

..... Nr. 6 Juni 2012

transferplus

..... Gezielt handeln - die Praxis erfolgreich verändern
10 Jahre Internationales Hospitationsprogramm Pflege und Gesundheit



..... Herausgeber

..... g-plus - Zentrum im internationalen Gesundheitswesen

Inhalt

Editorial: Warum denn nicht mal vom Ausland lernen? - 10 Jahre Internationales Hospitationsprogramm Pflege und Gesundheit Atje Drexler	3
Veränderungen durch Impulse aus dem Ausland - Warum denn nicht mal...	
... den Theorie-Praxis-Transfer fördern und Skills Laboratories in der Pflegeausbildung anwenden? - Resultate einer Hospitation in Großbritannien Martina Ostheimer-Koch	5
... Erfahrungen aus Kanada nutzen und durch das Case Management eine interprofessionelle und vernetzte Versorgung realisieren? Bettina Otterstedt	12
... das Fallmanagement erfolgreich implementieren? Helene Maucher	18
... qualifizieren statt resignieren? - Einsatz von Pflegeexperten im Akutkrankenhaus Dr. Johanna Feuchtinger	27
Eine „Werkzeugkiste“ für eine erfolgreiche Umsetzung von Veränderungsprozessen	
Angst vor Veränderung? - Reaktionen von Mitarbeitern begegnen Christa Tischer	32
Gemeinsames Verändern durch aktives Einbeziehen der Mitarbeiter - Erfahrungen aus Schweden Sabine Varenkamp	36
Veränderung zum Alltag werden lassen - Stabilisierung der Erneuerungen Anneke de Jong	42
Gezielt handeln - die Praxis erfolgreich verändern Prof. Dr. Elke Donath	48
Allgemeine Hinweise / Impressum	51

.... Editorial:

.... Warum denn nicht mal vom Ausland lernen? - 10 Jahre Internationales Hospitationsprogramm Pflege und Gesundheit

.... *Atje Drexler, stellvertretende Bereichsleiterin Gesundheit und Wissenschaft, Robert Bosch Stiftung, Stuttgart*

Im vergangenen Jahrzehnt haben die Gesundheitsberufe in Deutschland zahlreiche Umbrüche im Selbstverständnis und den Rahmenbedingungen sowie eine rasante Entwicklung der Professionalisierung erfahren. Gesellschaftliche Trends wie der demografische Wandel und soziale Ungleichheiten, finanzielle und personelle Engpässe im Gesundheitswesen und der Anstieg von altersbedingten und chronischen Krankheiten bringen neue Herausforderungen an die Gesundheitsversorgung mit sich und lassen die Anforderungen an die Gesundheitsberufe sowie an ihr Aus- und Weiterbildungssystem steigen.

Die öffentliche Gesundheitspflege ist nach dem Vermächtnis von Robert Bosch eines der zentralen Themen der Robert Bosch Stiftung. Die Qualifizierung und Förderung von Fachkräften und des Berufsnachwuchses nahm und nimmt in unserer Fördertätigkeit eine wichtige Rolle ein. Mit unseren Programmen und geförderten Projekten zur Qualifizierung in den Gesundheitsberufen wollen wir einen Beitrag zur Stärkung der beruflichen Kompetenz und der internationalen Wettbewerbstätigkeit der deutschen Fachkräfte im Gesundheitswesen leisten.

Deswegen haben wir bereits vor zehn Jahren ein bis heute in Deutschland einzigartiges Qualifizierungsangebot für Führungskräfte in der Pflege ins Leben gerufen. Zum ersten Mal wurde dieser Berufsgruppe die Möglichkeit geboten, sich durch Auslandshospitationen und begleitenden Erfahrungsaustausch persönlich und fachlich weiterzubilden. Nach einem zögerlichen Start hat sich die Nachfrage nach dem Programm erfreulich positiv entwickelt. Der spätere Programmverlauf und die externe Evaluation haben uns in der Idee „Vom Ausland lernen“ bestärkt und bestätigt, dass ein solches Hospitationsprogramm in Zeiten gravierender Umbrüche und gesetzlicher Neuregelungen im Gesundheitswesen notwendiger ist denn je. So war schnell die Entscheidung gefasst, das Programm auch für weitere Fachkräfte im Gesundheitswesen zu öffnen und gleichzeitig einen fachübergreifenden Austausch zu ermöglichen.

Die Rückmeldungen aus der Praxis bestätigen immer wieder einen gewinnbringenden Nutzen sowohl für die Fachkräfte als auch für die Einrichtungen. Natürlich bringen solche mehrwöchigen Auslandsaufenthalte für alle Beteiligten einige Herausforderungen mit sich. Die Vorbereitung einer Auslandshospitation nimmt gewisse Zeit in Anspruch

Im vergangenen Jahrzehnt haben die Gesundheitsberufe in Deutschland zahlreiche Umbrüche im Selbstverständnis und den Rahmenbedingungen sowie eine rasante Entwicklung der Professionalisierung erfahren. Gesellschaftliche Trends wie der demografische Wandel und soziale Ungleichheiten, finanzielle und personelle Engpässe im Gesundheitswesen und der Anstieg von altersbedingten und chronischen Krankheiten bringen neue Herausforderungen an die Gesundheitsversorgung mit sich und lassen die Anforderungen an die Gesundheitsberufe sowie an ihr Aus- und Weiterbildungssystem steigen.

Die öffentliche Gesundheitspflege ist nach dem Vermächtnis von Robert Bosch eines der zentralen Themen der Robert Bosch Stiftung. Die Qualifizierung und Förderung von Fachkräften und des Berufsnachwuchses nahm und nimmt in unserer Fördertätigkeit eine wichtige Rolle ein. Mit unseren Programmen und geförderten Projekten zur Qualifizierung in den Gesundheitsberufen wollen wir einen Beitrag zur Stärkung der beruflichen Kompetenz und der internationalen Wettbewerbstätigkeit der deutschen Fachkräfte im Gesundheitswesen leisten.

Deswegen haben wir bereits vor zehn Jahren ein bis heute in Deutschland einzigartiges Qualifizierungsangebot für Führungskräfte in der Pflege ins Leben gerufen. Zum ersten Mal wurde dieser Berufsgruppe die Möglichkeit geboten, sich durch Auslandshospitationen und begleitenden Erfahrungsaustausch persönlich und fachlich weiterzubilden. Nach einem zögerlichen Start hat sich die Nachfrage nach dem Programm erfreulich positiv entwickelt. Der spätere Programmverlauf und die externe Evaluation haben uns in der Idee „Vom Ausland lernen“ bestärkt und bestätigt, dass ein solches Hospitationsprogramm in Zeiten gravierender Umbrüche und gesetzlicher Neuregelungen im Gesundheitswesen notwendiger ist denn je. So war schnell die Entscheidung gefasst, das Programm auch für weitere Fachkräfte im Gesundheitswesen zu öffnen und gleichzeitig einen fachübergreifenden Austausch zu ermöglichen.

Die Rückmeldungen aus der Praxis bestätigen immer wieder einen gewinnbringenden Nutzen sowohl für die Fachkräfte als auch für die Einrichtungen. Natürlich bringen solche mehrwöchigen Auslandsaufenthalte für alle Beteiligten einige Herausforderungen mit sich. Die Vorbereitung einer Auslandshospitation nimmt gewisse Zeit in Anspruch und verlangt Durchsetzungskraft und Hartnäckigkeit: Das Thema muss gründlich recherchiert und aufbereitet, eine entsprechende Institution im Ausland gefunden und gewonnen sowie die eigene Einrichtung überzeugt werden. Man braucht viel Selbstvertrauen und oft auch Überwindung, eine fachbezogene Hospitation in einer fremden Sprache zu organisieren und allein durchzuführen. Und die angespannte Personalsituation im Gesundheitsbereich macht diese Vorbereitung nicht gerade leichter. Aber zum Glück erkennen immer mehr Einrichtungen den Gewinn des internationalen Austausches. Denn der fachliche Austausch mit Kollegen im Ausland kann in vielen Fragen und neuen Bestrebungen konkrete Hilfestellung leisten. Ob zunehmende Probleme bei der Sicherstellung der Patientenversorgung, neue Qualifikationsanforderungen an die



..... Veränderungen durch Impulse aus dem Ausland – warum denn nicht mal ...

..... **... den Theorie-Praxis-Transfer fördern und Skills Laboratories in der Pflegeausbildung anwenden? – Resultate einer Hospitation in Großbritannien**

..... *Martina Ostheimer-Koch, Berufsfachschule für Krankenpflege, Kempten*

Nach der Einführung von Skills Labs an der Berufsfachschule für Krankenpflege in Kempten sind Fragen im Bereich von Prüfungen und Simulationen entstanden, die während einer Hospitation in London im Dezember 2010 geklärt werden sollten.

Hintergrund

Mit der Integration von Skills Labs, oft mit „Fertigkeitenlabor“ übersetzt, wollte die Berufsfachschule für Krankenpflege in Kempten auf die Änderung der Ausbildungsbedingungen reagieren. Mit Abschluss der ersten nach neuem Gesetz ausgebildeten Kurse zeigte sich ein erschwerter Erwerb von praktischen Fähigkeiten. Dies wurde zum einen der Erhöhung des theoretischen Stundenumfanges zu Lasten der praktischen Ausbildungszeit zugeschrieben, zum anderen wurde eine Reduktion der Lernangebote in der Praxis durch verringerte Verweildauern der Patienten beobachtet. Auch die steigende Arbeitsintensität auf den Stationen führte dazu, dass die Auszubildenden eher als Arbeitskräfte statt als Lernende eingesetzt werden und deren gezielte Anleitung vernachlässigt wird (vgl. Brinker-Meyendrisch et al. 2001, Sahmel 2000, Görres et al. 2002).

Gleichzeitig zu dieser Entwicklung wird ein erschwerter Transfer von theoretischem Wissen in die Praxis in der Literatur diskutiert. Die Routinen auf den Stationen sind laut Henke (2002) für Pflegekräfte nicht mehr mit den Handlungsabläufen vereinbar, die in der Schule gelehrt werden. Hinzu kommt, dass die fachpraktische Ausbildung bisher den Schwerpunkt auf den Erwerb immer neuer praktischer Fähigkeiten durch Zeigen der Fähigkeit ohne ausreichendes Üben gelegt hat. Dadurch werden grundlegende Handlungen nicht ausreichend vertieft, bevor die darauf aufbauende Tätigkeit erworben werden soll. Dies löst Unsicherheiten in der Handlung aus (vgl. Van Meer 2001). Das KlaR (Kempten lernt an Realsituationen) Projekt sollte durch die eingeführten Skills

Labs vertieftes, selbstständiges Üben in realitätsnaher Umgebung ermöglichen. Mit Hilfe von Fallbeispielen werden die Tätigkeiten kontextbezogen angewendet. Die Skills Units bauen thematisch aufeinander auf und werden in sich komplexer. Den Auszubildenden soll so ermöglicht werden, praktische Fähigkeiten unabhängig vom zufälligen Übungsangebot auf den Stationen zu erwerben und zu vertiefen.

Am Anfang des Projekts standen die Überarbeitung des Curriculums und die Themenfindung für die Skills Units.

Die Themen wurden anhand einer Auswertung der Bewertungsbögen der Praxisnoten identifiziert. Praxisnoten werden in Bayern einmal pro Halbjahr durch die Lehrer der Berufsfachschule in der Praxis erhoben. Die einzelnen Units wurden dann auf der Grundlage des Vorgehens des Careum (2008) in der Schweiz und den Empfehlungen von van Meer (2001) sowie der Veröffentlichung von Muijsers (1997) entwickelt.

Auf Grund der Ausgestaltung des bayerischen Curriculums und nationaler Richtlinien und Expertenstandards konnte nicht auf bestehende Konzepte und bestehende Units zurückgegriffen werden.

Problem- und Fragestellungen der Hospitation

Im Laufe der ersten durchgeführten Skills-Unterrichtseinheiten traten vermehrt Fragen zum didaktischen Vorgehen in der Vorbereitungsphase und im Demonstrationstreffen auf. In der Vorbereitungsphase erarbeiten die Schüler selbstständig an Hand von vordefinierten Fällen in kleinen Gruppen gemeinsam Handlungsstrategien zur Lösung des jeweiligen Falls (vgl. Careum 2008). Da die Skills Labs im Stundenumfang fast vollständig aus den theoretischen Ausbildungsstunden entnommen werden mussten, wurde vorbereitender Unterricht im Sinne von Vorlesungen durch die Vorbereitungsphasen zum Teil ersetzt, so dass innerhalb der Fallbearbeitung auch Regelwissen erarbeitet wurde. Dies warf unter anderem Fragen zur Ergebnissicherung in den Vorbereitungsphasen und zur Steuerung und Begleitung der Vorbereitungstreffen auf.

Die Demonstrationstreffen beinhalten die Demonstration der Handlung durch die Lehrkraft und das Durchführen der Handlung durch die Schüler unter Beobachtung einer Lehrkraft. Hier traten Unsicherheiten auf, wie genau ein Handlungsablauf definiert werden sollte, welche Überarbeitungszeiträume sinnvoll sind und in welchem Umfang die Arbeitsabläufe auf pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen beruhen sollten und könnten.

Bei der Einführung der Skills Labs hatte sich die Schule für die Einführung von Simulationen mittels Simulationspatienten entschieden. Durch Vorgaben der bayerischen Berufsfachschulordnung wurden die Simulationen auch dazu benutzt, fachpraktische Noten zu erheben. Allerdings konnten die Auszubildenden die Lernchancen der Simulation unter dieser Voraussetzung nicht immer optimal nutzen.

Gleichzeitig gaben die Simulationsprüfungen nicht die Möglichkeit, alle in einem Unter-

richtsblock oder Halbjahr erworbenen Skills innerhalb eines Szenarios zu überprüfen. Zudem wurden Alternativen zu Simulationspatienten gesucht, um auch invasivere Pflorgetechniken üben zu können.

Dies warf die Frage auf, wie Prüfungen über Skills organisiert werden könnten, die die Handlungsfähigkeit prüfen, ohne dabei die Trainingsstunden zu reduzieren und die Simulationssituation als Lernsituation zu erhalten.

Um Antworten auf diese Probleme zu finden, habe ich dann zu den genannten Fragen eine Hospitation in Großbritannien durchgeführt, um mir vor Ort entscheidende Tipps und Anregungen holen zu können von Lehrenden, die schon seit vielen Jahren mit dieser Art des Unterrichtes arbeiten.

Ergebnisse der Hospitation

Ich hatte die Möglichkeit, bei mehreren Skills-Unterrichtseinheiten und anderen Vorlesungen in Großbritannien teilzunehmen, um gezielt meine Fragestellungen nachzugehen. Diese Erfahrungen möchte ich im Folgenden weiter ausführen.

Lead Lecture und Vorbereitungsaufgaben

In der School of Community und Health Science gliedert sich die Vorbereitung auf das jeweilige Demonstrations- und Übungstreffen in selbstständige Erarbeitungsphasen und Lead Lectures, also Vorlesungen zum Thema. Bei den Vorlesungen wurde darauf geachtet, Prinzipien der Pflege und Grundlagen der Handlung darzustellen und mit Vorwissen zu verknüpfen. Die Studierenden wurden zudem dazu angehalten, sich mittels Literatur, Arbeitsbüchern und E-Learning mit der Handlung und den Begründungszusammenhängen auseinanderzusetzen. Dies war jedoch freiwillig und in der Freizeit zu erledigen. Im Unterschied zu deutschen Unterrichtsvorbereitungen wurde bei der Erarbeitung von Handlungsabläufen die aktuelle Studienlage sehr genau überprüft und Leitlinien mit einbezogen. Darauf aufbauend wurde der Handlungsablauf festgelegt und nochmals auf seine Handhabbarkeit überprüft. Erklärungen und Begründungszusammenhänge sind nicht im Handlungsablauf dargestellt, sondern ausschließlich in dessen Kommentierung. Im Vergleich zu den Skills Units des Careums sind die Abläufe an der City University eher grobschrittig schriftlich festgelegt. Muijsers (1997, S. 29 ff) stellt dazu fest, dass die Entscheidung, wie genau ein Handlungsablauf vorgegeben wird, abhängig gemacht werden sollte von der Ausbildung, der Institution und von der Situation, in der die Handlung erlernt werden soll. Anfänger würden dabei mehr Schritte benötigen als Pflegeexperten.

Diese Beobachtung wurde während der Hospitation bestätigt. Gerade in eigenen Arbeitsphasen zeigten die Studierenden große Unsicherheiten bezüglich der Abläufe, besonders wenn die zusätzlichen Erklärungen der Demonstrationsphase nicht mitgeschrieben worden waren. Vorteilhaft an den kompakten Beschreibungen war, dass die

wenigen Schritte schnell auswendig gelernt werden konnten und die Studierenden bereits zu Beginn die Möglichkeiten hatten, im Handlungsablauf zu variieren. Neben der Vorbereitung mit den Büchern beschrieben die Lernenden die E-Learning-Ressourcen als besonders hilfreich in der Vorbereitung und Vertiefung. Dort gab es die Möglichkeit, Filme zur Handlung mit Erklärungen anzusehen und das eigene Wissen zu testen.

Demonstration und Üben unter Anleitung

Zu Beginn aller Demonstrations- und Übungstreffen fand eine meist 30-minütige Wiederholung der wichtigsten Grundlagen im Unterrichtsgespräch statt. Danach wurde die Handlung entweder durch die Lehrenden demonstriert, oder der Film über die Handlung wurde auf der Internet-Plattform CETL (Centre for Excellence in Teaching and Learning) oder clinical skills online gezeigt.

Die Demonstrations- und Trainingstreffen fanden immer in Kleingruppen zu maximal 25 Studierenden statt und es waren zwei bis drei Lehrende anwesend – das entspricht einem Schnitt von 1:8. Muijsers (1997, S. 27) empfiehlt vier bis sechs Studierende pro Lehrkraft. In Gesprächen mit den Dozenten gaben diese an, dass aufgrund der Kosten und Personalbesetzung ein solches Verhältnis nur in Simulationen vorkomme. Der Demonstrationsunterricht dauerte in der Regel 120 Minuten, nach Abzug der Vorlesung und Demonstration hatten die Studierenden etwa 70 bis 80 Minuten Zeit, die Handlung in Gruppen unter Aufsicht eines Lehrenden zu üben. Beim Üben der Handlung legten die Lehrenden besonderen Wert darauf, dass sowohl das Vorgehen selbst als auch die Begründungszusammenhänge ausgesprochen wurden, um das Theoriewissen (kognitives Schema) mit der praktischen Handlung optimal zu verknüpfen. Die Lehrenden hatten während dieser Phasen die Aufgabe, die Schüler durch Feedback und gezielte Fragestellungen auf Fehler hinzuweisen und diese zu verbessern.

Selbstständige Übungsphasen

Für die selbstständigen Übungsphasen wurden bis auf zwei Übungs- und Wiederholungseinheiten mit Lehrkräften keine Unterrichtszeiten eingeplant. Die Studierenden waren selbst dafür verantwortlich, Räume zu buchen und sich Übungsmöglichkeiten zu schaffen. Um den Raummangel im Robin Brook Center auszugleichen, steht den Studierenden auch der CETL Skillsbus zur Verfügung. Hier handelt es sich um einen umgebauten Reisebus, der mit sämtlichem Equipment ausgestattet ist, das die Studierenden aller Jahrgangsstufen und Berufsgruppen zum Trainieren von Skills benötigen. Die Studierenden konnten in den eigenen Übungsphasen das Lehrbuch zur gegenseitigen Beobachtung nutzen. Strukturierte Beobachtungsbögen gab es nicht.

Simulationen

Simulationen sollen laut Muijsers (1997, S. 11ff) auf den Empfängerkontakt vorbereiten. Sie können verschiedene Funktionen haben. Zum einen können sie dazu dienen, eine



Fertigkeit im Kontext anwenden zu müssen und dadurch eine höhere Komplexität der Lernsituation schaffen, zum anderen können sie dazu genutzt werden, Krankheitsbilder in ihrer Erscheinungsform und mit notwendigen Interventionen zu veranschaulichen. Muijsers (ebd.) spricht dabei meist vom Einsatz von Schauspielpatienten. Schlegel und Shaha (2007) verweisen darauf, dass Simulationen auch Teile von Lernzielkontrollen darstellen können. Besonders interessant waren während des Praktikums Simulationen mit Hilfe von Simulatoren. Mit ihnen wurden Fähigkeiten der Patientenbeobachtung, Erkennen von Krankheitsbildern und Komplikationen sowie Notfallhandeln und invasiven pflegerischen Maßnahmen und die Übergaben an den Arzt trainiert. Hier wurde der Algorithmus des DrABCDE aus der Notfallmedizin für das klinische Setting eingesetzt. Dieses Schema erleichtert es den Auszubildenden sich die notwendigen Kontrollen von Airway, Breathing, Circulation, Disability und Examination zu merken. Zudem ergab sich dadurch eine strukturierte Vorgehensweise bei der Patienteneinschätzung. Um die Reflexion für die Auszubildenden zu erleichtern, wurden komplexe Simulationen auf Video aufgenommen und mit den Studierenden reflektiert.

Objective Structured Clinical Examination (OSCE)

OSCEs werden in der Mediziner Ausbildung in den letzten Jahren auch in Deutschland vermehrt eingesetzt, beispielsweise an den Universitäten Frankfurt und Mainz. „Der [sic!] OSCE ist ein flexibles Testformat und beinhaltet das Durchlaufen von verschiedenen Stationen. Jede Station verfügt über ein anderes Szenario. Bei den Stationen werden die Studierenden sowohl in Kommunikation und Umgang mit einem standardisierten (sic!) Patient (SP), als auch in Fertigkeiten einer Handlung überprüft.“ (Schlegel & Shaha, 2007, S. 773).

An der City University wurden summative OSCEs mit Benotung und formative OSCEs ohne Benotung abgehalten.

Für die OSCEs wurden im großen Skillsraum vier Einheiten mittels Trennwänden in „Zimmer“ abgeteilt. In jedem „Zimmer“ befand sich eine Station des OSCE. Dort wurde eine spezielle Prüfungsaufgabe schriftlich gestellt. Der Studierende führte die Handlung durch. Ein Bewerter pro Station nahm mittels Beobachtungsliste eine Bewertung vor. Ein Koordinator übernahm die Einführung der Studierenden und gab Zeitansagen. So

Abb. 1

CELT Skillsbus

Abb. 2 & 3

Übungsplätze im Bus

erhielt jeder Studierende die gleiche Prüfungszeit, zudem führte der Koordinator die Prüfungsliste.

Bei einem beobachteten OSCE kannten die Bewerter den Punkteschlüssel zum Beobachtungsbogen nicht. Der Bewerter gab aber eine Empfehlung ab, ob seiner Meinung nach der Studierende bestanden hatte. Durch diese Maßnahme konnte der vorher festgelegte Bewertungsschlüssel nochmals überprüft werden. Durch die verdeckte Benotung war eine Bevorzugung durch den Prüfer ausgeschlossen.

Transfer

Aus der Hospitation brachte ich viele Eindrücke mit, die natürlich nicht alle sofort transferfähig waren – einige auch gar nicht.

Bereits während der Hospitation konnte ich zusammen mit einer Kollegin eine E-Learning-Einheit zur Unterstützung des selbstgesteuerten Lernens entwickeln und eine bestehende Einheit übersetzen.

Nach meiner Rückkehr nach Deutschland wurden in einem ersten Gespräch im Projektteam die Transfermöglichkeiten besprochen und danach umgesetzt.

Es wurden Skills Units bis zum Ende des dritten Ausbildungsjahres entworfen (derzeit: 14 Skills Units).

Um unser Skills Training weiter zu verbessern, wurde von Seiten der zweiten Projektleitung eine Ausbildung zum Skillstrainer in der Schweiz absolviert und das Team im Anschluss geschult.

Ein weiterer wichtiger Schritt im Transfer war die Trennung von Simulation und Prüfung. Lediglich die erste Simulation der Körperpflege wird aufgrund der Probezeit benotet, ebenso die letzte vor der Prüfung geplante Simulation. Anstelle der benoteten Simulationen wurden OSCEs eingeführt.

Insgesamt durchlaufen die Auszubildenden an der Berufsfachschule für Krankenpflege heute pro Jahr zwei Simulationen. Im ersten Jahr werden diese mit Hilfe von Simulationspatienten durchgeführt, für die weiteren Simulationen werden Simulatoren eingesetzt. Derzeit stehen dazu in Kempten zwei Simulatoren zur Verfügung, ein dritter wird angeschafft. Auch die Orientierung an Algorithmen wurde übernommen und die Auszubildenden situativ in Patientenbeobachtung geschult. Um die Kompetenzen bei der Entwicklung und Betreuung der Simulationen zu steigern, wurde ein CRM-Simulationsinstructorkurs (Crisis Resource Management) besucht und das Team im Anschluss geschult. Beim Crisis Resource Management geht es darum die Patientensicherheit zu erhöhen und Situationen besser zu bewältigen.

Um die geforderten weiteren fachpraktischen Noten zu erheben, wurden 4 OSCEs eingeführt.

Die Einführung einer E-Learning-Plattform ist weiterhin geplant. Unser Vorgehen im

Skills Lab geben wir bei Hospitationen an unserer Schule und bei Vorträgen in Kooperation mit der Firma Laerdal an Interessierte weiter. Zudem konnte das KlaR-Projekt auf dem Lernweltenkongress vorgestellt werden.

Obwohl bereits viele Aspekte aus der Hospitation umgesetzt werden konnten, stellt sich weiterhin die Frage nach Möglichkeiten der Verbesserung unserer Skills und die Publizierung unserer Ergebnisse gegenüber einer breiteren Fachöffentlichkeit.

Literatur:

Brinker-Meyendriesch, E., Rustemeier-Holtwick, A., & Schönlau, K. (2001). Lernortkooperation-Von einer systemisch-theoretischen Betrachtung zu einer Gestaltung in den Pflegeausbildungen. In M. Sieger, Pflegepädagogik. Handbuch zur pflegeberuflichen Bildung (S. 167-182). Bern: Hans Huber Verlag.

Görres, S.; Keuchel, R.; Roes, M.; Scheffel, F.; Beermann, H.; Krol, M.; (Hrsg.). (2002). Auf dem Weg zu einer neuen Lernkultur - Wissenstransfer in der Pflege. Bern: Hans Huber Verlag.

Henke, I. (2002). Zum Verhältnis Theorie und Praxis in der Pflege. In S. Görres, R. Keuchel, M. Roes, F. Scheffel, H. Beermann, M. Krol, et al., Auf dem Weg zu einer neuen Lernkultur - Wissenstransfer in der Pflege (S. 45-55). Bern: Hans Huber Verlag.

Hetzel Campbell, S., & Daley M., K. (2009). Simulation Scenarios for Nurse Educators. Making It Real. New York: Springer Publishing Company, LLC.

Meer, V. (2001). Erfahrungen mit der Skills-labs Methode in den Niederlanden. Skillslab, Beispiel eines Ausbildungsexperiments.

Meyer-Hänel, P., & Umbescheidt, R. (05/2006). Der Lernbereich Training & Transfer. Antworten auf die Transferproblematik durch den 3. Lernort in der Ausbildung dipl. Pflegefachfrau/dipl. Pflegefachmann HF. PRinterNet , 276-286.

Muijsers, P. (1997). Fertigkeitenunterricht für Pflege- und Gesundheitsberufe. Das „Skillslab-Modell“. Berlin/Wiesbaden: Ullstein Mosby GmbH & Co.KG.

Nicol, M. (2004). Clinical Nursing Skills Workbook. Edinburgh, London: Mosby.

Nicol, M., Bavin, C., Cronin, P., & Rawlings-Anderson, K. (2008). Essentiel nursing skills. London: Mosby Elsevier.

Schlegel, C., & Shaha, M. (Juli 2007). Spezielle Herausforderungen bei der Planung und Durchführung von OSCE (Objective Structured Clinical Examination) in der Pflegeausbildung. PRinterNet , S. 773-776.



:::: ... Erfahrungen aus Kanada nutzen und durch das Case Management eine interprofessionelle und vernetzte Versorgung realisieren?

:::: *Bettina Otterstedt, Case Managerin, Klinikum Bremen Mitte, Neurologie/Stroke Unit*

Mit dem Ziel, Versorgungsstrukturen des Case Management und interprofessioneller Vernetzung im Bereich der Geriatrie in Deutschland weiterzuentwickeln, hat die Autorin im Rahmen des Internationalen Hospitationsprogramms Pflege und Gesundheit eine Hospitation in Kanada durchgeführt, wo man bereits auf langjährige Erfahrungen in diesem Bereich zurückgreifen kann.

Warum ist Case Management für das deutsche Gesundheitswesen interessant?

Das Handlungskonzept Case Management (CM) ist seit einigen Jahren auch im deutschen Sozial- und Gesundheitswesen Gegenstand einer Diskussion, die sich mit effizienzsteigernden Effekten auf die klinikinternen Prozesse beschäftigt. Vor dem Hintergrund u. a. der geänderten Abrechnungsmodalitäten (DRG) mit den Krankenkassen und den daraus resultierenden verkürzten Krankenhausverweildauern soll Case Management aber auch eine auf die individuellen Bedarfe und Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten ausgerichtete Hilfeplanung, zum Beispiel die der nachstationären Versorgung, sicherstellen.

Die Erfahrungen mit Case Management

Praktische Erfahrungen mit Case Management (kurz: CM) sind im deutschen Gesundheitswesen – insbesondere im Bereich der Geriatrie – erst seit kürzerer Zeit möglich. Ein beruflicher Kontakt zu Case Managern, die in diesem Bereich ihre Strategien über einen langen Zeitraum erproben und modifizieren konnten, ist somit hierzulande derzeit nicht möglich. Um hier Abhilfe zu schaffen, führte ich eine Hospitation in Kanada durch, um mit langzeiterfahrenen Case Managern in den gewünschten professionellen

Austausch zu gehen und mir die dort erprobten Strategien näher anzusehen. Ziel dieser Hospitation war es, durch die Erfahrungen der kanadischen CM die eigene Umsetzung in Deutschland reflektieren und weiterentwickeln zu können.

Dank der Unterstützung der Robert Bosch Stiftung und des Instituts g-plus – Zentrum im internationalen Gesundheitswesen konnte ich in Toronto/Kanada eine vierwöchige Hospitation bei der Präsidentin des kanadischen Berufsverbandes der Case Manager (NCMN) realisieren.

Case Management in Kanada

CM wird in Kanada seit zwanzig Jahren intensiviert angewendet und wurde 2002 vom kanadischen Gesundheitsministerium landesweit als verbindliches Handlungskonzept im Gesundheitswesen empfohlen (RomanowBericht 2002).

Die Indikationen für den Einsatz von CM in Kanada sowie die konkreten Handlungsabläufe orientieren sich im Wesentlichen an den Vorgaben der Case Management Society of America (CMSA). Diese bilden ebenfalls die Grundlage für die Umsetzung des CM in Deutschland und werden insbesondere von der „Deutschen Gesellschaft für Care- und Case Management (DGCC)“ vertreten. Als zertifizierter Case Managerin und Mitglied der DGCC waren mir somit die Inhalte und Arbeitsweisen der kanadischen Case Manager geläufig.

Case Management am St. Michael`s Hospital (SMH)

Das St. Michael`s Hospital (SMH) in Toronto (Ontario) ist ein katholisches Haus, welches staatlich geführt und verwaltet wird.

CM kommt am SMH in Toronto immer da zum Einsatz, wo für das Klientel eine hochkomplexe Fallsituation mit einem erheblichen Versorgungs- und Nachsorgebedarf besteht und wo die Dichte des agierenden Personals besonders hoch ist. Als Leitlinie gilt hier, dass in der Akutversorgung Case Management unverzichtbar ist („acute care needs case management“). Daraus resultiert, dass CM in vielen Abteilungen zum Einsatz kommt. So hospitierte ich u. a. in den Disziplinen Geriatrie, Hämatologie, interdisziplinäre Gastroenterologie, Neurochirurgie, Innere Medizin sowie Stroke Unit/Neurologie. In der Regel haben die Case Manager am SMH in eigenen schriftlichen Präsentationen, z. B. in Stellenbeschreibungen, ihre Tätigkeit transparent gemacht. Im alltäglichen Umgang wird das Potential des Case Managements von den Akteuren angefragt und in vollem Umfang genutzt (z. B. Kommunikation, Beratung, Dokumentation, Organisation).

Stroke Units sind auf die Behandlung von Schlaganfallpatienten spezialisierte Stationen im Krankenhaus.

Spezifiken des Case Managements am SMH

Die Case Manager dokumentieren täglich in speziell entwickelten Datenbanken die aus den Visiten und Besprechungen gewonnenen Informationen über die Patienten. Neben den Vitalparametern werden Erfolge in den Therapien und in der Behandlung ebenso dokumentiert wie die psychosoziale Situation der Patienten.

Danach beurteilen die Case Manager – in Absprache mit den ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Teams – die Situation in Bezug auf die Notwendigkeit einer weiteren akut-medizinischen Versorgung, den Verlauf der Behandlung sowie die Entlassungsfähigkeit in Form eines „continuums“. Dieses „continuum“ gibt einen aktuellen Überblick über den Stand der Behandlung, die Fortschritte, die die Patienten machen, und liefert darüber hinaus Erkenntnisse, welche nächsten Schritte folgerichtig und notwendig sind. Somit gibt es täglich eine aktualisierte Gesamtanalyse der spezifischen Situation, die die Grundlage für eine vorausschauende Planung, zum Beispiel innerhalb der Entlassungsplanung, bildet.

Die Daten dienen als Grundlage für die statistische Ermittlung von Verweildauern und die Kalkulation der nötigen Akut- sowie Intensivbetten, und sie liefern transparente Informationen, die für alle zugänglich sind. Dadurch sind Abläufe frühzeitig transparent, Fehler und Brüche in der Behandlung können rechtzeitig erkannt werden. Letztlich dienen sie aber vor allen Dingen dazu, passgenaue Lösungen für den Einzelfall vorausschauend zu planen.

Da die Case Manager im Klinikalltag zentral positioniert sind, gewährleisten sie die im CM als wichtig erachtete Funktion einer „Drehscheibe“ (vgl. Wendt 2001). Diese Funktion stellt eine verlässliche Kommunikation sicher und hilft dabei, dass die Fallführung in einer Hand liegt. Dieser Umstand ist auch von Bedeutung im Rahmen der nachstationären Weiterversorgung der Patienten. Hier bleiben die Case Manager als Ansprechpartner zuständig und stellen nachhaltig die nötigen Informationen bereit. Im Falle einer Wiederaufnahme ins Krankenhaus, zum Beispiel auch in die tagesklinische Behandlung, sind sie die ersten Ansprechpartner.

Man kann dies an einem konkreten Beispiel verdeutlichen. In Toronto hat die Gesundheitsbehörde (LHIN) auf die demografischen Veränderungen der kanadischen Bevölkerungsentwicklung reagiert. Da auch in Kanada die Menschen ein immer höheres Lebensalter erreichen, wurde gemeinsam mit den Gesundheitsinstitutionen in Toronto ein Programm aufgelegt, welches dieser Entwicklung Rechnung tragen soll. Das St. Michael's Hospital erhielt den Auftrag für den Osten der Stadt ein Angebot zur spezifischen Versorgung geriatrischer Patienten zu etablieren, das St. Josef's Hospital sollte dies für den westlichen Teil der Stadt tun.

Am St. Michael's Hospital wurde daraufhin ein so genanntes Acute Care for the Elderly (ACE) Versorgungsprogramm aufgebaut. Kommen geriatrische multimorbide Patienten

Gesundheitswesen in Kanada

Das Gesundheitswesen in Kanada („Medicare“) ist staatlich organisiert (Health Canada – seit 1957 landesweit in Kraft) und wird ausschließlich über Steuergelder finanziert. In Kanada ist es bis dato verboten, private Krankenhäuser zu betreiben. Damit ist gewährleistet, dass diese nicht als Wirtschaftsunternehmen mit Gewinnerzielungsabsicht, sondern als Non-Profit-Institutionen wirtschaften. Die Ausgaben in Kanada für Gesundheit betragen in 2008 10,4 % des Bruttoinlandsproduktes, in Deutschland betragen sie 10,5%. Es werden keine zusätzliche Krankenversicherungsbeiträge erhoben (Ausnahme: British Columbia und

Alberta). Oftmals bietet der Arbeitgeber in einem „Benefits Package“ entsprechende Zusatzversicherungen an, „extended medical and dental coverage“, mit denen zusätzliche Leistungen abgedeckt werden. Privatversicherungen sind zwar möglich, sie dienen jedoch der Erstattung von Ausgaben für Sehhilfen, zahnmedizinische Behandlung und Kosten für Medikamente sowie Ein- oder Zweibettzimmerunterbringung. Diese Kosten werden von der staatlichen Gesundheitsversicherung nicht abgedeckt, es sei denn, man ist chronisch erkrankt oder über 65 Jahre alt. Im Jahre 2009 hat Health Canada über 70% der Gesundheitskosten

übernommen, 30% wurden privat oder über Zusatzversicherungen abgedeckt. Die nationalen und die föderalen Behörden teilen sich die Verantwortung für die gesundheitliche Versorgung der kanadischen Bevölkerung (Canada Health Act). Eine Strategie, die auch in Deutschland bisweilen schon unter dem Stichwort „trägerübergreifende Gesundheitsstrukturplanung“ (vgl. Rossi 2011) gefordert wird. Die einzelnen Bundesstaaten können – je nach Bedarfen und Anforderungen – eigene Gesundheitsleistungsprofile und -programme auflegen. Für den Bundesstaat Ontario gilt der Ontario Health Insurance Plan (OHIP).

mit einem akuten Ereignis in die Notaufnahme, so wird umgehend eine spezialisierte Pflegefachkraft (clinical nurse practitioner) in die Notaufnahme gerufen. Sie ist Teil des ACE Teams und führt mit den Patienten eine Reihe von Assessments durch. Aufgrund der erhobenen Befunde entscheidet sie über die Aufnahme des Patienten auf eine geriatrische Station. Dort werden die Patienten von einem multiprofessionellen Team, angeführt von geriatrischen Fachärzten, betreut. Diesem Team gehört auch ein Case Manager an, der seine Aufgabe wie eingangs beschreiben in diesem Team erfüllt. Zum ACE Programm gehört auch eine Elderly Clinic, in der die Patienten nach Genesung ihrer akuten Erkrankung ambulant von den gleichen Personen weiter betreut werden können. Desweiteren arbeitet im ACE Programm das Geriatric Outreach Team, welches die Patienten regelmäßig sowie in erneuten Akutsituationen zu Hause aufsucht und somit ein „niedrigschwelliges“ Versorgungsangebot bereithält, u. a. mit langfristiger Wirkung in die ambulante Weiterversorgung hinein. Alle Daten laufen beim Case Manager des ACE Programmes auf und werden dokumentiert. Hier findet dann die Vernetzung (linking) zu den einzelnen Abteilungen des ACE Programmes statt.

Wirkungsweisen des CM in Kanada

Da in Kanada das Gesundheitswesen nach volkswirtschaftlichen, und nicht – wie in Deutschland üblich – primär nach betriebswirtschaftlichen Kriterien betrieben wird,

gilt es, Effizienz und Effektivität möglichst konsequent zu steigern bei gleichzeitiger Sicherung einer hohen Versorgungsqualität.

Eine hohe fachspezifische Spezialisierung des Personals sowie eine gute Datenlage bilden die Grundvoraussetzungen für effiziente und effektive Versorgung im kanadischen Gesundheitswesen. Die enge Zusammenarbeit der Gesundheitsbehörden mit den verantwortlichen Akteuren des Gesundheitswesens (u. a. auch dem CM) hat dabei einen nachhaltigen Effekt auf Effizienz und Effektivität. Die möglichst lückenlose Datenerhebung sowie die enge Vernetzung der unterschiedlichen Instanzen des Gesundheitswesens miteinander wird als einer der wichtigsten Faktoren bei der Optimierung im kanadischen Gesundheitswesen angesehen. Das Case Management ist hierbei stark positioniert und nimmt eine wichtige Position in diesem Prozess ein.

Da in Deutschland seit 2004 mit der Umstellung auf Vergütung durch DRG eine Effektivitäts- und Effizienzsteigerung immer dringlicher geworden ist, wäre es sicher auch für das deutsche Gesundheitswesen chancenreich, Case Management verstärkt einzusetzen, und dessen Potenziale voll auszuschöpfen.

Transfer in die berufliche Praxis

Ich habe in meiner alltäglichen Berufspraxis damit begonnen, differenzierter und intensiver Daten über die geriatrischen Patienten unserer neurologischen Station in Bezug auf die spezifische Fallsituation zu sammeln und diese den beteiligten Berufsgruppen transparenter zur Verfügung zu stellen. Ich beginne nun viel früher mit der Planung der nötigen Schritte im Behandlungsverlauf. Die verbesserte Datenlage verschafft mir dabei mehr Überblick und Verlässlichkeit.

Auch konnte ich meine kommunikativen Fähigkeiten durch die lehrreiche Anschauung der kanadischen Langzeitprofis erheblich verbessern (z. B. Wie beginnt man ein Gespräch mit schwierigen oder komplizierten Inhalten?).

Über Informations- und Diskussionsveranstaltungen habe ich versucht, die Beziehung zu den Kooperationspartnern zu stärken, indem ich über die positiven Effekte im kanadischen System intensiv diskutiert habe.

Die Etablierung eines „Netzwerkes Geriatrie“ ist den Kooperationspartnern vorgeschlagen worden. Erste Erfolge zeichnen sich u. a. darüber ab, dass die konsiliarischen Besuche der Geriater aus den Kooperationseinrichtungen auf weitere Abteilungen unseres Hauses ausgeweitet werden konnten. Dies führt zu einer Verkürzung der Dienstwege und stärkt die interdisziplinären Beziehungen u. a. zwischen der Schlaganfallstation und der Geriatrie. Die „Stiftung Deutsche Schlaganfall Hilfe“, die mit unserer Stroke Unit in Kontakt steht, ist über meine Hospitationserfahrung informiert worden und hat die inzwischen tätigen „Schlaganfall-Lotsen“ (die konkret Case Management Funktion ausüben) in Hamburg und Sachsen auf meinen Bericht hingewiesen. Hier erhielt ich bereits An- und Rückfragen auf meine Tätigkeit und meine Strategien.

Über Veröffentlichungen meiner Hospitationserfahrungen (z. B. im Health & Care Management Magazin) haben sich für mich weitere Kontakte zu Case Managern in Deutschland ergeben, die den lange ersehnten professionellen Austausch voranbringen. Für meine Lehrtätigkeit im Fach „Case Management“ sind die in Kanada gewonnenen Eindrücke und Erfahrungen von unschätzbarem Wert: nirgendwo sonst hätte ich die Gelegenheit gehabt, in einer solchen Vielfalt und Intensität die Arbeit von erfahrenen Case Managern zu beobachten. Dies ermöglicht es mir, fundierter über Case Management zu sprechen. Da ich nun sehr viele konkrete Beispiele aus den unterschiedlichen Bereichen zur Verfügung habe, die ich zitieren kann, werden sich die Unterrichtseinheiten viel lebendiger und vielfältiger gestalten lassen.

Literatur

Romanow, Roy, J. 2002, Building on Values: The Future of Health Care in Canada:

Commission on the Future of Health Care in Canada, Commission on the Future Health Care in Canada, Canada.

Wendt, WR (2008). Case-Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung. Lambertus Verlag (Freiburg)



.... das Fallmanagement erfolgreich implementieren?

.... *Helene Maucher, Pflegedirektorin Kliniken Landkreis Biberach, Pflegedienstleitung Kreisklinik Biberach, Pflegedienstleitung Kreisklinik Ochsenhausen und Kreispflegeheim*

In diesem Beitrag werden die wesentlichen Elemente des Fallmanagementmodells der Kliniken Landkreis Biberach GmbH dargestellt. Dabei soll auf förderliche und hemmende Faktoren eingegangen werden. Mit dem Ausblick soll nochmals explizit darauf hingewiesen werden, dass Fallmanagement Organisationsentwicklung bedeutet und die Einführung zunächst auch die Organisation auf den Prüfstand stellen muss.

Hintergrund und Einführung

In unserem komplexen, hochgradig arbeitsteiligen Sozial- und Gesundheitssystem steigen sowohl der Abstimmungs- und Vernetzungsbedarf als auch die Bedeutung von Fallmanagement-Modellen.

Best-Practice-Beispiele sollen bei der Verbesserung der Situation helfen. Häufig werden Fallmanagementmodelle als zusätzliche Strukturen beschrieben und zusätzliche Schnittstellen generiert. Dabei wird häufig der Bedarf an zusätzlichen Stellen in dem bereits durch Kostendruck belasteten Gesundheitssystem beklagt.

Was bei vielen Modellen fehlt, ist ein Blick auf die Organisation und die Betrachtung der bestehenden Ressourcen in der Personal- und Organisationsentwicklung. Motiviert durch die Erwartung schneller Gewinne und gedrängt durch den hohen Kostendruck greifen Kliniken häufig zum Fallmanagement – mit dem primären Ziel, die punktgenaue Entlassung am Beginn der mittleren Verweildauer umzusetzen. Dabei sollten zunächst Kodierassistenten als Fallmanager eingesetzt werden, um den ärztlichen Dienst zu entlasten und die Arbeit der eingesetzten Entlassmanager, Pflegeüberleiter und Sozialarbeiter zu ergänzen. Entsprechend sind häufig vier verschiedene Berufsgruppen mit dem gleichen Thema im Stationsalltag tätig und definieren Schnittstellen (Sozialarbeiter, Fallmanager, Kodierassistenten, Pflegeüberleiter).

In dieser Situation ist es wichtig, in Zusammenhängen zu denken: Die Zusammenarbeit der Berufsgruppen muss stärker gebündelt werden, indem sich die Berufsgruppen in Prozessteams abstimmen, alle Informationen miteinander teilen und die jeweiligen Kompetenzen so optimal ineinander greifen.

Ausgehend von dieser Erkenntnis sind Pflegekräfte der Kliniken Landkreis Biberach

GmbH seit einiger Zeit dabei, ein Fallmanagement einzuführen.

Es wurde bereits ein Pilotprojekt auf einer Station der Medizinischen Klinik in der Kreisklinik Biberach erfolgreich durchgeführt und auf eine weitere Station mit 40 Betten übertragen. Die bisherigen Erkenntnisse zeigen auf, dass durch die Integration des Fallmanagements die Patientenversorgung optimiert wird, die Arbeit der Pflege zum Erlösfaktor wird und die Mitarbeiter ebenfalls von der Implementierung profitieren.

Projektanlass und Entscheidung zur Einführung von Fallmanagement in Biberach

Die Aufgabe des Fallmanagements ist es, die Prozesse rund um die Patienten neu zu definieren und zu strukturieren, damit sich Patienten und Angehörige gut betreut fühlen. Kennt der Patient die Behandlungsprozesse, wird die gute Begleitung während des Klinikaufenthaltes spürbar. Zu seinem Wohl soll auch die abteilungsübergreifende und die sektorenübergreifende Zusammenarbeit verbessert werden. Durch geplante Überleitungen und umfassende Informationen auch über persönliche Kontakte soll eine „Kultur des Miteinanders“ wachsen.

Als Schnittstelle zum Belegungsmanagement soll auch die Bettenplanung abteilungsübergreifend verbessert werden. Auch die gesamte Organisation rückt ins Blickfeld, um durch die gezielte Steuerung und durch eine hohe Qualität zumindest kostendeckende Erlöse zu erreichen (z. B. durch rechtzeitige Entlassung, Leistungsplanung und Dokumentation, erlösrelevante Kodierung).

Ärzte und Pflegekräfte sollen von administrativen Aufgaben entlastet werden, um sich im Alltag auf ihre Kernaufgaben konzentrieren zu können und eine höhere Berufszufriedenheit zu gewinnen.

Im Rahmen einer Hospitation im Universitätsklinikum Shands Jacksonville/Florida mit dem Fokus auf Disease-Management, Case- und Entlassungsmanagement (Maucher 2005) wurden 2005 erste Erfahrungen für die Kliniken gesammelt. Auf Grundlage dieser ersten Erfahrungen wurde begonnen, ein Konzept für die Kreisklinik Biberach zu entwickeln. Auf diesem Weg generierten sich weitere Fragestellungen, denen im Jahre 2008 zwei weitere Pflegemitarbeiter in Shands Jacksonville/Florida im Rahmen einer Hospitation nachgingen.

Lernen aus den Konzept Case-Management Shands - Jacksonville

Das Case-Management in Shands Jacksonville entwickelte sich vor 16 Jahren aus dem Qualitätsmanagement und aus dem Aufgabenfeld des Sozialdienstes. Seit dieser Zeit wird Casemanagement von Sozialarbeitern und RNs (Registered Nurses) gemeinsam

durchgeführt. RNs und Sozialarbeiter übernehmen die gleichen Aufgaben. Hierarchisch ist in Shands die Abteilung Casemanagement der Pflegedirektion zugeordnet. Insgesamt wurden 36 Stellen für diese Aufgabe geschaffen, fünf Stellen davon sind der Notaufnahme zugeteilt.

Die Aufgaben der Casemanager von Shands Jacksonville sind:

- Koordinieren der Entlassung und Organisieren der Versorgung („care“) für die Patienten nach der Entlassung,
- Erstellen und Aktualisieren von Clinical Pathways für die häufigsten behandelten Krankheiten und die komplikationsträchtigsten Behandlungsverfahren. Grundlage bei der Erstellung bilden die Vorgaben der Joint Commission for Accreditation of Health Care Organisation (JCAHO). Ausgearbeitet werden die Clinical Pathways in Qualitätsteams: Sie bestehen aus ärztlichen und pflegerischen Mitarbeitern, gegebenenfalls unter Einbindung von Apothekern, Physiotherapeuten und anderen Berufsgruppen
- Monatliche Qualitätssitzungen mit den Beteiligten aus allen Fachrichtungen und Regelberichtswesen zu folgenden Punkten: Anzahl der behandelten Patienten, unerwartete Todesfälle, Anzahl von Wiederholungseingriffen durchgeführter Operationen, Infektionsraten, Medikationsfehler, Operationskomplikationen, Pflegefehler, Wiedereinweisungen, Führen von Statistiken und Aufbereiten für die JCAHO.

Im Kontext von Shands Jacksonville hat Casemanagement das Ziel, die Versorgungskontinuität zu gewährleisten, damit beispielsweise eine in der Klinik begonnene Therapie erfolgreich fortgeführt werden kann.

Die tägliche Arbeit der Casemanager in Shands Jacksonville zeichnete sich neben den bereits geschilderten Aufgaben insbesondere durch die Übernahme folgender Tätigkeiten aus:

- Monitoring im Täglichen
- Kostenabklärung mit den Kassen
- Hilfsmittelberatung, Angebotsberatung
- Überleitung und Nachsorge
- tägliche Präsenz auf den ihnen zugeteilten Stationen, stehen im täglichen Austausch mit dem Patienten, den Angehörigen, den behandelnden Ärzten
- neben der Organisation der konkreten Überleitung vereinbaren sie auch den ersten Sprechstundentermin beim zuständigen Arzt.
- Information schon Tage vor der Entlassung an die nachversorgende Einrichtung bzw. die Angehörigen
- Vorbereitung der Entlassungspapiere und Versendung teilweise bereits am Vortag
- übergreifende Koordination in der Urlaubszeit

Überwiegend waren Sozialarbeiter und Registered Nurses (RNs) im Casemanagement tätig. In einem regelmäßigen jour fix wurden Fälle durchgesprochen und die Kompetenzen der verschiedenen Berufsgruppen eingebracht. Die Mitarbeiter favorisierten „learning on the job“ und bearbeiteten entsprechend in Qualitätszirkeln ihre Weiterentwicklung der eigenen Kompetenzen.

Bei den Hospitationen wurde neben der gut strukturierten Arbeitsweise vor allem die wertschätzende Kommunikation positiv wahrgenommen. Dies wurde durch Folgendes transparent:

- Kommunikationsstruktur (Patienten wurden im Zimmer besucht)
- Art der Kommunikation: Zugewandtheit, Klang der Sprache und letztendlich auch durch die Formulierungen wie zum Beispiel: “Have you somebody who takes care of you? Does your wife take care on you?” – “Which home care do you prefer?” (vgl. Dialog C.B., Fallmanagerin, 2005)

Auch die Atmosphäre im Austausch mit dem interdisziplinären Team bis zur Abklärung des Anschlusstermins beim Hausarzt zeichnete sich durch Interesse, Offenheit und Transparenz aus.

Für die Kodierung und Abrechnung war der so genannte „Billing Clerk“ (Deutsch: Fakturist) zuständig. Diese Position befand sich allerdings im Hintergrund. Hauptbedeutung hatte, dass die Patienten in sichere Versorgungssysteme übergeleitet werden und dass die punktgenaue Entlassung realisiert werden konnte.

Integration der Erkenntnisse in das Fallmanagement der Kliniken des Landkreises Biberach

Casemanagement ist in den Kliniken des Landkreises Biberach seit der Hospitation ein elementares Thema. Durch zahlreiche Veröffentlichungen und im direkten Dialog innerhalb der interdisziplinären Praxis ist das Thema ständig präsent und hat nicht zuletzt zu einem spürbaren Erfolg in der täglichen Praxis, im direkten Patientenkontakt und am Arbeitsplatz auf der Pflegestation geführt.

Ausgehend von den Erkenntnissen aus den Hospitationen entwickelte das Projektteam im November 2008 erste konzeptionelle Ideen zur Umsetzung des Fallmanagements in Biberach. Theorien von Wendt (2004) boten inhaltliche Orientierung zum Fallmanagement. Weiter wurden organisationssoziologische (Minzberg, 2004) und organisationspsychologische Theorien zur Reflexion und Entwicklung genutzt. Der Blick über den Tellerrand bis in die USA verbreitete auch ein besonderes Innovationsklima in der Klinik. Mit ihrem frischen Pflegemanagement-Bachelor brachte sich eine stellvertretende Stationsleiterin in das Projekt ein und war die erste Fallmanagerin an den Kliniken Landkreis Biberach. Pilotstation wurde ein Bereich der Medizinischen Klinik Biberach mit 28 Betten. Am Anfang gab es immer wieder Widerstände aus verschiedenen Richtungen.

Diese wurden ernst genommen, reflektiert und bearbeitet. Dadurch entstand eine große Offenheit bei Fallmanagern und Mitarbeitern für alle ihre Fragen.

2010 wurden leitfadengestützte Telefoninterviews mit Patienten, Angehörigen und nachversorgenden Institutionen durchgeführt. Die Patienten- und Angehörigenzufriedenheit lag im Vergleich vorn. Die hohe Arbeitszufriedenheit bei unseren Mitarbeiter überzeugte ebenfalls.

Beim interdisziplinären, leitfadengestützten Expertengruppeninterview im März 2011 wurde klar formuliert „(...) Es läuft besser. Es ist gut, dass jemand da ist, der die Koordination übernimmt. Wir haben mehr Zeit für unsere Kernaufgaben. Wir müssen nicht so oft wegspringen (...).“

Sofort umsetzen konnte das Projektteam Anpassungen bei der Zusammenarbeit mit dem Sozialen Beratungsdienst im Haus (Schnittstellendefinitionen, klare Aufgabendefinition und Neuverteilung).

Weiterentwicklung aufgrund positiver Erlösentwicklung und weiterer Kennzahlen

Die Entscheidung für das Fallmanagement fiel Ende April 2010, als das Controlling positive Erlösentwicklungen meldete. Auf der Pilotstation stiegen die Fallzahlen, die Erlöse und auch die Mitarbeiterzufriedenheit: Schon morgens war klar, wie viele Betten auf der Station frei sind.

Projektumsetzung

Wie beschrieben startete das Fallmanagement auf einer Pilotstation mit 28 Betten (Schwerpunkt Kardiologie und Infektionskrankheiten). Im Weiteren wird das Fallmanagement auf die gesamte Medizinische Klinik mit 100 Betten in der Kreisklinik Biberach ausgeweitet. Im dritten wird das Modell angepasst auf die gesamte Kreisklinik Biberach und dann auf die Klinik GmbH ausgeweitet.

Parallel wird die Anwendung in den dezentralen Kreiskliniken geprüft. Wie sich die Stationsstruktur verändert hat, darüber waren alle Mitarbeiter über ihre Stationsleitungen ständig informiert. Stellvertretungen wurden im Rahmen der Fluktuation durch potentielle Fallmanager ersetzt und geschult.

Mit der Einführung des Fallmanagements soll eine Optimierung und Koordination aller zur Patientenversorgung notwendigen Prozesse erreicht werden. Es geht als zweistufiges Modell in die Organisationsstruktur der Abteilungen ein. Es gibt zum einen die zentrale Koordination der Abteilung (Personalmanagement zusammen mit den Stationsleitungen) und zum anderen die Koordination des Fallmanagements der Abteilung als zentrale koordinierende Funktion. Das Belegungsmanagement und das zentrale

OP-Management bieten ebenfalls wichtige koordinierende Schnittmengen.

Weiter bilden folgende Theorien den konzeptionellen Rahmen des Fallmanagements:

- Expertenstandard Entlassmanagement (DNQP, 2002)
- Pflegetheorie nach Orem
- Entlassung aus dem Krankenhaus (Wingefeld, 2005)
- Casemanagementtheorie Wendt (2008)
- Praxismodell Shands Jacksonville
- Theorien und Modelle von Gerd Bekel (2010,2011)

Im Einzelnen können folgende Stufen des Fallmanagements beschreiben werden:

1. Stufe – Koordinierende zentrale Funktion:

- Zentrales Fallmanagement mit Coaching und Schulung der Mitarbeiter und Weiterentwicklung des Fallmanagements (vgl. Didaktische Orientierung, CBE, Achatz u. Tippelt, 2001)
- eine quantitativ und qualitativ ausgewogene Belegungssteuerung der Stationen in der Fachabteilung durch die tägliche Abstimmung mit dem Belegungsmanagement in der Zentralen Notaufnahme.

2. Stufe – Fallmanagement – auf der Patientenprozessebene

- Kodierung
- Teilnahme bei Visite
- Fallbesprechungen
- Patienten- und Angehörigengespräche
- Koordination aller an der Prozesssteuerung beteiligten internen und externen Leistungserbringenden, wie beispielsweise das frühzeitige Einschalten des Sozialen Beratungsdienstes oder des „Home Care“ bei Patienten, die ein geplantes Entlassmanagement benötigen.
- In Abstimmung mit den Ambulanzen Einbestellung der vorstationären Patienten und Planung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen mit den jeweiligen Fachbereichen, sowie im Dialog mit dem zuständigen Arzt Einschätzung der Aufnahmefähigkeit und Zuweisung der Patienten auf die entsprechende Station mit der speziellen Expertise (z. B. Palliativstation, Diabetologie, Kardiologie). Hierbei ist das Belegungsstatut richtungsweisend.

Pro Station übernimmt eine Pflegefachkraft die Funktion der/des Fallmanagers und ist für alle Patienten zuständig. Die Fallmanager werden im Prozess geschult, wobei mittelfristig ein Bachelor-Studium im Case-Management angestrebt wird. Eine Mitarbeiterin hat bereits einen Pflegebachelor. Die Fallmanager arbeiten ca. zwei Wochen im Jahr im Bereichspflegesystem und sind begrenzt auch Springer: z. B. bei Krankheitsausfall ca. 2 bis 3 Stunden im Frühdienst, sowie bei Ausfall des Spätdienstes für 2 bis 3 Stunden zur Überbrückung im Schichtdienst. Für die Medizinische Klinik Biberach sind seit Juli 2011 drei Fallmanager im Einsatz.

Projektbeurteilung

Das Fallmanagement auf der Pilotstation ist sehr erfolgreich und erfreut sich inzwischen einer breiten Akzeptanz in allen Berufsgruppen in der Kreisklinik.

Die Ausdauer, das überdurchschnittliche Engagement und das große Interesse der Verantwortlichen machte das Modell praxistauglich. Auch von den Ärzten und den Pflegekräften gibt es positive Rückmeldungen. Durch die koordinierende Funktion des Fallmanagers können sie sich besser auf die direkte Patientenversorgung konzentrieren und werden weniger in ihren Arbeitsprozessen unterbrochen. Auch andere Akteure wie Sozialarbeiter, Physiotherapeuten und Pflegeheimmitarbeiter haben jederzeit einen kompetenten Ansprechpartner.

Die vielen positiven Rückmeldungen geben den Fallmanagern eine hohe Motivation für ihre Arbeit und eine gute Perspektive für die Gesamtorganisation. Die Anziehungskraft für gute Mitarbeiter steigt.

Abiturienten, die Pflege studieren wollen, hospitieren im Fallmanagement. Auch kann in Zukunft ein pflegerisches Fallmanagement Anreize für junge Ärzte schaffen, die eine solche Klinik gezielt für ihre Aus- und Weiterbildung wählen. Der Erfolg des Modells hängt vor allem von den Mitarbeitern ab, die mit einem hohen persönlichen Engagement vorangehen und Verantwortung übernehmen. Entscheidend zur Weiterentwicklung des Fallmanagements war der Beitrag der Pflege zur Erlösoptimierung. Erlöse und inhaltliche Konzepte müssen sich rechnen!

Die Frage nach den zusätzlichen Stellen kann somit auch vom Controlling anhand von Kennzahlen klar beantwortet werden: Fallmanagement ist ein Erfolgsmodell und macht den Beitrag der Pflege zur Erlössicherung und Qualitätsentwicklung deutlich.

Insgesamt gibt es im Rahmen eines kontinuierlichen Verbesserungsprozess noch viel zu tun, wie beispielsweise die Pfadentwicklung voranzutreiben, technische Unzulänglichkeiten zu beheben und mit der EDV- Abteilung eine gemeinsame interdisziplinäre Kommunikationsbasis weiterzuentwickeln.

Ausblick

Fallmanagement ist mehr als ein Konzept! Die Implementierung von Fallmanagement ist Organisationsentwicklung!

Organisationsentwicklung heißt hier auch Caremanagement. Es geht auch darum, die Station auf die Bedürfnisse der Patienten und Mitarbeiter auszurichten.

Auf Patientenebene geht es neben den klassischen Casemanagementfunktionen um das Kümmern, um das Sorgen für den Patienten und letztendlich auch um das empathische Verständnis und beispielsweise um die Identifizierung der optimalen Versorgungsmöglichkeit für den Patienten.

Für Mitarbeiter (aller Berufsgruppen) kann es heißen, Strukturen aufzustellen, die

verlässlich sind und Sicherheit bieten. So kann Fallmanagement zur Mitarbeiterzufriedenheit beitragen. Es ist dabei notwendig, nicht nur auf zusätzliche Stellen und politische Entscheidungen zu warten, sondern als Führungskraft einen Beitrag zu leisten und komplexe Versorgungen zu gestalten. Hierbei geht es darum, konkret in den Einrichtungen zu schauen, was unsere Patienten und Kunden brauchen. Dabei muss der Bedarf der Patienten und der Mitarbeiter mit den Möglichkeiten des Systems verbunden werden. Das kann heißen, dass der Personalmix entsprechend angepasst wird, dass Schichtbesetzungen geändert werden und nicht zuletzt, dass Aufgaben neu verteilt werden müssen.

Das rasante Tempo der gesundheitspolitischen Veränderungen, die in die klinische Prozesslandschaft hineinwirken, erfordert zunehmend neue Formen der Anpassung durch Führungskräfte. Neben Methodenkompetenz und Führungserfahrung sind Konzepte und Strategien gefragt, die eine grundlegende Neugestaltung der klinischen Prozesse ermöglichen.

Tradierte Organisationsmodelle in Kliniken, die auf der Trennung der Aufgabenbereiche nach Berufsgruppen basieren, sind für die Entwicklung und Gestaltung effizienter klinischer Prozesse, durch die der Unternehmenserfolg der Kliniken in Zukunft gesichert werden kann, nicht zielführend.

Die gegenwärtigen Anstrengungen zur Kompensierung defizitärer Unternehmensbudgets durch drastische Personalreduktion bei gleichzeitiger Fallzahlsteigerung werden nicht ausreichen. An dieser Stelle ist das Fallmanagement ein wichtiger Baustein für eine klare Entwicklung zu Prozessstrukturen. Es ist „Denken in neuen Zusammenhängen“ gefordert.

Bei der Frage nach der Implementierung von Fallmanagement ist vor allem das Management gefragt! Hier geht es um die Grundsatzfrage:

Wie stellt sich die Organisation Pflege den Herausforderungen? Wie positioniert sich die Pflege? Wie will sich die Pflege positionieren? Wie kann sich die Pflege positionieren? Haben Pflegende die Kompetenzen und das Wissen, die Aufgaben zu übernehmen? Und letztendlich: Wie ist der Reifegrad der Organisation? Wie groß ist der Mut, innovative Ideen umzusetzen?

Es geht nicht darum, Konzepte einfach zu übertragen, sondern darum, Konzepte mit Menschen (weiter) zu entwickeln, Visionen zu haben und letztendlich auch den Mut und die Ausdauer, Konzepte umzusetzen.

Es geht um Personalentwicklung, um Motivation und auch um konkrete Perspektiven, um Akzeptanz und Wertschätzung von Mitarbeitern. Es geht darum, das Wissen der Pflege einzubringen und auf Augenhöhe mit den Ärzten das gemeinsame Ziel einer guten Patientenversorgung zu realisieren. Und nicht zuletzt geht es darum, eine Strategie zu erarbeiten, die auch dazu beiträgt, die Zufriedenheit bei allen Beteiligten zu steigern, positive Gefühle auszulösen und die Motivation zu erhöhen.

Eine zunehmende Spezialisierung der Berufsgruppen bringt große Vorteile in der Qualitätsentwicklung und wird berechtigterweise bei Zentrenbildung im Rahmen von Zertifizierungen gefordert.

Das Thema Fallmanagement ist in den Kliniken Landkreis Biberach auf einem guten Weg. Es gibt viele Mitarbeiter, die dem Wandel mit Offenheit begegnen und Herausforderungen als Chancen annehmen, an dieser Stelle auch Ressourcen erkennen und nutzen – beispielsweise die Hospitationen im Rahmen des von der Robert Bosch Stiftung geförderten Internationalen Hospitationsprogramms Pflege und Gesundheit. Zum Thema Fallmanagement wird bereits ein weiterer innovativer Schritt umgesetzt: Zwei Fallmanager arbeiten sektorenübergreifend und tragen die Prozesskette, die in der Klinik beginnt, über die Sektorengrenzen weiter. Damit ermöglichen sie eine Kontinuität der in der Klinik begonnenen Behandlung. Die Mitarbeiter nehmen Möglichkeiten an und tragen Konzepte wie die Übergangsbetreuung durch „Unsere Brücke“ weiter; sie betreuen Patienten nach ihrem Klinikaufenthalt über die Klinikgrenzen hinaus durch präventive Hausbesuche weiter (vgl. www.unsere-bruecke.de).

In diesem Sinne: *„Wenn der Wind des Wandels weht, bauen die einen Schutzmauern, die anderen Windmühlen.“ – Aus China*

Literatur

Deutsches Netzwerk für Qualität in der Pflege (DNQP) (Hrsg.) (2004): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Entwicklung, Konsentierung, Implementierung. Osnabrück: Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege

Maucher, H. (2005): Hospitation an der Universitätsklinik Shands Jacksonville/Florida Im Focus: Disease- und Entlassmanagement, in die Schwester der Pfleger, 10.05. S. 792- 795

Minzberg, (1995), Die strategische Planung – Aufstieg, Niedergang und Neubestimmung, München, Wien.

Wingenfeld, K. (2005): Die Entlassung aus dem Krankenhaus. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG

Wendt, W. R. (2008): Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. 4. überarbeitete Auflage. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag

Radio

SWR 4 Radio Bodensee strahlte am 18.10.11 diesen Beitrag zum Fallmanagement aus, Redakteur: Andreas Gottschalk, Redaktionsbüro Biberach



... qualifizieren statt resignieren? – Pflegeexperten im Akutkrankenhaus

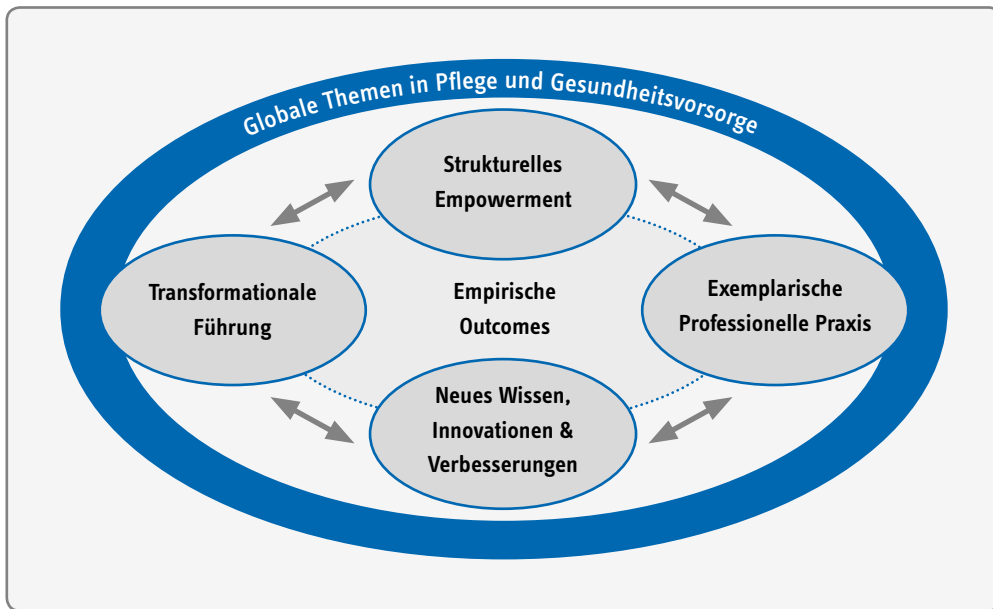
Dr. Johanna Feuchtinger, Pflegedirektion, Stabsstelle Qualität und Entwicklung Universitätsklinikum Freiburg

Mangelnde berufliche Entwicklungsmöglichkeiten und mangelnder Einfluss auf die Arbeit sind wesentliche Ursachen für Berufsmüdigkeit und Berufsflucht von Pflegenden. In der amerikanischen Magnetkrankenhauserkennung (Magnet Recognition Program®) ist die Karrieremöglichkeit für Pflegenden, die weiterhin in der direkten Patientenversorgung tätig sein wollen, ein wichtiges Element. Advanced Nursing Practice ist ein solches Karrieremodell. Am Universitätsklinikum Freiburg sind Pflegeexperten als Advanced Practice Nurses eine Gruppe von Pflegenden, die mit akademischem Abschluss Patienten pflegen.

Ausgangslage

In der europäischen NEXT-Studie (Nurses Early Exit Study) wurden Ursachen, Umstände und Folgen des vorzeitigen Berufsausstiegs aus dem Pflegeberuf bei Pflegenden in zehn Ländern untersucht. Unter anderem wurden Fragen zu den Entwicklungsmöglichkeiten und zum Einfluss auf die Arbeit erhoben. Personen mit geringen Entwicklungsmöglichkeiten denken danach dreimal häufiger an einen Berufsausstieg als Kollegen mit hohen Entwicklungsmöglichkeiten. Personen, die in der Befragung niedrige Werte für Einfluss bei der Arbeit hatten, wollten deutlich häufiger die Pflege verlassen (jeder Dritte). Zudem bestand bei den Befragten ein klarer, linearer Zusammenhang mit der Identifikation mit dem Unternehmen: je mehr Einfluss, desto mehr Verbundenheit mit der eigenen Einrichtung.

Aus den Untersuchungen zu den so genannten Magnetkrankenhäusern aus den 80er Jahren ist bekannt, dass Pflegenden bevorzugt in Einrichtungen arbeiten möchten, in denen ihnen parallel zur direkten Patientenversorgung die Möglichkeit einer Karriere offen steht. Die Untersuchungen wurden zu einer Zeit durchgeführt, als in den US-amerikanischen Krankenhäusern Personalnotstand herrschte. Es fiel auf, dass manche Krankenhäuser immer genügend Pflegepersonal hatten, und man wollte die Gründe dafür ermitteln. Aus den Erkenntnissen wurden Qualitätsmerkmale entwickelt, die im Magnet Recognition Program® verankert sind (siehe Abbildung 1). Derzeit sind 392 Einrichtungen in den USA, Neuseeland, Australien, Singapur und im Libanon als Magnetkrankenhäuser anerkannt. Die Zertifizierung als Magnetkrankenhaus ist eine große Herausforderung und Aufgabe für eine Klinik. Die Hürde ist hoch.



In Deutschland beschränken sich die Karrieremöglichkeiten für Pflegendе, die in der direkten Patientenversorgung bleiben möchten, überwiegend auf die bekannten Fachweiterbildungen wie Intensiv, Onkologie etc. Sporadisch werden aber auch Möglichkeiten für akademisch qualifizierte Pflegendе geschaffen. Unter dem Dach der internationalen Advanced Nursing Practice (ANP) haben sich Pflegendе zusammengeschlossen, die eine vertiefte und erweiterte Pflege verwirklichen. Das Konzept der ANP mit den zentralen Merkmalen Spezialisierung, Erweiterung und Fortschritt (Schober & Affara, 2006) stellt ein Bindeglied zwischen Pflegewissenschaft und Pflegepraxis dar. Eine Advanced Practice Nurse verfügt über eine akademische Ausbildung auf dem Master- oder Promotionsniveau und einer Fokussierung der beruflichen Praxis auf den Patienten und seine Familie. Neben Kompetenzen in Patientenedukation, Konsultation, Forschung, Führung, Zusammenarbeit und ethischer Entscheidungsfindung (Kernkompetenzen) ist die zentrale Kompetenz eine exzellente direkte klinische Praxiserfahrung (Hamric, 2005). Mit dem Ziel, unterschiedliche Rollen in der ANP im Alltag zu erleben, um die Pflege am Universitätsklinikum Freiburg weiterzuentwickeln, wurde eine vom Internationalen Hospitationsprogramm Pflege und Gesundheit geförderte Auslandshospitation in den USA an den Harvard Hospitals und Krankenhäusern in Miami durchgeführt. Die Erkenntnisse dieser Unternehmung sind nach einer kritischen Betrachtung direkt in die Entwicklung der Pflegepraxis in Freiburg eingeflossen.

Pflegeexperten in der Akutversorgung am Universitätsklinikum Freiburg

Am Universitätsklinikum Freiburg sind bereits seit 1995 Pflegeexperten mit akademischem Abschluss in der direkten Patientenversorgung eingesetzt. Damit wird einerseits ein Magnetelement erfüllt, nämlich eine Karrieremöglichkeit für Pflegendе in der direkten Patientenversorgung zu schaffen, und andererseits die Pflegepraxis verändert. In einer Evaluation des Konzeptes im Jahr 2008 wurden folgende wesentliche Tätigkeitsgebiete der Pflegeexperten identifiziert: direkte Patientenbetreuung, Beratung, Unterstützung und Kontrolle der Pflegenden, Erhalt und Weiterentwicklung der fachlichen Kompetenz der Pflegenden, Beratung des Managements, Qualitäts- und Organisationsentwicklung, Theorie-Praxis-Transfer, Pflegeforschung, Erhalt der eigenen fachlichen Expertise sowie Öffentlichkeitsarbeit.

Als zukünftig auszubauend wurden die Bereiche Beratung und Schulung von Patienten und Angehörigen, Unterstützung der Pflegenden bei klinisch-ethischer Entscheidungsfindung, die Beteiligung bei der Implementierung und Evaluation innovativer Konzepte, die Evaluation des Theorie-Praxis-Transfers, die Mitarbeit bei Pflegeforschungsprojekten und die Außendarstellung durch Publikationen zu pflegerischen Projekten sowie die Partizipation an (inter)nationalen pflegerischen Fachdiskursen ermittelt. Weiterhin sollte die Verkleinerung der Zuständigkeitsbereiche zugunsten einer vertiefenden Spezialisierung in einem Fachgebiet in das Konzept aufgenommen werden (Mendel & Feuchtinger, 2009).

Das Pflegemanagement am Universitätsklinikum ist der Empfehlung gefolgt. Heute sind einige der Pflegeexpertinnen und -experten ganz in der Betreuung spezifischer Patientengruppen tätig. Dazu gehört die Begleitung von Patienten auf dem Weg zur autologen und allogenen Blutstammzelltransplantation, die Betreuung von Patienten mit Tumorschmerzen, die Beratung von Patienten mit Herzinsuffizienz, die psychosoziale Begleitung von Patienten mit onkologischen Erkrankungen (die Psychosomatic Liaison Nurse), die Betreuung von Kindern mit herzchirurgischen Eingriffen und deren Eltern und die Begleitung von Patienten nach Nierentransplantationen. Oft fungieren die Pflegeexperten als pflegerische Case Manager und bilden das Pendant zum Arzt in der medizinischen Betreuung. Für die Patienten bedeutet dies durchweg eine Verbesserung in der Versorgung. In kleinen Untersuchungen konnten bereits Effekte des Einsatzes von Pflegeexperten auf die Patienten und deren Situation nachgewiesen werden. So reduzierten sich Sorgen und Ängste bei Patienten nach Tumoroperationen durch den Einsatz der Psychosomatic Liaison Nurse und ebenso die Komplikationsrate bei Patienten mit Delir durch die zuständige Pflegeexpertin.

Die Pflegeexperten sind außerdem ein Vorbild für die Pflegenden in der direkten Pflegepraxis. Sie zeigen, dass Karriere in diesem Bereich möglich ist.

Abb. links
Qualitätsmerkmale des
Magnet Recognition
Program©

Neben dem beschriebenen Einsatz für spezifische Patientensituationen gibt es Pflegeexperten, die sich eine Spezialisierung zu einem Pflegeproblem oder -phänomen erworben haben, z.B. im Bereich Ernährung oder Wundmanagement.

Alle Pflegeexperten stehen parallel zu ihrer Spezialisierung den Pflegenden für Fragen zu allen Pflegesituationen zur Seite – und dem Management für Beratungen bei pflegefachlichen Themen.

Neben der geforderten Karrieremöglichkeit für Pflegenden in der direkten Pflegepraxis umfasst das Magnet-Programm auch die Elemente „Neues Wissen, Innovationen & Verbesserung“ und „Exemplarische Professionelle Praxis“ (siehe Abb. 1). Hier befinden wir uns im Bereich der evidenzbasierten Pflege mit der speziellen Kenntnis zu diesem Prozess. Ohne die entsprechende Qualifizierung und Kompetenz im Forschungs- und Praxisentwicklungsprozess ist evidenzbasierte Pflege nicht möglich. Auch auf diesem Feld sind die Pflegeexperten am Universitätsklinikum Freiburg gut gerüstet und tragen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflege bei.

Seit dem Wintersemester 2010 wird an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg ein Bachelorstudiengang Pflegewissenschaft angeboten. Die ersten Studierenden werden 2013 abschließen. Wir freuen uns bereits heute auf diese Kolleginnen und Kollegen in der direkten Pflegepraxis.

Fazit

„Qualifizieren statt resignieren“ findet mit dem Einsatz von Pflegeexpertinnen und -experten seine Realisierung. Das Aufgabenfeld bietet Entwicklungsmöglichkeiten für Pflegenden, die in der direkten Patientenversorgung bleiben wollen. Zudem haben die Pflegeexperten einen erheblichen Einfluss auf die eigene Tätigkeit und die der Pflegenden. Mit der Karrieremöglichkeit zum Pflegeexperten realisieren Einrichtungen ein wichtiges Element aus der Magnetkrankenhausanerkennung für Pflegenden.

Es ist sehr erfreulich, dass in Deutschland mittlerweile viele Studiengänge angeboten werden, die eine Weiterqualifizierung zum Pflegeexperten ermöglichen und damit Mitarbeiter in der Pflege binden, die ansonsten vielleicht resignieren würden – und außerdem die Versorgung der Patienten und ihrer Familien durch den Einsatz von Pflegeexperten verbessern.

Literatur

ANCC - American Nurses Credentialing Center (2010): Die Komponenten und Belege der Evidenz des Magnet-Modells. Silver Spring, MD: ANCC.

Borchart, D., Galatsch, M., Dichter, M., Schmidt, S.G., Hasselhorn, H.M. (2011): Warum Pflegenden ihre Einrichtung verlassen. In: <http://www.next.uni-wuppertal.de/index.php?artikel-und-berichte-1> (aus dem Web am 15.03.2012)

Galatsch, M., Schmidt, S.G., Hasselhorn, H.M. (2010): Die Zufriedenheit mit der Patientenversorgung in unterschiedlichen Pflegesystemen. In: <http://www.next.uni-wuppertal.de/index.php?Arbeitsinhalt-und-organisation> (aus dem Web am 15.03.2012)

Hamric, A.B. (2005): A Definition of Advanced Practice Nursing. In: Hamric, A.B.; Spross, J.A.; Hanson, C.M. (Hrsg.): *An Integrative Approach*. 3rd ed. St. Louis: Elsevier Saunders, 85-108

Mendel, S., Feuchtinger, J. (2009): Aufgabengebiete klinisch tätiger Pflegeexperten in Deutschland und deren Verortung in der internationalen Advanced Nursing Practice. In: *Pflege*, 22(3), 208-216.

Pabst, I. (2009): Aushängeschild »Magnet«. In: *CNE.magazin* 2, 12-14

Schober, M., Affara, F. (2006): *Advanced Nursing Practice*, Hrsg.: ICN, Blackwell Publishing



:::: Eine „Werkzeugkiste“ für eine erfolgreiche Umsetzung von Veränderungsprozessen

:::: Angst vor Veränderungen? – Reaktionen von Mitarbeitern begegnen

:::: *Christa Tischer, Tischer Healthcare Management Consulting GmbH, Hanau*

Stehen Veränderungen an, so ist nicht selten Angst eine Reaktion – Angst, das Vertraute zu verlieren und etwas Fremdes kennen lernen zu müssen. Führungskräfte und Projektverantwortliche müssen diesen Ängsten der Mitarbeiter begegnen. Transparenz bezüglich der bevorstehenden Veränderungen herzustellen ist eine der wichtigsten Maßnahmen.

Angst als Reaktionsschema bei Veränderungen

Nachdem sich über Jahrzehnte im Krankenhaus Veränderungen nur langsam und in großen Abständen vollzogen haben, hat sich dies mit den Krankenhausreformen in den letzten Jahren geändert. Mit Blick in die Zukunft ist aus wirtschaftlichen Gründen zu erwarten, dass sich der Druck zur Weiterentwicklung der Krankenhausorganisation sogar noch erhöht.

Dies hat Auswirkungen auf die Mitarbeiter. Während früher im Krankenhaus das kollektive Bewusstsein vorherrschte, dass ein Arbeitsplatz im Krankenhaus sicher war, ist dies heute wie auch in anderen Branchen anders. Die Mitarbeiter im Krankenhaus verspüren mittlerweile, dass sich nur durch Veränderungen Arbeitsplätze sichern lassen. Trotzdem reagieren Mitarbeiter auf den Wandel sehr unterschiedlich. Angst ist dabei zunächst ein ganz normales Reaktionsschema. Dabei ist daraus nicht zu schließen, ob und wie schnell die Mitarbeiter die Veränderung bewältigen.

Ängsten gezielt begegnen

Die Aufgabe der Führungskräfte ist es, diesen Ängsten der Mitarbeiter zu begegnen. Informationen über die bevorstehenden Veränderungen zu geben, ist eine der wichtigsten Maßnahmen.

Richtiges Maß an Informationen finden

Eine Herausforderung stellt dabei dar, das richtige Maß an Information zu finden. Sicherlich sollten die Hintergründe des Veränderungsbedarfs dem Mitarbeiter nicht vorenthalten werden, aber noch bedeutender ist es aufzuzeigen, wie die Gestaltung des Arbeitsfeldes sich ändert und was dies für den einzelnen Mitarbeiter bedeutet. Während die Partizipation der Mitarbeiter an der Entscheidung in vielen Fällen nicht sinnvoll und zielführend ist, ist es empfehlenswert, bei der Ausgestaltung des Veränderungsprozesses Mitarbeiter mit einzubinden. Dies trägt wesentlich dazu bei, den bevorstehenden Wandel zu akzeptieren und die Ängste zu bewältigen. Oft wirken diese Mitarbeiter als Multiplikatoren und tragen diesen Veränderungsprozess in die Teams.

Mitarbeitervertretungen integrieren

Die Einbindung des Personalrats /der Mitarbeitervertretung ist eine weitere Maßnahme, das Vertrauen der Mitarbeiter zu stärken. Insbesondere wenn es gelingt, dass der Personalrat den Veränderungsprozess mitträgt, kann dies ein Erfolgsfaktor sein.

Offene Gesprächskultur fördern

Ein weiterer Aspekt ist, dass jedem Mitarbeiter die Chance gegeben wird, mit einem direkten Vorgesetzten zu sprechen. Hier können spezifische Ängste der einzelnen Mitarbeiter thematisiert werden, die von den Mitarbeitern in der Gruppe nicht angesprochen werden. Sollten einzelne Mitarbeiter sich zurückziehen oder in eine offene Widerstandsposition wechseln, gilt es umgekehrt, dass die Führungsperson auf den Mitarbeiter zugeht und das Gespräch sucht. Idealerweise sollten diese Mitarbeiter aktiv in den Veränderungsprozess eingebunden werden. Dabei gilt es aber auch zu beachten, dass nicht alle Mitarbeiter bereit sind, den neuen Weg mitzugehen. In diesen Fällen muss die Führungsperson aufzeigen, welche Grenzen es gibt und klarstellen, was von dem Mitarbeiter erwartet wird. Damit wird auch für die anderen Mitarbeiter unmissverständlich deutlich, dass es zu dem eingeschlagenen Weg keine Alternative gibt.

Transparenz schaffen

Mit dem Wandel werden ggf. auch die Positionen in einem Unternehmen verändert. So können Leitungen ihre Stellung verlieren oder Mitarbeiter müssen in einen anderen Arbeitsbereich wechseln. Hier gilt es, Transparenz zu schaffen, wie diese Personalentwicklung abläuft. Dabei muss darauf geachtet werden, dass jeder Mitarbeiter verspürt, dass es keine Vorauswahl gibt. So bieten sich hier ausgeschriebene Auswahlverfahren an, bei denen das Anforderungsprofil transparent wird.

Kultur des Miteinanders – Wertschätzung

Ein weiterer Beitrag dazu, dass Mitarbeiter den Veränderungsprozess mittragen, ist, wenn sie erkennen, wie man mit Mitarbeitern umgeht, die beispielsweise in einem Auswahlverfahren nicht berücksichtigt werden können. Die Wertschätzung für die

geleistete Arbeit sollte hier auch vor dem Team dargelegt werden. Auch die aktive Suche mit dem Mitarbeiter nach einem geeigneten Arbeitsplatz unterstützt diesen Prozess. Eine besondere Herausforderung stellt es dar, für ältere Mitarbeiter geeignete alternative Tätigkeiten zu finden. Dabei sollten die Stärken des Einzelnen bei der Suche nach einem neuen Arbeitsplatz in den Vordergrund gestellt werden.

Gemeinsame Ziele definieren

Veränderungsprozesse führen auch dazu, dass komplette Arbeitsteams aufgelöst und neu aufgebaut werden müssen. Dabei können die Mitarbeiter ihre Identifikation mit dem Betrieb verlieren, da sie sich insbesondere ihrem Arbeitsteam verpflichtet fühlen. Gerade der Prozess der Auflösung darf hier nicht zu lange dauern, da er sich sehr lähmend auswirkt. Zudem muss für die Mitarbeiter schnell eine neue Perspektive geschaffen werden. Der Aufbau neuer Arbeitsteams stellt aber eine ebenso große Herausforderung dar. Die neuen Arbeitskollegen miteinander vertraut zu machen und gleichzeitig die Trauer über den Verlust des alten Teams bei jedem einzelnen Mitarbeiter zu überwinden, sind hier wesentliche Aspekte. Dies kann gelingen, wenn die Mitarbeiter schnell gemeinsame Ziele haben, die sie nur gemeinsam verwirklichen können. Hier ist in besonderer Weise die Führungsperson gefragt.

Personalentwicklungsmaßnahmen

Das Angebot von Personalentwicklungsmaßnahmen kann den Wandel ebenfalls positiv beeinflussen. Insbesondere nehmen diese Maßnahmen die Angst der Mitarbeiter, die neue Aufgabe nicht bewältigen zu können. Zudem wird den Mitarbeitern aufgezeigt, dass sich auch andere Mitarbeiter in einer ähnlichen Situation befinden. Personalentwicklungsmaßnahmen zeigen aber auch, dass der Betrieb an den Einzelnen interessiert ist, so dass das erforderliche Vertrauen geschaffen wird.

Verlässlichkeit zeigen und Vertrauen gewinnen

Weiterhin ist für Führungspersonen zu berücksichtigen, dass Absprachen, die getroffen worden sind, auch eingehalten werden. Somit wird die Verlässlichkeit aufgezeigt, die Mitarbeiter in solchen Situationen benötigen. Unterstützt wird dies auch durch eine gute interne Öffentlichkeitsarbeit. Die Veränderung sollte im gesamten Unternehmen bekannt sein. Dies fördert den Austausch der Mitarbeiter betroffener Bereiche mit anderen. Diese Kultur der Transparenz schafft zwar auch Ängste in nicht betroffenen Bereichen. Da aber davon auszugehen ist, dass diese Veränderungen ohnehin das Unternehmen durchdringen, ist Transparenz hier besonders wichtig, um das Vertrauen in die Führung zu stärken. Auch der Vorstand muss sich aktiv an dieser Kommunikation beteiligen. Die persönliche Ansprache und der Austausch mit den Betroffenen sind ebenso wichtig wie die Kommunikation mit der gesamten Belegschaft.

Veränderungsprozesse evaluieren und reflektieren

Letztlich gilt es auch, solche Veränderungsprozesse aufzuarbeiten. So sollten die Führungskräfte das Vorgehen kritisch beleuchten, um Erkenntnisse für nachfolgende Veränderungsprozesse zu gewinnen. Selbstverständlich sollte auch überprüft werden, ob mit den Veränderungen die erwarteten Erfolge eingetreten sind. Den Mitarbeitern sind diese Ergebnisse auch aufzuzeigen. Gerade wirtschaftliche Erfolge tragen dazu bei, dass die Mitarbeiter die Veränderungserfahrung als mühsam, aber schließlich dennoch erfolgreich bewerten können.

Fazit

Veränderungen sind in einem Unternehmen als ein kontinuierlicher Prozess zu sehen, der verschiedene Bereiche des Unternehmens abwechselnd immer wieder trifft. Dadurch wird Veränderung zu einem normalen Bestandteil der Arbeit, was dazu führt, dass auch die Ängste bei neu anstehenden Veränderungsprozessen für den Einzelnen eine geringere Rolle spielen. Abschließend ist festzuhalten, dass jeder Veränderungsprozess seine eigene Dynamik hat. Dies liegt daran, dass die Mitarbeiter eine grundsätzlich unterschiedliche Einstellung haben. So müssen die Führungspersonen auch immer wieder auf die Situation bezogene Lösungsansätze entwickeln. Das Gelingen von Veränderungsprozessen wird wesentlich von der Führung bestimmt.



..... Gemeinsames Verändern durch aktives Einbeziehen der Mitarbeiter – Erfahrungen aus Schweden

..... Sabine Varenkamp, Dipl. Sozialpädagogin und ISO/Tandem Auditorin der Arbeiterwohlfahrt

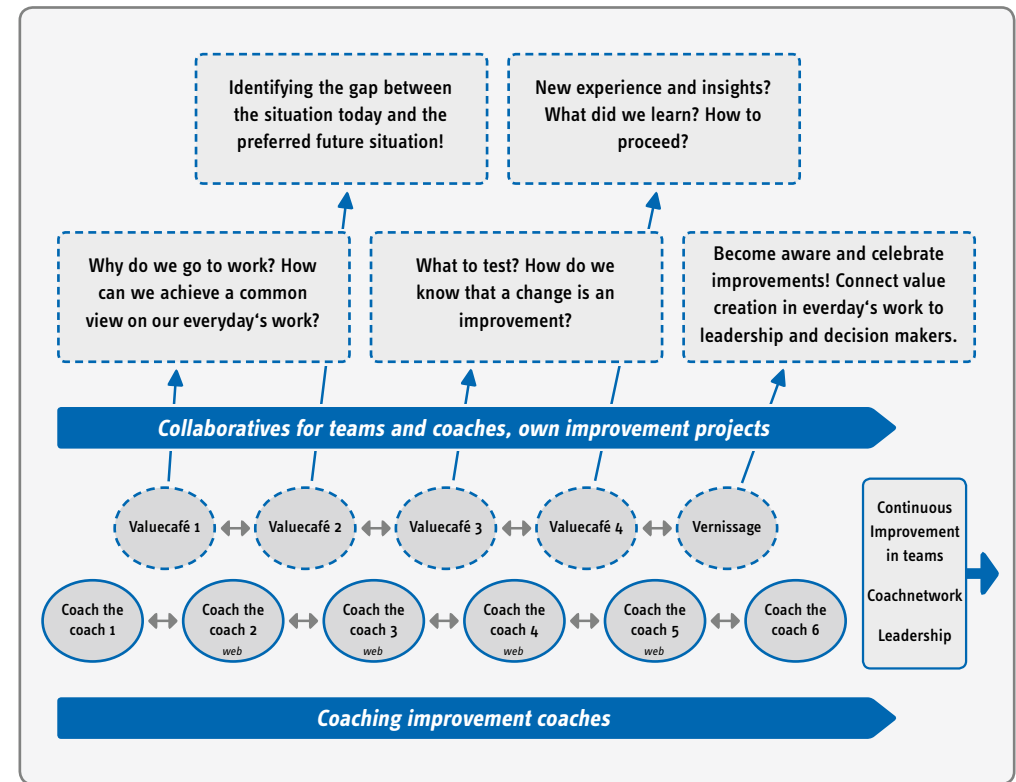
Im Sommer 2011 hospitierte ich im Rahmen des „Internationalen Hospitationsprogramms Pflege und Gesundheit“ in verschiedenen Qualitätsprojekten in Schweden. Im Vordergrund standen dabei Kompetenzentwicklungsprogramme für Pflegekräfte mit geringer Qualifikation. Diese innovativen und kreativen Programme in angepasster Form werden derzeit für Pflegehelfer bei der AWO Bremerhaven verwirklicht.

Hintergrund und Ziele der Hospitation

In unseren sechs Pflegeeinrichtungen der Arbeiterwohlfahrt Bremerhaven führen wir zurzeit viele Veränderungen durch, die an unsere Mitarbeiter hohe Anforderungen stellen. Dies reicht von der Einführung einer Software zur Pflegedokumentation über die fortlaufende Umsetzung der Pflegekriterien bis zur Vorbereitung auf eine mögliche Tandem Zertifizierung (AWO Qualitätskriterien und ISO 9001 Forderungen). Um die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unserer Pflegeeinrichtungen stärker in Veränderungsprozesse einbeziehen zu können und ein entspannteres Klima für Veränderungen zu schaffen, habe ich mich entschieden, eine Hospitation in Schweden durchzuführen. Konkret wollte ich Veränderungsprozesse im Qualitätsmanagement in Schweden kennen lernen und der Frage nachgehen, wie die Mitarbeiterzufriedenheit erhöht und Mitarbeiter entlastet werden können. Langfristig bedeutet dies die Entwicklung neuer Möglichkeiten, um Mitarbeiter stärker zu binden und damit dem Fachkräftemangel zu begegnen.

In Schweden vermutete ich eine starke Tradition der demokratischen Mitarbeiterbeteiligung und flache Hierarchien. Meine Erwartungen erfüllten sich nur teilweise, ich fand jedoch innovative Projekte der Mitarbeiterpartizipation.

Der Schwerpunkt meiner Hospitation lag auf der Teilnahme am „forum for values“ (s. u.) oder „Vårdeforum“ (s. u.) von Famna und dem Besuch des international arbeitenden „Esther Network“ in Eksö.



Mehr Kompetenz für Pflegekräfte durch das „Forum for values“/ vårdeforum

Famna ist der Dachverband gemeinnütziger Einrichtungen in Stockholm. Mit dem „forum for values“ führt Famna ein Coaching- und Qualitätsentwicklungsprogramm für Pflegekräfte ihrer Mitgliedsorganisationen durch.

Das „forum for values“ hat zum Ziel, eine Kultur ständiger Verbesserung zu schaffen, und besteht im Wesentlichen aus der Schulung von Coaches und so genannten „Verbesserungsteams“ in „Valuecafés“, an denen die Coaches mit ihren Teams teilnehmen und in 5-6 Sitzungen eigene Qualitätsprojekte entwickeln. Die Ergebnisse werden in Form von Collagen am Ende des Projekts in einer Vernissage vorgestellt.

Sowohl für die Coachings als auch für die Valuecafés werden derzeit vor allem geringer qualifizierte Pflegekräfte ausgewählt. In Schweden arbeiten in Pflegeeinrichtungen sowohl Pflegefachkräfte mit universitärer Ausbildung als auch Pflegekräfte, deren Ausbildung eher der unserer Pflegehelfer entspricht und die sich durch Module fortbilden können.

Abb. 1
Struktur des „forum for values“

Eine Auswahl der Themen, zu denen bisher Qualitätsprojekte entwickelt und in der abschließenden Vernissage vorgestellt wurden, sind:

„Lebendige Aktivierung“, „Gestaltung eines sinnvollen Alltags für Menschen mit Demenz“, „Steigerung des Wohlbefindens: personenzentrierte Pflege und individuelle Aktivitäten“, „Harmonische Umgebung: Weniger Angst für Menschen mit Demenz“ – Themen, die unseren derzeitigen Schwerpunkten in Bremerhaven sehr ähnlich sind. Während der Treffen erhalten die Teilnehmer dieses Programms Methodenkompetenz, mit der sie später selbständig weiterarbeiten können. Problemfelder werden z. B. anhand eines Fischgrät-Diagrammes (siehe Infobox) gemeinsam analysiert. Das Ziel der Famna-Mitarbeiter besteht darin, die Pflegekräfte „zu berühren und zu inspirieren“, aber gleichzeitig Kompetenz aufzubauen und den Pflegealltag mit Hilfe von Daten abzubilden.

Die Atmosphäre während der Coaching-Treffen ist geprägt von Wertschätzung, Motivation, viel Gelächter und Aha-Erlebnissen. Es gibt klare und transparente Vorgaben für die Abläufe des Programms und die folgenden Schritte in den Einrichtungen (vgl. Abbildung 1). Jede Sitzung und die Ergebnisse werden durch Teilnehmerbefragungen evaluiert. Die Leitungskräfte werden zu einem anderen Zeitpunkt ebenfalls geschult, so dass bei der Auswahl der Verbesserungsprojekte Impulse sowohl der Leitung als auch der Pflegekräfte berücksichtigt werden.

Das „Esther Network“ / Wer ist Esther?

Famna kooperiert mit der Region Jönköping, die nach dem Prinzip der kontinuierlichen Verbesserung schon seit vielen Jahren arbeitet und in ihrem Projekt „Esther Network“ große Erfolge in der Klienten/Nutzerorientierung und Entbürokratisierung erzielt. Esther ist eine fiktive ältere Dame, die alleine lebt und an mehreren chronischen Erkrankungen leidet. Jeder kann sich sein eigenes Bild von Esther machen, sie könnte die eigene Großmutter, Mutter oder geliebte Tante sein.

Ziele dieses Projektes sind:

- die Arbeitsbedingungen und Kommunikation in der gesamten medizinischen Versorgung von Esther zu verbessern,
- die medizinische Dokumentation mit allen Beteiligten zu teilen
- und die Qualität der Versorgung ständig zu verbessern.

Dadurch ist es Esther möglich, sich sicher zu fühlen, weiterhin ein unabhängiges Leben zu führen und die bestmögliche Versorgung zu erhalten.

Die grundsätzlichen Fragen, die zur Erreichung dieser Ziele im Vordergrund stehen, lauten:

- Wie würde Esther sich fühlen?
- Was ist das Beste für Esther?
- Was braucht Esther?

Durch ständiges Hinterfragen der Prozessabläufe und des Pflegealltags arbeiten die Esther Coaches stetig an der Erreichung der Ziele für Esther.

Das Projekt wird gesteuert durch eine Strategieguppe und eine Projektmanagementgruppe. Pflegekräfte, Krankenschwestern oder Physiotherapeuten werden zu Esther Coaches ausgebildet, die dann in ihrem Arbeitsbereich nach Optimierungsmöglichkeiten für Esther suchen.

Beim Interview mit den Esther Coaches konnte ich an der Form der Antworten immer wieder feststellen, wie gut sich die Orientierung an Esther durchgesetzt hat.

Das Esther Network arbeitet international und tauscht mit seinen Partnern Best-practice-Resultate aus.

Wichtig für mich war, dass bei diesem Projekt ebenfalls geringer qualifizierte Pflegekräfte zu Coaches ausgebildet werden. Durch die Erweiterung ihrer Qualifikationen und persönlichen Schlüsselkompetenzen werden den Mitarbeitern Visionen, Motivation und Gestaltungsräume in ihrem Arbeitsalltag geboten.

Eindrücke in Schweden werden zur Inspiration, um eigene Konzepte zu entwickeln

Die Coaching-Programme von Famna und das Esther Network waren für mich die inspirierendsten Bereiche meiner Hospitation. Mit ihrem philosophischen Hintergrund bilden sie einen Gegenpol zur Zertifizierung nach DIN ISO: Im Vordergrund stehen individuelle Entwicklungsprogramme und ein Patienten-/Nutzerfokus. Trotzdem lassen sich Teile davon gut in unsere Pflegeheime integrieren und passen besonders gut zu meiner Auffassung von Bildungsvermittlung und Mitarbeiterbeteiligung: Themen werden erarbeitet und gemeinsam entwickelt, statt Mitarbeiter vor allem mit vorgegebenen Inhalten zu schulen. Sie bieten Pflegekräften (wieder) eine Vision und führen ihnen vor Augen, warum sie ihren Beruf gewählt haben und wie sie schwierige Situationen selbst aktiv verändern können.

Deshalb war ich nach meiner Hospitation stark motiviert, eigene Konzepte zur Mitarbeiterbeteiligung zu entwickeln. Klar war von Anfang an, dass es für uns weder möglich ist, uns an einem „Esther Network“ zu beteiligen, noch ein „forum for values“, wie es von Famna durchgeführt wird, zu verwirklichen.

Doch es sollte ja auch um viel mehr gehen als um eine Kopie bereits bestehender Programme. Kreativität, Inspiration und Wertschätzung waren die Begriffe, die im Zentrum der von mir besuchten Kompetenzentwicklungsprogramme standen. Die methodische Aufbereitung von Inhalten war ebenfalls sehr kreativ und beflügelnd.

Der philosophische Hintergrund der in Schweden praktizierten Programme orientiert sich an einer in Deutschland weitgehend unbekanntem amerikanischen Theorie über Mikrosysteme, des „Dartmouth Microsystem Improvement Curriculum“ der Dartmouth

Das Fischgrät-Diagramm wird so genannt wegen seiner einprägsamen, bildlichen Form, die an eine Fischgräte erinnert. Es wird auch Ursache-Wirkungs-Diagramm oder nach seinem Erfinder Ishikawa-Diagramm genannt. Es gilt als eines der 7 Elemente der Qualitätswerkzeuge und dient der Analyse von Qualitätsproblemen. Mit ihm können mögliche Ursachen für ein Problem gemeinsam erarbeitet, strukturiert und visualisiert werden.

Bedingungen in der pflegerischen Versorgung in Schweden

Der schwedische Wohlfahrtsstaat wurde unter der Führung der sozialdemokratischen Partei, die das Land seit den 30er Jahren bis 2006 fast durchgehend regierte, begonnen.

Das schwedische Gesundheitssystem wird hauptsächlich durch Steuern finanziert.

Die politische Zuständigkeit ist dezentralisiert, für das Gesundheitswesen sind die so genannten „Landstings“/Regionen (vergleichbar mit deutschen „Regierungsbezirken“)

und die Kommunen zuständig. Das schwedische Gesundheitssystem ist sehr effektiv und kostengünstig, bietet den Schweden aber keine Wahlfreiheit der Ärzte, Pflegeheime etc. Heute bemüht sich Schweden um mehr Wettbewerb in der Versorgung (auch durch die „open comparison“, öffentliche Vergleiche von Pflegequalität in den einzelnen Kommunen) und will eine stärkere Privatisierung zuzulassen. Wahlfreiheit in der Versorgung ist ebenfalls ein

Schwerpunkthema für die nächsten Jahre.

Obwohl das deutsche und das schwedische Gesundheitssystem nicht vergleichbar sind, stellt man sich in Schweden ähnlichen inhaltlichen Herausforderungen. Durch die lange Tradition der sozialdemokratischen Regierung in Schweden gibt es eine starke Werteorientierung in der Gesundheitsfürsorge und Pflege, die gut zu den Leitbildern der Arbeiterwohlfahrt passen.

Medical School in New Hampshire (siehe: <http://clinicalmicrosystem.org/materials/curriculum>).

Wie kann ein motivierender und inspirierender Transfer gelingen?

Von Anfang an war klar, dass ich die kreative und innovative Atmosphäre, die ich in Schweden erlebt hatte, in der gesamten Transferarbeit und der Umsetzung meiner Ideen, einfangen wollte.

Hierzu gehörte eine Power Point Präsentation, die mit Fotos und Kunst aus Stockholm bebildert ist und die Zuhörer überraschen und nicht mit Daten und Fakten ermüden sollte.

Diese Präsentation wurde in verschiedenen Arbeitskreisen vorgestellt:

Nach der ersten Präsentation der Ergebnisse beim Nachbereitungstreffen des Instituts g-plus, das von der Robert Bosch Stiftung geförderte „Internationale Hospitationsprogramm Pflege und Gesundheit“ koordiniert, wurden die Ergebnisse unseren Einrichtungsleitern vermittelt. Der Rahmen war ein „schwedisches“ Zusammensein in der Weihnachtszeit mit einem typischen schwedischen „lunch“. Nach einer kurzen Einstimmung mit Fotos und der Präsentation tauschten sich die Einrichtungsleiter zu modifizierten Fragen der Valuecafés aus: Was brauche ich, um „gut“ zu arbeiten? Was motiviert und inspiriert mich? Was brauchen meine MitarbeiterInnen, um „gut“ zu arbeiten? Welche Arbeitsatmosphäre möchte ich für meine MitarbeiterInnen gestalten? Unsere erste Idee für eine stärkere Mitarbeiterbeteiligung ist es, in den Einrichtungen „Ideenschmieden“ einzusetzen. Der Name dieses Arbeitskreises grenzt sich bewusst

von Begriffen wie „Qualitätszirkel“ ab. Hier sollen mit Pflegekräften ohne Leitungsfunktionen Ideen entwickelt werden, welches Verbesserungspotenzial es in den Einrichtungen gibt und wie Pflegekräfte entlastet werden können.

Diese „Ideenschmieden“ werden von mir moderiert und begleitet.

Die Präsentation kam gut an, der Vorschlag der „Ideenschmieden“ stieß allerdings auf viele Vorbehalte: Die Pflegekräfte seien schon in zu viele Arbeitssitzungen eingebunden und man war besorgt, dass sich die Arbeitsergebnisse der Kontrolle der Leitung entziehen würden.

Die Leitungsteams zweier Einrichtungen waren begeistert und konnten den Vorschlag mit eigenen Zielen füllen: Neue Mitarbeiter könnten gestärkt und Pflegehelfer aktiviert werden, mehr Verantwortung zu übernehmen und dadurch größeres Selbstvertrauen zu entwickeln.

Die Rahmenbedingungen wurden gemeinsam gesetzt: 4-6 TN sollen sich einmal monatlich treffen. Für die Gewinnung von Teilnehmern wird eine humorvolle Stellenausschreibung und eine Kurzpräsentation der Ergebnisse der Hospitation erstellt. Zurzeit arbeite ich an der Fragestellung, wie in diesen Ideenschmieden eigene Projekte entwickelt werden können. Wichtig ist mir dabei, Vertrauen in das gemeinsame Entwicklungspotenzial zu haben und die Kompetenzen der Teilnehmer zu nutzen – bei gleichzeitiger strukturierter Arbeitsweise mit klaren Vorgaben.

Literatur:

Langley G.J., Nolan K.M., Moen R., Nolan W.: The improvement guide: a practical approach to enhancing organizational performance, c2009 2nd edition, San Francisco Jossey-Bass

Nelson E.C., Batalden P.B., Godfrey M.: Quality by design: A clinical microsystems approach, c2007, 1st edition, San Francisco, Jossey-Bass

J. Collins: Good to Great: Why Some Companies Make The Leap...And Others Don't, 2001 Harpers Business Deutsche Ausgabe: Der Weg zu den Besten: die sieben Management-Prinzipien für dauerhaften Unternehmenserfolg, 2005 München Deutscher Taschenbuch-Verlag

Pink D. H.: Drive: The surprising truth about what motivates us, 2011, Edinburgh Canongate Books

Schneider, T., A. Nilsson, T. Neubeck and J. Edvinsson: Forum for Values – creating a culture of continuous improvement. Posterpresentation. 22th Annual National Forum on Quality Improvement in Health Care, Orlando, Florida 2010. Institute of Health Care Improvement (IHI).



:::: Veränderungen zum Alltag werden lassen – Stabilisierung der Erneuerungen

:::: *Anneke de Jong, wissenschaftliche Mitarbeiterin, Department für Pflegewissenschaft, Universität Witten/Herdecke*

In diesem Artikel widmen wir uns der Frage, was mit den Schlagworten evidence based practice und innovatives Vorgehen gemeint ist und was in der Fachliteratur über das Implementieren und Stabilisieren von Erneuerungen bekannt ist.

Einführung

Die Pflege wird in allen Bereichen aufgefordert, evidence based zu arbeiten und innovativ vorzugehen – und dabei am besten noch zu einer Kostenreduktion beizutragen. „Standardisierung“ ist dabei ebenso ein Schlüsselbegriff wie „Patientenorientierung“. Beide stehen im Kontext eines stetig wachsenden Arbeitsdrucks: Die Verweildauer in Krankenhäusern wird immer kürzer, die Pflege entsprechend intensiver; ambulante Patienten sind pflegeintensiver als je zuvor, und die Ansprüche der Patienten intensivieren sich wegen des zunehmenden Wissens und Bildern aus Fernsehprogrammen und dem Internet. Die Umsetzung von theoretischem Wissen in der Praxis war schon lange zuvor ein Problem (z. B. Hunt 1981) – evidence based practice und innovatives Vorgehen sind also noch komplizierter geworden.

Begrifflichkeiten

Vor zwanzig Jahren sprach man im Gesundheitswesen gern von research based practice: einer Praxis, in der klinische Entscheidungen auf Nachweisen basierten, die man in der Forschungsliteratur identifizieren konnte. Es gibt präskriptive und deskriptive Forschungsergebnisse. Präskriptiv waren alle Ergebnisse, die nachwiesen, dass dem Patienten geschadet würde, wenn man sie nicht anwendete; deskriptive Nachweise gehörten zu den Auswahlmöglichkeiten, die man bei der Entscheidung für eine bestimmte Intervention/Behandlung hatte. Professionals im Gesundheitswesen kritisierten diese einseitige Vorgehensweise und wiesen auf die professionellen Erfahrungen als Basis für patientengerechte Entscheidungen hin. Und auch die Patienten wollten zunehmend ein Mitspracherecht bei der endgültigen Entscheidung für eine Behandlung haben. Daraus resultierte der Begriff evidence based practice: eine Praxis, die bestimmt wird von Forschungsergebnissen, Erfahrungen der Praktiker und Patientenpräferenzen.

Innovation wird häufig mit etwas Neuem in Verbindung gebracht: etwas, das noch nirgendwo zuvor ausprobiert worden ist. Vielleicht wäre dementsprechend für unseren Kontext „Reform“ ein besserer Begriff, denn es geht nicht unbedingt darum, dass man etwas ganz Neues ausprobiert, sondern darum, dass man offen ist für eine Veränderung (besonders in einer Organisation oder in der Gesellschaft), durch die man bestimmte Zustände verbessern möchte.

Innovativ sein oder auch reformierend zu handeln setzt voraus, dass es ein Problem, also etwas Verbesserungswürdiges gibt.

Es geht bei Innovationen in der direkten Pflege also um die Einführung von Vorgehensweisen, Methoden/Techniken oder Prozessen in einem spezifischen Umfeld, die

- neu sind
- besser sind
- oder anders sind als bisher akzeptierte Vorgehensweisen

mit dem Ziel, die Patientenversorgung zu optimieren! Denn Innovationen um der Innovation willen bringt niemandem etwas. Bei jeder Veränderung soll nachgewiesen werden, inwieweit die Patientenversorgung sich ihrerwegen optimiert hat (Grol et al 2005).

Für unsere Fragestellung ist auch der Begriff „Standardisierung“ wichtig: Inwieweit lassen sich Erneuerungen standardisieren und wie funktioniert das im Pflegealltag und im Rahmen der Patientenorientierung?

Standardisierung bedeutet, dass eine Berufsgruppe oder ein Dienst versucht, das gemeinsame Wissen zu einem Thema einheitlich darzustellen als Maß oder Kriterium für die Beurteilung der Qualität eines Angebots. Standards werden auch fälschlicherweise als Ablaufmodelle verstanden: eine Liste mit Handlungen, die erfüllt werden sollten und die man „abhaken“ kann.

Cooke (2009) verweist auf das Risiko der ‚McDonaldisierung‘: die Tendenz, standardisierte Dienstleistungen anzubieten (Kostensparung) und die Vorhersagbarkeit und Kontrolle erhöhen zu wollen, indem menschliches Entscheidungsvermögen und menschliche Fähigkeiten durch nicht-menschliche Technologie (wie Roboter und Computerprogramme) ersetzt werden. So verstandene Standards führen dazu, dass alle Patienten das gleiche Angebot bekommen und die Patientenpräferenzen keine angemessene Berücksichtigung mehr erfahren können.

„Neues“ in der Praxis einführen und stabilisieren

Es geht darum, dass eine Innovation, die man implementieren möchte, inhaltlich und prozesshaft gut durchdacht, geplant und systematisch vorgestellt wird. Ziel dieser Innovation ist eine strukturelle Position professioneller Praxis in funktionierende Organisationen oder in die Struktur des Gesundheitswesens zu geben (Grol et al. 2005). Das ist einfacher gesagt als getan. In der Vergangenheit meinte man, dass es reiche, die

Professionals mittels eines Kurses mit der Innovation vertraut zu machen: Dies würde dazu führen, so die Annahme, dass die Veränderung umgesetzt werde und man die Ergebnisse bei den Patienten feststellen könne. Auch heute noch ist diese Auffassung ziemlich verbreitet. Auch wies man die Schuld für die mangelnde Umsetzung von Innovationen in der Praxis der Krankenschwester zu: Sie lese keine (wissenschaftliche) Fachliteratur, verstehe nicht, was sie gelesen habe, glaube es nicht oder meine, was sie gelesen haben, nicht anwenden zu dürfen (Hunt 1981). Viele Forschungsprojekte zu der Fragestellung „Wie kommt Wissen in die Praxis?“ haben sich auch den Pflegenden gewidmet und andere Faktoren leider außer Acht gelassen (Estabrooks 2007).

Auch wenn man weiterhin viele Details des Implementierungsprozesses nicht versteht, hat sich die Implementierungsforschung in den letzten zwei Jahrzehnten weltweit verbreitet und weitere entscheidende Faktoren identifiziert. So ist der Kontext, innerhalb dessen Neues implementiert wird, sehr wichtig: Themen wie Führung, Organisationskultur, Stellenwert der Evaluation werden hier angesprochen (Rycroft-Malone 2004) und in sämtlichen Forschungsprojekten vertieft.

Auch das Thema „Bedingungen schaffen“ spielt nach Ansicht der führenden Implementierungsforscher eine große Rolle: Gibt es *facilitators* (Menschen, die den Implementierungsprozess erleichtern, begleiten, unterstützen)? Gibt es Ressourcen? Werden Teilnehmer im Prozess als gleichwertig gesehen? usw. (Rycroft-Malone et al. 2004).

Neues Einführen (nach Grol et al. 2005, Achterberg et al. 2008)

Es ist wichtig, genau zu wissen, warum etwas Neues notwendig wäre – um zunächst in der Wissenschaft, Forschung und Fachliteratur zu recherchieren, inwiefern es hier Antworten und Lösungsansätze geben könnte. Auch für ein patientengebundenes ‚Praxisproblem‘ kommt unter Umständen eine evidenzbasierte Lösung in Frage. Betont wird, dass es für eine nachhaltige Umsetzung einer Lösung wichtig ist ‚das Patientenproblem‘ gut zu analysieren: Warum gibt es das ‚Problem‘ überhaupt, mit welchen Ergebnissen bei den Patienten ist man unzufrieden, welche Faktoren spielen dabei eine Rolle? Man braucht diese Daten, um feststellen zu können, welche Lösungsansätze, die es in der Literatur bzw. in anderen Einrichtungen gibt, passend sind für die eigene Situation.

Wichtig ist auch, genau sagen zu können, welche Ergebnisse bei Patienten dazu führen, dass Innovationen notwendig sind. In vielen Implementierungsprojekten wird dieses vergessen, was meistens dazu führt, dass man sich als Organisation mit der Implementierung zufrieden zeigt, ohne sagen zu können, was sich deswegen bei den Patienten verändert hat. Oder dass man Lösungen aussucht, die nicht bei den Bedürfnissen der Patienten ansetzen, oder die nicht in die Organisationskultur passen.

Ein Beispiel: In einem Pflegeheim wird festgestellt, dass Bewohner mit Demenz ziemlich oft aggressive Momente haben und schreien. Weil man nicht sagen kann, wie oft das

passiert, kann man später nie feststellen, ob die durchgeführten Maßnahmen effektiv waren. Man kann im Grunde genommen auch keine Interventionen auswählen, wenn man nicht sagen kann, warum das Verhalten der Menschen in dieser Einrichtung so ist. Validation als Intervention zu wählen, nur weil man davon schon viel gehört hat, bringt nichts: Die Intervention muss mit den Ursachen des Problems fertig werden. Langeweile ist ein anderer Grund für auffälliges Verhalten als z. B. nicht erkannte Schmerzen und benötigt dementsprechend auch andere Interventionen/Maßnahmen.

Das bedeutet, dass man bereits im Rahmen der Problemanalyse feststellen kann und muss, wie man später die Effektivität der durchgeführten Intervention nachweisen kann. Das kann dann sogar in Zahlen ausgedrückt werden: Jetzt zeigen 60% unserer Bewohner ein auffälliges Verhalten; wir streben an, dass in zwei Jahren nur noch 20% der Bewohner ein auffälliges Verhalten zeigen.

Und es kann durchaus so sein, dass in der Problemanalyse noch festgestellt werden müsste, um wie viel Prozent es sich eigentlich handelt.

Die definitive Auswahl einer innovativen Intervention muss an dieser Zielsetzung festgemacht werden können, um überhaupt eine Chance auf Nachhaltigkeit zu haben. Denn nach der Problemanalyse folgt die definitive Auswahl der Innovation. Das macht es auch leichter, die Maßnahme den Kollegen ‚zu verkaufen‘: viele Projekte dieser Art scheitern daran, dass die Beteiligten nicht motiviert sind, weil sie die Notwendigkeit oder sogar das Problem nicht sehen. Fakten aufzuführen und später nachweisen zu können, dass die Zahlen sich erwartungsgemäß verändert haben, motiviert die Teilnehmer, die Intervention in die Routine aufzunehmen und beizubehalten.

Sobald man genau weiß, wie die Innovation konkret aussieht, kann man die Problemanalyse ergänzen: Wo gibt es zu diesem Vorhaben Chancen und Schwierigkeiten? Das zu wissen erleichtert den Implementierungsprozess; man kann Strategien entwickeln zur Maximalisierung der Chancen und Minimalisierung der Schwierigkeiten. Diese Strategien zu entwickeln ist einer der kompliziertesten Aspekte der Implementierung. Eine Strategie könnte sein, Mitarbeiter, die sich der Intervention gegenüber eher ablehnend verhalten, in die Lenkungsgruppe mit aufzunehmen. Eine weitere Strategie kann sein, nur den Pflegenden einen Kurs anzubieten, die mangelndes Wissen der Intervention gegenüber signalisieren, während die anderen vielleicht einen Kurs in Kommunikation (mit Angehörigen z. B. oder mit Vertretern anderer Disziplinen) absolvieren. Ohnehin ist es wichtig, diese Aspekte in einen Implementierungsplan aufzunehmen. Hier wird beschrieben, was mit welchem Ziel gemacht werden muss und wer für diese Schritte zuständig ist und in welcher Periode das stattfinden soll. Das erhöht die Arbeitseffizienz und macht es leichter, bei der Evaluation des Prozesses festzustellen, was jeder einzelne Schritt in Bezug auf die Ergebnisse beigetragen hat.

Wie schon gesagt: Evaluation ist sehr wichtig. Es gibt zwei Ebenen der Evaluation. Die erste Ebene gilt den Patienten: Haben wir mit dieser Intervention das Ziel erreicht (z.B.:

Wir haben momentan 34% Bewohner mit auffälligem Verhalten)? Die zweite Evaluationsebene gilt dem Prozess: Sind wir in der Organisation der Implementierung richtig vorgegangen? Denn man kann eine gute Intervention schlecht implementieren, eine schlechte Intervention gut implementieren und eine gute Intervention gut implementieren. Nur im letzten Fall wird man die erwünschten Ergebnisse bei den Patienten erreichen (siehe dazu Fixsen et al 2005).

Nachhaltigkeit erreichen (basierend auf Grol et al. 2005, Fixsen et al 2005, Achterberg et al 2008)

Bekannt ist, dass viele Projekte nur laufen, solange der Projektleiter vor Ort ist. Das ist nicht der Sinn der Sache: Wir möchten, dass die Maßnahme in die Routine einfließt und Teil der professionellen Entscheidungsfindung wird. Als Faktoren, die dazu beitragen können, werden Kontrolle, Führung und Motivation genannt.

Kontrolle bedeutet, dass jemand darauf achtet, dass die Intervention in die professionelle Entscheidungsfindung mit einfließt. Das bedeutet, dass nach der Implementierungsphase festgelegt werden muss, wer regelmäßig nachschaut, ob die Kollegen die Intervention in vorkommenden Pflegesituationen auch tatsächlich als mögliche Pflegehandlung vor Augen haben.

Es gibt aber auch externe ‚Kontrolle‘: Audits, Akkreditierungen, Zertifizierungen oder einfach die Chance, dass man in der Tagespresse nicht als nachlässig beschrieben wird. Das Management hat in die Implementierung investiert und entsprechend die Aufgabe festzustellen, ob diese Innovation gelebt wird, ob es ausreichende Bedingungen dafür gibt und ob der Kontext hindert oder fördert.

Die Pflegenden müssen aber auch motiviert sein, die Maßnahme durchzuführen. Motivation erreicht man dadurch, dass Effekte sichtbar sind, dass man eigenständig und eigenverantwortlich entscheiden kann, und dass man aus einer anderen Erfahrung lernt. Reflektion ist hier wichtig, so wie auch ein Blick für die Auswirkungen des eigenen Handelns.

Pflegende müssen das Vertrauen haben, dass das, was sie tun, gut, wissenschaftlich und insbesondere anerkannt ist.

Die Evaluation hilft bei der Feststellung, ob man das erreicht hat, was man sich vorgenommen hatte.

Diskussion

Nachhaltig Neues zu implementieren ist eine komplexe Aufgabe. Das Wissen dazu ist noch in der Entwicklung, aber grobe Muster gibt es mittlerweile, die als Leitfaden dienen können. Wesentlich bei allen Ansätzen ist die Feststellung, dass man Professionellen die eigenen professionellen Entscheidungen nicht nehmen soll, z. B. weil man sie auf Standards und standardisiertes Handeln reduziert. Standardisierung sollte dazu

beitragen, dass die Qualität der professionellen Entscheidungen optimiert wird, weil in einem Standard (evidence based) Basiswissen zum Thema des Standards zusammengeführt ist.

Einer der Fehler in Implementierungsprozessen ist, dass man Innovationen um ihrer selbst willen einführt, statt um klar formulierte Patientenziele zu erreichen. Allein die Veränderungen und Innovationen struktureller und überlegter zu planen, könnte zur effektiven Optimierung der Patientenversorgung beitragen.

Literatur

- Achterberg, T. v., Schoonhoven, L., & Grol, R. (2008). Nursing implementation science: how evidence-based nursing requires evidence-based implementation. *Journal of Nursing Scholarship*, 40(4), 302-310.
- Cooke, H. (2009). Theories of risk and safety: what is their relevance to nursing? *Journal of Nursing Management*, 17(2), 256-264.
- Estabrooks, C. A. (2007). A program of research in knowledge translation. *Nursing Research*, 56(4S), S4-S6.
- Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M. & Wallace, F. (2005). *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*. Tampa, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network (FMHI Publication #231).
- Grol R, Wensing M, Eccles M. (2005) *Improving Patient Care*. Edinburgh: Elsevier Butterworth Heinemann
- Hunt, J. (1981). Indicators for nursing practice: the use of research findings. *J Adv Nurs*, 6, 189-194.
- Rycroft-Malone, J., Harvey, G., Seers, K., Kitson, A., McCormack, B., & Titchen, A. (2004). An exploration of the factors that influence the implementation of evidence into practice. *Journal of Clinical Nursing*, 13(8), 913-924.



:::: Gezielt handeln – die Praxis erfolgreich verändern

:::: Prof. Dr. Elke Donath

„Nichts ist so beständig wie der Wandel“ – ein gern verwendetes Zitat in der Diskussion um das deutsche Gesundheitswesen: Von der Implementierung von Expertenstandards ist die Rede, von Qualitätsentwicklung und Umstrukturierungsprozessen. Aber wie passt das alles in den Praxisalltag mit seinen mangelnden Zeitressourcen? Wie können Lösungen aussehen, die von den Fachkräften im Gesundheitswesen nicht als Zusatzbelastung, sondern als hilfreich beurteilt werden? Diese Fragen standen im Zentrum des von der Robert Bosch Stiftung geförderten Symposiums „Gezielt handeln – die Praxis erfolgreich verändern“ am 4./5. Mai 2012 an der Universität Witten/Herdecke.

Nicht nur die Veranstaltung, die mit dieser transferplus-Ausgabe in Auszügen dokumentiert wird, sondern auch die Erfahrungen aller bisherigen Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Internationalen Hospitationsprogramms Pflege und Gesundheit haben gezeigt, dass Veränderungen möglich sind – und dass Hospitationen im Ausland wertvolle Lösungen und Anstöße für wichtige Veränderungsprozesse in Einrichtungen des Gesundheitswesens in Deutschland initiieren können. Für einen erfolgreichen Transfer der Erkenntnisse in die eigene Einrichtung bedarf es allerdings bestimmter Voraussetzungen und Rahmenbedingungen. Einige davon werden im Folgenden benannt.

Klare Definition der Fragestellung bzw. Zielsetzung des Auslandsaufenthaltes

Für einen erfolgreichen Projekttransfer ist eine klare Definition der fachlichen Fragestellung wichtig, der im Rahmen der Auslandshospitation nachgegangen werden soll. Dazu bedarf es gründlicher Reflektion über das eigene Tätigkeitsfeld, aber auch über die Zusammenhänge innerhalb der Einrichtung und des weiteren beruflichen Kontextes. Was genau soll verbessert werden? Warum? Welche Personen und Strukturen sind dabei direkt oder indirekt betroffen? Ebenso wichtig sind zudem Informationen über das Projekt oder Konzept, das im Mittelpunkt der Auslandshospitation stehen wird. In welchem Kontext steht die Gasteinrichtung? Wo sind – trotz aller Unterschiede – Berührungspunkte und Gemeinsamkeiten zu vermuten? All diese Fragen sind Voraussetzung, um das Thema möglichst klar zu skizzieren und eine zentrale Leitfrage zu formulieren, die während der Hospitation bei der Fülle der Eindrücke Orientierung bietet. Generell

gilt: Je klarer die Fragestellung vor dem Aufenthalt ist, desto einfacher wird es, im Ausland Gesprächspartner zu finden – und desto greifbarer werden nachher auch die Hospitationsergebnisse sein.

Rückendeckung im eigenen Haus

Natürlich fordert ein selbst organisierter Auslandsaufenthalt zunächst Eigeninitiative, Engagement, Zeit und Aufwand. Wenn aber die Vorgesetzten von Anfang an involviert sind und das Vorhaben unterstützen, erleichtert das die Vorbereitungen deutlich. Gemeinsam entwickelte Fragestellungen, Ideen, aber auch das nicht zu unterschätzende Teamgefühl, das nach der Rückkehr für den Transfer der Projektergebnisse von entscheidender Bedeutung ist, sorgen dafür, dass der Aufwand, der mit der Vorbereitung einhergeht, auf mehrere Schultern verteilt wird, während die Vorfreude auf das gemeinsame Projekt wächst. Für Vorgesetzte bietet ein solches Projekt eine große Chance: Sie können zeigen, dass sie das Engagement ihrer Mitarbeiter wertschätzen und unterstützen. Dies trägt nachweislich zu einem besseren Klima innerhalb der Einrichtung bei und baut Barrieren zwischen Vorgesetzten und Mitarbeitern ab. Dies gilt natürlich insbesondere für die Zeit nach der Rückkehr. Wenn Erkenntnisse und Erfahrungen in Vorschläge münden sollen, welche Veränderungen es in der eigenen Einrichtung als Konsequenz der Hospitation geben soll, sind die Mitarbeiter auf die Unterstützung ihrer Vorgesetzten angewiesen. Glücklicherweise erkennen immer mehr Einrichtungs- und Teamleiter das Potenzial solcher Prozesse und engagierter Mitarbeiter. Diese nicht als „Bedrohung“ zu empfinden, sondern als hochgeschätzte Kräfte, die Visionen für ihre Einrichtung und für ihr Berufsfeld entwickeln und damit einen großen Teil zum Gelingen von Veränderungsprozessen beitragen, bildet den ersten Schritt für erfolgreichen Wandel innerhalb einer Einrichtung.

Einbindung des eigenen Teams in die Konzeption des Vorhabens und die Formulierung der Fragestellung

Um möglichen Ängsten, Vorurteilen gegenüber Veränderungen und einer Blockadehaltung im eigenen Team vorzubeugen, empfiehlt sich eine möglichst frühzeitige Einbindung der Kolleginnen und Kollegen in das Projekt. Erfahrungen zeigen, dass der Auslandsaufenthalt und die damit verbundenen positiven Erfahrungen die Motivation und das Engagement der Teilnehmer für die Weiterentwicklung des eigenen Tätigkeitsfeldes fördern. Der Austausch mit den Kollegen im Ausland, die Erfahrung der freundlichen Aufnahme sowie die im Vorfeld ungeahnte Fülle von Erkenntnissen und Impulsen halten bei den meisten Teilnehmern noch Monate nach der Rückkehr nach Deutschland an und tragen dazu bei, mögliche Schwierigkeiten bei der Implementierung schwieriger

Veränderungen selbstbewusst zu meistern. Dennoch ist es für den Transfererfolg wichtig, das Team von Anfang an in die Planungen des Aufenthaltes einzubinden und auch während der Hospitation auf dem Laufenden zu halten. So können Erkenntnisse noch vor der Rückkehr nach Deutschland im Team diskutiert werden, wodurch der Transfer Einstieg und die konkrete Umsetzung ungemein erleichtert werden. Wird während der Hospitation Kontakt mit den Kolleginnen und Kollegen gehalten, können neue Fragen im eigenen Team noch während der Hospitation vor Ort einbezogen werden.

Analyse der Erkenntnisse vor dem Hintergrund der deutschen Versorgungsstrukturen

Auch wenn zentrale Fragen, Inhalte und auch Probleme oftmals grenzüberschreitend gelten, müssen die Unterschiede innerhalb der Gesundheitssysteme als Rahmenbedingungen von Anfang an in die Planung der Hospitation, die Formulierung der Fragestellung und in die Beschreibung des angestrebten Transfers einbezogen werden. Es kommt nicht darauf an, Konzepte zu kopieren, sondern auf notwendige Voraussetzungen hin zu überprüfen und anzupassen. Natürlich können Probleme, deren Ursachen in den gesetzlichen Vorgaben liegen, nicht einfach beseitigt werden. Es ist jedoch auch bei großen strukturellen Unterschieden durchaus möglich, realistische Ideen für erfolgreiche Verbesserungen zu entwickeln.

Dank des Internationalen Hospitationsprogramms Pflege und Gesundheit wurden und werden seit zehn Jahren zahlreiche Veränderungen an Einrichtungen des Gesundheitswesens in Deutschland erfolgreich initiiert und umgesetzt. Durch die Praxiserfahrung im Ausland und den fachlichen Austausch mit Kolleginnen und Kollegen vor Ort werden Fachkräfte im Gesundheitswesen nicht nur innovativ und hochqualitativ fortgebildet, sondern auch motiviert, die notwendigen Veränderungen in ihrem Tätigkeitsbereich anzugehen oder das eigene Gesundheitssystem positiv zu bewerten. Dank der Unterstützung der Robert Bosch Stiftung und der erneuten Verlängerung des Programms bis 2014 können Pflegenden auch weiterhin die Chancen eines Aufenthalts nutzen – zur Verbesserung der Patientenversorgung und des eigenen Arbeitsumfeldes.

Allgemeine Hinweise

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde in der Regel die männliche Schreibweise verwendet. Wir weisen an dieser Stelle ausdrücklich darauf hin, dass sowohl die männliche als auch die weibliche Schreibweise für die entsprechenden Beiträge gemeint ist.

Impressum

Herausgeber

g-plus – Zentrum im internationalen Gesundheitswesen
Alfred-Herrhausen-Straße 50
58448 Witten

Leitung: Prof. Dr. Elke Donath

g-plus gehört zum Department für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke:
Universität Witten/Herdecke
Alfred-Herrhausen-Straße 50
58448 Witten

Kontakt: g-plus@uni-wh.de
Internet: www.g-plus.org

Koordination des Bandes
Nina Kolbe

Redaktion
Nina Kolbe, Katrin Bernsmann

Konzeption und Gestaltung
Axel Boesten, Köln
www.axel-boesten-plus-x.de

Bildnachweis
Abbildung Titel: Axel Boesten

Druck
Offsetdruck Klaus Dieckhoff, Witten
www.dieckhoff-druck.de

Auflage
700 Exemplare

Juni 2012

Diese Publikation wurde im Rahmen des Projektes Internationales Hospitationsprogramm Pflege und Gesundheit von der Robert Bosch Stiftung gefördert.

