

Vom klassischen Pflegemanagement zur fortschrittlichen Pflegeentwicklung: Auf dem Weg zu einem neuen Selbstverständnis in der Führung des Pflegedienstes am Robert-Bosch-Krankenhaus in Stuttgart

Ursula Matzke

- 3.1 Das Robert-Bosch-Krankenhaus – 30**
 - 3.1.1 Organisationsstrukturen – 30
 - 3.1.2 Personalstrukturen und Personalentwicklung im Pflegedienst – 31
 - 3.1.3 Aktuelle Themen und Herausforderungen für den Pflegedienst – 32
- 3.2 Entwicklung eines neuen Führungsmodells für den Pflegedienst – 34**
 - 3.2.1 Bisherige Führungsstruktur – 34
 - 3.2.2 Anforderungen an die Führung – 35
 - 3.2.3 Partizipative Konzeptentwicklung – 37
- 3.3 Führungsmodell – 38**
 - 3.3.1 Ausgangssituation und Hintergründe – 38
 - 3.3.2 Zielsetzung und Ergebnisdimension – 39
 - 3.3.3 Führungsstruktur: Organigramm und allgemeine Beschreibung der Funktionen – 40
 - 3.3.4 Qualifizierungsprogramm – 43
 - 3.3.5 Kommunikationsstrukturen – 44
- 3.4 Lerneffekte und Empfehlungen – 44**
 - Literatur – 46**

Eine qualitativ hochwertige, evidenzbasierte und patientenorientierte pflegerische Versorgung der Patienten erfordert auch im Krankenhaus der Zukunft kompetente Pflegekräfte und eine effiziente Führung des Pflegedienstes, die im Kern auf die pflegfachliche Weiterentwicklung des pflegerischen Leistungsangebotes ausgerichtet sein muss. Den steigenden und komplexer werdenden Anforderungen an die Führungskräfte des Pflegedienstes soll am Robert-Bosch-Krankenhaus in Stuttgart mit einem neuen Führungsmodell begegnet werden, das nicht nur eine strukturelle Neuordnung der Aufbauorganisation, sondern vielmehr eine inhaltliche Neuausrichtung des Pflegemanagements beinhaltet.

Zunächst werden die bisherige Führungsstruktur und die Anforderungen an zukünftige Führungskräfte dargestellt. Der Prozess der partizipativen Konzeptentwicklung unter Einbindung aller Beteiligten wird beschrieben und mündet in der ausführlichen Vorstellung des neuen Führungsmodells mit seiner Zielsetzung und den neuen Führungsrollen. Ein derartiger Veränderungsprozess greift tief in das bestehende Selbstverständnis der Führungskräfte des Pflegedienstes und der gesamten Organisation. Aus diesem Grund beinhaltet das Modell auch Ausführungen über ein begleitendes Qualifikationsprogramm und notwendige Kommunikationsstrukturen. Abschließend werden Lerneffekte aus der Konzeptentwicklung und ersten Erfahrungen bei der Umsetzung aufgezeigt.

3.1 Das Robert-Bosch-Krankenhaus

3.1.1 Organisationsstrukturen

Das Robert-Bosch-Krankenhaus (RBK) ist ein im Landeskrankenhausplan aufgenommenes und somit vom Land Baden-Württemberg gefördertes privates Stiftungs-Krankenhaus. Als Krankenhaus der Zentralversorgung mit Funktionen der Maximalversorgung betreut das Robert-Bosch-Krankenhaus mehr als 39.000 Patienten im Jahr. Insgesamt sind an allen drei Standorten (Robert-Bosch-Krankenhaus, Klinik Schillerhöhe, Klinik Charlottenhaus) mehr als 2.300 Mitarbeiter beschäftigt, davon sind etwa 1.020 Mitarbeiter im Pflege- und Funktionsdienst tätig.

Mit 935 Betten ist das Robert-Bosch-Krankenhaus die zweitgrößte Klinik in der Landeshauptstadt Stuttgart und leistet somit einen wichtigen Beitrag für die medizinische Versorgung in der Region. Der Umsatz des Unternehmens beträgt zirka 235 Mio. Euro im Jahr bei einem Case Mix Index von 1,528. Die Trägerschaft des Robert-Bosch-Krankenhauses obliegt der Robert-Bosch-Krankenhaus GmbH, Gesellschafterin ist die Robert Bosch Stiftung GmbH.

■ Ausstattung

Die 935 Betten des Robert-Bosch-Krankenhauses sind größtenteils Akutbetten (633 inklusive dem Standort Klinik Charlottenhaus). Weitere 100 Betten bzw. Therapieplätze befinden sich in der angeschlossenen Klinik für Geriatrische Rehabilitation mit Bewegungsbad und Ganglabor. Der Standort Klinik Schillerhöhe verfügt über 202 Betten. Die Patienten profitieren von diesem Zusammenschluss unterschiedlicher Kompetenzen und dem interdisziplinären Austausch von Know-how über Standorte hinweg. Die Unternehmensgröße des Robert-Bosch-Krankenhauses, die kontinuierlich erfolgreiche Entwicklung der letzten Jahre und die stetige Unterstützung durch den Träger sind Voraussetzungen dafür, dass das Haus seinen Auftrag auch künftig dynamisch, mit hohem Qualitätsanspruch und im Sinne des Firmengründers und Stifeters Robert Bosch erfüllen kann.

Das Robert-Bosch-Krankenhaus ist als eines der wenigen nichtuniversitären Krankenhäuser in Deutschland in der Forschung aktiv. Hier besteht eine enge Zusammenarbeit mit dem Dr. Margarete-Fischer-Bosch-Institut für Klinische Pharmakologie, einem international renommierten Forschungsinstitut, das direkt an das Robert-Bosch-Krankenhaus angeschlossen ist. Weitere Forschungsarbeit wird am Institut für Geschichte der Medizin geleistet. Eine hochwertige Aus-, Fort- und Weiterbildung hat am Robert-Bosch-Krankenhaus Tradition. Mit Modellen für eine zukunftsweisende Pflegeausbildung ist das Interdisziplinäre Bildungszentrum des Robert-Bosch-Krankenhauses über die Region hinaus bekannt. Das Bildungszentrum strukturiert die

Fortbildungsangebote für die mehr als 2.300 Mitarbeiter an allen drei Standorten des Robert-Bosch-Krankenhauses und darüber hinaus für externe Kunden in der Region.

■ Standorte

Das Robert-Bosch-Krankenhaus ist gleichzeitig ein überregionales Akutkrankenhaus sowie Stadtteilkrankenhaus für den Stuttgarter Norden mit etwa 150.000 Einwohnern. Weiterhin ist der Klinikverbund mit seinen inzwischen fünf zertifizierten Organzentren und vier medizinischen Kompetenzzentren eine überregionale Anlaufstelle für Patienten. Dies betrifft überwiegend Herz-, Nieren- und Krebserkrankungen. Aber auch die Expertise für weitere Erkrankungen, beispielsweise für chronisch-entzündliche Darmerkrankungen, dient der Profilierung über Stuttgart hinaus und zieht Patienten aus entfernten Regionen an das Robert-Bosch-Krankenhaus.

In Gerlingen, unweit von Stuttgart, befindet sich mit der Klinik Schillerhöhe ein weiterer Standort des Robert-Bosch-Krankenhauses. Das Zentrum für Lungenerkrankungen betreut jährlich fast 9.000 stationäre Patienten. Die Klinik ist auf die Behandlung von Erkrankungen des Brustkorbs und der Lunge spezialisiert, insbesondere chronisch obstruktive Bronchitis, Emphyseme, Mukoviszidose, schlafbezogene Atemstörungen, Lungenkrebs, Tuberkulose, Pneumonien und Allergien. Neben dem von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten Lungenzentrum verfügt die Klinik Schillerhöhe des Weiteren über ein Weaning-Zentrum, das im Jahr 2011 von der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin erfolgreich zertifiziert wurde.

Die Klinik Charlottenhaus ist ein Haus mit 40 Betten und familiärer, herzlicher Atmosphäre: ein kleines, hochspezialisiertes Zentrum für Geburtsvorbereitung, Frauenheilkunde und Plastische Chirurgie. Es besteht eine enge Zusammenarbeit zwischen den Spezialisten des Standorts und dem Robert-Bosch-Krankenhaus, die sich auch auf die gemeinsame Behandlung von Patienten erstreckt. Die Klinik verfügt über zwei modern und funktional ausgestattete Operationssäle, einen Eingriffsraum sowie zwei Kreißsäle.

3.1.2 Personalstrukturen und Personalentwicklung im Pflegedienst

Im Pflege- und Funktionsdienst des RBK arbeiten standortübergreifend mehr als 1.000 Mitarbeiter.

Mit mehr als 90 % sind im Pflegedienst überwiegend mindestens 3-jährig examinierte Pflegepersonen oder 3 ½-jährig integrativ ausgebildete Pflegekräfte tätig. In spezialisierten Bereichen wie beispielsweise in der Onkologie, den Intensiv- und IMC-Stationen, im Zentral-OP und in der Klinik für Geriatrische Rehabilitation ist fachweitergebildetes Personal eingesetzt. Seit 2011 bildet das Robert-Bosch-Krankenhaus in Kooperation mit der Dualen Hochschule Baden-Württemberg grundständig akademisch ausgebildetes Pflegepersonal aus.

10 % des Pflegepersonals verteilt sich auf i.d.R. 2-jährig ausgebildete Gesundheits- und Krankenpflegehelfer und Servicekräfte. Die zunehmend realisierten gestuften Kompetenzprofile in der Pflege werden bereits durch gestufte Ausbildungsangebote des Bildungszentrums angelegt.

Das Bildungszentrum des Robert-Bosch-Krankenhauses bietet jährlich an:

- 30 Ausbildungsplätze für die integrative Pflegeausbildung
- 24 Ausbildungsplätze für die 2-jährige Modellausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflegehilfe
- 25 Ausbildungsplätze für die Ausbildung zum Servicehelfer im Sozial- und Gesundheitswesen und
- aktuell 11 Plätze für ein ausbildungsintegriertes Bachelorstudium »Angewandte Gesundheitswissenschaften für Pflege und Geburtshilfe« in Kooperation mit der Dualen Hochschule Baden-Württemberg (ab 2013 werden es 30 Ausbildungsplätze sein).

Die zunächst der Pflegedirektion zugeordnete Abteilung Fort- und Weiterbildung ist seit dem Jahr 2008 ebenfalls in das Bildungszentrum integriert.

Das Bildungszentrum bietet Fachweiterbildungslehrgänge an für:

- Anästhesie und Intensivpflege
- *Intermediate Care*

- Gesundheits- und Krankenpflege in der Onkologie
- Praxisanleitung in den Gesundheitsberufen und
- Außerklinische Intensiv- und Beatmungspflege«.

➤ **Das Fortbildungsangebot ist zum einen gezielt an den Bildungsbedarfen der Pflegeberufe ausgerichtet, zum anderen werden zunehmend berufsgruppenübergreifende Angebote vorgehalten.**

Alle Fortbildungsveranstaltungen (jährlich 270) sind mit Fortbildungspunkten für die jeweiligen Berufsgruppen, beispielsweise für die freiwillige Registrierung beruflich Pflegender, ausgewiesen und mit insgesamt 4.800 Teilnehmern pro Jahr sehr gut besucht.

Sämtliche Fort- und Weiterbildungsangebote werden sowohl finanziell als auch weitestgehend durch Freistellung vom Arbeitgeber gefördert.

■ **Hospitationsprogramm**

Das Robert-Bosch-Krankenhaus bietet im Rahmen der Personalentwicklung ein von der Robert-Bosch-Stiftung gefördertes Hospitations- und Stipendienprogramm an (► www.rbk.de). Das Programm bietet Pflegenden, Therapeuten und Ärzten die Möglichkeit zur Weiterentwicklung in ihrem beruflichen Umfeld. Besonders förderungswürdig sind dabei gemeinsame Aufenthalte von Angehörigen der verschiedenen Gesundheitsberufe, in denen fachübergreifende Fragestellungen bearbeitet werden. Die Mitarbeiter gewinnen in diesem Programm neue Impulse und Erkenntnisse für notwendige Veränderungen in der Praxis und stärken ihre persönliche, fachliche und interkulturelle Kompetenz. Gefördert werden eine mehrwöchige Auslandshospitation oder ein Stipendium für einen Masterstudiengang im In- und Ausland. Beide Formen des Programms müssen mit einer fachlichen Fragestellung oder Zielsetzung verbunden sein. Das Gastland und die Gasteinrichtung sind dabei frei wählbar. Allerdings sollten die Gasteinrichtungen Erfahrungen mit der jeweiligen Fragestellung aufweisen.

Mit dem ebenfalls von der Robert-Bosch-Stiftung von 2006 bis 2011 geförderten Trainee-Programm sollen kompetente und qualifizierte Pflegenden und Therapeuten, die für ihre berufliche Zukunft die

mittlere Führungsebene oder das Projektmanagement anstreben, gezielt in ihrer Berufseinmündung gefördert werden. Das Programm bietet Hochschulabsolventen die Möglichkeit, in ein neues Berufsfeld einzusteigen und qualifiziert sie für künftige Führungs- und Projektaufgaben.

3.1.3 Aktuelle Themen und Herausforderungen für den Pflegedienst

Die Herausforderungen für den Pflegedienst sollen den drei komplexen Entwicklungsfeldern Qualität, Personal und Prozessoptimierung zugeordnet werden.

■ **Qualitätsentwicklung**

Auf der Basis des Leitbildes des Robert-Bosch-Krankenhauses und seiner Standorte formulierte der Pflegedienst im Jahr 2008 die Vision 2020 mit dem Ziel, die Qualität der Pflege für Patienten systematisch weiterzuentwickeln:

» „Wir Pflegenden im Gesundheitszentrum RBK stärken die Autonomie des Patienten und sorgen für seine Lebensqualität. Wir übernehmen Verantwortung, handeln begründet auf der Basis aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse und koordinieren den Versorgungsprozess des Patienten.“ (Vision 2020, Robert-Bosch-Krankenhaus GmbH)

Die Vision 2020 bietet die Entscheidungsgrundlage und Orientierung für die jährlichen Zielplanungen des Pflegedienstes sowohl übergreifend als auch heruntergebrochen auf die Zielplanungen der einzelnen Stationen.

Projekte zur Qualitätsentwicklung in der Pflege

In den vergangenen 5 Jahren wurden folgende Projekte initiiert und umgesetzt:

- **Angehörigenfreundliche Intensivstation:**
Einbindung der Angehörigen in den Behandlungs- und Pflegeprozess auf den Intensivstationen

- Interdisziplinäres Schmerzmanagement mit Einführung eines pflegebasierten Akutschmerzdienstes
- Interdisziplinäres Wundmanagement u. a. mit der Entwicklung eines modularen Schulungsprogramms für Wundbeauftragte auf den Stationen
- Anpassung und Umsetzung des nationalen Expertenstandards »Entlassungsmanagement«
- Praxisprojekt: Pflege von dementiell erkrankten Patienten auf einer orthopädisch-unfallchirurgischen Station
- Interprofessionelles Projekt in der Klinik für Geriatrie Rehabilitation: Rehabilitation von Menschen mit kognitiven Einschränkungen
- Verbesserung der Pflegedokumentation mit jährlicher Evaluation
- Einführung eines Patientendatenmanagementsystems auf den Intensiv- und IMC-Stationen
- Einführung von gestuften Kompetenzprofilen im Pflegedienst durch die Implementierung eines Bezugspflegesystems (in Anlehnung an *primary nursing*) in der Klinik für Geriatrie Rehabilitation
- Interprofessionelles und pflegewissenschaftsbasiertes Projekt »Ganzheitliche Versorgung von Weaning-Patienten« an der Klinik Schillerhöhe.

Die Einführung einer »Digitalen klinischen Dokumentation« für das gesamte Krankenhaus und die »Entwicklung und Umsetzung demenzsensibler Konzepte für das Akutkrankenhaus« werden zwei große Qualitätsprojekte in den kommenden 3 Jahren sein.

■ Personalgewinnung und -bindung

Die Personalentwicklung hat im Robert-Bosch-Krankenhaus einen hohen Stellenwert. So werden bereits seit vielen Jahren Führungsinstrumente eingesetzt, wie sie in Wirtschaftsunternehmen längst üblich sind. Neben dem zentralen Baustein einer breit angelegten sowie hochwertigen Aus-, Fort- und Weiterbildung nimmt die individuelle und gezielte Mitarbeiterentwicklung, beispielsweise durch jährliche Zielvereinbarungsgespräche, die an

eine leistungsorientierte Bezahlung sowie an eine systematische Karriereentwicklung der Mitarbeiter gekoppelt sind, einen zentralen Stellenwert ein.

Dennoch stellt die Personalgewinnung und -bindung zunehmend eine der größten Herausforderungen der Zukunft dar und erfordert immer wieder neue innovative Lösungen.

Folgende Projekte werden beispielhaft genannt:

- Konzeption und Umsetzung strukturierter Einarbeitungsmodule für Berufsanfänger auf den Intensiv- und IMC-Stationen
- Hospitations- und Stipendienprogramm mit Förderung von Auslandshospitationen und Studiengängen
- Ausbildung und Einsatz von Mitarbeitern mit gestuften Kompetenzprofilen im Pflegedienst und Servicebereich
- Trainee-Programm für Hochschulabsolventen
- Betriebliche Gesundheitsförderung für Pflegekräfte
- Einrichtung einer Kindertagesstätte
- Förderung der Stationsleitungen (SL) durch ein Führungstraining sowie Entwicklung und Umsetzung des Programms *seniors for juniors*
- Einführung eines Regelwerks für die Dienstplangestaltung und die Einrichtung eines Arbeitszeitkontos für Mitarbeiter im Pflegedienst
- Einführung eines Systems der leistungsorientierten Bezahlung
- Stetige bedarfsgerechte Anpassung der Bildungsangebote und Etablierung eines interdisziplinären Bildungszentrums am Robert-Bosch-Krankenhaus, das als zentraler Kommunikations- und Bildungsort für alle Berufsgruppen fungiert.

Den Herausforderungen künftiger Personalgewinnung und -bindung stellt sich der Pflegedienst am Robert-Bosch-Krankenhaus weiterhin mit höchsten Ansprüchen an die Qualität der pflegerischen Versorgung unter Berücksichtigung einer wirtschaftlichen Vorgehensweise und fördert hierbei kontinuierlich eine hochwertige und bedarfsgerechte Aus-, Fort- und Weiterbildung.

■ Prozessoptimierung

Das Prinzip eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (*Continuous Improvement Process*, CIP)

wurde bereits vom Stifter als Fundament der Arbeit am Robert-Bosch-Krankenhaus fest verankert. CIP verpflichtet zu hervorragender Qualität, einem verantwortungsbewussten Umgang mit Ressourcen und dem Bemühen, seine Sache stets noch ein wenig besser zu machen. Dabei zielt es auf die persönliche Verhaltensänderung und auf den Lernprozess der Organisation ab (► www.rbk.de 2012a, b).

Seit 1997 wird CIP am Robert-Bosch-Krankenhaus abteilungs- und berufsgruppenübergreifend gelebt und dient für alle als wichtige Grundlage, Abläufe und Prozesse immer wieder hinsichtlich ihrer Effizienz zu hinterfragen und anzupassen. Auf den Stationen und abteilungsübergreifend werden am Robert-Bosch-Krankenhaus regelmäßig Projekte zur Verbesserung der Prozesse initiiert und umgesetzt. Zentrale Projekte der Prozessoptimierung in den vergangenen Jahren waren:

- Optimierung des Patientenprozesses durch neue Aufgabenverteilung zwischen den Gesundheitsberufen in der Onkologie
- Verbesserung der Informationsweitergabe an den Patienten und zwischen den Berufsgruppen und Abteilungen
- Optimierung der Prozesse im Zentral-OP sowie im Interdisziplinären Notaufnahmезentrum
- Einführung eines Case-Management-Systems durch den Einsatz von Patientenkoordinatoren mit integriertem Sozialdienst.

- Für die Zukunft stellt eine von allen Berufsgruppen konsequent am Patientenprozess ausgerichtete Prozessoptimierung die größte Herausforderung dar.

3.2 Entwicklung eines neuen Führungsmodells für den Pflegedienst

3.2.1 Bisherige Führungsstruktur

Die Aufbauorganisation des Pflegedienstes am Robert-Bosch-Krankenhaus folgt den hierarchisch ausgeprägten Strukturen, wie sie überwiegend an Krankenhäusern anzutreffen sind.

Die Station oder der Funktionsbereich als kleinste Organisationseinheit eines Krankenhauses

wird von den Stationsleitungen geführt. Eigentlich muss sich genau hier die unmittelbare Wirksamkeit von Führung entfalten. Die Stationsleitungen befinden sich jedoch häufig im Dilemma, denn sie arbeiten in einem nicht unerheblichen Maß in der direkten Pflege, häufig im Dreischichtsystem und übernehmen die Betreuung von Patienten in der Bereichspflege. Sie sind sehr nah an den Belangen einzelner Patientengruppen und entwickeln ihre Fachkompetenz stetig weiter, können aber ihren Führungsaufgaben häufig aus zeitlichen Gründen nicht in der Weise nachkommen, wie es eigentlich erforderlich wäre.

In der Regel haben die Stationsleitungen eine 2-jährige Weiterbildung absolviert, die allgemeine Grundlagen für eine Leitungstätigkeit vermittelt. Diese Fortbildung ist aber, bezogen auf die Führungs- und Methodenkompetenz, für die gegenwärtigen und zukünftig komplexeren Herausforderungen in Krankenhäusern nicht mehr ausreichend. Das RBK reagiert wie viele Kliniken auf die veränderten Anforderungen an die Führungskompetenz mit Führungstrainings für ihre Leitungen, z. B. mehrtägige Kommunikationstrainings oder das 3-tägige LEO-Training (LEO steht für Leading an Empowered Organization, was so viel heißt wie »eine starke Organisation führen«). Dieses Training wurde von Marie Manthey in den USA speziell für Führungskräfte im Gesundheitswesen entwickelt, ► www.crown-coaching.de 2012). Zunehmend absolvieren die Stationsleitungen ein Studium im Pflegemanagement oder vergleichbaren Studiengängen.

■ Duales Leitungsprinzip

Die Pflegedienstleitungen sind Vorgesetzte der Stationsleitungen. Sie tragen gemeinsam mit dem verantwortlichen Chefarzt die Organisationsverantwortung im dualen Leitungsprinzip. Pflegedienstleitungen haben die Fach- und Dienstaufsicht für den Pflege- und Funktionsdienst der zugeordneten Stationen. Als Klinikpflegedienstleitungen sind sie einer bestimmten Fachdisziplin zugeordnet, teilweise verantworten sie aber auch mehrere Abteilungen. Zumeist liegen ihre Aufgaben im Personalmanagement und der Organisationsentwicklung. Sie unterstützen die Stationsleitungen in der Wahrnehmung ihrer Führungsaufgaben durch regelmäßiges Coaching. Pflegedienstleitungen verantworten

Pflegepersonal-, Investitions- und Sachmittelbudgets in ihrem Verantwortungsbereich und wirken an der strategischen Ausrichtung des Pflegedienstes mit. In der heutigen Zeit sind die Pflegedienstleitungen bereits akademisch qualifiziert, so auch im Robert-Bosch-Krankenhaus.

Mit der über viele Jahre verfolgten Stärkung der Führungsrolle der Stationsleitungen kommt es zunehmend zur Annäherung der Aufgaben beider Funktionen. Es bilden sich Redundanzen ab, die im schlechtesten Fall zu einer geteilten Verantwortung mit all ihren Konfliktpotentialen führt. Die Fokussierung der Aufgaben der Pflegedienstleitungen im Personalmanagement und der Organisationsentwicklung führen zu einer Verdichtung im Bereich der administrativen Aufgaben und zu einer zunehmenden Entfernung von einem patientenorientierten Management der Versorgungsprozesse vor Ort. Für strategische Entwicklungsfelder bleiben wenige Freiräume. Diese Entwicklungen sind auch am RBK ein entscheidender Anlass für die Entwicklung eines neuen Führungsmodells gewesen.

Die Pflegedirektorin ist Mitglied der Krankenhausleitung und nimmt hierbei Aufgaben im strategischen Management des Krankenhauses wahr. Er trägt die Gesamtverantwortung für den Pflege- und Funktionsdienst und stellt eine bedarfsgerechte und qualitätsvolle Pflege sicher.

Aufgaben des Projektmanagements und der Pflegeentwicklung werden am RBK von einer Stabstelle bearbeitet.

In den vergangenen Jahren sind in vielen Krankenhäusern unterschiedlichste Veränderungen in der Aufbaustruktur des Pflegedienstes zu beobachten. Einige Kliniken stärken bewusst die Rolle der Stationsleitungen. In diesem Modell trägt die Leitung Verantwortung für mehrere Stationen, die zusammengeschlossen werden. Sie arbeitet nicht mehr in der direkten Pflege mit und widmen sich mit ihrer gesamten Arbeitszeit Führungsaufgaben. Auf den einzelnen Stationen unterstützen Teamleitungen die Stationsleitungen durch die Sicherstellung der Pflegequalität, die Stationsorganisation und die Personaleinsatzsteuerung vor Ort. Andere Kliniken setzen Abteilungs- oder Bereichsleitungen für mehrere Stationen ein und heben die Funktion der Stationsleitung sowie der stellvertretenden

Stationsleitung auf. In der Pflegedirektion sind häufig Stabstellen angesiedelt, die Bereiche wie Pflegecontrolling, Projektmanagement oder Pflegeforschung abdecken.

Kennzeichnend für alle neueren Führungsstrukturen ist, dass mehr Verantwortung und Entscheidungskompetenz in das mittlere Management delegiert wird und bestehende Führungsaufgaben neu zugeordnet werden. Eine inhaltlich neue Ausrichtung von Führungsaufgaben ist dahingegen nicht offensichtlich.

3.2.2 Anforderungen an die Führung

Auch wenn sich die traditionelle Aufbaustruktur des Pflegedienstes im Umbruch befindet, Führungsstrukturen verschlankt werden, Managementaufgaben und Entscheidungskompetenzen zwischen der oberen und mittleren Führungsebene neu verteilt werden, bleiben die Aufgaben in den meisten Fällen erhalten.

■ Enge Verknüpfung von Pflegemanagement und Pflegewissenschaft

Schwerpunkte sind das Personalmanagement, die Optimierung von Prozessen und Abläufen, das Qualitätsmanagement oder betriebswirtschaftliche Aufgaben. Das Selbstverständnis von Pflegemanagement reduziert sich hier auf den funktionalen Aspekt des Managementbegriffes mit seinen Aufgaben wie: »Für Ziele sorgen, Planen, Organisieren, Entscheiden, Kontrollieren, messen, beurteilen, Menschen fördern« (Malik 2006).

Letztlich verliert ein ausschließlich so verstandenes Pflegemanagement seinen genuinen gesellschaftlichen Auftrag aus dem Blick: Menschen dabei zu unterstützen, die Folgen von Krankheit und Behinderung, Einschränkungen und Gebrechlichkeit so zu bewältigen, dass das höchst mögliche Maß an Lebensqualität und selbstständiger Lebensführung erreicht werden kann.

Ohne die Ausrichtung am eigentlichen Auftrag und Beitrag der Pflege im Versorgungsprozess verkommt das Pflegemanagement in der Krankenhausorganisation wie Scupin (2005) treffend formuliert zum »Nebenökonom« oder aber auch zum »Nebenpersonalmanager«, der in

Klinikleitungen bzw. auf der Arbeitsebene einer Station nicht wirklich gebraucht wird. Die Disziplin des Pflegemanagements muss in enger Verknüpfung mit der Disziplin der Pflegewissenschaft einhergehen und daraus ihre Wirksamkeit für den Nutzer von Gesundheitsleistungen entfalten. Pflegewissenschaftliche Erkenntnisse gelangen noch immer viel zu wenig in die Pflegepraxis, obwohl mit der Reform der Pflegeausbildung oder der flächendeckenden Etablierung von Pflegestudiengängen Absolventen zunehmend entsprechende Fach- und Methodenkompetenz mitbringen. Sie treffen aber auf tradierte Strukturen, in denen eine funktionale und zumeist an körperlichen Unterstützungsangeboten ausgerichtete, verrichtungsorientierte Pflege den Arbeitsalltag bestimmt.

➤ **Trotz inzwischen jahrzehntelanger Propagierung des Pflegeprozessgedankens ist es bisher nur wenigen Krankenhäusern gelungen, ein Pflegeorganisationssystem zu implementieren, in dem ein theoriegeleiteter pflegediagnostischer Prozess, beispielsweise durch Primärpflegeverantwortliche (PPVler), angewendet und als Grundlage von bedarfsgerechten Pflegeinterventionen genutzt wird.**

Die Notwendigkeit der am Patientenprozess ausgerichteten Anpassung von Organisationssystemen im Pflegedienst erfordert eine entsprechende inhaltliche und letztlich pflegewissenschaftliche Ausrichtung des Pflegemanagements.

■ **Erweiterte Pflegepraxis**

Aus den angelsächsischen Ländern sind die Rollen einer *Advanced Practice Nursing* (APN), im Sinne einer erweiterten und fortgeschrittenen Pflegepraxis seit mehr als 25 Jahren bekannt (vgl. DBfK 2011). Universitär ausgebildete und praxiserfahrene Pflegefachpersonen werden zunehmend auch in der Schweiz und in Deutschland als Klinische Pflegeexperten in Krankenhäusern eingesetzt. Mit Hilfe hochqualifizierter Pflegefachkräfte in spezifischen Sektoren bieten *Clinical Nurse Specialist* (CNS) für spezifische Patientengruppen (z. B. *Breast care nurse*) oder spezielle Gesundheitsprobleme (z. B. Kontinenz, Wundheilung) eine evidenzbasierte Pflege an. Mit

ihrem Spezialwissen unterstützen und beraten sie zum einen Patienten, sorgen zum anderen aber auch mittels kollegialer Beratung der Pflegefachkräfte vor Ort für die Integration von relevanten Forschungsergebnissen in die Pflegepraxis. Klinische Pflegeexperten können damit eine Struktur für kontinuierliche Qualitätsverbesserung im Bottom-up-Prinzip bieten (DBfK 2011). In ihrer Rolle bleiben sie letztlich Berater ohne Weisungsbefugnis. In der Gesamtorganisation bildet sich mit klinischen Pflegeexperten eine zusätzliche Schnittstelle ab, mit der die Gefahr einhergeht, dass Kernaufgaben der Pflegefachkräfte wie beispielsweise Stoma- und Wundberatung nicht mehr umfassend von diesen wahrgenommen, sondern vielmehr an die Experten delegiert werden. Dennoch erweist sich der Einsatz von hochqualifizierten Experten für spezielle Patientengruppen und für die Umsetzung von Forschungsergebnissen in die Pflegepraxis als innovativ und zukunftsweisend.

■ **Patientenorientierung als Leitgedanke**

Führungsaufgaben im Pflegedienst müssen sich zukünftig deutlich intensiver an der Leitidee der Patientenorientierung ausrichten und legitimieren. Im Mittelpunkt stehen nicht die Interessen der eigenen Berufsgruppe und in welcher Weise sie ihren Arbeitsalltag am besten organisiert, sondern vielmehr die Interessen und Bedarfslagen des Patienten. Hierbei muss auch die Pflege ein berufsgruppenübergreifendes Handlungsverständnis entwickeln und die Frage beantworten, was aus der Perspektive eines gleichermaßen patientenorientierten wie wirtschaftlichem und qualitativ hochwertigen Versorgungsprozesses erforderlich ist und welchen Beitrag sie darin leistet (Dahlgaard u. Stratmeyer 2005).

■ **Transfer pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse in die Pflegepraxis**

Die zentrale Herausforderung für ein zukunftsfähiges Pflegemanagement in Krankenhäusern besteht darin, die sich weltweit rasant entwickelnden Erkenntnisse der Pflegewissenschaft und die Anforderungen und Realitäten der Pflegepraxis in Kongruenz zu bringen. Dadurch können pflegfachliche Leistungen, z. B. bei der Versorgung chronischer kranker Menschen von Patienten,

Angehörigen, kooperierenden Berufsgruppen, Trägern und nicht zuletzt den Finanziers überhaupt erkannt werden. In diesem Zusammenhang sind die systematische Weiterentwicklung der Pflegefachsprache und der Transfer pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse in die Pflegepraxis eine wichtige Aufgabe für die Führung des Pflegedienstes.

■ Professionelle Pflege fordern und fördern

Die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen und damit kompetenten Pflege erfordert aber auch eine unterstützende Arbeitsumgebung, in der eine professionelle Pflegepraxis gewollt und gefördert wird. Zahlreiche Studien belegen, dass die Berufszufriedenheit der Pflegenden in Organisationen mit einer unterstützenden Arbeitsumgebung höher und die Komplikations- und Mortalitätsraten von Patienten niedriger sind als in Organisationen, in denen eine professionelle Pflege keine entsprechende Förderung erfährt (Lang et al. 2004; Aiken et al. 2008; Shuldham et al. 2009). Die Arbeitsumgebung wird von Pflegenden unterstützend erlebt, wenn eine autonome und professionelle Pflegepraxis vorangebracht wird, in kompetenten und gut kooperierenden Teams zusammengearbeitet werden kann, ein Pflegemanagement mit flacher Hierarchie fördernd wirkt und die interprofessionelle Zusammenarbeit gut funktioniert (Schmalenberg u. Kramer 2008).

- **Das Pflegemanagement sollte einen partizipativen Führungsstil leben, in dem Eigenverantwortung, Kompetenz und die Kultur einer lernenden Organisation gefördert werden.**

Führungspersonen in der Pflege sind gefordert, die Qualität pflegerischer Leistung kontinuierlich einzuschätzen, Visionen für die Zukunft zu entwickeln, Veränderungen zu vermitteln und aktuelle Forschungsergebnisse in die pflegerische Praxis zu integrieren.

3.2.3 Partizipative Konzeptentwicklung

Auf der Basis der dargestellten Anforderungen hat sich die Pflegedirektion des Robert-Bosch-Krankenhauses entschieden, ein neues Führungsmodell

für die Aufbauorganisation des Pflegedienstes zu entwickeln. Der Prozess war bewusst langfristig angelegt und sollte alle Beteiligten frühzeitig einbinden. Die wesentlichen Schritte bei der Entstehung des neuen Modells werden nachfolgend beschrieben.

■ Analyse und Entwicklung eines Zukunftsbildes in der Pflegedirektion

Die Initiative zur Neugestaltung der Führungsstrukturen im Pflegedienst ging im Robert-Bosch-Krankenhaus zunächst vom Team der Pflegedirektion, bestehend aus Pflegedirektorin, 4 Pflegedienstleitungen und einem Stabstellenmitarbeiter für Projektmanagement und Pflegeentwicklung, aus. In den Jahren 2009 und 2010 erarbeitete das Team in mehreren Workshops auf der Grundlage einer detaillierten Analyse der gegenwärtigen Verantwortungsbereiche und den damit verbundenen Aufgaben, Kompetenzen und Kooperationen ein erstes Zukunftsbild für die Neuordnung der Führungsstrukturen. Bereits in dieser ersten Phase des Veränderungsprozesses formulierten die Pflegedienstleitungen, ihre Aufgabenschwerpunkte künftig stärker in der strategischen Entwicklung der Pflegequalität zu sehen, aber auch in der strategischen Personalentwicklung und pflegewissenschaftlicher und gesundheitspolitischer Aktivitäten.

- **Den künftigen Stationsleitungen sollte mehr Verantwortung und Kompetenz im Personalmanagement, in der stations-internen Qualitäts- und Organisationsentwicklung sowie einem wirtschaftlichen Ressourcenumgang übertragen werden.**

■ Konkretisierung in Stationsleitungskonferenzen

Im Rahmen von Leitungskonferenzen wurde das Zukunftsbild bereits frühzeitig mit den Pflegedienstleitungen, Stations- und Funktionsleitungen diskutiert. Nach Abschluss der Analyse wurde deutlich, dass die Neuordnung der Führungsstrukturen im Pflegedienst nicht allein durch eine Neuverteilung von Aufgaben zu lösen war, sondern sehr stark in das Selbstverständnis der jeweiligen Führungsebene eingriff und damit gezwungenermaßen Widerstände auslöste. Im

Sinne des *Change Management* Prozesses galt es in dieser Phase, an diesen Widerständen zu arbeiten, d. h. sie überhaupt wahrzunehmen, sie genauer zu bestimmen und allen Beteiligten zu ermöglichen, sich damit auseinanderzusetzen. Dieser Prozess konnte mit Hilfe eines externen Coachings beider Führungsebenen, zunächst gemeinsam und dann getrennt, vorangebracht werden. In 2-tägigen Klausurtagungen setzten sich die Pflegedienst- und Stationsleitungen mit ihrem eigenen gegenwärtigen und zukünftigen Rollenverständnis und hiermit verbunden Ängsten auseinander. Nur so gelang es, den Boden für eine tiefgreifende Veränderungsbereitschaft zu bereiten. Für alle war die klare und verlässliche Positionierung der Pflegedirektorin bedeutsam, beide Führungsebenen bedarfsgerecht weiterzuentwickeln, keine Ebene aufzulösen und insgesamt den Pflegedienst im Krankenhaus zu stärken. Allen Teilnehmern wurde klar, dass jeder, der Verantwortung übernehmen möchte, in einem Gesundheitsunternehmen der Zukunft mehr denn je gebraucht wird.

Die Konkretisierung und konzeptionelle Ausdifferenzierung des neuen Führungsmodells erarbeitete die Pflegedirektion gemeinsam mit den Stationsleitungen. Parallel dazu wurden zunächst alle neuen und später auch die erfahrenen Stationsleitungen in einem externen Führungskräfte-Training sowie mit individuellen Coaching-Angeboten vor Ort weiterentwickelt. Hausintern gaben langjährige Stationsleitungen ihr Wissen in einem Programm *seniors for juniors* an ihre neuen Kollegen weiter. Unter den Stationsleitungen bildeten sich *peer groups*, die sich regelmäßig trafen (und noch treffen) und mit der Methode der kollegialen Beratung Herausforderungen ihres Führungsalltags bearbeiteten. Mit Hilfe eines von der Robert-Bosch-Stiftung geförderten Stipendienprogramms wurden und werden Führungskräfte im Pflegedienst gefördert, ein Studium im Pflegemanagement oder ein vergleichbares Studium zu absolvieren.

■ Kommunikation in die Organisation

Nachdem es innerhalb des Pflegedienstes Klarheit über die neue Aufbauorganisation im Pflegedienst gab, wurden die Chefärzte und die Krankenhausleitung in den Prozess eingebunden. Die neue Führungsstruktur fand Zustimmung, weil damit

eine höhere Präsenz der Führungskräfte in der Abteilung und eine höhere Fachkompetenz der Führungskräfte innerhalb der Fachdisziplin erwartet wurden. Das seit den 90iger Jahren im Organisationsstatut des Robert-Bosch-Krankenhauses verankerte Prinzip der dualen Abteilungsleitung (Chefarzt und Pflegerische Leitung tragen die gemeinsame Organisationsverantwortung für die Abteilung) kann eher verwirklicht werden, wenn auch die Pflegerische Leitung in der jeweiligen Fachdisziplin bzw. einem interdisziplinären Zentrum die entsprechende Expertise auf pflegewissenschaftlicher Grundlage einbringen kann.

Die breite Kommunikation in die Mitarbeiterschaft erfolgte über die Führungskräfte in den entsprechenden Gremien.

3.3 Führungsmodell

Neben den bereits oben dargestellten allgemeinen Hintergründen, soll an dieser Stelle die konkrete Ausgangssituation am Robert-Bosch-Krankenhaus zusammengefasst werden.

3.3.1 Ausgangssituation und Hintergründe

In der bisherigen Aufbauorganisation verantwortet eine Pflegedienstleitung zwischen zwei bis zu fünf unterschiedliche Fachabteilungen. Das duale Leitungsprinzip gelingt deshalb sehr unterschiedlich. Der Pflegedienstleitung obliegt die Fachaufsicht für den Pflegedienst und die Organisations- und Personalverantwortung in den zugeordneten Abteilungen. Selten ist die Pflegedienstleitung fachliche Expertin in der Abteilung, sie kann es nie in mehreren sehr unterschiedlichen Abteilungen sein. Administrative Aufgaben, z. B. im Personalmanagement, entwickelten sich zum Aufgabenschwerpunkt mit hoher Belastung. Die inhaltliche und strategische Entwicklung der Pflege tritt hinter administrativen und organisatorischen Aufgaben zurück. Wegen des umfangreichen administrativen Arbeitsaufwandes entsteht eine Distanz zu den realen Prozessen in der Praxis. Eine pflegewissenschaftliche Expertise ist in dieser Funktion bisher wenig gefragt und findet

daher auch keine Entfaltungsmöglichkeit. Somit kommt der *state of the art* der Pflegewissenschaft nicht in der Praxis an und wird auch selten als fachliche Argumentationsgrundlage in Diskussionen mit unterschiedlichsten Gesprächspartnern genutzt. Die geteilte Verantwortung zwischen Pflegedienstleitungen und Stationsleitungen führt einerseits zu Redundanzen, andererseits zu mangelnder Transparenz der Aufgaben und Entscheidungskompetenzen. Teilweise werden die doppelten Führungsstrukturen als förderlich erlebt, beispielsweise wenn Pflegedienstleitungen ihre Stationsleitungen durch regelmäßiges Coaching unterstützen und fördern. Es treten aber auch Situationen auf, in denen diese Strukturen hinderlich sind, z. B. wenn Probleme zwischen den Führungsebenen delegiert oder rückdelegiert werden ohne eine Lösung herbeizuführen. Um den Informationsaustausch zwischen den Führungsebenen zu sichern, sind zeitintensive Kommunikationsstrukturen notwendig. Notwendige Abstimmungen zwischen den beiden Ebenen führen häufig zu ineffizienten Informations- und Kommunikationsschleifen.

Die Stations- und Funktionsleitungen tragen die Organisations- und Personalverantwortung auf ihrer Station und sind in die direkte Bereichspflege eingebunden. Damit sind sie im Alltag stark belastet. Ihre Führungsaufgaben können sie nicht immer konsequent und mit Kontinuität wahrnehmen. Für die Stabilität der Stationsteams und als zentrale Ansprechperson für alle kooperierenden Berufsgruppen und Abteilungen nimmt die Stationsleitung heute und in der Zukunft eine wichtige Schlüsselposition ein, die gestärkt werden sollte. Am Robert-Bosch-Krankenhaus ist von einer Vergrößerung der Verantwortungsbereiche durch Zusammenschluss mehrerer Stationen abgesehen worden, da die Stationen mit bis zu 52 Betten sehr groß sind. Die zentrale Schlüsselposition der Leitung vor Ort wäre durch eine Ausweitung der Aufgabengeschwächt. Zunehmend planen sich die Stationsleitungen in der Kernarbeitszeit von montags bis freitags ein. Die Bereichspflege ihrer Station organisieren sie so, dass sie in der Hauptgeschäftszeit die Pflegekräfte als »Springer« punktuell unterstützen können, ansonsten aber als Hauptansprechpartner auf der Station die Abläufe koordinieren und ihren Führungsaufgaben nachkommen.

3.3.2 Zielsetzung und Ergebnisdimension

Ziele des Führungsmodells

Mit dem neuen Führungsmodell für den Pflegedienst werden folgende Zielsetzungen verfolgt:

- Verbesserung des Transfers pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse in die Pflegepraxis und damit Stärkung der pflegefachlichen Position in der Abteilung bzw. einem interdisziplinären Zentrum
- Systematische und sowohl mono- als auch interdisziplinär angelegte Qualitätsentwicklung in der Fachabteilung bzw. im interdisziplinären Zentrum
- Höhere Präsenz der oberen Führungskräfte in der Praxis durch die feste Verankerung von Pflegerischen Zentrumsleitungen mit pflegewissenschaftlicher Expertise in der Abteilung
- Effizientere Planung, Umsetzung und Wirksamkeit von Veränderungsprozessen
- Stärkung des dualen Leitungsprinzips bei der Führung einer Abteilung und damit Verbesserung einer am Patientenprozess ausgerichteten Kooperation der Berufsgruppen
- Stärkung der Stationsleitungen bei Entscheidungsprozessen wie beispielsweise bei der systematischen Personalgewinnung und -entwicklung ihrer Mitarbeiter und der Qualitätssicherung und Prozessoptimierung vor Ort
- Verlagerung des Aufgabenspektrums der Pflegedienstleitungen zu strategischen Entwicklungsfeldern wie Pflegequalität, Personalentwicklung und Organisationsentwicklung/Krisenintervention sowie kontinuierliche und ergebnisorientierte Steuerung von übergreifenden Projekten
- Klare Zuschreibung von Aufgaben, Verantwortung, und Kompetenzen für die jeweiligen Führungsebenen.

Letztlich müssen sich der Erfolg des neuen Führungsmodells und seine Wirksamkeit in der Ergebnisdimension abbilden lassen. Bereits am Robert-Bosch-Krankenhaus eingeführte Messinstrumente sind die systematische Auswertung von Patientenrückmeldungen und eine strategische Mitarbeiterbefragung, in der die Themen Führung, Kommunikation und Information, Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Kooperation prominent platziert sind. Die Erhebung weiterer Kennzahlen des Personalmanagements wie Unternehmensverbleib der Mitarbeiter, Fluktuationsraten und Ausfallquoten können ebenfalls als indirektes Messinstrument genutzt werden.

Die unmittelbaren Auswirkungen des Führungsmodells auf die Pflegequalität zu messen erscheint deutlich komplexer und schwieriger, da bisher nur wenige valide Messinstrumente und Kennzahlen zur Verfügung stehen. Das neue Führungsmodell bietet die Chance, in Kooperation mit einem pflegewissenschaftlichen Institut an der Weiterentwicklung von Qualitätsindikatoren zu arbeiten. Mit Hilfe einer gezielten Beobachtung und systematischen Auswertung von Themen, Projekten und Fortbildungsangeboten in der Praxis können Rückschlüsse auf die Integration von Forschungsergebnissen in die Pflegepraxis gezogen werden. Letztlich können Commitment und Wirksamkeit des Führungsmodells mittels einer anonymisierten Befragung der Führungskräfte und der Mitarbeiter evaluiert werden.

3.3.3 Führungsstruktur: Organigramm und allgemeine Beschreibung der Funktionen

Die Leitidee des neuen Führungsmodells greift den Ansatz einer vertieften und erweiterten Pflegepraxis im Sinne des international bewährten und anerkannten Konzepts von *Advanced Practice Nursing* auf und bringt sie in eine enge Verbindung mit einer neu verstandenen Führungsrolle im Pflegedienst. Der Pflegedirektion nachgeordnet werden Pflegerische Zentrumsleitungen eingesetzt, die sich als *Clinical Nurse Specialist* auf die Gesundheitsprobleme bestimmter Patientengruppen spezialisiert haben, z. B. chronische Erkrankungen im Bereich der Allgemeinen Inneren Medizin und Nephrologie

oder Onkologie. Neben den allgemeinen Führungsaufgaben im Rahmen der dualen Organisationsverantwortung im interdisziplinären Zentrum, z. B. Herzzentrum oder Onkologisches Zentrum, wirken sie als pflegewissenschaftlich ausgebildete Spezialisten an der Erweiterung der pflegerischen Praxis mit. In dem so verstandenen Rollenkonzept nehmen sie Aufgaben in der Beratung von Patienten oder Angehörigen wahr, fördern interdisziplinäres Handeln und stärken die Selbstkompetenz von Patienten und Angehörigen. Ihre Führungsrolle ist durch einen hohen Grad an Expertentum gekennzeichnet und patientenorientiert ausgerichtet. Mit ihrer pflegewissenschaftlichen Spezialisierung, möglichst auf Masterniveau, und der Erweiterung ihrer Führungsrolle sind sie in der Lage, evidenzbasierte Forschungsergebnisse in die Pflegepraxis zu integrieren und Forschungsergebnisse systematisch auszuwerten.

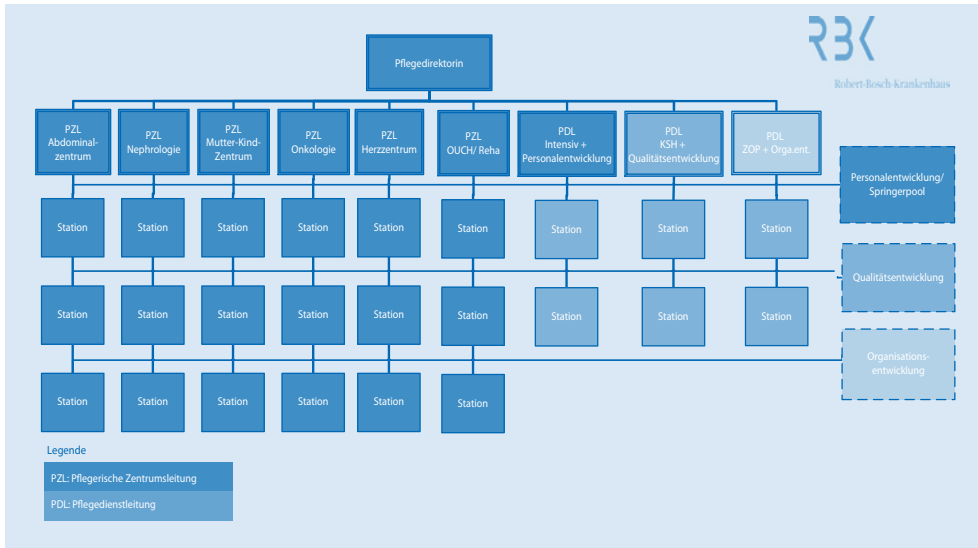
Nachfolgend wird die Aufbauorganisation des neuen Führungsmodells mit seinen verschiedenen Rollen in seiner Gesamtheit vorgestellt. ■ Abbildung 3.1 bildet das vorgesehene Organigramm ab.

■ Pflegedirektion als Task Force

Die Ebene der Pflegedirektion besteht aus der Pflegedirektorin und 3 Pflegedienstleitungen. Sie nehmen Aufgaben des strategischen Managements wahr und steuern standortübergreifend Themen der pflegerischen Qualitätsentwicklung, Personalentwicklung und Organisationsentwicklung. Hierbei erkennen sie frühzeitig nationale und internationale Entwicklungen und Bedarflagen in der Gesundheitsversorgung. Sie agieren mit innovativen Lösungsansätzen und sorgen für eine nachhaltige Umsetzung. Jede Pflegedienstleitung entwickelt sich zu einem Experten für eines der 3 großen Themen der Zukunft:

- Qualitätsentwicklung
- Personalentwicklung
- Prozessoptimierung.

Als Task Force bereitet das Team der Pflegedirektion Themen vor und bereitet sie strategisch auf. Ebenso greift sie bei Problemfeldern innerhalb der Organisation mit ihrem Expertenwissen ein und unterstützt die Pflegerischen Zentrumsleitungen und Stationsleitungen bei der Lösung komplexer Problemlagen. Neben dieser Expertenrolle



■ **Abb. 3.1** Organigramm des RBK

ist es wichtig, dass die Ebene der Pflegedirektion in der Organisation verankert bleibt. Deshalb übernehmen die Pflegedienstleitungen künftig weiterhin Führungsverantwortung für Schnittstellenbereiche in der Klinik wie u. a. Interdisziplinäres Notaufnahmезentrum mit Aufnahmestation, Zentral-OP oder die Intensivstationen.

Den Pflegedienstleitungen werden die Pflegerischen Zentrumsleitungen hierarchisch gleichgestellt, sie sind der Pflegedirektorin ebenfalls direkt nachgeordnet. Die bereits im Robert-Bosch-Krankenhaus bestehenden interdisziplinären Zentren sind die Grundlage für die Zuordnung der Pflegerischen Zentrumsleitungen. Gemeinsam mit den Chefärzten der jeweiligen Fachabteilung übernehmen sie im dualen Leitungsprinzip die Organisationsverantwortung und darüber hinaus die Fachaufsicht und Personalverantwortung für den Pflegedienst. Im Rahmen der Konzeptentwicklung wurde Letzteres lange diskutiert. Ursprünglich sollte die Personalverantwortung komplett an die Stationsleitungen und die fachliche Verantwortung auf die Pflegerischen Zentrumsleitungen übertragen werden. Im noch bestehenden Organisationsgefüge des Krankenhauses im Rahmen der hierarchischen Linienorganisation war diese in der Matrixorganisation aufgebaute Form (noch) nicht vermittelbar. Dennoch wird in der beschriebenen Zielsetzung der

Stelle einer Pflegerischen Zentrumsleitung die fachliche Verantwortung hervorgehoben und nimmt den Schwerpunkt des Aufgabenfeldes ein.

Auszug aus der Stellenbeschreibung für die Pflegerischen Zentrumsleitungen

Zusammenfassend lautet die Zielsetzung der ausgeschriebenen Stelle:

- » „Die Pflegerische Zentrumsleitung (PZL) führt den Pflegedienst des Zentrums im Sinne des Leitbildes und der Gesamtzielsetzung des Krankenhauses. Gemeinsam mit dem verantwortlichen Chefarzt trägt sie im dualen Leitungsprinzip die Organisationsverantwortung und pflegefachliche Verantwortung der Abteilung. Mit dem Ziel einer hohen Qualität der Patientenversorgung arbeitet sie eng und lösungsorientiert mit allen Berufsgruppen und kooperierenden Abteilungen entsprechend der Gesamtzielsetzung des Robert-Bosch-Krankenhauses zusammen.“ (Stellenbeschreibung für die PLZ am Robert-Bosch-Krankenhaus, unveröffentlicht 2012)

Gemeinsam mit dem Chefarzt sind die PLZ für das wirtschaftliche Ergebnis und die Einhaltung vorgegebener Budgets in ihrer Abteilung verantwortlich. Der PZL obliegt die pflegefachliche Leitung sowie die Personalverantwortung für den Pflegedienst der zugeordneten Stationen. Durch Gespräche mit den Patienten, Hospitationen und gezielten Begleitungen in der direkten Pflege sowie Teilnahme an ärztlichen Visiten schätzt die PZL die Patientenzufriedenheit und Prozessqualität ein. In enger Kooperation mit der Stationsleitung initiiert sie Maßnahmen der Personal- und Qualitätsentwicklung und wirkt aktiv an der Umsetzung dieser mit. In Kooperation mit der SL trägt sie die Gesamtverantwortung für eine patienten-, evidenz- und ergebnisorientierte Pflege in der Abteilung bzw. den ihr zugeordneten Stationen. Im Rahmen der Sicherung und Entwicklung der Pflegequalität vor Ort unterstützt sie die Stationsleitung und das Pflegepersonal bei fachlichen Themen, die sich aus der direkten Pflegepraxis ergeben. Als pflegewissenschaftlich ausgebildete Spezialistin in ihrem Fachbereich gewährleistet sie die Integration von Forschungsergebnissen in die Pflegepraxis. Sie wirkt an der Anleitung und Beratung von Patienten und Angehörigen mit und fördert ein interdisziplinäres und patientenorientiertes Handeln bei der Lösung von Gesundheitsproblemen. An die Stelle »Pflegerische Zentrumsleitung« werden folgende Qualifikationsanforderungen gestellt:

- Qualifikation zum/zur Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Hebamme oder Altenpfleger
- Mindestens 5-jährige Berufserfahrung mit Expertise im jeweiligen Fachbereich
- Mindestens 2-jährige Erfahrung in einer Leitungsfunktion
- Studium Pflegewissenschaft (Masterabschluss) oder vergleichbares Studium bzw. die Bereitschaft, dieses zu absolvieren.

■ Stationsleitungen als zentrale Ansprechpartner

Den Zentrumsleitungen nachgeordnet tragen die Stationsleitungen die Verantwortung für die Organisationseinheit einer Station bzw. eines Funktionsbereiches. Die Stationsleitung ist einer Station zugeordnet und kooperiert eng mit den Stationsleitungen ihres Zentrums. Sie ist auf der Station für alle kooperierenden Berufsgruppen und Abteilungen sowie für Besucher die zentrale Ansprechperson. Deshalb wird sie in der Regel nicht im Dreischichtsystem und an den Wochenenden arbeiten, sondern ist im Kerndienst zwischen 7:30 und 16:30 Uhr an Werktagen eingesetzt. Der Stationsleitung wird die Personalverantwortung für die Mitarbeiter ihrer Station mit der dazugehörigen Entscheidungskompetenz übertragen. Im Sinne einer effizienten Personaleinsatzplanung und effektiven Personalentwicklung setzt sie vor Ort eine gezielte und kontinuierliche Mitarbeiterentwicklung und damit Mitarbeiterbindung um. In enger Kooperation mit der Pflegerischen Zentrumsleitung wirkt sie an der Weiterentwicklung der Pflegemethoden hinsichtlich der Patientenorientierung, fachlicher Aktualität und Richtigkeit mit. Sie sorgt für die Einhaltung gültiger Standards und Handlungsrichtlinien. Die Stationsleitung stellt die Qualität einer bedarfsgerechten Pflege auf ihrer Station sowie eine hohe Aus- und Weiterbildungsqualität sicher und überprüft diese arbeitsimmanent.

Stellenbeschreibung Stationsleitung

In der Stellenbeschreibung für die Stationsleitungen (SL) wird die Zielsetzung zusammengefasst ausgeführt:

- » „Die Stations- bzw. Funktionsleitung leitet den Pflegedienst der Station im Sinne des Leitbildes und der Gesamtzielsetzung des Krankenhauses.
In enger Abstimmung mit der Pflegerischen Zentrumsleitung trägt sie Verantwortung und Entscheidungskompetenz für den Personaleinsatz und die Personalentwicklung auf ihrer Station

im Rahmen der von der Pflegedirektion vorgegebenen Stellenpläne.

Mit dem Ziel einer hohen Qualität der Patientenversorgung arbeitet sie eng und lösungsorientiert mit allen Berufsgruppen und kooperierenden Abteilungen des RBK zusammen, auch unter den Gesichtspunkten eines wirtschaftlich verantwortungsvollen Handelns. Gemeinsam mit dem für die Station zuständigen ärztlichen Dienst übernimmt sie die organisatorische Gesamtverantwortung für die Station. Hierbei stellt sie ein professionelles, patienten- und serviceorientiertes Auftreten aller Mitarbeiter sicher und sorgt für ein ordentliches und mängelfreies Erscheinungsbild der Station. Gegenüber ihren nachgeordneten Mitarbeitern nimmt sie eine Vorbildfunktion ein.“
(Stellenbeschreibung für die SL am Robert-Bosch-Krankenhaus, unveröffentlicht 2012)

An die Stelle der Stationsleitungen werden folgende Qualifikationsanforderungen gestellt:

- Qualifikation zum/zur Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin, Hebamme oder Altenpflegerin
- Mehrjährige Berufserfahrung im Pflegedienst
- Möglichst Erfahrung als stellvertretende Stationsleitung
- Mindestens Weiterbildung zur Stations- bzw. Funktionsleitung oder ein Studium im Pflegemanagement bzw. vergleichbares Studium (Bachelorabschluss).

3.3.4 Qualifizierungsprogramm

Neben den beschriebenen formalen Qualifikationsanforderungen erfordert die erfolgreiche Umsetzung des neuen Führungsmodells für alle Führungsebenen ein begleitendes Qualifizierungsprogramm. Das größte Umsetzungsrisiko besteht darin, dass Aufgaben neu geordnet und transparent gemacht worden sind, der damit beabsichtigte Paradigmenwechsel

in der Führung des Pflegedienstes jedoch nicht vollzogen wird. Dann werden die Pflegerischen Zentrumsleitungen in der Organisation als ehemalige Pflegedienstleitungen wahrgenommen. Stationsleitungen übernehmen die neu zugeordnete Verantwortung in unterschiedlicher Weise und delegieren Verantwortung im schlechtesten Fall zurück. Entscheidend für den Erfolg ist an dieser Stelle nicht die Herausbildung einer neuen Struktur, sondern deren Ausgestaltung mit Inhalten. Dieser Veränderungsprozess muss von der Ebene der Pflegedirektion eng begleitet, immer wieder kritisch hinterfragt und letztlich gefordert und gefördert werden. Die bestehenden Förderprogramme für die Stationsleitungen (Förderung eines Studiums, Programm *seniors for juniors*, Führungstraining LEO, individuelles Coaching-Angebot und »kollegiale Beratung«) sollen auch künftig fortgeführt werden.

■ Angebote zur Kompetenzförderung

- Ein besonderes Augenmerk muss auf die pflegewissenschaftliche Qualifizierung sowie das Führungstraining und hier insbesondere das Kommunikationstraining der Pflegerischen Zentrumsleitungen gelegt werden.
- Hinsichtlich der pflegewissenschaftlichen Methodenkompetenz werden individuell angepasste Qualifizierungsstrategien in Abhängigkeit von den vorhandenen Qualifikationen und Kompetenzen der einzelnen Pflegerischen Zentrumsleitungen verfolgt.
- An die Pflegerischen Zentrumsleitungen wird die Anforderung gestellt, selbst fachlich zu publizieren, mindestens einen Fachvortrag im Jahr zu halten und einen nationalen oder internationalen Fachkongress zu besuchen.
- Von jeder Person wird die Teilnahme an einem ausgewiesenen Führungstraining erwartet. Während des Veränderungsprozesses erhalten die Pflegerischen Zentrumsleitungen ein begleitendes externes Coaching-Angebot.
- Unterstützend kann die Einrichtung eines Mentoring-Systems sein, bei dem erfahrene Pflegewissenschaftler oder bereits tätige *Clinical Nurse Specialists* (CNS, Pflegeexperten) beratend tätig sind.
- Hierzu kann die enge Kooperation mit den regionalen und überregionalen Hochschulen genutzt werden.

- Um sich vertiefend in die Rolle der Experten für die Themen Qualitätsentwicklung, Personalentwicklung und Organisationsentwicklung zu begeben, ist auch die Weiterentwicklung der Pflegedienstleitungen zu fördern. Hier können postgraduierte Studiengänge, beispielsweise in der Organisationsentwicklung, förderlich sein.
- Insbesondere für die Pflegedienstleitungen ist es außerordentlich wichtig, gesundheitspolitisch aktiv und präsent zu sein.

3.3.5 Kommunikationsstrukturen

Um einen zeitnahen Informationsfluss und eine enge Einbindung der Führungskräfte in Entwicklungen zu gewährleisten, sind transparente und zielgerichtete Kommunikationsstrukturen erforderlich. ► Tabelle 3.1 gibt einen Überblick zu den vorgesehenen und teilweise bereits bewährten Kommunikationsstrukturen.

3.4 Lerneffekte und Empfehlungen

Die Konzeption für das neue Führungsmodell stand bei Veröffentlichung dieses Buches kurz vor der Einführung. Deshalb beziehen sich die dargestellten Lernerfahrungen im Wesentlichen auf die Entwicklungsphase.

Veränderungen rufen bei allen Beteiligten emotionale Reaktionen und damit oft Widerstände hervor, die nicht immer eindeutig zu identifizieren sind. Die Sorgen um Machtverlust und Veränderung des Selbstverständnisses bei Führungskräften müssen ernst genommen werden. Menschen sind in ganz unterschiedlicher Weise veränderungsbereit. Wenn sie »mitgenommen« werden sollen, muss diese individuelle Komponente berücksichtigt und wertgeschätzt werden.

- **Die alleinige strukturelle Neuordnung der Aufbauorganisation führt nicht zu einem Wandel im Führungsverständnis. Einen Paradigmenwechsel herbeizuführen, benötigt die enge und frühzeitige Einbindung aller Beteiligten in den Prozess.**

Nicht allein die Struktur darf zum Diskussionsgegenstand werden, vielmehr gilt es, eine Vision für den Pflegedienst in der Organisation zu zeichnen. Formuliert Zielrichtungen müssen von allen getragen werden. Erst auf dieser Grundlage gelingt es, die Rollen im Führungsmodell gemeinsam neu und klar aufzustellen. Nicht zu unterschätzen ist der zeitliche Rahmen, der für diesen Veränderungsprozess notwendig ist. Es wird davon ausgegangen, dass der Umbau des Führungsmodells mit einer veränderten Ausrichtung des Führungsverständnisses bis zu 5 Jahren in Anspruch nehmen wird.

Veränderungsprozesse sind dann erfolgversprechend, wenn sie in der Planungs- und Entwicklungsphase gut durchdrungen sind. Ein zu schneller oder gar »top-down« verordneter Umbau von Strukturen kann nur im Misserfolg enden. Die punktuelle Einbindung und Perspektive externer Berater und Hospitationen in anderen Kliniken ist sinnvoll, um die eigenen Denkmuster aufzubrechen und kreative Ideen zu entwickeln.

Um dem Risiko entgegenzuwirken, dass neue Rollen zugeordnet, aber im Alltag der Organisation nicht gelebt und verstanden werden, sind transparente Kommunikationsstrukturen zu etablieren, in denen alle Beteiligten den Erfolg der Veränderung reflektieren und ggf. Anpassungen vornehmen können. Ebenso wichtig ist es, ein begleitendes Qualifizierungsprogramm zu etablieren, das die jeweiligen Führungskräfte unterstützt, ihre neue Rolle mit den damit verbundenen Aufgaben kompetent auszufüllen.

Fazit

Die Etablierung eines neuen Führungsmodells greift tief in die Gesamtorganisation ein und kann nicht losgelöst von dieser gedacht werden. Deshalb ist es wichtig, dass derartige Veränderungsprozesse nur in Stabilitätsphasen des Unternehmens angegangen werden. Auch in der Umsetzungsphase ist der Prozess vom oberen Management engmaschig zu begleiten und regelmäßig zu evaluieren.

Die Notwendigkeit und der Mehrwert einer pflegewissenschaftlichen Expertise für den Patienten werden im Krankenhausalltag noch nicht flächendeckend erkannt. Die fehlende, eindeutige

Tab. 3.1 Regelkommunikation und Themen für Führungskräfte am RBK

Art	Zielsetzung/Themen	Teilnehmer	Häufigkeit
Klausurtagung aller Führungskräfte in der Pflege	Evaluation des Vorjahres	PD, PDL, PZL, SL	1-mal jährlich, 1- bis 2-tägig, Standortübergreifend
	Jahreszielplanung		
	Entwicklungsfelder ggf. mit externer Begleitung		
Leitungskonferenz	Entwicklungsthemen im Pflegedienst/inhaltliche Arbeit	PD, PDL, PZL, SL	1-mal pro Quartal, 1 Tag
			Standortübergreifend
PD-Tag	Strategische Vorplanung, Entwicklungsfelder, Problembearbeitung	PD, PDL, PZL	1-mal alle 2 Monate, 1 Tag,
	Inhaltliche Arbeit		Standortübergreifend
Informationsforum	Operative Themen	PD, PZL, SL	1-mal wöchentlich, 1 h
Leitungen	Information		Standortbezogen
Kollegiale Beratung	Aktuelles von SL eingebrachtes Thema	SL	1-mal monatlich, 1,5 h
			Standortbezogen
PD-Besprechung	Aktuelle Themen der Woche	PD, PDL, PZL	1-mal wöchentlich, 2 h
	Information		Standortbezogen
Jour fixe	Individuelles Coaching	PD und PZL	14-tägig, 1 h
	Planung und Statusberichte	PD und PDL	
		PZL bzw. PDL und SL; PZL und CA	
Interdisziplinäre Abteilungsbesprechungen	Aktuelle Entwicklungen in der Abteilung	CA, OÄ, PZL, SL	1-mal monatlich, 1 h
Führungskräftetreffen	Jahresziele des Unternehmens und Jahresbericht	Direktorium	2-mal jährlich, 3 h
	Informationsforum	CA, OÄ	Standortübergreifend
		PDL, PZL, SL	
		Abteilungsleiter	
Stationsbesprechungen	Informationsforum	SL, Mitarbeiter	1-mal monatlich, 1–2 h

Verwendung von spezifischen Fachtermini der Pflege und der alltäglich häufig noch anzutreffende Fachjargon sind unprofessionell und wirken hierbei hemmend (vgl. Beuse 2001).

Neben der Weiterentwicklung einer einheitlichen Pflegefachsprache sind pflegewissenschaftlich begleitete Projekte im Krankenhausalltag zu fördern und zu veröffentlichen.

Literatur

- Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Lake ET, Cheney T (2008) Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *J Nurs Adm* 38:223–229
- Beuse H (2001) Pflegefachsprache: Eine Analyse der Entwicklung. *Intensiv* 9(4):151–158
- Crown Coaching (2012) <http://crown-coaching.com/Trainingsangebote/LEO-Training>. Zugegriffen: 17. Sept 2012
- Daahlgard K, Stratmeyer P (2005) Patientenorientiertes Management der Versorgungsprozesse im Krankenhaus. *Pflege & Gesellschaft* 10(3):142–150
- DBfK (2011) *Pflegerische Expertise für eine leistungsfähige Gesundheitsversorgung*, 2. Aufl. DBfK, Berlin
- Gaidys U (2011) Qualität braucht Kompetenz und Verantwortung. Herausforderungen und Perspektiven einer Advanced Nursing Practice für die Gesundheitsversorgung aus pflegewissenschaftlicher Sicht. *Pflege* 24(1):15–20
- Lang TA, Hodge M, Olson V et al (2004) A systematic review on the effects of nursing staffing on patient, nurse employee and hospital outcomes. *J Nurs Adm* 34(7–8):326–337
- Martin JS, Frei IA, Suter-Hofmann F, Fierz K, Schubert M, Spirig R (2010) Evaluation der Pflege- und Führungskompetenz – eine Ausgangslage für die weitere Praxisentwicklung. *Pflege* 23(3):191–203
- Malik F (2006) *Führen, leisten, leben*. Campus, Frankfurt a.M., New York
- Matzke U, Idle C, Lauber H, Schaich U (2012) Stellenbeschreibung für Pflegerische Zentrumsleitungen und Stationsleitungen. Unveröffentlichtes Manuskript. Pflegedirektion der Robert-Bosch-Krankenhaus GmbH, Stuttgart
- Robert-Bosch-Krankenhaus GmbH (2012a) <http://www.rbk.de/ueber-uns/pflege/vision-2020>. Zugegriffen: 17. Sept 2012
- Robert-Bosch-Krankenhaus GmbH (2012b) *Geschäftsbericht 2011*. Eigenverlag, Stuttgart
- Schmalenberg C, Kramer M (2008) Essentials of a productive nurse work environment. *Nurs Res* 57:2–13
- Shuldham C, Parlin C, Firouzi A et al (2009) The relationship between nurse staffing and patient outcomes: a case study. *Int J Nurs Stud* 46:986–992
- Scupin O (2005) Gedanken zum Pflegemanagement – Ein praxisrelevanter Erweiterungsversuch. In: Kerres A, Seeberger B (Hrsg) *Gesamtlehrbuch Pflegemanagement*. Springer, Heidelberg
- Tewes R (2011) *Führungskompetenz ist lernbar*, 2. Aufl. Springer, Heidelberg

Internetadresse
www.crown-coaching.de

<http://www.springer.com/978-3-642-37323-7>

Personalentwicklung in Pflege- und
Gesundheitseinrichtungen
Erfolgreiche Konzepte und Praxisbeispiele aus dem
In-und Ausland

Tewes, R.; Stockinger, A. (Hrsg.)

2014, XXIII, 258 S. 51 Abb., 46 Abb. in Farbe., Softcover

ISBN: 978-3-642-37323-7