



Version 3.0

in der vom Pflegemanagement im Juli 2019 verabschiedeten Fassung
Ersterscheinung 28.09.2010

erstellt: 21.09.2010	geprüft: 24.07.2019	geprüft: 25.07.2019	freigegeben: 30.07.2019
AG BPK	C. de la Chaux	N. Giese	M. Wittgrefe
Verantwortlich: Stölting			
Datum, Unterschrift	Datum, Unterschrift	Datum, Unterschrift	Datum, Unterschrift

Betriebliches Pflegekonzept

Impressum

Friedrich-Ebert-Krankenhaus Neumünster GmbH
Friesenstrasse 11
24534 Neumünster

Herausgeber

Pflegedirektor Herr C. de la Chaux

Autoren

Herr C. de la Chaux	Pflegedirektor
Frau N. Giese	stellv. Pflegedirektorin
Frau E.-M. Holler	Pflegeleitung
Frau J. Lahann	Pflegeleitung
Frau K. Sawade	Pflegeleitung
Herr C. Thielecke	Stabsstelle Innerbetriebliche Fortbildung
Frau M. Wittgreffe	Qualitätsbeauftragte Pflegemanagement

Vorversionen zusätzliche Autoren:

Frau G. Karp	Stellvertretende Pflegedienstleitung
Frau K. Gudat	Pflegeleitung
Frau S. Stölting	Stabsstelle Pflegeentwicklung

Erstmals verabschiedet durch das Gremium der Pflegeleitungen am 28.09.2010

Prozessbegleitung bei Ersterstellung

Dr. M. Sailer

Vorbemerkung

Liebe Mitarbeiterinnen,
liebe Mitarbeiter,

das überarbeitete Betriebliche Pflegekonzept in der Version 3.0 liegt vor. Es soll Ihnen eine Orientierung hinsichtlich unseres pflegerischen Selbstverständnisses und der Pflegeorganisation geben. Nach langjähriger Entwicklungsarbeit, verbunden mit Emotionen, Anstrengungen und Auseinandersetzungen, haben wir es geschafft, die Fallorientierte Pflegeorganisation zu etablieren. Wir sind damit einer der wenigen Pflegedienste im Land, die sich den Herausforderungen des Gesundheitswesens frühzeitig gestellt haben. Unserer Vision von 2012: „Wir sind bis 2012 der führende Pflegedienst in Schleswig-Holstein mit vorbildlichen Entwicklungsmöglichkeiten, qualitativ besten Ergebnissen und werden als Impulsgeber und gleichwertiger Partner in der Gesundheitsversorgung wahrgenommen“ konnten wir damit ein erhebliches Stück näherkommen.

Mit der 2015 für das gesamte FEK entwickelten Vision: „2020 bieten wir wirtschaftlich gesund ein breites Leistungsspektrum an. Patienten empfehlen uns aktiv weiter, weil wir qualitativ hochwertige Medizin und Pflege mit stabilen Prozessen und professionellem Service verbinden. Dies erreichen wir als Team – deshalb arbeiten unsere Mitarbeiter gerne bei uns.“ sind diese Ziele weiter gestaltet und verfolgt worden.

Durch unsere Entwicklungsarbeit haben wir einen großen Teil dazu beigetragen, dass wir weiterhin ein kommunales und damit tarifgebundenes Haus sind. Dies bedeutet für uns alle Zukunftssicherheit!

Ich möchte Ihnen für Ihre Anstrengungen danken und an dieser Stelle erwähnen, dass Sie stolz auf den Pflegedienst des Friedrich-Ebert-Krankenhauses sein können.

Ihr



Christian de la Chaux
Pflegedienstleiter

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung	V
Inhaltsverzeichnis	VI
Abbildungsverzeichnis	VII
Abkürzungsverzeichnis	VII
FEK	1
1 Einführung	1
2 Gesellschaftliche und gesundheitspolitische Anforderungen an die Pflegeprofession	3
3 Betriebliches Pflegekonzept als Ordnungsrahmen des Pflegedienstes	8
4 Pflegetheorien als Grundlage des Pflegeverständnisses	11
4.1 Pflegeleitbild	11
4.2 Pflegetheorien und andere Modelle in der Praxis	14
4.3 Selbstpflegedefizit-Theorie (SPD-T)	15
5 Fallorientierte Pflegeorganisation	19
5.1 Begriffsdefinition: Funktion, Aufgabe und Kompetenz	22
5.1.1 Funktion	22
5.1.2 Aufgabe	22
5.1.3 Kompetenz	23
5.2 Pflegeorganisation am Friedrich-Ebert-Krankenhaus	24
5.2.1 Beauftragtenwesen	26
5.2.2 Mitarbeiter	26
5.2.3 Care Manager	27
5.2.4 Pflegedirektion und Pflegeleitung	29
6 Ausblick	31
7 Literatur	30
Pflegeleitbild	A

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Bezug zwischen Strukturebenen innerhalb eines Unternehmens und Übertragung auf die Patientenorientierung/-versorgung (eigene Darstellung)	10
Abbildung 2: Ziele des Betrieblichen Pflegekonzeptes (eigene Darstellung)	11
Abbildung 3: Konstituierende Theorien, die Selbstpflegedefizit-Theorie (Orem 1997)	17
Abbildung 4: Konstituierende Elemente der SPD-T (nach Sailer 2010)	18
Abbildung 5: Berufliche Handlungskompetenz (Landig In de la Chaux et al. 2009)	24
Abbildung 6: Organigramm Pflegedienst FEK (Stand 03/19)	26
Abbildung 7: Kerntätigkeiten der Fallsteuerung kategorisiert nach den Phasen der Pflege nach D.Orem (in Anlehnung an Paulsen In Holler & Paulsen 2006)	29

Abkürzungsverzeichnis

FEK	Friedrich-Ebert-Krankenhaus GmbH
FOP	Fallorientiertes Pflegeorganisationssystem
BPK	Betriebliches Pflegekonzept
SPD-T	Selbstpflegedefizit-Theorie
SGB	Sozialgesetzbuch
DRG	Diagnosis Related Groups
SPD	Selbstpflegedefizit
SPE	Selbstpflegeerfordernis
SPK	Selbstpflegekompetenz
PEP	Personalentwicklungskonzept

1 Einführung

Seit 2001 hat sich der Pflegedienst im Friedrich- Ebert-Krankenhaus (FEK) kontinuierlich den Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens angepasst und sich weitreichend verändert. Als logische Konsequenz wurde ein Fallorientiertes Pflegeorganisationssystem (FOP) aufgebaut und implementiert, welches konsequent in der pflegerischen Arbeit genutzt wird. Damit wurde eine fallbezogene Orientierung in der Pflegepraxis des FEK geschaffen.

Mit der Entscheidung für eine theoriebasierte Pflegepraxis und deren Anwendung wurde die Pflege in die Lage versetzt, die neuen fallorientierten Aufgabenfelder in die Praxis zu integrieren. Die Erhöhung der pflegerischen Fachlichkeit wurde auf den Stationen über die Implementierung des Care Management Systems realisiert.

Eine besondere Herausforderung stellte die Verflachung der Hierarchieebenen dar, in deren Folge die Führungsebenen reduziert und den verantwortlichen Pflegenden mehr Kompetenzen und Entscheidungsfreiräume eingeräumt wurden.

Mittlerweile hat sich das System der Fallorientierten Pflegeorganisation über das Care Management gefestigt und ist als Kernbereich der Pflege nicht mehr weg zu denken. Seit der Verabschiedung der 1. Version des Betrieblichen Pflegekonzeptes (BPK) im Jahr 2006 haben sich in den jeweiligen Abteilungen die Aufgabenstellungen für die Care Manager und Pflegekräfte verändert, so dass es an der Zeit war, diese zu überarbeiten und anzupassen. Die komplett überarbeitete Version 2.1 wurde im September 2010 verabschiedet. In der vorliegenden Version 3.0 haben unter anderem neue gesetzliche Rahmenbedingungen, neue pflegetheoretische Ansätze und die Einführung der elektronischen Patientenakte Einzug genommen. Letzteres hat in den vergangenen Jahren in Kombination mit veränderten gesetzlichen Rahmenbedingungen zu weitreichenden Prozess- und Organisationsveränderungen in fast allen Bereichen geführt. Die pflegerische Dokumentation innerhalb neu gestalteter Prozesse wieder sinnvoll, zeitsparend und selbstverständlich in den Arbeitsalltag zu integrieren, stellt die Bereiche vor

Herausforderungen und macht immer wieder Anpassungen in Arbeitsabläufen, Hardwareausrüstung und IT-Lösungen nötig.

Für ein besseres Verständnis werden im ersten Kapitel zunächst die sich wandelnden Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens skizziert, aus welchen Herausforderungen an die professionelle Pflege erwachsen und die Veränderungsprozesse im Pflegedienst des FEK initiieren. Das vorliegende Betriebliche Pflegekonzept dient als Ordnungsrahmen und Strukturierungshilfe dieses Entwicklungsprozesses. Die strukturelle Einbindung des Betrieblichen Pflegekonzeptes sowie dessen Ziele werden im zweiten Kapitel dargestellt. Das Betriebliche Pflegekonzept legt das einvernehmliche Pflegeverständnis aller professionell Pflegenden am FEK dar. Aus diesem Grund wird im folgenden Kapitel das Pflegeverständnis, dessen theoretische Grundlage die Selbstpfledefizit-Theorie (SPD-T) und andere Konzepte bildet, anhand der normativen Aussagen des Pflegeleitbildes näher beschrieben und der Bezug zum Praxisalltag hergestellt. Theoriebasierung und Pflegeverständnis haben Einfluss auf die Pflegeorganisation einer Klinik. Die Fallorientierte Pflegeorganisation am FEK ist deshalb Gegenstand des fünften Kapitels. Verantwortungs- und Aufgabenbereiche sowie die dazugehörigen Kompetenzen werden einer näheren Betrachtung unterzogen. Die Strukturierung der Kompetenzen erfolgt über Funktion, Aufgabe und Kompetenz.

Dieses findet sich in der Beschreibung der jeweiligen Funktionen im Pflegedienst wieder. Abschließend wird ein kurzes Resümee gezogen und ein Ausblick auf künftige Herausforderungen gegeben.

Bei der Bezeichnung von Personen beiderlei Geschlechts wurde aus Gründen der besseren Lesbarkeit auf eine doppelte Benennung verzichtet. Bei der Verwendung von nur einer Form (weiblich oder männlich) sind immer beide Geschlechter eingeschlossen.

2 Gesellschaftliche und gesundheitspolitische Anforderungen an die Pflegeprofession

Das Gesundheitssystem Deutschlands, als eines der sozialen Sicherungssysteme der Bundesrepublik, unterliegt verschiedenen Faktoren wie Kultur bzw. Gesellschaft, Wirtschaft, Recht und Politik. Diese variablen Faktoren beeinflussen und gestalten das Gesundheitssystem in unterschiedlichster Weise. Beispielsweise erwachsen aus der demographischen Entwicklung der Bevölkerung neue Anforderungen, die zu einem Wandel in der Versorgungslandschaft führen. Ein wachsendes Geburtendefizit führt zu einer Abnahme der Bevölkerung. Die Relationen zwischen Alt und Jung werden sich stark verändern. Insbesondere die Altersgruppen der 50-bis 65-Jährigen und der 80-Jährigen und Älteren werden bis zum Jahr 2040 stetig wachsen, wohingegen der Anteil der unter 50-Jährigen schrumpfen wird (Statistisches Bundesamt).

Die Auswirkungen dieser unterschiedlichen Veränderungen für das Gesundheitswesen, die Klinikstruktur und die pflegerische Versorgung werden nachfolgend skizziert.

Rechtlicher Rahmen

Den rechtlichen Rahmen des Gesundheitssystems bilden die Sozialgesetzbücher (SGB) V und XI. Das SGB V befasst sich mit der gesetzlichen Krankenversicherung, einschließlich der Krankenhausbehandlung und das SGB XI mit der sozialen Pflegeversicherung. Beide Gesetzesgrundlagen fordern u.a., dass die Akteure im Gesundheitswesen das Wirtschaftlichkeitsgebot (§12 SGB V und §29 SGB XI) in ihrem Handeln berücksichtigen (Bundesministerium für Justiz 2010). Dem Wirtschaftlichkeitsgebot wird vor dem Hintergrund steigender Ausgaben im Gesundheitssektor (Germany Trade & Invest 2010) eine hohe Bedeutung beigemessen.

Darüber hinaus werden die rechtlichen Anforderungen durch die Weiterentwicklung der Qualitätsrichtlinien des Gemeinsamen

Bundesausschusses (GBA) strenger gefasst (Entlassungsmanagement, Qualitätsbericht, Perinatalzentrum, etc.).

Insbesondere die Strukturvorgaben hinsichtlich der Personalausstattung werden die Krankenhäuser bei bestehendem Fachkräftemangel in allen Berufsgruppen vor erhebliche Herausforderungen stellen. Mit den 2019 in Kraft getretenen Vorgaben zu den Pflegepersonaluntergrenzen (PPUG) wird dies besonders verschärft und im FEK zunächst vor allem für die Bereiche der Intensivstationen, der Geriatrie und der Unfallchirurgie relevant. Die Umsetzung birgt erheblichen administrativen Aufwand und wirkt sich unter anderem auf den Einsatz von Pflegeassistenzpersonal und Qualitätsmix aus, da die Vorgaben einigen über Jahre entwickelten modernen Personalkonzepten entgegenstehen. Weitere politische Entwicklungen, wie eine Ausweitung auf weitere Fachbereiche und die Berechnung des ab 2020 gültigen gesamthausbezogenen Personalquotienten bleiben abzuwarten.

Auch die Umsetzung des Pflegepersonalstärkungsgesetzes (PPSG) wird weitreichende Veränderungen nach sich ziehen. Für das Jahr 2020 werden die kalkulierten Kosten für die Pflege aus den Fallpauschalen (DRG) herausgelöst, extra budgetiert und vollumfänglich finanziert. Darüber hinaus werden alle Kosten (Pflegeförderprogramm) und Erlöse (z.B. PKMS), die das Krankenhaus für die Pflege in 2019 „verursacht“ hat, in das sogenannte krankenhausesindividuelle Pflegebudget überführt, und alle im Vergleich zu 2018 zusätzlich eingestellten examinierten Pflegekräfte in Krankenhäusern vollständig von den Kostenträgern refinanziert. Somit steht zwar das Geld für Neueinstellungen zur Verfügung, durch den in den vergangenen Jahren entstandenen Fachkräftemangel aber nicht das Personal.

Weitere Auswirkungen sind durch die Umsetzung des Pflegeberufgesetzes zu erwarten, in dessen Rahmen die Ausbildungszweige für Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und Altenpflege zusammengeführt werden.

Das Ansinnen, die Pflege in den Krankenhäusern gesichert zu finanzieren und durch die verschiedenen Maßnahmen den Beruf wieder attraktiver zu machen,

ist in jedem Fall zu begrüßen, kommt aber im Grunde zu spät. Es bleibt abzuwarten, inwieweit die Politik vor allem die Finanzierung über das Jahr 2020 hinaus sicherstellen kann.

Leistungsbezogene Vergütung und Wettbewerb

Die Notwendigkeit, wirtschaftlich zu handeln, bestimmt auch die Krankenhausfinanzierung, welche durch verschiedene Gesetze geregelt wird. Die Einführung des leistungsbezogenen, pauschalierenden Vergütungssystems "German- DRG (Diagnosis Related Groups)" Anfang des Jahres 2003 stellte damals eine nachhaltige Änderung für das gesamte Krankenhauswesen dar. Mit der Ausgliederung der Pflegekosten steht das System jetzt vor einer ebenso folgeschweren Veränderung, deren Auswirkungen zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht abzuschätzen sind.

Zusätzlich schreitet die in den 90iger Jahren begonnene Verkürzung der Verweildauern der Patienten im Krankenhaus weiter voran. Dauerte eine vollstationäre Behandlung 1991 noch durchschnittlich 14 Tage, liegt die durchschnittliche Verweildauer im FEK 2018 nur noch bei ca. 7,1 Tagen. Dies führt zu einer erheblichen Leistungsverdichtung.

Zergliederung der stationären Versorgung (Fragmentierung)

Neben der Verkürzung der Verweildauer lässt sich eine Fragmentierung (Zerteilung bzw. Zergliederung des gesamten Systems in einzelne Bereiche) der stationären Versorgung erkennen, welche die Gesamtbehandlung eines Patienten untergliedert und in verschiedene Abteilungen des Krankenhauses verlagert (Dahlgaard & Stratmeyer 2006).

Diese Fragmentierung lässt sich auf das gesamte Gesundheitswesen übertragen. Das Krankenhaus ist ein Bestandteil eines komplexen und hochgradig arbeitsteiligen Sektors. Die stark aufgegliederten Strukturen stellen neue Herausforderungen an die zeitliche und räumliche Gestaltung des Versorgungsgeschehens. Ziel sollte es sein, eine kontinuierliche, integrierte und bedarfsgerechte Versorgung der Patienten sicherzustellen.

Versorgungsbedarf in Quantität und Qualität

Der quantitative Bedarf der geforderten pflegerischen und medizinischen Leistungen hat sich aufgrund der Veränderung gesellschaftlicher und epidemiologischer Strukturen grundlegend gewandelt. Eine starke Zunahme des Bedarfs an Krankenhausbehandlungen wird für die kommenden Jahre und Jahrzehnte prognostiziert (vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2012). Die Entwicklung und die Anwendung neuer Technologien und Therapien im Gesundheitswesen führen zu einer höheren durchschnittlichen Lebenserwartung. Gleichzeitig wächst der Anteil der chronisch Kranken, Mehrfacherkrankten und Alterskranken, deren individuelle und spezifische Bedürfnisse zu berücksichtigen sind. Dieses wirkt sich auf die Art und Qualität der geforderten Leistungen, den Bedarf der Patientenklientel aus. Zunehmend weisen Patienten einen komplexeren Versorgungsbedarf auf, der eine Verknüpfung von pflegerischen, medizinischen und sozialen Dienstleistungen erfordert. Hierbei sollten die Bedürfnisse und Erwartungen der Patienten und ihrer Familien, im Sinne einer Nutzerorientierung, ausreichend Berücksichtigung finden (SfKAG 2003).

Auswirkungen auf die Pflegeprofession

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass zunehmend ältere, mehrfach erkrankte Patienten mit einem komplexen Versorgungsbedarf in kürzerer Zeit im Krankenhaus versorgt und anschließend in ein zergliedertes Versorgungssystem übergeleitet werden müssen. Dies stellt unter dem Druck der Kosteneinsparung hohe Anforderungen an das Krankenhaus und ihre Mitarbeiter. Ziel für alle beteiligten Berufsgruppen ist es, eine auf Kontinuität ausgerichtete, qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung bereitzustellen.

Dies umfasst:

- ❖ die Steigerung der Lebensqualität,
- ❖ die Berücksichtigung und Beachtung der individuellen Bedürfnisse,
- ❖ die Nutzung patientenbezogener Versorgungsressourcen.

Die Pflegeprofession nimmt, neben der Medizin, eine Schlüsselposition ein, durch die sie maßgeblich zur Erreichung der benannten Ziele beiträgt. Das Arbeitsfeld der professionell Pflegenden ist durch einen erheblich gestiegenen Bedarf an Steuerung, Koordination und Kooperation gekennzeichnet (Schwaiberger 2002). Neben den traditionellen pflegerischen Dienstleistungen, der Grund- und Behandlungspflege erhält die multiprofessionelle Fall- und Prozesssteuerung von komplexen Versorgungs- und Patientensituationen einen hohen Stellenwert. Dies kann mittels eines Fallorientierten Pflegeorganisationssystems realisiert werden, in dem der Versorgungsprozess des Patienten als Fallmanagement (bzw. Prozessmanagement) organisiert ist. Dies erfolgt unabhängig von der ärztlichen Diagnose und Therapie und dem räumlichen Aufenthaltsort innerhalb des Krankenhauses. Fallmanagement ist die "Summe aller zielführenden Entscheidungen (...), in denen geklärt wird, wann, wo und durch wen der Patient die erforderlichen medizinischen, pflegerischen und administrativ notwendigen Leistungen erhält und diese sinnvoll koordiniert und zwar von der Aufnahme bis zur Entlassung und darüber hinaus" (Scupin zit. n. Kerres & Seeberger 2005: 203).

Um diese vielfältigen Aufgabenstellungen zu erfüllen bedarf es einer autonomen, wissenschaftlich fundierten Pflegeprofession mit einem einheitlichen Orientierungsrahmen hinsichtlich des Gegenstandsbereichs, des Aufgabenverständnisses sowie der Perspektiven und Ziele.

Der Pflegedienst des Friedrich-Ebert-Krankenhauses hat die sich wandelnden Anforderungen an die pflegerische Versorgung im Krankenhaus erkannt und sich den daraus resultierenden Herausforderungen gestellt. Um den aktuellen Entwicklungen aus pflegeprofessioneller Sicht zu begegnen und den pflegerischen Gegenstandsbereich zu definieren, wurde bereits im Jahr 2001 ein Veränderungsprozess zur Systematisierung der Pflegepraxis initiiert. Der Reorganisationsprozess führte zu einer Abflachung der Hierarchien. Gleichzeitig wurde im Rahmen dieser Umstrukturierung die pflegewissenschaftliche Grundlage der Selbstpflegedefizit-Theorie nach Dorothea Orem in das Fallorientierte Pflegeorganisationssystem integriert. Seit 2012 halten zusätzlich auch Konzepte aus dem klassischen Case Management

in die Fallbearbeitung Einzug. Diese Erhöhung der pflegerischen Fachlichkeit wurde auf den Stationen über die Implementation des Care Management Systems realisiert (s. Kap.5: Fallorientierte Pflegeorganisation). Durch diese kontinuierlichen Reorganisationsmaßnahmen des Pflegedienstes wird den Anforderungen an das pflegerische Arbeitsfeld Genüge geleistet. Das vorliegende, weiter entwickelte Betriebliche Pflegekonzept dient als übergeordneter Ordnungsrahmen und Strukturierungshilfe dieses dynamischen Entwicklungsprozesses. Der Sinn und Nutzen sowie die strukturelle Einbindung des Betrieblichen Pflegekonzeptes in das Gesamtunternehmen FEK sind Gegenstand des nächsten Kapitels.

3 Betriebliches Pflegekonzept als Ordnungsrahmen des Pflegedienstes

Das Betriebliche Pflegekonzept des FEK hat das Ziel, strukturierte Aussagen über die Perspektive, Funktion und das Selbstverständnis der professionell Pflegenden am FEK zu treffen. Im intendierten Sinn des Pflegedienstes, stellt ein Konzept eine systematische Strukturierungshilfe des Gegenstandsbereichs Pflege dar. Es konstituiert den Gegenstand, in dem es den eigenen Fachbereich identifiziert und ihn nach eigenen Ideen und Zielen in der Praxis vorantreibt. Die Beschreibung der pflegerischen Aufgaben lässt die Grenzen und Überschneidungen zu anderen Fachbereichen transparent werden. Somit werden durch das Betriebliche Pflegekonzept die vielschichtigen relevanten sowohl theoretischen als auch praktischen Sachverhalte des Gegenstandsbereichs Pflege dargelegt. Die in der Theorie entstehenden Ideen werden in einem solchen Konzept mit den Möglichkeiten der Umsetzung in die Praxis zusammengeführt.

Das Betriebliche Pflegekonzept kann nicht isoliert im Unternehmen FEK betrachtet bzw. umgesetzt werden. Es ist Teil des gesamten Unternehmenssystems und findet sich auf unterschiedlichen Zielebenen wieder.

Die **normative Ebene** legt übergeordnete Werte und Ziele fest, die dem Unternehmen mittel- und langfristig eine grundlegende Orientierung geben. Die

Zielorientierungen können in einem Unternehmensleitbild oder in der Unternehmensphilosophie konkretisiert werden. Das Pflegeleitbild legt, ausgehend von den Unternehmensleitlinien, die normativen Werte fest, die für die Berufsgruppe der Pflege relevant sind. Es formuliert die allgemeinen Ziele pflegerischen Handelns und gibt Auskunft darüber, was von Pflegenden erwartet werden kann (s. Kap.4: Pflgetheorien als Grundlage des Pflegeverständnisses).

Die **strategische Ebene** beschäftigt sich mit den unternehmerischen Schwerpunkten, die zur Realisierung der übergeordneten Zielsetzungen gesetzt werden. Diese Ebene trifft Aussagen darüber, mit welchen Mitteln und Methoden, die auf der normativen Ebene entschiedenen Werte umgesetzt werden sollen. Das Betriebliche Pflegekonzept ist Bestandteil dieser Ebene. Es legt aus spezifisch pflegerischer Perspektive den Umgang mit den normativen Zielen fest und gibt Auskunft darüber, mit welchen fachtheoretischen Konzepten diese erreicht werden sollen. So ist im BPK die Entscheidung für eine bestimmte Pflgetheorie -die Selbstpflegedefizit-Theorie nach D. Orem- und die daraus resultierenden Perspektiven und Richtlinien für den Umgang mit dem Patienten hinterlegt (s. Kap.4: Selbstpflegedefizit-Theorie als Grundlage des Pflegeverständnisses).

Die **operative Ebene** schließt direkt an die strategische Ebene an und beschreibt konkret, wie die Ziele und Konzepte der normativen und strategischen Ebene im Alltagsgeschehen umgesetzt werden sollen. Durch die Erstellung von Stations- oder Bereichskonzepten (Organisationskonzepte) bis hin zu detaillierten Verfahrensanweisungen oder Instrumenten werden Aussagen darüber getroffen, wie das Betriebliche Pflegekonzept in der Praxis umgesetzt wird.

Ebenen	Vertreter der Ebene	Konzepte	Beispielhafte Aussagen
Normative Ebene	Aufsichtsrat Krankenhausleitung Geschäftsführer	Unternehmensleitlinien Pflegeleitbild	Der Patient ist Mittelpunkt unserer Arbeit.
Strategische Ebene	Pflegedirektion	Betriebliches Pflegekonzept	Die Anwendung der Selbstopflegedefizit- Theorie sichert die Förderung der Selbstopflegekompetenz.
Operative Ebene	Pflegeleitung Care Management Pflegekräfte	Organisationskonzept	Der Patient trifft gemeinsam mit der Pflegekraft Entscheidungen über Pflegeinterventionen.

Abbildung 1: Bezug zwischen Strukturebenen innerhalb eines Unternehmens und Übertragung auf die Patientenorientierung/-versorgung (eigene Darstellung)

Es ist von elementarer Bedeutung für die institutionelle Entwicklung des Pflegebereichs, dass auf allen drei Ebenen (normativ, strategisch, operativ) übereinstimmende Zielsetzungen festgelegt werden. Diese ziehen sich wie ein roter Faden durch die drei Ebenen, so dass die Ziele für alle Mitarbeiter transparent und nachvollziehbar sind. Auf diese Weise können die Mitarbeiter die Veränderung der bestehenden Pflegepraxis durch die Nutzung eines fachtheoretischen Hintergrundes als einen sich entwickelnden Prozess annehmen. Dieser Prozess kann für alle in der Pflege tätigen Mitarbeiter sowohl eine große Herausforderung als auch einen Unsicherheitsfaktor darstellen. Einerseits müssen in der Regel alte Pflegerituale in Frage gestellt werden, andererseits kann dies aber auch bedeuten, neue Kompetenzen oder gar Qualifikationen zu erwerben.

Das Betriebliche Pflegekonzept legt das für das FEK einvernehmliche Pflegeverständnis dar und dient allen professionell Pflegenden als verbindlicher Ordnungsrahmen.

Es beschreibt die Ziele der pflegerischen Profession am FEK, deren Erreichen wiederum mit den Ausführungen des Betrieblichen Pflegekonzeptes unterstützt wird.

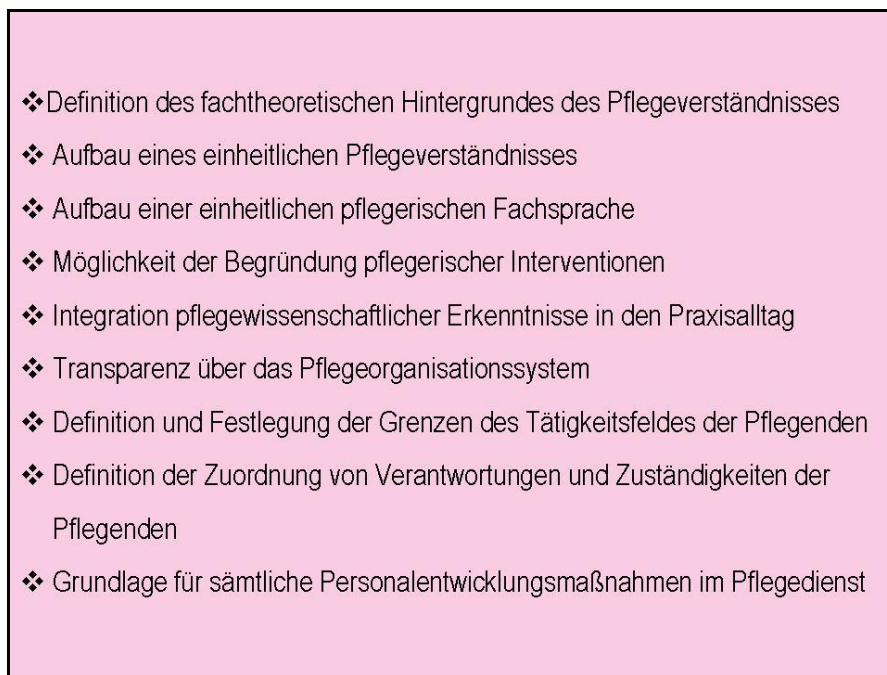
- 
- ❖ Definition des fachtheoretischen Hintergrundes des Pflegeverständnisses
 - ❖ Aufbau eines einheitlichen Pflegeverständnisses
 - ❖ Aufbau einer einheitlichen pflegerischen Fachsprache
 - ❖ Möglichkeit der Begründung pflegerischer Interventionen
 - ❖ Integration pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse in den Praxisalltag
 - ❖ Transparenz über das Pflegeorganisationssystem
 - ❖ Definition und Festlegung der Grenzen des Tätigkeitsfeldes der Pflegenden
 - ❖ Definition der Zuordnung von Verantwortungen und Zuständigkeiten der Pflegenden
 - ❖ Grundlage für sämtliche Personalentwicklungsmaßnahmen im Pflegedienst

Abbildung 2: Ziele des Betrieblichen Pflegekonzeptes (eigene Darstellung)

4 Pflegetheorien als Grundlage des Pflegeverständnisses

4.1 Pflegeleitbild

Das Pflegeleitbild (s. Anhang) beinhaltet zentrale Aussagen und Wertevorstellungen zum Pflegeverständnis und dient deshalb als normativer Rahmen für die Pflegepraxis am FEK. In der folgenden Beschreibung wird dargestellt, wie die formulierten Kernaussagen in den Alltag integriert werden können und sollen.

- ❖ Grundlage des Handelns ist die persönliche Lebensgeschichte jedes Einzelnen

❖ Achtung der Persönlichkeit und des sozialen sowie kulturellen Umfelds

Die individuelle Lebensgeschichte und Persönlichkeit wird durch eine differenzierte und personenbezogene Planung Hauptbezugspunkt aller pflegerischen Handlungen. Im Zentrum der Überlegungen steht dabei die Fähigkeit, für sich selbst zu sorgen und den Alltag - ggf. auch mit krankheitsbedingten Einschränkungen - selbstständig zu bewältigen. Ist eine eigenständige Alltagsbewältigung aufgrund körperlicher oder geistiger Einschränkungen nicht mehr zu erreichen, so orientiert sich die pflegerische Unterstützung weiterhin an der Persönlichkeit der Pflegeempfänger.

- ❖ Individuelle, bedürfnisorientierte und gesundheitsfördernde Pflege und Betreuung mit dem Ziel der Selbstständigkeit und Lebenszufriedenheit
- ❖ Individuelle Einschätzung, Planung und Organisation des Pflegebedarfs
- ❖ Überprüfung der Pflegequalität mit dem Ziel der Verbesserung
- ❖ aktive Beteiligung der Patienten am Genesungsprozess durch Förderung der Selbst- und Dependenzpflegekompetenz durch Integration der Angehörigen und Freunde

Die individualisierte Planung zur Förderung der Selbstständigkeit bzw. der Selbstpflege beginnt bereits bei der Aufnahme mit einer strukturierten Anamnese und endet mit einer Versorgungsplanung, die über den stationären Aufenthalt hinaus weiterführende Systeme in die planerischen Überlegungen und Interventionen einbeziehen kann. Die Planung der Pflegehandlungen beruht auf dem aktuellen Stand pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse sowie auf fachtheoretischen Erkenntnissen, um ein einheitliches, nachvollziehbares und überprüfbares Ergebnis zu erreichen.

Es ist es für die weitere Behandlung wichtig zu wissen, welche persönlichen Eigenschaften und Möglichkeiten der Patient und sein näheres Umfeld bietet, die für die zukünftige Selbstpflege des Patienten nützlich sein könnten.

Der Patient wird aktiv in den Pflegeprozess integriert. Pflegeziele werden mit dem Patienten abgesprochen, Pflegemaßnahmen nach Möglichkeit immer so geplant, dass die Handlungskompetenz des Patienten erhalten oder verbessert wird. Der Fokus der Pflege am FEK endet nicht mit dem stationären Aufenthalt,

sondern orientiert sich immer auch am nachstationären Versorgungssystem. Pflegehandlungen unterstützen den Patienten somit auch außerhalb des Krankenhauses, seine Selbstpflege weitestgehend zu erhalten.

- ❖ Einbeziehung weiterer Bereiche des Gesundheitssystems zur nachstationären Begleitung

Aufgabe der Care Manager (s. Kap.5.2.2: Fallorientierte Pflegeorganisation) ist es, in Absprache mit dem Sozialdienst, über den Krankenhausaufenthalt hinaus, ein geeignetes Pflege- oder Unterstützungssystem zu organisieren, welches dem Patienten eine größtmögliche Mitbestimmung und Eigenverantwortung ermöglicht. Dazu werden Kontakte zu Hausärzten, ambulanten und stationären Pflegeanbietern, aber auch zu Sanitätshäusern oder Pflegeberatungsstellen genutzt und geeignete Konzepte erstellt.

- ❖ Professionell Pflegende arbeiten kompetent, selbstständig und gleichberechtigt mit anderen Berufsgruppen zusammen
- ❖ Grundlegend für die Arbeit ist der aktuelle Stand der Pflegewissenschaft und Pflegeforschung

Pflegende am FEK organisieren und koordinieren die Gesundheitsbehandlung des Patienten im Krankenhaus. Sie besprechen sich dazu mit anderen an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen und stellen eine bestmögliche Krankenhausversorgung sicher. Um den aktuellen Stand der Pflegewissenschaft in ihrer täglichen Arbeit für den Patienten zu gewährleisten, bilden sich die Pflegenden am FEK kontinuierlich fort. Pflegende im Care Management qualifizieren sich für ihre komplexen Aufgaben durch eine interne Weiterbildungsmaßnahme im Haus. Ein Fachhochschulstudium schließt sich dieser Maßnahme in der Regel an (vgl. PMan Anhang 52 Kompetenzentwicklungskonzept Care Management). Dadurch wird das Kompetenzniveau eines/r Pflegeexperten/in erreicht.

Das Ziel unserer Pflege ist daher, die Gesundheit, Selbstständigkeit und Lebenszufriedenheit/-qualität unserer Patienten weitgehend zu erhalten oder zu fördern.

Der Patient steht im Mittelpunkt unserer pflegerischen Handlungen.

4.2 Pflegetheorien und andere Modelle in der Praxis

Die professionelle Pflege in Deutschland galt traditionell als eine rein praktische Tätigkeit, die von jeder Person gleichermaßen erbracht werden konnte. Sie wurde und wird als eine Dienstleistung betrachtet und durch die Gesellschaft öffentlich angeboten. Im Zuge der Professionalisierung des Pflegeberufes in Deutschland übernehmen Pflegende einen eigenständigen Verantwortungsbereich in der Versorgung von Patienten. Sie bieten ein Hilfesystem an, um Pflegeempfänger in ihren alltäglichen, gesundheitsbezogenen Handlungen zu unterstützen, fördern und anzuleiten. Das pflegegeleitete Hilfesystem versteht sich als integratives Element zur Versorgung von Patienten und führt, gemeinsam mit interprofessionellen Partnern im Gesundheitssystem, zu einer Verbesserung der Gesundheitsversorgung. Als Bezugsrahmen der pflegerischen Perspektive, bzw. pflegediagnostischer und interventioneller Überlegungen, dienen wissenschaftliche Fachtheorien, Modelle und Konzepte.

Neben dem obligaten Pflegeprozess wird insbesondere in der Fallsteuerung auch der Case-Management-Regelkreis im täglichen Arbeiten genutzt.

Die Darstellung der grundlegenden, pflegerischen Perspektive wird in den Pflegetheorien beschrieben. Die Bedeutung und Nutzung von Pflegetheorien stellt einen wichtigen Aspekt dieser veränderten Betrachtung der Pflege dar und unterstützt den Veränderungsprozess innerhalb der professionellen Pflege.

Pflegetheorien beschreiben den Gegenstandsbereich der Pflege, systematisieren das Pflegehandeln und bedienen sich einer Fachsprache als Ausdruck für eine Profession. In Ergänzung dazu steht das empirische, also erfahrungsgelitete, Wissen als Grundlage für pflegerisches Handeln, dessen Anwendung zur unterschiedlichen Einschätzung von ein- und derselben Situation führen kann. Pflegerisches Handeln wird durch die Nutzung einer Pflegetheorie eindeutig und für jeden Beteiligten nachvollziehbar.

Weiterführend wird unter Theoriebasierung das einvernehmliche Verständnis innerhalb der Berufsgruppe hinsichtlich der wichtigen Sachverhalte, der

Verfahrensweisen und der Zielgruppe von Menschen, auf die sich das berufliche Handeln der Berufsgruppe richtet, verstanden (Bekel 1999).

4.3 Selbstpflegetheorie (SPD-T)

2003 wurde die Entscheidung getroffen, die Selbstpflegetheorie nach D. Orem flächendeckend im FEK zu nutzen. Die Einführung erfolgte sehr dogmatisch, da sie sowohl gute Aussagen zu den Werten und Möglichkeiten des Patienten im Kontext seiner gesundheitlichen Einschränkung trifft, als auch die Möglichkeit zur Bestimmung der Selbstpflegekompetenz, bzw. des Defizits ermöglicht. Die Autonomie des Patienten steht im Vordergrund.

Die Selbstpflegetheorie von D.E. Orem ist eine Pflegetheorie der großen Reichweite, auch Grand Theory genannt. Die SPD-T wurde in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts aus drei Einzeltheorien entwickelt. Seit den 70er Jahren ist sie eine weltweit anerkannte Pflegetheorie.

Grand Theories sind gekennzeichnet durch:

- ❖ den Gedanken einer Einheitstheorie (Zusammenfassung des gesamten theoretischen Wissens in einer Theorie),
- ❖ ein hohes Abstraktionsniveau,
- ❖ eine starke Normorientierung (Orientierung an dem, wie Pflege sein soll) (Moers et al. 1997 nach Brandenburg & Dorschner 2003)

Die SPD-T bietet die Möglichkeit, den Gegenstandsbereich der Pflege zu definieren. Nach D.E. Orem beschäftigen sich professionell Pflegendes mit Handlungsungleichgewichten bei Patienten, deren Fähigkeiten zur Selbstpflege geringer sind, als der Bedarf an Selbstpflege. In der Diskussion um den Gegenstandsbereich der Pflege und die Erklärung der Kernelemente des Pflegehandelns grenzt sich Orem mit ihren Aussagen von der Idee ab, „[...] dass Pflege ein medizinischer Hilfsberuf ist und weist auf die historische Funktion der Pflege im Zusammenhang mit der Einschränkung der Selbstpflege von Personen hin.“ (Bekel 2003, S. 157).

Zum charakteristischen Gegenstandsbereich der SPD-T gehören Menschen, die sich vorübergehend oder dauerhaft nicht ausreichend für ihre Selbstpflege engagieren können. Hier helfen professionell Pflegende kompetenzfördernd. Abgeleitet von der SPD-T bedeutet Pflege die Gewährleistung der Unterstützung von Personen mit Einschränkungen, die eine spezielle Unterstützung benötigen, die über das normale Maß hinaus geht, um die Erfordernisse zur Selbstpflege zu erfüllen und um auf effektive Weise an der Versorgung teilzunehmen (Orem 1997, S. 7).

Die SPD-T bietet den Pflegenden einen Orientierungsrahmen und eine Strukturierungsmöglichkeit für ihr tägliches Handeln. Außerdem kann eine einheitliche Fachsprache durch die Theorie gewährleistet werden. Durch dieses gemeinsame Verständnis wird eine Pflegehandlung deutlich und für jeden Pflegenden gleichermaßen verständlich.

Die SPDT konstituiert sich aus drei separat formulierten Theorien:

Theorie der Selbstpflege

Kernaussage: Selbstpflege ist eine menschliche, regulierende Funktion, die kontinuierlich und zielgerichtet zur Erhaltung des Lebens und zum Wohlbefinden durchgeführt wird (Orem 1997: 187).

Theorie des Selbstpfledefizits

Die Theorie formuliert und entwickelt Gründe, warum Menschen Pflege benötigen (Orem 1997: 189).

Theorie des Pflegesystems

Die Theorie des Pflegesystems enthält die Struktur und den Inhalt der Pflegepraxis (Orem 1997: 191). Sie verbindet die Kompetenzen von Pflegenden und Patienten unter Berücksichtigung des individuellen Bedarfs an Pflege.

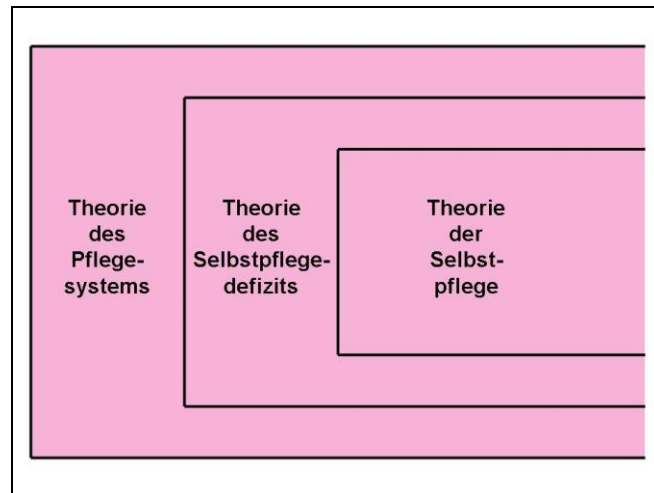


Abbildung 3: Konstituierende Theorien, die Selbstpflegedefizit-Theorie (Orem 1997)

Die SPD-T verbindet die Elemente der einzelnen Theorien, verfeinert diese und stellt Abhängigkeiten auf.

Als **Selbstpflege** wird all das verstanden, was gesunde und kranke Menschen im täglichen Leben entscheiden und tun, um ihre Grundbedürfnisse zu befriedigen, auf intelligente Weise bei der medizinischen Diagnostik und Behandlung mitzuwirken und ihr normales Wachstum, sowie ihre Entwicklung zu fördern (Evers 2002). Bei Störung der Selbstpflege entsteht ein Handlungsungleichgewicht. Von einem Handlungsungleichgewicht (**Selbstpflegedefizit** = SPD) kann ausgegangen werden, wenn ein (oder mehrere) **Selbstpflegetherfordernis** (= SPE) nicht erfüllt wird, weil die **Selbstpflegekompetenz** (=SPK) des betroffenen Menschen nicht ausreicht. Beispielsweise führt die Nichterfüllung des Selbstpflegetherfordernisses „Gewährleistung einer ausreichenden Zufuhr von Flüssigkeit“ zur stationären Aufnahme eines Menschen mit Nierenfunktionsstörung. Eine Behebung des Selbstpflegedefizits ist durch die Förderung der Selbstpflegekompetenz möglich, in diesem Fall evtl. durch die Beratung, wie der Flüssigkeitsbedarf zu Hause gedeckt werden kann oder durch die Anleitung von Dependenzpflegenden, die diese Pflegetätigkeit in der weiteren Versorgung übernehmen. Dependenzpflegende sind Menschen, die die Pflege teilweise oder vollkommen kompensatorisch für den Patienten übernehmen.

Das nachfolgende Bild veranschaulicht den zuvor dargestellten Zusammenhang der einzelnen Aspekte der Selbstpflegedefizit-Theorie:

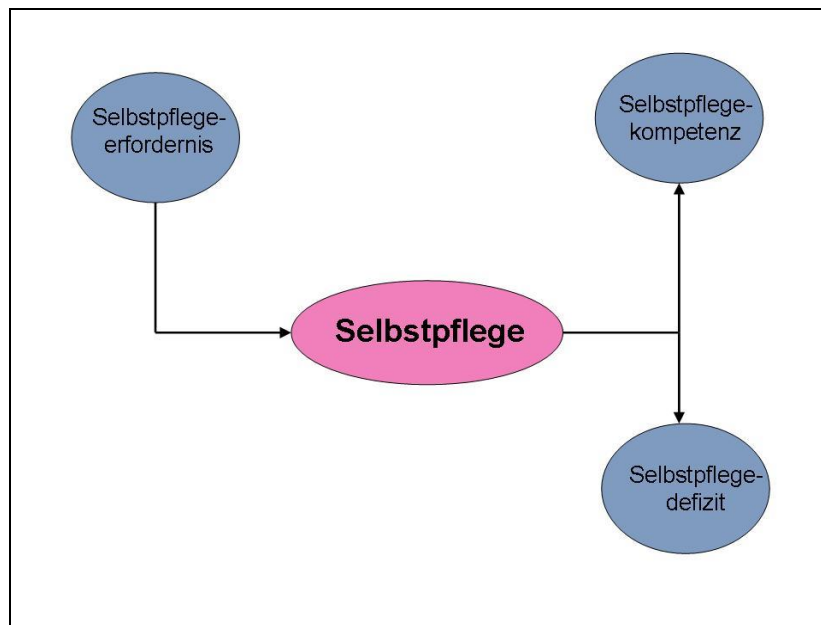


Abbildung 4: Konstituierende Elemente der SPD-T (nach Sailer 2010)

Diese Beschreibung der Selbstpflegedefizit-Theorie bietet lediglich eine grobe Übersicht über die einzelnen Aspekte.

Pflegeprozess und Case Management Regelkreis

Fest verankert in der Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflege ist der Pflegeprozess. Der Pflegeprozess ermöglicht einen strukturierten, geplanten Pflegeplan für den Patienten. Er erfolgt zur Nachvollziehbarkeit schriftlich. Im FEK wird der Pflegeprozess elektronisch und halb standardisiert im medico/ Pflegeprozessmanagement abgebildet.

Zusätzlich nutzt das Care Management in der praktischen Arbeit den Case Management Regelkreis. Ziel ist es, einen mit dem Klienten abgestimmten Versorgungsplan aufzustellen. Dieser ist explizit auf langfristige Lösungsansätze ausgelegt.

Beide Regelkreise weisen Ähnlichkeiten auf. Wird der Pflegeprozess im Krankenhaus meist für den Krankenhausaufenthalt geplant, beinhaltet der Case Management Regelkreis auch den nachstationären Bedarf. Geplante

Pflegemaßnahmen müssen somit immer mit dem Versorgungsplan korrespondieren.

CM Regelkreis	Pflegeprozess
Identifikation	-----
Assessment	Einschätzung Pflegebedarf
Erstellung Versorgungsplan	Pflegeplanung
Implementierung Versorgungsplan	Durchführung Pflegeplan
Monitoring / Re-Assessment	
Evaluation	Evaluation

Abbildung 4a: Gegenüberstellung Case Management Regelkreis und Pflegeprozess (4-schrittig)

Theorie und Anwendung des Case Management Regelkreises wird im Rahmen der Kompetenzentwicklung CM in Theorie und Anwendung unterrichtet.

5 Fallorientierte Pflegeorganisation

Die Veränderungen der Rahmenbedingungen, unter denen die pflegerischen Dienstleistungen erbracht werden, nehmen nachhaltig Einfluss auf das Arbeitsfeld der Pflegekräfte (s.Kap.2: Gesellschaftliche und gesundheitspolitische Anforderungen an die Pflegeprofession). Die ökonomischen Erforderlichkeiten in Kombination mit der Veränderung der Patientenstruktur infolge des demographischen Wandels und dem daraus resultierenden Bedarf an hochkomplexen pflegerischen Leistungen stellen neue Anforderungen an das pflegerische Aufgabenfeld. Die Verkürzung der Verweildauern sowie die zunehmende Komplexität der Patientensituationen erfordern vor allen Dingen

ein strukturiertes und schnelles pflegerisches Planen und Handeln. Patienten benötigen im fragmentierten Gesundheitssystem einen festen Ansprechpartner, der den Krankenhausaufenthalt gemeinsam mit ihnen steuert und koordiniert und dabei auch das nachstationäre Versorgungssystem beachtet. Richtungweisend für die Zukunft ist es, ambulante Versorgungsnetze, wie die familiäre Pflege, zu erhalten, auszubauen und die Pflegebedürftigen sowie die Dependenzpflegenden zu unterstützen. Im Zuge dessen erhalten die Pflegeinterventionen der Anleitung, Beratung und Schulung einen hohen Stellenwert, um Menschen in Ihrer Alltagsbewältigung zu unterstützen.

Aufgaben- und Verantwortungsbereiche

Die Vielfältigkeit und Neuausrichtung in der Erbringung pflegerischer Leistungen erfordert eine Ausdifferenzierung der Aufgaben- und Verantwortungsbereiche, um eine qualitativ hochwertige Versorgung der Patienten zu gewährleisten. Aufgrund einer steigenden Komplexität in der medizinisch-pflegerischen Versorgung und der Fallsteuerung innerhalb und außerhalb der jeweiligen Einrichtungen wird eine Spezialisierung der Pflegeprofession notwendig. Aufgaben müssen in klinischen und ambulanten Ablaufstrukturen differenziert und vertieft werden; Pflegende müssen sich dadurch erweiterte fachliche Kompetenzen aneignen. Beispielhaft sind hier neue pflegfachliche Anforderungen in der Intensivüberwachungspflege (Intermediate Care) oder in der Entlassungsplanung geriatrischer Patienten zu nennen. Eine Ausdifferenzierung der Aufgabenbereiche und die Zuordnung der jeweilig benötigten Kompetenzen bzw. Qualifikationen von Pflegekräften stellt somit unter den bestehenden Bedingungen eine pflegfachliche Notwendigkeit dar.

Kompetenzentwicklung der Mitarbeiter

Um den oben dargelegten Anforderungen gerecht zu werden, bedarf es hervorragend qualifizierter Mitarbeiter. Die Anpassung der Qualifikation der Mitarbeiter (an die veränderten Anforderungen des Berufsbildes) ist neben der

gezielten Förderung und Bildung der Mitarbeiter eine übergeordnete Zielsetzung der Personalentwicklung des Pflegedienstes am FEK. Dies geschieht unter der Berücksichtigung der individuellen Kompetenzen und des Potenzials des einzelnen Mitarbeiters.

Der Pflegedienst des FEK hat gemeinsam mit den Kliniken des 6K-Klinikverbundes die Möglichkeit geschaffen, sich in einer zweijährigen Weiterbildung oder in einem dreijährigen Studiengang hinsichtlich der Fall- und Prozessteuerung bzw. des Case- und Care Managements weiterzuqualifizieren. Neben der Ausbildung in der Fallsteuerung existieren noch verschiedene Spezialisierungsmöglichkeiten für professionell Pflegende, die sich im Personalentwicklungskonzept wiederfinden (s. PMan Anhang 16 Personalentwicklungskonzept Pflege [PEP] 2016).

Neben dem Aufbau von Mitarbeiterkompetenzen erfolgten im Pflegedienst des FEK seit 2001 strukturelle und organisatorische Anpassungen, die sich in dem sogenannten Qualifikationsmix widerspiegeln. Die Neuverteilung der Aufgaben innerhalb des Pflegedienstes bedingt damit eine Verabschiedung von der alten Berufssystematik. Neben Aufgaben, für die die berufliche Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege qualifiziert, existieren neue Aufgaben, die eine zusätzliche Fort- und Weiterbildung erfordern. Des Weiteren bestehen Aufgabenkomplexe, die nicht notwendigerweise die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege benötigen, wie zum Beispiel die Terminkoordination von diagnostischen Maßnahmen für den Patienten, die zum Aufgabengebiet der Arzthelferinnen zählt. Pflegekräfte mit unterschiedlichen Qualifikationen und Kompetenzen arbeiten im FEK gemeinsam im Patientenversorgungsprozess, um eine qualitativ hochwertige Versorgung und Betreuung der Patienten zu gewährleisten. Diese Zusammenarbeit bedeutet zum einen, dass jeder Mitarbeiter nach seinen Qualifikationen und Kompetenzen eingesetzt wird und zum anderen, dass dieser Qualifikationsmix eine hohe Anforderung an das Schnittstellenmanagement darstellt. Hinsichtlich der Sicherstellung des Informationsflusses zwischen den Berufsgruppen bedarf es einer guten Kommunikationsstruktur.

Als Konsequenz der personenbezogenen und organisatorisch-strukturellen Veränderungen der letzten Jahre hat sich die Organisation des Pflegedienstes am FEK nachhaltig gewandelt. Der Pflegedienst im FEK ist nunmehr nach unterschiedlichen **Funktionen**, denen bestimmte **Aufgaben** zugeordnet sind, gegliedert. Für die Ausfüllung jeder einzelnen Funktion sind notwendige **Kompetenzen** (im Sinne von Handlungskompetenzen) hinterlegt. Um die Zusammenhänge von Funktionen, Aufgaben und Kompetenzen zu erläutern, werden die Begriffe im Folgenden näher erläutert.

5.1 Begriffsdefinition: Funktion, Aufgabe und Kompetenz

5.1.1 Funktion

Der Begriff Funktion definiert sich über einen abgegrenzten Aufgaben- und Verantwortungsbereich innerhalb einer Organisationsstruktur. Sie zeichnet sich durch die Bündelung von Verrichtungen innerhalb eines prozesshaften Geschehens im größeren Zusammenhang aus. So haben als Beispiel die dreijährig ausgebildeten Krankenpflegekräfte einen unterschiedlichen Schwerpunkt in ihrer Funktion als Care Manager oder Pflegeassistentenkräfte.

5.1.2 Aufgabe

Unter einer Aufgabe versteht man eine dauerhaft wirksame Aufforderung an Mitarbeiter, festgelegte Handlungen durchzuführen. Diese werden nach Umfang, Schwierigkeit und Komplexität unterschieden.

Aufgaben sind grundsätzlich als Handlungskomplexe anzusehen. Das bedeutet, dass einzelne Tätigkeiten dieser Handlungskomplexe durchaus auch Charakteristika anderer Aufgabenbereiche beinhalten können. So kann die vollständige Übernahme der Ganzkörperpflege rein der Körperhygiene dienen oder notwendig im Rahmen der Anamnese oder Evaluation von Pflegemaßnahmen sein. Eine rein tätigkeitsorientierte Beschreibung pflegerischer Aufgaben wird damit obsolet.

5.1.3 Kompetenz

Kompetenzen werden in zwei Ebenen unterschieden- die strukturelle und die personale Ebene. Die strukturelle Ebene definiert die notwendigen Kompetenzen im Sinne von Befugnis und Zuständigkeit. Auf der personalen Ebene werden die individuellen Kompetenzen nach Befähigung und Sachverstand des Einzelnen festgelegt.

Dabei beinhaltet der Kompetenzbegriff an sich die Elemente „Wollen“, „Können“ und „Dürfen“ (Becker 2002):

„**Wollen**“ beschreibt die personenbezogene Bereitschaft, eine Handlung in einer bestimmten Art und Weise mit einem genau beschriebenen Ziel auszuführen (Motivation).

Können“ rekuriert auf handlungsrelevantes Wissen, auf Geschicklichkeit und Erfahrung (Qualifikation).

Dürfen“ eröffnet dem Handelnden ein legitimes, erwünschtes Handlungsfeld und greift dabei über die Erlaubnis hinaus in den Bereich der positiven und negativen Sanktionen (Ordination). In der Regel ist damit auch die Pflicht zu einem Handeln verbunden, das der Zuständigkeit gerecht wird. Es wird erwartet, dass der Zuständige dies auch tut. Zur Zuständigkeit gehört also zweierlei: die Befugnis zum Handeln [bei Vorliegen definierter Handlungsprämisse] und die Erwartung, dass die Zuständigkeit auch ausgefüllt wird.

Kompetent ist derjenige, der handeln will, kann und darf“

(Becker 2002, S. 483).

Unter Beachtung obiger grundlegender Annahmen wird im Pflegedienst des FEK die Personalentwicklung an der beruflichen Handlungskompetenz ausgerichtet.

Die berufliche Handlungskompetenz wird definiert als die Fähigkeit und Bereitschaft einer Person, in beruflichen Situationen sach- und fachgerecht, persönlich durchdacht und in gesellschaftlicher Verantwortung zu handeln,

sowie ihre Handlungsmöglichkeiten fortlaufend weiterzuentwickeln (Kultusministerkonferenz 2007).

Die berufliche Handlungskompetenz wird eingeteilt in die

- Fachkompetenz
- Individualkompetenz (bzw. persönliche oder personale Kompetenz)
- Sozialkompetenz
- Methodenkompetenz

Die Kompetenzen stehen miteinander in ständiger Wechselbeziehung, weshalb sie nicht losgelöst voneinander betrachtet werden können. Die detaillierte Beschreibung der beruflichen Handlungskompetenz ist im Personalentwicklungskonzept Pflege (s. PEP 2009) hinterlegt.



Abbildung 5: Berufliche Handlungskompetenz (Landig In de la Chaux et al. 2009)

5.2 Pflegeorganisation am Friedrich-Ebert-Krankenhaus

Die Einführung des neuen Entgeltsystems für Krankenhäuser im Jahre 2003 bedeutete gleichzeitig die Notwendigkeit, die Organisationsstrukturen im Krankenhaus radikal zu verändern. Nicht mehr das „belegte Bett“ sondern der einzelne Fall war nunmehr der Erlösfaktor für das Krankenhaus (s.Kap.2: Gesellschaftliche und gesundheitspolitische Anforderungen an die Pflegeprofession).

Die klassischen Hierarchiestrukturen: Pflegedienstleitung – Abteilungs-
pflegedienstleitung – Stationsleitung – stellvertretende Stationsleitung waren
kontraproduktiv und wurden den Anforderungen im DRG-System nicht mehr
gerecht. Die klassische Stationsorganisation musste der Fallorientierten
Pflegeorganisation weichen. Die verkürzte Verweildauer des Patienten
erforderte ein Umdenken zur Fall- und Prozesssteuerung. Mitarbeiter waren
nicht mehr zwangsläufig einer Station zugeordnet, sondern einer Abteilung. Der
Abschaffung der Stationsleitung folgte die Einführung der Pflegeleitungen, die
u.a. für das Personalkostenbudget der jeweiligen Abteilung verantwortlich sind.
Gemeinsam mit dem Chefarzt verfolgen sie die strategischen Ziele der
Abteilung. Ausgewählte examinierte Pflegekräfte wurden zu Care Managern
weiter qualifiziert, die für die Fall- und Prozesssteuerung stationsübergreifend
verantwortlich sind.

In der funktionalen Differenzierung der Aufgaben bedeutet dies:

- ❖ Weitergebildete Pflegende im Care Management sind im Sinne einer
komplexen Pflegediagnostik verantwortlich für die Fall- und
Prozesssteuerung
- ❖ Examinierte Pflegekräfte sind im Sinne der eigenverantwortlichen,
vollständigen Pflegehandlung im Rahmen des Pflegeprozesses
zuständig
- ❖ Assistenzkräfte sind in der administrativen, organisatorischen und
pflegerischen Unterstützung der Pflegekräfte tätig.

Eine Übersicht hinsichtlich der Funktionen bietet untenstehendes Organigramm.
Die einzelnen Funktionen werden im darauffolgenden Abschnitt dargestellt und
beschrieben. Detailliertere Informationen können in den jeweiligen
Stellenbeschreibungen nachgelesen werden.

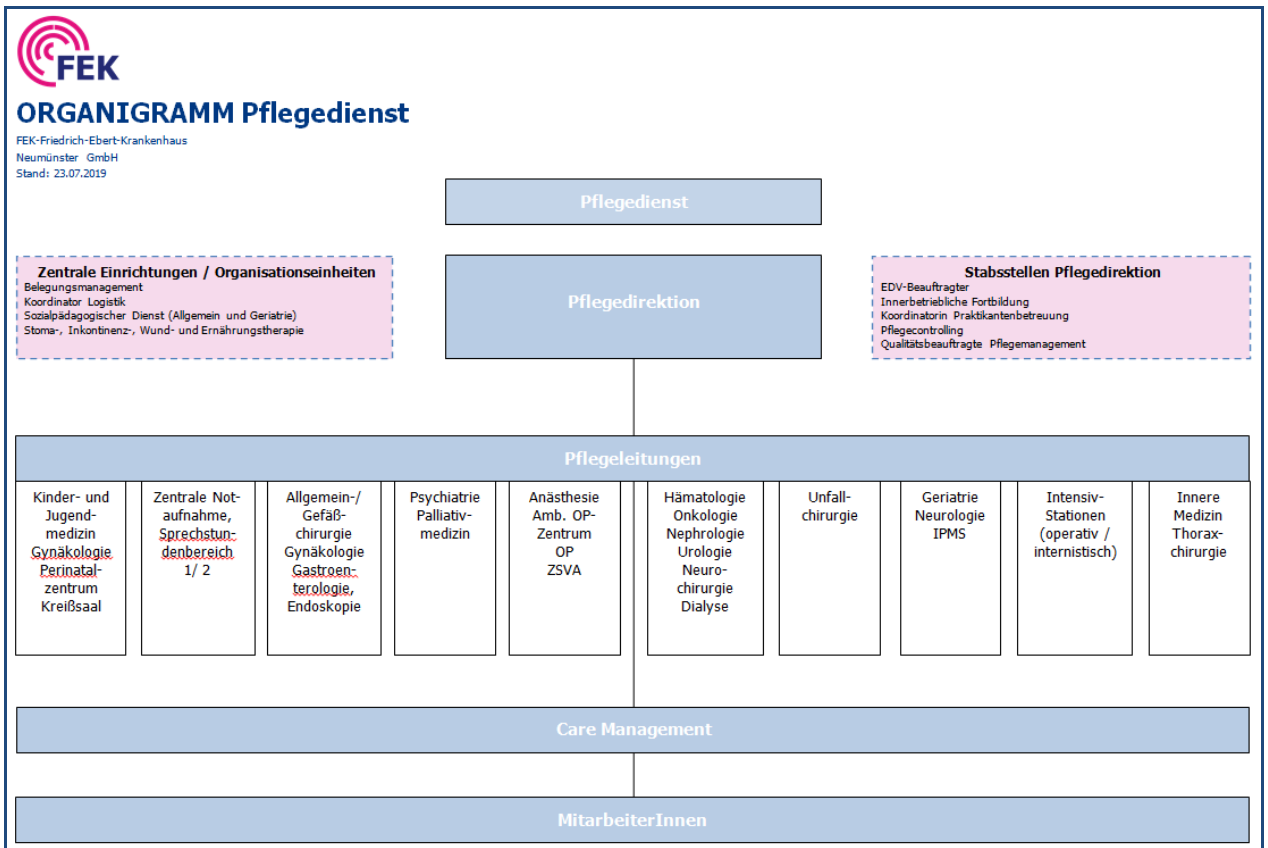


Abbildung 6: Organigramm Pflegedienst FEK (Stand 07/19)

5.2.1 Beauftragtenwesen

Eine gerichtsfeste Organisation muss über eine dokumentierte Aufbau- und Ablauforganisation verfügen. Im Zuge der Organisationsentwicklung nimmt das Beauftragtenwesen einen rechtlichen Stellenwert ein.

Im Bereich des Pflegedienstes wird zur Definition von entsprechenden Aufträgen das Instrument des Einzelauftrags genutzt. Hiermit wird zum Beispiel die Funktion von Dienstplanbeauftragten oder Hygienebeauftragten definiert (siehe Einzelaufträge Pflege und Funktionsdienst).

Der Einzelauftrag bietet die Möglichkeit die Verantwortlichkeit transparent und verbindlich darzustellen.

5.2.2 Mitarbeiter

Medizinische Fachangestellte (z.B. Stationssekretärinnen), Pflegeassistenten, Krankenpflegehelfer und Stationshilfen gehören zu den

Pflegeassistenzkräften. Sie übernehmen sowohl patientennahe (Grundpflege) als auch patientenferne (Administration) Tätigkeiten. Sie arbeiten dabei auf Anweisung und unter Verantwortung von examiniertem Pflegepersonal.

Im Rahmen der Personalentwicklung wurde eine eigene Standortbestimmung für diese Berufsgruppe erstellt.

Die Qualifikation ist eine dreijährige Ausbildung in der pflegerischen Profession. In der Standortbestimmung muss in allen Bereichen der Ausprägungsgrad „C“ erreicht sein.

Das Aufgabengebiet der ***dreijährig examinierten Pflegekräfte*** umfasst die Versorgung, die Betreuung von Patienten und die eigenständige Durchführung von Pflegemaßnahmen. Zu diesen Maßnahmen gehören die Erhebung/Einschätzung der Patientensituation, die Anwendung von ausgewählten Assessments, die Durchführung von sofort notwendigen pflegerischen Maßnahmen sowie deren Evaluation und deren Anpassung im weiteren Verlauf. Ebenso wird die Entlassung in Zusammenarbeit mit dem Patienten, dem Angehörigen und anderen Berufsgruppen vorbereitet und durchgeführt. Dies geschieht auf Grundlage ihrer Fachlichkeit. Hinsichtlich sehr komplexer oder umfangreicher Patientensituationen ist der Care Manager zuständig. Dieser kann sowohl die Steuerung des Falls unterstützen oder diese auch ganz übernehmen.

5.2.3 Care Manager

Das Care Management bietet eine Möglichkeit für individuelle Fallsteuerung und gewährleistet eine bestmögliche Patientenorientierung, verbunden mit einer optimalen Prozesssteuerung.

Care Manager sind speziell weitergebildete Pflegekräfte. Sie treffen pflegediagnostische und prozessbezogene Entscheidungen hinsichtlich der Patientenversorgung, im Einklang mit den Ärzten und allen beteiligten Berufsgruppen. Insbesondere steht dabei neben den Belangen der medizinischen Diagnostik und Therapie die Wahl des optimalen Versorgungsverfahrens für den jeweiligen Patienten im Zentrum des Handlungsfeldes.

Die wesentliche Funktion des Care Management ist die Überwachung der Patientensteuerung, da sie die Summe aller Entscheidungen ist, wann und wo der Patient die erforderlichen diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Leistungen erhält und diese zuordnet, und zwar von der Aufnahme bis zur Entlassung und ggf. darüber hinaus. Er ist vordergründig dafür verantwortlich, dass der Patient zielgerichtet, zeitnah und koordiniert alle erforderlichen Leistungen erhält.

Neben der Fallsteuerung nimmt das Care Management noch zusätzliche Aufgaben wahr. Im Bereich der Führung kontrolliert das Care Management die Durchführung angeordneter Interventionen und überprüft die Qualität der Dokumentation mittels Dokumentationsanalysen. Diese pflegfachliche Kontrollfunktion unterstützt und verbessert die tägliche Arbeit des Pflegeteams.

Ein weiterer Schwerpunkt der Tätigkeit liegt im systemischen Case Management. So gehört es zu den Aufgaben des Care Managements sich aktiv an der Organisationsentwicklung zu beteiligen. Hier liegen die Schwerpunkte in der Optimierung von Prozess- und Arbeitsabläufen und in der Durchführung von Maßnahmen zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung. Das Care Management unterstützt die zuständige Pflegeleitung bei der individuellen Personalentwicklung.

Zur Sicherstellung der Organisation im Pflegebereich vertreten sich die Care Manager untereinander und stellen die Personalbedarfssteuerung nach der Fallschwere der Patienten sicher.

Das Potenzial von Mitarbeitern für die Funktion „Care Management“ wird im Rahmen der Personalentwicklung über die Standortbestimmung (PMan Fo 27 Standortbestimmung MA Pflegedienst) von den Pflegeleitungen ermittelt. Der Ausprägungsgrad „D“ sollte erreicht sein. Im Bereich Führungskompetenz muss ebenfalls der Ausprägungsgrad „D“ erreicht sein. Als Care Manager im Einsatz erfolgt die Leistungsbeurteilung über eine erweiterte Standortbestimmung (PMan Fo 29 Standortbestimmung Care Management). Diese hat das Ziel fortlaufend die hohe Fallsteuerungskompetenz sicherzustellen. Eine 2-jährige Weiterbildung im Fallmanagement sollte vorliegen oder angestrebt werden.

Das Care Management unterstützt die Pflegeleitungen bei der Erfüllung ihrer Aufgaben, hat aber bei Abwesenheit der Pflegeleitung nur die fachlich-inhaltliche Führungskompetenz. Bei allen anderen Aufgaben vertreten sich die Pflegeleitungen gegenseitig.



Abbildung 7: Kerntätigkeiten der Fallsteuerung kategorisiert nach den Phasen der Pflege nach D.Orem (in Anlehnung an Paulsen In Holler & Paulsen 2006)

5.2.4 Pflegedirektion und Pflegeleitung

Die Pflegedirektion trägt die Gesamtverantwortung für den Pflege- und Funktionsdienst des FEK. Sie ist ständiges und stimmberechtigtes Mitglied der Krankenhausleitung und zeichnet somit verantwortlich für alle den Pflegedienst betreffenden strukturellen und organisatorischen Veränderungen. Der

Pflegedirektor besitzt Prokura. Darüber hinaus wird die Pflegedirektion in alle strategischen Fragestellungen und organisatorischen Entwicklungen, die das gesamte Krankenhaus betreffen angehört und in Entscheidungen einbezogen. Sie hat die letztendliche Budgetverantwortung der Personalkosten für den gesamten Pflege- und Funktionsdienst und trägt somit zu einer sicheren Kostensteuerung bei.

Die (heutige) Pflegeführung besteht aus:

- ❖ Pflegedirektor
- ❖ stellv. Pflegedirektorin
- ❖ 10 Pflegeleitungen

Der Pflegedirektion sind weiterhin verschiedene Stabsstellen bzw. zentrale Einrichtungen / Organisationseinheiten zugeordnet:

- ❖ EDV- Beauftragter Pflege
- ❖ Belegungsmanagement
- ❖ Familiäre Pflege
- ❖ Innerbetriebliche Fortbildung
- ❖ Koordinatorin der Praktikantenbetreuung
- ❖ Koordinator Logistik
- ❖ Pflegecontrolling
- ❖ Qualitätsbeauftragte Pflege
- ❖ Sozialpädagogischer Dienst
- ❖ Zentrales Stoma-, Inkontinenz-, Wund- und Ernährungsmanagement

Diese nehmen bestimmte Teilaufgaben oder Sonderaufgaben im Sinne von Entscheidungsvorbereitung, Beratung und Unterstützung des Pflegemanagements wahr. Sie haben keine Weisungsbefugnis, sondern üben eine beratende Funktion der übergeordneten Instanz aus (Wöhe 1976: S. 154).

Für den Pflegedienst der verschiedenen Kliniken/Bereiche zeigen sich zehn Pflegeleitungen verantwortlich. Sie bestimmen für ihren zuständigen Bereich autonom über:

- Quantität und Qualität der Personalbeschaffung

- Personalentwicklung und -führung
- Organisationsentwicklung (gemeinsam mit dem jeweiligen Chefarzt)
- Budgetverantwortung und -steuerung
- Steuerung von Prozessen, bereichs- und fachübergreifend

6 Ausblick

Die neuen Strukturen des Pflegedienstes am FEK haben sich seit der radikalen Veränderung im Jahre 2003 verfestigt und mittlerweile eine hohe Akzeptanz bei den Mitarbeitern aller Berufsgruppen.

Die professionelle Pflege besitzt umfassende Kenntnisse hinsichtlich der Organisation von Diagnostik, Therapie und des gesamten Versorgungsprozesses, weil sie als einzige Berufsgruppe an jeder Stelle und zu jeder Zeit mitwirkt und damit als Schlüsselfunktion im Krankenhaus agiert. Diese Position wird durch die veränderte Organisation des Pflegedienstes gestärkt und kann so für eine qualitativ hochwertige Gestaltung der Versorgungsprozesse genutzt werden. Die Kenntnisse der Pflegenden sind damit von entscheidender Bedeutung bei der strategischen und operativen Gestaltung der Organisationsabläufe und Versorgungsstrukturen.

Für die Pflegenden am FEK bedeutet dies, dass sie mit dem bisherigen Entwicklungsprozess des Pflegedienstes auf dem richtigen Weg sind. Erforderlich werden neue Leistungen, wie systemische Beratung und Anleitung, Prävention und Rehabilitation. Patienten und Angehörige erwarten von den Pflegenden laienorientierte Informationen und methodisch-didaktisch vorbereitete Anleitungen. Pflegekräfte werden nicht nur in der Leistungserbringung, sondern auch bei der Begutachtung, Schulung und Anleitung im häuslichen Umfeld und im Rahmen der Qualitätssicherung eingesetzt. Die Neuausrichtung der Ausbildung zu einem generalistischen Ansatz und die Neuordnung der Aufgaben in den Gesundheitsberufen werden erhebliche Veränderungen bewirken. Akademisch gebildete Pflegekräfte sind bereits und werden auch zukünftig Teil des Stationsteams sein. Die

kontinuierliche Weiterentwicklung der Pflegenden am FEK wird sich wie bisher auch weiterhin als richtige Strategie erweisen.

Mit der funktionalen Ausdifferenzierung der Aufgaben sowie der Spezialisierung innerhalb der Berufsgruppe Pflege muss dem Pflegedienst jedoch bewusst sein, dass nur durch ein kooperatives Miteinander eine fachlich adäquate Pflege durchgeführt werden kann. Die Arbeit mit Menschen erfordert im höchsten Maße eine akzeptierende und vertrauensvolle Interaktion zwischen den Akteuren. Das bedeutet, dass Verantwortungsbereitschaft, Beobachtungsgabe, manuelle Fertigkeit, soziale und kommunikative Kompetenz aller an der Pflege beteiligten Personen notwendig sind, um eine patientenorientierte Pflege zur Zufriedenheit aller Beteiligten durchführen und den erforderlichen Anpassungsmaßnahmen entsprechen zu können.

Es gilt festzuhalten, dass der Umorganisationsprozess für die professionelle Pflege am FEK einen großen Kraftaufwand in der Umsetzung bedeutet hat. Ein gewohntes Pflegeverständnis musste verlassen werden und es galt neues, noch unbekanntes Wissen zu erwerben. Ohne das große Engagement der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Pflegedienst wären die gesamten Maßnahmen nicht möglich gewesen. Es ist gelungen, die professionelle Pflege als selbstständigen Akteur zu etablieren. Der Pflegedienst ist gleichberechtigter Partner aller an der Versorgung Beteiligter und wird auch als solcher wahrgenommen und akzeptiert.

Unserem Ziel einer qualitativen hochwertigen und effizienten Pflege sind wir ein ganzes Stück nähergekommen. Das Betriebliche Pflegekonzept dient allen pflegerischen Mitarbeitern als Orientierungsrahmen hinsichtlich unseres Selbstverständnisses und unserer Pflegeorganisation. Es ist jedoch kein starres Gebilde, sondern unterliegt der ständigen dynamischen Entwicklung. So wie die Pflege als Prozess zu betrachten ist, so befindet sich gleichsam die Organisation des Pflegedienstes am FEK in einem ständigen Wandel. Deshalb werden weitere Anpassungen an inhaltliche und organisatorische Weiterentwicklungen nötig sein, um unser Ziel einer qualifizierten und effizienten Pflege realisieren zu können.

***Wir möchten alle MitarbeiterInnen einladen, sich weiterhin aktiv
an diesem Entwicklungsprozess zu beteiligen!***

7 Literatur

- Becker, M.** (2002): Personalentwicklung : Bildung, Förderung und Organisationsentwicklung in Theorie und Praxis. 3.überarb. und erw. Auflage Schäffel-Poeschel Verlag, Stuttgart
- Bekel, G.** (1999): Die Selbstpflegedefizit-Theorie. In: Holoch, E.(Hrsg.): Lehrbuch Kinderkrankenpflege. Huber Verlag. Bern u.a.
- Bekel, G.** (2002): Systemdynamische Organisationsentwicklung in der Pflege durch die strategische Umsetzung theoriebasierter Pflegediagnostik. *Pr-Internet* 2002.10:161-169
- Bekel, G.** (2003): Orem- Die Selbstpflegedefizittheorie als Erkenntnisprogramm für die Pflege als Praxiswissenschaft. In: Brandenburg, H., Dorschner, S. (Hrsg.): Pflegewissenschaft 1: Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Pflegewissenschaft. Verlag Huber. Bern u.a.
- Brandenburg,H.; Dorschner, S.** (Hrsg.) (2003): Pflegewissenschaft 1: Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Pflegewissenschaft. Verlag Huber. Bern u.a.
- Bundesministerium für Justiz** (2010): Gesetze im Internet. Online verfügbar unter <http://www.gesetze-im-internet.de/index.html>, letzter Zugriff am 29.09.2010
- Dahlgard, K.; Stratmeyer, P.** (2006): Kooperatives Prozessmanagement im Krankenhaus. Themenband 1 –Das Konzept. Luchterhand. Neuwied
- De la Chaux, C.; Lahann, J.; Landig, R.; von Borstel, B.** (2009): Personalentwicklungskonzept Pflege. Unveröffentlichtes, klinikinternes Konzept
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege** (Hrsg.) (2009): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege.1. Aktualisierung. Eigenverlag. Osnabrück
- Evers, G.** (Hrsg.) (2002): Professionelle Selbstpflege : Einschätzen-messen-anwenden. Verlag Hans Huber, Bern u.a.
- Germany Trade & Invest – Gesundheitssektor** (2010). Online verfügbar unter <http://www.gtai.com/startseite/branchen/gesundheitssektor/?backlink=0>, letzter Zugriff am 29.09.2010
- Holler, E.-M. & Paulsen, A.** (2006): Erstellung eines Mess- und Analyseinstrumentes für die Tätigkeiten in der stationären Krankenpflege am

Beispiel einer Station des Friedrich-Ebert-Krankenhauses. Unveröffentlichte Projektarbeit zur Prüfungszulassung

- Klinke, S.; Müller, R.** (2008): Auswirkungen der DRGs auf die Arbeitsbedingungen, das berufliche Selbstverständnis und die Versorgungsqualität aus Sicht hessischer Ärzte. ZeS- Arbeitspapier Nr. 4/2008. Bremen: Zentrum für Sozialpolitik
- Sekretariat der Kultusministerkonferenz** (Hrsg.) (2007): Handreichung für die Erarbeitung von Rahmenlehrplänen der Kultusministerkonferenz für den berufsbezogenen Unterricht in der Berufsschule und ihre Abstimmung mit Ausbildungsordnungen des Bundes für anerkannte Ausbildungsberufe. Eigenverlag, Bonn
- Orem, D.** (1997): Strukturkonzepte der Pflegepraxis. Ullstein Mosby. Berlin Wiesbaden
- Rutz, S.** (2006): Die Einführung von Diagnosis Related Groups in Deutschland: Interessen-Anreize- Erste Ergebnisse. Köln: ©Joseph Eul Verlag GmbH
- Sailer, M.** (2010): Strategieworkshop: Weiterentwicklung des Pflegedienstes am FEK. Unveröffentlichte Seminardokumentation
- Scupin, O.** (2002): Von der Raupe zum Schmetterling : Die Einführung eines fallbezogenen Pflegeorganisationssystems unter Berücksichtigung eines theoriebasierten Pflegekonzeptes am Friedrich-Ebert-Krankenhaus (FEK) in Neumünster. *Pr-Internet* 2002.10:98-106
- Scupin, O.** (2005) Gedanken zum Pflegemanagement : Ein praxisrelevanter Erweiterungsversuch. In: Kerres, A & Seeberger, B (Hrsg.): Gesamtlehrbuch Pflegemanagement. Springer Medizin Verlag, Heidelberg
- SfKAG** (Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen) (2003): Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität; Band I: Finanzierung und Nutzerorientierung. Bonn
- Schriftenreihe des **Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung** e.V. (Hrsg.) (2004): Überleitung und Case Management in der Pflege. Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG. Hannover
- Statistisches Bundesamt** (Hrsg.) (2009a): Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Statistisches Bundesamt. Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt** (Hrsg.) (2009b): Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser. Statistisches Bundesamt. Fachserie 12, Reihe 6.1.1., Wiesbaden

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Hrsg.) (2008):
Demografischer Wandel in Deutschland; Heft 2: Auswirkungen auf die
Krankenhausbehandlung und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern

Stratmeyer, P.; Stemmer, R. (2009): Interprofessionelles Team : Kooperatives
Prozessmanagement verbessert Zusammenarbeit. *Die Schwester Der
Pfleger* 2009.09: 903-908

Schwaiberger, M. (2002): Case-Management im Krankenhaus. Bibliomed-
Verlagsgesellschaft mbH.Melsungen

Anhang

Pflegeleitbild



Pflegeleitbild

der FEK Friedrich-Ebert-Krankenhaus
Neumünster GmbH

Im Mittelpunkt unserer Pflege steht der Mensch

Unser Verständnis von Pflege ist die Begleitung von Patienten und Angehörigen durch alle Lebens- und Krankheitsphasen.

Die persönliche Lebensgeschichte jedes Einzelnen gehört zu den Grundlagen unseres Handelns.

Das größtmögliche Maß an Selbstverantwortung und Lebensqualität wird für Sie angestrebt.

Wir achten Ihre Persönlichkeit und Ihr soziales und kulturelles Umfeld.

Dieses erreichen wir durch eine individuelle, bedürfnisorientierte und gesundheitsfördernde Pflege und Betreuung.

Unser Weg

Ihr benötigter Pflegebedarf wird individuell eingeschätzt, mit Ihnen geplant und organisiert.

Unser Pflegekonzept beinhaltet, Sie aktiv am Genesungsprozess zu beteiligen.

Dabei wollen wir bei Bedarf Ihre Angehörigen und Freunde mit Ihrem Einverständnis integrieren.

Wir stellen Ihnen unsere Arbeit nach dem aktuellsten Stand der Pflegewissenschaft zur Verfügung.

Unsere Begleitung endet nicht mit Ihrer Entlassung, sondern bezieht weitere Bereiche unseres Gesundheitssystems mit ein.

Wir wissen, dass ein Pflegeleitbild kein starres Produkt ist, sondern immer wieder der Überprüfung bedarf und sich an den jeweiligen neuen Bedingungen und Veränderungen zu orientieren hat.