



## Stationsmanagement Vom Profil zum Profit

Das Universitätsklinikum Düsseldorf hat die Arbeitsprozesse auf den Stationen verändert, um unnötige Kosten zu vermeiden. Das Projekt „Optimierung der Prozesse und Erlösorientierung auf den Stationen“ schuf ein neues Rollenverständnis für Führungskräfte, ermöglichte eine flexiblere Aufgabenverteilung unter den Mitarbeitern und eine kalkulierbare Personalplanung. Die Autoren präsentieren erste Ergebnisse.

Von Torsten Rantzsch, Markus Kessel, Dr. Gunhild Küpper

Die Verknüpfung von Effizienz und Professionalität ist für Krankenhäuser und speziell für Universitätsklinika eine zentrale Aufgabe. Der Arbeitsalltag auf den Stationen ist nach wie vor zu über 90 Prozent von reaktivem Handeln geprägt: Die Stationsleiterin vertritt die Sekretärin am Stützpunkt; Servicemit-

arbeiter verteilen das Essen, parallel versorgen Pflegekräfte 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 Rol-

lenverteilung führen zu Zeitverlusten sowie Ressourcenvergeudung und lassen unnötige Kosten entstehen.

Hier bedarf es eines Wandels im Handeln und Denken: Die Stationsleitungen sollten in ihrer Rolle als „operatives Management“ gezielt gestärkt werden.

Foto: UKD

## Arbeitsprozesse verändern und erlösorientiert handeln

Der Pflegedirektor des Universitätsklinikums Düsseldorf (UKD) hat dieses Thema in den Fokus eines Pilotprojekts gestellt, um Erlösorientierung auf den Stationen professionell und systematisch aufzubauen, personelle und strukturelle Ressourcen effektiv zu nutzen. Zur Sicherstellung eines bedarfsgerechten Personalbestands in der Pflege – Arbeitsverteilung auf die Mitarbeiter, notwendige Besetzungstärken im Schichtverlauf, Qualifikation und Qualitätserbringung der Mitarbeiter – stand im Fokus die Frage, 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 Vorhaben „Erlösorientierte Prozessgestaltung – ein Pilotprojekt zur Optimierung und Koordination des Stationsmanagements“ 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) sowie einen Stellvertreter in Weiterbildung (38 Jahre alt). Beide Stationen sind Allgemeinpflagestationen im Akutbereich mit jeweils 32 Betten und 19 Mitarbeitern (Pflegefachpersonal 84,2 Prozent).

## In mehreren Schritten den Wandel einleiten

Aufgabe einer eigens eingesetzten Beraterin war es, ein Master-Konzept zu erstellen und die Verantwortlichen, Klinikpflegedienstleiter und Stationsleiterinnen, zu beraten, anhand der erfassten Effizienzpotenziale die Change-Schritte zu formulieren, zu begleiten und Feedback zu geben sowie Instrumente zu

## Das Magische Dreieck

### 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 ausge- und/oder überlastet?
- Wie viele Überstunden fallen pro Mitarbeiter an?
- Wann und warum haben die Stationen Ausfallzeiten?

Quelle: Dr. Gunhild Küpper

Tab. 1

entwickeln und geeignete Methoden zu vermitteln. Die Beraterin sollte Kommunikation forcieren, Anregungen geben und korrigierend eingreifen. Zunächst wurden anhand des „Magischen Dreiecks“ (Tabelle 1) Effizienzpotenziale auf beiden Stationen gesucht.

Stationsbegehungen, regelmäßige (Beratungs-)Gespräche und das gemeinsame Überlegen aller Beteiligten bildeten die Grundlage für das Projekt. Nach etwa vier Wochen waren *konkrete Effizienzpotenziale* für Kostenersparnisse auf beiden Pilotstationen ermittelt. Die Stationsleiterinnen sollten anschließend neue Führungsinstrumente gezielt einsetzen (Tabelle 2).

## Aufgaben klar zuteilen

Rollendiffusion erzeugt unnötige Kosten. Aufgabenklarheit dagegen hilft bei der Personalberechnung. In einem ersten Schritt wurde gefragt, inwieweit für jeden Mitarbeiter auf den Stationen Aufgabenklarheit besteht. Die *Stationsleiterinnen* übernahmen im Projekt eine „*Schlüsselrolle*“: Sie sollten nicht mehr reagierend arbeiten, sondern ihre Verantwortungsbereiche als „opera-

tive Managerinnen“ steuernd beeinflussen. Ihr Rollenwechsel bestand darin, in ihren Arbeitsbereichen zunehmend auch strategisch ausgerichtete Aufgaben in Personalführung und Prozessentwicklung zu erledigen.

Für die Rollen „Stationsleiterin“ und „Stationssekretärin“ wurden Stellenprofile erarbeitet und die darin aufgeführten neuen Aufgaben inhaltlich besprochen: Stützend korrigierende Gespräche mit Klinikpflegedienstleiter und Beraterin halfen den Stationsleiterinnen dabei, ihre neue Rolle zu finden und auszufüllen. Bei der Umsetzung des Stellenprofils für die Stationssekretärin führten die Leiterinnen selbst beratende Gespräche mit ihren entsprechenden Mitarbeiterinnen.

Die Stationsleiterinnen sollten „Produktivitätsfallen“ ausfindig machen und auch ihre Mitarbeiter dazu anleiten: wo, wann und wie oft unnötige Kosten entstehen. Mithilfe eines Rasters (Tabelle 3) wurden die Kostenart und die Höhe der entstandenen Kosten ermittelt. Klinikpflegedienstleiter und Stationsleiterinnen erhielten so „handfeste“

Ihre spezialisierten  
Berater und Prüfer für alle  
Fragen im Krankenhaus  
[www.bpg-muenster.de](http://www.bpg-muenster.de)

Münster – Berlin – Bremen – Köln – Stuttgart



## Effizienzpotenziale und Führungsinstrumente

Kostensparnisse über ...	Führungsinstrumente
1) Der richtige Mitarbeiter zur richtigen Zeit am richtigen Ort im medizinischen und ökonomischen Kontext Aufgabenklarheit: Macht jeder „das Richtige“, wofür er ausgebildet wurde?	Stellenprofile erstellen und praktisch umsetzen, Leiterinnen kontrollieren Umsetzung, Produktivitätsfallen erkennen und – wenn möglich – beheben
2) Kennzahlen erheben und steuern lernen	Aktuelles stationspezifisches Kennzahlenboard pflegen und darüber den Stationsalltag steuern
3) Wissenszuwachs, Qualitätssteigerung, Flexibilitätszunahme: „Erfahrung bringt Qualität“	Arbeitsplatzwechsel freiwillig, Wechselpartnerschaften als Ringtausch, zeitlich befristet
4) Altersgerechtes Personalmanagement	Arbeitsplatzwechsel, Personalplanung über Besetzungsübersichten (inklusive Qualifikationsmatrix und Austrittstermine)
5) Entlastung und Professionalisierung der Stationsleiterinnen	Führung als Doppelspitze: fachliche und disziplinarische Rollenteilung
6) Kultur der Zusammenarbeit fördern	Teamsitzungen regelmäßig, Jour fixe mit Stationsleiterinnen, Klinikpflegedienstleister und ärztlichen Leitungen
7) Gesunderhaltung und Einsatzfähigkeit der Mitarbeiter	Gesundheitsquote erheben, konsequent Rückkehr- und Fehlzeitengespräche führen, gezielte Gesundheitsförderung (zum Beispiel Rückenschulung)

Quelle: Kupper Sozialforschung® & Consulting GmbH

Tab. 2

## Produktivitätsfallen – Entstehung von „unnötigen Kosten“ – ein Beispiel

Art der entstandenen Kosten	Wann aufgetreten?	Involvierte pflegerische Mitarbeiter	Für Pflege entstandene Kosten	Vorschläge für Change
Unkoordinierte Übernahme der Intensivstationen	Taglich etwa 30 Minuten Wartezeiten, telefonische Nachfragen	Zwei Mitarbeiter und Leitung der Intensivstation	Bis zu 24.000 Euro pro Jahr	Schaffung fester Zeitfenster, Gesprächsplanung, Patientenmanagement, mehr Zeit

Die Aufteilung der bisher entstandenen Kosten erfolgte unter Berücksichtigung der Verteilung von Personalstunden, was ein zentrales „Büchereingangsargument“ gegenüber den Gesprächspartnern an den Schnittstellen Gesprächs zwischen Stationsleitung, Patientenmanagement und Ärzten basierend auf der jeweils zu verteilenden Leistungsfähigkeit, und die Verteilung erfolgte unter Berücksichtigung der Arbeitsplanung. Ziel: Teilzeitkräfte lassen sich nicht flexibel einsetzen.

Quelle: Kupper Sozialforschung® & Consulting GmbH

Tab. 3

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 vermehrt Mitarbeitergespräche notwendig, Überstunden schnellstmöglich abzubauen und Ausfallzeiten zu erwarten sind, ein dezidierter Austausch mit dem Chefarzt notwendig ist und nachjustiert werden muss.

### Mehr Flexibilität

Pflegerische und medizinische Leistungen und Anforderungen werden in den

Krankenhäusern weiter zunehmen. Bis heute arbeiten Pflegekräfte während ihrer gesamten Berufstätigkeit meist auf einer Station oder in einer Klinik. Der flexible stationsübergreifende Personaleinsatz ist unternehmerisch zwingend notwendig, allerdings für die Mitarbeiter 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 ein Ringtausch mit zwei Paaren organisiert werden. Im UKD wird dies aktuell umgesetzt, die Erfahrungen sind noch dezidiert auszuwerten.

### Personalmanagement altersgerecht

Als neues Instrument ist auf beiden Stationen das Führen einer Besetzungs- und Qualifikationsübersicht eingeführt, 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.

### Stationsleiterinnen entlasten

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, gezieltere Personalentwicklungsbedarfe ausmachen und entsprechende Lösungen umsetzen.

Ebenso konsequent verfolgte die disziplinarische Leitung ihre zentralen Aufgaben: Personaleinsatz und Mitarbeiter koordinieren, Dienst- und Urlaubsplanung vornehmen, Ansprechpartnerin für Krankmeldungen und Rückkehrgespräche sein.

Beide Mitarbeiterinnen gewannen mehr Zeit für die einzelnen Führungsaufgaben. Die Station profitierte sehr schnell vom Konzept der Doppelspitze: Regelmäßige Rückkehrgespräche ho-

ben die Gesundheitsquote an, gezielte Fortbildungen stärkten die Fachlichkeit der Mitarbeiter.

### Zusammenarbeit fördern

Die Stationsleiterinnen führten erläuternde Gespräche, um den Mitarbeitern die Unsicherheit zu nehmen und für Information sowie 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 Zusammenarbeit: Die Stationsleiterinnen stellten den zuständigen leitenden Ärzten das Projektkonzept vor und vereinbarten Jour fixe.

### 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 kalku-



Das **Universitätsklinikum Düsseldorf (UKD)** unterhält 27 Kliniken und medizinische Institute und verfügt über 1.172 Betten, 5.025 Mitarbeiter (Vollkräfte), davon 1.033 Mitarbeiter im Pflegedienst, betreuten im Jahr 2014 insgesamt 49.231 stationäre und 241.835 ambulante Patienten.

lierbar; 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 Managerinnen ihrer Verantwortungsbereiche geworden.

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

Literaturhinweise bei den Verfassern.

**Torsten Rantzsch**  
Pflegedirektor

**Markus Kessel**  
Klinikpflegedienstleitung ZOM II  
Universitätsklinikum Düsseldorf  
Moorenstraße 5  
40225 Düsseldorf

**Dr. Gunhild Küpper**  
Unternehmensberaterin/Geschäftsführerin  
Küpper Sozialforschung & Consulting GmbH  
Konrad-Adenauer-Straße 25  
50996 Köln