

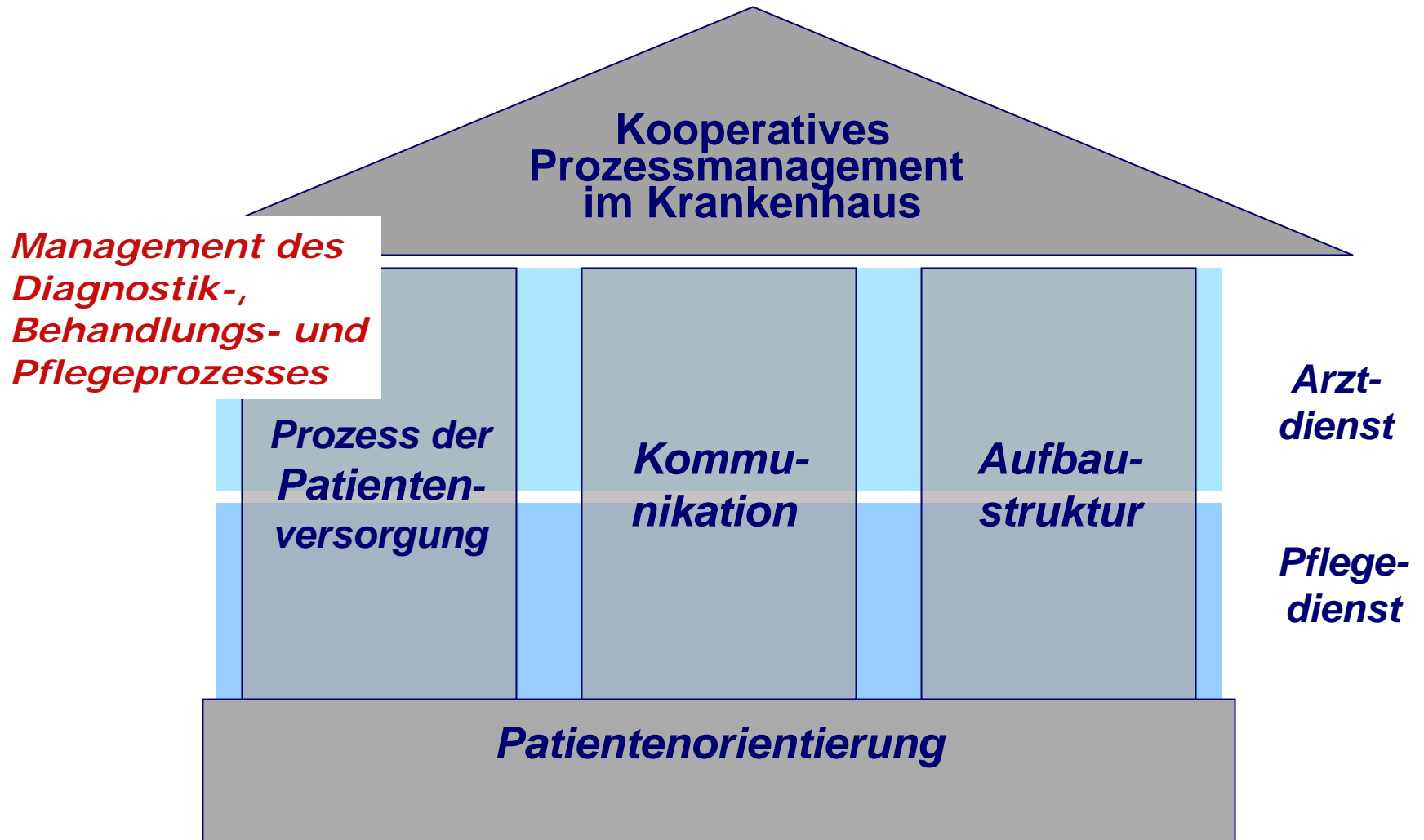
Kooperatives Prozessmanagement im Krankenhaus – Konsequenzen für die Leitungsorganisation

*Prof. Dr. Knut Dahlgaard
HAW Hamburg, Fakultät Wirtschaft und Soziales
Forschungs- und Transferzentrum
„Kooperatives Prozessmanagement im Gesundheitswesen“*

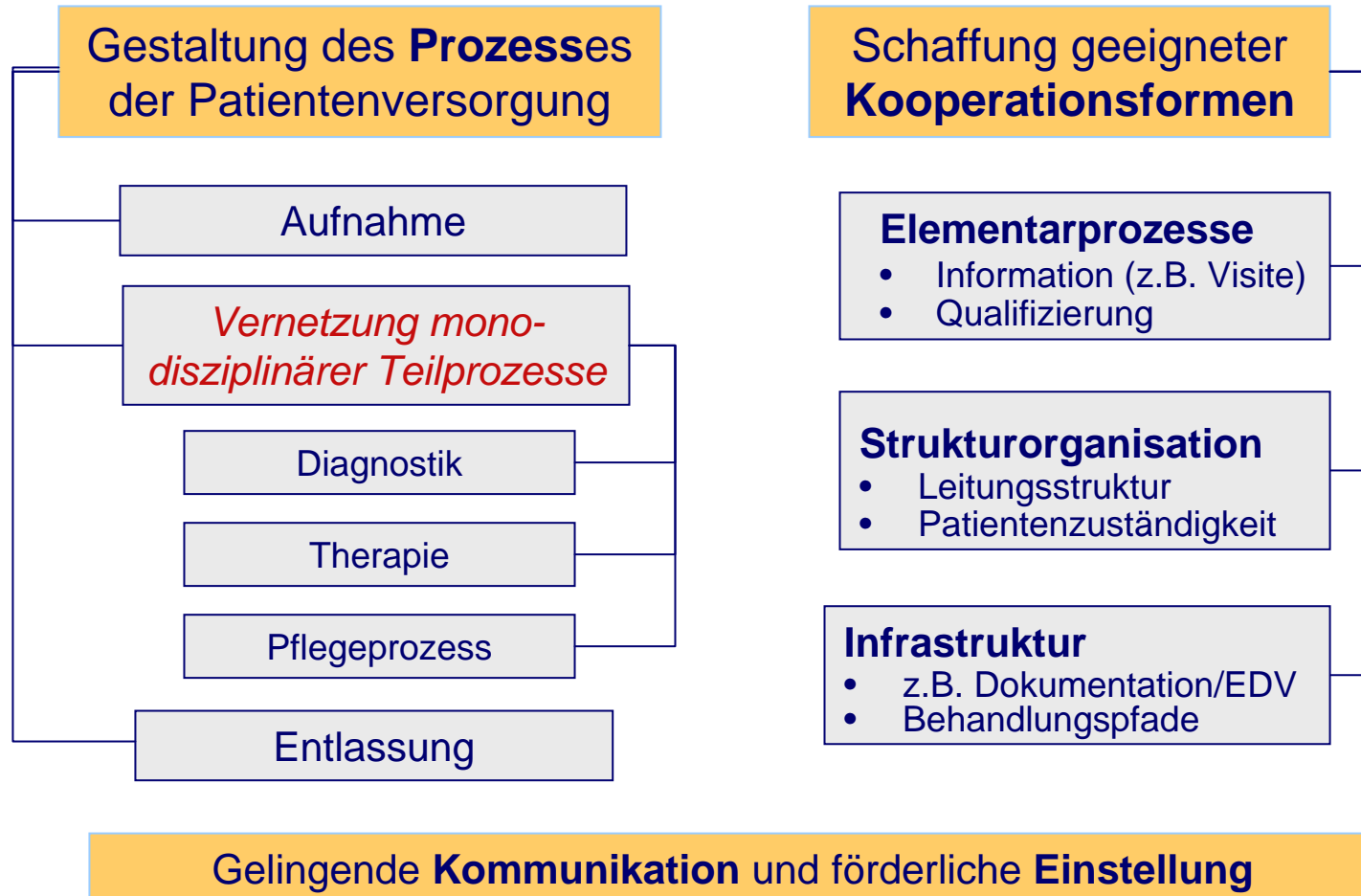
1. **KoPM** Kooperatives Prozessmanagement –
Kurzcharakterisierung des Ansatzes
2. Konsequenzen für die **Leistungsorganisation** auf
Abteilungs- bzw. Zentrumsebene
 - Anforderungen an Modelle der Aufbaustruktur
 - Zusammenwirken von Ärztlicher Leitung (Chefarzt) und
Pflegerischer Leitung
 - Auswirkungen auf die Leistungsorganisation im Pflegebereich
3. Ausblick

1 Kurzcharakterisierung des KoPM-Ansatzes

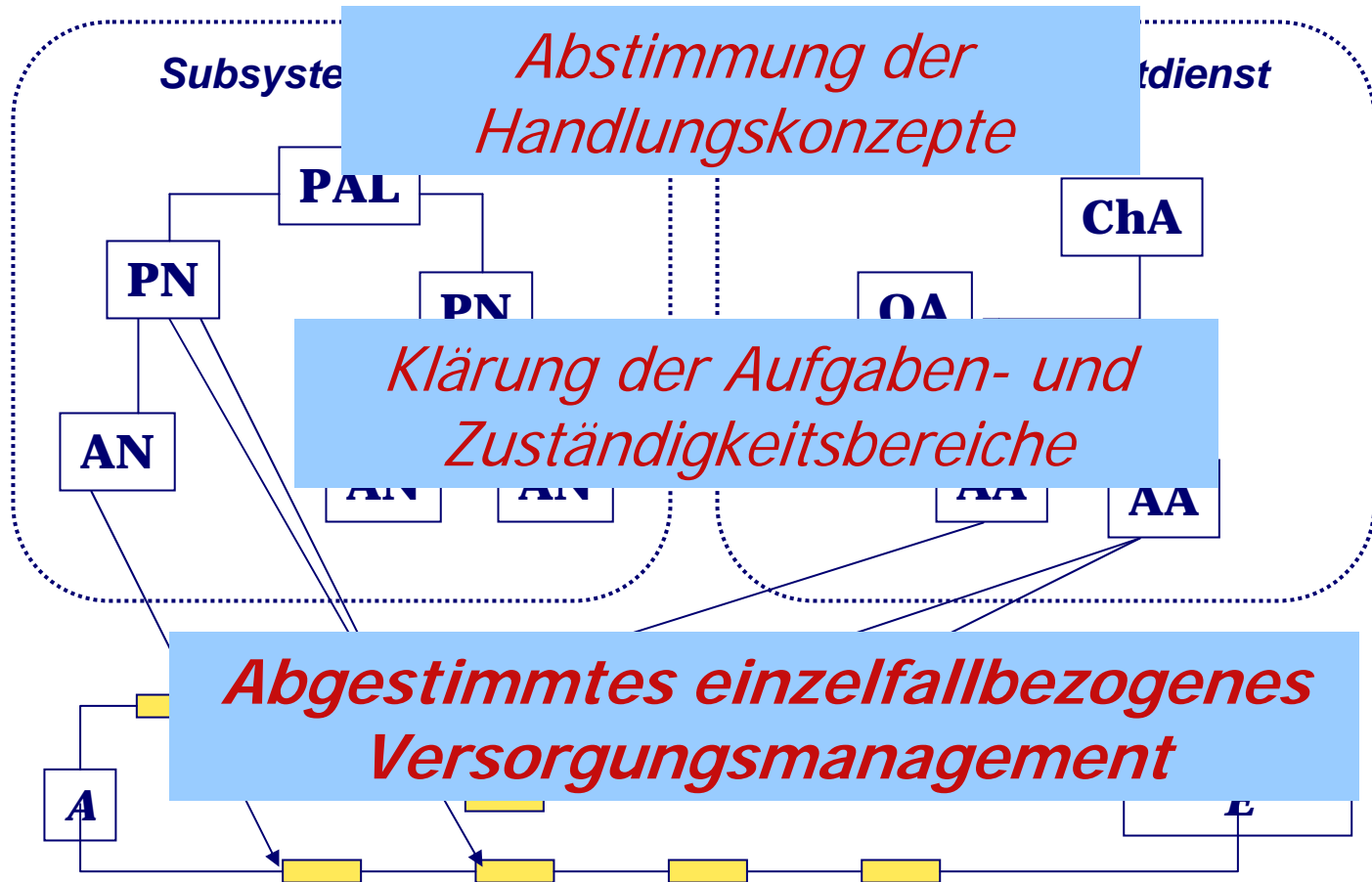
Aktionsfelder und Zielkriterien des KoPM-Ansatzes



Ansatzpunkte für Interventionen



Grundsätze des kooperativen Zusammenwirkens im Versorgungsprozess

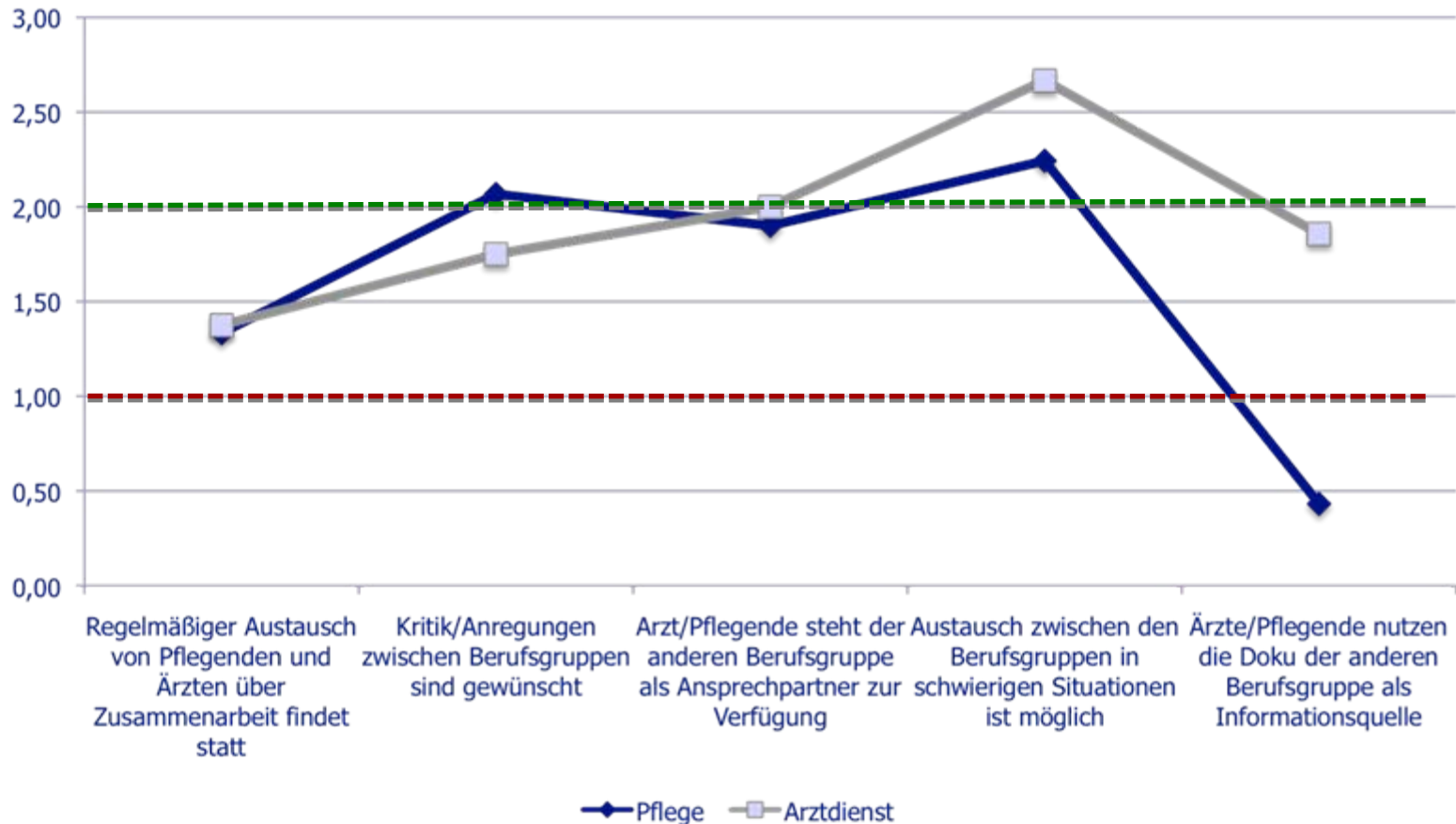


Das KoPM-Vorgehensmodell im Überblick

1. Aufbruchsstimmung und **Initiierung**
2. Diagnose: **Selbstbewertung** und vertiefende Interviews
3. Auswertung und Interventionsplanung
4. **Projekt** „Kooperationsverbesserung“
5. Ergebnis und Evaluation

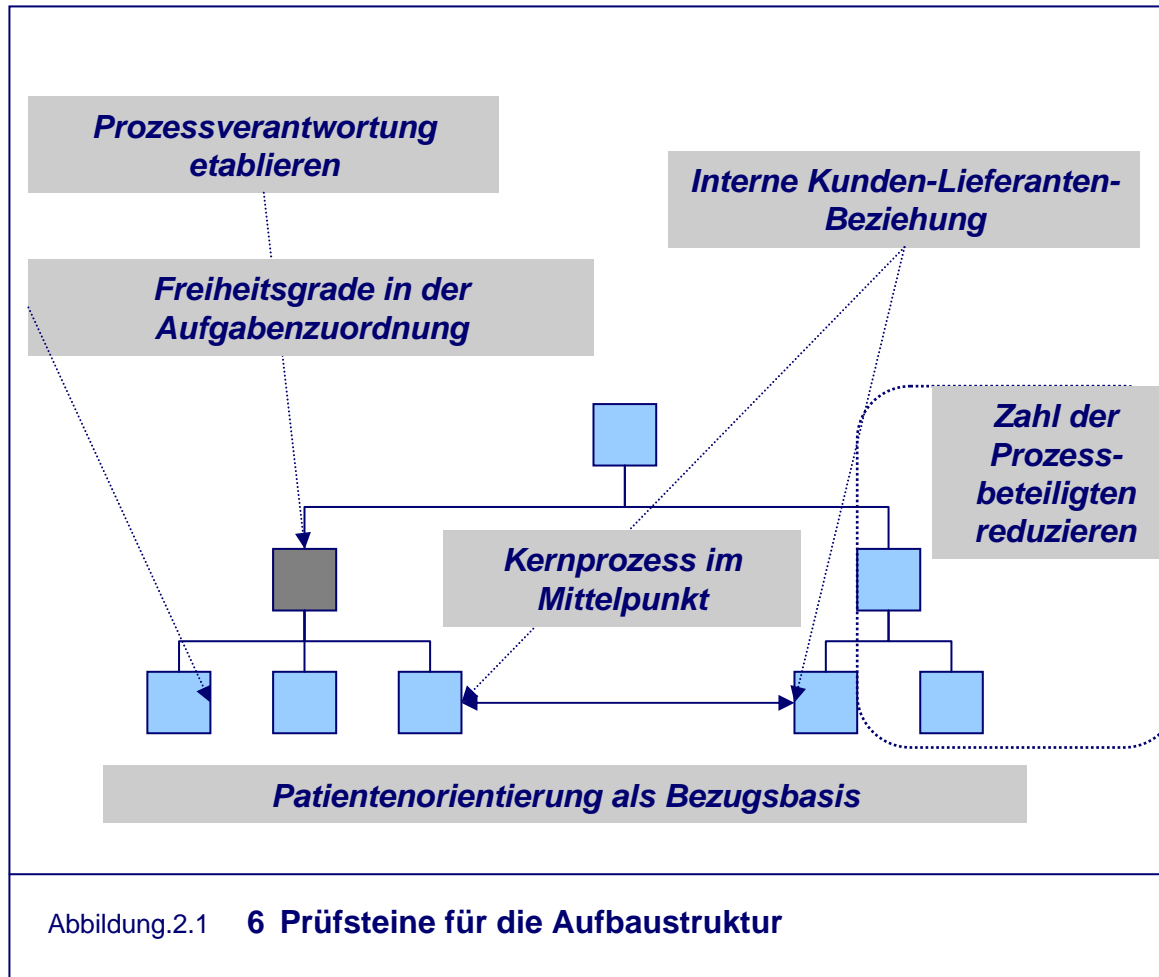


Beispiel für Ist-Erhebung: Informationsprozesse

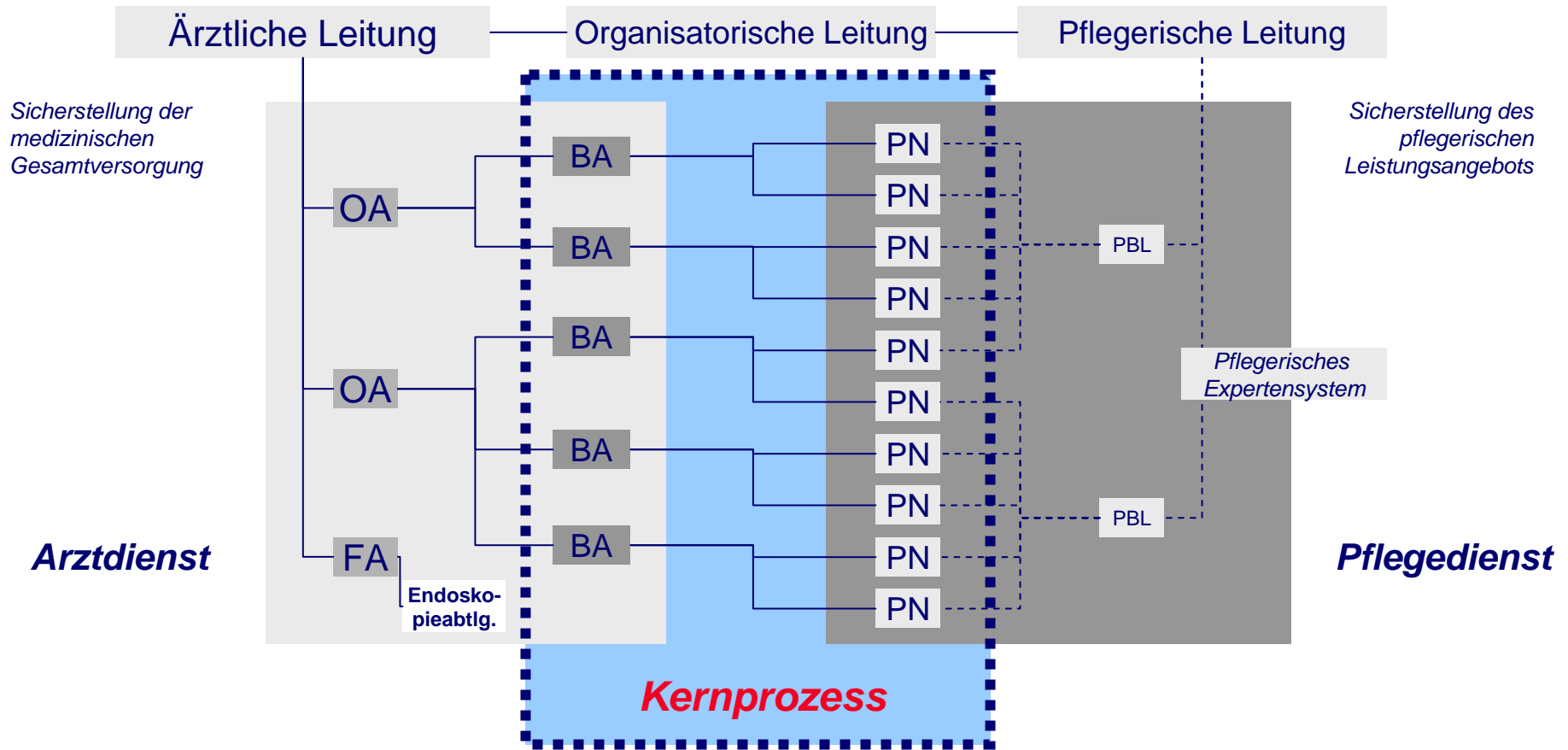


2 Konsequenzen für die Leitungsorganisation auf Abteilungs- bzw. Zentrumsebene

Prüfsteine für die Aufbaustruktur



Leitungs- und Strukturorganisation Arzt- und Pflegedienst auf Zentrums- bzw. Abteilungsebene



OA = Oberarzt

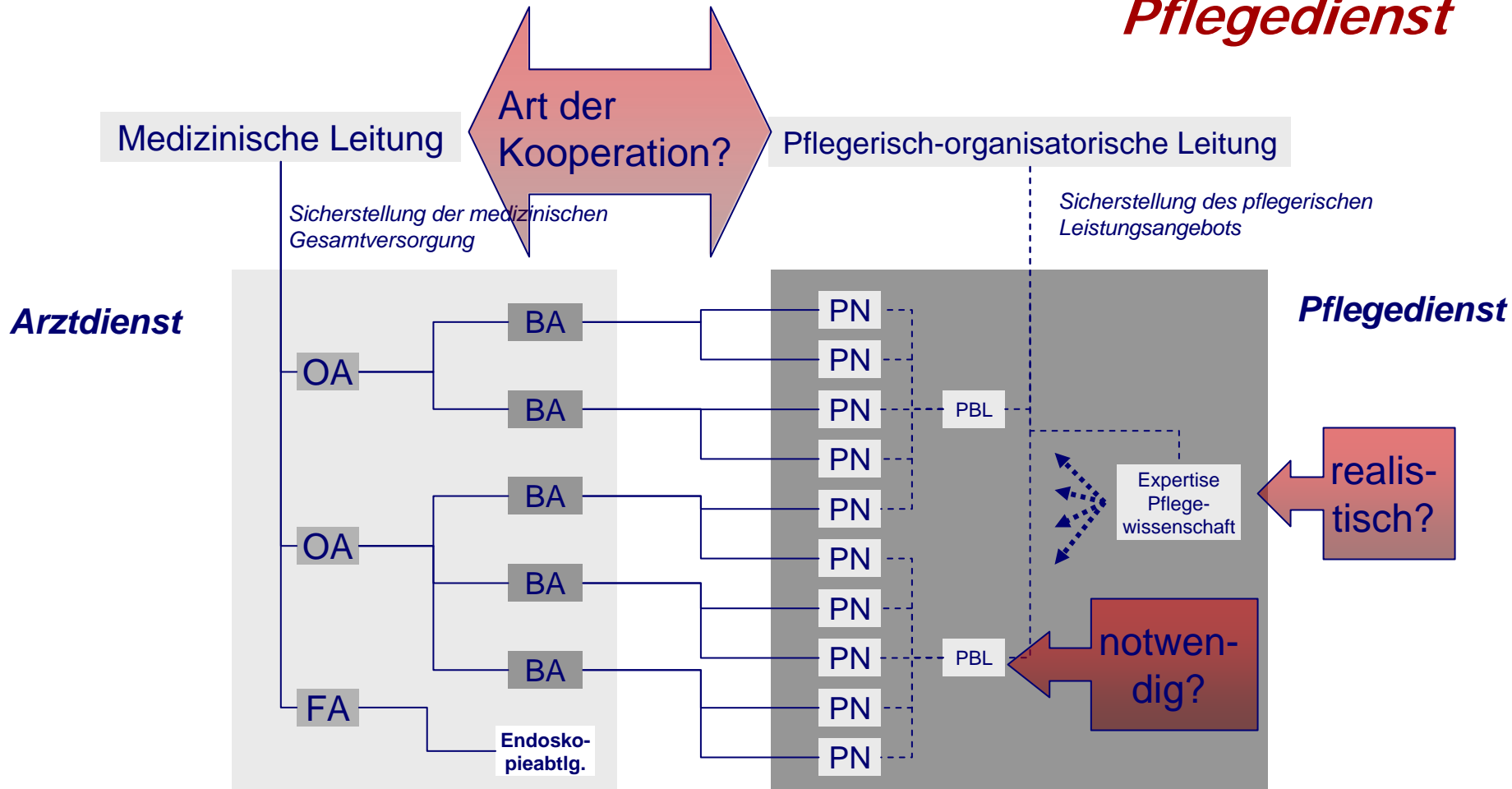
BA = Bezugsarzt

PN = primary nurse

FA = Funktionsarzt

PBL = Pflegebereichsleitung

Leitungs- und Strukturorganisation Arzt- und Pflegedienst



OA = Oberarzt BA = Bezugsarzt PN = primary nurse FA = Funktionsarzt PBL = Pflegebereichsleitung

Praxisbeispiel: Organisatorisch-pflegerische Zentrumsleitung im Referenzkrankenhaus A.

- Ausgangssituation:
 - **Zentrenbildung** in den medizinischen Bereichen (z.B. Herzzentrum, Chirurgisches Zentrum)
 - Unterschiedliche Leitungsstrukturen im ärztlichen Bereich
 - Leiter des Zentrums
 - Chairman (Sprecher)
- Aspekte des Leitungsmodells
 - Auflösen der berufsgruppenspezifischen Leitungsorganisation
 - Kollegiale Leitung
 - Bezeichnung: *nomen est omen*
 - Priorität organisatorischer Funktionen für das Zentrum insgesamt gegenüber
 - originär pflegerischen Aufgaben

Kennzeichen der Position „Organisatorisch-pflegerische Leitung eines Zentrums“

- **Nähe zur Leistungserstellung/Konzentration auf einen Bereich**
 - „Kittel statt Kostüm“
 - Vertretung der nachgeordneten Ebene schafft Akzeptanz
- **Weisungsbefugnis**
 - fachlich-disziplinarisch gegenüber allen Pflegenden des Zentrums
 - in organisatorischen Angelegenheiten gegenüber allen Mitarbeitern
 - allgemeine strukturierende Regelungen für Prozesse und Ressourcen
 - Personalmanagement als berufsgruppenübergreifende Aktivität
 - ausgenommen: rein disziplinarische Weisung gegenüber Ärzten
- Integrierte Verbindung unterschiedlicher **Aufgabentypen**
 - fachliche Steuerung
 - organisatorische Leitung
 - Personalführung
 - Ressourcensteuerung
 - Kooperationsbeziehung zum Ärztlichen Leiter
- **Personale Integration**
 - fachlicher, personaler und ökonomischer Fragestellung
 - Beziehung zur Berufsgruppe der Ärzte

Mögliche Konsequenzen für die Leistungsorganisation im Pflegedienst

- **Oberste Ebene** (Leitung des Pflegedienstes)
 - wird fachlich und disziplinarisch entlastet
 - konzentriert sich auf Koordination und Anregung
- **Unterste Leitungsebene** im Pflegebereich (z.B. Stationsleitung)
 - je nach Größe der Abteilung/des Zentrums ggf. nicht mehr notwendig
 - Voraussetzung:
 - Qualifizierte Bezugspfleger, die patientenbezogen mit den Ärzten kooperieren
 - Geklärte Weisungsbeziehungen im Pflegebereich
 - Leitungsspanne und Aufgabenstruktur der pflegerischen Abteilungsleitung sind kompatibel
- **Pflegerisches Expertenwissen/Expertensystem**
 - Verfügbarkeit ist notwendige Voraussetzung hochqualifizierter Pflege
 - unterschiedliche Modelle denkbar und realisierbar
 - zentrale versus dezentrale Ansätze
 - Angebotsmodelle versus „aufsuchende Hilfen“

... das geduldige Bohren dicker Bretter ...

- Kooperation lässt sich nicht einfach verordnen, sie muss beiden Partnern konkreten **Nutzen** bringen
- Die Art und Weise der „Kooperation auf Augenhöhe“ kann **unterschiedlich ausgestaltet** sein, je nach
 - Art der Prozesse (z.B. Chirurgie, Innere Medizin, Psychiatrie)
 - Vorlieben der beteiligten Partner
- Allerdings: Die „**Politik des Hauses**“ kann Kooperation den Beteiligten nicht gänzlich zur Disposition stellen
- Kooperation an der Spitze (ärztliche Leitung – organisatorisch-pflegerische Leitung) kann **Modellcharakter** für die Kooperation auf der nächsten Ebene haben
- **Akzeptanzprobleme** der Wahrnehmung organisatorischer Aufgaben durch die organisatorisch-pflegerische Leitung ggf. bei Assistenzärzten

- **Komplexer Gestaltungsprozess** für die Krankenhausorganisation bedarf forschender Begleitung
- Es fehlen **empirische Untersuchungen** über notwendige Aufgaben- und Kompetenzprofile im Leitungsbereich bei
 - Ärzten und
 - Pflegenden
- **Modellversuche** zur Erprobung innovativer Konzepte der Gestaltung von Kooperationsbeziehungen
- **Langfristvision** des kooperativen Organisationsmodells:

„unterschiedlich, aber gleichwertig“

*Endlich klappt die
Zusammenarbeit
besser...*

***Vielen
Dank...***



*Ja, seitdem wir diese
fabelhafte Kooperativ
Prozessmanagement
haben!*

***... für Ihre
Aufmerk-
samkeit!***