

Warum Blickwechsel bei HELIOS?

Karin Gräppi

Ein regelmäßiger Perspektiv- oder Blickwechsel ist in jeder Berufs- oder Lebenssituation hilfreich. Warum widmen wir bei HELIOS diesem Thema nun ein ganzes Buch? Um diese sowie die Eingangsfrage zu beantworten, benötigen wir zunächst einen *Blick zurück*, aus welchem sich die *Notwendigkeit eines Blickwechsels* und damit auch die Beantwortung der Frage „Warum Blickwechsel bei HELIOS“ ergeben. Der *Blick in die Zukunft* endet dann mit klaren Erwartungen.

HELIOS ist heute 20 Jahre alt und in diesen Jahren nicht nur stark in Umsatz und Mitarbeiterzahl gewachsen, sondern hat auch inhaltlich eine bemerkenswerte Entwicklung vollzogen. Vom eigentümergeführten mittelständischen Pionier der Krankenhausprivatisierung hin zu Deutschlands bzw. Europas größter Krankenhausgruppe als Teil eines weltweit agierenden DAX-Unternehmens (Fresenius). Auch wenn für das Größenwachstum stets ein Blickwechsel notwendig war: Das von HELIOS verfolgte Ziel, die bestmögliche Qualität für die Patienten zu

bieten, ist dabei immer im Fokus geblieben. Um dieses Ziel zu erreichen, mussten sich Strukturen, Gremien und Instrumente über die Jahre ebenfalls fortentwickeln und professionalisieren. Einen wesentlichen Beitrag zur Weiterentwicklung der Medizin und Qualität bei HELIOS leisten die in ihren Fachgruppen organisierten Chefarzte sowie Pflegedienstleitungen. Zu den Aufgaben der Fachgruppen gehören, neben dem Vorantreiben der medizinischen bzw. pflegerischen Entwicklung im jeweiligen Fachbereich, auch die Mitwirkung bei der Weiterentwicklung des HELIOS Qualitätsmanagements, Aufgaben im Bereich der Personalentwicklung und -gewinnung sowie die Förderung der internen Kommunikation. Nicht zu vergessen die Steigerung der Wirtschaftlichkeit in der Medizin u. a. durch die Optimierung der Prozesse (Zacher 2015). Die Fachgruppen waren und sind also ein Motor der Innovation bei den HELIOS Kliniken.

Was heißt das mit *Blick* auf die Pflege bzw. die Fachgruppe Pflege?

Exkurs in die Entwicklung der Fachgruppe Pflege bei HELIOS

Wie alle übrigen Fachgruppen hat sich auch die Fachgruppe der Pflegedienstleitungen seit ihrer Institutionalisierung bei HELIOS im Jahr 1999 entwickelt. Waren zunächst alle Pflegedienstleitungen in der Fachgruppe organisiert, wurde im Jahr 2008 unter Einbindung der Erweiterten Geschäftsführung entschieden, dass die Fachgruppe Pflege ab diesem Zeitpunkt durch die sogenannten regionalen Sprecher der Pflege repräsentiert wird. Diese waren ihrerseits wieder gefordert, die verbindlichen Fachgruppenentscheidungen und sonstige Themen der Fachgruppe in die Kliniken ihrer Region zu bringen. In der nunmehr wieder kleinen Fachgruppe konnten Themen schnell bearbeitet und vorangebracht werden. Nachteilig und nur bedingt erfolgreich war dabei jedoch die Etablierung der Fachgruppenentscheidungen und -themen in der Breite – also in all unseren Kliniken, was zu der Entscheidung führte, ab dem Herbst 2014 die Fachgruppe Pflege wieder aus allen Pflegedienstleitungen der Kliniken bestehen zu lassen. Die ersten Monate dieser FG-Arbeit zeigen, dass dies die richtige Entscheidung war, da die Fachgruppe nun a) auf dem bisher Erarbeiteten aufbauen kann und b) dies nun schneller in die Breite des Unternehmens bringen kann und c) durch die Einbindung aller PDLs diese nun auch wieder direkt beteiligt und damit auch in der direkten Verantwortung sind. Viele der in diesem Buch verfassten Beiträge fußen auf der Arbeit der FG Pflege der letzten Jahre.

Schwerpunkte der Fachgruppenarbeit der Pflege

Die Erwartungen an die Fachgruppenarbeit bzw. an die in der Fachgruppe zu bearbeitenden Themen unterscheiden sich nicht von denen der ärztlichen Fachgruppen. Dennoch ist die Fachgruppe Pflege die einzige Fachgruppe, die ihre Tätigkeit im Jahr 2013 unter das Motto Blickwechsel gestellt hat. Damit nähern wir uns der Ausgangsfrage des Artikels „Warum Blickwechsel“?

Die im Bereich der Pflege, aber auch in den übrigen Bereichen des Krankenhauses bestehenden Herausforderungen erfordern ein vielschichtiges Umdenken. Dabei soll es nachfol-

gend nicht darum gehen, wer die „größten“ Herausforderungen zu meistern hat, die Ärzte oder die Pflege oder weitere Berufsgruppen. Vielmehr ist es Bestandteil des Projektes Blickwechsels, diese Fragen nicht mehr isoliert zu beantworten, sondern auch hier „über den Tellerrand zu schauen“.

Themen wie die komplexer werdende medizinische Versorgung, die Frage nach der Attraktivität des Pflegeberufes, des Fachkräftemangels und der Demografie erfordern ebenso neue Antworten bzw. Lösungen wie die zunehmende Akademisierung und Spezialisierungen der Pflegenden. Nicht zu vergessen die Veränderungen im Bereich der ambulanten, stationären und rehabilitativen Versorgung sowie die Verweildauerverkürzung bei gleichzeitigem Anspruch auf weitere Qualitätssteigerung. All diese Themen ziehen im Grunde eine Kernfrage nach sich:



Welche Leistungen müssen von wem mit welcher Qualifikation zu welchem Zeitpunkt erbracht werden?

Dieser kurze Satz hat es in sich, da wir uns für die Beantwortung dieser Frage mit einer Reihe von Themen beschäftigen müssen, die – wenn wir sie gut beantworten und am Ende in die Praxis umsetzen – so ziemlich die meisten Probleme im Krankenhaus lösen dürften. Es lohnt sich also, einen Blickwechsel zu vollziehen, der die Aufgaben und Rollen der eigenen Berufsgruppe hinterfragt. Die Pflege hat als größte Berufsgruppe Schnittstellen zu allen Professionen im Krankenhaus und ist somit auch von Veränderungen in anderen Bereichen immer mit betroffen. Daher ist es nur konsequent, dass die Pflege die Frage nach dem Perspektivenwechsel zuerst und am deutlichsten stellt.

Die Beantwortung dieser Frage erfordert einen offenen und ehrlichen Umgang damit, ob das, was insbesondere Pflegenden heute tun und

auch tun wollen, noch zu unserem Auftrag gehört und vor allen Dingen dem Anspruch einer guten Ergebnisqualität und einer hohen Patientenzufriedenheit gerecht wird. Wer in dem vorgenannten Satz die Mitarbeiterzufriedenheit vermisst, hat auch gleich schon den emotionalen Sprengstoff entdeckt, der in dieser Frage steckt. Denn insbesondere von Pflegenden wird oft reklamiert, dass keinerlei Zeit und Freiräume mehr da sind, um den Patienten neben dem klassischen Behandlungsprozess die notwendige Zuwendung zukommen zu lassen. So wie wir die Einzelleistungen, die für und an dem Patienten erbracht werden, auf Wirksamkeit und Nutzen hinterfragen müssen, benötigen wir durchaus auch eine Antwort auf die Frage, was genau mit persönlicher Zuwendung gemeint ist bzw. wie wir ihr gerecht werden können und ob dies immer ein Thema der Zeit ist oder/und vor allen Dingen auch eine Frage der Organisation und Verbindlichkeit.

Schon der Unternehmensgründer von HELIOS hat seinerzeit hinterfragt, ob es wirklich notwendig ist, die Vitalparameter wie Puls, Blutdruck und Temperatur bei jedem Patienten in gleicher Häufigkeit bzw. Regelmäßigkeit zu messen oder ob hier ein differenzierterer Umgang nicht zielführender ist. Auch die Frage, ob jeder Patient postoperativ einen Röntgen-Thorax benötigt, wird schon über Jahre geführt, ähnlich wie die Frage, welche Blutwerte in welcher Häufigkeit kontrolliert werden müssen. Zu der Frage, wer für die Blutabnahme selbst zuständig ist, kommen wir im nachfolgenden Absatz.

Für die Beantwortung dieser Frage ist ein Blick über den eigenen Arbeitsbereich der jeweiligen Profession notwendig. Beginnend mit dem Herauslösen der klassischen Servicethemen aus der Pflege vor einigen Jahren, hat sich hier schon einiges getan. So übernehmen z.B. Servicekräfte oder -assistenten pflegeferne Tätigkeiten, für die keine klassische Qualifikation als examinierte Pflegekraft benötigt wird.

Spannender wird die Diskussion, wenn es um die Schnittstellen zwischen pflegerischen und ärztlichen Leistungen geht. Hier waren – zumindest in der Vergangenheit – die Vorbehalte und auch Bedenken jeglicher Art groß. So hat sich die Fachgruppe Pflege beispielsweise vor vielen Jahren u.a. damit beschäftigt, wer für die Blutabnahme zuständig ist. War es in den neuen Bundesländern selbstverständlich, dass die examinierten Pflegekräfte für diese Tätigkeit zuständig sind, war es in den alten Bundesländern umso selbstverständlicher, dass dies explizit nicht Aufgabe der Pflege, sondern des Ärztlichen Dienstes war. Die Diskussion darüber und vor allen Dingen auch die Frage, was denn aus Patientensicht die beste Lösung ist, hat diese Diskussion in Bewegung gebracht und zu besseren Ablaufprozessen und damit patientenorientierteren Lösungen beigetragen. Auch neue Berufsfelder – wie z.B. der Einsatz von Physician Assistants – finden zunehmend Akzeptanz, wenn auch langsam und stetig, was manchmal auch an so einfachen Fragen liegt, wie der, auf welchen Stellenplan diese Kollegen angerechnet werden und wer dafür was abgeben muss. Die längst überfällige Antwort auf die Frage, wo und wie die zwischenzeitlich in nennenswerter Anzahl vorhandenen akademisierten bzw. spezialisierten Pflegekräfte eingesetzt werden, bedarf ebenfalls einer Klärung und ist somit Bestandteil des Projektes Blickwechsel. In der Sektion III dieses Buches greifen einige Artikel das Thema Qualifikation und Akademisierung auf und auch ein Blick ins Ausland kann zu neuen Ideen und Konzepten beitragen. Dem Thema der Führungsrolle und Entwicklungsmöglichkeiten widmen sich u.a. weitere Artikel in der Sektion I dieses Buches.

bleibt noch die Frage nach dem Zeitpunkt der Leistungserbringung. Am Beispiel der gemeinsamen Visite (s. Kap. II.2) kann man sehr gut nachvollziehen, wie wichtig abgestimmte Prozesse, aber auch Verbindlichkeit und das Einhalten von Terminen für den Erfolg oder Miss-

erfolg eines Behandlungsprozesses bzw. auch die Patientenzufriedenheit sind. Und auch das seitens der Fachgruppe Pflege vor einigen Jahren initiierte interprofessionelle Projekt „Aktiv mobil“ (s. Kap. II.6) hat allen Beteiligten noch mal vor Augen geführt, dass für eine frühzeitige Mobilisierung des Patienten fast alle Berufsgruppen relevant sind.

Die Frage, wie und wann im Stationsalltag Medikamente gerichtet werden, ist zwar eine Detailfrage, aber ebenfalls relevant und ein gutes Beispiel dafür, wann am Tag oder in der Nacht sinnvollerweise was gemacht werden sollte. Dies zum einen vor dem Hintergrund von Ablaufeffizienz, viel mehr aber noch vor dem Hintergrund der Patientensicherheit. So ist es sicher nicht zielführend, dass die Nachtdienstschwester, die ggf. allein im Dienst ist, diese Tätigkeit übernimmt (zum Thema Medikamentensicherheit s. Kap. II.6).

Neben der Herausforderung, dass die einzelnen Prozesse im Krankenhaus so abgestimmt sind, dass Wartezeiten und Leerläufe vermieden werden, kann die Flexibilisierung von Dienstplänen zur Problemlösung beitragen. Denn gerade die Belastungsspitzen im Alltag sind es, die den Eindruck der Arbeitsverdichtung verschärfen und auch die Fehleranfälligkeit steigern. Auch das ist kein neues Thema, umso erstaunlicher, dass wir uns hier so schwer tun, uns mehr an die Bedürfnisse des Tagesablaufes bzw. des Behandlungsablaufes anzupassen. Vielleicht liegt es an der Komplexität des Krankenhauses und der dort agierenden verschiedenen Bereiche und Berufsgruppen? Vielleicht aber auch daran, dass solche Änderungen in der Regel der Mitbestimmung unterliegen? Vielleicht aber auch an der Tatsache, dass wir uns insgesamt so schwer mit Veränderungen

tun? Und sicher gibt es noch weitere mögliche Gründe. Fakt ist jedoch, dass sich durch kluge Regelung der Besetzungsstärken Arbeitsspitzen besser abfedern lassen, was am Ende nicht nur den Patienten, sondern vor allen Dingen den Mitarbeitern dient und deren Zufriedenheit steigert (s. Kap. IV.1 und IV.2 zur Personalorganisation in der Pflege sowie Kap. II.5 zum Modell der Integrierten Normalstation).

Dieser Beitrag hat nicht den Anspruch, die oben aufgeworfene Kernfrage zu beantworten und kann das auch gar nicht, denn hierfür müssen noch einige Aufgaben erledigt werden. Die Fachgruppe Pflege hat die Federführung im Projekt „Blickwechsel“ übernommen und sich auf den Weg gemacht bzw. auch schon einen Teil des Weges beschritten und damit „Weit-sicht“ bewiesen. Sie wird für die Beantwortung der noch offenen Fragen mit weiteren Berufsgruppen zusammenarbeiten müssen. Tröstlich ist dabei, dass die aufgeworfenen Fragen keine HELIOS spezifischen sind. Vielmehr sind es Fragen und Herausforderungen, mit denen sich alle deutschen Krankenhäuser befassen müssen. HELIOS wäre nicht HELIOS, wenn man nicht auch hier den Anspruch hätte, eine Vorreiterrolle zu übernehmen. Die Federführung wird dabei die Pflege übernehmen, die dabei die volle Unterstützung der übrigen Fachgruppen und der Geschäftsführung genießt.

Literatur

Zacher J (2015) Ist die Arbeit in den Fachgruppen nicht verschenkte Zeit? – Besser wäre es, sich in den Fachgesellschaften zu engagieren. In: Gräppi K, Meier-Hellmann A, Zacher J (Hrsg.) 20 Jahre HELIOS. 113–118. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin



Karin Gräppi

Frau Gräppi ist Mitglied der Geschäftsführung der HELIOS Kliniken GmbH. Sie ist zuständig für Tarif-Versorgungsverträge und Personalmanagement, Talentmanagement, HELIOS Akademie sowie Aus-, Fort- und Weiterbildung, Betriebliches Gesundheitsmanagement und Privatkliniken.

Nach einer Ausbildung zur Arzthelferin und Wirtschaftsassistentin stieg sie 1993 bei der HELIOS Klinik Volkach, zunächst als Stv. Verwaltungsleiterin, ein. Weitere Stationen als Klinikgeschäftsführerin bei HELIOS folgten. Im Jahr 2006 übernahm sie die Funktion der Regionalgeschäftsführerin der damaligen HELIOS Region Süd, bevor sie 2010 in die Geschäftsführung des Unternehmens wechselte.



Management

1	Blickwechsel oder Blickschärfe _____	9
	<i>Heike Fehlberg</i>	
2	„Wir wollen die Besten“: Personalentwicklung und Personalbindung von Pflege-Führungskräften bei HELIOS _____	15
	<i>Anna-Maria Zeschmann-Hecht</i>	
3	Pflege heute – die Anforderungen aus Sicht der Klinikgeschäftsführung _____	19
	<i>Corinna Glenz</i>	



1 Blickwechsel oder Blickschärfe

Heike Fehlberg

1.1 Den Blick für künftige Lösungen schärfen!

Die Gesundheitsversorgung in Deutschland verändert sich stetig. Zu Zeiten von Florence Nightingale waren Pflegekräfte noch für die allgemeine *und* spezielle Pflege zuständig. Zu Beginn des 19. Jahrhunderts entstanden Spezialisierungen. Im Zuge der Erweiterungen der medizinischen Erkenntnisse und der Diagnostik entwickelte sich zum Beispiel das Berufsbild der MTA (Medizinisch Technischer Assistent). Im Jahre 1917 beschrieb Pfarrer Ludwig Heumann konkrete Pflegeleistungen im Umgang mit Kranken: Röntgenassistent, Krankengymnastik, Ergotherapie sowie physikalische Leistungen wie medizinische Bäder und Auflagen waren demnach Aufgaben der Pflege (vgl. Heumann 1917, S. 223)

Mit dem Entstehen der neuen Berufsbilder geschah ein Umbruch in der medizinischen Versorgung. Die Pflege spezialisierte und professionalisierte sich und übernahm weitere Kompetenzen und mehr Verantwortung. Die Abstimmung

zwischen den Berufsgruppen und die Prozessetablierung bei den stetig wachsenden Behandlungsteams wurden zunehmend Aufgaben der Pflege. Deshalb waren der Patientenservice sowie der sogenannte Rundumblick im Rahmen von Prozessanalysen und Feinabstimmungen in den Teams während meines Fachschulstudiums (1988) immer ein fester Bestandteil der Lehrpläne. Darüber hinaus habe ich Wissen in der Grundkranken- und Behandlungspflege, Hygiene sowie Kompetenzen in unterschiedlichen medizinischen Fachrichtungen erworben.

Da die Medizin sich stetig entwickelt, haben sich seitdem die Herausforderungen für die Pflege schon wieder grundlegend verändert. So stellt etwa die komplexe Versorgung und Betreuung von Menschen mit demenzieller Veränderung alle Krankenhäuser und Berufsgruppen vor neue Herausforderungen (Angerhausen 2013). Es entstehen neue Berufsbilder wie Wundspezialisten oder Pflegeexperten auf der Stroke unit. Die aktuelle demografische Entwicklung und die damit verbundenen Probleme wie der Ärzte- und Fachkräftemangel oder die

Frage nach der Bezahlbarkeit unseres Gesundheitssystems tragen dazu bei, dass erneut Behandlungsteams neu zu organisieren und zu strukturieren sind. Wir wollten bei HELIOS wissen, welche Lösungsansätze es diesbezüglich schon gibt: um „vom Besten zu lernen“, und damit den Anforderungen von heute gerecht zu werden und den Blick für die Zukunft zu schärfen.

1.2 Den Blick für grundsätzliche Änderungen wechseln!

Ausgehend von der HELIOS Fachgruppe Pflege haben wir Lösungen, konkrete Instrumente und Wege gesucht, um auf obige Herausforderungen zu reagieren. Wir wollten unseren Blick aber nicht nur für bereits vorhandene Lösungen schärfen, sondern auch grundsätzliche Änderungen überlegen – also einen Blickwechsel vollziehen. Wir starteten deshalb HELIOS weit 2012 mit einem interdisziplinären Workshop mit der zentralen Fragestellung:

Was müssen wir heute verändern, damit die Klinik, die Abteilungen sowie die Stationen zukunftsfähig sind?

Die Teilnehmer des Workshops setzten sich aus Vertretern der HELIOS Geschäftsführung, des Medizinischen Beirates, der Fachgruppe Pflege, der Stations-, Klinik- und Fachgruppenleitungen, der Bildungszentren, der Akademie und aus einigen Pflegefachkräften und Trainees im Pflegemanagement zusammen.

1.2.1 Brauchen wir eine Kulturveränderung, mehr Qualifikation oder die Akademisierung der Pflege für einen Blickwechsel?

Extremere Ansätze zur Neuorganisation der Berufsgruppen, wie zum Beispiel „Der Arzt als Konsil“ oder „Die Pflege wird dem Arzt unter-

stellt“ wurden in einem „gesunden Dialog“ kontrovers diskutiert. Allen wurde klar, dass diese zwei Wege nicht die Antwort auf die Herausforderungen von heute und morgen sind. Diese Statements dienten als Impulsvorträge zur Beantwortung folgender Grundsatzfragen, die in Arbeitsgruppen bei einem Workshop bearbeitet wurden:

- Brauchen wir eine Kulturveränderung in der Zusammenarbeit?
- Ist Verantwortungsübernahme nach Qualifizierungsniveau möglich und wenn ja, wie?
- Gibt es einen Mehrwert durch eine akademisierte Pflege?

Durch verschiedene Vorträge und Themenvorstellungen waren sich die Teilnehmer schnell einig: „Ja, wir brauchen eine andere Zusammenarbeit“, da offenbar die Pflege und auch andere Berufsgruppen mit der jetzigen Situation unzufrieden sind. Abstimmungen zur Diagnostik und Therapie müssen konkret, verbindlich und nachvollziehbar stärker zwischen den Berufsgruppen stattfinden.

Es wurde festgestellt, dass der Wunsch nach gut funktionierenden Behandlungsteams, die Kommunikation auf Augenhöhe und Verantwortungsübernahme durch Professionalisierung entscheidend für eine sichere, qualitativ hohe medizinische Versorgung sind (Abbildung 1 zeigt die Wünsche der Arbeitsgruppe für das Krankenhaus bzw. die Station der Zukunft). Das bedeutet z.B., dass die gemeinsame Visite verbindlich zu dem vereinbarten Zeitpunkt stattfindet, die Teilnehmer feststehen und jeder seine Rolle kennt und gut vorbereitet ist.

So klar die Antwort auf die Frage nach der Kulturveränderung war, so differenziert waren die Meinungen zu den Fragen nach der Verantwortungsübernahme nach Qualifizierungsniveau oder dem Einsatz akademisierter Pflege. Einigkeit herrschte allerdings bezüglich des Kriteriums, an dem sich jede Änderung bei HELIOS messen lassen muss: Patientennutzen. Wenn sich die Pflege weiter spezialisiert oder akademi-