



## Personal und Organisation im Krankenhaus



Arbeit. Zeit. Leben.

### **Müller & Mooseder Unternehmensberatung**

Schleißheimer Str. 87a  
85221 Dachau bei München

#### **Telefon:**

Büro: +49 8131 / 310 68 72  
Mobil: +49 152 / 56 56 56 10  
Fax: +49 89 / 2000 79 33

#### **E-Mail:**

[info@win-win-work.de](mailto:info@win-win-work.de)  
[mueller@win-win-work.de](mailto:mueller@win-win-work.de)

#### **Web:**

[www.win-win-work.de](http://www.win-win-work.de)

## Ein integrierter Ansatz für Organisation und Personalmanagement im Krankenhaus

Über 20 Jahre Erfahrung in der Beratung von Krankenhäusern haben uns gezeigt, wie Krankenhäuser durch eine optimale Integration von Betriebsorganisation und Personalplanung gewinnen können. Optimaler Personaleinsatz ist heute ein Synonym für Wirtschaftlichkeit im Krankenhaus. Gleichzeitig ist gute Betriebs- und Personalorganisation auch für die klinischen Mitarbeiter zu einer Grundbedingung für zufriedenstellendes Arbeiten geworden.

Die **demografische Entwicklung** stellt Krankenhäuser vor besondere Herausforderungen: bei der Personalgewinnung, der Dienstplanung und durch das erhöhte Leistungsaufkommen. Für wirksame Optimierungen braucht es einen **integrierten Ansatz**, der Betriebsorganisation, Personalplanung, Dienstplangestaltung und Führung umfasst.

Wir lösen komplexe Dienstplanprobleme, entwickeln Teams und Führungskräfte und gestalten Organisationskonzepte, mit denen Krankenhäuser die demografische Herausforderung bewältigen können.

Ein **modernes Arbeitszeitmanagement** ermöglicht gesundheits- und sozialverträgliche Dienstplangestaltung.

Neue, lebensphasengerechte **Führungskonzepte** fördern die Gewinnung und Bindung von qualifizierten Mitarbeitern - und deren Leistungsentfaltung.

Optimierungen der **Betriebsorganisation** sind Voraussetzungen für einen effizienten Personaleinsatz.

Die zukünftigen Herausforderungen sind nur zu bewältigen, wenn die klinischen Leistungsträger/innen in Krankenhäusern selbst gesund bleiben.

## Übersicht

<b>Ein integrierter Ansatz für Organisation und Personalmanagement im Krankenhaus</b>	<b>2</b>
<b>Übersicht</b>	<b>3</b>
Dienstplanung im Krankenhaus	4
Optimierungs-Systematik	5
Beratungsbeispiel: Ärztlicher Dienstplan mit Integration verschiedener Qualifikationen und Arbeitsplätze	6
Umgang mit Dienstplanwünschen	7
Urlaubsplanung in Teams mit vielen Teilzeitbeschäftigten	9
Seminar Dienstplanung effizient und attraktiv gestalten	10
<b>Effektive Nutzung von Dienstplan-Programmen</b>	<b>11</b>
<b>Personalbedarfsplanung</b>	<b>12</b>
Personalbedarfsplanung für Ärztinnen und Ärzte	12
Personalbedarfsplanung im Pflegedienst	13
<b>Zentrale Notaufnahme</b>	<b>15</b>
Personalplanung für die ZNA	15
ZNA-Konzeption & Optimierung	18
Kommunikationstraining für Notaufnahme-Teams	31
<b>Resilienz im Krankenhaus</b>	<b>35</b>
<b>Organisation &amp; Teamentwicklung</b>	<b>39</b>
OP-Management & Leitungsteam	40
Teamentwicklung im Krankenhaus	40
<b>Führung im Krankenhaus</b>	<b>43</b>
<b>Müller &amp; Mooseder Unternehmensberatung</b>	<b>46</b>
<b>Ihr Ansprechpartner: Gottfried Müller</b>	<b>47</b>
Kurz-Vita Gottfried Müller	47

## Dienstplanung im Krankenhaus

### Wir entwickeln passgenaue Dienstplan-Systeme für Ihr Haus

- für den ärztlichen Dienst von Abteilungen
- in allen Betriebsstellen wie ZNA, OP, Intensiv
- für Stationen und Stationsverbände
- und für alle anderen Bereiche im Krankenhaus, in denen nach Dienstplan gearbeitet wird.

Effizient und zufriedenstellend ist die Dienstplanung nur dann, wenn **alle Prozessschritte integriert** sind. Inwieweit das in einem Krankenhaus bereits gelungen ist, zeigt sich u.a. in den folgenden Punkten:

- Anpassung an schwankenden Arbeitsanfall
- Integration von Teilzeit-Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern
- Ausgleich von Zeitsalden und Vermeidung von "Überstundenbergen"
- Berücksichtigung von Einarbeitung und Weiterbildung
- Lösung von Meinungsverschiedenheiten über den Personalbedarf
- Zufriedenheit der Mitarbeiter durch Möglichkeiten der Mitwirkung (Zeitsouveränität) und Dienstplansicherheit
- Zufriedenstellendes Ausfallkonzept
- Effektive Nutzung von Dienstplan-Programmen, so dass die IT einen Mehrwert bietet - nicht nur für die Abrechnung, sondern auch für Planung und Steuerung

Je nachdem, wie Sie diese Themen bewerten, könnten Sie von einer Neuausrichtung der Dienstplanung sehr profitieren.

In jahrelanger Zusammenarbeit mit Dienstplanerinnen und Dienstplanern und in vielen Projekten haben wir einen **best-practice Ansatz** der Dienstplanung im Krankenhaus entwickelt, das den gesamten Prozess von der Besetzungsplanung bis zum Ausfallmanagement umfasst. Wir haben Erfahrungen **in allen Berufsgruppen**, so dass wir die jeweils spezifischen Bedarfe sehr gut abbilden können. Wir vermitteln unseren best-practice-Ansatz in Inhouse-Seminaren und setzen ihn im Rahmen unserer Projekte um. Best practice bedeutet dabei selbstverständlich auch, den jeweils spezifischen Anforderungen, Zielen und Wünschen unserer Kunden gerecht zu werden.

Bei unseren Projekten zur Optimierung der Dienstplan-Gestaltung gehen wir systematisch und gezielt vor. Dadurch können wir Ihnen genau die Verbesserungen

aufzeigen, die Sie benötigen, um das Ziel einer ebenso effizienten wie mitarbeitergerechten Dienstplanung zu erreichen.

### Optimierungs-Systematik

Analyse des **Handlungsbedarf** bezüglich der Dienstplanung

- Betriebliche Sicht – Sicht der Mitarbeiter(gruppen)
- Was soll erhalten werden – was soll verändert werden?

Darstellung des **Besetzungsbedarfs** im Zeitverlauf

- Differenzierung zwischen verschiedenen Qualifikationsgruppen
- Definition von Basis-Dienstzeiten und Soll-Besetzungstärken

### Personalbedarfsermittlung

- Wir verfügen über spezielle Ansätze für die verschiedenen Berufsgruppen und Bereiche

### Gestaltung von Dienstplänen

- Umgang mit Verfügbarkeitseinschränkungen und Mitarbeiterwünschen
- Effiziente, gesundheits- und sozialverträgliche Dienstplangestaltung
- Gezielte Abwesenheitsplanung
- Dienstplan-Rhythmen, Freie-Tage-Schemata und BD-Module
- Integration von Teilzeitgruppen

**Dienstplan-Programme** optimal nutzen: Tipps und Tricks

### Ausfallmanagement

- Systematische Abwesenheitsplanung und Zeitfenstersysteme
- Pools und Verbände von Dienstplangruppen
- Möglichkeiten für die aktive Einbeziehung des Teams
- Erfolgsfaktoren

Entwicklung von **Flexi-Regelungen**

- Betriebliche Flexi-Bedarfe (Kurzfristigen Personalausfall ersetzen, Reaktion auf veränderten Arbeitsanfall)
- Flexi-Bedarfe der Mitarbeiter
- Flexi-Regeln: Regeln in Betriebsvereinbarungen und Flexi-Spielregeln im Team; Mitverantwortung und Mitgestaltung der Mitarbeiter

### Zeiterfassung

- Vor- und Nachteile der verschiedenen Methoden (Abweichungserfassung / Negativerfassung vs. elektronische Zeiterfassung mit Terminals / Positiverfassung)
- Wie vermeiden Sie einen unkontrollierten Anstieg von Zeitsalden?

### Saldensteuerung und Einsatz von **Arbeitszeitkonten**

Im Rahmen unserer Dienstplan-Projekte nutzen wir praktische Tools, die wir Ihnen gerne zur Verfügung stellen. So können Sie die im Projekt entstandenen Dienstplan-Konzepte bei Veränderungen jederzeit anpassen.

## Beratungsbeispiel: Ärztlicher Dienstplan mit Integration verschiedener Qualifikationen und Arbeitsplätze

### Situation

Die Assistenzärzte eines Teams unterscheiden sich in **Berufserfahrung und Einarbeitungsstand**. In größeren ärztlichen Abteilungen muss der Dienstplan so gestaltet werden dass **verschiedenen Arbeitsplätze** (Station, Notaufnahme, Intensiv, Funktionsbereiche) **mit den hierfür qualifizierten Mitarbeiter besetzt** werden.



Darüber hinaus gibt es weitere Anforderungen:

- Für die **Patientenversorgung** auf den Stationen muss eine möglichst hohe **Kontinuität** erreicht werden (also kein kurzzyklischer Wechsel in der Stationsbesetzung)
- Die **Weiterbildung der Assistenzärzte** muss dienstplanseitig gewährleistet sein.
- **Teilzeitmodelle** müssen integriert werden.
- Der Dienstplan muss im Hinblick auf das **Ausfallmanagement robust** sein. Es hat wenig Sinn, einen theoretisch perfekten Dienstplan zu entwerfen, der in sich zusammenfällt, wenn mehr als 2 Mitarbeiter erkranken.

### Beratungsansatz und Konzeption der Lösung

- Wir stimmen das Vorgehen zunächst mit dem Chefarzt ab und arbeiten dann eng mit den Vertretern des Ärzteteams zusammen, i.d.R. mit Assistentensprechern und Oberärzten.

- Grundlage für die Planung ist die Abteilungsstruktur (zu besetzende Arbeitsplätze), die Qualifikationsstruktur des Teams und der Wochenbesetzungsplan für die verschiedenen Arbeitsbereiche.
- Wir haben einfache, praktische Tools entwickelt, mit denen wir Dienstfolgen für einzelne Teilgruppen des Teams erstellen. Diese Dienstfolgen kombinieren wir in einem gemeinsamen Dienstplan.
- Für das Ausfallmanagement entwickeln wir einen dazu passenden Satz einfacher Regeln.
- In einem Modell-Dienstplan testen wir die Lösungsvarianten, inwieweit auch bei größeren Ausfällen die Besetzungssicherheit gewährleistet ist. Meist ist es sinnvoll, für extremere Ausfallsituationen einen "Plan B" zu hinterlegen.

In manchen Fällen gibt es bei der Festlegung des Wochenbesetzungsplans noch einen Zwischenschritt: Wenn nämlich Wunsch / Bedarf und Wirklichkeit (= tatsächlicher Personalbestand) nicht zueinander passen. In diesen Situationen führen wir in Abstimmung mit dem Auftraggeber - und wieder in Zusammenarbeit mit Vertretern des Ärzteteams - eine Personalbedarfsplanung durch.

### **Ergebnis und Umsetzungsbegleitung**

Das Ergebnis ist in aller Regel eine Erleichterung bei allen Beteiligten. Meist gelingt es sehr gut, die verschiedenen Bedarfe "unter einen Hut" zu bringen.

Wir geben den Dienstplanern einfache Tools an die Hand, damit sie bei Änderungen selbst nachjustieren können. Außerdem bleiben wir für einige Zeit nach dem Projekt Ansprechpartner für die Dienstplaner, was sehr gerne genutzt wird und für Nachhaltigkeit bei der Umsetzung sorgt.

### **Umgang mit Dienstplanwünschen**

*"Wie sollen wir mit den vielen Dienstplanwünschen umgehen?" "Die Leute müssen doch einsehen, dass das nicht alles erfüllbar ist! Wer hier arbeitet, weiß doch, dass wir an 7 Tagen rund um die Uhr arbeiten!" "Aber wenn wir Wünsche nicht gewähren, dann herrscht große Unzufriedenheit." "Letztens hat eine Kollegin gekündigt, weil wir die Wünsche nicht erfüllen konnten."* Dies alles sind O-Töne, die wir bei unserer Arbeit mit Dienstplanerinnen und Dienstplanern immer wieder hören. Deshalb haben wir praktische Lösungen entwickelt, die in jedem Team den bestmöglichen Ausgleich von betrieblichem Bedarf und individuellen Interessen ermöglicht - und dabei das Gerechtigkeitsempfinden der Teammitglieder berücksichtigt.

Wir unterscheiden **2 Arten von Wünschen:**

- **Einmalige Wünsche** (Grillen am Freitag, den 12. Mai). Diese Wünsche sollten priorisiert werden ("ganz arg wichtig" vs. "bitte nach Möglichkeit erfüllen")

- **Regelmäßige Wünsche** (Verfügbarkeitseinschränkungen: z.B. "am Montag und Dienstag kann ich nie Spätdienst machen")

Eine besondere Herausforderung stellt der Umgang mit "**Verfügbarkeitseinschränkungen**" in Dienstplan-Systemen dar. Wenn von 22 Teammitgliedern 13 in Teilzeit arbeiten und davon 9 keinen Spätdienst machen können, wird es schwierig, einen Dienstplan aufrecht zu erhalten. Abgesehen davon fühlen sich all diejenigen benachteiligt, die keine solchen Verfügbarkeitseinschränkungen belegen können. Welche Möglichkeiten haben Dienstplaner in solchen Situationen?



Zunächst einmal ist es wichtig, zwischen **absoluten** Verfügbarkeitseinschränkungen (also Zeiten, in denen der/die Mitarbeiter/in definitiv nicht arbeiten *kann*) und relativen Beschränkungen zu unterscheiden. Bei **relativen** Verfügbarkeitseinschränkungen kann man erwarten, dass der/die Mitarbeiterin im Ausnahmefall in der Lage ist, bei rechtzeitiger Information den Dienst zu ermöglichen.

Um konkrete Lösungen zu finden, ist es hilfreich, die relativen und absoluten Verfügbarkeitseinschränkungen aller Teammitglieder zu erfassen und zunächst einmal zu **visualisieren, wie viel Kapazität für die einzelnen Dienste bzw. Schichten übrig bleibt**, wenn alle Einschränkungen berücksichtigt werden. Diese Visualisierung ist eine wichtige Hilfe, um a) bei den Betroffenen ein Verständnis für die Unterscheidung von absoluten und relativen Verfügbarkeitseinschränkungen zu erreichen und b) um einen **Ausgleich im Team** zu organisieren. Der Dialog im Team muss so lange geführt werden, bis eine ausreichende Abdeckung aller Schichten sichergestellt ist. In den meisten Fällen kann erreicht werden, dass absolute Verfügbarkeitseinschränkungen berücksichtigt werden können. Oft ist es auch möglich, dass Teammitglieder mit deutlich eingeschränkter Verfügbarkeit ihren Kollegen/innen an anderen Stellen entgegenkommen und so einen Ausgleich schaffen können.

### Unsere Leistungen:

- Wir haben ein praktisches Tool entwickelt, mit dem man auf einfache Weise eine Übersicht aller im Team vereinbarten Verfügbarkeitseinschränkungen erhält.
  - Mit unserem Tool sind werden sowohl die Verfügbarkeitseinschränkungen selbst, als auch die resultierenden Restkapazitäten pro Schicht visualisiert.



- Das Tool ist damit eine wichtige Hilfe für Teamleitungen im Dialog mit einzelnen Mitarbeitern und eine Unterstützung für die Abstimmung im Team.
- Vereinbarte Verfügbarkeitsbeschränkungen lassen sich in DP-Programme übernehmen (via Bemerkungszeile).
- Wir binden das Thema Dienstplan-Wünsche und Verfügbarkeitsbeschränkungen in ein Gesamtkonzept zur Abstimmung im Team ein.
- Wir schulen Führungskräfte im Umgang mit Verfügbarkeitsbeschränkungen. Diese Schulung ist auch Teil unseres Trainings "Lebensphasengerecht Führen", das Aspekte wie Resilienz, Team-Gerechtigkeit etc. berücksichtigt.
- Im Rahmen von Arbeitszeitprojekten beraten wir Führungskräfte und Teams, um bei größeren Engpässen tragfähige Regelungen zu entwickeln.

### Urlaubsplanung in Teams mit vielen Teilzeitbeschäftigten

Alle Jahre wieder: Die **Urlaubsplanung** ist in vielen Teams, die mit Dienstplänen arbeiten, ein wichtiges und oft konfliktreiches Thema.

Wenn im Team auch noch viele verschiedene **Teilzeitmodelle** vorhanden sind, fehlt es oft nicht so sehr am guten Willen aller Beteiligten, sondern vor allem an der Transparenz:



- Wie viele Personen können gleichzeitig Urlaub machen, wenn sie ganz unterschiedlich arbeiten?
- Wie viel Zusatzschichten können TZ-Mitarbeiter/innen übernehmen?
- Und wenn TZ-Mitarbeiter/innen einspringen - wie wird das geplant und wann baut man entstehende Plusstunden wieder ab?
- Welche Flexi-Spielregeln sollen gelten? Wie löst man die immer wieder auftauchende Gerechtigkeitsfrage?

Für solche Themen haben wir geeignete Lösungsansätze, einschließlich eines **praktischen Tools zur Urlaubs- und Jahresplanung**, mit denen Sie die nötige Transparenz bzgl. Besetzungsbedarf und Urlaubsmöglichkeiten schaffen. Unsere Vorgehensweise:

- Die Urlaubstage für Teilzeitkräfte berechnen wir mit dem "modifizierten Durchschnittsprinzip".

- Den Besetzungsbedarf berechnen wir nach Schichten pro Woche und kalkulieren die Möglichkeit eines flexiblen Einsatzes von Teilzeitbeschäftigten mit ein - und spielen die auszugleichenden Tage bei phasenweiser Mehrarbeit in der Urlaubszeit gleich in den Jahresplan zurück.
- In unsere Jahresplanung schließen wir alle geplanten Abwesenheiten ein.
- Außerdem berücksichtigen wir natürlich den Krankheitsausfall.
- Das Beste: Mit unserem Tools können Sie die Planung von bis zu 3 Teams verknüpfen.
- All diese Elemente sind systematisch verknüpft, in einer einfachen, praktischen Übersicht.

Da Tools alleine keine ausreichende Lösung sind, unterstützen wir Teams dabei, für sie passende **Flexi-Regelungen** zu vereinbaren.

Das Ergebnis: Eine **entspannte Urlaubsplanung im Team** - mit dem bestmöglichen Ergebnis für alle Beteiligten, den Betrieb und seine Kunden.

### Seminar Dienstplanung effizient und attraktiv gestalten

Wir schulen die Dienstplaner/innen in allen Aspekten und Methoden der Dienstplanung, die für den praktischen Planungsalltag wichtig sind.

Dabei gehen wir auf die konkreten Anliegen und Problemstellungen der Teilnehmenden ein und zeigen die Anwendung der theoretischen Inhalte anhand von praktischen Situationen aus dem Alltag.

Welche Module für Sie dabei besonders relevant sind, entscheiden Sie - wir passen das Seminar nach Ihren Wünschen an.

## Effektive Nutzung von Dienstplan-Programmen

Die tatsächliche Nutzung von Dienstplan-Programmen hinkt den Möglichkeiten einer echten Planung und Steuerung meist weit hinterher. Moderne Dienstplanung und das gesamte Workforce Management brauchen eine optimale IT-Unterstützung. Vor der Implementierung sollten aber wichtige Fragen geklärt werden:

Welche Funktionalitäten benötigen Sie und wie sollten diese abgebildet sein?

Wie können Sie Dienstplan-Programme nicht nur zur Abbildung, sondern auch zu einer echten Planung und Steuerung von Arbeitszeit nutzen?

**Wie bieten Ihnen Anbieter-unabhängige Beratung bei der Auswahl eines für Ihr Haus geeigneten Zeitwirtschafts- und Dienstplan-Systems und Unterstützung beim Customizing-Prozess.**

Dienstplanung ist nur ein kleiner Teil des gesamten Prozesses „Workforce Management“.

- Planungsgrundlagen
  - Besetzungsvorgabe
  - Personalbedarfsermittlung
  - Verfügbarkeitseinschränkungen
- Basis-Dienstplanung
  - Urlaubsplanung
  - Mitarbeiter-Wünsche
  - Roh-Dienstplan
  - Teamabstimmung
- Aktive Steuerung
  - Ausfallmanagement
  - Dienstaustausch
  - Anpassung an Bedarfsänderungen
  - Saldensteuerung
- Arbeitszeiterfassung: welche Methode ist für Sie am besten geeignet?
  - Zeiterfassung Regeldienst, Bereitschaftsdienst, ggf. Rufdienst-Inanspruchnahme
  - Prüfung und Freigabe Plusstunden
  - Saldenkontrolle
- Zeitwirtschaft: Zeitbewertung, Zuschläge, Controlling

Wir beraten Sie bei der Optimierung sämtlicher Prozesse zur Planung und Administration des Personaleinsatzes mit dem Ziel höchstmöglicher Effizienz, Sicherheit und Mitarbeiterzufriedenheit.

## Personalbedarfsplanung

### Personalbedarfsplanung für Ärztinnen und Ärzte

#### Situation

Nach wie vor ist die Frage, wie viel ärztliches Personal eine Abteilung benötigt, Gegenstand intensiver Diskussionen - in jedem Krankenhaus und in jeder Abteilung. So wichtig die erlösorientierte (DRG-basierte) Personalbedarfsermittlung ist - für die konkrete klinische Personalbedarfsplanung ist sie nicht ausreichend.

#### Beratungsansatz

Wir haben spezifisch für die Leistungen und Abläufe im ärztlichen Dienst Tools entwickelt, die eine **arbeitsplatzbezogene, analytisch plausibilisierte Ermittlung des Besetzungs- und Personalbedarfs** ermöglichen. Mit speziellen Instrumente können wir nahezu jeden ärztlichen Einsatzbereich abbilden:

- Stationsbesetzung
- Intensivstationen
- Intermediate-Care Stationen (unter Berücksichtigung von Zertifizierungsvorgaben für Stroke Unit, Chest Pain Unit etc.)
- Notaufnahme und Ambulanz
- Funktionsbereiche
- Sprechstunden

Wichtig ist, bei der Planung eng mit Vertretern des Ärzteteams und der Personalabteilung zusammen zu arbeiten. Das schafft Vertrauen und die im Projekt gewonnenen Erkenntnisse und Kompetenzen können weiter genutzt werden.

#### Ergebnisse

Die dadurch erreichte Transparenz und Klarheit führt zu einer **hohen Akzeptanz** bei Geschäftsführung, Personalabteilung - und bei den Ärzten aller Hierarchieebenen. Dazu trägt auch eine angemessene Berücksichtigung von Einarbeitungszeiten und Weiterbildung in der Abteilung bei.

Die Erfahrung zeigt, dass die Ergebnisse immer auch in einem wirtschaftlich tragfähigen Rahmen bleiben. Letztlich ist eine angemessene Personalbedarfsplanung auch ökonomisch am effektivsten: Die Personalbindung wird erhöht, Rekrutierung erleichtert, es kommt zu weniger Fehlern und die Leistungsmotivation ist positiv, was sich auf die Performance (Erlöse) der gesamten Abteilung günstig auswirkt.

Durch den Einsatz etablierter Tools bleibt die Personalbedarfsermittlung zeitlich und finanziell in einem überschaubaren Rahmen.

Die Berechnungen werden in nachvollziehbarer und weiterarbeitbarer Form zur Verfügung gestellt, so dass z.B. bei Änderung von Leistungsarten und -mengen jederzeit Anpassungen vorgenommen werden können.

### Personalbedarfsplanung im Pflegedienst

#### Situation

Im Pflegedienst fehlt nach wie vor eine allgemeine Richtlinie für die Personalbedarfsplanung. Mit dem Beschluss zur Entwicklung von Vorgaben für Pflegepersonaluntergrenzen in Schlüsselbereichen der Patientenversorgung geht die Bundesregierung einen dringend erforderlichen Schritt in die richtige Richtung.



Wir haben für verschiedene Pflegebereiche praxistaugliche Tools zur Personalbedarfsplanung entwickelt, die den Pflegebedarf hinreichend gut abbilden und bereits in Krankenhäusern eingeführt wurden.

Unser Ansatz basiert auf dem Prinzip der **analytisch plausibilisierten arbeitsplatzbezogenen Personalbemessung**. Auf diese Weise kann man konkrete Stationsgrößen ebenso berücksichtigen, wie Fallzahlen und Schweregrade (patientenbezogener Pflegeaufwand).

#### Intensivstationen

Für Intensivstationen haben wir ein System erstellt, das Stationsgröße, Fallzahlen, sowie die Pflegezeit pro Patientengruppe (3-4 Gruppen) berücksichtigt und über TISS plausibilisiert wird.

#### OP und Funktionsdienste

Weitere, fertig einsetzbare Systeme gibt es für die Funktionsdienste: OP, Anästhesie, Endoskopie, Herzkatheter.

#### Stationsbereich (allgemeine Pflege)

Im Stationsbereich fehlt nach wie vor eine allgemeine Richtlinie für die Personalbedarfsplanung in der Pflege. Je nach Methode der Personalbedarfsberechnung kann man zu ganz unterschiedlichen Ergebnissen kommen. Erschwert wird die Situation noch dadurch, dass sich unter dem Sammelbegriff Pflegedienst immer mehr verschiedene Qualifikationsgruppen (MFA, Pflegeassistenten/innen, erfahrene ausländische Pflegekräfte ohne deutsche Anerkennung etc.) finden. Daher müssen auch hier grundlegende Vorgaben gemacht werden, sonst wird es durch die geplanten Untergrenzen in „kritischen Bereichen“ unweigerlich zu einer Personalverschiebung kommen. Auf Dauer wäre eine deutlich vereinfachte Version von

Pflegegruppen mit einer empirischen Fundierung des Pflegezeitaufwands erforderlich.

Solange es keine einheitliche und verbindliche Methode der Personalbemessung für die allgemeine stationäre Pflege gibt, kombinieren wir mehrere Ansätze zu einem Gesamtbild:

- **Erlösorientierte Personalbedarfsermittlung** (DRG-Methode)
- Ein **analytisches oder kennzahlenbezogenes Verfahren** (z.B. DKI, PPR)
- Besetzungsbedarf nach der **Arbeitsplatzmethode**
  - mit ergänzenden Plausibilisierungsverfahren
  - mit Ausweisung von qualifikationsbezogenen Mindestbesetzungen

Dieses "multimodale" Vorgehen scheint auf den ersten Blick kompliziert, ist aber praktikabel, da wir hierfür entsprechende Tools entwickelt haben. Letztlich benötigt man nicht mehr, als einen Satz Grunddaten, der i.d.R. bereits verfügbar ist. Die Erfahrung zeigt, dass mit einfachen Daumenregeln (X Mitarbeiter pro Bett) auf Dauer nichts gewonnen ist. Entscheidend ist für uns, dass das **Ergebnis verständlich und transparent** dargestellt wird und bei Änderungen (Leistungsменgen, Bettenzahl) **Anpassungen leicht möglich** sind.



Unsere Planungssysteme berücksichtigen, neben dem direkten und indirekten (administrativen) Pflegeaufwand, die Aspekte **Ausbildung, Einarbeitung und Führung**. Eine besondere Anforderung bei der Festlegung von Mindestbesetzungen ist die Integration der verschiedenen **Qualifikationsniveaus** in der Pflege.

Des Weiteren sind die Systeme geeignet, **Schwankungen im Arbeitsaufkommen** zu abbilden und in Vorgaben für Besetzung und Dienstplanung zu übersetzen. Die Bildung von Stationsverbänden (horizontale Flexibilität) wird unterstützt.

Die von uns entwickelten Methoden für die Personalbedarfsplanung sind bereits mit praxistauglichen Tools verknüpft, die dabei helfen, die Ergebnisse auch in eine **konkrete Dienstplanung** umzusetzen, die Stationsabläufe, Teilzeitmodelle und Qualifikationsgruppen integriert.

## Zentrale Notaufnahme

Als Anfang der 2000er das Thema Zentrale Notaufnahme in den Vordergrund rückte, waren wir bereits mit dabei. Wir haben eine Reihe von Notaufnahmen konzipiert und in bestehenden ZNA erfolgreiche Optimierungsprojekte durchgeführt.

Wir entwickeln Prozesse und Strukturen weiter und sind auch an der Planung baulicher Veränderungen beteiligt, wenn dadurch mit relativ wenig Aufwand deutliche Verbesserungen möglich werden. Ein spezielles Thema war und ist die Beratung und Vermittlung bei der Ausgestaltung der Führungsstruktur für die ZNA und die Etablierung eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses.

Aus der Verknüpfung mit unserer Expertise im Bereich Arbeitszeitmanagement entstand ein ausgereiftes System zur Personalplanung speziell für Notaufnahmen.

## Personalplanung für die ZNA

Mit unserem speziellen Personalplanungs-Tool für Notaufnahmen ermitteln wir für Sie den ärztlichen und pflegerischen Personalbedarf, optimieren Dienstzeiten und gestalten ausgewogene Dienstpläne.

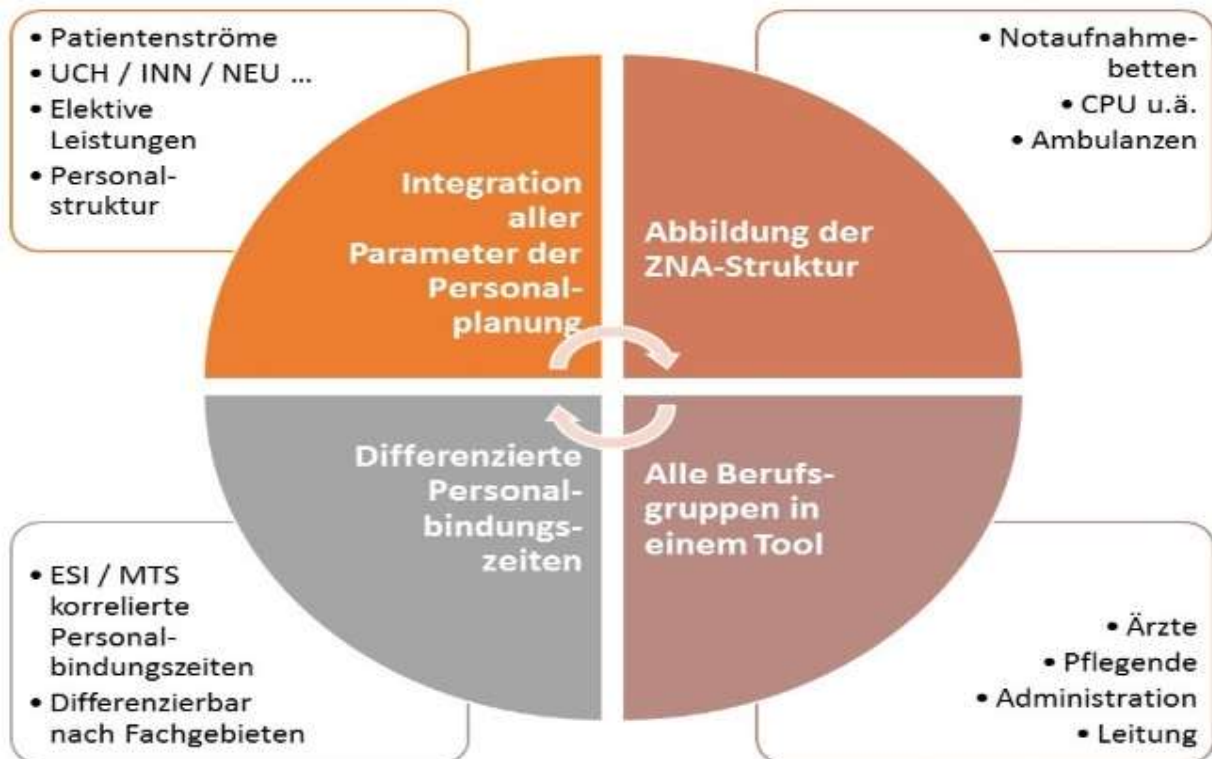
### Die Ausgangssituation heute

- Die ZNA ist essentieller Bestandteil der Wertschöpfungskette. Eine strukturell optimal integrierte, handlungs- und leistungsfähige ZNA ist Voraussetzung für den wirtschaftlichen Betrieb von Akuthäusern.
- In den Vergütungssystemen sind die Leistungen der ZNA nicht ausreichend abgebildet.
- Personalbedarfsermittlung hat häufig Akzeptanzprobleme: entweder wird sie von den klinischen Leistungsträgern abgelehnt, oder vom Management als unrealistisch überhöht zurückgewiesen.
- Fehler in der Besetzungsplanung haben weitreichende Folgen:
  - phasenweise Überbesetzungen führen zu Überplanung und unnötigen Kosten
  - phasenweise Unterbesetzungen gefährden die Qualität der Notfallversorgung und deren Nutzen für das Gesamthaus leidet. Ein besonders unangenehmer Effekt der Unterbesetzung ist, dass durch den Stau wartender Patienten der Zeitaufwand für die Versorgung insgesamt steigt. D.h., wenn die Notaufnahme übervoll ist, geht es nicht schneller, sondern langsamer. Aus diesem Grund ist es auch wirtschaftlich absolut vernünftig, solche Stau-Phasen möglichst zu vermeiden.

- Mängel in der Erstversorgung und Ressourcenallokation haben wiederum teure Konsequenzen: Überlastung von Ärzten und Pflegenden führt zu Disstress und Motivationseinbrüchen.

### Unsere Lösung

- Differenzierte Besetzungsplanung als Grundlage für eine allseitig akzeptanzfähige Personalbedarfsermittlung
- Alle Parameter und Ergebnisse in einem Tool transparent nachvollziehbar
- Systematischer Ansatz vom Patientenstrom bis zum Dienstplan



### Unser Angebot



- Sie senden uns Ihre Daten
- Wir passen das Tool die Grundstruktur der jeweiligen ZNA an (Abteilungsmix, Methode Ersteinschätzung)
- Wir pflegen diese in unser Planungstool ein
- Vor Ort erläutern wir Aufbau, Funktion und Dateneingabe
- Wir zeigen Optimierungsmöglichkeiten bezüglich Gestaltung der Dienstzeiten und der Dienstpläne auf



### Ihre Ergebnisse

- Die Dienstzeiten sind **an das Patientenaufkommen bestmöglich angepasst**
- Sie erhalten **Modell-Dienstpläne** für alle Personalgruppen der ZNA
  - Dies beinhaltet die systematische **Integration von Teilzeitkräften**
  - Auf Wunsch vermitteln wir in Verbindung mit der Modell-Dienstplanung die besten Tipps und Tricks für die Dienstplaner (Mitwirkung, Urlaubsplanung, Ausfallkonzept etc.)
- Die Personalbemessung der ZNA ist **konsolidiert und akzeptiert**
- Die Personalbemessung ist zugleich **realistisch und wirtschaftlich vernünftig**,
  - weil durch geeignete Gestaltung der Dienstzeiten eine gleichmäßigere Auslastung erreicht wird.
  - weil durch die Vermeidung von Patientenstau (aufgrund systematisch unzureichender Personalplanung) der Effekt ansteigender Personalbindungszeiten vermieden wird.
  - weil durch die Sicherstellung einer gleichbleibenden Qualität der Notfallversorgung hohe Folgekosten vermieden werden können.



- Die Zufriedenheit im Team nimmt zu und sie haben Vorteile bei der Personalbindung und -gewinnung

**Unser Ansatz ist der kostengünstigste und effektivste Weg, um die Personalorganisation Ihrer Notaufnahme zu optimieren.**

### ZNA-Konzeption & Optimierung

In der Notaufnahme entscheidet sich, ob der Patient frühzeitig dem für ihn optimalen Behandlungspfad zugeordnet wird. Mit geeigneten Standards und Prozessen organisieren Sie eine effiziente Notfallversorgung, von der Ersteinschätzung bis zur Verlegung. Eine optimierte Dienstplanung verhindert Burnout und Unzufriedenheit, weil der tatsächliche Besetzungsbedarf (so kostengünstig wie möglich) abgedeckt ist. Kurz: Wenn die Notaufnahme optimal läuft, hat dies positive Auswirkungen auf die Prozesse im gesamten Haus - und letztlich auch sehr positive wirtschaftliche Auswirkungen.

**Wir bieten Ihnen umfassende Unterstützung bei allen Projekten zur Optimierung der Notaufnahme.**

Wichtig für den Erfolg ist nicht nur der Inhalt der Projektarbeit, sondern vor allem die **Einbeziehung der Leistungsträger/innen der Notaufnahme** aus allen Berufsgruppen. Dies ist oft ein wichtiger Schritt in Richtung einer weiteren Verbesserung der Teamarbeit.

Ihr Nutzen: Eine bestmöglich strukturierte und gut funktionierende Notaufnahme ist nicht nur das "Gesicht des Hauses" sondern ein unverzichtbares Glied in der Wertschöpfungskette. Die hohe Spezialisierung in der Medizin ist kein Gegenargument für die Einrichtung zentraler, interdisziplinärer Notaufnahmen, sondern vielmehr der Grund, der diese erforderlich macht

### Zielkonzept zentrale Notaufnahme

So könnte Ihre Notaufnahme funktionieren:

Die Zentrale Notaufnahme ist zentraler Anlaufpunkt für alle nicht geplanten Patienten. Durch die Einrichtung der ZNA wird eine hohe medizinische und pflegerische Qualität der Notfallversorgung auf effiziente Weise erreicht. Die Strukturen und Prozesse sind so gestaltet, dass eine hohe Zufriedenheit der Patienten und ihrer Angehörigen, der zuweisenden Ärzte, aber auch der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erreicht werden kann.

Hochwertige und zeitnahe Aufnahme-Diagnostik und frühest mögliche Behandlung durch Fachspezialisten werden in einem Umfeld durchgeführt, in dem die optimale Überwachung und pflegerische Betreuung der Patienten gewährleistet sind. Die gleichzeitige Präsenz von Internisten und Chirurgen bietet hohe Synergieeffekte, die den Patienten unmittelbar zugute kommen. Ein offener und kommunikativer

Empfangsbereich, minimierte Wartezeiten und ein angemessenes Raumangebot mit Aufnahmebetten, dienen dem Wohlbefinden der Patienten.

Die Zentrale Notaufnahme garantiert eine möglichst wirtschaftliche Leistungserbringung und unterstützt die Sicherung der Erlöse aus der Versorgung von Notfallpatienten. Unnötig aufwändige und teure Diagnostik ist auf ein Minimum reduziert, da die Patienten von Anfang an durch erfahrene Mediziner versorgt werden. Primäre und sekundäre Fehlbelegungen werden vermieden und die Zuweisung von Patienten zu Fachabteilungen und Klinikressourcen ist von Anfang zielgerichtet. Durch effektiven Personaleinsatz wird ein hohes Maß an Wertschöpfung erreicht, ohne dabei Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu überfordern.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Zentralen Notaufnahme verstehen sich als Team und fördern die Zusammenarbeit fach- und berufsgruppenübergreifend. Verzahnte und aufeinander abgestimmte Abläufe innerhalb der Zentralen Notaufnahme und zu den wesentlichen Schnittstellenbereichen verringern Informationsverluste und gewährleisten Transparenz.

Die Zentrale Notaufnahme unterstützt die Abteilungen in der ersten Phase der Notfallversorgung.

Die ZNA hat eine eigene Leitung. Diese sorgt dafür, dass die ZNA als wichtiges Organ im Organismus Krankenhaus jederzeit handlungs- und leistungsfähig ist. Die Leitung der ZNA ist Ansprechpartner für das Krankenhausmanagement, den Rettungsdienst und sorgt dafür, dass das Team der ZNA interdisziplinär und interprofessionell bestmöglich zusammenarbeitet. Die ZNA-Leitung hat auch die Aufgabe, einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess zu etablieren, was ein laufendes Lernen aus Fehlern beinhaltet und alle Stakeholder einbindet.

Dezentral organisierte Notfallversorgung	Interdisziplinäre Zentrale Notaufnahme
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ressourcen den Abteilungen zugeordnet</li> <li>• <b>Sukzessiver interner Abteilungsdurchlauf</b> erfordert zusätzlichen Aufwand</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Interdisziplinäre Struktur mit problemorientierter, interdisziplinärer Versorgungsstrategie</b></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Starke Schwankungen</b> in der Auslastung der unterschiedlichen Notfall-Einrichtungen</li> <li>• Aufwändige interdisziplinäre Steuerung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Bündelung</b> von personellen, räumlichen, technischen Ressourcen</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Zu wenig Patientenorientierung</b>, besonders bei Patienten mit „Bagatell-Problemen“</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Da über die Notaufnahme wird ein beträchtlicher Teil der Patienten akquiriert wird, wird diese auch in ihrer <b>Marketing-Funktion</b> optimiert. Die Notaufnahme ist das <b>„Gesicht des</b></li> </ul>

Dezentral organisierte Notfallversorgung	Interdisziplinäre Zentrale Notaufnahme
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Lange Wartezeiten</b> in unzureichend ausgestatteten Wartebereichen</li> <li>• Wenig Berücksichtigung der Angehörigen</li> <li>• <b>Unzureichende Räumlichkeiten</b> für die Unterbringung bei längerer initialer Versorgung</li> </ul>	<p><b>Hauses"</b> und bietet ein hohes Niveau an <b>Patientenkomfort</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unnötige oder <b>unnötig teure Untersuchungen</b> durch unerfahrene Ärzte oder unklare Standards</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erfüllung des Versorgungsauftrags: <b>hohe Qualität bei wirtschaftlicher Leistungserbringung</b> ist gefordert.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Unklarheiten</b> über Abläufe, <b>wechselnde Zuständigkeiten</b></li> <li>• unübersichtliche Wegeführung, <b>Keine Information</b> über Ablauf</li> <li>• Notfallpatienten mit vitaler Behandlungsindikation neben Patienten mit „Bagatell-Problemen“</li> <li>• <b>Ungeeignete Strukturen</b> für allgemeinärztlich zu versorgende Patienten.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spektrum verschiedener Versorgungsniveaus stellt besondere Anforderungen an die Organisation. <b>Strukturen, Ressourcen und Prozesse müssen auf die unterschiedlichen Patientengruppen ausgelegt</b> sein.</li> <li>• Durch die Zusammenarbeit mit der nahegelegenen <b>KV-Notfallpraxis</b> wird eine möglichst bedarfsgerechte Zuweisung von Patienten erreicht.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>unerfahrene Ärzte</b> sehen Patienten zuerst: Patienten werden über- oder unterversorgt</li> <li>• <b>kein effektives Risk-Management</b></li> <li>• <b>Unzureichende Überwachungsmöglichkeiten</b></li> <li>• Patient wird ohne ausreichende Aufnahme und Behandlungsplanung auf periphere Stationen verlegt, mit der <b>Folge weiterer Verzögerungen im Versorgungsprozess</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Beherrschung der</b> medizinischen (und rechtlichen) <b>Risiken</b> der Notfallversorgung</li> <li>• Überwachungsbereich, möglichst in der Notaufnahme</li> <li>• <b>Klärung der primären Verantwortung und interdisziplinär organisierte ärztliche Behandlungsführung</b></li> <li>• Die <b>Planung des patientenindividuellen Versorgungsprozesses</b> muss <b>frühzeitig</b> erfolgen</li> </ul>

### Checkliste für die Optimierung von Notaufnahmen

Das Funktionieren einer interdisziplinären zentralen Notaufnahme hängt von vielen Faktoren ab, z.B.:

- Wie ist die räumliche Aufteilung und die Wegeführung in andere Bereiche (Röntgen, Intensiv, OP, Funktionen) gelöst?

- Wie gut passt die Leitungsstruktur? Ist die Leitung nach Innen und Außen wirksam und akzeptiert?
- Sind die Strukturen und Prozesse so gestaltet, dass die Vorteile einer interdisziplinären Notfallversorgung voll zum Tragen kommen, ohne dass dadurch die Qualität und Effizienz der fachspezifischen Versorgung leidet?
- Wie gut gelingt es, ein Team zu entwickeln, das wirklich interdisziplinär arbeitet und arbeiten will?

Die nachfolgende Checkliste zeigt wesentliche Analyseschritte und Aufgaben, die bei der Neueinrichtung oder Reorganisation zentraler Notaufnahmen bearbeitet und gelöst werden müssen:

- Analyse der Leistungsarten und -mengen im Zeitverlauf
- Auslastungsstatistik für mittlere und hohe Auslastung.
- Klärung des Leistungsprofils (elektiv / stationär)
- Berechnung des Raumbedarfs
- Analyse der IST-Prozesse und Darstellung von Optimierungspotentialen
- Integration der Prozesse und Kommunikationsstrukturen mit allen relevanten Bereichen
  - Pforte
  - Administrative Patientenaufnahme
  - Ambulanzen verschiedener Fachabteilungen und weitere (elektive) Aufnahmebereiche
  - Radiologie
  - Stationen und Bettenmanagement
  - Konsiliarisch tätige Abteilungen
  - Rettungsdienst
  - Kassenärztliche Notfallpraxis
- Auf Wunsch Darstellung von Möglichkeiten für räumlich-bauliche Verbesserungen
  - Bei Projekten, bei denen größere bauliche Maßnahmen geplant sind, arbeiten wir eng mit den Architekten zusammen.
- Berechnung des Besetzungsbedarfs für alle Personalgruppen im Tages- und Wochenverlauf
- Personalkonzept incl. Modell-Dienstplanung (integriert mit Dienstplänen der Fachabteilungen)

- Leitungsmodell und Führungsprozesse

### Trennung planbarer und unplanbarer Patientenströme

Sollen und können für die **Aufnahme geplanter und ungeplanter Patienten** getrennte Strukturen aufgebaut werden? Diese Frage ist für die Konzeption von Notaufnahmen entscheidend.

Eine Reihe von Argumenten spricht für eine weitgehende Trennung der Patientenströme:

- Unterschiedliche Bedürfnisse der verschiedenen Patientengruppen
- Die Vorhaltung von Ressourcen für die Notfallversorgung ist vergleichsweise teuer
  - Stark schwankender Arbeitsanfall
  - Mindestbesetzung auch in Phasen geringer Auslastung
- Die Prozesse der Notfallversorgung beinhalten andere Anforderungen, als die geplanten Leistungen für elektive Patienten
  - Durch die Trennung der Patientenströme kann eine optimale Ressourcensteuerung mit geringen Wartezeiten erreicht werden

Häufig lässt sich eine vollständige Trennung aber aus zwei Gründen nicht realisieren:

- **Spezielle Notfälle** werden zu bestimmten Zeiten direkt **in hoch spezialisierten Fachabteilungen** versorgt - wofür allerdings ein geeignetes Prozedere gewährleistet sein sollte. Beispiele hierfür sind Augenheilkunde, Urologie, Gynäkologie u.a. .
- Der reguläre Funktionsbereich einer Abteilung ist mit der Notfallversorgung verknüpft. Am häufigsten ist dies in den unfallchirurgischen Abteilungen der Fall, die eine **unfallchirurgische Ambulanz** unterhalten. In kleineren Häusern macht es wenig Sinn, für Gipse und Verbände eine komplette Trennung der elektiven Versorgung (Nachsorge, D-Arzt-Sprechstunden etc.) durchzuführen.

Dies führt oftmals dazu, dass die Diskussion über die Einrichtung zentraler Aufnahmestrukturen für ungeplante Patienten trotz ihrer offensichtlichen Vorteile im Keim erstickt wird. Einzelne Abteilungen haben Sorge, dass ihr ureigenster Bereich in einer zentralen Einheit aufgeht, in der sie nicht mehr die gewohnte Kontrolle haben. Während in der Akutversorgung der Vorteil eines interdisziplinären Ansatzes offensichtlich ist, stehen bei der elektiven ambulanten Versorgung vor allem fachspezifische Aspekte im Vordergrund. Die Anbindung elektiver ambulanter Bereiche an den Bereich der Notfallversorgung wird zumeist als sehr praktisch erlebt und ungern aufgegeben.

Daher ist es bei der Planung einer zentralen Notaufnahme von größter Bedeutung, die berechtigten Interessen der Abteilungen gezielt aufzunehmen und im gesamten Planungsverlauf soweit als möglich zu berücksichtigen. Ein „ideologisches“ Herangehen an das Thema ZNA (100%ige Trennung der Notfallpatienten etc.) ist nicht zielführend. Vielmehr erfordert die Planung im Einzelfall viel Kreativität und eine geeignete Begleitung des Projekts. In unseren Projekten gab es immer wieder Beispiele dafür, dass es günstig sein kann, ausgesuchte elektive Leistungsgruppen in einer Zentralen Notaufnahme zu integrieren und bei bestimmten Patientengruppen (typisch: Entbindung) die Notfallversorgung außerhalb der ZNA zu organisieren.

In unseren Projekten prüfen wir daher: Welche elektiven Leistungen der Chirurgischen Abteilungen lassen sich in welchem Umfang mit der Notfallversorgung räumlich, personell und prozessual gut koppeln und was kann ohne Effizienzverluste räumlich getrennt werden?

### Sollen Aufnahmebetten vorgehalten werden?

Die internistische und neurologische Notfallversorgung braucht oftmals längere Zeitfenster, als etwa die unfallchirurgische. Die Frage ist daher, ob Aufnahmebetten als Prozess-Puffer benötigt werden.

Weniger sinnvoll erscheint es uns, Aufnahmebetten als dauerhaften Kapazitäts-Puffer zu nutzen, weil es ressourcenbedingte Probleme bei der routinemäßigen Abverlegung von Patienten gibt. Leider ist dies oft ein "Henne-Ei-Problem": sobald Aufnahmebetten vorgehalten werden, nehmen die Probleme mit der Abverlegung aus der Notaufnahme zu. Die Notaufnahme ist kein Ausgleich für scheinbar mangelnde Bettenkapazitäten. Hierfür sind andere Lösungen erforderlich: Kapazitätsplanung, Leistungssteuerung, Bettenmanagement sind die Stichworte.

Was also ist zu tun? Soll man Aufnahmebetten einrichten? Ist das wirtschaftlich und von den medizinisch-pflegerischen Prozessen her sinnvoll?

### **Unsere Beratungsleistungen** umfassen

- Unterstützung bei der Entscheidung für oder gegen Aufnahmebetten
- Klärung des Nutzungskonzepts für Aufnahmebetten
- Ermittlung der hierfür optimalen Bettenkapazität
- Entwicklung von Regeln für die Belegung und Abverlegung
- Einbindung in das Gesamtkonzept der Notfallversorgung

Durch die Aufnahmebetten soll die Möglichkeit geschaffen werden, **ungeplante Patienten** situationsentsprechend in einem Bett mit angemessenem Ambiente zu versorgen, wenn die initiale Versorgung längere Zeit in Anspruch nimmt oder eine unmittelbare Verlegung auf Station nicht sinnvoll ist. Dies betrifft v.a. Patienten mit

- sehr kurzer Verweildauer,
- Indikation zur Akut-Operation,
- längerem Zeitbedarf für die initiale (Aufnahme-)Diagnostik und Therapie
- unklarer Fachrichtung,
- unklarer Indikation zur stationären Behandlung, sowie
- nachts eintreffende Patienten.

Die Vorhaltung von Aufnahmebetten ist nur dann **sinnvoll, wenn folgendes gewährleistet ist:**

- Es ist wirksam vereinbart, dass die Abteilungen übernehmen Patienten aus der ZNA übernehmen, wenn diese für die Verlegung auf Stationen vorbereitet sind und die (ebenfalls vereinbarten) Leistungen der Notaufnahme abgeschlossen sind.
- Die Verlegung wird tagsüber von einem zentralen Bettenmanagement unterstützt.
- Rückverlegungen in die ZNA finden nicht statt.
- Die Versorgung von Kurzliegern kann entsprechend abgerechnet werden.

Wenn dies gewährleistet ist, können mit der Unterbringung in Aufnahmebetten wichtige Ziele erreicht werden:

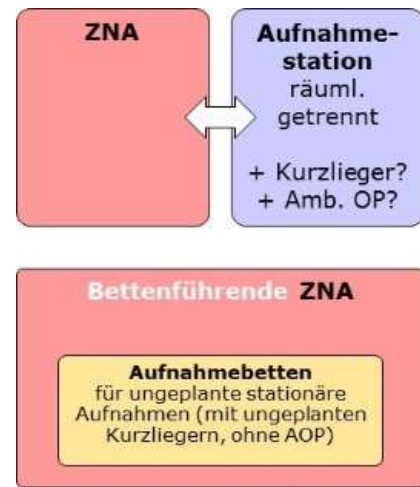
- Zuverlässige Abklärung der Notwendigkeit eines stationären Aufenthalts: Vermeidung von Fehlbelegungen
- Verbesserung der Patientensteuerung
- Höherer Patientenkomfort auch bei längerer Dauer der initialen Diagnostik und Therapie
- Sicherstellung einer vollständigen Aufnahme in der ZA auch bei höherem gleichzeitigem Patientenaufkommen: die Qualität der initialen Diagnostik, Therapie (Erstversorgung) und Pflege wird verbessert.
- Stärkung der Interdisziplinarität
- Entlastung der Stationen und Zentralisierung der Ressourcen im Nachtdienst
- Möglichkeit der Erlössteigerung durch Vermeidung von Kurzliegerabschlägen



Für die Einrichtung von Aufnahmebetten gibt es mehrere Möglichkeiten:

Wenn man sich für die Vorhaltung von Aufnahmebetten entscheidet, ist es in kleinen und mittleren Häusern von Vorteil, wenn diese vom Personal der ZNA mit betreut werden, weil man zusätzliche Schnittstellen vermeidet, der Aufnahme- und Erstversorgungsprozess nahtlos geführt und Synergien genutzt werden können. In größeren Häusern können ZNA-nahe Kurzlieger-Einheiten zweckmäßiger sein.

Das Risiko bei der Vorhaltung von Aufnahmebetten liegt in der Fehlnutzung, um Engpässe in der stationären Versorgung der Abteilungen auszugleichen. Ohne eine handlungsfähige Leitung der ZNA ist dies in der Praxis kaum zu vermeiden.



### Beratung bei der baulichen Entwicklung

Umbaumaßnahmen sind bei ZNA-Projekte häufig erforderlich. Wir begleiten die Entwicklung des Vorentwurfs in enger Zusammenarbeit mit Architekten und klinischen Nutzergruppen.

Unser Leistungsangebot umfasst:

- Unterstützung bei der Erstellung des Raum- und Funktionsprogramms.
- Darstellung von Lagebeziehungen und Wegeführungen (ZNA zu Haupteingang, Röntgen, administrative Aufnahme, Ambulanzen, OP, Stationen, Funktionsbereichen etc.)
- Anordnung von Aufnahmebetten.
- Unterstützung bei der Entwicklung von Alternativen der baulichen Realisierung, insbesondere hinsichtlich einer funktionalen Raumanordnung und Wegeführung innerhalb der ZA.
- Durchgängige Prozessorientierung unter Berücksichtigung von Raumangebot und Leistungsspektrum der Notaufnahme.

Die räumliche Aufteilung von Notaufnahmen hat auch Effekte auf die Personalvorhaltung:

- Gibt es Bereiche mit durchgängig erforderlicher Personalvorhaltung (Mindestbesetzung), die vom Rest der Notaufnahme relativ abgetrennt sind?
- Können Bereiche zu bestimmten Zeiten geöffnet bzw. geschlossen werden?

Unsere Erfahrung liegt besonders darin, die Kommunikation zwischen Klinikern und Architekten zu unterstützen und dafür zu sorgen, dass nicht-offensichtliche Aspekte der komplex vernetzten Betriebsorganisation bei der baulichen Planung von Anfang an berücksichtigt werden.

## Umgang mit Überlastungssituationen

Egal wie gut man plant: In jeder Notaufnahme gibt es immer wieder Situationen, in denen Ressourcen und Anforderungen aus dem Gleichgewicht geraten. Daher ist es notwendig, vorab ein praktikables Management von Überlastungssituationen zu planen und zu vereinbaren. Einer der Erfolgsfaktoren dabei ist die Einbeziehung aller mit der Notaufnahme verbundenen Bereichen - von der Röntgenabteilung bis zu den Stationen. Ein weiterer Erfolgsfaktor ist das laufende Training der Kommunikation in Stresssituationen.

Die folgende Darstellung zeigt unseren generellen Ansatz für das Management von Überlastungssituationen. Solche Roh-Konzepte müssen natürlich im Haus diskutiert und auf die jeweilige Situation zugeschnitten werden, damit sie Akzeptanz finden und wirksam werden.

Der Ausgangspunkt ist aus unserer Sicht subjektiv. Stress erkennt man am ehesten daran, dass man sich fragt: "Schaffe ich das noch?". Wenn diese Frage in einem Notaufnahme-Team in den Vordergrund tritt, ist es Zeit für das Überlas-



tungsmanagement. Dieses hat verschiedene Eskalationsstufen, so dass man eben nicht gleich bei der Forderung landet "Wir müssen uns abmelden" ...

### Patientensteuerung und Zusammenarbeit mit der kassenärztlichen Notfallpraxis

Die Einrichtung kassenärztlicher Notfallpraxen in unmittelbarer Nähe von Notaufnahmen hat sich mittlerweile etabliert. Sie dient außerhalb der regulären Sprechzeiten der externen Kassenpraxen der Versorgung von Patienten, für die eine allgemeinärztliche Behandlung ausreichend ist.

Die **Bedeutung einer kassenärztlichen Notfallpraxis** liegt

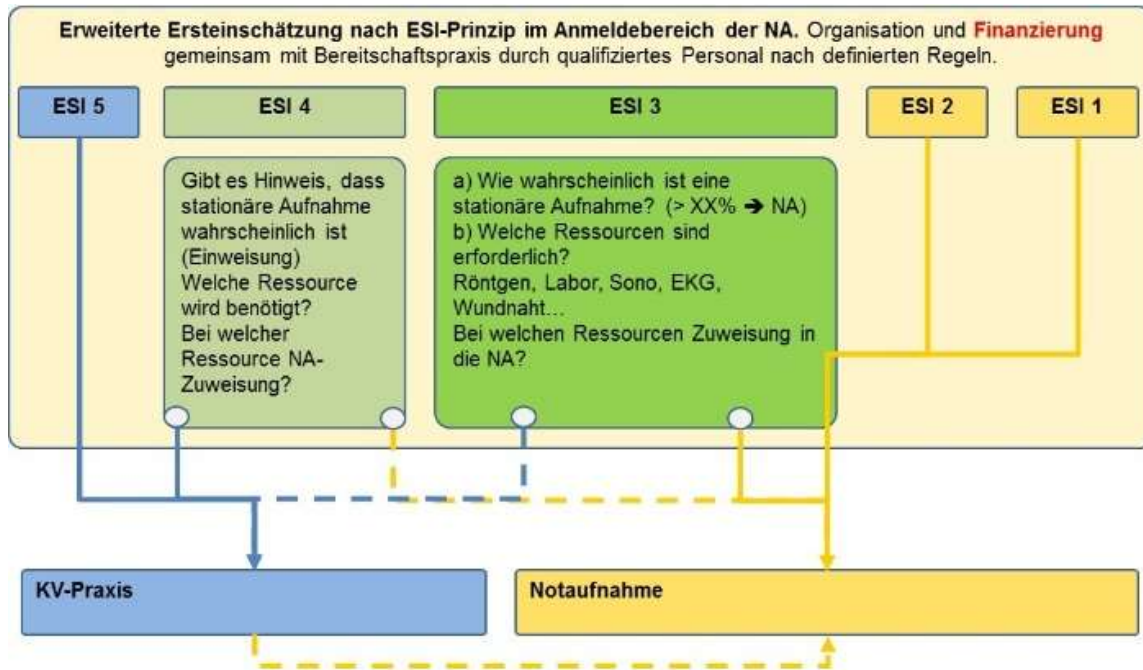
- in der Vermeidung von Fehlzweisungen,
- in der Sicherung des Einzugsgebietes und damit
- in der gezielten Zuweisung von Patienten mit Indikation zur stationären Krankenhausbehandlung.

Durch die Integration einer Notfallpraxis kann eine angemessene Patientenversorgung sichergestellt werden, ohne dass diese vom Haus selbst (ohne entsprechende Kostendeckung) vorgenommen werden muss.

Die Wartezeiten für Patienten verringern sich während der Öffnungszeiten von Notfallpraxen, da gerade das dort behandelte Patienten Klientel aufgrund der Prioritätsregeln der Notfallversorgung i.d.R. die längste Zeit in den Wartebereichen verbringen muss.

Ein wichtiges - und oft noch nicht zufriedenstellend gelöstes - Thema bleibt die Patientensteuerung. Wer entscheidet mit welchen Mitteln und welcher Autorisierung, ob ein Patient direkt in die KV-Praxis geht oder gleich in der Notaufnahme versorgt wird? Das Thema beinhaltet Aspekte der Patientensteuerung, der Personalvorhaltung und hat wirtschaftliche, rechtliche und ggf. auch medizinische Konsequenzen.

Das nachfolgende Schema zeigt eine Möglichkeit, wie Patientensteuerung in Zusammenarbeit mit einer KV-Notfallpraxis aussehen kann:



### Die Leitung der Zentralen Notaufnahme

Wer ein Buch über Mikropolitik im Krankenhaus schreiben möchte, findet beim Thema Leitungsstruktur von Notaufnahmen den Ort, an dem sämtliche Interessen zusammenlaufen.

Prüfen Sie selbst, inwieweit die Leitungsstruktur Ihrer Notaufnahme die Anforderung erfüllt, die heute an moderne Führung und Management gestellt werden:

- Die Leitungsstruktur ist auf das Leistungsangebot, das Nutzungskonzept und die Prozessorganisation abgestimmt.
- Die Leitung der ZNA vertritt diese als Betriebseinheit in der Abstimmung mit den Abteilungen und Funktionsbereichen.
  - Die ZNA-Leitung ist in der Lage, mit den verschiedenen Abteilungen eine konstruktive und funktionale Zusammenarbeit zu erreichen.
  - Sie ist akzeptierter Ansprechpartner für die Klinikleitung.
- Die Leitung der ZNA führt die Mitglieder des Teams persönlich, d.h. sie wird von diesen als Führungsperson erlebt und geschätzt.
- Die Kommunikation mit Rettungsdienst, niedergelassenen Ärzten und anderen Stakeholdern wird von der ZNA-Leitung aktiv gepflegt.
- Die Abläufe in der Notaufnahme sind klar geregelt.

## Personal und Organisation im Krankenhaus

- Die Leitung achtet auf die Einhaltung der Regelungen und kommuniziert mit den Beteiligten, wenn dies nicht der Fall ist.
- Im Bedarfsfall werden Regelungen im Sinne des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses unter Einbeziehung von Betroffenen weiterentwickelt.
- Die ZNA-Leitung ist in der Lage, die medizinischen Verantwortung für die Patientenversorgung in der akuten Notfallphase bis zur Übergabe an eine Fachabteilung zu verantworten.
- Die Leitung sorgt durch geeignete Führungsinstrumente für eine gleichbleibende Qualität der Versorgung auch außerhalb des Regeldienstes.
  - Notfall-Behandlungspfade werden in enger Zusammenarbeit mit den Abteilungen abgestimmt und weiterentwickelt.
- In Engpasssituationen ist die Leitung Modell für ein geschicktes und ruhiges Überlastungsmanagement.
- Die ZNA-Leitung arbeitet mit Controlling und Qualitätsmanagement zusammen und wendet KPIs an, um die Performance der ZNA darzustellen und zu steuern.
- Die Leitung supervidiert und koordiniert die Dienstplanung der Kliniken/Berufsgruppen mit einem zufriedenstellenden Ergebnis, d.h.:
  - Vermeidung von Personalüberhängen ebenso wie Personalengpässen.
  - Hohe Akzeptanz im Team.
  - Aktive Kooperation der Kliniken, die Personal in die Notaufnahme entsenden (je nach Struktur).

Falls Sie beim Lesen dieser Checkpunkte erhebliche Defizite festgestellt haben (die nicht in der Person der Leitung/en begründet sein müssen!) ist es eine höchst sinnvolle Investition, dieses Thema nachhaltig zu klären und zu regeln. Wir bieten dazu auf Basis von über 20 Jahren Erfahrung gerne unsere Unterstützung an.

### [Die Zentrale Notaufnahme als lernende Organisation: Leitung und kontinuierlicher Verbesserungsprozess](#)

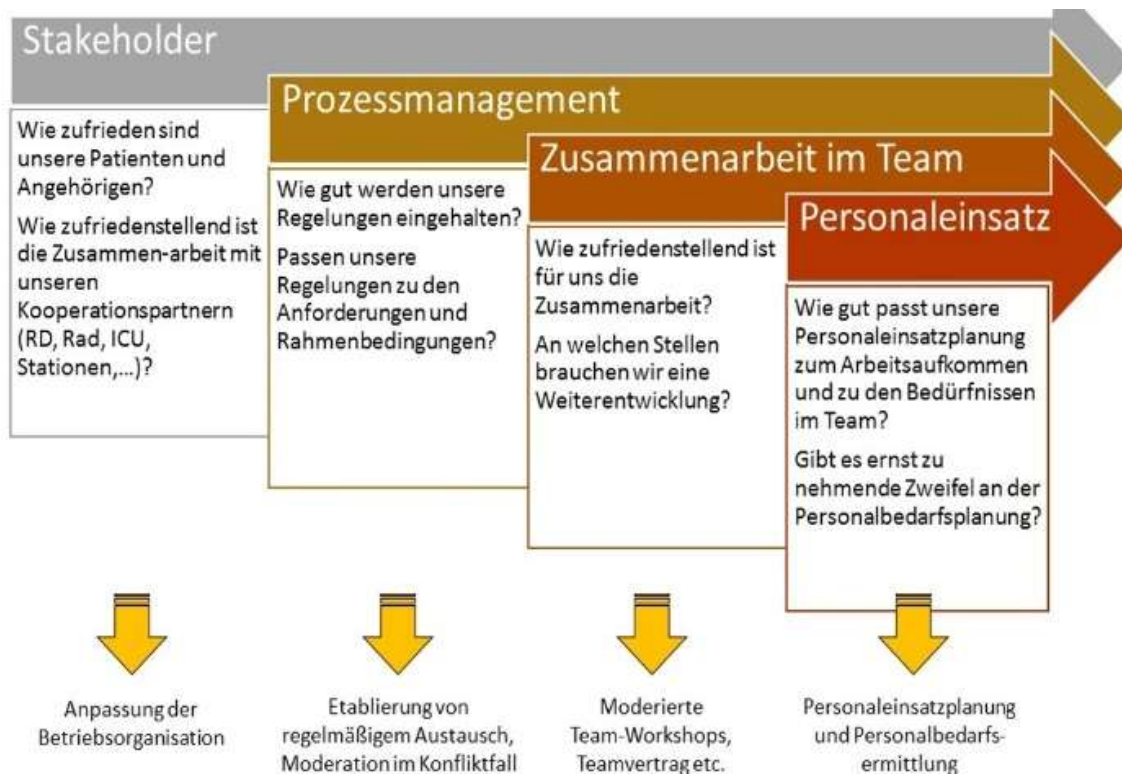
Die Phase der Grundsatzdiskussion über zentrale Notaufnahmen ist in den meisten Kliniken vorüber. Vielerorts wurden ZNAs eingerichtet. Das bedeutet aber nicht, dass damit alle Probleme der Notfallversorgung und Akutenaufnahme im Krankenhaus gelöst wären. Die Komplexität einer ZNA, die geringe Planbarkeit, die gefühlte Abhängigkeit von Rettungsdiensten und Zuweisern und die Einbettung in

das gesamte Gefüge eines Krankenhauses mit seinen vielfältigen mikropolitischen Strategien - all das macht die ZNA zu einem sehr beanspruchten Organ im Organismus Krankenhaus.

Damit die Notaufnahme handlungsfähig bleibt, damit die Patienten möglichst zu jeder Zeit hohe Versorgungsqualität erfahren, damit die klinischen Leistungsträgerinnen und Leistungsträger nicht ausbrennen, sind mehrere Dinge nötig:

- Die Notaufnahme braucht eine **klare Leitungsstruktur mit definierten Verantwortlichkeiten**
- Ein **kontinuierlicher Verbesserungsprozess** wird etabliert, der für die Teammitglieder die Möglichkeit einer konstruktiven Mitgestaltung bei der laufenden Organisationsentwicklung bietet.
- Es wird eine **realistische Personalbemessung** und eine **professionelle Personaleinsatzplanung** durchgeführt. Dazu gehört die laufende Anpassung bei Veränderungen. Dieser Punkt ist so grundlegend, dass wir im Verlauf vieler Projekte ein eigenes System zur Personalplanung in Notaufnahmen entwickelt haben, dem wir ein eigenes Kapitel gewidmet haben.

### Etablierung eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses



Die grafische Darstellung zeigt einige Themen und Fragestellungen auf, die in einem KVP regelmäßig berücksichtigt werden sollten. Wir beraten Sie bei der Initiierung und Etablierung eines KVP in Ihrer Notaufnahme mit allen dazu gehörigen Aspekten und Instrumenten:

- Skills zur Moderation von KVP-Runden
- Etablierung einer gesunden Fehlerkultur
- Methoden der Analyse von Fehlern und Einflussmöglichkeiten
- Workshops zur Teamentwicklung (KVP-**Team**)

## Kommunikationstraining für Notaufnahme-Teams

### Ausgangslage

Das Arbeiten in einer ZNA stellt höchste Anforderungen an alle Mitarbeiter aller Berufsgruppen - nicht nur in fachlicher Hinsicht, sondern auch bezüglich einer professionellen Kommunikation. Empathische Kommunikation unter Stressbedingungen und die Führung von Patienten und Angehörigen sind eine besondere Kunst.

Wir begegnen den Teilnehmerinnen und Teilnehmern unserer Trainings daher mit großem Respekt und nutzen das, was sie an Erfahrungen und Skills mitbringen.

### Inhalte und Ablauf des Trainings

*Die nachfolgend vorgestellten Trainingsmodule können auf verschiedene Weise ausgestaltet werden. Wir passen das Trainingskonzept im Dialog mit Ihnen als Auftraggeberin an, so dass es Ihren Zielen und Bedarfen optimal entspricht und gut Ihr Weiterbildungskonzept integriert ist.*

### Einstieg

- Ankommen und Atmosphäre gestalten
- Vorstellungsrunde und Erwartungen / Anliegen der Teilnehmenden
- Informationen zum Ablauf des Trainings

### Thema aktivieren

Wir öffnen das Themenfeld, zeigen vielfältige Zusammenhänge auf und machen neugierig. Die Berichte von konkreten Erfahrungen und deren wertschätzende Reflexion erzeugen die nötige „Betriebstemperatur“ für das Training.

- Gelungene und „missglückte“ Kommunikationssituationen
  - Beispiele
  - Erfahrungen der Teilnehmenden
- Welche Faktoren fördern und behindern die Kommunikation – speziell in der Notaufnahme?
- Welche persönlichen Haltungen werden bei der Kommunikation wirksam?

## Personal und Organisation im Krankenhaus

- Dabei gehen wir u.a. auf die Wirkung von Selbstverschuldungs-Attributionen ein, d.h. wir reflektieren, wie es sich auswirkt, wenn ich sage: „Der ist doch selbst schuld an seiner Situation“.
- Wir untersuchen auch, welchen Effekt es hat, wenn man dem anderen „die Berechtigung aberkennt“. Z.B. die Berechtigung, mit seiner Bagatellerkrankung in die Notaufnahme zu kommen oder die Berechtigung, ein bestimmtes Bedürfnis zu haben und zu äußern.

### Selbstwahrnehmung und Empathie

Sich selbst und die eigenen Bedürfnisse und Emotionen ohne Wertungen zu spüren und wahrzunehmen ist eine Grundlage für Empathie und für zufriedenstellende Kommunikation (und für ein zufriedenes Leben...).

- Die Teilnehmenden **üben** in Dreiergruppen, wie Sie eigene Bedürfnisse und Empfindungen zu Ausdruck bringen und das empathisch beim anderen wahrgenommene Emotionen / Bedürfnisse in Worte fassen können. Bei diesen Übungen knüpfen wir bereits an die von den Teilnehmenden eingebrachten Kommunikationserfahrungen an.
- Trainingskarten erleichtern das sich-einfinden in die Übungen.

### Grundhaltungen und Skills für eine gelingende Kommunikation

Was sind die wesentlichen Grundlagen für eine gelingende Kommunikation? Wir greifen Vorwissen der Teilnehmenden auf und vertiefen es durch weiterführende Ansätze. Diese weiterführenden Kenntnisse und Fähigkeiten sind notwendig, um den speziellen Anforderungen in der ZNA gerecht werden zu können. Dabei geht es uns nicht um wissenschaftliche Theorievermittlung, sondern um ein praktisches Verstehen dessen, was gute und wirksame Kommunikation ausmacht. Die Teilnehmenden machen die Erfahrung, dass sie diese Möglichkeiten selbst lernen und anwenden können.

- Anknüpfung an das 4-Seiten Modell
- Vertiefung 1: Empathische Kommunikation nach dem Prinzip der gewaltfreien Kommunikation
- Vertiefung 2: Vermeidung von Fallstricken – einige Impulse aus der Transaktionsanalyse
- Zusammenfassung der wichtigsten „Methoden“ mit ersten „Tipps und Tricks“

### Übungsteil: Kommunikationssituationen mit Patienten und Angehörigen

Die Teilnehmenden **üben** in Dreier- oder Vierergruppen die Anwendung der neuen Möglichkeiten.



Dabei nutzen wir i.d.R. konkrete Situationen aus dem Erfahrungsschatz der Teilnehmenden und inszenieren diese im Hier und Jetzt. (Wir haben entsprechende Übungen als „Backup“ – diese werden jedoch erfahrungsgemäß selten benötigt.) Dabei wiederholen die Teilnehmenden nicht einfach das, was war, sondern experimentieren mit dem Gelernten und machen neue – oft überraschende – Erfahrungen. Bei einer Gruppengröße von 9-12 Teilnehmenden kann der Trainer in jeder Gruppe eine Sequenz direkt beobachten und Feedback und Unterstützung geben.

Im Anschluss werden die Erfahrungen im Plenum geteilt und reflektiert.

### Vertiefung von Fallbeispielen – Umgang mit besonderen Situationen und Übung im Plenum

Bei der Reflektion der Übungssequenzen gibt es erfahrungsgemäß Fallbeispiele, bei denen noch Fragen offenbleiben. Diese Beispiele bearbeiten wir im Plenum. Die Teilnehmenden sind in dieser Phase des Trainings meist bereit, szenische Übungen auch im Plenum durchzuführen, so dass wir im Hier und Jetzt arbeiten können.

Folgende Situationen sollten in jedem Fall abgedeckt werden:

- Umgang mit leicht aggressiven / agitierten Patienten oder Angehörigen (unterhalb der Polizei/Psychiatrie-Schwelle)
- Umgang mit verwirrten Patienten

Weitere Situationen sind:

- Kommunikation mit dem Rettungsdienst
- Kommunikation mit einweisenden Ärzten
- Kommunikation mit Abteilungen im Haus (Röntgen...)

### Kommunikation in besonderen Stresssituationen und Stärkung der Resilienz

Stresserleben reduziert Empathie und führt häufig dazu, dass alte, unreflektierte Verhaltensmuster aktiviert werden.

Daher üben wir mit den Teilnehmenden Möglichkeiten ein, wie sie sich auch in sehr schwierigen Situationen wieder fangen können.

Eine dieser Möglichkeiten ist die „recovery minute“, die wir praktisch ausprobieren. Wir bringen eine praktische Anleitung für die „recovery minute“ mit, die die Teilnehmenden für sich anpassen und ausgestalten können.

Ein weiterer Beitrag zur Verbesserung des Umgangs mit Stress ist das Debriefing am Schichtende.

Auf Wunsch kann das Kommunikationstraining auch durch ein spezielles **Trainings-Modul zur Stärkung der Resilienz** ergänzt werden (siehe auch S. 35 ff.).

### Kommunikationssituationen im Team

Die Teilnehmenden merken meist schnell, dass die geübten Kommunikationsmöglichkeiten genau das sind, was sie brauchen, um auch im Team eine zufriedenstellende Kommunikation zu erreichen.

Wir zeigen dies nicht nur theoretisch auf, sondern machen das ganz praktisch erfahrbar: Im Verlauf eines lebendigen Trainings gibt es zwischen den Teilnehmenden immer wieder Meinungsverschiedenheiten und Diskussionen. Genau diese Situationen nutzen wir, um eine empathische Kommunikation zu coachen und unmittelbar erfahrbar zu machen.

Manche Teilnehmer sagen daher nach dem Training, dass es Ihnen vor allem für das gegenseitige Verständnis im Team viel gebracht hat.

### Beispiel für eine Einladung zum Training

*Liebes Notaufnahme-Team,*

*wir freuen uns, Sie zum Training „**Professionelle Kommunikation in der Notaufnahme**“ einzuladen. Das Angebot gilt für alle Ärzte, Ärztinnen und Pflegepersonen, die gegenwärtig zum Team der Notaufnahme gehören.*

*Sie alle erleben immer wieder, welche hohen Anforderungen intensive Leistungsspitzen, zeitkritische Notfälle und anspruchsvolle Menschen an die Kommunikation in der Notaufnahme stellen. In stressreichen Situationen zufriedenstellend zu kommunizieren, ist eine hohe Kunst. Je besser diese gelingt, desto reibungsloser ist der Ablauf und desto höher die Zufriedenheit aller Beteiligten. Professionelle Kommunikation ist eine Schlüsselkompetenz für die Arbeit in der Notaufnahme, die ebenso trainiert werden kann, wie ATLS.*

*Die geplanten Trainingstage dienen dazu, Notaufnahme-typische Kommunikationssituationen zu diskutieren und zu reflektieren und professionelles Kommunikationsverhalten praktisch zu üben.*

*Zu unseren Themen zählen unter anderem folgende Fragen:*

- (Wie) kann man auch in Stresssituationen achtsam kommunizieren?*
- Wie kann man mit „uneinsichtigen“ Gesprächspartnern umgehen?*
- Was sind geeignete Kommunikationsstrategien in typischen Situationen?*

*Im Verlauf des Trainings möchten wir auf Ihre themenbezogenen Anliegen eingehen, die Sie als Teilnehmende mitbringen.*

*Das Training wird von Herrn G. Müller durchgeführt. Herr Müller ist Krankenpfleger, Dipl.-Psychologe und Gestalttherapeut und hat viele Organisationsentwicklungsprojekte in Krankenhäusern und v.a. in Notaufnahmen geleitet. Er ist Partner der Unternehmensberatung Müller & Mooseder. Weitere Infos finden Sie unter <http://win-win-work.de>.*

*Um allen die Teilnahme auf möglichst einfachem Weg zu ermöglichen, wird das Training im Dienstplan direkt mitgeplant. Das Training wird in Gruppen von 9-12 Teilnehmenden durchgeführt. Es beginnt jeweils um 9:00 und endet um 16:00.*

*Wir freuen uns auf interessante und lebendige Trainingstage mit Ihnen.*

## Resilienz im Krankenhaus

Hohe Krankenstände und Fluktuation, sowie die Allgegenwärtigkeit von Überforderung bis hin zum Burnout: In Krankenhäusern müssen Wege gesucht und gefunden werden, um die Gesundheit und die körperliche und emotionale Leistungsfähigkeit der Mitarbeitenden langfristig zu erhalten. Das Konzept der Resilienzförderung bietet hierfür geeignete Möglichkeiten, *wenn es auch* in der Organisation und bei den Führungskräften verankert wird.

**Wir bieten Krankenhäusern ein integriertes Konzept zur Resilienzförderung mit einer Kombination aus Maßnahmen für Führungskräfte und Mitarbeitende.**

## Woher kommt der Begriff Resilienz und was bedeutet er?

Manchen Menschen können Belastungen deutlich besser durchstehen, als andere. Mehr noch: Sie gehen aus Krisen sogar gestärkt hervor. Für diese Menschen wurde der Begriff Resilienz geprägt. Resilienz bedeutet nicht nur psychische Widerstandsfähigkeit, sondern auch die Fähigkeit, aus den gegebenen Umständen das Beste zu machen.

Die Erforschung von Resilienz hat ihre Wurzeln in Studien über die Entwicklung von Bevölkerungsgruppen, die – wie z.B. Flüchtlinge – besondere Notlagen zu ertragen hatten. Dabei zeigte sich zunächst, dass bestimmte soziale Faktoren entscheidend für die Ausbildung von Resilienz waren, v.a. die Einbindung in eine Gemeinschaft mit geteilten Werten, unterstützende (aber nicht überbehütende) Eltern. Dazu kam für die Kinder die Notwendigkeit, auch schwierige und herausfordernde Bedingungen zu bewältigen.

Aus dem Blickwinkel der Persönlichkeitsforschung ist Resilienz die Folge einer günstigen Konstellation von Persönlichkeitsmerkmalen, die als OCEAN-Modell der Persönlichkeit heute allgemein anerkannt sind. Man geht davon aus, dass diese persönlichen Eigenschaften zu etwa 50% erblich veranlagt sind.

Insgesamt kann man also annehmen, dass eine geeignete Konstellation von erblichen und Umweltfaktoren zur Ausbildung von Resilienz führt.

## Was sind die wichtigsten Resilienzfaktoren?

Im Folgenden stellen wir die häufig genannten Resilienzfaktoren dem Resilienz-Profil des OCEAN-Modells gegenüber. Bei resilienten Menschen sind Offenheit, Gewissenhaftigkeit, Extraversion und Verträglichkeit hoch ausgeprägt, während sie einen geringen Neurotizismus aufweisen.

Resilienzfaktoren	OCEAN-Modell
<p><b>Akzeptanz</b></p> <p>Ich nehme an, dass es jetzt gerade erst einmal so ist, wie es ist. Das heißt aber nicht, dass ich nicht versuche, Dinge zum Besseren zu ändern bzw. das Beste aus jeder Situation zu machen.</p> <p><b>Lösungsorientierung</b></p> <p>Ich vertiefe mich nicht in Erklärungen, warum es NICHT geht, sondern versuche, Wege zu finden, WIE ich wieder voran komme. Ich weiß, dass ich in der Lage bin, Probleme zu lösen und habe das immer wieder erfahren. Ich warte nicht darauf, dass sich von selber alles nach meinen Wünschen ändert, sondern tue etwas dafür.</p> <p><b>internale Kontrollüberzeugung</b></p> <p>Ich glaube nicht daran, dass ich passives Opfer der Umstände bin, sondern vertraue auf meine Selbstwirksamkeit (die ich immer wieder erfahren habe).</p> <p><b>Offenheit für Veränderungen</b></p> <p>Ich weiß, dass die Umstände nicht konstant bleiben und sich auch in einer Weise ändern können, die für mich zunächst schwierig ist. Und ich weiß, dass ich die Fähigkeit habe, damit umzugehen, neue Wege zu finden.</p> <p><b>Einbindung in soziale Netzwerke</b></p> <p>Ich pflege Beziehungen und suche Hilfe, wenn ich sie brauche. Das funktioniert, weil ich gerne kommuniziere und in Kontakt gehe und weil ich bereit bin, auch anderen zu helfen. Wir sind füreinander wichtig. Ich kann gut erkennen, wie es anderen geht und darauf angemessen antworten. Daher kann ich auch gut mit anderen zusammenarbeiten.</p>	<p>↑ <b>Openness</b> to experience – Offenheit für Erfahrungen</p> <p>Personen mit hoher Offenheit haben z.B. eine deutliche Gefühlswahrnehmung, ein reges Fantasieerleben, Experimentierfreudigkeit, die Tendenz, bestehende Normen kritisch zu hinterfragen, sind eher unkonventionell und unabhängig vom Urteil anderer</p> <p>↑ <b>Conscientiousness</b> – Gewissenheit</p> <p>Personen mit hoher Offenheit handeln organisiert, zuverlässig, sorgfältig, planend, effektiv, verantwortlich, zuverlässig und überlegt)</p> <p>↑ <b>Extraversion</b> – Geselligkeit</p> <p>Personen mit hoher Offenheit sind tendenziell aktiv, gesprächig, gesellig, optimistisch und heiter. Sie sind empfänglich für Anregungen.</p> <p>↑ <b>Agreeableness</b> – Verträglichkeit</p> <p>Personen mit guter Verträglichkeit sind eher altruistisch, was sich in Rücksichtnahme, Empathie, Verständnis für andere, Wohlwollen, Mitgefühl und Kooperationsbereitschaft zeigt. Sie neigen eher zu Vertrauen und Nachgiebigkeit</p> <p>↓ <b>Neuroticism</b> - emotionale Labilität und Verletzlichkeit.</p> <p>Personen mit ausgeprägtem Neurotizismus erleben häufiger Angst, Nervosität, Anspannung, Trauer, Unsicherheit und Verlegenheit. Diese Empfindungen werden bei ihnen leichter ausgelöst und bleiben länger bestehen, als bei Personen mit geringem Neurotizismus. Sie machen sich mehr Sorgen um ihre Gesundheit, neigen zu unrealistischen Ideen und haben Schwierigkeiten, in Stresssituationen angemessen zu reagieren</p>

Resilienzfaktoren	OCEAN-Modell
<p><b>Insgesamt positive und optimistische Lebenseinstellung</b></p> <p>Das Leben ist grundsätzlich gut, auch wenn es manchmal nicht einfach ist.</p>	

## Ist Resilienz veränderbar und kann sie trainiert werden?

Der Begriff Resilienz ist heute in aller Munde und viele Unternehmen erhoffen sich, durch eine Steigerung der Resilienz ihrer Mitarbeiter eine höhere Belastbarkeit und weniger Ausfallzeiten.

Tatsächlich können die Resilienzfaktoren individuell entwickelt und trainiert werden. Das macht zwar nicht aus jedem einen „Resilienten“, aber es verbessert die Widerstandsfähigkeit vom jeweiligen persönlichen Ausgangspunkt her.

Das darf natürlich nicht dazu führen, dass die Verbesserung der Arbeitsbedingungen außer Acht gelassen wird. Wie schon gesagt: Resilienz entwickelt sich in Auseinandersetzung mit einer Umgebung, die auch die entsprechenden Chancen bietet, Belastungen und Krisen positiv zu bewältigen. Daher muss die Förderung von Resilienz in Unternehmen immer auch Aspekte der Verhältnisprävention beinhalten.

Resiliente Menschen sind keineswegs „besonders hart im Nehmen“! Vielmehr sind es gerade die Resilienten, die sich Hilfe suchen. Resiliente haben auch die Tendenz, sich förderliche Umgebungsbedingungen aktiv zu suchen. Wer die Resilienz stärkt, stärkt auch die Abkehr von krankmachenden (Arbeits-)Bedingungen!

Im Krankenhaus gibt es Bereiche, in denen eine hohe Belastbarkeit der Mitarbeiter unerlässlich ist, damit sie diese Tätigkeit dauerhaft, gesund und mit Engagement ausüben. Zwei Bereiche, in denen dies besonders augenfällig ist, sind die Intensivpflege und die Notaufnahmen. Hier ist es sinnvoll und notwendig, den Mitarbeitern und Führungskräften Trainings und Unterstützung zur (Weiter)entwicklung von Resilienz anzubieten.

## Unser Angebot zur Resilienzförderung im Krankenhaus

Wir bieten ein integriertes Konzept zur Förderung der Resilienz im Krankenhaus – speziell für Notaufnahmen und Intensivbereiche. Unser Konzept beinhaltet:

- Führungstraining und/oder spezifisches Coaching für einzelne Führungskräfte
- Trainings für Mitarbeiter, bestehend aus einem Modul Kommunikation und einem Modul Resilienz und Stressbewältigung
- Optional: Teamentwicklungs-Workshops
- Optional: Workshops zur Etablierung eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses

Mit diesem breit angelegten Ansatz erreichen wir eine wirksame Burnout-Prävention und reduzieren Fehlzeiten und Fluktuation der Mitarbeiter.

<b>Resilienzfaktoren</b>	<b>werden organisational gestärkt durch Verhältnisprävention</b>	<b>werden individuell gestärkt durch Verhaltensprävention und Training</b>
<p><b>Akzeptanz</b></p> <p>verbunden mit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• positivem Selbstkonzept Selbstregulationsfähigkeiten</li> <li>• positiver Lebenseinstellung</li> <li>• Toleranz für Ungewissheit</li> <li>• Offenheit für Veränderungen</li> </ul>	<p>Führungstraining:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Konstruktive Fehlerkultur</li> <li>• Wertschätzung von Unterschieden</li> <li>• Positive Ergebnisse und Erfahrungen betonen</li> </ul>	<p>Achtsamkeits-Training und -Praxis</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reflektion der eigenen Grundhaltung (kognitive Verfahren der Stressbewältigung)</li> <li>• Übung, das ständige Be- und Urteilen zu bemerken (und sich nicht damit zu identifizieren)</li> <li>• Reflektion der „spirituellen Grundhaltung“ – Akzeptanz im Hinblick auf die Grenzen der medizinischen Möglichkeiten und das Sterben von Patienten</li> </ul>
<p><b>Lösungsorientierung</b></p> <p>verbunden mit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Selbstwirksamkeitsüberzeugungen</li> <li>• Problemlösefähigkeiten</li> <li>• aktiven Bewältigungsstrategien Kreativität</li> <li>• Leistungsbereitschaft</li> </ul>	<p>Führungstraining:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Selbstwirksamkeits-Erfahrungen von Mitarbeitern stärken</li> </ul> <p>Schaffung möglichst guter organisationaler Voraussetzungen, damit die Mitarbeiter erfahren: ich kann den mir anvertrauten Patienten in einem angemessenen Umfang gerecht werden.</p>	<p>Kognitives Verhaltenstraining in der Gruppe:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stärkung der Problemlösungskompetenz (z.B. systematische Problemlösung)</li> <li>• Strategien der Stressbewältigung</li> </ul>
<p><b>Aktive Übernahme von Verantwortung</b></p> <p>verbunden mit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• internaler Kontrollüberzeugung</li> <li>• Nicht-Anhaften an Schuldfrage und Opferrolle</li> </ul>	<p>Führungstraining:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mitwirkung / Mitgestaltung im Team stärken</li> <li>• internale Kontrollüberzeugung stärken (aber ohne Schuldzuweisungen etc.)</li> </ul> <p>Personalentwicklung</p>	<p>Kognitives Verhaltenstraining in der Gruppe:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reflektion von Kontrollüberzeugungen</li> <li>• Reflektion des eigenen Anspruchs an die Arbeit und die eigene Wirksamkeit</li> </ul>
<p><b>Soziale Beziehungen und Gemeinschaft</b></p> <p>verbunden mit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Empathie Kommunikationsfähigkeiten</li> <li>• Kooperationsfähigkeiten</li> <li>• Geteilten Werten</li> </ul>	<p>Teamentwicklung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sowohl als Training, als auch durch die Schaffung von Begegnungsmöglichkeiten im Alltag</li> <li>• Führung des Teams</li> </ul> <p>Werte-Kultur etablieren</p>	<p>Training der Kommunikationsfähigkeiten (GfK) und der Empathiefähigkeit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sowohl im Hinblick auf die Patientenversorgung,</li> <li>• als auch im kollegialen Umfeld.</li> </ul> <p>Stärkung der individuellen Teamfähigkeit</p>

<b>Resilienzfaktoren</b>	<b>werden organisational gestärkt durch Verhältnisprävention</b>	<b>werden individuell gestärkt durch Verhaltensprävention und Training</b>
<b>Zukunftsplanung und positiv-optimistische Lebenseinstellung</b> verbunden mit <ul style="list-style-type: none"> <li>• optimistischer Lebenseinstellung</li> <li>• Planungskompetenz und Zielorientierung</li> <li>• Selbstwirksamkeitsüberzeugungen</li> </ul>	Transparenz und Mitwirkung bei organisationalen Veränderungen Personalentwicklung: Etablierung eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses	Zukunftsperspektiven entwickeln und positive Grundhaltung stärken <ul style="list-style-type: none"> <li>• Berufsphasen-spezifisches Coaching in der Gruppe</li> <li>• Reflektion der Gratifikationserwartung und Übung im Erkennen und Wertschätzen von Gratifikationen</li> </ul>
Ergänzend: <b>Stresskompetenz</b> (berufsspezifisch)	Stressbewältigungstraining mit Schwerpunkt auf Führungssituationen und -aufgaben Praktikables Überlastungskonzept	Stressbewältigungstraining mit Schwerpunkt auf Situationen und Aufgaben in der Patientenversorgung <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erlernen von Möglichkeiten zur situativen Wiedererlangung der Stabilität</li> <li>• Möglichkeiten zur Verarbeitung belastender Erfahrungen</li> </ul>

Die konkrete Ausgestaltung Ihres „Resilienz-Projekts“ sollte auf die Anforderungen und Bedingungen des jeweiligen Hauses und des betreffenden Klinikbereichs zugeschnitten sein. Gerne erstellen wir Ihnen ein individuelles Angebot für Ihr Haus!

## Organisation & Teamentwicklung

Arbeitszeitmanagement, Personalplanung und Betriebsorganisation von Krankenhäusern hängen eng zusammen.

Wenn man Arbeitszeitprojekte im Krankenhaus durchführt, stößt man oft auf Fragen der Führung, der Teamstrukturen und der Kommunikation, die man nicht mit Excel und auch nicht mit formalen Regeln lösen kann. Umgekehrt erleben wir oft, dass wir bei Fragen der Teamentwicklung auch strukturelle Aspekte und betriebsorganisatorische Themen bearbeiten müssen, um wirksame Veränderungen zu erreichen.

Für uns bedeutet das: Wir arbeiten in enger Abstimmung mit unserem Auftraggeber an den Themen und mit den Methoden, die in einer gegebenen Situation und bezogen auf die vereinbarten Ziele sinnvoll und wirksam sind.

## OP-Management & Leitungsteam

Professionelles OP-Management ist heute in den meisten Krankenhäusern eine Selbstverständlichkeit. Lange Zeit ging es darum, die Verteilung der OP-Saal-Kapazitäten zu regeln, die Rolle des OP-Managers / der OP-Managerin zu etablieren und OP-Statute zu vereinbaren.

Die Leistungsfähigkeit von OP-Zentren hat sich dadurch deutlich erhöht, die Arbeit wurde deutlich verdichtet. Dies fordert von allen Beteiligten ein hohes Maß an Engagement. Um dieses hohe Leistungsniveau – und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die es ermöglichen – zu halten, ist es notwendig, einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess zu etablieren. Dazu gehört auch, dass die persönliche Zusammenarbeit der Verantwortlichen gepflegt und weiterentwickelt wird. Nur wenn diese reibungslos funktioniert, entfalten die vielfältigen Regularien und SOPs ihre Wirkung.



### Unser Leistungsangebot:

- Etablierung eines systematischen Controllings hinsichtlich der Leistungsfähigkeit und Effizienz des OP-Betriebs.
- Innovative Dienstplangestaltung, die den besonderen Anforderungen des OP-Betriebs und der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus allen Personalgruppen gerecht wird.
- Unterstützung bei der laufende Weiterentwicklung der Management- und Führungskompetenzen. Dabei gilt unser besonderes Augenmerk der Kommunikation und Zusammenarbeit der OP-Verantwortlichen als Leitungsteam des OP:
  - OP-Manager/in,
  - OP-Planer der Abteilungen,
  - Leitung des OP-Funktionsdienstes,
  - Anästhesie-Leitung und
  - Leitung des Anästhesie-Funktionsdienstes.

## Teamentwicklung im Krankenhaus

Wo wäre Teamentwicklung wichtiger, als im Krankenhaus?



- Die Patienten erleben nicht nur die Effektivität des Zusammenspiels innerhalb und zwischen den Berufsgruppen, sondern auch dessen emotionale Qualität.
- Die medizinisch-pflegerische Qualität korreliert mit einer funktionalen Kommunikation und einem Klima gegenseitiger Unterstützung im gesamten Team.
- Die Arbeitsfreude und Berufszufriedenheit jedes Teammitglieds steigt und fällt mit einer Kultur wohlwollender Zusammenarbeit.



Wann und wo also findet Teamentwicklung im Krankenhaus statt? Leider so gut wie gar nicht. Die Gründe dafür sind offensichtlich:

- Die Arbeit im Schichtbetrieb lässt es von vorne herein kaum zu, dass alle Teammitglieder zusammenkommen.
- Die unsichtbaren Schranken zwischen den Berufsgruppen (die wiederum eine hohe hierarchische Binnendifferenzierung haben), sind ein Hindernis, gemeinsam an Teamveranstaltungen teilzunehmen.
- Die hohe Fluktuation (v.a. im Ärzteteam) stellt noch einmal eine eigene Herausforderung dar.

So bleibt es der besonderen Begabung der Führungspersönlichkeiten überlassen, lohnende Ziele zu etablieren, immer wieder Zusammenarbeit und Perspektivenwechsel vorzuleben, Konflikte frühzeitig und konstruktiv zu klären.

Kein Zweifel: Die Führungskräfte sind und bleiben die entscheidenden Akteure der Teamentwicklung. Das wollen wir unterstützen. Es gibt besondere Situationen, in denen es noch weitere Impulse und Katalysatoren braucht, damit eine förderliche und zufriedenstellende Zusammenarbeit (wieder) erreicht werden kann und eine Unterstützung durch Team-Trainer sinnvoll ist. Dies ist z.B. dann der Fall, wenn das Führungsverhältnis zum Team gestört ist oder wenn zwischen verschiedenen (Berufs-)Gruppen eines Team Konflikte auftreten. Manche Teams brauchen auch eine Art "Initialzündung" um zu einer lebendigen Zusammenarbeit zu finden.

Besondere Ziele der Teamentwicklung im Krankenhaus sind:

- Etablierung eines Team-Erneuerungsprozesses, damit neue Teammitglieder leichter ins Team aufgenommen werden können.
- Etablierung von Wegen zur Überwindung klassischer Ingroup-Outgroup Konstellationen (was nicht nur das Verhältnis zwischen Ärzten und Pflegenden betrifft...)

Schwelende Konflikte werden (leider) nicht von alleine besser. In Situationen, in denen es ohne Hilfe von außen nicht mehr gut weitergeht, bieten wir eine maßgeschneiderte Form der Teamentwicklung an.

### Beispiel: Teamentwicklung auf einer Intensivstation

Situation:

Zwischen der Gruppe der Pflegepersonen und den Ärzten hat sich seit (... z.B. Leitungswechsel) die Stimmung verschlechtert. Die Führung des Pflegeteams hat zunehmend mit Konflikten innerhalb der Gruppe zu tun und wird offen kritisiert. Einige Teammitglieder sind bereits ausgeschieden. Jüngere Ärzte fürchten den Einsatz auf Intensiv, weil sie die Einarbeitung als nicht ausreichend empfinden. *Hinweis: Wir haben hier bewusst ein fiktives Beispiel gewählt, weil alles andere eine Verletzung unserer Schweigepflicht wäre.*

Vorbereitung:

- Gespräche mit dem Auftraggeber (telefonisch)
- Gespräche mit den Führungskräften (telefonisch und am Vortag des ersten TE-Termins persönlich)
- Klärung, ob auch Teamentwicklungs-Workshops ohne unmittelbare Anwesenheit der Leitung durchgeführt werden können / sollen.

Optimal ist natürlich ein Teamtag, an dem der größte Teil der Teammitglieder teilnehmen kann. Falls das nicht möglich ist, können wir Alternativen anbieten. In unserem Beispiel (rechts) sind die Teamsitzungen auf Früh- und Spätschichten verteilt. (WS = Team-Workshop; EG = Einzelgespräch mit Team-Trainer)

### **Ergebnisse von Teamentwicklung**

- Führungskräfte erhalten ein konstruktiv-förderliches Feedback vom Team und von den Teamtrainern.
- Projektionen innerhalb und zwischen den Teams werden zumindest teilweise zurückgenommen, da zugrunde liegende Bedürfnisse empathisch zugänglich gemacht werden.
- Dysfunktionale und funktionale soziale Strukturen und Verhaltensmuster werden bewusst. Damit wird es schwieriger, dysfunktionale Strategien zu nutzen.
- Einzelne Teammitglieder erhalten auf Wunsch persönliche Rückmeldung der Teamtrainer, ggf. auch Coaching-Impulse für ihr Verhalten im Team.
- Die Teamtrainer vermitteln kommunikative Skills und Problemlösungsmethoden, die bei der Bewältigung zukünftiger Herausforderungen helfen.

- Das Thema "ständig neue Teammitglieder" wird gezielt bearbeitet, es werden in einem realistischen Rahmen Verbesserungen für die Aufnahme im Team entwickelt.
- Ein Teamvertrag unterstützt die Nachhaltigkeit der Maßnahme.
- Das Wichtigste: Die Teammitglieder reden miteinander, nicht übereinander.

Für einen möglichst dauerhaften Nutzen empfehlen wir einen Follow-up-Tag nach 4 Monaten.

## Führung im Krankenhaus

Führung ist ein Schlüsselthema im Krankenhaus. Es gibt heute kaum eine Branche, in der der Wettbewerb um qualifiziertes und engagiertes Personal größer ist, als im Gesundheitswesen. Wir wissen: Mitarbeiter suchen sich ein Unternehmen - aber sie verlassen eine Führungskraft. Nicht nur deshalb brauchen Krankenhäuser eine modernere, offene und dialogische Führungskultur.



Krankenhäuser und die darin tätigen Berufsgruppen haben ganz eigene Kulturen. Wir gehen bei unseren Trainings auf diese Kulturen ein, holen die Teilnehmenden da ab, wo sie sich bislang bewegen. Von da aus entwickeln und trainieren wir systematisch die vielfältigen Möglichkeiten für wirksame und gute Führung.

### Führung als Spannungsfeld

- Interessen und Bedürfnisse der Mitarbeiter
- Betriebliche und wirtschaftliche Erfordernisse
- Dazwischen: der Patient

### Ein neues Bild der Führung im Krankenhaus

- Wie soll die Führungskultur im Krankenhaus zukünftig aussehen?
- Eigene Standortbestimmung im Dialog
- Eigene Entwicklungsziele - was brauche ich?
- Umgang mit anderen Führungskräften: Wie entsteht ein kooperatives Klima?

### Führungsinstrumente

- Welche Führungsinstrumente gibt es und wie kann ich sie anwenden?

- Ziele individuell und im Team vermitteln
- Team-Dynamik und Führung des Teams: Vom Konkurrenzdenken zur Kooperation
- Führung im Dialog: wirksame Mitarbeitergespräche
- Integration von Mitarbeitern mit familiären / persönlichen Verfügbarkeitseinschränkungen
- Methoden
  - Vorträge mit Diskussion
  - Aktives Training für den Umgang mit Führungsinstrumenten
  - Fallarbeit / Coaching in der Teilnehmergruppe

### Führungssprechstunde im Krankenhaus

Für die Performance von Krankenhäuser und klinischen Teams ist es von ausschlaggebender Bedeutung, dass Führungskräfte mit Offenheit und Weitsicht handeln können.

Wer in Probleme, schwierige Situationen, Konflikte, Überlastungsschleifen usw. verstrickt ist, verfällt oft in dysfunktionale Verhaltensmuster. Die wiederkehrende Frage "Wie soll ich das (noch) schaffen"



sollte spätestens Anlass sein, sich Unterstützung zu holen. Das ist kein Zeichen von Schwäche, sondern von Vernunft. Noch besser wäre, Coaching zu nutzen, um erst gar nicht in Engpässe zu geraten: bei der Übernahme neuer Positionen und Aufgaben und bei anderen komplexen Herausforderungen.

Oftmals ist der Zugang zum Coaching jedoch mit zu vielen Hürden verbunden: Man muss einen qualifizierten Coach finden, das Coaching beantragen (Vorsicht Stigma?) und meint vielleicht noch, das Thema bereits ganz klar definiert haben zu müssen. Dabei ist es enorm hilfreich, genau dann - und mit minimalem Aufwand - Zugang zu einem kompetenten und vertrauenswürdigen Gesprächspartner zu haben, wenn man ihn braucht.

Im Krankenhaus stellt sich die Frage nach der Kompetenz des Coaches in besonderer Weise. Wer die Kultur, das Arbeitsfeld, die Prozesse und Herausforderungen im System Krankenhaus sehr gut kennt und versteht, kann ein entsprechend nachhaltiges Coaching anbieten. Gottfried Müller ist Diplom-Psychologe, Krankenpfleger, systemischer Coach und Gestalttherapeut und hat über 20 Jahre Beratungserfahrung in Krankenhäusern und verschiedensten anderen Branchen.

Aus diesem Grund bieten wir Krankenhäusern die Etablierung einer **Führungssprechstunde** mit Gottfried Müller an.



## Personal und Organisation im Krankenhaus

Dieses von dem Gestalttherapeuten Rainer Pieritz ([www.zwischenraum.org](http://www.zwischenraum.org)) entwickelte Konzept bietet den Führungskräften einen niederschweligen Zugang zu Coaching.

- Die Vertraulichkeit über die Gesprächsinhalte bleibt gewahrt.
- Der Beleg über durchgeführte Coachings erfolgt durch Voucher, die von den Führungskräften unterschrieben werden.
- In regelmäßigen Abständen berichten wir Ihnen als Auftraggeber über Metathemen und Trends, die uns aufgrund der durchgeführten Gespräche bei der Personal- und Organisationsentwicklung besonders relevant erscheinen.

## Müller & Mooseder Unternehmensberatung

Unser Ansatz integriert professionelles Arbeitszeitmanagement, nachhaltige systemische Arbeitsgestaltung und dialogische Führung zu einem **hoch wirksamen Leistungspaket**.

**Gutes Arbeitszeitmanagement und nachhaltige Arbeitsgestaltung haben positive Wirkungen auf die Produktivität, das Commitment, die Leistungsmotivation und die Gesundheit der Beschäftigten.**

Wie stark diese Wirkung ist, erstaunt uns als Berater manchmal selbst. In unseren **Business Cases** können wir auch quantitativ zeigen, dass selbst bei sehr konservativen Wirkungsannahmen ein hohes Maß an ökonomischer **Wertschöpfung** möglich ist.

Das geht nicht durch mehr Druck, sondern viel eher durch Mitverantwortung, Dialog und Gestaltungsräume. Hohe Produktivität wird **gemeinsam** mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern erreicht. Auf diese Weise wird auch die **Gewinnung** von qualifizierten Mitarbeitern erleichtert und deren **Bindung** deutlich gestärkt. Besonders im Gesundheitswesen wird dieser Aspekt immer mehr zu einem entscheidenden Erfolgsfaktor.

Die Grafik zeigt einige prinzipielle Zusammenhänge, wobei sich natürlich die Ausprägung der Variablen in jedem Unternehmen anders darstellen wird.



Wir laden Sie herzlich ein, mit uns Kontakt aufzunehmen. Dies gilt auch dann, **wenn Sie sich noch nicht sicher sind**, ob Sie eine Beratung brauchen oder ob Sie das Budget hierfür bekommen werden. Wir verstehen es als Teil unseres Service, Sie dabei zu unterstützen, zu entscheiden, ob und was Sie benötigen. Wir wollen für Sie sinnvolle Arbeit machen und das bedeutet: Ihnen genau die Leistungen anbieten, die Sie wirklich brauchen.

Sie erreichen uns per Email unter [info@win-win-work.de](mailto:info@win-win-work.de) und telefonisch unter +49 8131 / 310 68 72

## Ihr Ansprechpartner: Gottfried Müller

*Ich habe mein ganzes Berufsleben lang für die Optimierung von klinischer Betriebsorganisation und Arbeitszeitmanagement im Krankenhaus gearbeitet. Dieser reiche Erfahrungsschatz ist die Grundlage für eine wirksame Beratung, die sowohl bei der Geschäftsführung, wie auch bei den klinischen Berufsgruppen hohe Akzeptanz erfährt.*

*Als Psychologe interessieren mich in gleicher Weise die Themen Führung, Teamentwicklung, Kommunikation und vor allem die Burnout-Prävention.*

*Ich kenne Krankenhäuser von innen her und weiß um die praktischen Probleme und Herausforderungen. Andererseits habe ich durch meine Tätigkeit in anderen Branchen ein breites Spektrum an Möglichkeiten erfahren, die auch für Krankenhäuser hilfreich sein können.*



### Kurz-Vita Gottfried Müller

**Unternehmensberater  
und Trainer**

seit 1996 Vielzahl von Krankenhaus-Beratungsprojekten mit den Schwerpunkten klinische Betriebsorganisation und Arbeitszeitmanagement

**Trainings und Seminare**

seit 15 Jahren Seminarleiter und Trainer. Kommunikations- und Führungstrainings im Krankenhaus und weitere Themen (Fehlzeiten, Demografie, Dienstplanung)

**Gestalttherapeut**

4 Jahre Weiterbildung 2007-11

**Systemisches Coaching**

1 Jahr Weiterbildung 2006

**Diplom-Psychologe**

Arbeits- und Organisationspsychologie (1995)

**Krankenpfleger**

Mehrjährige Berufserfahrung, Schwerpunkt Intensivpflege

**Persönlich**

53 Jahre, verheiratet, 2 Kinder, liebt außerdem Sport, Natur und Meditation

*Ich freue mich darauf, Sie kennen zu lernen!*