

Belegungsmanagement – Ein Instrument der Kapazitätsplanung in der Klinik

| I Allgemeiner Teil | Seite |
|--|--------------|
| Inhaltsverzeichnis | 1 |
| Abbildungsverzeichnis | 5 |
| Tabellenverzeichnis | 5 |
| Abkürzungsverzeichnis | 6 |
| | |
| II Theoretischer Teil | |
| 1 Einleitung..... | 7 |
| 1.1 Problemstellung und notwendige Strukturveränderungen..... | 8 |
| - Belegungsmanagement- Ein Instrument der Kapazitätsplanung..... | 9 |
| 1.2. Begriffserklärungen und Definition der Begriffe Kapazität und Kapazitätsplanung..... | 9 |
| - Definitionsentwicklung des Begriffs „Kapazitätsplanung in der Klinik“..... | 11 |
| 1.3 Forschungsinteresse und Erkenntnisgewinn..... | 13 |
| - Forschungsfeld..... | 13 |
| - Forschungsfragen..... | 14 |
| 1.4 Vorgehensweise und Zielsetzung der vorliegenden Arbeit..... | 15 |
| 1.5 Historische Entwicklung des Begriffs Belegungsmanagement..... | 16 |
| - Sozialwissenschaftliche Betrachtung der Begriffe Care- und Case Management..... | 16 |
| 1.6 Begriffserklärungen und Tätigkeitsfelder..... | 18 |
| - Strukturierung der Begriffsvielfalt..... | 19 |
| - Definition Belegungsmanagement für die vorliegende Arbeit..... | 20 |
| 1.7. Auswirkungen des Belegungsmanagements..... | 21 |
| - Organisatorische Auswirkungen..... | 21 |
| - Ökonomische Auswirkungen..... | 24 |
| 1.8 Krankenhausstrukturen in Deutschland..... | 25 |
| - Hierarchieparadigma..... | 25 |
| - Soziologieparadigma..... | 27 |
| - Heilungsparadigma..... | 28 |

| | |
|--|----|
| 1.9 Zwischenfazit des theoretischen Teils..... | 30 |
| 2 Literaturrecherchen..... | 31 |
| - Datenbanken..... | 31 |
| - Schlagwortsuche..... | 31 |
| - Treffergenerierung deutscher Schlagworte..... | 32 |
| - Treffergenerierung englischer Schlagworte mit thesaurischen Suchbegriffen..... | 32 |
| 2.1 Erste Ergebnisse der Literaturrecherche..... | 33 |
| 2.2 Katalogisierung der Literaturrecherche..... | 34 |
| - Auszug der Publikationschronik zur historischen Entwicklung von Case Management zum Belegungsmanagement in Deutschland..... | 34 |
| 2.3 Literaturanalysen..... | 35 |
| 2.4 Themenbereiche zur Interview- Leitfadententwicklung..... | 36 |
| 2.5 Fazit der Literaturrecherche- und Analyse..... | 38 |
| III Methodischer Teil / Empirischer Teil | |
| 3 Definition Empirische Sozialforschung (soziologisch)..... | 39 |
| - Vorgehen anhand der Methode..... | 39 |
| 3.1 Historische Entwicklung der qualitativen Sozialforschung..... | 40 |
| - Soziologische Entwicklung der Sozialforschung..... | 41 |
| - Psychologische Entwicklung der Sozialforschung..... | 41 |
| 3.2 Herstellung sozialer Wirklichkeiten..... | 41 |
| 4 Gütekriterien nach Mayring..... | 42 |
| 5 Datenerhebung..... | 44 |
| 5.1 Interview als Instrument qualitativer Forschung..... | 44 |
| - Intention zur Methodenwahl..... | 44 |
| 5.2 Formen des qualitativen Interviews..... | 45 |
| 6 Vorgehen anhand der Methode..... | 46 |
| 6.1 Theoretische Vorüberlegungen..... | 46 |
| - Forschungsethik..... | 46 |
| - Interviewtechnik..... | 47 |
| - Rolle und Fähigkeiten des Interviewers..... | 48 |
| - Samplingstrategie..... | 49 |

| | |
|---|----|
| - Ein- und Ausschlusskriterien..... | 49 |
| - Akquise der Interviewpartner..... | 50 |
| - Beispielhafte Belegungsmanagement Standorte gemäß der Einschluss- kriterien..... | 51 |
| - Expertengruppe..... | 52 |
| 6.2 Durchführung des Interviews..... | 52 |
| - Kurzfragebogen..... | 53 |
| 6.3 Interviewleitfaden..... | 53 |
| - Pretest..... | 53 |
| - Fragestellungen..... | 54 |
| 6.4 Interviewvorgehen..... | 55 |
| 6.4.1 Postskript..... | 59 |
| 6.4.2 Transkript..... | 59 |
| - Transkriptionsregeln nach Flick..... | 60 |
| 7 Datenauswertung..... | 62 |
| 7.1 Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring..... | 62 |
| - Bestimmung der Analyseeinheiten..... | 62 |
| - Paraphrasierung inhaltstragender Textstellen..... | 62 |
| - Generalisierung der Paraphrasen..... | 63 |
| - Erste und zweite Reduktion..... | 63 |
| - Kategoriebildung (methodisch) | 64 |
| 7.2 Episodenidentifikation (methodisch)..... | 65 |
| 7.3 Fazit des methodischen Teils..... | 66 |
| | |
| IV Ergebnisteil / Empirischer Teil | |
| 8 Definition Empirische Sozialforschung..... | 67 |
| 8.1 Darstellung des Kategoriensystems (empirisch) | 67 |
| 8.2 Darstellung einzelner Kategorien..... | 69 |
| 8.3 Episodenidentifikation (empirisch)..... | 83 |
| - Episodenidentifikation Belegungsmanager..... | 84 |
| - Episodenidentifikation Vorgesetzte..... | 84 |
| 8.4 Hauptkategorienbildung bezogen auf die Forschungsfrage..... | 85 |
| 8.5 Andere Ergebnisse..... | 86 |

| | |
|--|----|
| 9 Interpretation der Ergebnisse..... | 88 |
| 9.1 Beziehungsbildung der Hauptkategorien..... | 89 |
| - Netzwerkmodell Belegungsmanagement..... | 90 |
| 9.2 Gegenüberstellung der Hauptkategorien und Nebenergebnisse..... | 90 |
| - Teilsteuerungsprozess Patientenmanagement..... | 91 |
| 9.3 Fazit des Ergebnisteils..... | 92 |

V Schlussteil

| | |
|--|-----|
| 10 Abgleich zwischen Theorie und Empirie..... | 93 |
| 10.1 Diskussion der Ergebnisse und Erkenntnisgewinn..... | 98 |
| 10.2 Schlussfolgerungen..... | 99 |
| 10.3 Methodenkritik anhand der Gütekriterien Mayrings..... | 107 |
| 10.4 Kritische Würdigung der Arbeit und der angewandten Verfahren..... | 108 |
| 10.5 Resümee und Ausblick..... | 109 |

VI Verzeichnisteil

| | |
|---------------------------|-----|
| Literaturverzeichnis..... | 113 |
| Internetverzeichnis..... | 120 |

VII Anhangteil

| | |
|------------------------|-----|
| Anhangverzeichnis..... | 124 |
|------------------------|-----|

Erklärung der Eigenständigkeit

Einverständniserklärung

Abbildungsverzeichnis

| | Seite |
|---|--------------|
| Abbildung 1 Belegungsbalance..... | 23 |
| Abbildung 2 Beispielhafte Belegungsmanagement- Standorte Deutschlands..... | 51 |
| Abbildung 3 Netzwerkmodell Belegungsmanagement..... | 90 |
| Abbildung 4 Teilsteuerungsprozess Patientenmanagement..... | 111 |
| Abbildung 5 Leistungssteuerungsprozess Patienten- Fallmanagement..... | 112 |

Tabellenverzeichnis

| | Seite |
|--|--------------|
| Tabelle 1 Strukturierung der Begriffsvielfalt..... | 19 |
| Tabelle 2 Auszug der Begriffsvielfalt Belegungsmanagement.... | 19 |
| Tabelle 3 Kapazitätsplanungs- Abschläge Belegungsmanagement Klinik..... | 22 |
| Tabelle 4 Treffergenerierung deutscher Suchbegriffe..... | 32 |
| Tabelle 5 Treffergenerierung englischer Schlagworte mit thesaurischen Suchbegriffen..... | 32 |
| Tabelle 6 Ein- und Ausschlusskriterien Interviewpartner..... | 50 |
| Tabelle 7 Transkriptionsregeln mit Interviewbeispieltexten..... | 61 |
| Tabelle 8 Generalisierungsbeispiel..... | 63 |
| Tabelle 9 Reduktionsbeispiel..... | 64 |
| Tabelle 10 Organisationsdiagnostische Vorüberlegung zur Implementierung von Belegungsmanagement..... | 105 |

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|-------------------------|---|
| Abs. | Absatz |
| Adj. | Adjektiv |
| a. a. O. | am angegebenen Ort |
| Bez. | Bezeichnung |
| bzw. | beziehungsweise |
| d.h. | das heißt |
| et al. | et alii (und andere) |
| etc. | et cetera |
| ff | fortfolgende |
| (Hrsg.) | Herausgeber |
| NRW | Nordrhein-Westfalen |
| RP | Rheinland-Pfalz |
| S. | Seite |
| SS. | Seiten |
| vgl. | Vergleiche |
| WWW ¹ | World Wide Web |
| z.B. | Zum Beispiel |
| Z. | Zeile |
| Zz. | Zeilen |
| | |
| BM | Belegungsmanager (Abkürzung für die vorliegende Arbeit gewählt) |
| CM | Case Manager |
| VG | Vorgesetzter |

¹ Zur besseren Lesbarkeit wird im Abkürzungsverzeichnis sowie im gesamten Text auf die vollständige Angabe der Internetadresse verzichtet. Die vollständigen Internetadressen mit Datum und Uhrzeitangabe des Besuchs, sind im Internetverzeichnis zu finden.

II Theoretischer Teil

1 Einleitung

Steigende Lebenserwartung, Multimorbidität, medizinischer Fortschritt und die Einführung des G- DRG- Systems zwingen Krankenhäuser dazu, ihre Leistungen zu optimieren. Durch die Einführung der „Diagnosebezogenen Fallgruppen“ (DRGs) wird der Behandlungsfall die bestimmende Steuerungsgröße.

„Das Patientenfallmanagement wird zentraler Punkt der Leistungssteuerung im Krankenhaus und neue Aufgabe des Leistungscontrollings“ (Rogge, In: Vetter; Hoffmann, 2005, S. 108).

Optimierung der Leistungsprozesse kann dazu führen, dass Patienten² vor ihrer vollständigen Genesung nach Hause oder in eine weiter betreuende Einrichtung entlassen werden (vgl. Döpinghaus; Weidner; et al., 2004, S. 11). Für die Patienten bedeutet dies möglicherweise, dass sie immer schneller und kränker aus dem Krankenhaus entlassen werden (vgl. Roth & Settelen – Strub, 1996, In: Berger, et al. 2000, S. 9).

In der Konsequenz ist die Anzahl der Krankenhausbetten in allen Bundesländern kontinuierlich gesunken (vgl. Merten, 2003, S. 100).

Es ist zu beobachten, dass von 1991 bis 2007 in bundesdeutschen Krankenhäusern 159 000 Betten abgebaut wurden, die Bettendichte sank um 26%. Je 100 000 Einwohner ging die Anzahl von 832 Betten auf 616 Betten zurück (vgl. <http://www.destatis.de/>).

Ebenfalls rückläufig ist die Zahl der Krankenhäuser. Während es 1991 in Deutschland 2411 Krankenhäuser gab, waren es Ende 2007 noch 2087 Einrichtungen. Seit Anfang der 1990er Jahre wurde somit jedes achte Krankenhaus entweder geschlossen oder ist im Rahmen einer Fusion in einem anderen Haus aufgegangen (vgl. a. a. O.).

Die beobachteten Verweildauerkürzungen und die steigende Anzahl stationär behandelter Patienten führt zu Leistungsverdichtung (vgl. Merten, 2003, S. 100).

² In der vorliegenden Arbeit wird auf eine Aufzählung beider Geschlechter (die Patientin und der Patient) oder die Verbindung beider Geschlechter (die Belegungsmanagerin und der Belegungsmanager) zugunsten einer möglichst einfachen Lesart des Textes verzichtet. Daher soll an dieser Stelle betont werden, dass bei Personenbezügen beide Geschlechter gemeint sind und Frauen nicht benachteiligt werden sollen.

Diametral zu den oben genannten Aussagen ist nach neuesten Prognosen des statistischen Bundesamtes damit zu rechnen, dass es aufgrund der Verschiebung der Altersstruktur der Patienten zu einem Anstieg der Fallzahlen im Krankenhaus kommen wird.

Das Bundesamt rechnet mit einem Fallzahlen- Anstieg von 17 Mio. auf 19 Mio. Bis zum Jahr 2030 ein Anstieg von 12% und eine Erhöhung der Verweildauer um 0,5 Tage täglich (vgl. <http://www.vde.de/de/>).

„Begründet wird dieser Anstieg damit, dass bezogen auf das Jahr 2005 ca. 38% mehr Personen im Alter über 60 Jahre in Deutschland leben werden. Das ist genau jene Altersgruppe, in der ein starker Anstieg an Krankenhausfällen zu verzeichnen ist.“ (a. a. O.)

1.1 Problemstellung und notwendige Strukturveränderungen

Aus dem vorangegangenen Diskurs ergeben sich möglicherweise spitzfindige Fragen, wie:

Sind bundesdeutsche Kliniken auf den scheinbar rückläufigen Trend weiterer Verweildauerkürzungen eingestellt?

Rechnen deutsche Klinikmanager möglicherweise nicht damit, dass demografische Entwicklung, Multimorbidität und zunehmende Demenz Erkrankung trotz sinkender Bettenzahl Fallzahlsteigerung und Verweildauer Anstieg mit sich bringen?

Merten konstatiert, dass die steigende Anzahl stationär behandelte Patienten zu Leistungsverdichtung führt und notwendige Abstimmungsprozesse erfordert (vgl. Merten, 2003, S. 100). Die Abstimmungsprozesse zwischen interner und externer Zusammenarbeit haben zur Folge, dass detaillierte Informationen vermehrt und rascher zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen und Einrichtungen ausgetauscht werden müssen (vgl. a. a. O., S. 9).

Die genannten Rahmenbedingungen und Kostensenkungsprogramme des Gesetzgebers führen zunehmend zu notwendigen Strukturveränderungen in der Klinik³ (vgl. Isfort, 2007, S. 716).

³ Zugunsten einer möglichst einfachen Lesbarkeit wird eine Einrichtungsbezeichnung (Klinik) gewählt, wobei das selbstverständlich auch auf Krankenhäuser zutrifft.

Die Autoren *Huke, Güse* und *Spieß* beschreiben, dass innovative Planungsinstrumente gefordert sind, um trotz reduziertem Ressourceneinsatz eine Auslastungssteigerung zu erreichen (vgl. Huke; Güse; Spieß, 2009, S. 50). Des Weiteren beschreiben die Autoren, dass professionelles Belegungsmanagement⁴ als Schlüssel einer rationellen, umfassenden Ressourcensteuerung anzusehen ist (vgl. a. a. O., S. 50). Um jedoch Ressourcen rationell steuern zu können, ist Transparenz über Kapazitäten notwendig.

Die unter 1.1 gestellten Ausgangsfragen, haben zur Forschungsfrage geführt, ob professionelles Belegungsmanagement als ein mögliches Instrument zur Kapazitätsplanung in der Klinik anzusehen ist.

Weitere Forschungs- und Untersuchungsfragen werden unter 1.3 zu Forschungsinteresse und Erkenntnisgewinn beschrieben.

Belegungsmanagement- Ein Instrument der Kapazitätsplanung

Zum Verständnis, warum Belegungsmanagement als ein Instrument der Planung von Kapazitäten ist, werden nachfolgend die Grundlagen Begriffe zu „Kapazität“ allgemein,

„Betriebswirtschaftlicher Definition Kapazität“,

„Betriebswirtschaftlicher Definition Kapazitätsplanung“ und

„Definition Kapazitätsplanung in der Klinik/ dem Krankenhaus“ beschrieben.

Die Begriffsdefinition „Kapazitätsplanung in der Klinik“ erfolgt unter der beispielhaften Differenzierung nach Betten- und OP Kapazität.

1.2. Begriffserklärungen und Definition der Begriffe Kapazität und Kapazitätsplanung

Etymologisch geht das seit dem 16. Jahrhundert bezeugte Fremdwort auf lat. *capacitas* „Fassungsvermögen, geistige Fassungskraft“ zurück. „[...]“

⁴ Nach Abschluss der Literaturrecherche wird deutlich, dass eine Begriffsvielfalt zum Begriff Belegungsmanagement existiert. Daher wird für die vorliegende Arbeit eine Definition für den Begriff Belegungsmanagement entwickelt, die nur für die vorliegende Arbeit Geltung findet und unter 1.6 näher definiert ist.

Das zugrunde liegende Adjektiv lat. *Capax* »viel fassend; befähigt, tauglich« ist abgeleitet von lat. *capere* »nehmen, fassen; begreifen« (vgl. *kapieren*)“ (Wermke, 2001, S. 388)

Betriebswirtschaftliche Definition des Begriffs Kapazität

Meint das

„Nutzungspotential, maximales Produktionsvermögen eines Potenzialfaktors bzw. eines Potenzialfaktorsystems (Arbeitssystems) in quantitativer (→ [quantitative Kapazität](#)) und qualitativer Hinsicht (→ [qualitative Kapazität](#)) für eine definierte Bezugsperiode. In Abhängigkeit vom technischen oder organisatorischen Verbund der Potenzialfaktoren bzw. Potenzialfaktorsysteme lässt sich die Kapazität einer Produktionsstelle, einer Produktionsstufe, eines Produktionswerkes (-betriebes) und einer ganzen Unternehmung unterscheiden.“ (Arentzen, Winter, 1993, S. 1774)

Betriebswirtschaftliche Definition des Begriffs Kapazitätsplanung

Beinhaltet die

„Bestimmung der Planungsgrößen (→ Bezugsgrößen) aufgrund der vorhandenen Kapazität, ausgehend von der theoretischen Maximalkapazität. Um Kapazitätswerte zu erhalten, die als Grundlage der Gemeinkostenplanung geeignet sind, müssen von den theoretischen Maximalkapazitäten der einzelnen Kostenstellen folgende Abschläge gemacht werden: a) Umrechnung auf die geplanten Schichtzeiten, b) Berücksichtigung der optimalen → Intensitäten, c) Berücksichtigung von Leerzeiten (→ Kapazitätsauslastungsmaximierung) d) Berücksichtigung von technischen Engpässen des Produktionsablaufes.“ (Arentzen, Winter, 1993, S. 1775)

Definition der Kapazitätsplanung in der Klinik

Die Suche nach einer einheitlichen und konkreten Definition zu „Kapazität in der Klinik/ dem Krankenhaus“ sowie „Kapazitätsplanung in der Klinik/ Krankenhaus“ ist nach erfolgter Literaturrecherche erfolglos⁵.

Analog der wirtschaftlichen Definition zu „Kapazitätsplanung“ sprechen *Vetter* und *Hoffmann* von Leistungssteuerung, aber nicht explizit von Kapazitätsplanung oder vorhandenen Kapazitäten (vgl. *Vetter; Hoffmann, 2005, S. 108*).

Für *Fleiß* hingegen ist eine effiziente Ressourcen Nutzung notwendig, um eine möglichst hohe Leistung zu erreichen. Er stellt heraus, dass die

⁵ Die ausführliche Literaturrecherche- und Analyse wird unter 2 dargelegt.

Leistung als Gesamtsystem zu sehen ist (vgl. Fleßa, 2007, S. 15). In ihrem Arbeitsbericht zum Management im Gesundheitswesen, weisen *Kuntz* und *Scholtes* in ihrer Effizienzanalyse zur Unterstützung der Krankenhausplanung darauf hin, dass „[...] oftmals noch die Kapazitätsnutzung, d.h. der prozentuale Anteil der durchschnittlich belegten Betten als Indikator für eine effiziente Kapazitätsnutzung herangezogen [...]“, werden (Kuntz; Scholtes, 2004, S. 5). Die Deutsche Krankenhausgesellschaft ermittelt den Bettenbedarf (Krankenhausbedarfplan) analog der aus den USA stammende Hill-Burton Formel (HBF), die lautet:

$$\text{„HBF} = \frac{E \times KH \times VD \times 100}{BN \times 1000 \times 365} = \text{Bettenbedarf“}$$

$BN \times 1000 \times 365$

(<http://www.dkgev.de>)

Nach Aussagen der Autoren ist es üblich, „[...] die Effizienz eines Systems durch das Verhältnis von Systemoutput je Einheit Systeminput zu messen.“ Sie vergleichen die Messung mit dem Vorgehen in der Physik, bei dem Leistung als Arbeit pro Zeiteinheit definiert ist und übertragen das Vorgehen auf die Ermittlung des Bettenbedarfs:

„Verhältniskennzahlen, wie zum Beispiel „Kosten je Fall“, Patientendurchlauf („Fälle je Bett“), Verweildauer („Behandlungstage je Fall“) oder aber auch die Auslastung („Behandlungstage je Bettentag“) werden im Rahmen von Benchmarkprojekten genutzt [...]“ (Kuntz; Scholtes, 2004, S. 6)

Kuntz und *Scholtes* weisen darauf hin, dass ein Problem bei der Nutzung oben genannter Kennzahlen ist, dass sie unvollständig sind und wichtige Input- bzw. Outputfaktoren vernachlässigt werden (vgl. a. a. O., S. 6). Daher ist die Hill- Burton Formel zur Definition von Bettenkapazitätsplanung in der Klinik nicht hilfreich.

Definitionsentwicklung des Begriffs „Kapazitätsplanung in der Klinik“

Nachfolgend wird eine Definition expliziert, die für die vorliegende Arbeit entwickelt wurde und nur für diese Arbeit Geltung findet.

Kapazitäten in der Klinik werden in der vorliegenden Arbeit mit Ressourcen gleichgesetzt. Die Autoren *Schubert* und *Klein* publizieren, dass der Begriff Ressource dem franz. entlehnt ist und

„[...] ein politisch- ökonomischer Begriff für die (materiellen, finanziellen und

personellen) Mittel,“ ist, „ die eingesetzt werden können (oder müssen), um gesetzte (politische etc.) Ziele zu erreichen.“ (Schubert, Klein, 2006)

Belegungsmanagement-

Ein Instrument der Kapazitätsplanung in der Klinik

Bezogen auf die zu erreichende Auslastungssteigerung, (vgl. Huke, et al., 2009, S. 50) werden in Anlehnung an *Schubert/ Klein* und *Arentzen* für die vorliegende Arbeit personelle, räumliche und finanzielle Mittel, die für den Klinikablauf erforderlich und verfügbar sind, mit Ressourcen oder Planungsgrößen gleichgesetzt.

Anders gesagt, sind in Anlehnung an *Schubert/ Klein* und *Arentzen* Kapazitäten die Ressourcen oder Planungsgrößen in einer Klinik und Kapazitätsplanung ist die Ressourcen- oder Planungsgrößenplanung einer Klinik, um die ökonomischen Ziele zu erreichen.

Ausschöpfung des Nutzungspotentials

Um das Nutzungspotential maximal ausschöpfen zu können ist zur Kapazitätsplanung einer Klinik die Berücksichtigung vieler Einflussfaktoren notwendig. Beispielhaft, für den chirurgischen Bereich, seien genannt:

- Personal Kapazität (Pflege, Ärzte, Fachpflegepersonal, Operateur, Sozialarbeiter, Servicekräfte, Verwaltungsangestellte, etc.)
- Medizingeräte Kapazität (Röntgen, EKG, CT etc.)
- OP Kapazität (Saalkapazität, OP- Planung)
- Betten Kapazität (Regelleistungs- und Wahlleistungszimmer, Intensiv- und Isolationsbetten, abteilungsübergreifende Belegung)

Wie bereits in der betriebswirtschaftlichen Definition „Kapazitätsplanung in der Wirtschaft“ beschrieben, wird deutlich, wie facettenreich „Kapazitätsplanung in der Klinik“ ist und dass Kapazitäten auf verschiedenen Ebenen geplant werden müssen, um dann im Gesamtprozess aufzugehen. Somit erklärt sich, dass Belegungsmanagement nur als ein Instrument der Kapazitätsplanung verstanden werden kann. Die Planung der OP Kapazitäten, gesteuert durch das OP Management wird in Teil B der vorliegenden Arbeit dargestellt.

1.3 Forschungsinteresse und Erkenntnisgewinn

Die Anzahl der Krankenhäuser- und Betten ist kontinuierlich in allen Bundesländern gesunken. Verweildauerkürzungen und die steigende Anzahl stationär behandelter Patienten führt zu Leistungsverdichtung und Bedingen schnelleren, detaillierteren Informationsaustausch zwischen den Berufsgruppen (vgl. Merten, 2003, S. 100). Neuesten Berichten des Statistischen Bundesamtes zufolge, ist aufgrund des demografischen Wandels mit Verweildaueranstieg zu rechnen (vgl. <http://www.vde.de/de/>).

Die genannten Rahmenbedingungen erfordern zunehmend notwendige Strukturveränderungen in der Klinik (vgl. Isfort, 2007, S. 716).

Die notwendigen Veränderungen führen nach *Bostelaar* zum Aufweichen von Berufsgrenzen und zur Neuordnung von Verantwortungs- und Tätigkeitsbereichen (vgl. Bostelaar, 2008, S. 14).

Jedoch werden diese notwendigen Strukturveränderungen von alten, hierarchischen Strukturen, soziale Rollen und Arbeitsabläufen in Frage gestellt (vgl. a. a. O., S. 14).

Forschungsfeld

Die Autoren *Huke*, *Güse* und *Spieß* beschreiben in ihrer Untersuchung⁶, dass innovative Planungsinstrumente gefordert sind, um trotz reduziertem Ressourceneinsatz eine Auslastungssteigerung zu erreichen (vgl. Huke; Güse; Spieß, 2009, S. 50). Die genannten Autoren kommen zu dem Schluss, dass professionelles Belegungsmanagement als Schlüssel einer rationellen, umfassenden Ressourcensteuerung anzusehen ist (vgl. a. a. O., S. 50).

Bisher liegen weder Berichte über die Definition noch zu dem Begriff Belegungsmanagement selbst in der Klinik oder dem Krankenhaus vor.

Worin und wodurch sich der Begriff Belegungsmanagement von den Begriffen Aufnahme-, Entlassungs- oder Case Management unterscheidet, ist ebenso unklar.

⁶ Nach Rücksprache mit den Autoren wurde eine Befragung ohne Vorliegen wissenschaftlicher Studien durchgeführt.

Vor diesem Hintergrund ist es nahe liegend, sich verstärkt mit Belegungsmanagement in der Klinik und den Erfahrungen die bei und mit der Einführung gemacht wurden, auseinander zu setzen.

Die nachfolgende Literaturrecherche verdeutlicht, dass viele Studien dem Thema Case Management gewidmet sind, aber bisher keine Studie in Deutschland sich mit Belegungsmanagement in der Klinik beschäftigt hat.

Lediglich in der Altenpflege finden sich Publikationen zu Belegungsmanagement. Diese sind nicht übertragbar auf den Klinikbereich, da sie sich überwiegend mit Marketingstrategien beschäftigen.

Daher besteht sowohl wissenschaftliches als auch managerielles Forschungsinteresse bezüglich der Thematik. Die vorliegende Arbeit soll erste Erkenntnisse zu Belegungsmanagement in der Klinik liefern und die Erfahrungen von Experten werden durch Interviewzitate dargestellt und analysiert.

Forschungsfragen

Die Forschungsfragen der vorliegenden Arbeit greifen das Erleben und die Erfahrungen von Belegungsmanagern und ihren Vorgesetzten zum Thema Belegungsmanagement in der Klinik auf.

Die Autoren *Gläser* und *Laudel* unterscheiden zwischen Untersuchungs- und Forschungsfragen innerhalb wissenschaftlicher Untersuchungen. Während Untersuchungsfragen als soziologische Variablen dienen können, haben Forschungsfragen wissenschaftlicher Arbeiten das Ziel globale Wissenslücken zu schließen (vgl. Gläser; Laudel, 2009, S. 78).

Die Untersuchungsfragen der vorliegenden Arbeit beschäftigen sich mit möglichen Effekten wie Fallzahlsteigerung und Verweildauerkürzung durch Belegungsmanagement.

Die unter 1.1. gestellten Ausgangsfragen haben zu folgenden Forschungsfragen geführt:

1. Können alte, verkrustete Strukturen durch strukturiertes Belegungsmanagement überwunden werden?
2. Eignet sich professionelles Belegungsmanagement als mögliches Instrument zur Kapazitätsplanung in der Klinik?

1.4 Vorgehensweise und Zielsetzung der vorliegenden Arbeit

Ausgehend der Definitionsvielfalt und der uneinheitlichen Zielsetzung des Case Managements, werden in den folgenden Kapiteln zunächst die historische Entwicklung des Begriffs Belegungsmanagement vorgestellt.

Anschließend werden organisatorische, soziale und ökonomische Auswirkungen des Belegungsmanagements, sowie die Krankenhausstrukturen in Deutschland dargelegt.

Die englischen Zitate werden vor der wörtlichen Zitation ins Deutsche übersetzt.

Das Kapitel „Literaturrecherche“ beschreibt den Zugang der verschiedenen Datenbanken und den Weg zu den Interview-Fragestellungen.

Das Vorverständnis ist als vorläufig anzusehen, da qualitative Forschung, nach *Kleinjung*, den Weg der Überwindung des Vorverständnisses im Forschungsprozess geht. Erst aufgrund der Datenerhebungsergebnisse kommt der Forscher durch Interpretationstechniken zu typisierenden Aussagen und darüber zu theoretischen Konzepten über die Konstellationen sozialer Wirklichkeit (vgl. Kleinjung, 1982, In: Lamnek, 2005, S. 347).

Der Empirische Teil gliedert sich in die Bereiche Methodische Einführung, Vorgehen anhand der Methode und Darstellung der Ergebnisse. Im Ergebnisteil ist jedes Interviewzitat alphabetisch, mit Seitenzahl und Zeilennummer gekennzeichnet. Beim Abgleich zwischen Theorie und empirischen Ergebnissen, sind die Angaben zum Interview wie in der gesamten Arbeit im Fließtext hinterlegt.

Im Ergebnisteil wird aufgrund der vorangegangenen Kategoriebildung, ein Netzwerkmodell entwickelt, wie die Experten aufgrund ihrer Erfahrung die Wirkungsweise von Belegungsmanagement erleben.

Die vorliegende Arbeit liefert erste empirische Erkenntnisse, zu den Fragen, ob sich Belegungsmanagement als Instrument zur Kapazitätsplanung in der Klinik eignet und ob sich dadurch verkrustete Strukturen überwinden lassen.

1.5 Historische Entwicklung des Begriffs Belegungsmanagement

Wie die unter 2 beschriebene Literaturrecherche zeigt, handelt es sich bei dem Begriff Belegungsmanagement um ein junges Instrument, dessen Wurzeln im Case Management zu finden sind.

Unter Case Management versteht *Mühlbacher* eine „*Verfahrensweise in Gesundheits- und Sozialdiensten, mit der im Einzelfall die nötige Unterstützung, Behandlung und Versorgung von Menschen rationell bewerkstelligt wird.*“ (Mühlbacher 2002, S. 133ff, In: Dörpinghaus; Weidner et al., 2004, S. 31). Nach *Weidner* verfolgt das Konzept des Case Managements das Ziel einer „*[...] berufs- und institutions-übergreifenden Versorgung, die am individuellen Fall orientiert ist und damit die organisationalen und professionellen Grenzen überwinden kann*“ (Dörpinghaus; Weidner et al., 2004, S. 31).

Das so genannte Fallmanagement sollte Ende der siebziger Jahre in den USA Integrationsangebote für Bürger zugänglich machen. In der 1975 erlassene Durchführungsverordnung „Developmental Disabilities Act“ wurde in Amerika gesetzliche Hilfeplanung für Behinderte verbindlich verankert. Mit Case Management sollte diesem Personenkreis notwendige medizinische, soziale und erzieherische Unterstützung zuteil werden (vgl. www.geronto.at).

Sozialwissenschaftliche Betrachtung der Begriffe Care- und Case Management⁷

Schroeter kommentiert in seiner Veröffentlichung dass die „*[...] Begriffe Care und Case- Management heute oftmals synonym oder diffus benutzt werden [...]*“ und dass es bedeutende Unterschiede gibt (vgl. *Schroeter*, 2005, S. 153).

Ausgehend von einem Hinweis des britischen Gesundheitsministeriums, dass die Verwendung des Begriffs „Case Management“ für Nutzer personenbezogener Sozialer Dienstleistungen erniedrigend empfunden werden könne, sprach man in der Folge von „Care Management“ (vgl. *Fürst*, 2008, S. 64, In: *Bakic*, et al., 2008).

⁷ Hier sind ausschließlich die Betrachtungen des Kieler Soziologen und Altersforschers Klaus R. Schroeters zugrunde gelegt.

Schroeter differenziert in seiner Abhandlung „Der pflegerische Blick“, dass das Case- Management eine einzelfallorientierte Ausgestaltungssystematik des Care Managements sei (vgl. *Schroeter*, 2005, S. 154). Seiner Maxime folgend, sind Care- und Case Management zwei Steuerungsmodelle, die auf unterschiedlichen Ebenen auf Kooperation und Vernetzung abzielen.

Care Management ist angesiedelt an Schnittstellen von Organisation- und Gesellschaftsebenen und bedient gewissermaßen gesellschaftliche Meso- und Makroebene. Voraussetzung ist, dass das Instrument als kooperatives Steuerungsinstrument eingesetzt wird.

Case Management ist angesiedelt an Schnittstellen von Interaktions- und Organisationsebenen und bedient die gesellschaftliche Mikro Ebene oder individuelle Handlungsebene. Voraussetzung ist, dass das Instrument als professionelle, personenbezogene Verfahrensweise auf die individuelle Lebensführung des Klienten eingesetzt wird. Notwendig dazu ist die Überbrückung der Grenzen der einzelnen Versorgungssysteme (vgl. a. a. O., S. 154 ff).

Seiner Definition nach verfolgt Case Management eine Präventiv- Absicht, d.h. durch ambulante Unterstützung soll stationäre Unterbringung vermieden werden. Dabei ist das Ziel, die Verwirklichung größtmöglicher Selbstständigkeit und Selbstbestimmung des Patienten, selbst unter gravierenden Erkrankungen. *Schroeters* Aussagen folgend, ist Case Management eine Methode organisierter Empowermentstrategien und bahnt dem Patienten den Zugang zu den für ihn erforderlichen Versorgungsleistungen.

Gemeinsamkeit von Care- und Casemanagement finden sich sowohl im methodologischen Bereich, als in funktioneller Hinsicht.

Methodologisch, handelt es sich einerseits um Vernetzungsstrategien zur Kooperation- und Koordination individueller Unterstützung.

Zum anderen um kollektive Versorgung.

Aus funktionaler Sicht handelt es sich um Annäherung und Zusammenführung der Sozial- und Gesundheitsdienste (vgl. a. a. O., S. 155).

1.6 Begriffserklärungen und Tätigkeitsfelder

Nach Aussagen *Löcherbachs* ist der Begriff Case Management im Gesundheitswesen „[...] mittlerweile in aller Munde“. Seiner Meinung nach kann weder von einer gemeinsamen Definition der Methode, noch von einem gemeinsamen Verständnis zu Besonderheit und Nutzen ausgegangen werden. *Wendt* stellt fest, dass in vielen Einrichtungen keine funktionale Verknüpfung der unterschiedlichen Dimensionen von Case Management in der Praxis erfolgt. Sondern lediglich einzelne Schritte des Managements auf unterschiedliche Einrichtungen verteilt sind und somit eine einheitliche Fallführung nicht erkennbar ist (vgl. *Wendt*, In: *Löcherbach*; *Klug*, et al., 2009, In: www.socialnet.de/rezensionen). Es sei festzustellen, „[...] dass das was über Case Management geschrieben wird, selten dem entspricht, was in der Anwendung als Case Management bezeichnet wird“ (a. a. O.).

Pape publiziert in „Case Management im Krankenhaus“, dass Begriffe wie Fall-, Versorgungs- oder Patientenmanagement oft synonym verwandt werden (*Pape*, In: *Bostelaar*, 2008, S. 17). Er ist ebenfalls der Ansicht, dass es sich oft nur um Teilaspekte des Case Managements handelt, wie zum Beispiel Aufnahme- oder Entlassungsmanagement oder um „[...] Maßnahmen zur Optimierung der Kodierqualität“ (vgl. a. a. O., S. 17). Nach *Weidner* et al. sind die Begriffe Pflege- Überleitung, Übergangspflege, Überleitungs- und Brückenpflege weit verbreitet und aus der vorhandenen Literatur geht keine einheitliche Bezeichnung hervor (vgl. *Dörpinghaus*; *Weidner*, 2004, S. 27). Für *Pape* sorgt die unübersichtliche Begriffsvielfalt für zusätzliche Verwirrung, da die „[...] Vielzahl an Definitionen von Case Management aus unterschiedlichen Handlungsfeldern“ hinzu kommt (vgl. *Pape*, In: *Bostelaar*, 2008, S. 17). Möglicherweise ist dies der Grund dafür, dass Case Management nicht „[...] drin ist, wo Case Management draufsteht“, (vgl. *Pape*, In: *Bostelaar*, 2008, S. 19).

Strukturierung der Begriffsvielfalt

Aufgrund des vorangegangenen Diskurses bilden sich die Begriffe Aufnahme-, Entlassungs-, Case- und Belegungsmanagement heraus. Die folgenden Tabellen verdeutlichen die begriffliche Vielfalt und die unterschiedlichen Definitionen und Zuordnungen der Themen.

| Begriff | Merkmal | Bezugsquelle |
|------------------------------------|---|---|
| Aufnahme- management | Mitunter Teilaspekt des Case Managements | vgl. Pape, In: Bostelaar, 2008, Seite 17 |
| Case Management | Verfahrensweise in Gesundheits- und Sozialdiensten zur individuellen Unterstützung, Behandlung und Versorgung von Menschen | vgl. Mühlbacher, In: Dörpinghaus, Weidner et. al. 2004, Seite 31) |
| Entlassungs- management | Erfassung der erwartbaren poststationären Versorgungsrisiken und des Unterstützungsbedarfs, wenn möglich innerhalb 24 Stunden nach Aufnahme | vgl. DNQP, Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege, 1. Aktualisierung 2009, Seite 10 |
| Belegungs- management | Schlüssel zu umfassender Ressourcensteuerung | vgl. Huke, Güse, Spieß, 2009, Seite 50 |

Tabelle 1: „Strukturierung der Begriffsvielfalt“, (Ableitung aus: Bezugsquelle), Eigene Darstellung

Weitere Differenzierung des Begriffs Belegungsmanagement

Bei der Internetrecherche zum Begriff Belegungsmanagement kristallisieren sich zusätzlich weitere Begriffe, wie Bettenkoordinator- und Betten und Ressourcen- Management heraus (vgl. Tabelle 2).

| Begriff | Merkmal | Allokation | Bezugsquelle |
|------------------------------------|--|-------------------|---|
| Zentrales Belegungs- management | Aufnahme, Belegung, Entlassung | Arzt | vgl. http://www.de |
| Zentrales Bettenmanagement | Patienten Aufnahme | EDV | vgl. http://www.de |
| Bettenkoordinator | Gesamtorganisation Der Bettenauslastung | Pflege | vgl. http://www.de |

Tabelle 2: „Auszug der Begriffsvielfalt Belegungsmanagement“ (Ableitung aus: <http://www.de>), Eigene Darstellung⁸

⁸ Zur Wahrung der Anonymität und um Rückschlüsse auf einzelne Interviewpartner zu vermeiden,

Aus der vorhandenen Literatur lässt sich weder eine einheitliche Bezeichnung noch eine einheitliche Definition der vielfältigen Begriffe ableiten (vgl. Dörpinghaus; Weidner, et al., 2004, S. 27). Daher kann der von Huke et al. propagierte Begriff Belegungsmanagement für den Gesamtprozess gelten (vgl. Huke; Güse; Spieß, 2009, S. 50). Da keine einheitliche Definition zum Begriff Belegungsmanagement existiert, wird für die vorliegende Arbeit eine Definition entwickelt, die ausschließlich für diese Arbeit Geltung findet.

Definition Belegungsmanagement für die vorliegende Arbeit:

Belegungsmanagement koordiniert/ steuert den gesamten Behandlungsprozess des Patienten inklusive des erforderlichen Informationsflusses.

Dieser beinhaltet die Planung des Diagnostik-, Therapie- bzw. OP Termins, die stationäre Aufnahme und Belegung, sowie die Planung des Entlassungs- oder Anschlussheilbehandlungstermins und poststationären Versorgungsbedarfs.

1.7 Auswirkungen des Belegungsmanagements

Organisatorische Auswirkungen

In ihrem Review „Ist gutes Betten Management die Lösung für Überlastung in Unfall- und Notaufnahmen?“ beschreiben die britischen Autoren *Proudlove, Gordon* und *Boaden*, dass Bettenmanagement ein wichtiger Bestandteil zur Planung und Steuerung operativer Kapazitäten sei. Die Aktivität liegt auf effizienter Nutzung der Ressourcen. *„BM forms an important part of operational capacity planning and control, a wider activity concerned with the efficient use of resources“* (Proudlove; Gordon; Boaden, 2003, S. 1)

Um allerdings Kapazitäten planen zu können, müssen gemäß der wirtschaftlichen Definition „Kapazitätsplanung“, von den theoretischen Maximalkapazitäten einzelner Kostenstellen Abschläge gemacht werden, um Kapazitätswerte zu erhalten (vgl. Arentzen; Winter, 1993, S. 1775). Hierzu empfiehlt *Fleßa*, *„ein Krankenhausmanager sollte“ „[...] die Grundlagen der Allgemeinen BWL daraufhin untersuchen, welche Teilbereiche für ihn hilfreich sind“* (Fleßa, 2007, S. 15).

Als Abschlag kann hier die Berechnung des statistischen Bundesamtes gelten. Diese legt fest, dass laut Krankenhausrahmenplänen in vielen Bundesländern eine Bettenauslastung von 85% als Maßstab für eine bedarfsgerechte Versorgung gilt, um ökonomischen Aspekten gerecht zu werden (vgl. <http://www.destatis.de/>).

Zur Bestimmung der Planungsgrößen, d.h. zur Realisierung der Belegungsplanung, werden nachfolgend die „Abschläge“ exemplarisch auf das Instrument der Belegungskapazität in der Klinik übertragen.

Wie die nachfolgende Darstellung verdeutlicht, ist hierbei zu berücksichtigen, dass es viele Einflussgrößen gibt und daher sinnvoll eine Maximalauslastung gemäß der Krankenhausrahmenpläne bei 85% zu definieren.

Abschlagsdefinition, bezogen auf das Belegungsmanagement in der Klinik

| <u>Abschläge gemäß Wirtschaftslexikon</u> | <u>Abschläge bezogen auf die Klinik</u> |
|--|---|
| a) Umrechnung auf die geplanten Schichtzeiten | - Medizingeräte - Personal - Arbeitszeitgesetz - Personal |
| b) Berücksichtigung auf die optimalen Intensitäten | - Optimale Bettennutzung unabhängig vom Versichertenstatus - Kohortenbildung - Fehlbelegung |
| c) Berücksichtigung von Leerzeiten | - Grundreinigung - Bettenleerstand - verplante Betten für OP Folgetag |
| d) Berücksichtigung technischer Engpässen des Produktionsablaufs | - Geschlecht - Sepsis/ Asepsis - Intensivbettenkapazität |

Tabelle 3: „Kapazitätsplanungs- Abschläge Belegungsmanagement Klinik “
(Ableitung aus: Definition „Kapazitätsplanung“, Arentzen; Winter, 1993, S. 1775),
Eigene Darstellung

Die oben vorgestellte Abschlagsdefinition für das Belegungsmanagement verdeutlicht, dass viele Faktoren berücksichtigt werden müssen um eine Maximalauslastung von 85% zu definieren. In einer chirurgischen Klinik ist es daher unabdingbar, den Flaschenhals OP und Bettenkapazität zu optimieren. Der Co- Autor der Publikation *Modernes Krankenhausmanagement Wichels* erklärt, dass Kosten verursacht werden, wenn Patienten tagelang auf die Entlassung oder einen OP Termin warten (vgl. www.mchinsy.de).

Den Autoren *Proudlove et al.* zufolge, ist praktisches Belegungsmanagement „zur Bettenfindung in Krisenzeiten“ mit täglicher Feuerwehrarbeit vergleichbar. Weiter beschreiben sie, dass verschobene Operationen oft Ergebnisse übergeordneter Probleme seien, speziell fehlender Entlassungen.

„[...] problems such as trolley wait and cancelled operations (for lack of a bed) are frequently the result of general problems at the discharge end of the process or arising from the activity patterns in emergency demand, elective demand, and discharge.“
(Proudlove et al., 2003, S. 2ff.)

Das bedeutet, dass jede OP Verschiebung eine verzögerte Entlassung nach sich zieht. Daher sollten die Bestrebungen dahin gehen, mögliche Gründe für Verschiebungen von Operationen zu minimieren.

Wenn jede OP Verschiebung eine Entlassungsverzögerung nach sich zieht, so zieht sie ebenfalls Aufnahmeverzögerung nach sich.

Dazu bemerkt Wichels,

„[...] Betrachten wie einen Patienten einmal als ein Werkstück, an dem verschiedene Experten in einer komplizierten Reihenfolge unterschiedliche Leistungen erbringen müssen. Viele bauen aufeinander auf, bei anderen sind Terminpläne zu koordinieren. Hier klemmt es häufig.“

Mal muss eine Operation um einen Tag verschoben werden, weil Laborergebnisse nicht vorliegen. Mal kann ein Patient nicht entlassen werden, weil ein Röntgenbild für die Abschlussuntersuchung noch fehlt.“

(vgl. Wichels, www.mckinsy.de)

Nachfolgende Grafik zeigt, dass bei einer 100% Auslastung ein neuer Patient nur aufgenommen werden kann wenn zuvor jemand entlassen wurde. Bezogen auf das Bett bedeutet das, nur ein frei gewordenes Bett kann belegt werden. Der Zufluss kann erst nach Abfluss erfolgen.

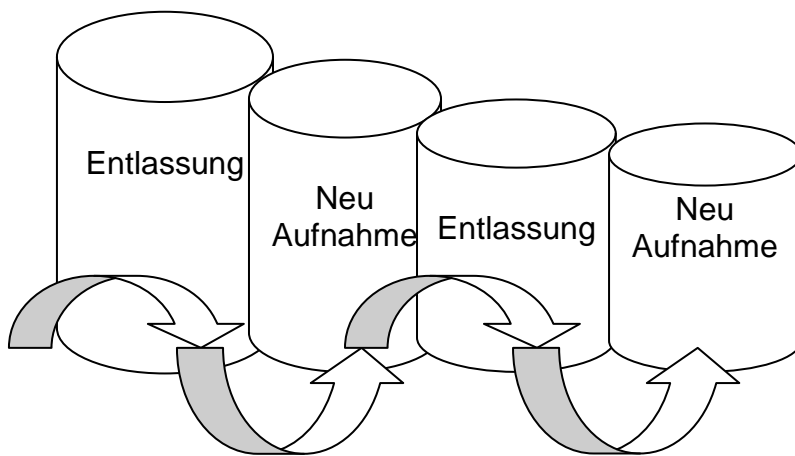


Abbildung 1: „Belegungsbalance“, Eigene Darstellung

Zur Belegungsbalance und Verweildauerreduktion können „[...] durch Einsparung des prästationären Tages [...]“ Kosten gesenkt und „[...] Potential für Mehrerlöse durch frei belegbare Betten“ geschaffen werden (Calero; Thüsing, 2008, S. 731).

Ökonomische Auswirkungen

In ihrer Publikation „Modernes Krankenhausmanagement“ beschreiben die Autoren *Salfeld, Hehner* und *Wichels* dass das deutsche Gesundheitswesen besser sei als sein Ruf. Allerdings gäbe es unter deutschen Krankenhäusern hinsichtlich einer effizienten Leistungserbringung, enorme Produktivitätsdifferenzen (vgl. Salfeld, et al., 2009, S. 2ff). Dazu führen die Autoren *Hoffmann* und *Vetter* aus, dass die Auswirkungen unklarer Prozessabläufe: längere Verweildauern, längere Wartezeiten für Patienten und suboptimale Qualität sind. Eine weitere Aussage ist, dass mit Beginn der DRG- basierten Finanzierung diese Defizite eine existentielle Bedrohung für Kliniken darstellen (vgl. Vetter; Hoffmann, 2005, S. 108). Diese Erkenntnis hat in einer norddeutschen Klinik zur Einführung einer Projektgruppe „Belegungsmanagement“ geführt. Mit dem Ziel, dass Belegungsmanagement alle geplanten und ungeplanten Aufnahmen, die Bettenbelegung, Verlegungen und Entlassungen steuert, um

„[...]allen Patienten zur richtigen Zeit einen adäquaten Behandlungsplatz zur Verfügung zu stellen und dabei die vorhandenen Kapazitäten optimal zu nutzen. Dabei basiert die Steuerung der Patientenflüsse auf den im Leistungsplan der Fachabteilungen festgelegten Kennzahlen.“

(Vetter, Hoffmann, 2005, S. 108)

Die Autoren *Proudlove* et al. beschreiben, dass die Tätigkeit eines Belegungsmanagers als sehr belastend empfunden wird. In England wurde ein eigenes Ausbildungsprogramm zur Unterstützung der Manager entwickelt und eingesetzt. Das Programm habe sich förderlich auf spätere Verhaltensweisen ausgewirkt (vgl. Proudlove, et al., 2007, Abstract). In einer anderen Veröffentlichung kommen die Autoren zu dem Schluss, dass sich durch strukturiertes Belegungsmanagement monetäre Effekte erzielen lassen (vgl. Proudlove, et al., 2003, S. 149). Dazu sind Belegungsmanager auf guten Informationsfluss innerhalb der Klinik angewiesen. Allerdings werden diese Informationen von anderen Berufsgruppen oftmals nicht weiter gegeben, sondern Belegungsmanager müssen sich die Informationen holen, um erfolgreich zu sein (vgl. Proudlove, et al., 2003, SS. 151- 153).

1.8 Krankenhausstrukturen in Deutschland

In deutschen Kliniken scheinen grundlegende Strukturveränderungen nur schwer umzusetzen sein. Dazu gibt *Simon* in „Die historische Entwicklung des deutschen Gesundheitssystems“ zu bedenken, dass die *„[...] vielfache Klage über eine Reformresistenz des bundesdeutschen Gesundheitswesens [...]“* *„[...]“* in der Regel auf einer Betrachtung lediglich der letzten zwei bis drei Jahrzehnte“ basiere (Simon, 2005, S. 13). Seine Frage lautet, was zwanzig bis dreißig Jahre sind, in Anbetracht der Tatsache dass die Strukturentwicklung mindestens fünfhundert bis eintausend Jahre zurückreicht? Grundzüge des deutschen Gesundheitswesens sind das Ergebnis einer über viele Jahrhunderte reichende Entwicklung. Um Grundzüge und Eigenarten des deutschen Systems nachvollziehen zu können, ist für *Simons* die Beschäftigung mit seiner Geschichte erforderlich (vgl. a. a. O., S. 13).

„Die Betrachtung der Entwicklung nicht nur der letzten Jahrzehnte, sondern über mehrere Jahrhunderte, zeigt die sukzessive Entwicklung und Entstehung eines Systems der sozialen Sicherung im Krankheitsfall, die getragen wurde und wird von tief in der Geschichte und Kultur verwurzelten sozialpolitischen Grundüberzeugungen.“ (Simon, 2005, S. 13)

Hierarchieparadigma

Der Beginn des deutschen Krankenhauswesens reicht bis in das frühe Mittelalter (vgl. Murken, 1988, S. 13). Vor über eintausend Jahren, *„[...] entwickelten sich auf dem Boden des aufblühenden Christentums mit seiner Idee der Nächstenliebe und der Barmherzigkeit, wie sie im Matthäusevangelium beschrieben wird, die ersten karitativen Wohlfahrtseinrichtungen“* (a. a. O., 1988, S. 13). Weiter beschreibt *Murken* in seiner Publikation „Vom Armenhaus zum Großklinikum“, dass mit der *„[...] Entfaltung des Christentums“* die Hospitäler dem Kranken Fürsorge zukommen ließen. Wobei die Krankenhäuser zunächst für die armen und ärmsten Einwohner erreicht wurden. Denn man ging davon aus, dass *„[...] die Hauspflege bei den nicht Notleidenden selbstverständlich war“*. Sollte dieser Personenkreis dennoch Hilfe benötigen, gab es in einigen Häusern *„[...] zusätzliche kleinere Krankenzimmer mit ein bis fünf Betten für so genannte Selbstzahler“* (Murken, 1988, S. 64ff). Wenn die *„[...]“*

Keimzelle stationärer Krankenpflege im europäischen Abendland“ (a. a. O, Seite 13) bereits vor über eintausend Jahren im Orden gebildet wurde, mag die Verbindung zur Hierarchie nicht verwundern. Denn das Wort Hierarchie

„[...] wurde im 17. Jahrhundert aus kirchenlat. hierarchia »heilige Rangordnung« entlehnt, das auf griech. Hierarchia »Priesteramt« (zu griech. hierós »heilig; gottgeweiht« und griech. árchein »herrschen« [s. Archiv] zurückgeht.“ (Wermke, 2001, S. 338)

Aus philosophischer Sicht ist der Begriff Hierarchie *„[...] auf fast allen Wissenschaftsebenen ein Grundbegriff für Abstufung, Rangordnung bzw. zur Kennzeichnung genereller Verhältnisse der Über- und Unterordnung [...].“* Die Rangordnung wird pyramidenförmig, mit *„[...] ideell aufsteigender Bedeutung [...].“* *„[...] bei abnehmender Zahl der Einzelglieder“* (Krüger et al., 2002, Seite 175), gesehen.

Für den Präsident der Ärztekammer Hamburg Dr. *Montgomery* wird es hierarchische Strukturen im Krankenhaus immer geben. Seiner Meinung nach leitet sich dies aus den unterschiedlichen Ausbildungsgrundlagen der verschiedenen Berufsgruppen ab (vgl. www.montgomery.de).

Wenn jedoch alte Strukturen weder in Frage gestellt noch zielorientiert nach optimierten Prozessen ausgerichtet werden, wird nach *Bostelaar* eine ineffiziente Patientenversorgung mit Vergeudung von Ressourcen weiter bestehen bleiben (vgl. *Bostelaar*, 2008, S. 15). *Montgomery* gibt zu bedenken, dass es überall dort klare Regeln geben, wo Hierarchien existieren. Ansonsten *„[...] kommt es zum Hierarchiekonflikt- aus göttlicher Herrschaft wird schnell teuflischer Streit“* (www.montgomery.de).

Dörpinghaus und *Weidner* sehen im Fehlen unklarer Regeln und *„[...] unverbundenen Handlungsmuster der beteiligten Akteure [...].“* den Grund zu Defiziten in der Prozessgestaltung (vgl. *Dörpinghaus; Weidner*, 2004, S. 74). *Bostelaars* Aussagen zufolge, war die Einführung von Case Management notwendig, um *„[...] verkrustete Klinikstrukturen im Gesundheitswesen aufbrechen zu können“* um dann als Change Management angesehen werden zu können (*Bostelaar*, 2008, S. 15).

Baecker konstatiert, dass Hierarchie *„[...] vor den unberechtigten Eingriffen anderer in die eigene Arbeit [...].“* schützt und präzise die

wenigen Stellen auszeichnet, „[...] von denen aus Eingriffe erwartet werden müssen oder denen Eingriffe zugemutet werden können.“

Weiter gibt er zu bedenken, dass alte Organisationen mit Festlegung auf Hierarchie und langfristige Planung „[...] nicht mehr überlebensfähig sind“ (Baecker, 2003, S. 19ff). Nach *Simon* sind beim Militär hierarchische Strukturen und starre Ordnungen eingesetzt sind und funktionsfähig „[...] wenn Entscheidungen schnell getroffen und umgesetzt werden müssen“. Außerdem sei Hierarchie eine bewährte Form „[...] die Verhaltensweisen mehrerer Personen zu koordinieren“ (Simon, 1992, S. 87).

Soziologieparadigma

Wilkesmann publiziert in ihrer sozialwissenschaftlichen Veröffentlichung „Wissentransfer im Krankenhaus“ dass in viele Studien belegt werden konnte, dass „[...] die Organisation Krankenhaus durch eine starke berufsbezogene Hierarchie und demzufolge von einer wenig ausgebildeten Kooperationskultur geprägt ist“ (Badura 1993; Henning et al. 1998; Schmerfeld 2000, In: Wilkesmann, 2008, S. 25).

Weidmann beschreibt, dass Mitarbeiter durch Hierarchie als Mittel der Herrschaftsausübung und – Absicherung sowie Konkurrenz von einander getrennt sind (vgl. Weidmann, 2001, S. 18).

Wilkesmann führt aus, dass vor allem das ausgeprägte Spezialistentum in der professionsübergreifenden Kooperation und Interaktion zu Spannungsverhältnissen führt (vgl. Wilkesmann, 2008, S. 25).

Professionssoziologischen Untersuchungen zufolge wird der Ärzteschaft ein hohes Maß an Autonomie zugeschrieben, was wiederum ein hohes Maß an Macht und Kontrolle nach sich zieht (vgl. Freidson, 1980; Dingwall/ Lewis, 1983; Brody, 1992 , In: Wilkesmann, 2008, S. 61).

Ferner weist *Wilkesmann* darauf hin, dass der Begriff „Profession“ korrekt zu übersetzen sei. Während man in England den Begriff auf akademische Ausbildungen wie Jura und Medizin bezog, wurde der Begriff in Deutschland im 18. Jahrhundert mit „Beruf“ übersetzt und bezog sich auf das Handwerk (vgl. Hesse, 1972, In: Wilkesmann, 2008, S. 63). Aufgrund der unterschiedlichen Geschichte der Akteure des Gesundheitswesens ist

nach *Wilkesmann* damit ein gewisser Standesdünkel verbunden (vgl. *Wilkesmann*, 2008, S. 62).

Weidmann kommentiert den Standesdünkel mit den Worten:

„Das Handeln der Patienten ist durch „oktroierte Ordnungen“ (Siegrist 1978, S. 6) „in beträchtlichem Umfang reglementiert (ebd. S.5). Das Ausmaß der Reglementierung korreliert positiv mit der Größe der Organisation und negativ mit der Höhe des Status.“ (Weidmann, 2001, S. 19)

Des Weiteren beschreibt *Weidmann*, dass das Verhältnis zwischen Arzt und Schwester als distanziert bezeichnet werden kann, von Konkurrenzkämpfen geprägt ist und eine enorme Statusdifferenz zwischen beiden Berufsgruppen bestehe (vgl. *Seidl/ Walter* 1979, S. 72, In: *Weidmann*, 2001, S. 34).

Wilkesmann dagegen legt den Fokus ihrer Arbeit auf die Voraussetzungen des Wissenstransfers beider Berufsgruppen im Krankenhaus und zeigt institutionelle und strukturelle Bedingungen auf, unter denen Mitglieder der Organisation bereit sind, Wissen weiterzugeben. Sie weist darauf hin, dass Vorwissen als notwendige Voraussetzung anzusehen ist, um aus Daten Informationen werden zu lassen, um daraus wiederum neues Wissen zu gewinnen (a. a. O., S. 85). Außerdem sei Wissen an Erfahrungen und Kontextwissen des Wissensträgers gebunden (vgl. *Osterloh/ Frost*, 1998, In: *Wilkesmann*, 2008, S. 120).

„Bemerkenswert ist, dass das Verhältnis der recht unterschiedlich entstandenen Diskurse gerade nicht von einer gegenseitigen Ignoranz gekennzeichnet ist, sondern die gegenseitige Wahrnehmung der jeweiligen Forschungsergebnisse dazu geführt hat, dass sich aus diesem Zusammenspiel vor allem in der letzten Zeit ein gemeinsamer Diskurs zum intraorganisationalen Wissenstransfer heraus bilden konnte.“

(*Wilkesmann*, 2008, S. 119)

Heilungsparadigma

Die Wurzeln medizinischer Betrachtungsweise des Menschen gehen auf das vorherrschende mechanistische Naturmodell zurück, ein mechanisch-reduktives Heilungsparadigma (vgl. *Kristel*, In: *Weidner; Isfort*, 2001, S.19). Dem biomedizinischem Mensch- Maschine Modell liegt *„eine starke Betonung des kurativen, heilenden Ansatzes im Sinne der Wiederherstellung von Lebensfunktionen zugrunde“* (a. a. O., S. 19). *Siebolds*

bezeichnet den Ansatz als „*sensualistische Reduktion*“. Damit ist gemeint, „[...] *dass auf der Ebene der Körpermaschine alle nicht messbaren Größen ausgeblendet werden [...]*“ und versucht wird, „[...] *das Fallgeschehen auf technisch einfach messbaren Größen zu reduzieren*“ (vgl. Siebolds, 1998, S. 189). Zum besseren Verständnis wird das mechanisch- reduktive Heilungsparadigma am Modell von „*Akuzität*“ und „*Chronizität*“ erklärt.

Akute Erkrankungen beruhen überwiegend auf klar abgrenzbaren Zusammenhängen von Krankheitsursache und Krankheitswirkung. Das Problem kann gelöst werden, indem die Krankheitsursache behoben und somit das Therapieergebnis rational nachvollziehbar und mit hinreichender Sicherheit vorhersehbar ist. *Siebolds* bezeichnet dies als ursachenbezogene Therapie und als die Idealvorstellung klassisch naturwissenschaftlicher Medizin (vgl. Siebolds, 1998, S. 190).

Eine ursachenbezogene Therapie finden wir in der heutigen Medizin beispielsweise in der Chirurgie: ein akuter Knochenbruch wird operiert.

Chronische Erkrankungen sind wesentlich komplexer als akute. Ihrer Definition nach sind sie unheilbar und laufen über eine lange Zeit. Da viele unterschiedliche Faktoren wechselseitig und unlösbar miteinander verbunden sind, lassen sich einzelne, isolierte Ursache-Wirkungszusammenhänge nicht abgrenzen. Dieses vernetzte Krankheitssystem wird auf jede Einzelintervention mit einer das gesamte System betreffende Systemveränderung reagieren (vgl. a. a. O., S. 191ff). Patienten mit chronischen Erkrankungen finden wir in der heutigen Medizin beispielsweise in der Inneren Abteilung.

Gleichzeitigkeit akuter und chronischer Beschwerden verleiht nach *Siebolds* den Betroffenen den Status eines „*dauernden Grenzgängers*“ (vgl. Siebolds, 1998, S. 192). Ärzte sind jedoch meist „*im Management akuter Erkrankungen ausgebildet*“ und werden somit versuchen, auch die chronischen Anteile so behandeln, „*als ob sie eine akute Erkrankung wären*“ (a. a. O., S. 192).

Für Betroffene, die nicht in das klassische Ursache– Wirkungsprinzip passen wird die Zuweisung in eine spezielle Abteilung erschwert.

1.9 Zwischenfazit des theoretischen Teils

Bettenabbau, steigende Anzahl stationär zu behandelnder Patienten, Verweildauerkürzungen und Kostensenkungsprogramme zwingen Klinikmanager in Deutschland zu notwendigen Strukturveränderungsmaßnahmen. Als mögliche Strukturveränderung kann die Einführung eines prozessorientierten Belegungsmanagements als ein Instrument der Kapazitätsplanung in der Klinik dienen.

Jedoch stellen alte, hierarchische Strukturen und soziale Rollen eine Behinderung zur Umsetzung der Maßnahmen dar.

Erschwerend kommt hinzu, dass die Literatur keine Definition liefert, was unter Kapazitätsplanung in der Klinik zu verstehen ist. Experten verweisen darauf, allgemeine Kenntnisse der Betriebswirtschaft auf Klinikbedarfe anzupassen.

Daher wird eine Definition zu Kapazitätsplanung in der Klinik entwickelt und diese Definition gilt ausschließlich für die vorliegende Arbeit.

Ein weiteres Problem zu Struktur- Veränderungsmaßnahmen ist, dass sich aus der Literatur keine einheitliche Bezeichnung für den Begriff Belegungsmanagement ableiten lässt. Die begriffliche und definitorische Vielfalt stiftet zusätzlich Verwirrung. Zudem bleibt fest zu halten, dass nach *Wendt* in vielen Einrichtungen lediglich einzelne Schritte des Case Managements auf unterschiedliche Einrichtungen verteilt sind und somit keine einheitliche Fallführung erkennbar ist (vgl. *Wendt*, In: *Löcherbach, Klug, et al.*, 2009, In: www.socialnet.de/rezensionen).

Vor diesem Hintergrund ist es nahe liegend, dass eine Definition zu Belegungsmanagement expliziert wird, die ebenso nur für die vorliegende Arbeit Geltung findet (vgl. Definition Belegungsmanagement, S. 20).

2 Literaturrecherchen

Aufgrund der durch Handrecherche gesichteten Literatur (Calero, L.; Thüsing, C., 2008, Einführung eines interdisziplinären Zentralen Patientenmanagements (ZPM) im Krankenhaus Holweide und Huke, T.; Güse, H.G.; Spieß, B.; 2009, Belegungsmanagement in Akutkrankenhäusern) erfolgt der Zugang der Literaturrecherche über die Bibliothek der Katho NW Abtl. Köln und über WISE, der Datenbank des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung (dip) in Köln.

Datenbanken

Es folgt eine Selektion von Datenbank für die Literaturrecherche. Folgende wurden ausgewählt: MedPilot; DIMDI; Cochrane; PubMed und Web OPAC (KatHO Köln)

Einschlusskriterien je nach Datenbank

- Kostenfreie Artikel
- Publikationsdatum 2006-2009 (teilweise bis zu 10 Jahre zurückliegend)
- Abstract⁹
- Review¹⁰
- Englisch und deutschsprachige Literatur

Schlagwortsuche

Zunächst wird als allgemeines Schlagwort nach dem Begriff „Belegungsmanagement“ gesucht. Anschließend wird die Suche um themenverwandte Schlagworte, wie Case Management, Patientenmanagement, Bettenmanagement, Entlassungsmanagement und Entlassungsplanung erweitert.

Die Eingabe der Schlagworte erfolgt in deutscher und englischer Sprache. Nachfolgend wird die Generierung der Treffer sprachlich differenziert

⁹ „[...]Zusammenfassung [...]“ (Agbaria, E.; et al, 2003, S.6).

¹⁰ „[...] etwas [erneut] überprüfen [...]“ (Agbaria, E.; et al, 2003, S. 1012).

dargestellt. Die Ergebnisse der Recherche zeigen zum einen die gesamten Treffer und zum anderen die als relevant erachtete Literatur.

Treffergenerierung deutscher Schlagworte

| <u>Schlagworte</u> <u>Deutsch</u> | <u>Datenbank</u> | <u>Treffer</u> <u>Gesamt</u> | <u>Treffer</u> <u>Einschluss</u> |
|--------------------------------------|-------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| Belegungsmanagement | MED Pilot/ZB MED | 3 | 3 |
| | OPAC Katho | 2 | |
| | Bibliomed Verlag | 4 | |
| | Internet (google) | 2 | |
| Case Management | PubMed | 11 | 2 |
| | Cochrane | 1 | |
| | OPAC Katho | 2 | |
| Entlassungsmanagement | OPAC Katho | 3 | 2 |
| Entlassungsplanung | Internet (google) | 1 | 1 |

Tabelle 4: „Treffergenerierung deutscher Suchbegriffe“ (Ableitung aus: Gontermann, C; et al., 2010, S. 3ff), Eigene Darstellung

Zur Erhöhung der Treffer Generierung werden die englischen Begriffe mit thesaurischen Suchbegriffen präzisiert.

„Ein Thesaurus stellt eine systematische Sammlung von Begriffen dar, die ein Themengebiet umfassend darstellen. Die Begriffe stehen zueinander in Beziehung, so dass sie die Systematik des Themengebiets abbilden“

(www.dip.de/datenbank-wise)

Treffergenerierung englischer Schlagworte mit thesaurischen

Suchbegriffen

| <u>Schlagworte</u> <u>Englisch</u> | <u>Datenbank</u> | <u>Gesamt</u> <u>Treffer</u> | <u>Treffer</u> <u>Einschluss</u> |
|--|------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| bed management (Bettenmanagement) - occupancy management in hospital (Belegungsmanagement im Krankenhaus) | PubMed | 1943 | 12 |
| | PubMed | 1 | |
| | DIMDI | 19 | |
| | Medline | 2 | |

| | | | |
|--|----------|----|--|
| - capacity planning hospital (Kapazitätsplanung Krankenhaus) | Cochrane | 7 | |
| | DIMDI | 45 | |
| - Capacity planning hospital AND bed occupancy (Kapazitätsplanung Krankenhaus UND Bettenbelegung) | Medline | 1 | |
| | DIMDI | 18 | |
| | Medline | 6 | |
| Hospital bed capacity (Krankenhaus Bettenkapazität) | Cochrane | 15 | |
| | PubMed | 4 | |
| - resources hospital beds (Krankenhaus Bettenressourcen) | Cochrane | 9 | |
| Discharge (Entlassung) | Cochrane | 1 | |
| - discharge planning (Entlassungsplanung) | Cochrane | 1 | |
| | PubMed | 1 | |

Tabelle 5: „Treffergenerierung englischer Schlagworte mit thesaurischen Such-Begriffen“ (Ableitung aus: Gontermann, C., et al. Köln, 2010, S. 3ff), Eigene Darstellung

2.1 Erste Ergebnisse der Literaturrecherche

Erste Ergebnisse führen zur Sichtung von mehr als vierzig Quellen.

Die Literaturrecherche bietet Publikationen aus Deutschland und England. Nach Sichtung der Quellen werden acht deutsche Veröffentlichung und zwölf englische Publikationen als relevant erachtet (vgl. oben angeführte Tabellen 1 und 2 „Treffergenerierung“)

Für Deutschland liegt keine Studie zum Thema „Belegungsmanagement in der Klinik vor“. In einer Untersuchung wurden 13 Kliniken zum Thema Belegungsmanagement befragt. Nach Rücksprache mit den Autoren wurde die Untersuchung ohne wissenschaftliche Untermauerung durchgeführt. Sie basiert ausschließlich auf empirischen Aussagen zum Thema.

Englischsprachige Veröffentlichungen lassen sich bis zu 10 Jahren zurückverfolgen und bieten zu Studien und Reviews für eine gute Ausgangsbasis der Entwicklung des Interviewleitfadens.

2.2 Katalogisierung der Literaturrecherche

Die Veröffentlichung „Überleitung und Case Management in der Pflege“ bietet einen guten Überblick und Einstieg in die Begriffsvielfalt des Aspektes Versorgungsmanagement. Es wird deutlich dass die Vernetzungsstrukturen des Case Managements, zur Kooperation und Koordination individueller Unterstützung, vergleichbar sind mit den Strukturen des Belegungsmanagements (Dörpinghaus; Grützmaker; Weidner, 2004). Daher sind die Wurzeln des Belegungsmanagements im Case Management zu finden. *Dörpingshaus* et al. zeigen auf, dass die Anfänge zur Überleitungspflege bis in die 80ziger Jahre zurückreichen und mit der Funktion der „Brückenschwester“ begann“ (vgl. a. a. O., S. 46).

Während in den USA bereits im Jahr 2000 Evaluationen zu Wirkungsweisen von Case Management auf Klinik- Widereinweisungen durchgeführt werden (vgl. Zwarenstein; Reeves; Straus; Pinfold; Goldman, 2000), finden in Deutschland zeitgleich Bemühungen zu strukturiertem Entlassungsmanagement statt.

Auszug der Publikationschronik zur historischen Entwicklung vom Case Management zum Belegungsmanagement in Deutschland¹¹

- 2002: 2. Expertenstandard, DNQP, Entlassungsmanagement (Schiemann, 2009)
- 2004: Die Umsetzung der Pflegerischen Entlassungsplanung, (Dangel, 2004)
- 2004: Überleitung und Casemanagement in der Pflege, Sichtung von 20 Konzepten und Modellen zum Überleitungs- und Entlassungsmanagement (Dörpinghaus; Grützmaker; Weidner, 2004)
- 2008: Case Management im Krankenhaus, Erfahrungsbericht und Umsetzungsempfehlungen zum Case Management im Krankenhaus (Bostelaar; Pape, 2008)
- 2009: Zeitschriftenaufsatz zum Thema Belegungsmanagement als

¹¹ Die Publikationschronik erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern versteht sich als Darstellung ausgewählter Quellen.

Kern eines umfassenden Prozessmanagements (Güse; Huke; Spieß, 2009)

2.3 Literaturanalysen

Im deutschsprachigen Raum weist die Literatur kein Evidenzlevel¹² auf. Die für den Altenpflegebereich vorliegenden Veröffentlichungen bezüglich des Themas „Belegungsmanagement“ sind nicht auf die Klinik übertragbar, da sie überwiegend auf Marketingkonzepten abzielen. Die geringe Anzahl deutscher Publikationen zum Thema „Belegungsmanagement in der Klinik“ gibt den Hinweis darauf, dass es sich um ein junges Instrument handelt. Zwei gesichtete Texte enthalten wertvolle Aspekte bezüglich der Thematik, erfüllen jedoch nicht wissenschaftliche Anforderungen.

Wie oben angeführt, beschäftigt sich englischsprachige Literatur seit ca. zehn Jahren mit Wirksamkeitsstudien von Case Management Modellen in Verbindung mit so genannten „blutigen Entlassungen.“ Da das Modell in Deutschland nicht existiert, sind diese Quellen irrelevant.

Deutsche Veröffentlichungen zum Thema Case Management liefern Hinweise zu strukturellen und hierarchischen Problemen des deutschen Gesundheitswesens und somit bedeutsam für die vorliegende Forschung. Andere Artikel sind interessant, aber ebenfalls nicht auf Deutschland übertragbar. Beispielsweise beschreiben *Simpson* und *Marnoch* in „Bed-Blocking- In the National Health Service in Scotland“, dass in einer Schottischen Klinik Betten aus Personalmangel geschlossen werden und nicht zur Kapazitätsplanung genutzt wird (Simpson; Marnoch, 1999). Somit für die zu bearbeitenden Fragestellungen ebenfalls nicht relevant. Als Vorreiter für „Belegungsmanagement in der Klinik“ ist England anzusehen. Für die vorliegende Forschung sind zwei Artikel der britischen Autoren *Proudlove; Gordon; Boaden* und *Jorgensen* (2003; 2009) von Bedeutung, die wichtige Aspekte für deutsche Umsetzung liefern. Es kristallisieren sich vier Hauptquellen heraus, die zur Erstellung des

¹² „Hierarchisch abgestuftes System zur Ableitung der Stärke von Empfehlungen („level of evidence“) die auf der Basis klinischer und experimenteller Studien und anderer verfügbaren Quellen, z.B. Expertenwissen, basieren“ (Altmeyer, 2005, S. 273).

Interviewleitfadens den theoretischen Hintergrund liefern:

1. *Huke* et al. (Ressourcensteuerung, Schnittstellenüberwindung, Status)
2. *Dörpinghaus* et al. (Begriffsvielfalt und uneinheitliche Definition),
3. *Pape; Bostelaar* (verkrustete Strukturen und Einzelaspekte des Case Managements)
4. *Proudlove* et al. (Organisation des Bettenmanagements in England)

2.4 Themenbereiche zur Interview- Leitfadententwicklung

(zum Inhalt des Interview Leitfadens siehe Kapitel 6.2)

Nach Abschluss der Literaturrecherche- und Analyse kristallisieren sich vier große Themenbereiche heraus, die für das Forschungsinteresse zum Erleben und Erfahrungen von Experten mit Belegungsmanagement in der Klinik von Bedeutung sind:

Themenbereich I: Begriffsvielfalt zum Begriff Belegungsmanagement (BM)

- Begriffe, wie Fall- Patienten- und Case Management werden oft synonym verwandt (vgl. Bostelaar; Dörpinghaus)

Themenbereich II: Ausgangssituation zur Implementierung von Belegungsmanagement

- Heutige Rahmenbedingungen und Kostensenkungsprogramme des Gesetzgebers führen zunehmend zu Strukturveränderungen im Krankenhaus (vgl. Isfort; Bostelaar).
- Unklare verkrustete und hierarchische Strukturen führen zu notwendigen Veränderungsprozessen (vgl. Huke; Bostelaar; Dörpinghaus)

Themenbereich III: Veränderungsmöglichkeiten durch Belegungsmanagement

- Möglicherweise lassen sich Veränderungen erzielen (vgl. Huke; Proudlove et al.)
- Einfluss von Prozessveränderungen auf Produktivität

(vgl. Nguyen, J. M.; Six, P. et al.)

- Mitarbeiterfluktuation und Reduktion annullierter Operationen (vgl. Proudlove et al.)

Themenbereich IV: Beruflicher Werdegang des Belegungsmanagers

- Persönliche, med.- pflegerische Fachkompetenz, hohe Sozialkompetenz (vgl. Proudlove et al.)
- Starke Persönlichkeit (vgl. Huke, Proudlove et al.)
- spezielle Weiterbildung (vgl. Proudlove et al.)
- Ansiedlung der Position: Pflege/ Geschäftsführung/ Verwaltung/ Organisations- Abteilung (vgl. Huke; Güse; Spieß)

2.5 Fazit der Literaturrecherche- und Analyse

Nach umfangreicher Literaturrecherche in deutscher Sprache kann keine Studie bezüglich des Themas „Belegungsmanagement in der Klinik“ gesichtet werden, lediglich eine Untersuchung zum Thema wurde durchgeführt. Die Untersuchung erfüllt nicht die geforderten wissenschaftlichen Anforderungen, bietet aber wertvolle Hinweise zur Entwicklung des Interviewleitfadens.

Englische Literaturquellen lassen sich bis zu zehn Jahren zurückverfolgen, überwiegend zum Thema Case Management. Der größte Teil der Studien beschäftigt sich mit der Wirksamkeit von Case Management Modellen auf Klinik- Widereinweisungen und somit für die vorliegende Forschung irrelevant.

Nach anfänglicher Skepsis zur Relevanzeinordnung deutscher Literatur zum Thema Case Management, zeigt sich, dass sich die Strukturen des Case Managements mit Strukturen des Belegungsmanagement decken. Daher bietet die Literatur eine gute Ausgangsbasis zum Vorverständnis des Themas Belegungsmanagement.

Nach erfolgter Literaturanalyse kristallisieren sich vier große Themenbereiche heraus, die für das Forschungsinteresse von Bedeutung sind.

Die Themenbereiche wie Begriffsvielfalt, Ausgangssituation zur Implementierung, Veränderungsmöglichkeiten durch Belegungsmanagement und beruflicher Werdegang des Belegungsmanagers, finden sich im Interviewleitfaden wieder, der im empirischen Teil näher beschrieben wird.

III Methodischer Teil / Empirischer Teil

3 Definition Empirische Sozialforschung (soziologisch)

Gemäß der Definition *Atteslanders* ist Empirische Sozialforschung „*die systematische Erfassung und Deutung sozialer Tatbestände und Erscheinungen*“ (vgl. *Atteslander*, 2003, S. 3). Empirisch bedeutet, dass theoretisch formulierte Annahmen an spezifischen Wirklichkeiten überprüft werden. Systematisch weist darauf hin, dass dies nach bestimmten Regeln zu geschehen hat. Den Forschungsablauf bedingen theoretische Annahmen, die Beschaffenheit der zu untersuchenden sozialen Realität und die zur Verfügung stehenden Mittel (vgl. a. a. O., S. 5). „*Unter Methoden der empirischen Sozialforschung verstehen wir die geregelte und nachvollziehbare Anwendung von Erfassungsinstrumenten, wie: Befragung, Beobachtung, Inhaltsanalyse.*“ (*Atteslander*, 2003, S. 5).

Der empirische Teil der vorliegenden Arbeit gliedert sich in:

- Historische Entwicklung der qualitativer Sozialforschung
- Vorgehen anhand der Methode
- Darstellung der Ergebnisse

Zunächst wird nachfolgend die historische Entwicklung der qualitativen Sozialforschung vorgestellt. Hier wird die Zielsetzung und Vorgehensweise qualitativer Sozialforschung dargelegt. Zunächst wird die historische Entwicklung der Forschung vorgestellt. Die Darstellung basiert im Wesentlichen auf Aussagen der Autoren *Flick* und *Lamnek*.

Vorgehen anhand der Methode

Bezogen auf die Forschungsfragen: „Können verkrustete Strukturen durch strukturiertes Belegungsmanagement überwunden werden?“ und „Ist strukturiertes Belegungsmanagement als mögliches Instrument zur Kapazitätsplanung in der Klinik anzusehen?“, wird die methodische Vorgehensweise qualitativer Sozialforschung durch praktische Beispiele untermauert. Somit wird der wissenschaftliche Anspruch des Begründungszusammenhangs zwischen theoretischem Hintergrund und praktischer Umsetzung hergestellt (vgl. *Axmacher*, 1991, S. 121). Dem

Leser wird somit und schnellere Übertragbarkeit auf das Alltagserleben ermöglicht.

Das Vorgehen anhand der Methode wird in der Vergangenheit beschrieben.

Nachdem die Definition empirischer Forschung aus philosophischer Sicht dargelegt wird, werden die aus den Interviews resultierenden Kategorien vorgestellt. Warum welche Kategorie ausgewählt wurde, wird anhand eines Ankerbeispiels belegt. Das Ankerbeispiel ist eine konkrete Textstelle, die für die entsprechende Kategorie als besonderes Beispiel gilt. In einem weiteren Arbeitsschritt werden die gefundenen Unterkategorien übergeordneten Hauptkategorien zugeordnet.

3.1 Historische Entwicklung der qualitativen Sozialforschung

In der historischen Entwicklung der Sozialforschung setzen sich zunächst die „härteren“, experimentell und quantifizierend konzipierten Ansätze, gegen die „weichen“, verstehenden, offenen und qualitativ-beschreibenden Ansätze durch. Die qualitative Forschung soll dem Forschungsgegenstand in stärkerem Maße gerecht werden, als es in der quantitativen Forschung möglich ist (vgl. Flick, 2005, S. 22).

Flick beschreibt, dass sich die qualitative Forschung Mitte der 1980er Jahre „[...] zu einem kontinuierlichen Prozess der Konstruktion von Versionen von Wirklichkeiten“ entwickelt (vgl. Flick, 2005, S. 24). Gemeint ist, dass jeder Mensch seine eigene Wirklichkeit entwickelt und entsprechend sein Erleben interpretiert. Der Interviewte erzählt möglicherweise sein Erleben dem Interviewer anders, als er es einem anderen Interviewer, in einem anderen Fragekontext erzählt hätte. Der Interviewer interpretiert das Gehörte so, wie es in seine Sichtweise passt. Der Leser interpretiert das Gelesene ebenso wie er es in „seiner Wirklichkeit“ empfindet und versteht (vgl. a. a. O., 2005, S. 25).

Systemtheoretische Ansätze sprechen in diesem Zusammenhang von autopoetischen Prozessen und dass jeder Mensch in seinen, ihm eigenen

Wirklichkeitskonstruktionen seine Welt und sein Erleben interpretiert (vgl. Simon, 2001, S. 16).

Soziologische Entwicklung der Sozialforschung

Ausgehend vom Symbolischen Interaktionismus werden verschiedene alternative und aktuellere Strömungen aufgegriffen und interpretiert (vgl. Flick, 2005, SS. 36ff).

In phänomenologischer Denkweise → im Sinne Heideggers

In strukturalistischer Denkweise → im Sinne Foucault

Feministische und postmoderne Wissenschaftskritik → Ansatz von Geertz (1973). Nach *Denzin*, ist das Ziel des Interpretativen Interaktionismus dem Leser die gelebten Erfahrungen zugänglich zu machen (vgl. Denzin 1989a, S. 10, In: Flick, 2005, S. 37).

Psychologische Entwicklung der Sozialforschung

Die Psychologische Forschung geht davon aus, dass jedes Individuum, ähnlich wie der Wissenschaftler, Theorien über das Funktionieren der Welt entwickelt, diese im Rahmen des eigenen Handelns anwendet, überprüft und bei Bedarf korrigiert. Dabei steht der Gedanke der qualitativen Sozialforschung zu einem großen Teil auf der Konzentration der Sicht des Subjektes und dem Sinn, der mit Erfahrungen und Ereignissen verbunden wird. Sowohl die Erforschung subjektiver Sichtweisen, als auch der theoretische Hintergrund des Symbolischen Interaktionismus stellen einen Teil des Feldes qualitativer Forschung dar (vgl. Flick, 2005, S. 38).

Neuere psychoanalytische Forschung ist bestrebt, das Unbewusste, sowohl in der Gesellschaft als auch im Forschungsprozess aufzudecken (vgl. a. a. O., Seite 44).

3.2 Herstellung sozialer Wirklichkeiten

Lamnek weist darauf hin, dass soziale Wirklichkeiten und gute Interviews in der Lebenswelt der befragten Personen hergestellt werden. Seiner Meinung nach sollten keine Interviews in fremden und unangenehmen Situationen stattfinden (vgl. Lamnek, 2005, S. 388).

Neuere Entwicklungen der Sozialwissenschaften gehen der Frage nach,

ob die zu interpretierenden Texte nicht nur den Forschern dient, sondern auch den Untersuchten. Denn diese werden im interpretierten Text schließlich zum Thema (vgl. Flick, 2005, S. 45).

Methodisch können verschiedene Formen des Interviews und teilnehmende Beobachtung verwendet werden.

4 Gütekriterien nach Mayring

Lamnek führt dazu aus, dass es nicht genügen kann, wenn der Forscher „gültige Interpretationen“ der untersuchten Gruppe erbringt. Es müssen Regeln entwickelt werden, die es anderen Forschern ermöglicht diese Interpretationen zu überprüfen (vgl. Lamnek, 2005, S. 146).

Für *Atteslander* ist nicht nur die „[...] Einhaltung von Forschungsregeln einer empirischen Untersuchung [...]“ über die Wissenschaftlichkeit entscheidend, sondern auch der Forschungsverlauf insgesamt (vgl. Atteslander, 2003, S. 20).

Mayring zerlegt in seiner qualitativen Inhaltsanalyse einzelne, zuvor festgelegte Interpretationsschritte. Dadurch wird die Analyse für andere Forscher überprüfbar, nachvollziehbar und auf andere Gegenstände übertragbar. Somit wird sie nach *Mayring* zur wissenschaftlichen Methode (vgl. Mayring, 2005, SS. 11ff). Dabei verzichtet er auf die klassischen Gütekriterien wie Validität und Reliabilität und empfiehlt sechs weitere Gütekriterien für die qualitative Sozialforschung (vgl. Mayring, 2002, In: Lamnek, 2005, S. 146).

1. Verfahrensdokumentation

Die Verfahrensdokumentation ist eine sehr detaillierte und weitgehende Darstellung des Vorgehens, um den Forschungsprozess intersubjektiv nachvollziehbar zu machen. Dargestellt werden Erhebungsverfahren, Daten von Interviews oder Beobachtungen, Aufzeichnung und Transkription von Texten, sowie deren Analyse (vgl. Lamnek, 2005, S. 146; Flick, 2005, S. 117).

2. Argumentative Interpretationsabsicherung

Die Interpretation muss in sich schlüssig sein und Brüche erklärt werden,

Alternativdeutungen sind zu suchen und zu überprüfen. Argumentative Interpretationsabsicherung ist wichtig, weil qualitativer Sozialforschung aus quantitativer Perspektive häufig Willkür oder Beliebigkeit unterstellt wird (vgl. Lamnek, 2005, S. 147).

3. Regelgeleitetheit

Nach *Mayring* muss sich „[...] *qualitative Forschung an bestimmte Verfahrensregeln halten, systematisch ihr Material bearbeiten*“ (Mayring, 2002, S. 104, In: Lamnek, 2005, S. 147). Für *Lamnek* geht die geforderte Systematisierung möglicherweise manchem Forscher zu weit, da sie Offenheit und Flexibilität reduziert (vgl. Lamnek, 2005, S. 147).

4. Nähe zum Gegenstand

Qualitative Forschung sollte daraufhin überprüft werden, ob sie auf die natürliche Lebenswelt der Befragten und deren Interessen gerichtet ist. Daher ist die Nähe zum Gegenstand ein methodologisches Grundprinzip qualitativer Forschung (vgl. a. a. O., Seite 147).

5. Kommunikative Validierung

Analyseergebnisse können auf Wahrheit und Gültigkeit hin überprüft werden, indem die Interviewpartner mit den Auswertungsergebnissen konfrontiert werden. *Mayring* ist der Meinung, dass aus diesem Dialog „[...] *wichtige Argumente zur Relevanz der Ergebnisse*“ gewonnen.“ (Mayring 2002, S. 106, In: Lamnek, 2005, S. 147).

6. Triangulation

„*Triangulation meint immer, dass man versucht, für die Fragestellung unterschiedliche Lösungswege zu finden und die Ergebnisse zu vergleichen*“ (Mayring, 2002, S. 147). Um zu möglichen Lösungen zu kommen, können verschiedene Datenquellen verglichen werden.

Dabei ist das Ziel nicht die Übereinstimmung, sondern die Möglichkeit, Stärken und Schwächen der jeweiligen Analysewege aufzuzeigen (vgl. a. a. O., S. 147).

5 Datenerhebung

5.1 Das Interview als Instrument qualitativer Forschung

Intention zur Methodenwahl

Zu Beginn der Überlegungen sollte die Forschung mittels Fragebogen erfolgen. Da nach Abschluss der Literaturrecherche kaum Publikationen in Deutschland zum Thema Belegungsmanagement vorliegen, muss ein anderes Instrument für die vorliegende Forschung gewählt werden.

Denn nach *Gläser* und *Laudel* muss zum Betreiben von Statistiken „[...] eine große Anzahl von Fällen einbezogen werden“. Bei einer geringen Anzahl von Fällen werden für eine spezielle Merkmalskombination die Häufigkeiten so klein, „[...] dass die statistischen Methoden nicht mehr angewendet werden können“ (Gläser; Laudel, 2009, S. 27).

Aufgrund fehlender Daten können keine Korrelationen innerhalb der Fragestellungen eines Fragebogens hergestellt werden. Somit fällt die Instrumentenwahl für die vorliegende Forschung auf das Interview.

Zur Herstellung möglichst natürlicher Situationen und dem Erhalt authentischer Informationen eignen sich qualitative Interviews (vgl. a. a. O., SS. 329ff). Nach *Flick* wird qualitative Sozialforschung weniger an der Interviewtechnik und Interpretationsverfahren als an der spezifischen Offenheit und Reflexivität des Forschers festgemacht. Damit sich der Forscher und seine Forschung nicht um die Entdeckung des tatsächlich Neuen bringt, sollte er vermeiden seinen Erwartungen zu folgen (vgl. Flick, 2005, S. 70).

Das Interviewgespräch verläuft üblicherweise in drei Phasen. In der Einstiegsphase werden Angaben zur eigenen Person gemacht und das Gespräch beginnt mit einer Einstiegsfrage. Die Hauptphase ist geprägt von einer Erzählphase und Fragen nach der zentralen Problematik. Die Abschlussphase schließt mit Dank und Erläuterung der weiteren Vorgehensweise ab. (vgl. Schütze, 1982, In: Lämmert, 1988, S. 568-590).

5.2 Formen des qualitativen Interviews

Verschiedene Formen des qualitativen Interviews lassen sich unterscheiden, beispielhaft seien hier genannt:

Fokussiertes Interview:

Die älteste Form qualitativer Interviews wurde von Merton und Kendall (1956) zu einer quasi eigenständigen Forschungsmethode weiterentwickelt, das fokussierte Interview. Der Forscher erstellt aufgrund seiner Felderfahrung einen Interviewleitfaden und konfrontiert damit den Teilnehmer (vgl. Lamnek, 2005, S. 368; Flick, 2005, SS. 118ff).

Tiefen- oder Intensivinterview

Koolwijk (1974) entwickelte eine Interviewtechnik, die durch tief liegende Motivstrukturen des Befragten, Wirklichkeitsstrukturierung aufzeigen soll, die dem Befragten nicht bewusst sind. Die Deutung der Aussagen geschieht eher im Sinne des Forschers und seines theoretischen Ansatzes, z.B. in der Psychoanalyse (vgl. Lamnek, 2005, SS. 371ff).

Narratives Interview

Ein von Schütze (1977) aus der Biographieforschung entwickeltes offenes Interviewverfahren. Es lässt Orientierungsmuster des Handelnden erkennen, da die Erzählungen auf retrospektivischer Interpretation aus Sicht des Handelnden beruhen (vgl. Flick, 2005, Seite 191).

Problemzentriertes Interview

Witzel (1985) hat ein Interviewverfahren entwickelt, das einen Problembereich mit Hilfe verschiedener Methoden betrachtet und analysiert. Nach *Lamnek* wird beim problemzentrierten Interview, ebenso wie beim narrativen Interview, der Befragte zu Gesprächsbeginn gebeten zu erzählen. Hier ist eine Vertrauensatmosphäre als Voraussetzung unabdingbar. Das Problemzentrierte Interview beruht auf einem wissenschaftlich bestehenden Konzept. Die Vorgehensweise ist halbstrukturiert, kommt dem offenen Gespräch nahe und ist zentriert auf die Problemstellung ausgerichtet. Als Kommunikationsstrategie werden der Gesprächseinstieg, allgemeine Sondierung, spezifische Sondierung und Ad-hoc-Fragen genannt. Ein vorgeschalteter Kurzfragebogen soll

dazu beitragen, dass der vom Befragten entwickelte Erzählstrang zum Tragen kommt (vgl. Lamnek, 2005, SS. 363ff; Flick 2005, SS. 34ff).

Episodisches Interview

Das von *Flick* (1995) entwickelte Verfahren ist eine Kombination aus Narration und Befragung (vgl. Lamnek, 2005, S. 362). Hier ist der Ausgangspunkt die Annahme, dass Erfahrungen der Interviewpartner hinsichtlich eines bestimmten Gegenstandsbereiches in Form narrativ-episodischem Wissen abgespeichert sind (vgl. Flick, 2005, SS. 158ff). Im richtigen Moment werden Erzählungen stimuliert und nachgefragt. Dabei wird die Phantasie des Betroffenen angeregt.

Experteninterview

Das Experteninterview stellt eine besondere Form des Interviews dar. Es zeichnet sich dadurch aus, dass einer Person aufgrund ihrer Position, Funktion und ihres Wissens der Status eines Experten zugesprochen wird. Nach *Gläser* und *Laudel* geht es dabei um das besondere soziale Kontextwissen, in dem der Interviewpartner agiert und das ihn als Experten ausweist (vgl. Gläser; Laudel, 2006, S. 9). Der Begriff des Experten ist „[...] nur für solche Personen zu verwenden, die – soziologisch gesprochen – über ein spezifisches Rollenwissen verfügen, solches zugeschrieben bekommen und diese besondere Kompetenz für sich selbst in Anspruch nehmen“ (Przyborski; Wohlrab-Sahr, 2008, S. 132).

Allerdings kann die Zuschreibung des Expertenstatus dazu führen, dass sich der Experte durch die Kompetenzzuschreibung des Interviewers geehrt fühlt und um den Status gegenüber den Interviewer zu wahren, Expertenwissen vortäuscht, welches er an und für sich gar nicht besitzt.

6 Vorgehen anhand der Methode

6.1 Theoretische Vorüberlegungen

Forschungsethik

In der Helsinki Deklaration wird zwischen therapeutischer und nicht therapeutischer Forschung unterschieden (vgl. Burns; Grove, 2005, S. 186). Obwohl es sich bei der vorliegenden Untersuchung nicht um eine

therapeutische Forschung handelt sind nach *Schnell und Heinritz* bei Experteninterviews forschungsethische Grundsätze einzuhalten.

Der Proband muss ausreichend über das Forschungsprojekt informiert sein und ausreichend Zeit und Beratungsmöglichkeit haben, um sich eine Meinung bilden zu können (vgl. Schnell; Heinritz, 2006, S. 21).

Ob der Proband zum vulnerablen Personenkreis¹³ zählt, hängt von folgenden Kriterien des Vulnerabilitätsprofils ab:

- Der Proband ist nicht in der Lage informierte Zustimmung zu erteilen
- Der Proband kann Zweck und Folgen seiner Mitwirkung weder erkennen noch abschätzen
- Der Proband wird durch Teilnahme an der Forschung einer besonderen Gefährdung oder Belastung ausgesetzt (vgl. Schnell; Heinritz, 2006, S. 45)

Die Autoren *Schnell* und *Heinritz* vertreten die Ansicht, dass Experten nicht zum vulnerablen Personenkreis zählen, da sie aufgrund ihres Berufsalltags im Umgang mit Belastungen geübt sind (vgl. a. a. O., S. 45).

Interviewtechnik

Die Kombination aus problemzentriertem und episodischem Interview wird in der Literatur nicht explizit beschrieben. Als Kommunikationsstrategie werden Frage-Antwort-Sequenzen und Erzählungen miteinander verbunden. Da der Gegenstand der Forschung die Methode bestimmt, eignet sich die Kombination beider Interviewformen zur Expertenbefragung zum Thema Belegungsmanagement in der Klinik. Der episodische Anteil soll Belegungsmanager und deren Vorgesetzte veranlassen zu berichten, was zur Implementierung von Belegungsmanagement geführt hat.

¹³ Zum vulnerablen Personenkreis zählen: Menschen mit Behinderung, Menschen im Koma, viele altersverwirrte Menschen und Kinder. Ebenso zählen zum genannten Personenkreis: Personen mit gesetzlichem Vertreter oder Betreuer, der stellvertretend und verantwortlich für sie eine informierte Zustimmung geben oder ablehnen kann (vgl. a. a. O., S. 45).

Fragestellungen mit Anteilen des problemzentrierten Interviews erhielten die Kennzeichnung → PI

Fragen mit Anteilen des episodischen Interviews erhielten die Kennzeichnung → EI (vgl. Anhang A).

Rolle und Fähigkeiten des Interviewers

Für *Flick* hat der Interviewer die Rolle eines „[...] professionellen Fremden inne“, wenn er in das Untersuchungsfeld zum soziologischen Lernprozess eintaucht. Hier sollte der Forscher versuchen, das Fremde zu erreichen, damit die Forschungssubjekte etwas erzählen können, was für den Forscher neu ist (vgl. *Flick*, 2005, S. 93). Dabei soll das Vorverständnis über die zu untersuchende Gegebenheit als vorläufig angesehen werden und mit neuen, nicht übereinstimmenden Informationen überwunden werden (vgl. *Lamnek*, 2005, S. 580). Der Erfolg qualitativer Forschung hängt wesentlich von der Klarheit der Formulierung der Fragestellungen ab. Je unklarer die Fragestellungen formuliert sind, desto größer ist die Gefahr eine Menge Daten zu produzieren, vor denen der Forscher bei der Interpretation relativ hilflos steht (vgl. *Flick*, 2005, SS. 76ff). Ziel soll sein, dass der Forscher eine klare Vorstellung über seine Fragestellung entwickelt. Gleichzeitig aber offen für neue und bestenfalls überraschende Erkenntnisse bleibt.

Der Forscher sollte über folgende Fähigkeiten verfügen:

- Fähigkeit zur Kommunikation und Herstellung von Beziehungen
- Fähigkeit zur Aushandlung von Nähe und Distanz zum Untersuchten, der Offenlegung, Transparenz und Aushandlung wechselseitiger Erwartungen, Ziele und Interessen
- Fähigkeit zur Ausbalancierung des Spannungsfeldes von Vertrautheit und Fremdheit (vgl. a. a. O., S. 87).

Die Sicht des Subjektes kann in verschiedener Hinsicht rekonstruiert werden. Im Hinblick auf die Intention der Befragung werden bei dem Befragten einerseits Informationen abgerufen, die den Forscher interessieren und andererseits kann der Interviewer Informationslieferant

sein (vgl. Lamnek, 2005, S. 332). So können z.B. organisatorische Fragen die sich während des Interviews ergeben und für den Belegungsmanager Bedeutung sind, anschließend bearbeitet werden.

Samplingstrategie

Wörtlich übersetzt bedeutet sampling „*Stichprobenverfahren*“. Nach Lamnek richtet sich die Auswahl der Interviewpartner nach den Kriterien des Theoretical Sampling.

„[...] Da es nicht um Repräsentativität sondern um typische Fälle geht, werden keine Zufallsstichproben gezogen. Man sucht sich nach seinen Erkenntnisinteressen einzelne Fälle für die Befragung aus. Da die Suche interessen geleitet erfolgt, ist eine weitgehende Selbstkontrolle des Forschers insoweit erforderlich, als er vermeiden muss, durch seine (theoretischen) Vororientierungen eine verzerrte, weil untypische, Auswahl vorzunehmen.“ (Lamnek, 2005, S. 386)

Für die Untersuchung der vorliegenden Arbeit wurden keine Stichproben gezogen. Hier handelt es sich um eine reine Zufallsuntersuchung. Die Untersuchungsteilnehmer hatten den Kriterien, der vorher festgelegten Einschlusskriterien, zu entsprechen (vgl. Ein – und Ausschlusskriterien). Die Quantität der Interviewpartner tritt dabei in den Hintergrund, da qualitative Interviews höhere Kompetenz als standardisierte Befragungen vom Interviewer erfordern (vgl. Lamnek, 2005, S. 356).

Für die vorliegende Untersuchung wurden sieben Kliniken in Nordrhein-Westfalen und Rheinland- Pfalz ausgewählt. Die Auswahl der Kliniken erfolgte über Internet.

Ein- und Ausschlusskriterien

Mit dem Ausdruck Feldzugang ist der Zugang zum untersuchenden Feld gemeint. Mit Feld kann eine bestimmte Institution oder eine Gruppe von Informationslieferanten gemeint sein, die über Erkenntnisnutzen des zu untersuchenden Feldes beitragen können (vgl. Atteslander, 2003, S. 108). Für die vorliegende Untersuchung wurden Vorgesetzte und Belegungsmanager ausgewählt, die aufgrund ihrer Erfahrungen mit Belegungsmanagement in der Klinik über mögliche Effekte, Möglichkeiten und Visionen Auskunft geben können. Zur Akquise der Interviewpartner wurden folgende Ein- und Ausschlusskriterien festgelegt:

| <u>Einschlusskriterien</u> | <u>Ausschlusskriterien</u> |
|---|---|
| Somatische Kliniken mit dem Aufgabenprofil: Betten-, Patienten-, Entlassungs- und Belegungsmanagement, in Deutschland | Psychiatrische Kliniken (zum Akquisitionsdatum entsprach keine Klinik dem entsprechenden Aufgabenprofil) |

Tabelle 6: „Ein- und Ausschlusskriterien Interviewpartner“, Eigene Darstellung

Akquise der Interviewpartner

Die Suche erfolgte im Raum NRW und RP durch Mundpropaganda des Forschungsthemas. Auf diese Weise konnten im Kommilitonen Kreis zwei Interviewpartner rekrutiert werden.

Alle übrigen Interviewpartner wurden nach dem Zufallsprinzip durch Eingabe der oben genannten Einschlusskriterien über Internet akquiriert. Um Rückschlüsse auf einzelne Interviewpartner zu vermeiden, bezieht sich die nachfolgende Grafik ausschließlich auf Standorte gemäß den Einschlusskriterien.

Beispielhafte Belegungsmanagement- Standorte gemäß der
Einschlusskriterien

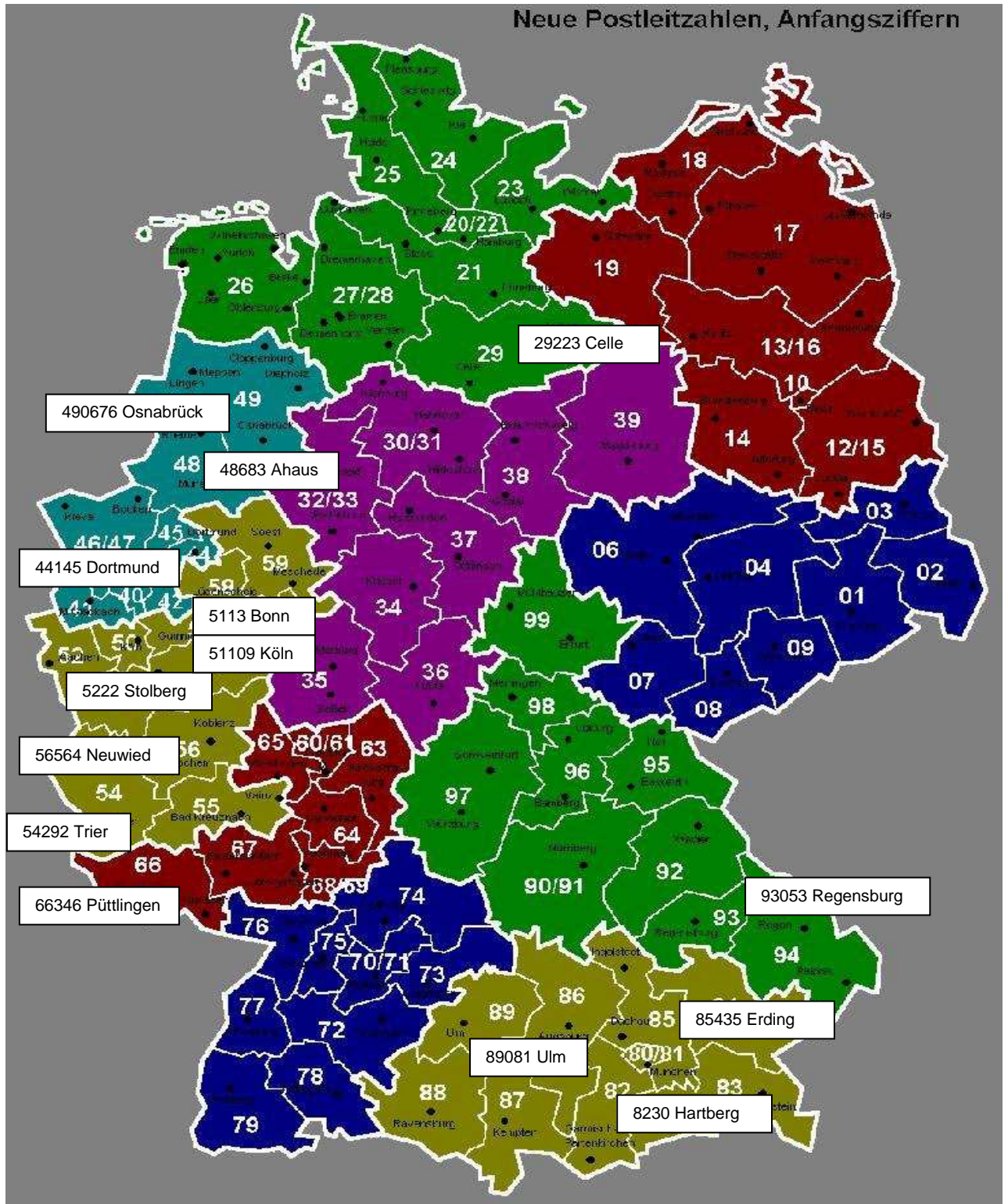


Abbildung 2: „Beispielhafte Belegungsmanagement- Standorte Deutschland“
(Ableitung aus: <http://www.de>), Eigene Darstellung

Expertengruppe

Die Auswahl der Interviewpartner erfolgte im Raum NRW und RP nach den genannten Einschluss- und Ausschlusskriterien.

Die Expertengruppe setzt sich zusammen aus neun weiblichen und drei männlichen Interviewpartnern. Sechs der Interviewpartner sind in Vorgesetztenfunktion tätig, fünf Interviewpartner arbeiten als Belegungsmanager und ein Interviewpartner als Case Manager.

6.2 Durchführung des Interviews

Die Vorgesetzten der Belegungsmanager wurden zur Frage der Interviewbereitschaft telefonisch kontaktiert. Zur Einhaltung der forschungsethischen Grundsätze wurde den Vorgesetzten nach Kontaktaufnahme neben der Datenschutz- Erklärung ein Schreiben mit dem Ziel der Forschung beigefügt (vgl. Anhang A). Auf Wunsch wurde ebenfalls das Literaturverzeichnis mitgeschickt. Nach erneuter telefonischer Kontaktaufnahme wurde der Interviewtermin festgelegt. In der Zwischenzeit waren bereits die Belegungsmanager von ihren Vorgesetzten über das Interview informiert worden. Somit konnten in sechs von sieben Kliniken am gleichen Tag Vorgesetzter und Belegungsmanager interviewt werden.

Alle Interviews fanden im beruflichen Umfeld der Experten statt und Störungen durch Anrufe waren unvermeidlich.

Jedem Interviewteilnehmer brachte die Autorin als Dank für die Interviewbereitschaft ein kleines Präsent mit, was deutlich zur Vertrauensbildung beitrug. Alle Interviews beruhten auf Freiwilligkeit und der Zusage, das Interview jederzeit abbrechen zu können.

In Form eines Alltagsgespräches begab sich die Autorin auf die Ebene der Interviewpartner, ohne die professionelle Distanz zu verlieren. Mit Sensibilität und Einfühlungsvermögen wurden während der Interviews beide Interviewtechniken im Wechsel angewandt.

Fragestellungen mit Anteilen des problemzentrierten Interviews erhielten die Kennzeichnung → PI

Fragen mit Anteilen des episodischen Interviews erhielten die

Kennzeichnung → EI (vgl. Anhang A).

Zu Beginn des Gesprächs wurde wiederholt auf die Zusicherung der Anonymisierung der Daten hingewiesen (vgl. Anhang A). Bis auf einen Interviewpartner war den übrigen Interviewteilnehmer wichtig, dass keine Rückschlüsse zur Person und Klinik gezogen werden können.

Vier von sechs Vorgesetzten hatten die Beratungszeit zwischen Erstkontakt und Interviewzeitpunkt genutzt um mit ihren Belegungsmanagern die Interviewleitfäden und Literaturliste durch zu arbeiten.

Kurzfragebogen

Bei einem Kurzfragebogen handelt es sich um ein erstes Medium der Datenerhebung- und Erfassung. In der vorliegenden Arbeit wurde auf den Kurzfragebogen verzichtet.

Informationen zur Interviewdauer und Atmosphäre während des Interviews wurden unverzüglich nach jedem Interview in einer Checkliste zum Postskript dokumentiert (vgl. Anhang A).

6.3 Interviewleitfaden

Pretest

An die Erstellung des ersten Fragebogens schließt sich eine Probebefragung, der so genannte Pretest an. Für *Prüfer* und *Rexroth* ist

„Ein Pretest als wesentlicher Bestandteil bei der Vorbereitung einer Befragung anzusehen und unbedingt durchzuführen, um durch eine Verfahrenskontrolle den reibungslosen Ablauf der eigentlichen Untersuchungsdurchführung zu gewährleisten und das Untersuchungsinstrument möglichst optimal zu gestalten:“

(vgl. *Prüfer*; *Rexroth*, In: *Werner*, 2004, S. 177)

Die Probebefragung wurde im Rahmen einer Lehreinheit im Kommilitonenkreis durchgeführt. Angepasst wurden Fragen zur Qualifikation und beruflichem Werdegang des Interviewpartners (vgl. dazu, Auswertung des kognitiven Interviews, Anhang A). Die Ergebnisse des Pretests flossen nicht mit in die Analyse und Auswertung ein.

Fragestellungen

Die Fragestellungen erwachsen häufig aus dem persönlichen Umfeld oder Berufsalltag des Forschers. Die Entscheidung für oder gegen bestimmte Fragestellungen tragen zur Reduktion der Vielfalt und zur Strukturierung des Untersuchungsfeldes bei (vgl. Flick, 2005, SS. 78ff).

Für das Experteninterview wird zur Minimierung von Unsicherheitsfaktoren nach *Meuser und Nagel*, von dem Interviewer eine gute Gesprächsführung und ein Leitfaden (vgl. Meuser; Nagel, 2005, S. 77) gefordert. Der Leitfaden dient ebenfalls dazu, durch das zumeist vorgegebene Zeitfenster des Experten die Informationen komprimiert, zielbezogen zu erheben und die Vergleichbarkeit mehrerer Expertenaussagen herzustellen (vgl. Gläser; Laudel, 2006, S. 107). *Flick* gibt zu bedenken, dass nicht außer Betracht gelassen werden sollte, dass durch den Leitfaden „[...] die Bandbreite der potenziell relevanten Informationen [...]“ (Flick, 2005, S. 217) eingeschränkt wird.

Forschungsgegenstand

Der Forschungsgegenstand ist das Erleben und die Erfahrungen zu Möglichkeiten und Visionen mit Belegungsmanagement in der Klinik. Um den Fragenkatalog nicht zu eng zu gestalten, werden die Fragen verschiedenen Themenbereichen zugeordnet (vgl. Anhang A).

Da der Gegenstand der Forschung die Methode bestimmt, ist als Forschungsinstrument das Problemzentrierte Interview Mittel der Wahl. Gleichzeitig soll dem Experten die Möglichkeit gegeben werden, kontextbezogene Darstellungen in Form von Erzählungen weiterzugeben. Dazu eignet sich das episodische Interview (vgl. Flick, 2005, S. 191).

In der vorliegenden Untersuchung wurden beide Interviewformen miteinander verknüpft und neben den problemgerichteten Fragen erfolgte immer wieder die Aufforderung zu erzählen.

6.4 Interviewvorgehen

Bezogen auf die Forschungsfragen:

1. Können verkrustete Strukturen durch strukturiertes Belegungsmanagement überwunden werden?
2. Ist professionelles Belegungsmanagement als mögliches Instrument zur Kapazitätsplanung in der Klinik anzusehen?

sollen nachfolgende Fragestellungen zur Aufklärung beitragen.

Die Pflegewissenschaft unterliegt dem Begründungszwang und daher werden die Fragestellungen literaturgestützt begründet (vgl. Axmacher, 1991, S. 121).

Einstiegsphase

In diesem Interview werde ich Sie immer wieder darum bitten, mir Situationen zu erzählen, in denen Sie bestimmte Erfahrungen und Situationen mit Belegungsmanagement in Ihrer Einrichtung erlebt haben.

Begründungszusammenhang zur Erzählaufforderung:

Ziel des episodischen Interviews ist es, Erfahrungen in allgemeiner, vergleichender Form darzustellen und gleichzeitig entsprechende Situationen und Episoden zu erzählen (vgl. Flick, 2005, S. 160). Erfahrungen sind individuell, denn persönliche Biographie und soziale Gegebenheiten wirken darauf ein (vgl. Simon, 2001, SS. 14ff).

Gesprächseinstieg → Was verstehen Sie unter Belegungsmanagement?
(PI)

Allgemeine Sondierung → Erinnern Sie sich an Situationen die zur
Einführung von Belegungsmanagement
geführt hat? (EI)

Begründungszusammenhang zu Fragestellungen der Begriffsvielfalt:

Synonymen Gebrauch der Begriffe wie Fall- Patienten- und Case Management werden sowohl von *Pape* als auch von *Dörpinghaus* beschrieben (vgl. Pape, In: Bostelaar, 2008, S. 17, vgl. Dörpinghaus; Weidner, 2004, S. 27). Für *Weidner* et al. geht aus der Literatur weder

zum Begriff noch zur Definition eine einheitliche Bezeichnung hervor (vgl. Dörpinghaus; Weidner, 2004, S. 27).

Mögliche Fragestellungen zum Themenbereich Begriffsvielfalt

- Was verstehen Sie unter Belegungsmanagement? (PI)
- Was verstehen Ihre Mitarbeiter unter Belegungsmanagement? (PI)
- Fällt Ihnen zur Begriffserklärung eine Begebenheit ein? (EI)

Begründungszusammenhang zu Fragestellungen der Implentierung von Belegungsmanagement:

Nach Aussagen der Autoren *Huke* und *Spieß* führt die unausgewogene Bettenbelegung innerhalb einer Klinik zur Implementierung von Belegungsmanagement (vgl. Huke; Spieß, 2009, S. 5).

Die Autoren *Proudlove* et al. beschreiben, dass eine Pilotstudie zur Fragestellung durchgeführt wurde, ob gutes Bettenmanagement die Wartezeiten in der Notaufnahme verkürzen kann (vgl. Proudlove; et al., 2003, S. 1).

Mögliche Fragestellungen zur Implentierung

- Seit wann gibt es Belegungsmanagement in Ihrer Klinik? (PI)
- Durch wen wurde das Modell entwickelt? (PI)
- Erinnern Sie sich an Begebenheiten, die zur Implementierung von Belegungsmanagement geführt haben? (EI)

Hauptphase – Erzählphase

In der Hauptphase wird nach der zentralen Problematik gefragt. Dabei fragt der Interviewer nach, fasst zusammen und spiegelt dem Interviewpartner seine Auffassungen. Auch hier wird der Experte immer wieder dazu angeregt, sich an bestimmte Situationen zu erinnern. Bei entsprechender Gelegenheit werden Ad- hoc Fragen; Rückmeldungen; Interpretationen und Verständnisfragen seitens des Interviewers gestellt. Dies dient dem Verständnis des Interviewers (vgl. Lamnek, 2005, S. 365).

Begründungszusammenhang zu Fragestellungen zentraler Problematik

Für *Huke* und *Spieß* stellt „[...] die Überwindung der Schnittstellen hinsichtlich eines interprofessionellen und interdisziplinären Belegungsmanagements eines der größten Probleme dar“ (vgl. *Huke*; *Spieß*, 2009, S. 10).

Mögliche Fragestellungen zentraler Problematik

- Gibt es Ihrer Meinung nach Schnittstellenprobleme? (PI)
- Können Sie sich an Situationen erinnern, in denen Schnittstellenprobleme Ihre Arbeit behindert haben? (EI)

Begründungszusammenhang zu Fragestellungen der Veränderungsmöglichkeiten durch Belegungsmanagement:

Die Autoren *Huke* und *Spieß* beschreiben dass sich durch Belegungsmanagement neben verbesserter Aufnahmekoordinierung Fallzahlsteigerung, Verweildauerreduzierung und Anstieg der Bettenauslastung erreichen lässt (vgl. *Huke*; *Spieß*, 2009, S. 10).

Proudlove vertritt ebenfalls die Ansicht, dass sich möglicherweise durch strukturiertes Belegungsmanagement positive Effekte erzielen lassen (vgl. *Proudlove*; et al., 2003, S. 149).

Mögliche Fragestellungen zu Veränderungsmöglichkeit

- Konnten Verweildauern durch BM gesenkt werden? (PI)
- Können Sie sich an eine Situation erinnern, in der spürbar war, dass sich durch Belegungsmanagement etwas verändert hat? (EI)
- Konnten Fallzahlen durch Belegungsmanagement gesteigert werden? (PI)

Begründungszusammenhang zu Fragestellungen der Qualifikation des Belegungsmanagers

Den Aussagen von *Huke* und *Spieß* folgend, sei die Rolle des Status, der Persönlichkeit und Durchsetzungskraft des Belegungsmanagers nicht zu unterschätzen (vgl. *Huke*; *Spieß*, 2009, S. 10). Die Autoren *Proudlove* et al. beschreiben, dass die Tätigkeit eines Belegungsmanagers als sehr belastend empfunden wird (vgl. *Proudlove*; et. al. ,2007, Abstract).

Mögliche Fragestellungen zur Qualifikation

- Wie war Ihr beruflicher Werdegang? (PI)
- Ad- hoc- Frage → Hat Ihnen in dieser Zeit etwas gefehlt? (PI)
- Ad- hoc- Frage → Habe ich das richtig verstanden, Dass Sie sich in dieser Situation Unterstützung gewünscht hätten? (PI)
- Fällt Ihnen dazu eine Geschichte ein, in der Sie sich Rat gewünscht hätten? (PI)

Abschlussphase

Die Abschlussphase der Interviews war geprägt von einer vertrauensvollen Atmosphäre. Gegenseitige Tipps und Ratschläge im Umgang mit Problemen wurden ausgetauscht.

Die Interviewpartner wurden informiert, dass noch weitere Experten befragt werden, die Belegungsmanagement in ihrer Klinik implementiert haben. Nochmals wurde ihnen die wissenschaftliche Aufbereitung der Daten erklärt, dass die Ergebnisse in einer schriftlichen Arbeit zusammenfließen und dass das Ergebnis keinen Rückschluss auf einzelne Interviewpartner zulässt.

Außerdem wurde den Interviewpartnern zugesichert das Transkript und die Analyse des Transkriptes zu erhalten. Daher wurden gegen Ende der Interviews die Internetadressen ausgetauscht, falls noch nicht vorhanden. Die Adressen der Belegungsmanager lagen nicht vor, da die Kontaktaufnahme über deren Vorgesetzte erfolgte.

Abschließend bedankte sich die Autorin, für die Bereitschaft, die persönlichen Erfahrungen geschildert zu haben. Alle Interviewpartner zeigten großes Interesse an den Ergebnissen der Untersuchung.

Diktiergerät

Elf von zwölf Interviews wurden mittels Diktiergerät aufgezeichnet und später transkribiert. Das letzte Interview wurde vom Gerät leider nicht aufgezeichnet, doch im Anschluss an das Interview wurde ein Gedächtnisprotokoll angelegt. Diese Gedächtnistranskription wurde unverzüglich dem Interviewpartner zugeschickt, der keinerlei Anmerkungen oder Korrekturwünsche hatte.

6.4.1 Postskript

Nach *Lamnek* wird zum Transkript zusätzlich ein Postskript nach jedem Interview angefertigt (vgl. Lamnek, 2005, S. 137). Es enthält Angaben zur Interviewdauer, Stimmung, Bemerkungen und Schlüsselwörter die während des Interviews gebraucht werden. Sowie Störungen und persönliche Befindlichkeit des Interviewers und Gesprächsinhalte vor und nach dem Interview (vgl. Anhang B). Hilfreich war eine Checkliste, die nach jedem Interview ausgefüllt wurde und bei Transkriptionsunklarheiten nochmals eingesehen werden konnte (vgl. Anhang A).

6.4.2 Transkript

Im nächsten Schritt der Forschung werden verbale oder visuelle Daten durch Dokumentation und Transkription in Texte verwandelt (vgl. Flick, 2005, S. 29, vgl. Lamnek, 2005, S. 390). Unter Transkription ist die Umwandlung einer Schrift in eine andere zu verstehen, „[...] wobei die Ursprungssprache möglichst lautgetreu wiedergegeben werden soll [...]“ (Wahrig, 1997, S. 1236). Das Transkript ermöglicht den kritischen Nachvollzug des Interviews und der Interpretationen (vgl. Lamnek, 2005, S. 390).

„In der qualitativen Sozialforschung ist man meistens nicht an der Wiedergabe der rein sprachlichen Phänomene interessiert (sondern eher an den Inhalten).“

(Mayring; Gläser- Zikuda, 2005, S. 49)

Nach *Mayring* stellt die Transkription gesprochener Sprache im empirischen Sinne eine neue Datengenerierung, bzw. eine Datentransformation dar. Wobei zu beachten ist, welche Gütekriterien hier Geltung besitzen, wie sie bestimmt werden können und wie Fehlerquellen auszuschließen sind. Außerdem ist der Zeitaufwand für die Transkription nicht zu unterschätzen, da die Reliabilität durch wiederholtes Kontrollhören deutlich gesteigert wird (vgl. a. a. O., 2005, SS. 48ff). Das bestätigt eine zehntägige Transkriptionszeit für ein sechzigminütiges Interview (vgl. Anhang B, Beispiel Transkript Interview A1).

Aus Gründen der begrenzten Bearbeitungszeit der vorliegenden Arbeit

wurden zwei Schreibbüros beauftragt, sieben von zwölf Interviews wörtlich zu transkribieren. Die Sekretärinnen erhielten vor der Bearbeitung ein Muster von Transkriptionsarten (vgl. Anhang B) sowie die Transkriptionsregeln (vgl. nachfolgende Regeln).

Transkriptionsregeln nach Flick (vgl. Flick, 2005, S. 254)

Jedes Interview erhält eine Kennzeichnung durch Großbuchstaben (A-G), Seiten- und Zeilenangaben, sowie einem Zahlencode, der das Datum erkennen lässt (vgl. Anhang B, Beispiel Transkript Interview B2).

Die Interviews erhalten zusätzlich eine Unterscheidung je nach Ebene der Interviewpartner, so dass später Aussagen den entsprechenden Ebenen zugeordnet werden können.

Belegungsmanager (1), die Ebene der Vorgesetzte erhält die Ziffer (2). Ein Interviewpartner ist Case Manager und erhält Ziffer (3).

A1, B1, C1, F1, G1 (Belegungsmanager)

A2, B2, C2, D2, E2, F2 (Vorgesetzte oder Budgetverantwortliche)

C3 (Case Manager)

Somit wird deutlich, dass es sich in der nachstehenden Tabelle bei den Transkriptionsbeispielen um einen Vorgesetzten in Interview B handelt (Interview B2). Die Unkenntlichmachung von Namen, Orten und Institutionen erfolgt durch Ersetzen von(Ort), (Name) und(Institution). Lachen, wird in kursiv gekennzeichnet (*lachen*). Die Bedeutung der der Symbole werden mit Textbeispielen in der unten angeführten Tabelle erklärt (vgl. Tabelle „Transkriptionsregeln mit Interviewbeispieltexten“).

Zur Verdeutlichung, um welche speziellen Probleme und Fachabteilungen es sich beim Thema „Belegungsmanagement“ handelt, wird die Uhrzeit ausgeschrieben und die entsprechende Fachabteilung benannt. Wie das folgende Beispiel zeigt, wird die Abteilung genannt und um die Anonymität des Interviewpartners zu wahren, wird die Bettenangabe der Abteilung vermieden.

Beispiel aus Interview B

„[...] <Hm:::> Immer noch, immer noch <.hh::> (0.2) große in der Inneren Abteilung, ganz einfach, weil wir die Innere Abteilung in.....(Anzahl)
 Interview B2, Seite 4, Zeile 118-119

Die nachfolgende Tabelle verdeutlicht die Symbole und deren Bedeutung anhand von Textbeispielen des Interviews B2.

| Symbol | Bedeutung der Symbole | Textbeispiele, Transkriptionstext Interview B2 | Seite/ Zeile im Beispiel |
|-------------|---|--|--------------------------|
| [| <i>Überlappende Sprache:</i> Der exakte Punkt, an dem der eine zu sprechen beginnt, während der andere noch redet [...] | [Ja] kann man auch sagen | Seite 1, Zeile 64 |
| (0.2) | <i>Pausen:</i> innerhalb und zwischen Sprecherwechseln, in Sekunden angeben | in der Diskussion (0.2) | Seite 5, Zeile 165 |
| <Aw:::> | <i>Gedehnte Töne:</i> Lautdehnungen durch Doppelpunkte im Verhältnis zur Länge der Dehnung | <Wo:::> wir jetzt noch | Seite 5, Zeile 164 |
| <u>Wort</u> | Unterstreichungen markiert Betonungen oder Hervorhebungen | weil <u>einer</u> | Seite 4, Zeile 125 |
| <stellen> | Ein Bindestrich zeigt an, dass ein Wort oder Laut abgebrochen wird | ich will einfach <eine> Klarheit | Seite 5, Zeile 173 |
| <.hhh> | Hörbares Einatmen wird als <.hhh> transkribiert (die Zahl der <h> ist proportional zur Länge des Einatmens) | <.h> dass die wissen | Seite 5, Zeile 170 |
| WORT | Erhöhung der Lautstärke wird durch Großbuchstaben angezeigt | ODER halt auch | Seite 6, Zeile 203 |
| (Worte... | Klammern grenzen unsichere Transkriptionen ab | der schwierigen (Chefsbelegung....) | Seite 4, Zeile 119 |

Tabelle 7: „Transkriptionsregeln mit Interviewbeispieltexten“ (Ableitung aus: Flick 2005, S. 254) Eigene Darstellung

7 Datenauswertung

7.1 Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

Nach Transkription der Daten, werden diese analog der qualitativen Inhaltsanalyse nach *Mayring* analysiert. „*Ziel der Inhaltsanalyse ist, darin besteht Übereinstimmung, die Analyse von Material, das aus irgendeiner Art von Kommunikation stammt.*“ (Mayring, 2003, S. 11). Die Inhaltsanalyse zeichnet sich durch Regelgeleitetheit und Theoriegeleitetheit der Interpretation aus. Das Material wird als Einbettung in den Kommunikationsprozess verstanden und der Interpret muss bei der Analyse stets angeben, auf welchen Teil im Kommunikationsprozess er seine Schlussfolgerungen bezieht (vgl. a. a. O., SS. 42ff).

Bestimmung der Analyseeinheiten

Das Ziel der objektiven Hermeneutik ist das Herausarbeiten von latent versteckten Sinnstrukturen, die hinter den Einzelaussagen stecken. Dazu muss vorher festgelegt werden, wie die Analyse des Textes erfolgen soll (vgl. Lamnek, 2005, SS. 535ff).

Für die vorliegende Arbeit wird als Analyseeinheit die Kodiereinheit festgelegt. Der Text wird bis auf den kleinsten Materialbestandteil hin analysiert und dieser anschließend festgelegt. „*Die Kodiereinheit legt fest, welches der kleinste Materialbestandteil ist, der ausgewertet werden darf, was der minimale Textteil ist, der unter eine Kategorie fallen kann*“ (Mayring, 2003, S. 53).

Paraphrasierung inhaltstragender Textstellen

Im nächsten Schritt werden die Aussagen innerhalb des Transkriptionstextes wiederholt und schmückenden Vokabeln weggelassen. Das Wort Paraphrase stammt von dem Wortstamm Phrase ab, das aus dem griechischen hervorgeht und soviel wie „[...] anzeigen; sagen oder aussprechen [...]“ bedeutet (Wermke, 2001, S. 606).

Des Weiteren wird paraphrasieren mit „[...] ausschmücken, verziern, umspielen [...]“ beschrieben (vgl. Wahrig, 1997, S. 942) und gleicht in der

praktischen Anwendung dem Abschälen unbrauchbarer Gesprächsanteile.

Generalisierung der Paraphrasen

Im nächsten Schritt wird aufgrund des vorliegenden Materials das Abstraktionsniveau der ersten Reduktion bestimmt. Paraphrasen, die unterhalb des Abstraktionsniveaus liegen, werden verallgemeinert. Oberhalb des Niveaus liegende Paraphrasen, werden zunächst belassen (vgl. Mayring, 2003, S. 61).

| Interview C3 | | | |
|-----------------------------|--|---|-----------------------------------|
| Seite / Zeilennummer | Transkriptionstext | Paraphrasierung / Generalisierung | Erste und zweite Reduktion |
| S.1/ Z. 19-22 | also dass wir nicht unter dem Druck stehen, dass wir Patienten zwangsmäßig entlassen müssen. | nicht unter dem Druck stehen, zwangsmäßig entlassen | |

Tabelle 8: „Generalisierungsbeispiel“ (Ableitung aus: Transkript Interview C3), Eigene Darstellung

Erste und zweite Reduktion

Nach *Mayring* werden bedeutungsgleiche Paraphrasen innerhalb der Auswertungseinheiten und Paraphrasen gestrichen, die auf dem neuen Abstraktionsniveau als unwesentlich inhaltstragend erachtet werden. Übernommen werden die Paraphrasen, die weiterhin als inhaltstragend erachtet werden (vgl. a. a. O., S. 62).

Abschließend werden Paraphrasen mit gleichem oder ähnlichem Gegenstand und ähnlicher Aussage zu einer Paraphrase zusammengefasst und gebündelt. Möglicherweise können Paraphrasen mit mehreren Aussagen zu einem Gegenstand zusammengefasst werden (vgl. a. a. O., S. 62).

Um das Erleben der Experten natürlich und deren Informationen so authentisch wie möglich darzustellen, wird bei der Datenreduktion auf Beibehalten der Alltagssprache geachtet. Das Beibehalten der

Alltagssprache spiegelt sich in der Kategoriebildung wieder.

| Interview C3 | | | |
|-----------------------------|---|---|--|
| Seite / Zeilennummer | Transkriptionstext | Paraphrasierung / Generalisierung | 1.Reduktion |
| S.1/ Z. 19-22 | also dass wir nicht unter dem Druck stehen, dass wir Patienten zwangsmäßig entlassen müssen. | nicht unter dem Druck stehen, zwangsmäßig entlassen | zwangsmäßig entlassen |
| | | | Entlassungen |
| Interview C3 | Transkriptionstext | Paraphrasierung / Generalisierung | 1.Reduktion |
| S.2/ Z. 50-52 | ich habe pro Tag mit Sicherheit vier Entlassungen. Und damit hantiere ich auch, dass ich dann sage, ich kann auch nur vier Patienten aufnehmen. | Pro Tag vier Entlassungen. dass ich sage, ich kann nur vier Patienten aufnehmen | Pro Tag vier Entlassungen |
| | | | Entlassungen |
| | | | Unterkategorie nach 2. Reduktion: Entlassungen (K3) |

Tabelle 9: „Reduktionsbeispiel“ (Ableitung aus: Transkript Interview C3), Eigene Darstellung

Kategoriebildung (methodisch)

Nach der Paraphrasierung und Generalisierung des Datenmaterials innerhalb der Aussagen, werden gemäß der Inhaltsanalyse nach *Mayring* Kategorieübergreifend, auf der Grundlage der Generalisierung, und im Anschluss an die erste und zweite Reduktion, Kategorien gebildet.

Die Kategorie die bei oben genanntem Beispiel gebildet wurde, wird mit „K“ gekennzeichnet. Außerdem erhält die Kategorie die Ziffer „3“, da sie die dritte ermittelte Kategorie darstellt.

7.2 Episodenidentifikation (methodisch)

Bedeutsame Erzählungen zu einzelnen Themenbereichen werden im Anschluss an die Kategorienentwicklung herausgefiltert.

Um eine Erzählung von einer Aussage abzugrenzen, ist eine Definition hilfreich. Eine Episoden-Definition ist in der Literatur nicht eindeutig beschrieben.

Nachfolgend wird eine Definition vorgestellt, die für die vorliegende Arbeit entwickelt wurde.

„[...] Griech. epeisódion, das etwa mit >Hinzukommendes< wiederzugeben ist, bezeichnete in der altgriechischen Tragödie die zwischen die einzelnen Chorlieder eingeschobenen Dialogteile. Da der Chor der Hauptträger der Handlung war, wurden die hinzukommenden Dialogteile der handelnden Personen als unwesentliche Nebensache empfunden.“

(Wermke,2001,Seite 183)

Zur Kriterienerstellung der Definition „Episode“ soll die vorangegangene Erklärung im umgekehrten Sinne dienen. Hier soll die > *Hinzukommende*<, zwischen mehreren Aussagen eingeschobener Erzählung nicht als unwesentliche Nebensache, sondern als Hauptsache gelten.

Kriterien, die an eine Episode gestellt werden und für die vorliegende Arbeit gelten

- Zwischen zwei Aussagen eingeschobene Erzählung
- Auswahl durch den Interviewpartner
- Verbindung von Erzählung und Argumentation
- Beschränkung auf Alltagswissen

(vgl. Definition nach Flick, 2005, S. 191; modifiziert durch die Autorin)

7.3 Fazit des methodischen Teils

In den qualitativen Sozialwissenschaften liegt der Fokus auf gegenstands-begründender Theoriebildung der Daten und dem untersuchten Feld. Unter Einbeziehung von Theorie wird die Komplexität des untersuchenden Gegenstandes verdichtet. Bezogen auf die Forschungsfragen:

1. Können Strukturen durch strukturiertes Belegungsmanagement verändert werden?
2. Ist professionelles Belegungsmanagement als mögliches Instrument zur Kapazitätsplanung in der Klinik anzusehen?

wird die Frage nach dem Erleben und den Erfahrungen theoretisch hergeleitet.

Soziale Wirklichkeit wird im Umfeld der Experten hergestellt. Um den Problembereich der Experten betrachten und analysieren zu können, ist das Problemzentriertes Interview, nach *Witzel*, Mittel der Wahl. Es beruht auf einem wissenschaftlich bestehenden Konzept, die Vorgehensweise ist halbstrukturiert, kommt dem offenen Gespräch nahe und ist zentriert auf die Problemstellung ausgerichtet.

Das Episodische Interview ist ein von *Flick* (1995) entwickeltes Verfahren und eine Kombination aus Narration und Befragung. Dem Experte wird somit die Möglichkeit gegeben, ihm bedeutsame Erzählungen mitzuteilen.

Die Kombination von Problemzentriertem und Episodischem Interview wird in der Literatur nicht explizit beschrieben. Da sie weitgehend der Alltagskommunikation entspricht, wird eine Kombination beider Interviewformen in der vorliegenden Arbeit angewandt.

Zur Kriterienerstellung der Episodendefinition, wird eine Kombination aus *Flicks* Definition und einer, in der Arbeit entwickelten Definition, angewandt.

Die sechs Gütekriterien *Mayrings*, unter Verzicht auf Validität und Reliabilität, finden in der vorliegenden Arbeit Anwendung. Ebenso erfolgt die qualitative Inhaltsanalyse der Interviews nach den Vorgaben *Mayrings*. Somit wird der Methode der empirischen Sozialforschung, eine geregelte und nachvollziehbare Anwendung von Erfassungsinstrumenten angewandt.

IV Ergebnisteil / Empirischer Teil

8 Definition Empirische Sozialforschung

Für den Soziologen Atteslander bedeutet empirisch, erfahrungsgemäß (vgl. Atteslander, 2003, S. 3). Etymologisch wurde das Adjektiv „*empirisch*“ im 18./19. Jahrhundert aus dem gleichbedeutenden griechischen „*empeirikós*“ entlehnt und bedeutet „*auf Erfahrung beruhende Erkenntnis*“ (vgl. Wahrig, 1997, S. 417).

„*Empirische Sozialforschung ist die systematische Erfassung und Deutung sozialer Tatbestände*“ (Atteslander, 2003, S. 3).

Gemäß philosophischer Betrachtung ist Empirismus eine erkenntnistheoretische Position die, entgegen des Rationalismus, alles Wissen auf die Erfahrung als Ursprung zurückführt. Die Erfahrung wird dabei meist begriffsfrei, als rein Gegebenes gedacht. *Locke* untersuchte Ursprung und Wesen der Erkenntnis und kommt zu dem Schluss, dass Menschen nicht mit Ideen geboren werden, sondern diese erwerben sie aufgrund ihrer erkenntnistheoretischen Erfahrungen. Vorstellungen werden durch Erinnerung aus den Eindrücken oder durch Kombination verschiedener Vorstellungen gebildet. Der Verstand hat die Aufgabe verschiedene Vorstellungen richtig miteinander zu verbinden und lässt sich dabei von räumlicher und zeitliche Nähe, Ähnlichkeit und Kausalität leiten (vgl. Krüger et. al., 2002, S. 109).

Die Analyse der Ergebniskategorien erfolgt ebenfalls nach den Prinzipien der Ähnlichkeit. Das heißt, Aussagen der Experten mit gleichem oder ähnlichem Inhalt werden zu einer Kategorie zusammengefasst und einem Oberbegriff zugeordnet.

8.1 Darstellung des Kategoriensystems (empirisch)

Bezogen auf die Untersuchungsfragen zur Fallzahlsteigerung und Verweildauerverkürzung sowie der Forschungsfragen:

1. Können alte verkrustete Strukturen durch strukturiertes Belegungsmanagement überwunden werden?
2. Ist professionelles Belegungsmanagement als mögliches Instrument zur Kapazitätsplanung in der Klinik anzusehen?,

ergeben sich aus der zusammenfassenden Inhaltsanalyse die nachfolgend vorgestellten Kategorien. Nach *Mayring* kann somit eine Rücküberprüfung des zusammenfassenden Categoriesystems am Ausgangsmaterial stattfinden (vgl. Mayring, 2003, S. 60).

Um eine Rücküberprüfung des Datenmaterials zu ermöglichen, werden einzelne Ankerbeispiele, einzelnen Kategorien (K) zugeordnet. Die Ankerbeispiele erhalten nach der 2. Reduktion einen Titel, der in den einzelnen Beispielen wieder zu finden ist. Die Ankerbeispieltitel sind ebenfalls in den jeweiligen Kategorien wieder zu finden.

| | |
|--------------|----------------------|
| Kategorie 1 | Viele Ausdrücke |
| Kategorie 2 | Verteilung |
| Kategorie 3 | Entlassungen |
| Kategorie 4 | Betten suchen |
| Kategorie 5 | Aufnahmen |
| Kategorie 6 | Überblick |
| Kategorie 7 | Effektivität |
| Kategorie 8 | Feuerwehrarbeit |
| Kategorie 9 | Kommunikationsarbeit |
| Kategorie 10 | Fallzahlen steigern |
| Kategorie 11 | Verweildauer gesenkt |
| Kategorie 12 | Ausbildung |
| Kategorie 13 | Erfahrung |
| Kategorie 14 | Starke Nerven |
| Kategorie 15 | Vorgesetzte |
| Kategorie 16 | Belegung der Station |
| Kategorie 17 | Vermitteln |

Die in Anhang B befindliche Tabelle (vgl. Anhang B, Kategorieentwicklung) enthält die oben aufgelisteten Kategorien, die den jeweiligen Interviews mit entsprechender Zeilennummer zugeordnet sind.

8.2 Darstellung einzelner Kategorien

Nach *Flick* lautet häufig geäußerte Kritik, qualitative Forschung mache Interpretationen und Ergebnisse dadurch transparent, dass Zitate aus Interviewprotokollen eingeflochten würden (vgl. *Flick*, 2005, S. 317). Trotz geäußerter Kritik geschieht das in der vorliegenden Arbeit. Denn dies ist die einzige Möglichkeit zur Herstellung des Begründungszusammenhangs zwischen Aussage und daraus gewonnener Erkenntnis. Damit erkennbar ist, dass es sich um ein Zitat des Transkripttextes handelt wird dieser *kursiv* dargestellt und unterhalb des Zitates der Großbuchstabe des Interviews mit Seite und Zeilennummer angegeben.

In der Sozialwissenschaft ist der Text „[...] vor allem ein Instrument der Vermittlung und Kommunikation von Erkenntnis und Wissen“ (vgl., a. a. O., S. 345).

Um zu verdeutlichen, warum welche Kategorie ausgewählt wurde, wird ein Ankerbeispiel an den Anfang und das Ende eines Kategorieblockes gestellt. Als Ankerbeispiele werden „[...] typische Textpassagen [...]“ angeführt, die unter eine Kategorie fallen und als Beispiele für diese Kategorie gelten sollen“ (vgl. *Flick; et al.*, 1995, S. 213). Im Kategorienblock wird ebenso angegeben, in welchem Interview und welcher Zeilennummer das jeweilige Ankerbeispiel zu finden ist.

Zur Vergleichbarkeit der Aussagen innerhalb einer Kategorie werden die Ankerbeispiele der Belegungsmanager (BM), der Vorgesetzten (VG) und in Ausnahmefällen des Case Managers (CM) gesondert dargestellt.

Ankerbeispiel der Kategorie „Viele Ausdrücke“ (BM)

„*Patientenkoordination heißt das bei uns allerdings.*“

Interview A1, Seite 1, Zeile 21

Ankerbeispiel der Kategorie „Viele Ausdrücke“ (VG)

„*Weil Belegungsmanagement ist für uns ein Teil vom unserem Patientenmanagement*“

Interview B2, Seite 1, Zeile 5-6

Kategorie 1 : Viele Ausdrücke (K1)

Eine einheitliche Begriffsdefinition zum Thema Belegungsmanagement gibt es nicht. Auf die einleitende Frage nach dem Verständnis zu Belegungsmanagement wird die jeweilige Bezeichnung für die Tätigkeit der Einrichtung genannt. Die Bezeichnungen sind unterschiedlich und in keiner Klinik existiert die Funktion Belegungsmanagement.

„Ich kann Ihnen nur das sagen, was wir beim Bettenmanagement machen.“

Interview C1, S.1, Z.13

| <u>Ankerbeispiele BM</u> | <u>Interview</u> | <u>Zeilennummer</u> |
|--|------------------|---------------------|
| • Heißt bei uns <u>Patienten<u>ko</u>ordination</u> | A1 | 21 |
| • Hier im Patientenmanagement | B1 | 1 |
| • Wir beim Bettenmanagement | C1 | 12, 13 |
| • Bettenmanager | F1 | 10 |
| • Wir nennen es Bettenmanagement | G1 | 5,39 |
| <u>Ankerbeispiele VG</u> | <u>Interview</u> | <u>Zeilennummer</u> |
| • Patientenkoordination | A2 | 261 |
| • Belegungsmanagement ist Teil vom Patientenmanagement | B2 | 7 |
| • Das Bettenmanagement | C2 | 37 |
| • Da gehört Bettenmanagement hin | D2 | 20, 113 |
| • Ich würde unter Belegungsmanagement verstehen | E2 | 3 |
| • Viele Ausdrücke benutzt | F2 | 6,11,60 |
| <u>Ankerbeispiel CM</u> | <u>Interview</u> | <u>Zeilennummer</u> |
| • Bettenmanagement für mich | C3 | 6, 10 |

Obwohl unterschiedliche Bezeichnungen für die Tätigkeit gebraucht werden, stellen alle Interviewpartner eine Verbindung zwischen Belegungsmanagement und in ihrer Klinik ausgeübten Funktion her.

„Ich weiß, dass ganz viele Ausdrücke überall benutzt werden. Also da gibt es ja auch das Case Management, was man vermischen könnte.“

Interview F2, S.1, Z. 61

Kategorie 2.: Verteilung (K2)

Bei der inhaltlichen Ausgestaltung der Belegungsmanagement Tätigkeit variieren die verschiedenen Aussagen. Zum einen sehen die Belegungsmanager ihre Hauptaufgabe in einer Verteilerfunktion. Zum

anderen scheint eine optimale Bettenauslastung durch zentrales Belegungsmanagement möglich zu sein.

„Bis auf zwei Abteilungen im Haus wird zentrales Belegungsmanagement gemacht.“ Interview B1, S.4 / Zz.117-119

| <u>Ankerbeispiele BM</u> | <u>Interview</u> | <u>Zeilennummer</u> |
|--|------------------|---------------------|
| • <u>eine Zentrale</u> | A1 | 47,68 |
| • zentrales Belegungsmanagement | B1 | 10,11,15,117 |
| • Kontingentverteilung ist Ziel | C1 | 4,28,30,47 |
| • Patientenverteilung | F1 | 7,8,9,123,149 |
| • Betten für Notaufnahmen sucht Bettenmanager | G1 | 12,39, |
| <u>Ankerbeispiele VG</u> | <u>Interview</u> | <u>Zeilennummer</u> |
| • Zentralen Belegungsmanagement | B2 | 5,12,37 |
| • Betten 100-prozentig belegt | C2 | 6 |
| • so wenig Reibungsverluste wie möglich | D2 | 6,8,10,113 |
| • interdisziplinäre Belegung | E2 | 9,20 |
| • Bettenmanagement Gesamtchirurgie | F2 | 13,61 |
| <u>Ankerbeispiel CM</u> | <u>Interview</u> | <u>Zeilennummer</u> |
| • vernünftige Ausnutzung der Abteilung | C3 | 6 |

Für die Vorgesetzten und den Case Manager hat Belegungsmanagement das Ziel einer optimalen Bettenausnutzung und damit verbundenen wirtschaftlichen Betriebsführung.

„Darunter verstehe ich, dass so viel wie möglich alle Betten gut belegt sind, dass das 100-prozentig ist. Das verstehe ich darunter, weil es wirtschaftlich ist.“ Interview C2, S.1 / Zz. 5-9

Kategorie 3: Entlassungen (K3)

Unbekannter Entlassungszeitpunkt erschwert die Arbeit der Belegungsmanager und damit ist Planung nicht möglich.

„[...] wer wird entlassen, ist nicht bekannt und oder jemand, eine Schwester weiß es und <gibt es> aber nicht weiter.“ Interview B1, S.2, Zz.34-39

| <u>Ankerbeispiele BM</u> | <u>Interview</u> | <u>Zeilennummer</u> |
|-------------------------------------|------------------|-------------------------|
| • Nicht pünktliche Entlassungen | A1 | 25,67 |
| • Entlassung nicht bekannt | B1 | 33,303 |
| • Entlassungen planen wir gar nicht | C1 | 85,104,897 |
| • Nicht geplante Entlassungen | F1 | 24,34,63,152,157 267 |

| | | |
|--|------------------|---------------------|
| • „Ad hoc“ Entlassungen | G1 | 19,20,24 |
| <u>Ankerbeispiele VG</u> | <u>Interview</u> | <u>Zeilennummer</u> |
| • Entlassungsplanung noch nicht | A2 | 37,39,58,198 |
| • Nicht motiviert zu sagen, Betten frei | B2 | 108,230,240 |
| • Ad-hoc-Entlassungsmanagement | C2 | 86 |
| • Patienten die ich nicht geplant entlassen kann | D2 | 10,127 |
| • Fehlender Hinweis zum Entlassungszeitpunkt | E2 | 34 |
| • Belegungs- und Entlassungs-festlegung funktioniert nicht immer | F2 | 115 |
| <u>Ankerbeispiel CM</u> | <u>Interview</u> | <u>Zeilennummer</u> |
| • Nicht unter Druck zwangsmäßig zu entlassen | C3 | 19,40,50 |

„Das heißt die Stationen waren nicht sehr motiviert zu sagen: „Liebe Patientenmanagerin wir kriegen heute Nachmittag noch Betten frei.“

Interview B2, S.6, Zz.2231.232

Um die Belegung planen zu können, sind Belegungsmanager auf Informationen über frei werdende Betten angewiesen. Sie können sich allerdings nicht darauf verlassen, diese Informationen zu bekommen.

Kategorie 4.: Betten suchen (K4)

Auf die Frage nach inhaltlicher Gestaltung der Tätigkeit erklären die Interviewpartner der Anteil planerischer Arbeit im Belegungsmanagement sei sehr hoch und erfordere gutes Organisationsvermögen.

„Wenn es eine bessere Kommunikation wäre, könnte man ganz anders planen.“

Interview B1, S.2, Z.40

„Und gut organisieren können, [...]“

Interview C1, S.13, Z.485

| | | |
|---------------------------------------|------------------|---|
| <u>Ankerbeispiele BM</u> | <u>Interview</u> | <u>Zeilennummer</u> |
| • Löcher stopfen | A1 | 48,55,58,67 |
| • Planung durch bessere Kommunikation | B1 | 40, 117,140, 230 |
| • Nachsehen | C1 | 65,73,100,144,157, 203,205,393,410,465 |
| • Kucken, wie unterkriegen | F1 | 7,47,142,153,248 |
| • Gut organisieren | G1 | 19,23,46 |
| <u>Ankerbeispiele VG</u> | <u>Interview</u> | <u>Zeilennummer</u> |
| • Nach Einweisungsdiagnose | A2 | 20,24,30,31,221, |

| | | |
|---------------------------------------|------------------|--|
| sortiert aber freies Bett entscheidet | | 128,139,228,240 |
| • Ausgelagert, müssen betreut werden | B2 | 35,45,80,195,221,243,255,310,354,380 |
| • Patienten werden überall verteilt | C2 | 6,8,18,28,36,91,113 |
| • Planerischer Arbeit | D2 | 10,14,108,113,139,285,356,399 |
| • Desorganisation ändern | E2 | 13,23,31,37,50,84,97,101,199,207,209,276,284,312,332 |
| • Betten suchen außerhalb Chirurgie | F2 | 18,24,56,80,85 |
| <u>Ankerbeispiel CM</u> | <u>Interview</u> | <u>Zeilennummer</u> |
| • Im Vorfeld planen | C3 | 10,20,22 |

Auch die Vorgesetzten sehen in der Tätigkeit den überwiegenden Anteil organisatorischer Arbeit. Wobei, bei ihnen das Augenmerk auf der Gesamtorganisation und Berufsgruppen- übergreifenden Organisation liegt.

„[...] kein Chefarzt findet das schön, dass viele Patienten ausgelagert sind, weil die natürlich auch betreut werden müssen.“

Interview B2, SS.5-6, Zz.192-196

Kategorie 5: Aufnahmen (K5)

Die Interviewzitate verdeutlichen, dass aufgrund fehlender Entlassungsplanung keine strukturierte Aufnahmeplanung erfolgen kann. Aufgrund der Aufnahmezahlen wird entschieden, wie viele Patient entlassen werden.

„Dann werden die Entlassungskapazitäten in Abhängigkeit von der Aufnahmekapazität geplant.“

Interview G1, S.1, Z.22

| | | |
|---|------------------|---------------------|
| <u>Ankerbeispiele BM</u> | <u>Interview</u> | <u>Zeilennummer</u> |
| • Plan, können wir Einsicht nehmen | A1 | 8,54 |
| • Priorität, Notfälle | B1 | 120,227, 229, |
| • Dann elektiv geplante Aufnahmen | | 250,186 |
| • Aufnahmepläne, haben groben Überblick | C1 | 93,99 |
| • Nicht sagen, ob der in 14 Tagen Bett bekommt | F1 | 8,44,61,157,169,267 |
| • Aufnahmekapazitäten nicht nach Entlassungskapazitäten geplant | G1 | 22 |
| <u>Ankerbeispiele VG</u> | <u>Interview</u> | <u>Zeilennummer</u> |

| | | |
|--|------------------|---------------------|
| • Aufnahmesituation passt sich an | A2 | 189, |
| • Bessere Aufnahmeplanung kann erfolgen | B2 | 313,343 |
| • Dass sie gutes Aufnahmemanagement machen | C2 | 47 |
| • Aufnahmekoordinator | D2 | 15,184,327 |
| • Unangekündigte Aufnahmen | E2 | 57 |
| • Aufnahmeplan über Sekretariat gemanagt | F2 | 18,,47,80,85,156 |
| <u>Ankerbeispiel CM</u> | <u>Interview</u> | <u>Zeilennummer</u> |
| • Frühzeitig eingreifen und umbestellen | C3 | 19,20,22 |

Der Case Manager hat die Möglichkeit durch Visitenbegleitung und frühzeitige Gegensteuerung Aufnahmen aufgrund von Entlassungsverzögerungen umzubestellen.

„Sondern das kann ich im Vorfeld planen, weil ich die Visiten auch mitbegleite, so dass ich da frühzeitig eingreifen kann, wenn ich sehe, dass das nicht läuft, und dass ich dementsprechend dann auch die Patienten umbestellen kann.“ Interview C3, S.1, Zz.20-22

Kategorie 6: Überblick (K6)

Eine Veränderung durch ihre Tätigkeit sehen die Belegungsmanager im besseren Überblick freier Betten und somit einer größeren Transparenz in ihrer Klinik.

„[...] Wir haben wirklich den Überblick, wo ist was frei <.h>, es kann uns keiner anflunkern und in stressigen Zeiten, ist es einfach so.“ Interview A1, S.4, Zz.134-135

| | | |
|------------------------------------|------------------|---|
| <u>Ankerbeispiele BM</u> | <u>Interview</u> | <u>Zeilennummer</u> |
| • Überblick | A1 | 130,135 |
| • Stationen haben Ansprechpartner | B1 | 155,172, |
| • Effizienz ist ziemlich gestiegen | C1 | 144,157, 185, 269 280, 710,712,715, 738 |
| • Überblick | F1 | 101,110,175,169, 171,185 |

Kategorie 7: Effektivität (K7)

Während die Belegungsmanager aufgrund des besseren Überblicks eine größere Transparenz erleben, setzen die Vorgesetzten die höhere Transparenz mit Effizienzsteigerung im Unternehmen gleich.

Um dies zu verdeutlichen wird hier einmalig für Belegungsmanager und Vorgesetzte eine separate Kategorie gebildet.

„[...] wird das jetzt beim stationären Aufenthalt von den Case- Managern bearbeitet und dadurch fällt es früher auf und dadurch können sie früher gegensteuern und dadurch ist plötzlich viel mehr Transparenz da, über das, was tatsächlich passiert.“ Interview D2, S.12, Zz.354-356

„Und auch da die Opportunitätsbetrachtung, was wäre wenn wir keines hätten.“ Interview E2, S.4, Zz.113-115

Ankerbeispiele VG

- | | <u>Interview</u> | <u>Zeilennummer</u> |
|--|------------------|---|
| • Mehr Effektivität | A2 | 20,65,72,87,148, 182,209,228,240, 254 |
| • Prozessoptimierung hat Beitrag geleistet | B2 | 33,243,37,62,312, 316,327,368,380 |
| • Belegungsmanagement sehr effizient | C2 | 6,11,28,59,63,75, 91 |
| • Transparenz | D2 | 184,233,255,262, 285,310,325,356 |
| • Opportunitätsbetrachtung | E2 | 24,37,97,101,108, 115,127,131,172 |
| • Optimierung | F2 | 122,129,145 |

Ankerbeispiel CM

- | | <u>Interview</u> | <u>Zeilennummer</u> |
|---|------------------|---------------------|
| • mehr positive als negative Äußerungen | C3 | 19, 116 |

„[...] da ist die Bettenkoordination – oder die Patientenkoordination für zuständig. Was ich schon denke, dass wir dadurch schon mehr Effektivität haben.“ Interview A2, S.5, Zz.180-182

Kategorie 8: Feuerwehrarbeit (K8)

Alle Belegungsmanager beschreiben ihre Tätigkeit als Notfallmanagement. Jedoch wird dies nur von wenigen Vorgesetzten erwähnt.

„[...] dann nehmen wir immer so`n bisschen das Feuer raus und vermitteln und dann läuft das auch ein bisschen ruhiger ab, insgesamt.“ Interview A1, S.4, Zz.148-150

„So, das ist Polizeiarbeit – einfach gucken. Feuerwehrarbeit ist: Notfälle lösen.“
Interview C1, S.9, Zz.303- 304

Ankerbeispiele BM

| | <u>Interview</u> | <u>Zeilennummer</u> |
|---------------------------------------|------------------|---------------------|
| • Feuer raus nehmen und vermitteln | A1 | 148 |
| • Wir sind da | B1 | 156 |
| • Feuerwehrarbeit ist: Notfälle lösen | C1 | 116,304,312 |
| • Fällt auf unter Druck | F1 | 45,48,153 |
| • Oberarzt geht und schaut | G1 | 19 |

Ankerbeispiele VG

| | <u>Interview</u> | <u>Zeilennummer</u> |
|--------------------------------------|------------------|---------------------|
| • Entscheiden aufgrund der Tatsachen | A2 | 59 |
| • Minenfeld | D2 | 101,235,464 |

Ein Vorgesetzter vergleicht das Betätigungsfeld mit einem Minenfeld.

„[...] dass insbesondere der ärztliche Dienst plötzlich Transparenz schaffen muss über das, was die vorhaben mit dem Patienten. Das ist ein ganz spannendes Themenfeld und manchmal auch ein Minenfeld [...]“

Interview D2, S.9, Zz.303- 304

Kategorie 9: Kommunikationsarbeit (K9)

Die Häufigkeit der Nennungen zur Kommunikationsnotwendigkeit in allen Ebenen zeigt, dass Kommunikationsarbeit eine der Hauptaufgaben im Belegungsmanagement ist.

„Wir müssen uns immer die Informationen NOCH suchen. Wir möchten aber gerne dahin kommen, das die Anderen uns die Informationen geben.“

Interview B1, S.4, Zz.133- 134

Ankerbeispiele BM

| | <u>Interview</u> | <u>Zeilennummer</u> |
|----------------------------------|------------------|--|
| • Viel Kommunikation | A1 | 135,148,153, 159,240.283, 297 |
| • Informationen suchen | B1 | 25,31,40,133, 140,155, 239, 234,263, |
| • weiß ich wo ich Info herkriege | C1 | 95,102,110,116, 142,252,280,393, 410 |
| • Absprache | F1 | 37,101,113,140, 180,185,215,255 |
| • Arzt sagt nicht | G1 | 48,49 |

Ankerbeispiele VG

| | <u>Interview</u> | <u>Zeilennummer</u> |
|------------------------------|------------------|--------------------------|
| • Wir werden angerufen | A2 | 65,72 |
| • Überzeugungsarbeit | B2 | 108,115,207, 276, 312 |
| • Zu wenig Zeit Gespräche zu | C2 | 66,143 |

| | | |
|---|------------------|--------------------------|
| führen | | |
| • Mehr Menschen sprechen miteinander | D2 | 122,178,480 |
| • Führungsarbeit ist Kommunikationsarbeit | E2 | 119,263,292, |
| • Bespricht positiven wie negativen Dinge | | 27,72,77,122, 167,203 |
| <u>Ankerbeispiel CM</u> | <u>Interview</u> | <u>Zeilennummer</u> |
| • Täglicher Austausch | C3 | 106,135 |

„Das ist ein täglicher Austausch, den wir hier haben, und man muss sich einfach durchsetzen können.“ Interview C3, S.4, Zz.135-136

Kategorie 10: Fallzahlen steigern (K10)

Während die Belegungsmanager unsicher sind, ob Fallzahlen gesteigert werden konnten, sehen die Vorgesetzten keinen direkten Kausalzusammenhang zwischen Belegungsmanagement und Fallzahlsteigerung.

„Fallzahlen konnte man dadurch steigern, dass wir praktisch die Unterbelegung der anderen Stationen ausnutzen konnten.“ Interview F1, S.6, Zz.220- 221

| | | |
|---|------------------|---------------------|
| <u>Ankerbeispiele BM</u> | <u>Interview</u> | <u>Zeilennummer</u> |
| • keine Fallzahlsteigerung | A1 | 194 |
| • Durch OP und Belegungsmanagement- Planung Leistungssteigerung | B1 | 160 |
| • Glaube, konnten gesteigert werden | C1 | 772 |
| • Fallzahlen steigern | F1 | 220,233 |
| • Fallzahlsteigerung unbekannt | G1 | 31 |
| <u>Ankerbeispiele VG</u> | <u>Interview</u> | <u>Zeilennummer</u> |
| • Fallzahlen steigern, nein | A2 | 166,182 |
| • Zahlen darstellen kann ich nicht | B2 | 322 |
| • Fallzahlen gesteigert | C2 | 76 |
| • Mehr Patienten untergebracht | D2 | 287 |
| • Fallzahlsteigerung nicht am Belegungsmanagement aufhängen | F2 | 139,148 |
| <u>Ankerbeispiel CM</u> | <u>Interview</u> | <u>Zeilennummer</u> |
| • Deutlich Fallzahlsteigerung | C3 | 185 |

„Wie wir ein ganz erhebliches Maß an Einflussfaktoren haben und hatten, die grade auf die Fallzahlsteigerung oder die Fallzahlentwicklung des.... (Fachabteilung) Einfluss nehmen.“ Interview E2, S.4, Zz.139- 142

Kategorie 11: Verweildauer gesenkt (K11)

Auch die Frage nach Verweildauersenkungen kann nicht durchgängig bejaht werden. Lediglich die Einsparung des prästationären Tages wird als Reduzierung der Verweildauer angesehen.

„[...] die Patienten sind alle prästationär einbestellt, dadurch verkürzt sich auch schon mal die Verweildauer [...]“ Interview B1, S.5, Z.165

Ankerbeispiele BM

- Ich glaube, nicht geprüft
- Prästationär verkürzt Verweildauer
- Nicht alles wissen
- Verweildauer Änderung nicht sagen
- Bis auf untere Verweildauer

Interview Zeilennummer

A1 199
 B1 165
 C1 776
 F1 177, 272
 G1 33

Ankerbeispiele VG

- Im nach herein schlecht sagen
- Zahlen darstellen kann ich nicht
- Gesenkt.
- Präoperativen Tage
- Verweildauern gesenkt, unterschiedliche Einflussfaktoren
- Ja. Aber nicht nur dadurch

Interview Zeilennummer

A2 170
 B2 322, 355
 C2 78
 D2 103, 295
 E2 180
 F2 172

Ankerbeispiel CM

- Nicht nur dadurch Verweildauer gesenkt

Interview Zeilennummer

C3 193

Ein Vorgesetzter bemerkt, dass Verweildauersenkung mit Mehrarbeit und Mehrbelastung auf den Stationen einhergeht.

„[...] manche Kliniken, die haben so ein Ad-hoc-Entlassungsmanagement. Die kommen um 15:00 Uhr am Nachmittag: Sie dürfen nach Hause. Da wird gar nicht gekuckt, wie die Situation von dem Patienten zu Hause ist. Wo Case Management ist, muss ich sagen, ist das jetzt gut.“ Interview C2, S.3, Zz.88-92

Kategorie 12: Ausbildung (K12)

Eine pflegerische Ausbildung mit medizinischen Kenntnissen wird von allen Interviewpartnern befürwortet.

„Ja, pflegerische Ausbildung erleichtert. Bei der Diagnosenennung. Der Arzt sagt ja nicht: „Ich brauche ein septisches Bett.“ Der Arzt sagt: „ Der Patient hat ein Gangrän.““ Interview G1, S.2, Zz.48-49

Ankerbeispiele BM

- Medizin- pflegerische Ausbildung

Interview Zeilennummer

A1 202

| | | |
|---|------------------|---------------------|
| • Krankenschwester und Case Management Ausbildung | B1 | 184, 192 |
| • Krankenschwester | C1 | 139, 442, |
| • Pflege komplett oder Ärzteschaft. | F1 | 259 |
| • Pflegerische Ausbildung erleichtert | G1 | 48 |
| <u>Ankerbeispiele VG</u> | <u>Interview</u> | <u>Zeilennummer</u> |
| • Krankenpflegeausbildung | A2 | 232, 235 |
| • Krankenschwester Voraussetzung | B2 | 403, 416 |
| • Krankenschwester | C2 | 105 |
| • Ausgebildete Codierfachkräfte | D2 | 107, 139, 436 |
| • Pflege prädestiniert | E2 | 251, 254, 256 |
| • Medizinische Kompetenz | F2 | 227 |
| <u>Ankerbeispiel CM</u> | <u>Interview</u> | <u>Zeilennummer</u> |
| • Umfassendes medizinisches Wissen | C3 | 119 |

„Man muss die Diagnose kennen. Man muss auch wissen: Was für eine Diagnose hat der Patient? Wie lange kann der im Krankenhaus sein? Wie ist die Prognose nach OP? Ich denke, man muss ein bisschen Einblick haben.“

Interview C2, S.4, Zz.107-109

Kategorie 13: Erfahrung (K13)

Nicht nur pflegerische Ausbildung, sondern Berufserfahrung und die Lebenserfahrung im Klinikalltag sehen Belegungsmanager als Voraussetzung für ihre Tätigkeit an.

„Da weiß ich, das kann ich machen, was kann ich verantworten und was NICHT. Aufgrund meiner Erfahrung und auch aufgrund meiner Tätigkeit. Also, ich hab` mehrere Stationen so durch, ich war in der Chirurgie tätig, Innere hab` ich auch zwischendurch gemacht.“

Interview A1, S.6, Zz.210-215

| | | |
|---------------------------------------|------------------|---------------------|
| <u>Ankerbeispiele BM</u> | <u>Interview</u> | <u>Zeilennummer</u> |
| • Erfahrung | A1 | 217 |
| • Vorerfahrung | B1 | 187, 237 |
| • 1987 Examen | C1 | 393, 417, 538 |
| • 30 Jahre im Haus | F1 | 115 |
| <u>Ankerbeispiele VG</u> | <u>Interview</u> | <u>Zeilennummer</u> |
| • Weitblick | A2 | 237, 268 |
| • Langjährig Erfahrene | B2 | 402, 405 |
| • Haufen Erfahrung | C2 | 102, 107 |
| • Gestandene Pflegende | D2 | 446, 455 |
| • Mehrjährige Tätigkeit in der Pflege | E2 | 253, 288 |
| • Eine Menge Erfahrung | F2 | 126, 199 |
| <u>Ankerbeispiel CM</u> | <u>Interview</u> | <u>Zeilennummer</u> |
| • Führungsqualitäten | C3 | 123 |

Langjährige Berufserfahrung im Klinikalltag scheint eine gewisse Ambiguitätstoleranz¹⁴ zu erfordern um im Belegungsmanagement arbeiten zu können.

„Ja, also neben dem Fachwissen ist sicherlich ein Berufsstanding, was man so braucht, zu der Position, die man so inne hat, das auch wirklich zu vertreten, zum Teil auch aushalten zu können.“

Interview D2, S.15, Zz.455-457

Kategorie 14: Starke Nerven (K14)

Die vorangegangene Kategorie spiegelt sich in der folgenden Kategorie wieder. Alle Interviewpartner sind der Meinung, dass starke Nerven für die Tätigkeit notwendig sind.

„Eine hohe Schmerzgrenze, also am Anfang. Das muss ich sagen. Man darf das nicht persönlich nehmen. Weil es wird viel geschimpft. Also das Pflegepersonal ist natürlich sauer, wenn sie die fünfte Aufnahme kriegen.“

Interview C1, S.13, Zz.453- 456

Ankerbeispiele BM

- Runterholen und vermitteln
- Sich durchsetzen können
- Hohe Schmerzgrenze
- Unter Druck

Interview Zeilennummer

- A1 149, 159, 219,
220, 223, 227
- B1 203, 207, 215,
218, 221, 320
- C1 205, 219, 280,
333, 414, 453,
459, 465, 539
- F1 116, 140, 153,
207, 254, 255,
260, 283, 305
- G1 44,45, 46, 49

Ankerbeispiele VG

- von Chefarzten akzeptiert sein
- Spektrum des Konfliktmanagements
- Feingefühl
- Rolle zwischen Station, Patient, Arzt
- Schnittstellenarbeit
- Vertrauen

Interview Zeilennummer

- A2 237, 265
- B2 65, 125, 198,
312, 441
- C2 121, 135
- D2 178, 235, 432,
457
- E2 289
- F2 124, 212, 228

Ankerbeispiel CM

- Mit Ellbogen arbeiten

Interview Zeilennummer

- C3 106, 120, 135,
125, 149

¹⁴ Fähigkeit, andere Sichtweisen zu akzeptieren sowie Mehrdeutigkeiten und Widersprüche in Situationen und Handlungsweisen zu ertragen, ohne sich unwohl zu fühlen oder aggressiv zu reagieren (<http://www.enzyklo.de>).

Belegungs- und Case Manager machen häufigere Aussagen zur erforderlichen Sozialkompetenz als Vorgesetzte. Allerdings sehen auch hier die Vorgesetzten in der Sozialkompetenz eine berufsgruppen- und gesamtorganisatorisch erforderliche Kompetenz.

„Ja, also ich brauche eine Vertrauensperson. Und es braucht auch Vertrauen der Menschen, mit denen ich zusammenarbeite, weil – Sie wissen auch, wie der Alltag ist – oft streitet man sich um ein Bett, dann denkt Station 1 die Station 2 hat eigentlich noch mehr Betten frei und warum wir immer? Und diese Dinge kommen ja dabei auch vor. Das muss vertrauensvoll zusammengeführt werden“ Interview F2, S.6, Zz.212-216

Kategorie 15: Vorgesetzte (K15)

Die Unterstellung ist einrichtungsspezifisch unterschiedlich geregelt.

In manchen Kliniken ist der Belegungsmanager der Pflegedirektion unterstellt. In anderen Kliniken zur Hälfte der Pflegedirektion und ärztlichem – oder kaufmännischem Direktor unterstellt.

„Wir sind in pflegerischer Hinsicht der Frauunterstellt. Und für uns mit Dienstplan weisungsbefugt gegenüber ist Frau... [...]“, „[...] in der ärztlichen Leitung dem ..(Facharztbezeichnung)[...]“ Interview C1, S.7, Zz.212-216

| <u>Ankerbeispiele BM</u> | <u>Interview</u> | <u>Zeilennummer</u> |
|--|------------------|---------------------|
| • halbe Stelle Geschäftsführung und Pflegedirektion | A1 | 288,289 |
| • Verwaltungsangestellte | B1 | 151 |
| • zwei Vorgesetzte | C1 | 228,229,234 |
| • Pflegedirektion | G1 | 51 |
| <u>Ankerbeispiele VG</u> | <u>Interview</u> | <u>Zeilennummer</u> |
| • Bereichsleitung der Pflegedirektion, Patientenkoordination dem Geschäftsführer | A2 | 261 |
| • Bei der kaufmännischen Direktion | B2 | 453 |
| • Pflegedirektion | C2 | 131,150 |
| • Controlling, Geschäftsführung | D2 | 272 |
| • Primäre Unterstellung, Direktorium | E2 | 309,321 |
| • Pflegedirektion unterstellt | C3 | 54 |
| <u>Ankerbeispiel CM</u> | <u>Interview</u> | <u>Zeilennummer</u> |
| • Pflegedirektion unterstellt | C3 | 176 |

„[...] und diese neue Abteilung ist jetzt über mich in der kaufmännischen Direktion angesiedelt.“ Interview B2, S.2, Z.49

Kategorie 16: Belegung der Station (K16)

Zur Frage nach den Kompetenzen eines Belegungsmanagers werden ebenfalls Kriterien genannt die im Belegungsmanagement zu beachten sind.

„Und die Patienten, die aber nun einmal unsere Brötchengeber sind, ist ja auch ärgerlich, wenn die immer verlegt werden. Die Angehörigen suchen die wieder. Die Klamotten gehen verloren [...].“ Interview C1, S.6, Zz.223- 225

| <u>Ankerbeispiele BM</u> | <u>Interview</u> | <u>Zeilennummer</u> |
|--|------------------|----------------------------------|
| • Fachgebiet, Arzt, Kurz- oder Langlieger | A1 | 58,60, 65,74, 208 |
| • Freie Betten, Pflegeaufwand, Notfall | B1 | 10,11,104,109, 117, 120,229,230 |
| • Telemetrie, Drainagen, Sauerstoffpflichtig, Einzelzimmer, Keim | C1 | 139,140,154,160, 203,218,205,224 |
| • Männerbett, Frauenbett | F1 | 100,101 |
| • septisch | G1 | 49 |
| <u>Ankerbeispiele VG</u> | <u>Interview</u> | <u>Zeilennummer</u> |
| • Elektivpatienten Priorität vor Notfällen | A2 | 108 |
| • Ausgelagert, müssen betreut werden | B2 | 49,195 |
| • Belegung der Station | E2 | 262 |
| • Wie belege ich | F2 | 224 |
| <u>Ankerbeispiel CM</u> | <u>Interview</u> | <u>Zeilennummer</u> |
| • Befindlichkeiten | C3 | 106 |

„[...] weil das Bettenmanagement sich in der Zeit darum kümmert, wie die Verteilung auf den Stationen sinnvoll gestaltet werden kann. Da rede ich wirklich aus Erfahrung, das nimmt, wenn Sie das noch selbst machen müssen, sehr, sehr viel Zeit in Anspruch, mit welchen Leuten Sie da reden müssen, welche Befindlichkeiten Sie da bedienen müssen.“

Interview C3, SS.3-4, Zz.103-107

Kategorie 17: Vermitteln (K17)

Damit Belegungsmanagement in der Einrichtung anerkannt wird scheint eine der visionären Hauptaufgabe darin zu bestehen, Überzeugungsarbeit zu leisten.

„Und da werden wir versuchen, einen besseren Stand zu kriegen auch, da sind wir dran am arbeiten, bessere Kommunikation [...].“

Interview B1, S.2, Zz.53-55

„[...] Mediation, weil es oft zu Konflikten auf der Station kommt und da muss man vermitteln können.“

Interview G1, S.2, Zz.44- 49

| <u>Ankerbeispiele BM</u> | <u>Interview</u> | <u>Zeilennummer</u> |
|---|------------------|--|
| • Vermitteln | A1 | 148 |
| • Entlassungsmanagement, schwerer Weg | B1 | 303 |
| • Prozedere erklären | C1 | 258 |
| • Absprachen, von Chefs akzeptiert | F1 | 139 |
| • Vermitteln können | G1 | 49 |
| <u>Ankerbeispiele VG</u> | <u>Interview</u> | <u>Zeilennummer</u> |
| • Entlassungsplanung mit ärztlichen Dienst besprechen | A2 | 37 |
| • Überzeugungsarbeit, dass es Verbesserung ist | B2 | 93,96,121,130,140,240,255,472, 486 |
| • ganze Haus noch nicht eingerichtet für gutes Belegungsmanagement. | C2 | 18, 68,85,134 |
| • Schulung von Mitarbeitern und <u>Erarbeiten</u> , eines Statuts Belegungsmanagement | E2 | 108,131,261,279,346, 363, 382,405, 407 |
| • Noch nicht autark | F2 | 43,70 |

Zum anderen scheint die Anpassung der Umgebungsfelder notwendig zu sein, um überhaupt strukturiert erfolgreich sein zu können.

„Damit habe ich Mühe, weil das ganze Haus noch nicht so eingerichtet ist, für ein gutes Belegungsmanagement [...]“

„[...] meine Vision als Krankenschwester, finde ich, das kommt zu kurz.“

Interview C2, S.1, Z.18, S.3, Z.79

8.3 Episodenidentifikation (empirisch)

Bedeutsame Erzählungen zu einzelnen Fragestellungen werden im Anschluss an die Kategorienentwicklung herausgefiltert und die Episoden (E) werden mit prägnantem Episodentitel vorgestellt. Die Episoden erhalten entsprechend ihrer Ebene ihre Kennzeichnung. So erhält die erste ermittelte Episode (E1) des Belegungsmanagers (BM) das Kennzeichen EBM1. Die des Vorgesetzten erhält zur Kennung EVG1.

Aufgrund begrenzter Seitenzahl der vorliegenden Arbeit können nicht alle Episoden dargestellt werden.

Zur Abgrenzung der Episode von einer Aussage, wird sie gerahmt dargestellt. Folgende Episoden wurden identifiziert:

Episodenidentifikation Belegungsmanager

| <u>Episode</u> | <u>Interview</u> | <u>Seite</u> | <u>Zeile</u> | <u>Episodennamen</u> |
|----------------|------------------|--------------|------------------------|---|
| 1(EBM1) | A1 | 3 | 85-100 | Patienten- Aufnahme im Besucher Cafe |
| 2 (EBM2) | B1 | 3 | 75-86 | Kein Bett |
| 3 (EBM3) | F1 | 3 | 80-101 | Habt Ihr ein Bett? |
| 4 (EBM4) | C1 | 10 | 356- 3365 | Keine gute Belegung |
| 5 (EBM5) | G1 | 1 | 27-29 | Ungleiche Verteilung |
| 6 (EBM6) | A1 | 5 | 163- 179 | Schnittstellenüberwindung |
| 7 (EBM7) | A1 | 6-7 | 223- 250 | Akzeptanz bei Ärzten |
| 8 (EBM8) | B1 | 9 | 327- 335 | Irrläufer |
| 9 (EBM9) | C1 | 3 | 99-104 | Wollen uns nicht |
| 10 (EBM10) | C1 | | | |
| 11 (EBM11) | C1 | 4 | 111-21 | Info hat gehakt |
| 12 (EBM12) | A1 | 7-8 | 260- 285 | Hilflose Ärzte |
| 13 (EBM13) | B1 | 2 | 51-59 | Wir bringen Arbeit |
| 14 (EBM14) | C1 | 8 | 264- 270 | Da kommt Arbeit |
| 15 (E15) | C3 | 3 | 73-80 + 105- 108 | Welche Aufgaben soll Case Management begleiten? |

Episodenidentifikation Vorgesetzte

| <u>Episode</u> | <u>Interview</u> | <u>Seite</u> | <u>Zeile</u> | <u>Episodennamen</u> |
|----------------|------------------|--------------|--------------|--|
| 1(EVG1) | A2 | 1 | 3-15 | Nicht alle Fachabteilungen gleichmäßig ausgelastet |
| 2 (EVG2) | C2 | 2 | 49-54 | Stationen daneben proppenvoll |
| 3 (EVG3) | E2 | 1-2 | 30-38 | Bettenknappheit |
| 4 (EVG4) | A2 | 3 | 98-104 | Eindruck von Krankenhausorganisation |
| 5 (EVG5) | F2 | 1-2 | 34-47 | Chaos |
| 6 (EVG6) | D2 | 2 | 36-38 | Können nicht planen |
| 7 (EVG7) | B2 | 8 | 291-305 | Entlastung schafft Akzeptanz |
| 8 (EVG4) | D2 | 14 | 440-447 | Wissen Sie überhaupt, was Sie da vor sich haben? |

Zur Frage: „Erinnern Sie sich an eine Situation die zur Implementierung

von Belegungsmanagement geführt hat?“ wurden die meisten Episoden erzählt. Daher wird dazu beispielhaft eine Episode vorgestellt.

Episode zur Fragestellung Implementierung von Belegungsmanagement

Episode „Patienten- Aufnahme im Besucher Cafe“ (EBM1)

„[Entlassungen] , ganz genau. <Daraus ::> ist eine Betten AG, hieß es damals, ist daraus entstanden, was können wir optimieren WIE können wir es optimieren. Hm, (0.4), gab wirklich so Zeiten, wo Patienten unten im Besucher Cafe saßen und aufgenommen wurden, da UNTEN aufgenommen wurden und das war ja dann auch letztendlich wirklich der ausschlagende Punkt, wo man gesagt hat, so, jetzt muss hier was geschehen, und dann hat die <.hh> Betriebsleitung gesagt, wir bilden so ne Betten AG und daraus ist es dann entstanden
Man hat geguckt, WER kann denn die Verantwortung übernehmen, sind es Ärzte aus welchem Bereich? Wie klug ist es, wenn man Ärzten nehmen soll <die :::> (01), also, [die sind ja dann immer sehr lastig, sag`ich mal, Innere lastig, die sagen ja: „Hauptsache die Inneren Betten sind voll“, und dann hat man das überlegt, na ja macht man das vielleicht so, dass man Anästhesisten dieses Management gibt, weil die am unabhängigsten sind, aber dann haben wir irgendwann gesagt:“

Interview A1, S.3, Zz.85-98

8.4 Hauptkategorie Bildung, bezogen auf die Forschungsfrage

Bezogen auf die Frage, ob durch Belegungsmanagement Strukturen überwunden werden können, stehen die Kategorien relativ ungeordnet und unsystematisch nebeneinander. Um sie zu systematisieren, werden sie in einem weiteren Arbeitsschritt mehreren Hauptkategorien zugeordnet. Die Bezeichnung der Hauptkategorien erfolgt in Anlehnung der Fragen des Interviewleitfadens. Nach Abschluss der Zuordnung, entstehen vier große Hauptkategorien (HK), denen die entsprechenden Unterkategorien (K) zugeordnet werden.

Hauptkategorien (HK)

In Anlehnung an die Interviewfrage nach der Begriffsdefinition wird die erste Hauptkategorie: Definition Belegungsmanagement (HK1) gebildet.

Die inhaltliche Ausgestaltung der Tätigkeit erhält die zweite Hauptkategorie: Organisation Belegungsmanagement (HK2). Die Frage nach Kompetenzen eines Belegungsmanagers wird in den Interviews weit reichend beantwortet. Neben formeller und materieller Qualifikation werden viele Aspekte der Sozialkompetenz genannt. Nach *Staudt* und *Kriegesmann* bestimmen Handlungsfähigkeit- und Bereitschaft „[...] zusammen die individuelle Handlungskompetenz, die eng mit Persönlichkeitseigenschaften verbunden ist“ (Staudt; Kriegesmann, 2002, S. 100). Daher erhält die dritte Kategorie die Bezeichnung: Handlungskompetenz (HK3).

Veränderungen durch Belegungsmanagement sind nach Interviewaussagen nicht durchgängig messbar. Daher werden sie der Hauptkategorie vier: Effekte Belegungsmanagement (HK4) zugeordnet.

| <u>Definition</u> <u>BM (HK1)</u> | <u>K</u> | <u>Organisation</u> <u>BM (HK2)</u> | <u>K</u> | <u>Handlungs-</u> <u>kompetenz</u> <u>BM (HK3)</u> | <u>K</u> | <u>Effekte</u> <u>BM (HK4)</u> | <u>K</u> |
|--------------------------------------|----------|--|----------|--|----------|-----------------------------------|----------|
| Viele Ausdrücke | K1 | Verteilung | K2 | Kommuni- kationsarbeit | K9 | Überblick | K6 |
| | | Entlassungen | K3 | Ausbildung | K12 | Effektivität | K7 |
| | | Betten suchen | K4 | Erfahrung | K13 | Fallzahlen steigern | K10 |
| | | Aufnahmen | K5 | Starke Nerven | K14 | Verweil dauer gesenkt | K11 |
| | | Feuerwehrarbeit | K8 | Vorgesetzte | K15 | | |
| | | Belegung der Station | K1 6 | Vermitteln | K17 | | |

8.5 Andere Ergebnisse

Die Forschungsfrage zielt auf die mögliche Überwindung von Strukturen durch Einführung von Belegungsmanagement in der Klinik ab. Mögliche

Effekte und Veränderungsmöglichkeiten sind durch die vorangegangenen Kategorien dargestellt worden.

Außerdem liefern die Interviews wertvolle Ergebnisse, die nicht direkt die Forschungsfrage betreffen und keiner Kategorie zugeordnet werden können. Diese Nebenergebnisse werden nachfolgend in Verbindung mit den Interviewzitate dargestellt.

Betten- und Case Management in einer Person

Der Case Manager beschreibt, dass die Bewältigung der Aufgaben in Verbindung mit Belegungsmanagement eine deutliche Erleichterung ist. Problematisch an der Case Management Tätigkeit ohne Belegungsmanagement sei, dass Case- und Belegungsmanagement in einer Person zu bewältigen wäre.

„[...] wo ich bisher gearbeitet habe, dass in unserer Abteilung Bettenmanagement, Case Management, das war alles in einer Person, sprich das ist also alles über mein Büro gegangen, wo man sich dann fragen muss: Was ist Case Management wirklich? Oder welche Aufgaben soll Case Management wirklich begleiten?“ Interview C3, S.3, Zz.74-78

Patientenmanagement / Teil von Belegungsmanagement

Die eingangs beschriebene Definition zu Belegungsmanagement ist nach Abschluss der empirischen Untersuchung nicht zutreffend.

Belegungsmanagement kann den Gesamtprozesses nur zum Teil steuern. Zur Unterstützung wird ein Aufnahme- und Case Management benötigt und unter den Begriff „Patientenmanagement“ gestellt.

„Weil Belegungsmanagement ist für uns ein Teil vom unserem Patientenmanagement.“ Interview B2, S.1, Zz.5-6

„[...] wir haben ja dann sozusagen eine neue Abteilung gegründet Patientenmanagement, was in anderen Häusern Case Management heißt, heißt bei uns Patientenmanagement <.h> inhaltlich sehr deckungsgleich, [...]“ Interview B2, S.2, Zz.36-40

„Und unsere Case Manager codieren also. Darüber hinaus, machen sie den ganzen Part der Entlassungsorganisation und eben die Verweildauersteuerung und da gehört jetzt das Bettenmanagement oder Belegungsmanagement mit hin [...].“ Interview C2, S.4, Zz.106- 113

„Ja und der Aufnahmekoordinator und der Case Manager die sind dann zusammen da. Der eine weiß, was da kommt und der andere weiß, was los ist

in der Klinik und der Arzt weiß, was macht der Gesundheitszustand seiner Patienten. Und das ist eine ganz sinnvolle Geschichte, dieses Kapazitätsbriefing.“ Interview C2, S.7, Zz.210-214

Machtverlust

Um Belegungsmanagement von pflegerischen Mitarbeitern durchführen zu lassen, ist es erforderlich dass Chefärzte ihre Bettenhoheit abgeben.

„[...] weil es ist ja jetzt so, dass quasi die Chefärzte ihre Bettenhoheit abgegeben haben. Das war der schwierige Prozess.“

Interview B2, S.1, Zz.20-21

„Belegungsmanagement, insbesondere wenn es durch einen Mitarbeiter aus der Pflege betrieben wird [...]“, „[...] das das in gewissem Sinne auch ein Machtverlust bedeutet. Und das bedeutet automatisch einen Rückzug, der bisher sehr einflussreichen, insbesondere der leitenden Ärzte, [...]“.

Interview E2, S.3, Zz.78- 88

Subabteilungen

Ausdifferenzierung innerhalb einer Abteilung erfordert einerseits die spezielle Zuordnung der Patienten und erschwert andererseits eine gleichmäßige Bettenauslastung.

„[...] weil wir die Innere Abteilung in ..(Anzahl Betten haben und Subabteilungen gebildet haben. Aber nicht so, dass es ganz fest ist, das ist die Kardiologie, das ist die Gastroenterologie, das ist die Pneumologie, sondern das letztendlich alles <so ein> bisschen ineinander läuft. Die Inneren kommen alle in, an der gleichen Stelle an. Und werden dann <nach::> Einweisungsdiagnose, <so ein> bisschen versucht zu sortieren, aber letztendlich entscheidet das freie Bett, wo der Patient hinkommt.“

Interview B2, S.4, Zz.119- 128

„[...] würde ich den Aspekt interdisziplinäre Belegung auch sehen, um diese genannten Belegungsschwankungen oder Anforderung an Belegung auch ausgleichen zu können [...]“

Interview E2, S.1, Zz.20- 22

9 Interpretation der Ergebnisse

Die Interpretation der Ergebnisse erfolgt analog der philosophischen Betrachtungsweise als erkenntnistheoretische Position (vgl. Krüger et al., 2002, Seite 109). Die Ergebnisinterpretation findet unter Berücksichtigung, der inhaltsanalytischen Gütekriterien *Mayrings*, Argumentative Interpretationsabsicherung (schlüssige Interpretation, Brüche erklären,

Alternativdeutungen suchen) und Nähe zum Gegenstand statt. Um die Erfahrungen der Experten möglichst realistisch darzustellen, erfolgt die Interpretation nach sozialpsychologischen Gesichtspunkten.

Die auf Allport zurückgehende Sozialpsychologie versucht zu verstehen und zu erklären, wie Gedanken durch Gegenwart Anderer beeinflusst werden (vgl. Steiner, 1979, S. 514, In: Bierhoff, 2006, S. 1). Dies geschieht in der folgenden Beziehungsbildung.

9.1 Beziehungsbildung der Hauptkategorien

Die Hauptkategorien werden in einem Modell untergebracht, das die Interaktion der Kategorien untereinander verdeutlicht.

Die vier Hauptkategorien:

Definition → Organisation → Handlungskompetenz → Effekte
Belegungsmanagement werden in Beziehung zueinander gebracht.

Netzwerkmodell

Um die Hauptkategorien innerhalb ihrer Beziehung zueinander darzustellen, wird ein Netzwerkmodell gewählt.

Das nachfolgend dargestellte Netzwerkmodell stellt die Hauptkategorien innerhalb ihrer Beziehung zueinander dar. Die Säulen-Architektur zeigt die Verbindung der Erfahrungen, die die Experten mit Belegungsmanagement gemacht haben. Ebenso zeigt die Architektur des Netzwerkmodells, dass die „in Textform gebrachten Beobachtungen“ in Interaktion miteinander stehen. Die vier Hauptkategorien werden mit ihren entsprechenden Unterkategorien und ihren Beziehungen innerhalb des Belegungsmanagements zueinander dargestellt.

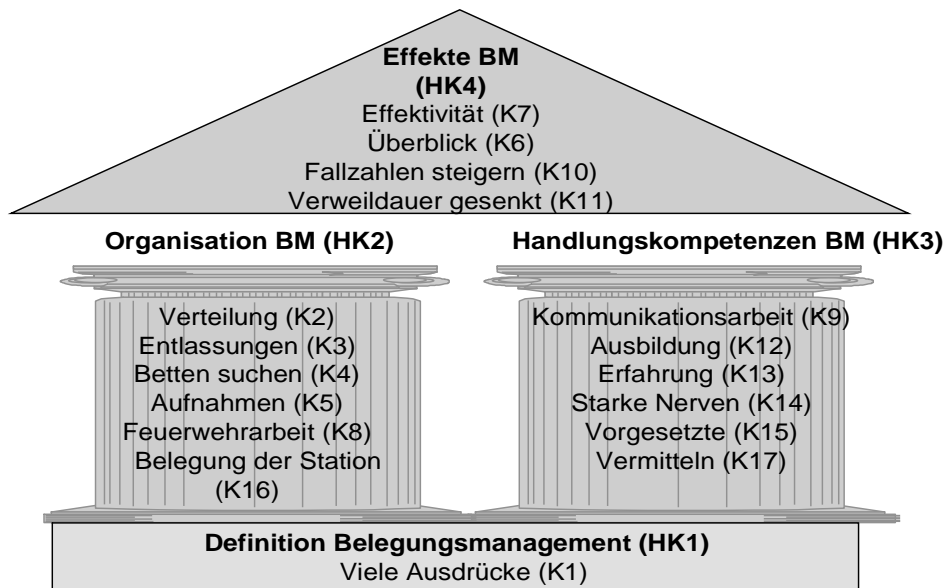
Netzwerkmodell Belegungsmanagement

Abbildung 3: „Netzwerkmodell Belegungsmanagement“ (Ableitung aus Interview A1,B1, C1,F1, G1,A2, B2, C2, D2, E2, F2, C3) Eigene Darstellung

Ungeachtet des synonymen Gebrauchs der begrifflichen Vielzahl (HK1) wie Betten-, Patientenmanagement – oder Koordination, wird die Tätigkeit des Belegungsmanagements auf den tragenden Säulen durch Organisation (HK2) und individueller Handlungskompetenz (HK3) ausgeführt.

Dies führt zu Transparenz und letztendlich zu mehr Effektivität in der Klinik. Obwohl die Effektivität nicht durchgängig messbar ist, lassen sich dennoch Effekte (HK4) erzielen.

9.2 Gegenüberstellung der Hauptkategorien und Nebenergebnisse

Die Nebenergebnisse sollen nicht ungeachtet bleiben und werden wiederum mit den Hauptkategorien in Verbindung gebracht.

Die Erkenntnis, dass die eingangs beschriebene Definition zu Belegungsmanagement nicht zutreffend ist, führt dazu, dass das „Netzwerkmodell Belegungsmanagement“ als Teilsteuerungsprozess unter den Begriff Patientenmanagement gestellt wird.

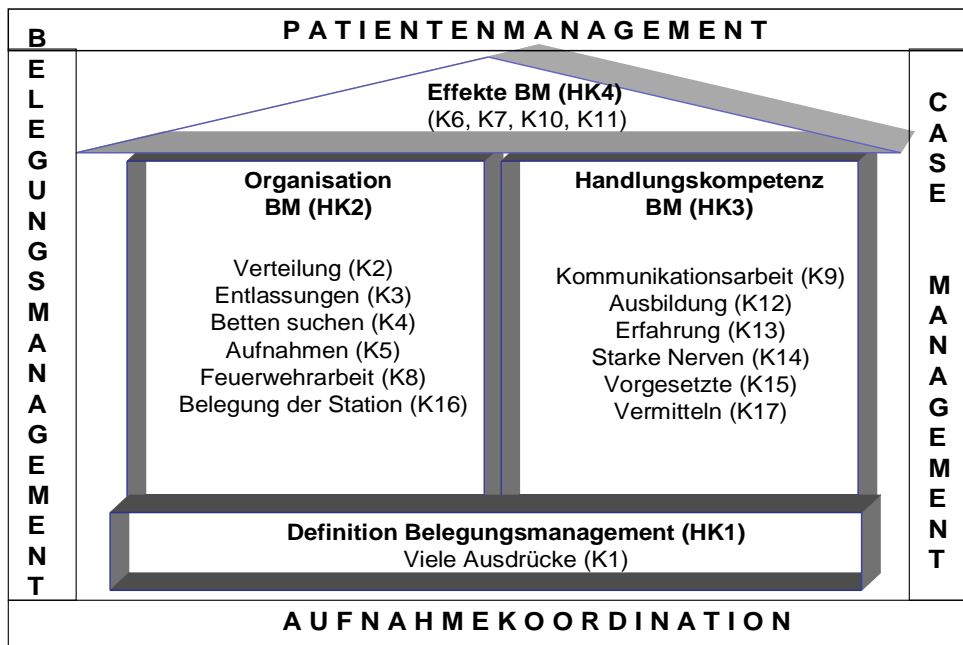
Teilsteuerungsprozess Patientenmanagement

Abbildung 4: „Teilprozesssteuerung Patientenmanagement“ (Ableitung aus Interview A1,B1, C1,F1, G1,A2, B2, C2, D2, E2, F2, C3) Eigene Darstellung

Die Steuerung des Gesamtprozesses ist für Belegungsmanagement allein nicht leistbar und kann daher nur als ein Teil des Prozesses gesehen werden. Belegungsmanagement wird unterstützt durch Aufnahmekoordination und Case Management zur Entlassungsorganisation, die ebenfalls einzelne Teile des Gesamtprozesses darstellen. Die Teilprozesse mit prä-, intra- und poststationärem Versorgungsbedarf werden als Einheit unter den Begriff Patientenmanagement gestellt. Damit wird die Forderung erfüllt, Case Management als Einzelfunktion nicht zu überfordern und dass „Case Management drin ist, wo es draufsteht.“ Denn oftmals sind lediglich einzelne Schritte des Managements auf unterschiedliche Einrichtungen verteilt sind und keine einheitliche Fallführung erkennbar (vgl. Wendt, In: Löcherbach; Klug, et al., 2009, In: www.socialnet.de/rezensionen).

9.3 Fazit des Ergebnisteils

Für den Soziologen *Atteslander* bedeutet Empirie die Überprüfung theoretisch formulierter Annahmen an spezifischen Wirklichkeiten.

Analog der philosophische Betrachtungsweise, die Empirismus als erkenntnistheoretische Position versteht, wird die Darstellung der Ankerbeispiele der jeweiligen Interviewtranskripte in der vorliegenden Arbeit gesehen. Die Ankerbeispiele sind einzelnen Unterkategorien zugeordnet. Zur Darstellung möglichst realistischer Erfahrungen der Experten wird weitestgehend die Alltagssprache beibehalten.

Bezogen auf die Forschungsfrage, ob sich durch Einführung von Belegungsmanagement die Möglichkeit zur Veränderung verkrusteter Strukturen in der Klinik bietet, sind siebzehn Unterkategorien in einem weiteren Arbeitsschritt zu vier Hauptkategorien zusammengefasst worden. Im nächsten Arbeitsschritt werden die vier Hauptkategorien miteinander in Beziehung gebracht, woraufhin sich ein Netzwerkmodell abbilden lässt. Das Netzwerkmodell ist als Beziehungsgeflecht innerhalb der Interaktionen des Belegungsmanagements aufgrund der Experten-Erfahrungen mit Belegungsmanagement in der Klinik zu verstehen.

Von weiterem Interesse für den Klinikbetrieb ergeben sich Nebenaspekte, die keiner Kategorie zugeordnet werden können und sind daher separat aufgeführt. Besonders hervorzuheben ist, dass die eingangs explizierte Definition zu Belegungsmanagement nach Abschluss der Interviewanalyse nicht zutrifft. Es stellt sich dar, dass Belegungsmanagement nur einen Teil innerhalb des Gesamtprozesses bedienen kann, analog der Funktionen Aufnahme und Case Management. Daraufhin erhält nun die Steuerung aller Prozessschritte, den Begriff „Patientenmanagement.“

Im letzten Arbeitsschritt werden die Nebenergebnissen in Form eines Teilsteuerungsprozesses dem Netzwerkmodell gegenübergestellt, das den Teilsteuerungsprozess Belegungsmanagement darstellt.

V Schlussteil

10 Abgleich zwischen Theorie und Empirie

Damit nach *Mayring* eine Rücküberprüfung der Theorie am Ausgangsmaterial stattfinden kann, werden die Literaturangaben mit Zitationsangabe mit den empirischen Ergebnissen durch Interviewzitate belegt und abgeglichen (vgl. Mayring, 2003, S. 60). Die Aussagen der Autoren und der Interviewpartner werden im Fließtext eingeflochten.

Der Abgleich zwischen Theorie und Empirie erfolgt analog der Einordnung des theoretischen Teils. Strukturiert wird die Einordnung nach organisatorischen und ökonomischen Auswirkungen des Belegungsmanagements sowie im Hinblick auf das Hierarchie -, Soziologie- und Heilungsparadigma deutscher Klinikstrukturen.

Organisatorische Auswirkungen des Belegungsmanagements

Nachfolgend werden Übereinstimmungen zwischen Theorie und empirischen Ergebnissen dargestellt.

In Übereinstimmung zu den Ausführungen der Autoren Proudlove et al. (vgl. Proudlove; Gordon; Boaden; 2003, S.1), sind auch in Deutschland die Wartezeiten auf ein Bett der Anlass zur Implementierung von Belegungsmanagement (A1, A2, F1, G1, E2, F2, D2).

Begriffsvielfalt

Übereinstimmung zwischen Theorie und Empirie liegt in der Aussage, das aus der vorhandenen Literatur keine einheitliche Bezeichnung hervorgeht (vgl. Dörpinghaus; Weidner, 2004, Seite 27).

- „[...] Patientenkoordination heißt das bei uns allerdings.“ (A1)
- „Weil Belegungsmanagement ist für uns ein Teil vom unserem Patientenmanagement.“ (B1)
- „[...] was wir beim Bettenmanagement machen“ (C1)
- „[...] bei mir jetzt als Bettenmanager [...]“ (F1)
- „Wir nennen es Bettenmanagement.“ (G1)

Definitionsvielfalt

Bestätigt wird die Aussage *Papes*, dass sich in der Tätigkeit des Case Managements oft Teilaspekte finden, wie zum Beispiel Aufnahme- oder Entlassungsmanagement (vgl. Pape, In: Bostelaar, 2008, S. 17; vgl. Wendt, In: Löcherbach; Klug, et al., 2009, In: www.socialnet.de)

„[...] wo ich bisher gearbeitet habe, dass in unserer Abteilung Bettenmanagement, Case Management, das war alles in einer Person, sprich das ist also alles über mein Büro gegangen, wo man sich dann fragen muss: Was ist Case Management wirklich? Oder welche Aufgaben soll Case Management wirklich begleiten?“ (C3, S.3: 74-78)

Ebenfalls wird *Papes* Aussage bestätigt, dass es sich oft um „[...] Maßnahmen zur Optimierung der Kodierqualität“ handelt (vgl. Pape, In: Bostelaar, 2008, S. 17) durch das Interviewzitat: „*Und unsere Case Manager codieren also*“ (C2, S. 4: 106).

Kapazitätsplanung

Für die britischen Autoren *Proudlove* et al. ist Bettenmanagement ein wichtiger Bestandteil, zur Planung und Steuerung operativer Kapazitäten (vgl. Proudlove; Gordon; Boaden; 2003, S. 1).

In einer von sieben Kliniken werden Aufnahme- und Entlassungskapazitäten geplant: „*Ja und der Aufnahmekoordinator und der Case Manager die sind dann zusammen da. Und das ist eine ganz sinnvolle Geschichte, dieses Kapazitätsbriefing*“ (C2, S. 7: 210- 214). Die eingangs vorgeschlagene „Kapazitätsplanungs- Abschlagsdefinition für das Belegungsmanagement“ wird nicht definiert und findet unbewusst und eher auf Erfahrung beruhend statt. „*Die müssen ja dann auch unfallchirurgisch aseptisch sein, dürfen nicht mit allen anderen*“ (B1, S. 6: 235-236).

Feuerwehrarbeit

Übereinstimmend zu den Ausführungen der britischen Autoren *Proudlove* et al., dass praktisches Belegungsmanagement „zur Bettenfindung in Krisenzeiten“ einer täglicher Feuerwehrarbeit gleicht (Proudlove et al., 2003, S. 2ff), bedeutet auch für deutsche Belegungsmanager, dass „*Feuerwehrarbeit ist: Notfälle lösen*“ (C1, S. 9: 304).

Fehlende Entlassungsplanung

Weitere Übereinstimmung zwischen Theorie und Empirie besteht zu den Aussagen, dass annullierte Operationen oft Ergebnisse übergeordneter Probleme seien, speziell fehlender Entlassungen (vgl. Proudlove et al., 2003, S. 2ff). Hierzu das Zitat: „[...] *wer wird entlassen, ist nicht bekannt* [...]“ (B1, S. 2: 34).

Fehlende Informationsweitergabe

Gleich lautend der Veröffentlichung von Proudlove, et al. dass Informationen oft nicht weiter gegeben werden und Belegungsmanager sich die Informationen holen müssen, um erfolgreich zu sein (vgl. Proudlove, 2003, SS. 151- 153) heißt es in einem Interview: „Wir müssen uns immer die Informationen NOCH suchen“ (B1, S. 4: 132).

Ökonomische Auswirkungen

Warten auf Entlassungstermin

Für *Wichels* werden Kosten verursacht, wenn Patienten tagelang auf die Entlassung oder einen OP Termin warten (vgl. www.mckinsy.de).

In der Praxis fällt dies unter Druck auf, wenn Betten benötigt werden: „[...] *der liegt schon 14 Tage da, der müsste schon längst daheim sein.*“ (F1, S. 5: 153). In einem anderen Interview heißt es: „*Ich kann nur sagen, in Euro macht das so viel, in Verweildauer macht das so viel und für die Entlassungsorganisation bedeutet das dieses*“ (D2, S. 9: 283-285).

Kostensenkung

Zur Verweildauerreduktion können „[...] *durch Einsparung des prästationären Tages* [...]“ Kosten gesenkt und „[...] *Potential für Mehrerlöse durch frei belegbare Betten*“ geschaffen werden (Calero; Thüsing, 2008, S. 731). Dies wird empirisch bestätigt mit den Worten: „*Die haben keinen präoperativen Tag mehr, stationär, das verkürzt die Verweildauer schon mal erheblich* [...]“ (B2, S. 9: 332).

Suboptimale Qualität

Dazu führen die Autoren *Hoffmann* und *Vetter* aus, dass die Auswirkungen unklarer Prozessabläufe: längere Verweildauern, längere Wartezeiten für Patienten und suboptimale Qualität sind (vgl. Vetter;

Hoffmann, 2005, S. 108). In der Praxis fällt dies unter Druck auf, wenn Betten benötigt werden: „[...] *der liegt schon 14 Tage da, der müsste schon längst daheim sein.*“ (F1, S. 5: 153).

Effekte

Theoretisch und empirisch wird bestätigt, dass sich durch strukturiertes Belegungsmanagement aufgrund guter Organisation Effekte erzielen lassen (vgl. Proudlove, 2003, S. 149). „*Man kann gutes Belegungsmanagement machen, sehr effizient, gucken nach Aufnahme, Entlassung, dass das alles zügig geht, dass auch alle Betten belegt sind, [...]*“ (C2, S. 1: 11-13).

Hierarchieparadigma

Nach *Bostelaar* wird eine ineffiziente Patientenversorgung mit Vergeudung von Ressourcen weiter bestehen bleiben, wenn alte Strukturen weder in Frage gestellt noch zielorientiert nach optimierten Prozessen ausgerichtet werden (vgl. Bostelaar, 2008, S. 15). Empirische Aussagen dazu lauten: „*Der Sozialdienst ist die Gruppe der Mitarbeiter, die gehören mit zu der Abteilung, also die ist nicht noch mal hierarchisch woanders angesiedelt [...]*“ (D2, S. 5: 138-140). In einem anderen Interview heißt es, dass „[...] *mit Behandlungspfaden gehen Philosophien einher, [...]*“ „[...] *genauso wie auch mit Belegungsmanagement. Man ändert damit das Denken der Menschen*“ (E2, S. 5: 195-199).

Soziologieparadigma

Belastende Tätigkeit

Die von *Proudlove* beschriebene belastende Tätigkeit (vgl. Proudlove, et al., 2007, Abstract), spiegelt sich in den Interview Zitaten wieder, wie: „*Starke Nerven, das ist das wichtigste*“ (G1, S. 2: 44) und „*Die rufen alle hier an und dann lassen sie ihren BRAST ab, sind dann manchmal ganz böse, [...]*“ (A1, S. 4: 148).

Wenig ausgebildete Kooperationskultur

Wilkesmann bemängelt eine schwach ausgebildete Kooperationskultur im Klinikbereich (vgl. Badura 1993; Henning et al. 1998; Schmerfeld 2000, In: Wilkesmann, 2008, S. 25). Empirisch zeigt sich dazu: „*Ja, da werden*

Patienten einbestellt aber es wird vergessen ihnen Bescheid zu sagen oder der Chefarzt <.h> der einen oder anderen Klinik organisiert sich noch mal selber, [...]" (B2, S. 4: 115-120).

Wissensvermittlung

Analog der theoretischen These, dass Wissen an Erfahrungen und Kontextwissen des Wissensträgers gebunden sei, (vgl. Osterloh/ Frost, 1998, In: Wilkesmann, 2008, S. 120) sehen Belegungsmanager und Vorgesetzte ihre künftige Hauptaufgabe darin „ [...] natürlich noch mehr Überzeugungsarbeit [...]“ zu leisten (B2, S. 8: 312).

Statusdifferenz

Die von Weidmann beschriebene Statusdifferenz (vgl. Seidl/ Walter 1979, Seite 72, In: Weidmann, 2001, S. 34), wird bestätigt durch das Zitat: „[...] mit welchen Leuten Sie da reden müssen, welche Befindlichkeiten Sie da bedienen müssen, [...]“ (C3, SS. 3-4: 106-107).

Machtverlust

Weidmanns Ausführung, dass Mitarbeiter durch Hierarchie als Mittel der Herrschaftsausübung und – Absicherung sowie Konkurrenz von einander getrennt sind (vgl. Weidmann, 2001, S. 18) kann empirisch als Machtverlust erlebt werden. „Also Hoheit über die Bettenkapazitäten, ich plane wie ich möchte: meine Privatpatienten, meine Belegung, wer kommt, wer geht. Das hat auch etwas mit Macht und Einfluss zu tun. Und das wird an dieser Stelle gekürzt, [...]“ (E2, S. 3: 81-84).

Heilungsparadigma

Analogie zu der von Siebolds bezeichneten ursachenbezogenen Therapie (vgl. Siebolds, 1998, S. 190) findet sich in der Empirie in den unterschiedlichen Ausprägungen der Fachkliniken wieder. Und hier wird innerhalb einer Fachklinik weiter differenziert und Unterabteilungen gebildet, die eine Zuweisung erschweren. „[...] weil wir die Innere Abteilung in ...(Anzahl) Betten haben und Subabteilungen gebildet haben. Aber nicht so, dass es ganz fest ist, das ist die Kardiologie, das ist die Gastroenterologie, das ist die Pneumologie, [...]“ (B2, S. 4: 119- 128).

10.1 Diskussion der Ergebnisse und Erkenntnisgewinn

Die von *Bostelaar* und *Weidner* et al. beschriebene Begriffsvielfalt findet sich in allen Interviews wieder (Interviewpartner A1, B1, C1, F1, G1, A2, B2, C2, C3, D2, E2, F2). Wie in der Literatur beschrieben variiert sowohl die Begriffsbezeichnung als auch die inhaltliche und personelle Besetzung der Funktion (Interview F1).

Drei von fünf Interviewpartnern nennen die Funktion Bettenmanagement (C2, C3, F1, G1), ein Interviewpartner Patientenkoordination (A1) und in einem anderen Interview wird der Begriff Patientenmanagement (B2) genannt. Trotz unterschiedlicher Bezeichnung ist allen Interviewpartnern ein Einstieg ins Thema möglich.

Inhaltliche Unterschiede liegen in der abteilungsbezogenen- oder der hausübergreifenden Tätigkeit des Belegungsmanagements.

Die eingangs explizierte Definition Belegungsmanagement kann nach Abschluss der empirischen Untersuchung nicht mehr gelten. Die Definition stimmt nicht mit der Empirie überein, denn fünf Interviewpartner beschreiben, das Belegungsmanagement nur ein Teil des Gesamtprozesses ist (B1, B2, C3, D2, E2). Die Einzelprozesse: Aufnahme, Belegung, Entlassung werden in Anlehnung an ein Interviewzitat dem Begriff „Patientenmanagement“ zugeordnet (B2, S. 1:5). In der Theorie wie in der Praxis werden die Begriffe synonym verwandt. Tatsächlich verschwimmen oder überlappen die Tätigkeitsfelder, bilden aber den Kern durch Belegungsmanagement (F2).

Übereinstimmung zu den Ausführungen der Autoren *Proudlove* et al, werden in Deutschland wie in England die Wartezeiten als Anlass zur Implementierung von Belegungsmanagement genommen (A1, A2, F1, G1, E2, F2, D2). In England werden durch gutes Belegungsmanagement die Patienten früher auf den Stationen untergebracht. Dadurch werden Wartezeiten oder genauer die Durchlaufzeiten in der Notaufnahme minimiert. In Deutschland betrifft es eher die einbestellten Patienten, die auf der Station warten müssen. Durch Belegungsmanagement wird die Wartezeit auf das Bett minimiert (A1, B1, E2).

Deutlich wird, dass das Ausmaß der notwendigen Organisation bestimmt wird durch die Konkretheit der Aussagen innerhalb der Kommunikation. Ein Interviewpartner beschreibt, dass man anders planen könne, wenn man frühzeitig konkrete Aussagen zur Entlassungsplanung bekäme (B1). Während sich die Belegungsmanager die Informationen suchen müssen, um ihre Aufgaben zu erfüllen zu können, holen sich bei ihnen alle Kollegen, gleich welcher Berufsgruppen wertvolle Informationen. Sie sehen sich als Dienstleister den Berufskollegen gegenüber (A1, B1, B2). Es besteht Übereinstimmung zur Literatur, dass durch Belegungsmanagement vermehrt Informationen ausgetauscht werden (C3). Die Häufigkeit der Merkmalsnennungen „Belegung der Station“ (K16), „Kommunikationsarbeit“ (K9) und „Starke Nerven“ (K14) imponiert (vgl. dazu Anhang B Kategorieentwicklung). Die Merkmale korrelieren miteinander. Es wird deutlich, dass eine defizitäre Kommunikation einen erheblichen Organisationsaufwand und hohe Sozialkompetenz erfordert. Dem Stationspersonal scheint nicht bewusst zu sein, dass jedes Kommunikationsdefizit zu Gewinnverlustes der Gesamtorganisation führt und interne Nachbesserung nach sich zieht.

„[...] die Stationen waren nicht sehr motiviert zu sagen: „Liebe Patientenmanagerin wir kriegen heute Nachmittag noch Betten frei.“ Weil die natürlich auch genau wussten, da kommt wieder Arbeit“ (B2, S. 6, Z. 230-234). So kann keine strukturierte Entlassungsplanung erfolgen.

10.2 Schlussfolgerungen

Die eingangs explizierte Definition zu Kapazitätsplanung ist zutreffend, wird aber nur in einer von sieben Kliniken praktiziert: *„Ja und der Aufnahmekoordinator und der Case Manager die sind dann zusammen da. Und das ist eine ganz sinnvolle Geschichte, dieses „Kapazitätsbriefing“ (D2, S.7: 210-214).*

Das Belegungsmanagement als Schlüssel einer rationellen umfassenden Ressourcensteuerung anzusehen ist (vgl. Huke; Güse; Spieß, 2009, S. 50), kann bestätigt werden. Optimale Ressourcensteuerung kann jedoch

nur erfolgen, wenn Entlassungen strukturiert geplant werden. Kategorie 3 (Entlassungen) verdeutlicht, dass dies in der Praxis nicht stattfindet, sondern im Gegenteil: Entlassungen finden statt in Abhängigkeit von Aufnahmen (G1). Im Umkehrschluss bedeutet das, dass sich die Aufnahmesituation dem Entlassungsgeschehen anpasst (A2). Nur über die Verbindung von Verweildauerkodierung und Transparenz über monetäre Auswirkungen: *„Ich kann nur sagen, in Euro macht das so viel, in Verweildauer macht das so viel und für die Entlassungsorganisation bedeutet das dieses [...]“* (D2, S. 9: 283-285), findet strukturierte Planung von Entlassungen und folgenden Aufnahmen statt.

Da in der Praxis Entlassungen und Aufnahmen nicht parallel und an einer Stelle geplant werden, wird die interne Nachsteuerung sowohl in der Theorie als auch in der Empirie mit „Feuerwehrarbeit“ gleich gesetzt. Dies geschieht unter Druck und wird durch Sozialkompetenz wie: Nichts persönlich nehmen, Ausgeglichenheit, starken Nerven, Teamfähigkeit, hoher Schmerzgrenze, Teamfähigkeit, Alter, Reife (A1, B1, C1, F1, G1, A2) ausgeführt. Oder mit den Worten eines Vorgesetzten „Berufsstanding“ (D2).

Da nur wenige Vorgesetzten diese Merkmale nennen, sind Personalverantwortlichen möglicherweise die außergewöhnlichen Belastungen des Belegungsmanagers nicht bewusst. Analog der Entwicklung von Ausbildungsprogrammen in England zum Thema, könnte sich für weitere Forschung die Frage stellen, welche Maßnahmen den Belegungsmanagern zur Bewältigung ihrer Tätigkeit hilfreich sein könnten, um psychisch und physisch gesund im Beruf bleiben zu können. Beispielfhaft seien Seminare zu Kommunikations- und Konfliktmanagement oder Psychohygiene genannt. Wie beschrieben, „in den letzten drei Jahren konnte keiner gefunden werden“ (F1, S. 6: 207).

In sechs von sieben Kliniken wird sechs Jahren nach Erscheinen des Expertenstandard Entlassungsmanagement keine Entlassungsplanung (Interview A1, B1, C1, F1, G1, E2) durchgeführt. Wenn von Umsetzung des Expertenstandards gesprochen wird, ist der Einsatz von Pflegeüberleitung gemeint (A2) und im gleichen Interview wird

angesprochen, dass Entlassungen nicht geplant werden (A2). Auch wenn der Patient „[...] schon vom Aufnahmetag auf die Entlassung vorbereitet wird, und wenn es da Situationen gibt, wo er Hilfe benötigt, dass man das innerhalb der klinischen Zeit noch bearbeiten kann“ (F2, S. 3:90-92), sagt der Belegungsmanager der gleichen Klinik dazu: „[...] wenn der Patient entlassungsfähig ist, wird er entlassen, unabhängig von der Verweildauer [...]“ (F1, S.1:24).

Wenn Belegungsmanager morgens ermitteln, wer am gleichen Tag entlassen wird, bedeutet dies, dass es der Pflegekraft nicht möglich ist 24 Stunden vor Entlassungszeitpunkt eine Überprüfung der Entlassungsplanung vorzunehmen. Somit kann der Prozessschritt P5 des Expertenstandard als nicht umgesetzt angesehen werden, der aussagt: die Pflegefachkraft „- führt mit dem Patienten und seinen Angehörigen spätestens 24 Stunden vor der Entlassung eine Überprüfung der Entlassungsplanung durch. Bei Bedarf werden Modifikationen eingeleitet“ (<http://www.dnqp.de>).

Möglicherweise könnte man weiter forschen zu der Frage, ob die im Expertenstandard empfohlenen Assessments (z.B. Barthel Index, PAS) ausreichen, um frühzeitige Entlassungsplanung einzuleiten.

Fehlendes Kostenbewusstsein

Ärzte setzen den Entlassungszeitpunkt fest. Daher könnte eine andere Forschungsfrage von klinischem Interesse sein, welche Informationen Ärzte benötigen, um längerfristig den Entlassungszeitpunkt festsetzen zu können. An dieser Stelle sei auf die gesetzliche Verpflichtung der Entlassungsplanung hingewiesen, die „den nahtlosen Übergang von der Krankenhausbehandlung zur Rehabilitation oder Pflege“ (§ 112 SGB V, Abs. 5) vorsieht.

Obwohl kein Zusammenhang zwischen Einbestellungen und Entlassungen gesehen wird (F1, S.5:157) zeigen sich durch Einführung des Belegungsmanagements Effekte und Aspekte der Prozessoptimierung. „Und auch da die Opportunitätsbetrachtung, was wäre wenn wir keines hätten. Dann würden die Dinge ungleich chaotischer

laufen“ (E2, S. 4:113-115). Jedoch den Kausalzusammenhang zwischen Fallzahlsteigerung und Belegungsmanagement allein herzustellen, wäre nicht ausreichend genug betrachtet. Ein erhebliches Maß an Einflussfaktoren würde dadurch unberücksichtigt bleiben. „Wir haben die Situation OP Kapazitäten, die mindestens genauso wenn nicht sogar mehr Einfluss nimmt auf die Frage: wie viel Fälle kann man denn pro Zeiteinheit, pro Jahr, pro Monat und ähnliches behandeln“ (E2, S. 4: 145-159).

Die Autoren *Salfeld* et al. beschreiben enorme Produktivitätsdifferenzen innerhalb deutscher Krankenhäuser (vgl. *Salfeld, et al., 2009, S. 2ff*). Als möglicher Aspekt ist dabei zu beachten, dass Bettenkapazitätsplanung durch Transparenz zur Produktivitätssteigerung beitragen kann: *„[...] insbesondere auf der Ebene Assistenzarzt und Pflegedienst hatten die keine Vorstellung davon, was das in Euro macht, was sie da tun oder auch lassen“ (D2, S. 11: 339-341).*

Hier wird der Bedarf an Schulung deutlich, der sowohl auf der Mitarbeiterebene, als auch auf Management Ebene stattfinden sollte, um der gesamten Organisation die erforderlichen Kenntnisse und monetären Auswirkungen zu vermitteln. Ebenso die Übertragung von Verantwortlichkeit, um im Sinne der Gesamtorganisation Leistungssteigerung zu bewirken: *„Weil die natürlich auch genau wussten, da kommt wieder Arbeit auf uns zu“ (B2, S. 6: 230-233).*

Hier könnte sich für die Pädagogik die Frage ableiten, welche Schulungskonzepte- und Inhalte hilfreich sind, um das Problembewusstsein zwischen fehlender Entlassungsplanung und Aufnahmemanagement zu schaffen.

Hierarchie-, Soziologie und Heilungsparadigma

Würde die fehlende Kapazitätsplanung auf mangelndes Kostenbewusstsein allein zurückgeführt, würde man den Strukturen des deutschen Gesundheitswesens nicht gerecht.

Die „Paradigmen – Trilogie“¹⁵ bedingt durch hierarchische, soziologische und medizinische Wurzeln gepaart mit der „[...] *Reformresistenz des bundesdeutschen Gesundheitswesens* [...]“ (Simon, 2005, S. 13), scheint möglichen Produktionssteigerungen entgegen zu wirken.

Denn Kostentransparenz zieht Rechtfertigung und Konflikte nach sich: Interessant wäre eine Studie die der Frage nachgehen würde, ob die Paradigmen- Trilogie möglicherweise die Ursache für die Reformresistenz bundesdeutscher Kliniken ist?

„[...] dass meine Mitspieler die Chefarzte sind in unserem Unternehmen hier und jeden zweiten Tag der irgendwas hat und der mir erzählt, das muss man so und so machen und wissen Sie überhaupt, was sie da vor sich haben? Selbstverständlich, sonst würde ich ja nicht mit Ihnen hier sitzen“
(D2, S. 14: 440-444)

Das bedeutet möglicherweise Machtverlust, *„Und das bedeutet automatisch einen Rückzug, der bisher sehr einflussreichen, insbesondere der leitenden Ärzte, das muss man ganz klar sagen“* (E2, S.3: 86-88). Parallel zum Machtverlust geht die Aufhebung von Abteilungsgrenzen einher, indem *„[...] Subabteilungen gebildet [...]“* (A2, S. 4: 120) werden, *„[...] aber letztendlich entscheidet das freie Bett, wo der Patient hinkommt. Und es ist ein bisschen schwierig“* (A2, S. 4: 126-127).

Durch Prozessorientierung werden Abteilungsgrenzen aufgehoben und damit das klassisch- medizinische Heilungsparadigma konterkariert (vgl. Siebolds, In: Merke, 1998, S. 189).

Wenn es laut *Montgomery* hierarchische Strukturen im Krankenhaus aufgrund der unterschiedlichen Ausbildungsgrundlagen der verschiedenen Berufsgruppen immer geben wird (vgl. www.montgomery.de), stellt sich die Frage für eine Folgeforschung, ob das Durchkreuzen der Trilogie von Hierarchie- Soziologie und Heilungsparadigma und mit sich bringenden Konflikten überhaupt gewünscht ist?

Wenn ja, welche Vorüberlegungen und Anpassung der Umgebungsfelder dazu notwendig sind. *„Damit habe ich Mühe, weil das ganze Haus noch*

¹⁵ Der Begriff „Paradigmen- Trilogie“, bedeutet für die vorliegende Arbeit die Summation von Hierarchie-, Soziologie- und Heilungsparadigmen deutscher Kliniken und ist in der Literatur so nicht zu finden. Der Begriff wird ausschließlich für die vorliegende Arbeit präzisiert.

nicht so eingerichtet ist, für ein gutes Belegungsmanagement“ (C2, S. 1:18) Mit Anpassung der Umgebungsfelder ist sowohl die räumliche und personelle Ausstattung als auch die strategische Ausrichtung der Mitarbeiter gemeint. „Die Belegung hat sich verändert. Aber ich finde, weil sie dann auch mit so wenig Personal sind, „[...] es geht Auf Kosten der Patientenversorgung“ (C2, S. 2: 62-63).

Hierzu sollten strategische Überlegungen stattfinden, ob eine neue Abteilung „Patientenmanagement“ mit Sozialdienst, Case Management, Controlling, Aufnahmekoordination sowie Belegungs- und OP Management implementiert wird.

Organisationsdiagnostik, als Ansatz zum Umgang mit Hierarchie- Soziologie und Heilungsparadigma

In seiner Publikation „Keine Angst vor Veränderungen“ beschreibt *Heinze*, dass Machtstrukturen Ergebnisse von Organisations- und Interessenstrukturen seien, deren Wirkung aus der Innensicht einer Organisation resultieren und nicht zu unterschätzen seien (vgl. *Heinze*, 2004, S. 84). Nach *Heintel* und *Krainz* ist persönliche Wahrnehmung gefärbt durch die eigene Sozialisation und Geschichte und neigt zu selbst erzeugter Blindheit (vgl. *Heintel*; *Krainz*, 1998, S. 72). Systeme werden mit der Zeit zunehmend unsensibel, unflexibel, lernunfähig und verlieren somit ihre Fortschrittbarkeit (vgl. *Wollnik*, In *Götz*: (Hrsg.), 1998, Seite 119). Um als System unter Kostendruckbedingungen flexibel zu bleiben, kann nach *Büssing* Organisationsdiagnostik (O-Diagnostik) hilfreich sein.

Für ihn ist einerseits die Verbindung von der Entwicklung des Verständnisses von Organisationen und andererseits des Verständnisses von Organisationspsychologie Kennzeichen psychologischer Organisationsdiagnostik. Sie soll dabei helfen, nicht nur das Erleben und Verhalten zu registrieren, sondern Wirkungszusammenhänge mit zu berücksichtigen (vgl. *Büssing*, 1993, 445).

Die genannten Wirkungszusammenhänge, wie:

Zunehmender Kostendruck → notwendige Strukturveränderungen →
fehlendes Kostenbewusstsein → fehlende Informationsweitergabe →

erneuter Systemdruck → basierend auf hierarchisch – soziologisch-heilungsparadigmatischen Wurzeln erfordern Einrichtungsspezifische Betrachtung, wenn sie überwunden werden sollen. Denn nach *Baecker* hat „[...] die Stressbelastung von Organisationsmitgliedern enorm zugenommen [...]“, seit allerorten Anstrengungen unternommen werden, Hierarchien abzubauen“ (Baecker, 2003, S. 27). Die Implementierung von Belegungsmanagement ist der Eintritt ins Change Management und in Hierarchieabbau, der Auswirkung auf die Gesamtorganisation hat.

Auswirkungen der Organisationsveränderung sind unter „Darstellung des Kategoriensystems“ genannt: Betten suchen (K4), Feuerwehrarbeit (K8), Kommunikationsarbeit (K9), Erfahrung (K13), Starke Nerven (K14) und Vermitteln (K17).

Vor Implementierung von Belegungsmanagement können zu Organisationsdiagnostischen Überlegungen folgenden Fragen hilfreich sein.

| Literaturgestützte Aussage | Maßnahme der Organisation | Bezugsquelle |
|----------------------------|--|----------------------------------|
| Managementphilosophie | Strategie Festlegung - Kompetenzen des BM - Unterstellung - Umgebungsfelder | vgl. Baecker, 2003, S.27 |
| Einheitliche Fallführung | Konzept Festlegung - Abteilung Patientenmanagement | vgl. Wendt, In: Löcherbach, 2009 |
| Sinnvermittlung | Mitarbeiterschulung - Chefärzte/ Oberärzte - Stationsleitungen - nach geordnete Mitarbeiter - Verwaltung, Sozialdienst, und andere | vgl. Heinze, 2004, S. 21 |
| Koordinationsabsprache | Statutentwicklung - QM unter Beteiligung der Akteure | vgl. Simon, 1992, S. 87 |

Tabelle 10: „Organisationsdiagnostische Vorüberlegung zur Implentierung von Belegungsmanagement (Abgeleitet aus: Bezugsquelle), Eigene Darstellung

Managementphilosophie

Es sind Managementphilosophien erforderlich, die sich an den Bedürfnissen der Mitarbeiter und Arbeitsabläufen, statt an hierarchischen Leitbildern (vgl. Baecker, 2003, Seite 18). Weiter gibt *Baecker* zu bedenken, dass Hierarchie „[...] vor den unberechtigten Eingriffen anderer in die eigene Arbeit [...]“ schützt und präzise wenige Stellen auszeichnet, „[...] von denen aus Eingriffe erwartet werden müssen oder denen Eingriffe zugemutet werden können.“ (Baecker, 2003, S. 27)

Einheitliche Fallführung

In vielen Einrichtungen ist keine funktionale Verknüpfung der unterschiedlichen Dimensionen von Case Management in der Praxis erfolgt. Lediglich einzelne Schritte des Managements sind auf unterschiedliche Einrichtungen verteilt und keine einheitliche Fallführung erkennbar ist (vgl. Wendt, In: Löcherbach; Klug, et al., 2009, In: www.socialnet.de/rezensionen). Nach Aussagen eines Interviewpartners erleichtert die Trennung von Aufnahme-, Betten- und Case Management die Tätigkeit (vgl. Interview C3, S.3: 74-78). Ausgebildete Codierfachkräfte steuern die Verweildauern und bilden so Kostentransparenz ab (D2, S. 4: 106- 108).

Sinnvermittlung

Die Anweisung wird bei Mitarbeitern nicht befolgt, wenn keine nachvollziehbare Sinnvermittlung des Veränderungsprozesses stattfindet (vgl. Heinze, 2004, Seite 21).

Koordinationsabsprache

Nach Aussagen von *Simon* hat sich Hierarchie bewährt, „Wo Zeitdruck im Spiel ist“ um Verhaltensweisen mehrerer Personen zu lenken (vgl. Simon, 1992, Seite 87).

1.3 Methodenkritik anhand der Gütekriterien Mayrings

Die Methodenkritik erfolgt in Übereinstimmung der sechs Gütekriterien qualitativer Sozialforschung, unter Verzicht der klassischen Kriterien wie Validität und Reliabilität (vgl. Mayring, 2002, In: Lamnek, 2005, S. 146)

Verfahrensdokumentation

Die Untersuchung erfolgt analog der zusammenfassenden Inhaltsanalyse *Mayrings* und ist vollständig und detailliert zur Nachvollziehbarkeit des Forschungsprozesses beschrieben.

Argumentative Interpretationsabsicherung

Die Ergebnisse sind in siebzehn Unterkategorien (K) erfasst, die vier großen Hauptkategorien (HK) zugeordnet werden. Zudem ergeben sich vier wertvolle Nebenergebnisse, die von manageriellem Interesse sind, aber keiner Kategorie zugeordnet werden können. Um nach Alternativdeutungen zu suchen, werden die vier Hauptkategorien mit ihren jeweiligen Unterkategorien in Beziehung gesetzt und entsprechend ihren Interaktionen zueinander in einem Netzwerkmodell angeordnet.

In einem weiteren Arbeitsschritt wird das Netzwerkmodell mit den Nebenergebnissen konfrontiert und bildet den Teilsteuierungsprozess ab.

Die einzelnen Arbeitsschritte sind durch Transkriptionszitate gestützt, so dass jederzeit Rückschluss auf das Datenmaterial möglich ist.

Regelgeleitetheit

Die Erarbeitung der Ergebnisse wurde unter Anwendung des Verfahrens qualitativer Inhaltsanalyse *Mayrings* durchgeführt und somit systematisch nachvollziehbar und regelgeleitet.

Nähe zum Gegenstand

Durch die Kombination von Problemzentriertem und Episodischem Interview hatten die Experten die Möglichkeit, ihre Erfahrungen in ihrem beruflichen Kontext mit Belegungsmanagement in ihrer Klinik zu schildern. Daher ist die Nähe zum Gegenstand gegeben.

Kommunikative Validierung

Die Ergebnisse aller Arbeitsschritte haben die Interviewpartner erhalten. Ein Interviewpartner bemerkte, dass die Kategorien nicht in den

Reduktionsbeispielen wieder zu finden seien. Daraufhin wurden alle Kategorien neu bearbeitet und mehrmals korrigiert. Dadurch wurde deutlich, dass einzelne Interviewaussagen gedanklich zu früh Oberbegriffen zugeordnet worden waren.

Während ein Interviewpartner die Ergebnisdarstellung erwartete, fand ein anderer Experte die Kategorie „Feuerwehrarbeit“ sehr zutreffend.

Die kommunikative Validierung ist als wertvolles Reflexionsinstrument für die vorliegende Arbeit anzusehen.

Triangulation

Verschiedener Lösungswege sind in der vorliegenden Arbeit nicht genutzt worden, lediglich das Interview als Einzelmethode.

11.4 Kritische Würdigung der Arbeit und der angewandten Verfahren

Der gewählte Untersuchungsansatz sowie die Wahl der Untersuchungsmethoden und Datenauswertung haben sich als geeignet erwiesen.

Durch die Kombination aus Problemzentriertem und Episodischem Interview war die Nähe zum Gegenstand gegeben. Dies hatte einerseits den Vorteil, dass die Experten sehr offen Einblick in ihre Erfahrungen und Erleben zuließen, doch andererseits war es für die Autorin nicht immer leicht, die analytische Distanz zu wahren. Schon während der Interviews wurden einige Interviewaussagen gedanklich zu früh Oberbegriffen zugeordnet, was sich bei der Datenauswertung als nicht Alltags sprachlich herausstellte und erhebliche Korrekturarbeiten zur Folge hatte.

Die von *Flick* geforderten Offenheit des Forschers (vgl. *Flick*, 2005, S. 93) ist bewahrt worden und unbekannte Informationen konnten aufgenommen werden. Somit wurde erkannt, dass die eingangs explizite Definition zu Belegungsmanagement aufgrund empirischer Aussagen nicht zutreffend ist. Daher konnte das Vorverständnis über die zu untersuchende Gegebenheit als vorläufig angesehen und mit neuen Informationen überwunden werden (vgl. *Lamnek*, 2005, S. 580).

Von besonderer Bedeutung war für die Autorin, welches Vertrauen und Mitteilungsbedürfnis ihr, als Fremde, entgegengebracht wurde.

11.5 Resümee und Ausblick

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass das Interview als Instrument qualitativer Sozialforschung, einen systematischen Einblick in die Erfahrungen von Experten erlaubt. Mit wissenschaftlichem Instrument kann das persönliche Erleben der Praktiker dargestellt werden, dass sich inhaltlich in vielen Aspekten mit den theoretischen Aussagen deckt.

Der Grund von unausgeglichener Belegung und langen Wartezeiten hat in allen Kliniken zur Implementierung von Belegungsmanagement geführt. Die Bezeichnung und die inhaltliche Gestaltung der Tätigkeit variiert je nach Klinik, wird aber mit dem Begriff Belegungsmanagement assoziiert und ist ein junges Instrument.

In fast allen Kliniken findet keine Kapazitätsplanung von Aufnahmen und Entlassungen gezielt statt. Obwohl ebenso keine Abschlüsse zur Kapazitätsplanung definiert werden, lautet die Gesamtaussage, dass zwar keine Fallzahlsteigerung und Verweildauersenkung zu beobachten ist, dennoch die Gesamteffektivität der Einrichtungen durch Belegungsmanagement gestiegen ist. Ein Interviewpartner kommentiert dazu: „[...]„dass wir dadurch schon mehr Effektivität haben. Aber sie ist nicht messbar, die ist nicht messbar, weil wir von vorher keine Zahlen haben“ (A2, S. 5: 183). Wie ein roter Faden zieht sich aufgrund fehlender Entlassungsplanung und dadurch bedingter interner Steuerungsnotwendigkeit die erforderliche Sozialkompetenz und großes Organisationsvermögen der Belegungsmanager durch die Interviews.

Untermuert wird die theoretisch beschriebene und empirisch erlebte „Feuerwehrarbeit“ (K8) durch die Trilogie der herrschenden Hierarchie-Soziologie und Heilungsparadigmen deutscher Kliniken.

Die Beantwortung der ersten Forschungsfrage: Können alte verkrustete Strukturen durch strukturiertes Belegungsmanagement überwunden werden, ist zu bejahen. Hierarchie-, Soziologie- und Heilungsparadigma werden aufgrund individueller Handlungskompetenzen der Belegungsmanager (vgl. HK 3) überwunden. Es ist ein Einstieg ins Change Management, der Konflikte und Machtverlust nach sich zieht.

Die Interviews verdeutlichen, dass die Notwendigkeit eines Belegungsmanagements in den Einrichtungen einerseits anerkannt und andererseits als Störfaktor wahrgenommen wird. Der prozessorientierte Ansatz bedingt abteilungsübergreifende Transparenz und durchgängigen Informationsfluss. Dies konterkariert die vorher beschriebene Paradigmen-Trilogie und führt in der Konsequenz von der funktional geführten zu einer prozessorientierten Organisationsform.

Es stellt sich die Frage, ob die Konsequenzen eines solchen Paradigmenwechsels bewusst sind und bei der Implementierung bedacht werden. Und ob die dazu notwendigen „starke Nerven“ (G1, S. 2:44) und „mit Ellbogen“ arbeiten (C3, S.4: 119) vom Arbeitgeber billigend in Kauf genommen werden?

„[...] da geht Macht verloren, auch in anderen Bereichen. Auch die Macht von Stationsleitungen geht natürlich ein Stück weit an jemanden anderen über. Genau wie die eines leitenden Arztes oder Oberarztes, vielleicht auch des Stationsarztes. Da wird schon etwas übertragen an Möglichkeit, an Kompetenz, an Einfluss.“
(E2, S. 10: 363-378)

Die zweite Forschungsfrage: Eignet sich Belegungsmanagement als Instrument zur Kapazitätsplanung in der Klinik, kann ebenfalls mit Ja beantwortet werden. Auch hier die Einschränkung, dass es sich nur um ein Teilinstrument zur Gesamtprozesssteuerung handelt.

Denn bezogen auf die Untersuchungsfragen nach Fallzahlsteigerung und Verweildauersenkung kann Belegungsmanagement seinen Beitrag zur Prozessoptimierung beitragen, aber die Planung von OP Kapazitäten hat einen weitaus größeren Einfluss auf die Anzahl der behandelten Fälle.

„Wir haben die Situation OP Kapazitäten, die mindestens genauso wenn nicht sogar mehr Einfluss nimmt auf die Frage: wie viel Fälle kann man denn pro Zeiteinheit, pro Jahr, pro Monat und ähnliches behandeln.“
(E2, S. 4: 146-149)

Nachfolgende Grafik zeigt, die Notwendigkeit einer gemeinsamen Planung von OP und Belegungskapazitäten.

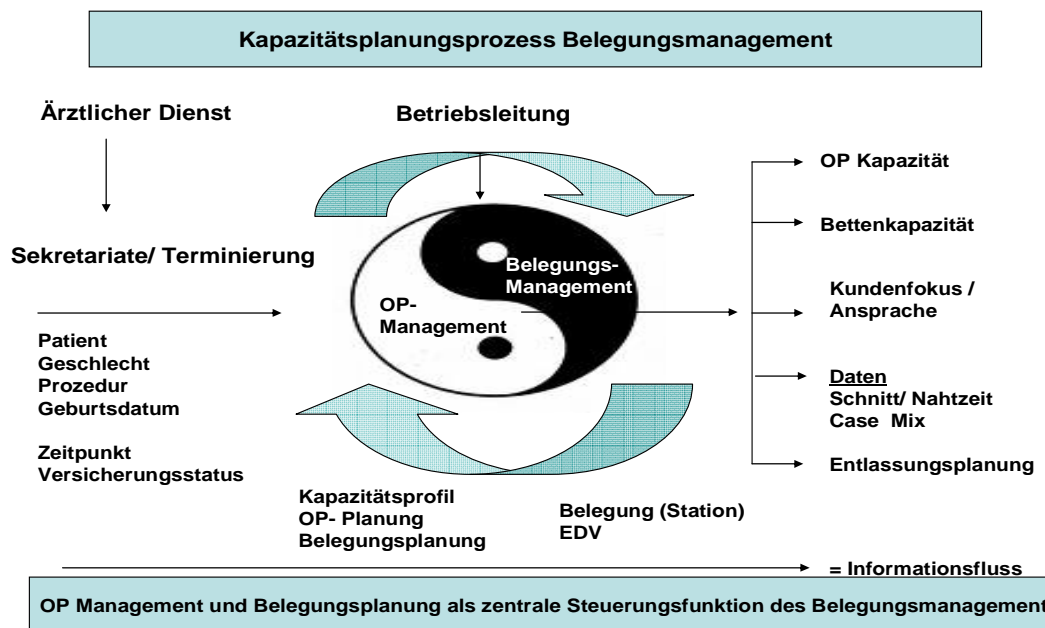


Abbildung 4: „Teilsteuerungsprozess Patientenmanagement“, Eigene Darstellung

Die Beantwortung der Untersuchungs- und Forschungsfragen kann durch die Ergebnisse der Experteninterviews sichergestellt werden. Daher erfüllt vorliegende Arbeit die Forderung nach Schließung globaler Wissenslücken (vgl. Gläser; Laudel, 2009, S. 78). Das Vorhaben, erste Ergebnisse zu Umsetzung und möglichen Effekten bei Belegungsmanagement darzustellen, ist damit gelungen. Dass es sich um eine erste Bestandaufnahme handelt, zeigt sich in den unter 10.2 gestellten möglichen Forschungsfragen für weitere Untersuchungen.

Die bisher dargestellten Ergebnisse beschreiben den IST Zustand. Die gewonnenen Nebenergebnisse bieten die Möglichkeit eines visionären Ausblicks. Es stellt sich die Frage, in wie weit eine Entwicklung der operativen „Feuerwehrtätigkeit“ in eine strategisch planerische Tätigkeit möglich ist. Hierzu bieten die Ansätze der Aufnahmekoordination und des Case Managements unter dem Gesamtbegriff „Patientenmanagement“ den Rahmen für eine prozessorientierte Organisationsform.

Die Steuerung der OP- Kapazitätsplanung im Einzelnen, wird separat in Teil B beschrieben.

Den Kern der Prozessorientierung in der Gesamtheit, bildet die gemeinsame Planung von OP und Belegungskapazitäten.

Die prozessorientierte Organisationsform findet unter dem Gesamtrahmen „Patientenfallmanagement“ statt. Eine Feinabstimmung findet zusätzlich zwischen OP und Belegungsmanagement statt.

Den äußeren Rahmen bilden die Aufnahmekoordination und Case Management zur Verweildauersteuerung und Sozialdienst zur Entlassungsorganisation, in Hinblick auf das Herzstück der gemeinsamen Planung von OP und Belegungsmanagement.

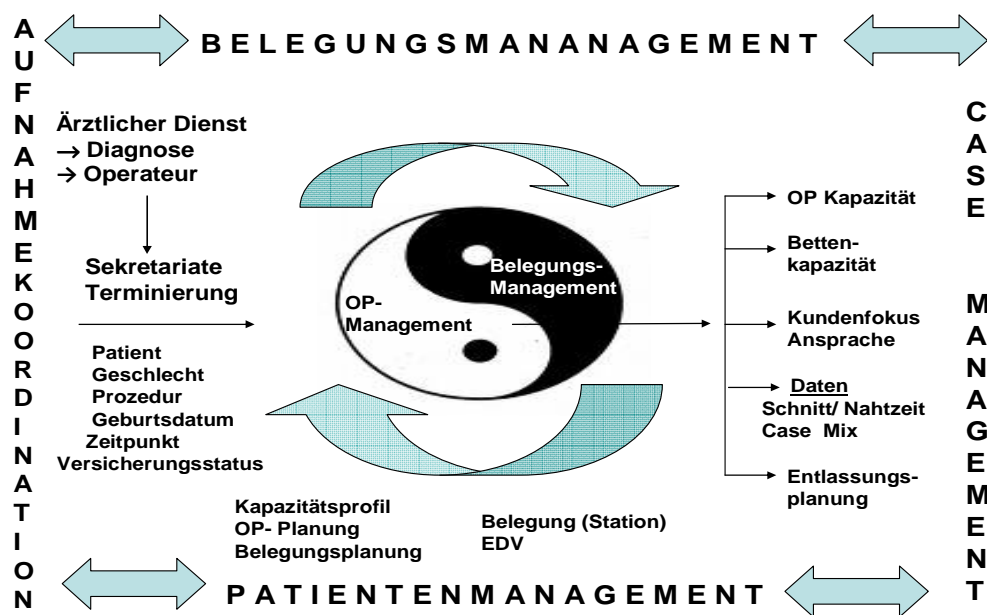


Abbildung 5: „Leistungssteuerungsprozess Patientenfallmanagement“, Eigene Darstellung

Die vorliegende Arbeit fokussiert den Prozessschritt „Belegungsmanagement“. Die gewonnenen Einblicke werfen Fragen auf. Sie zeigen aber auch, dass der Ansatz des Belegungsmanagements als Einzelinstrument des eingangs beschriebenen Leistungssteuerungsprozess zu sehen ist. Das bedingt im Vorfeld die Anpassung der Umgebungsfelder, was nach Abschluss der empirischen Untersuchung bisher nur teilweise gelungen ist.

„Das Patientenfallmanagement wird zentraler Punkt der Leistungssteuerung im Krankenhaus und neue Aufgabe des Leistungscontrollings“

(Rogge, In: Vetter; Hoffmann, 2005, S. 108)

VI Verzeichnisteil

Literaturverzeichnis

- Agbaria, E.;** Armin ., C.; Ber, J.; Brackmann, A.; Burden, A.; Curtles, H.; Curtis, S.; Dawson, I.; Dittrich, H.; Faber, B.; Fayadh, S.; Fenner, K.; Finck, M.; Forssmann, J. ; Friedrich, N.; Jascob T. J. ; et al. (2003): PONS Wörterbuch für Schule und Studium. Englisch- Deutsch, Deutsch- Englisch. Barcelona, Budapest, Ljubliana, London, Posen, Prag, Sofia, Stuttgart: Klett
- Altmeyer, P.** (2005): Therapielexikon Dermatologie und Allergologie. 2. Auflage Berlin Heidelberg New York: Springer
- Arentzen, U.** Winter, E. (1993): Wirtschafts- Lexikon. 13. Auflage Wiesbaden: Betriebswirtschaftlicher Verlag Dr. Th. Gabler GmbH,
- Atteslander, P.** Cromm, J. (2003): Methoden der empirischen Sozialforschung. 10. Auflage Rieden: WB
- Axmacher, D.** (1991): Pflegewissenschaft- Heimatverlust der Krankenpflege, In: Rabe- Kleberg u.a. (Hrsg.): Pro Person: Dienstleistungsberufe in der Krankenpflege. Bielefeld: Altenpflege und Kindererziehung
- Bach, O.** (1996): Abbau von Hierarchie. Mehr Effizienz durch Strukturen. Heidelberg: Sauer
- Baecker, D.** (2003): Organisation und Management. 1. Auflage Frankfurt/ a. M.: Suhrkamp
- Bakic, J.;** Diebäcker, M.; Hammer, E. (Hrsg.) (2008): Leitbegriffe der Sozialen Arbeit. Ein kritisches Hansbuch. Wien: Löcker
- Büssing, A.** (1993): Organisationsdiagnose. Lehrbuch Organisationspsychologie. In: Schuler, H. (Hrsg.) Bern: Huber
- Berger, A.,** Dunkl, A., et al. (2000): Aufnahme- und Entlassungs- Management. Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generation Sektion VI (Hrsg.) Wien, <http://www.univie.ac.at/qik/mp1/mp1.PDF>, letzter Besuch am 14.02.2010
- Bierhoff, W.** (2006): Sozialpsychologie. 6. überarbeitete und erweiterte Auflage Stuttgart: Kohlhammer
- Bostelaar, R. A.;** Pape, R. (2008): Case Management im Krankenhaus.

- Aufsätze zum Kölner Modell in Theorie und Praxis. 1. Aufl. Hannover: Schlüter (Pflege)
- Burns, N.; Grove, S. K.,** (Hrsg.) (2005): Pflegeforschung verstehen und Anwenden. 1. Auflage München: Urban & Fischer
- Calero, L.; Thüsing, C.** (2008): Einführung eines interdisziplinären Zentralen Patientenmanagements (ZPM) im Krankenhaus Holweide. Kohlhammer Verlag Stuttgart. In: Das Krankenhaus, Heft 7, Seite 731–734
- Dangel, B.** (2004): Pflegerische Entlassungsplanung. Ansatz und Umsetzung einer pflegerischen Überleitung. 1. Aufl. München: Elsevier Urban & Fischer
- Dörpinghaus, S.; Grützmacher, S.; Weidner, F.** (2004): Überleitung und Casemanagement in der Pflege. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. Hannover: Schlüter
- Fleßa, S.** (2007): Grundzüge der Krankenhausbetriebslehre. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH
- Flick, U.; Kardoff v. E. ; Keupp, H.; Rosenstiel v. L.; Wolff, S.** (1995): Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. 2. Auflage Weinheim: Belz
- Flick, U.** (2005): Qualitative Sozialforschung. 3. Auflage Hamburg: rowohlt's enzyklopädie
- Gläser, J.; Laudel, G.** (2006): Experteninterviews und qualitative Inhaltsangabe. Wiesbaden: 2. durchgesehene Auflage VS
- Gläser, J.; Laudel, G.** (2009): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. Wiesbaden: 3. überarbeitete Auflage VS
- Gontermann, C.; Jacob, F.; Schümann, B.** (2010): Unveröffentlichtes Critical Appraisal zur Vorbereitung der Erstellung einer Forschungsprojektskizze. Köln: Katholische Hochschule
- Heintel, P.; Krainz, E.** (1998): Was bedeutet „Systemabwehr“ In: Götz, K., (Hrsg.): Theoretische Zumutungen. Vom Nutzen der Systemtheorie für die Management-Praxis. 2. Auflage Heidelberg: Carl-Auer

- Heinze, P.** (2004): Keine Angst vor Veränderungen. Change- Prozesse erfolgreich bewältigen. 1. Heidelberg: Carl Auer
- Huke, T.;** Güse, H. -G; Spieß, B. (2009): Belegungsmanagement als Kern eines umfassendes Prozessmanagements. Baumann Fachverlage Kulmbach Heft 78. In: Krankenhausumschau Gesundheitsmanagement, Heft 5, Seite 50–53
- Huke, T.;** Güse, H. -G; Spieß, B. (2009): Belegungsmanagement in Akutkrankenhäusern. Erste Ergebnisse. Public Health / Gesundheitswissenschaften B.A. Universität Bremen. Online verfügbar unter www.guese-mediconsult.de/pdf/Ergebnisbericht%20Belegungsmanagement.pdf, zuletzt aktualisiert am 2009, letzter Besuch am 30.11.2009
- Isfort, M.** (2008): Paradoxe Personalsituation beeinträchtigt die Versorgungsqualität. In: Die Schwester Der Pfleger 46. Jahrg. Heft 7, Seite 716ff
- Krüger, W.,** Müller, C., Oetjens, C., Oetjens, H. (2002): Schülerduden Philosophie. Mannheim: Bibliografisches Institut & F.A. Brockhaus AG
- Kuntz, L.;** Scholtes, S. (2004): Effizienzanalyse zur Unterstützung der Krankenhausplanung. – Modellrechnungen am Beispiel der Krankenhausplanung von Rheinland Pfalz mit Hilfe von Data Envelopememt Analysis. Köln: <http://www.econbiz.de/>
- Lamnek,S.** (2005): Qualitative Sozialforschung. 4. Auflage Weinheim, Basel: Beltz
- Lämmert, E.** (Hrsg.) (1988): Vergangenheit in mündlicher Überlieferung. Colloquium Rauricum Band 1. Stuttgart: Metzler
- Löcherbach, P. ,** Klug, W., Rimmel-Faßbender, R., Wendt, R., (2009) (Hrsg.): Case Management. Fall- und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit. 4. aktualisierte Auflage München: [Ernst Reinhardt](http://www.ernst-reinhardt.de/).
- Maloney, C. G.;** Wolfe, D.; Gesteland, P. H.; Hales, J. W.; Nkoy, F. L. (2007): A tool for improving patient discharge process and... Hrsg.: [AMIA Annu Symp Proc. 2007] - PubMed result. Online verfügbar unter: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18693885>, letzter Besuch 30.11.2009

- Mayring, P.** (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. 5. überarbeitete und neu gestaltete Auflage Weinheim: Beltz
- Mayring, P.** (2003): Qualitative Inhaltsanalyse. 8. Auflage Weinheim und Basel: Beltz
- Mayring, P., Gläser-Zikuda, M.** (2005): (Hrsg.), Die Praxis der Qualitativen Inhaltsanalyse. Weinheim und Basel: Beltz
- Merten, M.** (2003): Krankenhäuser: Anhaltender Bettenabbau, Verlag Deutsches Ärzteblatt. Köln: Deutscher Ärzte- Verlag GmbH
- Meuser, M.; Nagel, U.** (2005): Experteninterviews- vielfach erprobt wenig Bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Bogner, A.; Littig, B.; Menz, W.; (Hrsg.): Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. Opladen: Leske + Budrich
- Murken, A., H.,** (1991): Vom Armenhospital zum Großklinikum. Die Geschichte des Krankenhauses vom 18. Jahrhundert bis zur Gegenwart. 2. Aufl. Köln: DuMont
- Nguyen, J. M.; Six, P.; Chausalet, T.; Antonioli, D.; Lombrail, P.; Le Beux, P.** (2007): An objective method for bed capacity planning in a hospital department - a comparison with target ratio methods. DIMDI - Medline ISSN 0026-1270. In: Methods of information in medicine, Heft 46, Seite 399–405, letzter Besuch am 30.11.2009
- Proudlove, N.; Boaden, R.; Jorgensen, J.** (2007): Developing bed managers: the why and the how. [J Nurs Manag. 2007] - PubMed result. In: Journal of nursing management, Jg. 15, Heft 1, Seite 34–42 Online verfügbar unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez>, letzter Besuch am 30.11.2009
- Proudlove, N. C.; Gordon, K.; Boaden, R.** (2003): Can good bed management solve the overcrowding in accident and emergency departments? Cochrane Review. In: Emergency medicine Journal, Heft 20, Seite 149–155. Online verfügbar unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1726041/pdf/v020p00149.pdf>, letzter Besuch am 30.11.2009
- Prüfer, P.; Rexroth, M.;** In: Werner, M.. (2004): Einflussfaktoren in Wissenstransfers in wissensintensiven Dienstleistungsunternehmen.

Eine explorativ- empirische Untersuchung bei Unternehmens-
beratungen. Wiesbaden: GWV

Przyborski, A.; Wohlrab-Sahr, M. (2008): Qualitative Sozialforschung.
München: Oldenbourg

Salfeld, R.; Hehner, S.; Wichels, R.; (2008): Modernes
Krankenhausmanagement. Konzepte und Lösungen. Heidelberg:
Springer

Schroeter, K.P. (2005): Das soziale Feld der Pflege. Eine Einführung in
Strukturen, Deutungen und Handlungen. Weinheim: Juventa

Schnell, M.W.; Heinritz, C. (2006): Forschungsethik. Ein Grundlagen- und
Arbeitsbuch mit Beispielen aus der Gesundheits- und
Pflegewissenschaft. 1. Aufl. Bern: Huber

Schnell, R.; Hill, P.B.; Esser, E. (2008): Methoden der empirischen
Sozialforschung. 8. Auflage München: Oldenbourg

Schubert, K., Klein, M. (2006): Das Politiklexikon. 4. aktualisierte Auflage
Bonn: Dietz Verlag

Schiemann, Doris (2009): Expertenstandard Entlassungsmanagement in
der Pflege. [einschließlich Kommentierung und Literaturstudie]. 1.
Aktualisierung. Osnabrück: Fachhochschule (Schriftenreihe des
Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege)

Schwilk, B.; Schröder, T. (2009): Nichts ist unmöglich: Gute Medizin zu
geringeren Kosten. Bibliomed Verlag. In: f&w führen und wirtschaften
im Krankenhaus, Heft 3

Siebolds, M. (1998): Das verrückte Handeln der Akteure im
Gesundheitswesen, In: Merke, K., (Hrsg.): Umbau oder Abbau im
Gesundheitswesen. Bd.2. Berlin: Quintessenz

Sehlbach, O. (2007): Belegungsmanagement - die Auslastung sichern.
Hannover: Vincentz

Shepperd, D.; Angus, C. Iliffe; Ricaude, W.(2009 Jul;): Admission
avoidance hospital at home. In: Evidence-based nursing, Heft 12(3),
Seite 82

Shepperd, S.; Doll, H.; Broad, J.; Gladman, J.; Iliffe, S.; Langhorne, P. et
al. (2009): Early discharge hospital at home. [Cochrane Database Syst

- Rev. 2009] - PubMed result. Systematik Review. Online verfügbar unter [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19160179?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_MultiltemSupl.Pubmed_TitleSearch&linkpos=1&log\\$=pmtitlesearch4](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19160179?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_MultiltemSupl.Pubmed_TitleSearch&linkpos=1&log$=pmtitlesearch4), letzter Besuch am 30.11.2009
- Shepperd, S.**; Parkes, J.; McClaran, J. J.M.; Phillips, C. (2000): Discharge planning from hospital to home. Cochrane Review ISSN 1464-780X. Online verfügbar unter <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab000313.html>, letzter Besuch am 30.11.2009 update von 2009 (s.u.)
- Simon, F. B.**, (2001): Die andere Seite der Gesundheit, Ansätze einer systemischen Krankheits- und Therapietheorie, 1.Auflage Heidelberg Carl-Auer
- Simon, F. B.** und CONECTA- Autorengruppe (1992):Radikale Marktwirtschaft. Verhalten als Ware oder wer handelt, der handelt. 1.Auflage Heidelberg: Carl- Auer
- Simon, M.** (2005): Das Gesundheitssystem in Deutschland, Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. 1. Auflage Bern: Huber Verlag
- Simpson, C.**; Marnoch G. (1999 Mar;): Bed-blocking in the National Health Service in Scotland: a study of bed-blocking in Scottish National Health Service trusts; its nature and extent. In: Health bulletin, Heft 57(2), Seite 99-107. Online verfügbar unter <http://www.pubmed.de/data/nlm.link.html>, letzter Besuch am 12.12.2009
- Staudt, E.**; Kriegesmann, B. (2002): Zusammenhang von Kompetenz, Kompetenzentwicklung und Innovation. Münster: Waxmann
- Vetter, U., Hoffmann, L.** (2005): Leistungsmanagement im Krankenhaus: G- DRGs, Heidelberg: Springer
- Wahrig, G.**, et al. (1997): Deutsches Wörterbuch. 6. überarbeitete Auflage. Gütersloh: Bertelsmann
- Wermke, M.**, et al. : (2001), Herkunftswörterbuch. 3. völlig neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Mannheim: Bibliografisches Institut & F.A. Brockhaus AG

- Weidmann, R.** (2001): Rituale im Krankenhaus. Organisationen verstehen und verändern. 3. Auflage. München: Urban & Fischer
- Weidner, F., Isfort, M.** (2001): Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V. (Hrsg.), Zwischenbericht zur ersten Phase des Projektes „Entwicklung und Erprobung eines Modells zur Planung und Darstellung von Pflegequalität und Pflegeleistungen“, In: Pflegequalität und Pflegeleistung I. Freiburg/ Köln
- Wilkesmann, M.;** (2009): Wissenstransfer im Krankenhaus. Institutionelle und strukturelle Voraussetzungen. Wiesbaden: VS
- Wollnik, M.** (1998): Interventionschancen autopoetischen Systemen. In: Götz, K.: (Hrsg.) (1998): Theoretische Zumutungen. Vom Nutzen der systemischen Therapie für die Managementpraxis. 2. Auflage Heidelberg: Carl Auer
- Zwarenstein, M.;** Reeves, S.; Straus, S.; Pinfold, P.; Goldman, J.(2000): Case management: effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Review. Online verfügbar unter <http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsystrev/articles/CD002797/frame.html>, zuletzt aktualisiert am 21.09.2009, letzter Besuch am 30.11.2009

Internetverzeichnis

http://www.caritasstjosef.de/content/node_10529.htm, letzter Besuch
03.02.2010, 19.30 Uhr

<http://www.case-manager.de/literatur.html>, letzter Besuch 21.05.2010,
12.15 Uhr

http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pk/2008/Krankenhaeuser/Statement_Weigl.property=file.pdf., letzter
Besuch 13.02.2010, 14.00 Uhr

<http://www.dip.de/datenbank-wise/informationen-zu-wise/thesaurus/>),
letzter Besuch 31.05.2010,16.15 Uhr

<http://www.dkgev.de/media/file/2529.125.pdf>, letzter Besuch 27.02. 2010,
16.20 Uhr

http://www.dnqp.de/ExpertenstandardEntlassungsmanagement_Atk.pdf,
letzter Besuch 16.04.2010, 17.50 Uhr

http://www.econbiz.de/archiv/k/uk/sgesundheit/effizienzanalyse_krankenhAusplanung.pdf, letzter Besuch 15.06.2010, 17.05 Uhr

<http://www.enzyklo.de/Begriff/Ambiguit%C3%A4tstoleranz>, letzter Besuch
21.05.2010, 20.10 Uhr

http://www.geronto.at/Artikel/Themen_der_ambulanten_Pflege/Was_ist_Casemanagement_/was_ist_casemanagement_.html, letzter Besuch
02.05.2010, 11.57Uhr

<http://www.lkh-hartberg.at>, letzter Besuch 03.02.2010, 18.00 Uhr

<http://www.kkh-erding.de/807.html>, letzter Besuch 03.02.2010, 18.15 Uhr

<http://www.klinikum-os.de>, letzter Besuch 03.02.2010, 20.00 Uhr

<http://www.krankenhaus-puettlingen.de>, letzter Besuch 03.02.2010, 20.30 Uhr

http://www.loquenz.de/pdf/kompetenzmanagement_06-02-13.pdf, letzter Besuch am 14.05.2010, 18.50 Uhr

<http://www.marien-kh-gmbh.de/>, letzter Besuch 13.02.2010, 20.00 Uhr

http://www.mckinsey.de/html/kompetenz/industry_practices/healthcare/healthcare_impact_interview_wichels_salfeld.asp, letzter Besuch 15.06.2010, 20.15 Uhr

<http://www.montgomery.de/Position/2007/hierarchie.htm>, letzter Besuch 09.01.2010, 16.10 Uhr

<http://www.socialnet.de/rezensionen/8287.php>, letzter Besuch 02.05.2010, 15.30 Uhr

<http://www.ukaachen.de/content/listpage>, letzter Besuch 03.02.2010, 21.00 Uhr

<http://www.uniklinik-ulm.de>, letzter Besuch 03.02.2010, 11.00 Uhr

<http://www.netzwerk-cm.ch/index.php?id=199&F=1>, letzter Besuch 14.2.2010, 19.00 Uhr (Def.CM)

<http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/PRM-24450-SR-Band-189.1.property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>, letzter Besuch 20.2.2010, 11.20 Uhr (Def.CM)

VII Anhangteil

Anhangverzeichnis

Anhang A

Probandenanschreiben

Erklärung über Anonymität

Interviewleitfaden

Postskript Checkliste

Postskript Checkliste

Mustertranskript Checkliste

Auswertung Pretest

Anhang B

Beispiel Postskript

Beispiel Transkript

Reduktionsbeispiel (erste und zweite Reduktion)

Kategorieentwicklung

Ergebniskategorien mit Unter- und Hauptkategorien

Episodenidentifikation