Folgen haben können. Zudem herrscht inzwischen in weiten Teilen unserer Gesellschaft Konsens darüber, dass jede Person, die ihren Arbeits-

platz „gesund und munter“ aufsucht, das Recht hat, diesen genauso „gesund“ nach Dienstende wieder zu verlassen.

Pflichten des Arbeitgebers

Das Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland spricht in Artikel 2 Absatz 2 jedem das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit zu. Dies gilt auch für Beschäftigte – Arbeit darf nicht krank machen. Den größten Teil der Verantwortung trägt hierbei der Arbeitgeber. Das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) weist ihm in § 618 die „Fürsorgepflicht“ gegenüber seinen Beschäftigten zu. Verschiedene Normen des Arbeitsschutzrechts konkretisieren dies. So hat der Arbeitgeber gemäß Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) die Pflicht, für Sicherheit und Gesundheit seiner Beschäftigten bei der Arbeit zu sorgen. Grundlage hierzu ist die Ermittlung und Beurteilung der für die Beschäftigten mit ihrer Arbeit verbundenen Gefährdungen. Die sich daraus ergebenden Arbeitsschutzmaßnahmen sind ebenfalls Teil der gesetzlich geforderten „Gefährdungsbeurteilung“. Ergibt diese, dass in einem Betrieb Gefährdungen durch Gewalt für die Beschäftigten bestehen, steht der Arbeitgeber in der Pflicht, sich um die Vermeidung gewalttätiger und aggressiver Übergriffe gegen seine Beschäftigten zu kümmern.

Die Ursachen für Gewalt und Aggression vonseiten der Patienten oder ihren Angehörigen gegenüber Beschäftigten im Krankenhaus sind vielseitig und oft sehr individuell. So können aufseiten der Patienten psychiatrische oder neurologische Erkrankungen Ursache für aggressives, übergriffiges Verhalten sein. Ein an Demenz erkrankter Mensch erkennt vielleicht die Hilfe, die ihm angeboten wird und fühlt sich stattdessen angegriffen. Die Einnahme psychoaktiver Drogen wie Alkohol oder verschiedener Medikamente kann die Wahrnehmung und das Verhalten einer Person stark verändern. Insbesondere in solchen Fällen tritt aggressives und gewalttätiges Verhalten häufig ungerichtet auf und ist daher kaum berechenbar.

Auch ohne psychiatrische oder neurologische Grunderkrankungen ist ein